T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

OBSESİF-KOMPULSİF BELİRTİLERİ AZALTMADA BİRLEŞTİRİLMİŞ BİLİŞSEL YANLILIK DEĞİŞİMLEMEYE YÖNELİK MÜDAHALENİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

SILA DERİN

Danışman
Prof. Dr. ORÇUN YORULMAZ

İZMİR – 2021

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum "Obsesif-Kompulsif Belirtileri Azaltmada Birleştirilmiş Bilişsel Yanlılık Değişimlemeye Yönelik Müdahalenin Etkisinin İncelenmesi" adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih
..../..../.....
Sıla DERİN
İmza

ÖZET

Doktora Tezi

Obsesif-Kompulsif Belirtileri Azaltmada Birleştirilmiş Bilişsel Yanlılık Değişimlemeye Yönelik Müdahalenin Etkisinin İncelenmesi

Sıla DERİN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Programı

Bilişsel Yanlılık Değişimleme (BYD), bir dizi uyaranın psikopatoloji ile ilişkili bilişsel yanlılıklar üzerinde bir değişim sağlamak amacı ile kullanıldığı paradigmaları içeren deneysel bir yöntemdir. BYD, diğer pek çok psikopatolojide olduğu gibi Obsesif Kompulsif Bozuklukta (OKB) da etkili bir yaklaşım olarak gündeme gelmektedir. Ancak, bugüne kadar yapılan çalışmalarda yanlılıkların sadece birine odaklanıldığı görülmektedir. OKB'nin bilişsel modellerinde bütün yanlılıkların bozukluğun ortaya çıkması ve sürdürülmesinde bir süreklilik arz ettiğine ve bütüncül değerlendirilmesi gerekliliğine dair yaygın görüş göz önünde bulundurulduğunda, her iki yanlılığı da hedef alan bir müdahaleden elde edilecek sonuçların daha kapsayıcı, geçerli ve olumlu olacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın amacı, yüksek düzeyde OKB belirtileri gösteren yetişkinlerde hem dikkat hem de yorumlama yanlılığına müdahaleyi içeren İnternet Temelli Birleştirilmiş Bilişsel Yanlılık Değişimi (iBBYD) uygulamasının OKB belirtileri, obsesif inançlar, dikkat ve yorumlama yanlılıkları, kaygı, depresyon, stres ve duygudurum üzerinde etkililiğini incelemektir. Araştırmanın örneklemi, yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden, yaşları 18 ile 40 arasında değişen (*Ort.* = 26.5, *SS* = 5.93) toplam 82 yetişkin katılımcıdan (65 kadın, 17 erkek) oluşmaktadır. Katılımcılar, iBBYD, sadece dikkat yanlılığı değişimini içeren müdahale (iBYD-D), sadece yorumlama yanlılığı değişimini içeren müdahale (iBYD-Y) ve bekleme listesi kontrol grubu (KG) koşullarından birine

seçkisiz olarak atanmıştır. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği-Erişkin Formu, Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu, Obsesif İnançlar Anketi-44, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 ve Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca katılımcıların dikkat yanlılıklarını değerlendirmek için standart nokta izleme görevi ve yorumlama yanlılıklarını değerlendirmek için senaryoları tanıma görevi gibi deneysel görevler kullanılarak davranışsal ölçümler de alınmıştır. Veri toplama araçları katılımcılara müdahale öncesinde, müdahale sonrasında ve müdahaleden 1 ay sonra uygulanmıştır. Davranışsal ölçümler ise yalnızca müdahale öncesinde ve müdahale sonrasında alınmıştır. Elde edilen veriler, 4 x 3 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desen ANOVA ile analiz edilmiştir. Davranışsal ölçümlerden elde edilen veriler ise, 4 x 2 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desen ANOVA ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçları, iBBYD'nin OKB belirtilerini, obsesif inançları ve yorumlama yanlılıklarını azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. OKB belirtileri ve obsesif inançlarda elde edilen değişim izlem ölçümlerinde de korunmuştur. iBBYD'nin dikkat yanlılığı, depresyon ve negatif duyguları azaltma, pozitif duyguları arttırma açısından beklenen etkisi görülmemiş; kaygı ve stres söz konusu olduğunda ise bu etki yalnızca izlem ölçümlerinde ortaya çıkmıştır. Obsesif inançları ve yorumlama yanlılıklarını azaltmada ise iBBYD'nin iBYD-D'den daha etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca yorumlama yanlılıklarını azaltmada iBBYD'nin, KG'den de anlamlı bir şekilde farklılaştığı söylenebilir. Ek olarak, uyarlanmış tedavi amacı analizi sonucunda söz konusu bulguların büyük ölçüde korunduğu görülmüştür. Bulgular ve araştırmanın sınırlılıkları, ilgili alanyazın ışığında tartışılmış ve gelecek araştırmalara ve klinik uygulamalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dikkat Yanlılığı, Yorumlama Yanlılığı, Bilişsel Yanlılık Değişimleme, İnternet-Temelli Müdahaleler.

ABSTRACT

Doctoral Thesis

Doctor of Philosophy (PhD)

Investigation of the Effect of Combined Cognitive Bias Modification on Obsessive Compulsive Symptoms

Sıla DERİN

Dokuz Eylul University

Graduate School of Social Sciences

Department of Psychology

Psychology Program

Cognitive Bias Modification (CBM) is a cognitive intervention that experimentally modifies cognitive biases by using a series of disorder-related stimuli designed to manipulate cognitive process relevant to psychopathology. CBM is also a promising treatment for Obsessive Compulsive Disorder (OCD). However, previous studies have not systematically examined the combination of CBM for attention and interpretation, or the credibility and acceptability of this type of protocol. In the light of the fact that attentional and interpretation biases both play important roles in the development and maintenance of obsessions and compulsions, the combined protocol of CBM intervention is assumed to produce enhanced positive effects on OCD symptoms. In this regard, the aim of the study is to examine the effectiveness of the Internet-Delivered Combined Cognitive Bias Modification (iCBM-C) on OCD symptoms, obsessive beliefs, attentional and interpretation biases, anxiety, depression, stress and mood in non-clinical sample of individuals high in OCD symptoms. The sample of this study consists of 82 participants (65 females, 17 males) between the ages of 18-40 (*M* = 26.5, *SD* = 5.93) who reported high levels of OCD symptoms. Participants were randomly assigned to the iCBM-C (the combined iCBM-I and iCBM-A interventions), iCBM-I (CBM intervention for interpretation only), iCBM-A (CBM intervention for attention only), and wait-list control (WLC). Among instruments for data

collection, Personal Information Form, DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Scale-Adult Version, Padua Inventory–Washington State University Revision, Obsessive Beliefs Questionnaire-44, Depression Anxiety Stress Scale-21, and Positive and Negative Affect Schedule were used. In addition, behavioral assessments were also taken using experimental tasks such as the dot-probe task to evaluate attentional bias and the recognition scenarios task to evaluate interpretation bias. Instrument tools were administered to the participants before, after the intervention and one month later; whereas, behavioral assessments were taken before and after the intervention only. The data obtained were analyzed by 4x3 mixed ANOVA. The data obtained from behavioral measurements were analyzed by 4x2 mixed ANOVA. In the results of the study, it was found that iCBM-C was effective in reducing OCD symptoms, obsessive beliefs and interpretation bias. The change obtained in OCD symptoms and obsessive beliefs were also preserved in follow-up measurements. However, the expected effect of iCBM-C was not seen in terms of reducing attentional bias, depression and negative emotions and increasing positive emotions; in terms of anxiety and stress, this effect was observed only in follow-up assessments. In general, iCBM-C was found to be more effective than iCBM-A in reducing obsessive beliefs and interpretation biases. Moreover, iCBM-C group differed significantly from WLC in reducing interpretation bias. In addition, the result of the Modified Intention to Treat analysis revealed similar findings. Findings and limitations of the study were dicussed in light of relevant literature and future directions for research and clinical practice were recommended.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Attentional Bias, Interpretation Bias, Cognitive Bias Modification, Internet-Delivered Interventions.

OBSESİF-KOMPULSİF BELİRTİLERİ AZALTMADA BİRLEŞTİRİLMİŞ BİLİŞSEL YANLILIK DEĞİŞİMLEMEYE YÖNELİK MÜDAHALENİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI ii
YEMİN METNİ iii
ÖZET iv
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER viii
KISALTMALAR xii
TABLOLAR LİSTESİ xiii
ŞEKİL LİSTESİ xv
EKLER LİSTESİ xvii
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM
LİTERATÜR VE AMAÇ

1.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK 5
1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi 9
1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi 11
1.1.2.1. Biyolojik Faktörler 12
1.1.2.2. Psikososyal Faktörler 14
1.1.2.2.1. Travmatik ve Stresli Yaşam Olayları 15
1.1.2.2.2. Davranışçı Model 18
1.1.2.2.3. Bilişsel Modeller 19
1.1.2.2.3.1. İşlevsel Olmayan İnançlar ve Yorumlama Yanlılıkları 21

1.1.2.2.3.2. Bellek Yanlılıkları 32
1.1.2.2.3.3. Dikkat Yanlılıkları 35
1.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi 41
1.2. BİLİŞSEL YANLILIK DEĞİŞİMİ 46
1.2.1. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yorumlama Yanlılığı Değişimi 51
1.2.2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Dikkat Yanlılığı Değişimi 57
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ 61

İKİNCİ BÖLÜM
YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR 67
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 70
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu 71
2.2.2. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği-Erişkin Formu 71
2.2.3. Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu 73
2.2.4. Obsesif İnanışlar Anketi 75
2.2.5. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği -21 77
2.2.6. Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği 78
2.2.7. Bilişsel Yanlılık Değişiminin Değerlendirilmesi 79
2.2.7.1. Yorumlama Yanlılığının Değerlendirilmesi 79
2.2.7.2. Dikkat Yanlılığının Değerlendirilmesi 83
2.2.8. Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geribildirim Formu 86
2.3. İŞLEM 87
2.3.1. Müdahale Programlarının Yapısı ve İçeriği 92
2.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER 97

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. SEÇKİSİZ ATAMA SONRASI GRUP EŞİTLİĞİ 100
3.1.1. Sosyo-demografik Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımının İncelenmesi100
3.1.2. Ön Test Ölçümlerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması 101
3.2. ÖN TEST ÖLÇÜMLERİNDE DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYON ANALİZLERİ 104
3.3. MÜDAHALE PROGRAMLARINA KATILIM VE UYUM 107
3.4. KATILIMCILARIN ÖN TEST, SON TEST VE İZLEM ÖLÇÜMLERİNDE ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI 110
3.4.1. Grupların OKB Belirti Puanlarının Karışık Desenler için Varyans Analizi ile Karşılaştırılması 110
3.4.2. Grupların Obsesif İnanç Puanlarının Karışık Desenler için Varyans Analizi ile Karşılaştırılması 113
3.4.3. Senaryoları Tanıma Görevi ile Değerlendirilen Yorumlama Yanlılığına Yönelik Analizler 115
3.4.4. Standart Görsel Nokta İzleme Görevi ile Değerlendirilen Dikkat Yanlılığına Yönelik Analizler 120
3.4.5. Grupların Depresyon, Kaygı ve Stres Puanlarının Karışık Desenler için Varyans Analizi ile Karşılaştırılması 126
3.4.6. Grupların Pozitif ve Negatif Duygu Puanlarının Karışık Desenler için Varyans Analizi ile Karşılaştırılması 130
3.4.7. Karışık Desenler İçin Varyans Analizi Sonuçlarının Özeti 133
3.5. MÜDAHALE PROGRAMLARININ ETKİSİNİN BİREYSEL DÜZEYDE DEĞERLENDİRİLMESİ 136
3.5.1. Müdahale Programı Alan Katılımcıların Bireysel Düzeydeki Değişimlerine İlişkin Sonuçlar 138
3.6. ÇALIŞMADAN AYRILAN KATILIMCILARIN ÖLÇÜMLERİNİN İNCELENMESİ 140
3.6.1. Son Test Ölçümlerinde Çalışmadan Ayrılan ve Çalışmaya Devam Eden

Katılımcıların Ön Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması 141
3.6.2. Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizine İlişkin Bulgular 143
3.7. KATILIMCILARIN MÜDAHALE SONRASI GERİBİLDİRİMLERİ 155
3.7.1. Müdahale Programlarının Algılanan Faydası ve Etkisi 155
3.7.2. Müdahale Programlarının Kullanışlılığına Dair Katılımcı Görüşleri 158
3.7.3. Müdahale Programlarının Yararlı Bulunan/Bulunmayan Yönleri 160

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. YÖNTEMSEL ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 165
4.2. MÜDAHALENİN ETKİLİLİĞİNE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI 173
4.2.1. Birleştirilmiş Müdahalenin OKB belirtileri Üzerindeki Etkisi 173
4.2.2. Birleştirilmiş Müdahalenin Obsesif İnançlar ve Yorumlama Yanlılığı Üzerindeki Etkisi 177
4.2.3. Birleştirilmiş Müdahalenin Dikkat Yanlılığı Üzerindeki Etkisi 182
4.2.4. Birleştirilmiş Müdahalenin Depresyon, Kaygı, Stres ve Duygudurum Üzerindeki Etkisi 186
4.2.5. Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizine Dair Bulguların Tartışılması 190
4.2.6. Müdahalenin Etkililiğine Dair Bulguların Özeti 191
4.3. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ 193
4.3.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları 193
4.3.2. Araştırmanın Güçlü Yönleri 196

SONUÇ VE ÖNERİLER 200
KAYNAKÇA 207
EKLER 258

KISALTMALAR

ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi
APA	American Psychiatric Association/Amerikan Psikiyatri Derneği
BDKBÖ-EF	DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği-Erişkin Formu
BDT	Bilişse Davranışçı Terapi
bkz.	Bakınız
BYD	Bilişsel Yanlılık Değişimleme
DASÖ-21	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği -21
DEK	Düşünce Eylem Kaynaşması
EM	Expactation Maximization/Beklenti Yükseltme
GDİ	Güvenilir Değişim İndeksi
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKBÇG	Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu
iBBYD	İnternet Temelli Birleştirilmiş Bilişsel Yanlılık Değişimi
iBYD-D	İnternet Temelli Bilişsel Yanlılık Değişimi-Dikkat
iBYD-Y	İnternet Temelli Bilişsel Yanlılık Değişimi-Yorumlama
KG	Bekleme Listesi Kontrol Grubu
KSTK	Kortiko-Striato-Talamo-Kortikal
OİA	Obsesif İnanışlar Anketi
Ort.	Ortalama
OKE-R	Obsesif Kompulsif Envanteri-Revize
örn.	Örneğin
PE-WEÜG	Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu
PNDÖ	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği
S	Sayı
SS	Standart Sapma
TÖMB	Tepki Önlemeli Maruz Bırakma
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
YBOKDÖ	Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Gruplara Göre Sosyo-Demografik ve Diğer Özelliklere İlişkin Dağılımlar s. 69

Tablo 2: BDKBÖ-EF Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri ile Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları s. 102

Tablo 3: Ön Test Ölçümlerine İlişkin Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri ile Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları s. 103

Tablo 4: Ön Test Ölçümlerine İlişkin Değişkenler Arası Korelasyon Analizi Sonuçları s. 106

Tablo 5: Grupların PE-WEÜG Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 112

Tablo 6: Grupların OİA-44 Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 114

Tablo 7: Grupların OKB ile İlişkili Olumlu Yorumlama Puanlarının İki Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 118

Tablo 8: Grupların Genel Olumlu Yorumlama Puanlarının İki Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 120

Tablo 9: Grupların Dikkat Yanlılığı Puanlarının İki Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 125

Tablo 10: Grupların DASÖ-21 Depresyon Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 127

Tablo 11: Grupların DASÖ-21 Anksiyete Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 128

Tablo 12: Grupların DASÖ-21 Stres Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 129

Tablo 13: Grupların PNDÖ Pozitif Duygu Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 131

Tablo 14: Grupların PNDÖ Negatif Duygu Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 132

Tablo 15: Grup ve Zamana Göre Etkileşimin Anlamlı Olduğu Bulgularda Son test ve İzlem Ölçümlerinde Elde Edilen Değişimin Özeti s. 135

Tablo 16: Müdahale Alan Tüm Katılımcıların Gösterdiği Güvenilir Değişimin Grup-içi ve Toplam Oranları s. 139
Tablo 17: Çalışmadan Ayrılan ve Çalışmaya Devam Eden Katılımcılarla Ön Test Ölçümlerinde Yürütülen Mann Whitney U Testi Sonuçları s. 141
Tablo 18: KG'de İzlem Ölçümünde Çalışmadan Ayrılan ve Çalışmaya Devam Eden Katılımcılarla Son Test Ölçümlerinde Yürütülen Mann Whitney U Testi Sonuçları s. 143
Tablo 19: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Etkileşimin Etkisinin Yine Anlamlı Olduğu Değişkenlerin Grup ve Zamana Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri s. 146
Tablo 20: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların Dikkat Yanlılığı Puanlarının İki Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 147
Tablo 21: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların OİA-44 Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 150
Tablo 22: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların PNDÖ Negatif Duygu Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri s. 152
Tablo 23: Grup-içi ve Gruplar arası anlamlı Bulgulardaki Değişikliklerin Per Protokol ve Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi İçin Karşılaştırmalı Özeti s. 154
Tablo 24: Müdahalenin Algılanan Faydası ve Etkisine Yönelik Sorulara Verilen Yanıtların Gruplara Göre Oranları s. 157
Tablo 25: Müdahalenin Algılanan Faydası ve Etkisine Yönelik Sorulara Verilen Yanıtların Gruplara Göre Oranları s. 159
Tablo 26: iBYD-Y Müdahale Programının Yararlı Bulunan/Bulunmayan Yönlerine İlişkin Verilen Yanıtların Gruplara Göre Oranları s. 161
Tablo 27: iBYD-D Müdahale Programının Yararlı Bulunan/Bulunmayan Yönlerine İlişkin Verilen Yanıtların Gruplara Göre Oranları s. 163

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Obsesif Kompulsif Bozukluğun Temel Bilişsel Modeli s. 23
Şekil 2: Senaryoları Tanıma Görevi 1. Aşamasında Sunulan OKB ile İlişkili Senaryo Örneği s. 80
Şekil 3: Senaryoları Tanıma Görevi 1. Aşamasında Sunulan Nötr Senaryo Örneği s. 81
Şekil 4: Standart Görsel Nokta İzleme Görevi Okun OKB İlişkili Fotoğrafın Yerinde Belirdiği Deneme Örneği s. 85
Şekil 5: Standart Görsel Nokta İzleme Görevi Okun Nötr Fotoğrafın Yerinde Belirdiği Deneme Örneği s. 85
Şekil 6: Çalışmanın Akış Şeması ve Katılımcıların Çalışmayı Tamamlama Süreçleri s. 89
Şekil 7: Araştırmanın Düşüncelerini Hafiflet isimli İnternet Sitesi Giriş Ekranı Görüntüsü s. 91
Şekil 8: Araştırmanın Düşüncelerini Hafiflet isimli İnternet Sitesi "Hoş Geldiniz" yazısı Ekran Görüntüsü s. 92
Şekil 9: iBYD-Y Müdahale Programı Abartılmış Tehdit Algısı İnanç Alanını Yansıtan Senaryo Örneği s. 96
Şekil 10: Grupların Üç Farklı Zamandaki PE-WEÜG Puanları s. 112
Şekil 11: Grupların Üç Farklı Zamandaki OİA-44 Puanları s. 115
Şekil 12: Grupların İki Farklı Zamandaki OKB ile İlişkili Olumlu Yorumlama Puanları s. 118
Şekil 13: Grupların İki Farklı Zamandaki Genel Olumlu Yorumlama Puanları s. 120
Şekil 14: Grupların İki Farklı Zamandaki Dikkat Yanlılığı Puanları s. 126
Şekil 15: Grupların Üç Farklı Zamandaki Depresyon Alt Boyut Puanları s. 127
Şekil 16: Grupların Üç Farklı Zamandaki Anksiyete Alt Boyut Puanları s. 128
Şekil 17: Grupların Üç Farklı Zamandaki Stres Alt Boyut Puanları s. 130
Şekil 18: Grupların Üç Farklı Zamandaki Pozitif Duygu Alt Boyut Puanları s. 131
Şekil 19: Grupların Üç Farklı Zamandaki Negatif Duygu Alt Boyut Puanları s. 133
Şekil 20: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların İki Farklı Zamandaki Dikkat Yanlılığı Puanları s. 148

Şekil 21: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların Üç Farklı Zamandaki OİA-44 Puanları s. 151
Şekil 22: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların Üç Farklı Zamandaki Negatif Duygu Alt Boyut Puanları s. 152

EKLER LİSTESİ

EK 1: Kişisel Bilgi Formu ek s. 1
EK 2: DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği (Örnek Maddeler) ek s. 3
EK 3: Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu (Örnek Maddeler) ek s. 4
EK 4: Obsesif İnanışlar Anketi (Örnek Maddeler) ek s. 5
EK 5: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (Örnek Maddeler) ek s. 7
EK 6: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (Örnek Maddeler) ek s. 8
EK 7: OKB ile İlişkili Senaryoların Türkçe Çevirisine ve OKB ile İlişkili Olmayan Senaryoların Oluşturulmasına Dair Yapılan Ön Çalışmalar ek s. 9
EK 8: Uyaran Setlerinin Oluşturulmasına Dair Yapılan Ön Çalışmalar ek s. 11
EK 9: Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geribildirim Formu A ek s. 12
EK 10: Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geribildirim Formu B ek s. 15
EK 11: Katılım Sonrası Bilgilendirme Formu ek s. 18
EK 12: iBYD-Y Müdahale Programı Uyaran Setlerinin Oluşturulmasına Dair Ön Çalışmalar ek s. 20
EK 13: iBYD-D Müdahale Programı Uyaran Setlerinin Oluşturulmasına Dair Ön Çalışmalar ek s. 22

GİRİŞ

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2011-2023 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı raporunda (2011:23), psikolojik/ruh sağlığı sorunlarının önemli sosyal ve ekonomik boyutları olan sorunlar olduğuna dikkat çekilmektedir. Bu sorunların sosyal boyutları arasında; bireyin bakıma ihtiyacının olması ve bu durumun da ailenin sosyal ve ekonomik yükünü arttırması, bireyin aile üyeleri ve toplumla olan ilişkilerde bazı güçlükler yaşaması, hem bireyin hem de ailesinin damgalamaya maruz kalması ve ailelerin bu durumla nasıl baş edebilecekleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeni ile çaresiz hissetmeleri gibi etkenler yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011:23). Ekonomik boyutları arasında ise; bireyin ailesine bağımlı yaşamak zorunda kalması, eğitimini tamamlamakta güçlük çekmesi nedeni ile bir meslek sahibi olamaması, bireyin bir meslek sahibi olması durumunda ruh sağlığı sorununun neden olduğu belirgin işlev kayıplarının etkisiyle işten ayrılmak durumunda kalması ve tedavi olanaklarına düzenli olarak erişememesi durumunda belirtilerin şiddetlenmesi, hastaneye yatış sıklığı ve süresinin uzaması ve bu nedenle çalışma hayatında uzun bir süre yer alamayarak ülke ekonomisine katkıda bulunmasının güçleşmesi gibi etkenlerden bahsedilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011:23). Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) da bu tür önemli sorunlara yol açan ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ruh sağlığı sorunlarından biridir (Jacoby ve diğerleri, 2014:1195). Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization [WHO]) (2017:14) son raporunda dünya genelinde en çok işlev kaybı oluşturan tıbbi durumlar arasında kaygı bozuklukları ile birlikte altıncı sırada yer almaktadır.

OKB'nin düşünülenin aksine genel popülasyondaki yaygınlığının çok daha fazla olduğunun farklı kültürlerde yapılan kapsamlı epidemiyolojik çalışmalar ile anlaşılması (Horwath ve Weissman, 2000:494), yıllar içinde bozukluğun etiyolojisi, tanı ve tedavisi ile ilgili çalışmalara olan ilginin ve bilgi birikimin artmasına neden olmuştur. Bu doğrultuda, OKB'de belirtilerin başlangıcında ve sürdürülmesinde etkili olan faktörleri açıklamaya yönelik çok sayıda kuramsal yaklaşım ileri sürülmüştür. Günümüzde OKB'nin etiyolojisinde biyolojik ve psikososyal faktörlerin etkileşimini içeren çok faktörlü bir yapının rolü olduğu görüşü yaygındır (McGuire ve diğerleri,

2012: 153). OKB'nin tedavisinde kullanılan yaklaşımlar da daha çok bu görüş çerçevesinde şekillenmiştir.

OKB'nin tedavisinde uzun süredir yaygın olarak kullanılan psikolojik tedavi yöntemi Bilişsel Davranışçı Terapi'dir (BDT). OKB'ye yönelik BDT uygulamaları bozukluğun başlangıcı ve sürdürülmesinde bilişsel süreçlerdeki bilgi işleme yanlılıklarının merkezi rolüne ve önemine vurgu yapan bilişsel modelleri (örn. Salkovskis, 1985:574, 1989:678; Rachman, 1997:794, 1998:386; Salkovskis,1999:32; Rachman, 2003:12; Clark, 2004:134) temel alan bilişsel yeniden yapılandırma gibi bilişsel teknikler ile Mowrer'ın İki Aşamalı Öğrenme Kuramı'nı (1952:488, 1960:19) temel alan maruz bırakma ve tepki önleme gibi davranışçı tekniklerin birlikte kullanılmasını içermektedir. BTD'nin OKB'de etkinliği pek çok bilimsel araştırma ile kanıtlanmıştır (*bkz.* Öst ve diğerleri, 2015:162). Ancak bu kadar etkili tedaviye rağmen tanılı bireyler arasında iyileşme oranının düşük olması (örn. %25) (Fisher ve Wells, 2005:1154) ve tedaviyi yarıda bırakma oranlarının yüksek olması gibi bazı kısıtlılıkları da söz konusudur (Abramowitz, 2006:414). Ayrıca OKB'de tedaviye başvuru da genellikle belirtiler ilk kez ortaya çıktıktan yıllar sonra olmaktadır (Veale, 2004:68). Obsesyonların içeriğinden utanma, tedavi imkanları konusunda bilgi eksikliği ve ekonomik problemler gibi etkenler, tedaviye başvurunun gecikmesinde rol oynayan etkenler arasındadır (Garcia-Soriano ve diğerleri, 2014:8). OKB'de klasik tedavi yaklaşımlarının bu kısıtlılıklarını giderebilmek ve etkisini arttırmak amacıyla son yıllarda yeni yaklaşımların gündeme geldiği görülmektedir (Abramowitz ve diğerleri, 2018:311). Bu doğrultuda öne çıkan yaklaşımlardan biri, ruh sağlığı alanında gittikçe artan şekilde kendini gösteren teknoloji kullanımıdır. Ruh sağlığı alanında teknoloji kullanımı, tedavide ulaşılabilirlik ve mali açıdan uygunluk gibi pek çok avantaj sağlamaktadır (Andersson ve Titov, 2014:7; Feijt ve diğerleri, 2018:6).

Psikopatoloji ile ilişkili yanlı bilgi işleme süreçlerinin (örn. dikkat ve yorumlama yanlılıkları) değiştirilmesine yönelik bilgisayar destekli bir müdahale olarak tanımlanan Bilişsel Yanlılık Değişimi (BYD; Cognitive Bias Modification) yaklaşımı da (MacLeod ve Mathews, 2012:191), psikolojik müdahalelerde teknoloji kullanımının güncel örneklerindendir. İlk olarak bilişsel yanlılıklar ile özellikle kaygı bozuklukları arasındaki nedenselliği araştırmak amacıyla başlayan BYD çalışmalarının (MacLeod ve Mathews, 2012:193), son yıllarda daha çok kaygının

azaltılmasında etkili bir müdahale olarak uygulanabilirliğini değerlendirmek amacını taşıdığı görülmektedir. BYD'nin kaygı bozukluklarında bilişsel yanlılıkların azaltılmasına yönelik etkisinin incelenmesine dair başlatılan bu girişimler, günümüzde kaygı ve depresyon bozuklukları (Fodor ve diğerleri, 2020: 510-511) yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, sigara kullanımı (Jones ve Sharp, 2017:176-179) ve travma sonrası stres bozukluğu (Woud ve diğerleri, 2021:8-12) gibi pek çok soruna yönelik olarak genişlemekte ve etkisine dair olumlu sonuçlar bildirilmektedir. Ülkemizde de yüksek düzeyde kaygı belirtileri gösteren herhangi bir tanısı bulunmayan Türk öğrenci örnekleminde dikkat yanlılığı değişimine yönelik mevcut araştırmada da kullanılan düzeneğe benzer bir düzenek kullanılarak bir çalışma gerçekleştirilmiş ve katılımcıların kaygı ile ilişkili uyaranlara yönelik (örn. ölüm, ülser, ayıp vb. kelimler) dikkat yanlılığının azalması yönünde olumlu sonuçlar elde edilmiştir (*bkz.* Booth ve diğerleri, 2014:636). OKB'de bilişsel yanlılıkların merkezi rolünü destekleyen kanıtların giderek artması, bu yanlılıkları hedef alan bir müdahale özelliği taşıması nedeni ile BYD'nin de bozukluğun tedavisinde etkili bir yaklaşım olabileceği fikrini geliştirmiş ve bu yaklaşımın etkisine yönelik çalışmalara olan ilgiyi arttırmıştır. OKB'de bu yöntemin etkisinin incelendiği çalışmaların sonuçları, BYD'nin OKB'de bilişsel yanlılıkları azaltmada potansiyeli olan bir yaklaşım olduğunu göstermiştir.

OKB'nin başlangıcında ve sürdürülmesinde işlevsel olmayan inançlar ve yorumlama yanlılıklarının, dikkat yanlılıklarının ve bellek yanlılıklarının etkisi birbirinden bağımsız olarak araştırılmış ve etkileri ortaya konmuştur. Ancak bu tür yanlılıkların ortak etkisini inceleyen bir araştırma henüz bulunmamaktadır (Muller ve Roberts, 2005:22; Hezel ve McNally, 2016:229). Benzer şekilde, OKB'de BYD alanında yapılan çalışmalarda ağırlıklı olarak yanlılıklardan sadece birine odaklanıldığı görülmektedir. Diğer yandan, Hirsch ve diğerleri (2006:224) tarafından farklı türdeki yanlılıkların aynı bilgi işleme sürecinden temel aldığı, bu yanlılıkların psikopatolojilerin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde karşılıklı etkileşimin önemli rolü olduğu ve dolayısıyla bütüncül değerlendirilmesi gerektiği görüşünü yansıtan "birleştirilmiş bilişsel yanlılık hipotezi" (combined cognitive bias hypothesis) doğrultusunda, her iki yanlılığa yönelik Birleştirilmiş Bilişsel Yanlılık Değişimi (Combined Cognitive Bias Modification, BBYD) uygulamaları gündeme gelmiştir.

Söz konusu uygulamaların etkisinin test edildiği çalışmaların sonuçları ise (örn. Beard ve diğerleri, 2011:985; Brosan ve diğerleri, 2011:261; Basanovic ve diğerleri, 2020:2518-2519) genel anlamda olumludur. Ülkemizde de bu tür birleştirilmiş bir uygulamanın yüksek düzeyde sosyal kaygı belirtileri olan öğrenci örnekleminde test edildiği ve katılımcıların sosyal kaygı düzeyinin ve yorumlama yanlılıklarının azalması yönünde olumlu sonuçlar rapor eden bir çalışma bulunmaktadır (*bkz.* Koç, 2016:51-52).

Hirsch ve diğerleri (2006:224) tarafından öne sürülen hipotez ve bu hipotezde vurgulanan konuların OKB'nin etiyolojisi için de geçerli olabileceğine dair görüşler (örn. Muller ve Roberts, 2005:22; Hezel ve McNally, 2016:229), mevcut tez araştırmasının çıkış noktasını oluşturmaktadır. Bu doğrultuda mevcut araştırmada, yüksek düzeyde OKB belirtiler gösteren yetişkinlerde hem dikkat hem de yorumlama yanlılığına dair değişimi içeren internet tabanlı birleştirilmiş bilişsel yanlılık değişimi (iBBYD) uygulamasının; OKB belirtiler, obsesif inançlar, dikkat ve yorumlama yanlılık düzeyleri, kaygı, depresyon, stres ve duygudurum üzerinde etkililiğini incelemek amaçlanmıştır. Ülkemizde henüz BYD'nin direkt OKB üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu doğrultuda mevcut araştırmanın bir ilk olacağı öngörülmektedir. Yanı sıra, OKB'de birleştirilmiş bir modelin test edilmesi ise uluslararası literatür anlamında da bir ilk olacaktır. Bu özelliği ile mevcut çalışmadan elde edilecek sonuçların hem ülkemizde hem de uluslararası düzeyde yapılacak benzer nitelikteki gelecek araştırmalar için bilgi sağlayıcı ve öncü olacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM
LİTERATÜR VE AMAÇ

1.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), yineleyici obsesyon ve kompulsiyonlar ile kendini gösteren, kişide belirgin bir sıkıntıya ve önemli işlevsellik alanlarında işlev kayıplarına yol açan bir bozukluktur (American Psychiatric Association [APA], 2013). Obsesyonlar, belirgin bir kaygıya yol açan istem dışı düşünce, imge ya da dürtüler; kompulsiyonlar ise, obsesyonlar nedeni ile ortaya çıkan kaygıyı bilinçli bir çaba ile ortadan kaldırmaya yönelik yapılan yineleyici davranışsal ve/veya zihinsel etkisizleştirme çabaları olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013).

OKB tanılı bireylerin büyük bir çoğunluğunun birden fazla belirti biçimine sahip olduğu ve belirti profilinde genellikle hem obsesyon hem de kompulsiyonların birlikteliğinin söz konusu olduğu belirtilmektedir (Heyman ve diğerleri, 2006: 425). Rasmussen ve Eisen'in (1988) 560 OKB tanısı almış kişiden oluşan geniş bir örneklem grubu ile gerçekleştirdikleri çalışmada, obsesyonların içeriğine ve kompulsiyonların biçimine göre bazı alt gruplar belirlenmiştir (aktaran Rasmussen ve Eisen, 1992: 748). İlgili çalışmanın sonuçlarına göre en sık görülen obsesyonlar sırasıyla; bulaşma (%50), patolojik şüphecilik (%42), bedensel (%33), simetri/kesinlik ihtiyacı (%32), saldırganlık (%31) ve cinsellik (%24) olarak rapor edilmiştir. En sık görülen kompulsiyonların ise sırası ile, kontrol (%61), yıkama/temizleme (%50), sorma/itiraf etme ihtiyacı (%34), simetri/kesinlik (%28) ve biriktirme (%18) olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ilgili araştırmada, OKB tanılı bireylerin heterojen bir belirti profiline sahip olduğu ve %72'sinde birden fazla obsesyon biçiminin; %58'inde ise birden fazla kompulsiyon biçiminin birlikte görüldüğü belirlenmiştir (aktaran Rasmussen ve Eisen, 1992: 749). Ball ve diğerleri de (1996: 47) 65 tane klinik çalışmada raporlanan OKB belirti alt gruplarının yaygınlığını inceledikleri çalışmalarında benzer şekilde, OKB tanısı olan bireyler arasında kontrol ve yıkama/temizleme kompulsiyonlarının (%75) daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir. OKB tanılı bireylerde kompulsiyonların yanı sıra, düşünceyi durdurma, başka şeylerle uğraşarak dikkat dağıtma, başka şeyler düşünmeye çalışma, kendini ikna etmeye çalışma, ikna olmak için diğerlerinden

güvence/onay arama gibi etkisizleştirme stratejileri de sıklıkla görülmektedir (Clark, 2004:45). Her ikisi de obsesyonlar nedeni ile ortaya çıkan kaygıyı azaltmak amacıyla istemli olarak sergilenmekle birlikte, kompulsiyonlar ve etkisizleştirme stratejilerinin birbirinden farklılaştığı noktalar söz konusudur. Kompulsiyonlar tekrarlayıcı sterotipik (kalıplaşmış, törensel, ritüel) davranışları veya zihinsel tepkileri; etkisizleştirme ise istemli sergilenen herhangi bir davranış ya da bilişsel çabayı ifade etmektedir (Clark, 2004: 41). Kompulsiyonlar genellikle açık olarak gözlenebilir şekilde deneyimlenirken, etkisizleştirme stratejileri birey tarafından daha örtük biçimde deneyimlenebilmektedir (Clark, 2004:41).

OKB'nin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde biyolojik ve psikososyal pek çok etkenin varlığı ve belirtilerin heterojen nitelikte olması nedeni ile tanı koyma ve tedavi yaklaşımlarının belirlenmesinde bazı sorunlar oluşmaktadır (Markarian ve diğerleri, 2010: 82). OKB'nin bu heterojen özelliği ayrıca genetik çalışmaların, beyin görüntüleme çalışmalarının ve klinik araştırmaların gücünü azaltan bir durum olarak da nitelendirilmektedir (Mataix-Cols ve diğerleri, 2005:228). OKB'nin bu heterojen doğasını daha anlaşılır kılmak ve etkili bir tedavi planlaması oluşturabilmek amacı ile pek çok ölçüm aracı geliştirilmekte, bozukluğun belli bazı özelliklerinin gruplaştığı daha homojen özelliklere sahip alt boyutların oluşturulmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Leckman ve diğerleri, 2009:22). Bu amaçla Goodman ve diğerleri (1989: 1006-1011) tarafından geliştirilen ve yarı yapılandırılmış bir görüşme ile OKB belirtilerinin şiddetinin belirtilerin içeriğinden bağımsız olarak değerlendirilmesini sağlayan Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin (YBOKDÖ) standart bir ölçüm aracı olarak kullanıldığı görülmektedir (Fatori ve diğerleri, 2020:733). Farklı çalışmaların ilgili ölçeğin belirti listesinden elde edilen verileri değerlendirilerek OKB'nin belirti yapısının heterojenliğini azaltabilmek amacı ile yapılan bir meta-analiz çalışmasının sonucunda (Bloch ve diğerleri, 2008: 1538), simetri obsesyonları ve tekrar etme, sıralama ve sayı sayma kompulsiyonları; cinsel, dinsel ve somatik obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları; bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları; ve biriktirmeye yönelik obsesyon ve kompulsiyonlar gibi belirti gruplarında oluşan dört faktörlü bir yapı önerilmiştir.

OKB'de klinik değerlendirme yöntemleri kapsamında sıklıkla kullanılan YBOKDÖ, tanısal değerlendirme ve tanı koymaya yönelik olmaktan çok, belirtilerin

şiddetini ve türünü değerlendirmeye yöneliktir (Goodman ve diğerleri, 1989: 1006). Tanısal değerlendirme kapsamında ise uzun yıllardır DSM-5 and ICD-10 (International Classification of Diseases- Tenth Edition) sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. Her iki sınıflandırma sisteminde de OKB tanısı konulabilmesi için belirti profilinde obsesyon ve kompulsiyonların birlikte bulunmasının gerektiği belirtilmiştir (Aksoy, 2006:5). Her dönemde OKB için öngörülen tanısal değerlendirmeler hemen hemen aynı kalmakla birlikte, bozukluğun heterojen özellikler göstermesi bakımından doğru tanı koyma ve etkili tedavi yaklaşımlarının belirlenmesinde ortaya çıkan sorunları giderebilmek için bazı değişiklikler gündeme gelmiştir. OKB'nin tanısına yönelik olarak en kapsamlı değişikliğin DSM-IV'ten DSM-5' e geçişte gündeme geldiği görülmektedir. OKB, DSM-IV'te yer aldığı "Kaygı Bozuklukları" başlığı altından alınarak DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar (Obsessive-Compulsive and Related Disorders) gibi ayrı bir başlık altında sınıflandırılmıştır. DSM-IV'te "Somatoform Bozukluklar" başlığı altında yer alan beden algısı bozukluğu; "Başka Yerde Sınıflandırılmayan Dürtü Kontrol Bozuklukları" başlığı altında yer alan trikotillomani (saç yolma bozukluğu) ise ilgili bölümlerden çıkarılarak, yeni DSM'de Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında sınıflandırılan diğer bozukluklardır. Ayrıca Biriktiricilik Bozukluğu (Hoarding Disorder) ve Deri Yolma Bozukluğu (Excoriation Disorder) adı ile daha önce olmayan iki tanı kategorisinin de ayrı bir bozukluk olarak değerlendirilebilir nitelikte teşhis geçerlilikleri yüksek olduğu gerekçesi ile yine DSM-5'te Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar altına eklenmiştir (APA, 2013). OKB ve ilgili diğer bozuklukların ayrı bir bölüme alınarak diğerlerinden ayrıştırılmasında, tekrarlayıcı davranışları içeren belirtilerin bu bozukluklarda paylaşılan bir özellik olmasının etkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca aynı başlık altında yer alan her bir bozukluğun klinik gidiş özellikleri, etiyolojileri, uygulanan tedavi yaklaşımları bakımından benzer olmaları da değişikliğin önemli nedenleri arasında sayılmaktadır (APA, 2013).

OKB'nin DSM'deki yeni tanısal sınıflandırmasına ilişkin ruh sağlığı profesyonelleri ve araştırmacılar arasında farklı yönde görüşler olmakla birlikte, büyük bir çoğunluğu bu yeni sınıflandırmanın ve gerekçelerinin uygun olduğu görüşünü paylaşmaktadır (Mataix-Cols ve diğerleri, 2007: 1313). Yaygın görüş,

OKB'nin çok boyutlu ve heterojen bir belirti grubuna sahip olması, klinik gidişatı ve etiyolojisi göz önüne alındığında özellikle diğer kaygı bozukluklarından ayrıştırılmasının, bozukluğun daha gerçekçi değerlendirilmesine ve anlaşılmasına katkı sağlayacağı yönündedir (Nemeroff ve diğerleri, 2013: 202). Buna karşın, bu yeni tanısal sınıflandırmanın gerekçesi olarak sunulan, yeni tanısal sınıflandırmada yer verilen bozuklukların paylaştıkları klinik ve etiyolojik özelliklerin varlığı ile ilgili görüşü destekleyecek düzeyde yeterli kanıtın olmadığı belirtilmektedir (Abramowitz ve Jacoby, 2014: 181). Bu görüşün geçerliliğini değerlendirmek amacı ile DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar bölümünde yer alan bozuklukların paylaştıkları ve farklılaştıkları etiyolojik özellikleri inceleyen bir ikiz çalışmasında (Monzani ve diğerleri, 2014:187) OKB, beden algısı bozukluğu ve biriktirme bozukluğunun klinik görünümünde ve tekrarlayıcı davranışların sürdürülmesinde daha çok bilişsel mekanizmaların öne çıktığı; saç yolma bozukluğu ve deri yolma bozukluğunda ise "beden odaklı tekrarlayan davranışlar" ile belirgin bir klinik görünümün söz konusu olduğu belirtilmiştir.

DSM-5'te OKB'nin tanı kriterleri ile ilgili kapsamlı bir değişiklik olmamakla birlikte, obsesyonların tanımlanmasında kullanılan "dürtü (impulse)" ifadesi "zorlanma (urge)" ifadesi ile değiştirilerek, OKB'yi dürtü kontrol bozukluklarından ayırt edebilmek de amaçlanmıştır (APA, 2013) Ayrıca daha önceden obsesyonların içeriğini belirtmek için kullanılan "uygunsuz (inappropriate)" ifadesi ise, obsesyonların içeriğinin uygunsuz olup olmadığının kültür, yaş ve cinsiyet gibi değişkenlere göre farklılık gösterebilmesi nedeni ile daha öznel içerikli ve kültürel bağlamda daha nötr bir ifade olan "istenmeyen (unwanted)" ifadesi ile değiştirilmiştir (Abramowitz ve Jacoby, 2014:223). Bunların yanı sıra tanısal değerlendirme sırasında, tanı koyma ve tedavinin planlanmasında oldukça önemli olan içgörü düzeyinin daha da ayrıntılandırılarak "içgörüsü iyi ya da oldukça iyi, kötü, içgörü yok/sanrısal inanışlar" gibi bazı ek belirteçler eklenmiştir. Ayrıca ayırıcı tanıda önem taşıyan "Tikle ilişkili" ek tanımlaması da yapılmıştır (APA, 2013). Özellikle içgörü düzeyine ilişkin yapılan ayrıntılı ek tanımlamaların, iç görüsü az olan OKB tanılı bireylerde obsesyonların sanrısal bir özellik kazanması nedeni ile yanlışlıkla psikotik bozukluk tanısı ile değerlendirilmelerinin önüne geçilmesi, bozukluğun klinik uygulamalarda

daha doğru betimlenmesi ve daha etkili bir tedavi planlaması oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Van Ameringen ve diğerleri, 2014:488).

1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün güncel raporuna göre OKB, dünya genelinde en çok işlev kaybı oluşturan tıbbi durumlar arasında kaygı bozuklukları ile birlikte altıncı sırada yer almaktadır (WHO, 2017). OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı ise %1.6 ile %2.3 arasında değişmektedir (Kessler ve diğerleri, 2005: 596; Ruscio ve diğerleri, 2010:56).

OKB'nin genel olarak akut bir şekilde başladığı ya da zaman içinde ilerleyen ve kronikleşen bir seyir izlediği belirtilebilir. Klinik gidiş özelliklerini belirleyebilmek amacı ile, farklı tedaviler alan 144 OKB tanılı hastanın 40 yıl boyunca izlendiği kapsamlı bir çalışmada, süreç içerisinde hastalık belirtilerinin sıklıkla nüksettiği ve hastaların yalnızca %20'sinde belirtilerin tamamen iyileştiği görülmüştür (Skoog ve Skoog, 1999: 122). OKB genellikle geç ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde başlamakla birlikte, çocukluk dönemi başlangıçlı da olabilmektedir (Geller, 2006: 353; Garcia ve diğerleri, 2009: 104). OKB tanılı bireylerin büyük bir çoğunluğunda belirtilerin ortalama 19 yaşında başladığı bildirilmektedir (Ruscio ve diğerleri, 2010:56). Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığı, OKB tanısı almış erkek hastaların yaklaşık %25'inde hastalık belirtilerinin 10 yaşından önce görülmeye başladığı belirtilmektedir (Ruscio ve ark., 2010:56). Buna karşın, OKB'de tedaviye başvuru genellikle belirtiler ilk kez ortaya çıktıktan yıllar sonra olmaktadır (Veale, 2004:68). Obsesyonların içeriğinden utanma, obsesyonlar nedeni ile diğerleri ile olan ilişkilerin olumsuz yönde etkileneceği ve diğerleri tarafından yargılanacak olma endişesi, tedavi imkanları konusunda bilgi eksikliği ve ekonomik problemler; profesyonel yardım arama davranışını geciktiren etkenler arasında yer almaktadır (Garcia-Soriano ve diğerleri 2014:8).

Epidemiyolojik çalışmalarda çok sık rapor edilmemekle birlikte, OKB'nin orta yaşlarda ve yaşlılıkta görülebilen geç başlayan türleri de bulunmaktadır (Grant ve diğerleri, 2007: 24). OKB'nin erken yaşta başlaması, geç yaşta başlamasına oranla, daha şiddetli obsesif kompusif belirtilerin ortaya çıkmasına, klinik özelliklerin ve

nörobiyolojik özelliklerin farklılaşmasına neden olmaktadır (Sobin ve diğerleri, 2000: 375; Dell'Osso ve diğerleri, 2013: 868).

Türkiye'de de OKB ile ilgili epidemiyolojik çalışmalara rastlamak mümkündür. Ancak bu alanda az sayıda nitelikli çalışma olduğu ve 2000 yılından itibaren Türkiye'de kaygı bozuklukları ile ilgili epidemiyolojik çalışmaların sayısının azaldığı da vurgulanmaktadır (Binbay ve diğerleri, 2014: 266). Türkiye'de psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisine yönelik gerçekleştirilen ve yetişkinlerin değerlendirildiği bölümü Kılıç (1998) tarafından yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması (Erol ve diğerleri, 1998), Türkiye'de bu alanda yapılmış ilk ve tek kapsamlı araştırmadır. Söz konusu araştırmanın yetişkin nüfusa ilişkin verileri, Türkiye'de 18 yaş ve üzeri nüfusun genelini temsil edecek şekilde seçkisiz olarak belirlenmiş 5000 haneden 3889'unda yaşayan 7479 katılımcıdan elde edilmiştir (Kılıç, 1998:9). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nın daha güncel verileri içeren ikinci çalışması ise tamamlanmış ancak henüz yayımlanmamıştır (Kılıç, 2020: 187). Bu araştırmanın ilki kapsamına dair yayımlanan raporda, ülkemizde OKB'nin 12 aylık bir sürede genel toplumda oranı %0.5 olarak bildirilmiş; bu oranın kadınlarda (%0.6) erkeklere (%0.2) göre üç kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (Erol ve diğerleri, 1998: 89).

OKB'nin diğer psikiyatrik bozukluklar ile eş tanısı ise oldukça yaygındır (Ayuso-Mateos, 2006: 2). OKB'de eş tanının varlığı belirtilerin şiddetini, gidiş özelliklerini ve tedaviden yararlanma oranlarını etkilemektedir (Angst ve diğerleri, 2004: 162). ABD'deki Ulusal Eş Tanı Çalışması-Tekrarı (National Comorbidity Survey-Replication) sonuçlarına göre, OKB'nin diğer kaygı bozuklukları (%75.8), duygu durum bozuklukları (%63.3), dürtü kontrol bozuklukları (%55.9) ve madde bağımlılığı (%38.6) ile eş tanısının yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır (Ruscio ve diğerleri, 2010:56). Ayrıca OKB'de aynı kategoride yer alan beden algısı bozukluğu, saç yolma bozukluğu ve deri yolma bozukluğu gibi bozuklukların da eş tanı oranları yüksektir (Lovato ve diğerleri, 2012:566; Gerstenblith ve diğerleri, 2019: 4). Ayrıca OKB'nin psikotik bozukluklar (Achim ve diğerleri, 2011: 816), bipolar bozukluk (Timpano ve diğerleri, 2012: 231), yeme bozuklukları (Kaye ve diğerleri, 2004: 2217) ve Tourette sendromu (Groth ve diğerleri, 2017: 308) gibi bozukluklara eşlik ettiğini bildiren çalışmalara da rastlamak mümkündür. Bununla birlikte, OKB'de eş tanı

asimetrik bir özellik göstermektedir (Clark, 2019: 14). Örneğin, OKB'de depresyon ve kaygı bozukluklarının bir eş tanı durumu olarak ortaya çıkmasının, OKB'nin söz konusu bozukluklarda bir eş tanı durumu olarak ortaya çıkmasından daha yaygın görülen bir durum olduğu bildirilmiştir (*bkz.* Brown ve diğerleri, 2001:588). Sonuç olarak, OKB'nin ayırıcı tanısında yüksek eş tanı oranları da göz önüne alındığında, dikkate alınması gereken pek çok bozukluğun olduğu görülmektedir. Psikotik bozukluklar, sosyal kaygı bozukluğu ve yaygın kaygı bozukluğu gibi kaygı bozuklukları, beden algısı bozukluğu, majör depresyon, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları ve Tourette sendromu gibi bozukluklar OKB ile benzer klinik belirtileri içermeleri nedeni ile (örn. tekrarlayan olumsuz düşünceler, sanrılar vb.), ayırıcı tanıda özellikle dikkate alınması gereken bozukluklardır (Hirschtritt ve diğerleri, 2017: 1361).

1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi

OKB'nin etiyolojisini açıklamaya yönelik kanıta dayalı araştırmalardan elde edilen bulgular ışığında çok sayıda kuramsal yaklaşım ileri sürülmüş olmasına karşın, belirtilerin ortaya çıkış nedenleri ve sürdüren etkenler hakkında kesin açıklamalar yapmak henüz mümkün görünmemektedir (Brander ve diğerleri, 2016:37). Yaygın görüş, OKB belirtilerinin başlangıcında ve sürdürülmesinde biyolojik (örn. nörobiyolojik, genetik) ve psikososyal (örn. işlevsel olmayan inançlar, stresli yaşam olayları) faktörlerin etkileşimini içeren çok faktörlü bir yapının rolü olduğu yönündedir (McGuire ve diğerleri, 2012: 153). Bu doğrultuda, OKB'ye katkıda bulunan etiyolojik faktörler, bozukluğun bu çok faktörlü yapısı dikkate alınarak aktarılacaktır. Öncelikle ikiz çalışmaları, aile çalışmaları, beyin görüntüleme çalışmaları, ilaç çalışmaları gibi biyolojik faktörleri açıklamaya yönelik çalışmaların bulgularına yer verilecektir. Daha sonra psikososyal faktörler çerçevesinde travmatik ve stresli yaşam olaylarının OKB'nin oluşumuna katkısını değerlendiren çalışmaların sunulmasını takiben davranışçı modelin açıklamalarına yer verilecek ve bilişsel model çerçevesinde OKB'de bilgi işleme süreçlerindeki yanlılıkların bozukluğa katkısı ele alınacaktır.

1.1.2.1. Biyolojik Faktörler

Biyolojik faktörlerin OKB'nin oluşumuna katkıda bulunduğuna dair kanıtların giderek arttığı görülmektedir. Son yıllarda ikiz çalışmaları, aile çalışmaları, yapısal/işlevsel beyin görüntüleme çalışmaları ve ilaç çalışmaları bozukluğun patofizyolojisini açıklamaya yönelik bilgi birikiminin artmasını sağlamıştır (Pauls, 2010:149). Bu alanda yapılan çalışmalar arasında grupların eşleşmesi (özellikle cinsiyet) ve eş tanı, hastalık süresi, aile öyküsü gibi değişkenler açısından farklılıklar bulunması, birbiri ile tutarsız bulgular elde edilmesine de neden olmaktadır (Friedlander ve Desrocher, 2006:45). Araştırma bulguları arasındaki bu tutarsızlıkta, OKB'de çok boyutlu ve heterojen bir belirti profili görülmesinin de etkisi olabileceği düşünülmektedir (Karslıoğlu ve Yüksel, 2007:11). Buna karşın, ilgili çalışmaların bulguları OKB'nin ortaya çıkışında genetik ve nörobiyolojik faktörlerin önemli bir rolü olduğuna işaret etmektedir.

İkiz ve aile çalışmaları, OKB'de genetik faktörlerin araştırılmasında kullanılan iki temel yöntemdir. Tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinin karşılaştırıldığı ikiz çalışmaları, tek yumurta ikizlerinin neredeyse aynı genetik özellikleri çift yumurta ikizlerinin ise ortalama %50 oranında benzer genetik özellikleri paylaşıyor olmaları nedeni ile, bir bozukluğun kalıtım yoluyla aktarımı konusunda önemli bir bilgi kaynağıdır (Bloch ve Pittenger, 2010: 92). Bu çalışmalar aynı zamanda, paylaşılan genetik ve çevresel faktörleri ayırt ederek daha doğru karşılaştırmalar yapılmasına imkan sağlamaktadır (Arısoy, 2004: 110). İkiz çalışmalarında tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinde saptanan konkordans oranları (eş hastalanma oranı), OKB'nin oluşumunda genetik faktörlerin etkisine ilişkin kanıt sunmaktadır (Purty ve diğerleri, 2019: 38). OKB'ye yönelik gerçekleştirilen kapsamlı bir ikiz çalışmasında yıkama, kontrol etme, düzenleme, obsesyon ve biriktirme gibi OK belirti gruplarının konkordans oranının tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Iervolino ve diğerleri, 2011:643). 37 ikiz örnekleminden oluşan 14 ikiz çalışmasının bulgularının incelendiği kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında ise, belirti şiddeti ve cinsiyetin etkisinden bağımsız olarak, OKB belirtilerinin oluşumunda genetik faktörler ve paylaşılmayan çevrenin (bireysel faktörler) etkileşiminin söz konusu olduğu; paylaşılan çevrenin OKB belirtilerinin ortaya

çıkmasına katkısının düşük olduğu; geç başlangıçlı OKB olgularında çevresel faktörlerin daha etkili olduğu; ve belirti türlerinin bazılarının (özellikle de biriktirme belirtilerinin) farklı etiyolojik faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir (Taylor, 2011: 1371).

OKB'de genetik faktörlerin etkisini araştırmada bir diğer yöntem olan aile çalışmaları, ikiz çalışmalarının aksine genetik ve çevresel faktörleri ayırt etmede yetersiz kaldığı için güvenirlikleri daha düşük çalışmalar olarak nitelendirilmektedir (Arısoy, 2004: 110). Buna karşın ilgili alanyazında, tanısal değerlendirme, yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme yöntemlerini doğrudan OKB tanılı bireyin akrabalarından bilgi almayı ve kontrol grupları ile karşılaştırmaları içeren, yöntemsel olarak güçlü çalışmalara da rastlamak mümkündür. Bu çalışmalarda kontrol grubunu OKB tanısı olmayan genel popülasyondaki bireylerin akrabaları oluşturmakta ve aile içinde ilk defa OKB tanısı almış bireylerin (proband) akrabaları ile karşılaştırılmaktadır. Yöntemsel özellikleri bakımından güvenilir aile çalışmalarının sonuçları kontrol grubunda yer alan bireylerle karşılaştırıldığında, OKB tanısı almış kişilerin birinci derece akrabalarında bu bozukluğu geliştirme riskinin 4-5 kat daha yüksek olduğunu (Mataix-Cols ve diğerleri, 2013:713) ve bozukluğun görülme oranının %10 ile %12 arasında değiştiğini göstermiştir (Pauls ve diğerleri, 1995:79; Nestadt ve diğerleri, 2000:360; Grabe ve diğerleri, 2006: 1990). Genetik yakınlık derecesi azaldıkça OKB görülme riski de azalmakta; ikinci derece akrabalarda bu risk 2.5 kata, üçüncü derece akrabalarda ise 1.5 kata gerilemektedir (Mataix-Cols ve diğerleri, 2013:713). Yanı sıra, aile öyküsünde OKB belirtileri görülen kişilerde ailesinde böyle bir öykü olmayan kişilere göre bazı belirti gruplarının daha fazla öne çıktığı görülmüş, özellikle biriktirme ve yıkama gibi OKB belirti alt gruplarının görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Brakoulias ve diğerleri, 2016: 317). OKB tanılı bireylerin birinci derece akrabalarında tik bozuklukları, saç yolma bozukluğu, deri yolma bozukluğu ve beden algısı bozukluğu geliştirme riskinin de yüksek olduğu saptanmıştır (Bienvenu ve diğerleri, 2000: 291; Grados ve diğerleri, 2001: 562).

İkiz ve aile çalışmalarının yanı sıra OKB'nin oluşumuna katkıda bulunan biyolojik faktörleri açıklamaya yönelik bulgular sunan diğer araştırma yöntemleri, beyin görüntüleme çalışmaları ve ilaç tedavisi çalışmalarıdır. Bu çalışmaların

sonuçları OKB tanılı bireylerde önemli yapısal ve/veya işlevsel beyin anormalliklerinin varlığını desteklemektedir. Özellikle dorsolateral prefrontal korteks, orbito-frontal korteks ve anterior-singulat korteks gibi frontal alanların, OKB belirtiler ile ilişkili temel beyin yapıları olduğu (Menzies ve diğerleri, 2008:540; Fineberg ve diğerleri, 2010:600) ve OKB'nin oluşumunda bu beyin yapılarını içeren kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) devrelerin döngüsünde ortaya çıkan anormalliklerin (örn. yüksek metabolik hareketler) etkili olduğu görüşü yaygındır (Maia ve diğerleri, 2008: 1273). OKB'de karar verme, planlama, başka bilgilerin araya girmesi sonucu hatırlama deneyiminin azalması (tepki ketleme) gibi yürütücü işlevlerdeki sorunların, söz konusu beyin alanlarındaki işlevsel patolojinin bir sonucu olabileceği düşünülmektedir (Kashyap ve diğerleri, 2013: 537). KSTK devrelerinde yer alan ilgili beyin bölgelerinde saptanan bu anormal işleyişin yanı sıra, bu devrede etkin rolü olduğu düşünülen glutamat reseptörlerinin serotonin salınımını azaltması, OKB belirtilerin oluşumuna katkıda bulunan bir diğer etken olarak görülmektedir (Rosenberg ve Keshavan, 1998: 634). OKB'de özellikle seçici serotonin geri-alım inhibitörleri (SSRI) grubunda yer alan ilaçlar ile yapılan tedavi çalışmalarında (örn. Gilbert ve diğerleri, 2000: 452; Atmaca ve diğerleri, 2016: 672) sözü edilen beyin bölgelerindeki anormal işleyişte ve yapısal sorunlarda düzelmelerin gözlenmesi, ilgili yaklaşımı destekler niteliktedir.

1.1.2.2. Psikososyal Faktörler

İnsanı diğer biyolojik varlıklarla benzer bir biyolojik kimliğe sahip olarak tanımlayan biyomedikal modelin insana karşı bu sınırlı bakış açısını genişletmek amacıyla Engel (1977:131, 1980:536) biyopsikososyal modeli tanımlamıştır. Bu model aynı zamanda, psikopatolojilerin başlangıcında biyolojik faktörler ile birlikte psikososyal faktörlerin de önemli olduğuna ilişkin bir anlayışın gelişmesine katkı sağlamıştır. Bu modelle birlikte bir yaklaşımın eksik yönlerinin diğer bir yaklaşım ile tamamlanabileceği görüşünün önem kazanması, diğer tüm psikopatolojilerde olduğu gibi, OKB'nin de ortaya çıkışında etkili olan faktörlerin anlaşılması ve daha gerçekçi değerlendirmeler yapılmasında multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesini gerekli kılmaktadır.

Bir önceki bölümde değinildiği üzere, OKB'nin başlangıcında genetik ve nörobiyolojik faktörlerin katkısı kanıta dayalı pek çok araştırma ile gösterilmiştir. Ancak OKB'nin başlangıcında etkili olan faktörler biyolojik faktörlerle sınırlı değildir. Doğum öncesinde ve doğum sırasında oluşan komplikasyonlar, üreme sisteminde ortaya çıkan yaşa bağlı değişiklikler, ebeveynlik tutumları, sosyoekonomik yetersizlikler ve stresli yaşam olayları-travmatik bir olaya maruz kalmış olmak da dahil- gibi çevresel faktörlerin de OKB belirtilerinin gelişimine katkıda bulunduğunu gösteren çok sayıda araştırma vardır (Brander ve diğerleri, 2016: 38-58). Bu kısımda özellikle stresli yaşam olaylarının OKB belirtileri ile olan ilişkisi ele alınacaktır. Ayrıca belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde etkili olan psikolojik faktörlere, OKB'nin tedavisinde yaygın olarak kullanılan etkili psikolojik tedavilerin şekillenmesine de büyük ölçüde katkı sağlamış olan, davranışçı model ve bilişsel modellerin açıklamaları çerçevesinde değinilecektir.

1.1.2.2.1. Travmatik ve Stresli Yaşam Olayları

Stresli yaşam olayları, bireyin hayatında meydana gelen önemli ve büyük yaşam olayları ile bireyin bu yaşam olaylarına ilişkin algısının bir bütünü olarak tanımlanmaktadır (Dohrenwend, 1985: 125; Lazarus, 1985: 400). Bu tür yaşam olaylarının, travma ve stresle ilişkili bozukluklar (Contractor ve diğerleri, 2018: 80; Grelotti ve diğerleri, 2018: 371), kaygı bozuklukları (Hettema ve diğerleri, 2005: 185) ve majör depresyon (Manczak ve diğerleri, 2018: 932; Suzuki ve diğerleri, 2018: 484; Warne ve diğerleri, 2019: 320) gibi bozuklukların başlangıcında kritik ve önemli bir role sahip olduğu bildirilmektedir. Stresli yaşam olaylarının psikopatolojiler üzerindeki bu etkisi genel olarak yatkınlık-stres modeli (diathesis-stress model) ile açıklanmaktadır (Ingram ve Price, 2001: 11; Ingram ve Luxton, 2005: 43). İlk kez şizofreninin gelişimini açıklamaya yönelik Zubin ve Spring (1977:103-216) tarafından geliştirilen bu modele göre, her birey bir psikiyatrik bozukluk geliştirmeye belli bir düzeyde yatkındır ve psikiyatrik bozukluklar bu yatkınlığın stresle etkileşiminin, diğer bir deyişle çeşitli biyolojik ve psikososyal faktörlerin etkileşiminin bir sonucudur. OKB tanısı olan bireyler ile tanı almamış birinci derece yakınları ve sağlıklı bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, tanılı bireyler ile tanı almamış yakınlarının OKB

belirtileri açısından benzer özellikler gösterdikleri; ancak erken çocukluk döneminde travmatik deneyimi olan tanılı bireylerin daha şiddetli belirtiler deneyimledikleri saptanmıştır (Bey ve diğerleri, 2017:333). Araştırmacılar bu bulguyu, yatkınlık-stres modelinin varsayımlarının OKB için de geçerli olduğuna dair bir kanıt olarak değerlendirmiştir (Bey ve diğerleri, 2017: 334).

Travmatik ve stresli yaşam olayları ile OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların bu tür yaşam olaylarının (1) OKB'nin başlangıcına olan etkisi ve (2) OKB belirtilerinin şiddeti ve türü üzerindeki etkisi olmak üzere iki konuya odaklandığı görülmektedir. Bu araştırmalarda travmatik ve stresli yaşam olayları tanımlanırken genellikle, DSM-5'te travmatik olayların "gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma" (APA, 2013) şeklinde yapılan tanımdan ziyade, olumsuz deneyimler ya da stresli yaşam olayları gibi daha geniş tanımlamalar kullanıldığı görülmektedir (Dykshoorn, 2014: 521). Söz konusu araştırmalarda bu olaylar, fiziksel, duygusal ya da psikolojik sıkıntıya neden olan herhangi bir olumsuz deneyimi (örn. işsizlik, sevilen birinin kaybı, doğal afetler, cinsel istismar, ilişkisel sorunlar, evlilik sorunları, fiziksel hastalık vb.) kapsamakta ve belirli olaylar ile sınırlandırılmamaktadır (Dykshoorn, 2014: 521).

Cromer ve diğerleri (2007: 1687-1688) tarafından 265 OKB tanılı bireyden oluşan örneklemde gerçekleştirilen çalışmada, tanılı bireylerin %54'ünün hayatlarının bir döneminde en az bir kez stresli bir yaşam olayı deneyimlediği, geçmişinde bu tür bir olay öyküsü olanların daha şiddetli OKB belirtileri olduğu ve bu tür bir olayın ortaya çıkışı ile özellikle kontrol etme, düzenleme, obsesyon gibi belirtilerin başlangıcı arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. OKB tanılı bireyler ile yapılan diğer çalışmalarda da (örn. Real ve diğerleri, 2011: 370; Sarkhel ve diğerleri, 2011:183; Rosso ve diğerleri, 2012: 262; Imthon ve diğerleri, 2020:3378; Murayama ve diğerleri, 2020:2) benzer sonuçlar bildirilmiş, belirtilerin başlangıcı ile yaşamın herhangi bir döneminde stresli bir olay deneyimlemiş olma arasındaki güçlü ilişkinin yanı sıra, belirtilerin görülmesinden 6 ay (Sarkhel ve diğerleri, 2011:183) ve 12 ay (Rosso ve diğerleri, 2012: 262) öncesinde de bu tür bir olayın yaygın şekilde deneyimlenmiş olduğu görülmüştür. Ayrıca geç başlangıçlı OKB'de belirtilerin başlangıcından önceki dönemde stresli olayların yaşanma sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Real ve diğerleri, 2011: 370; Murayama ve diğerleri, 2020:2).

Bazı çalışmalarda özellikle daha ağır travmatik yaşantılar ile OKB belirtilerinin şiddeti ve başlangıcı arasındaki ilişkiye odaklanıldığı görülmektedir. Beş bin civarı OKB tanısı olan bireyi kapsayan 24 araştırmanın bulgularının incelendiği kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında ağır travmatik bir yaşantıya (örn. şiddet, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal) maruz kalmış olmak ile OKB belirtilerinin şiddeti arasında güçlü bir ilişki olduğu; hatta bu tür yaşantıların obsesyonlardan ziyade daha çok kompulsiyoların şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Miller ve Brock, 2017: 35). Ağır travmatik yaşantılar ile OKB belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen güncel çalışmalarda da (örn. Barzilay ve diğerleri, 2019: 589; Murayama ve diğerleri, 2020:2) benzer sonuçlar bildirilmiştir.

Bazı araştırmaların ise OKB tanısı ve OKB belirtileri ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri arasındaki ilişkiyi araştırmaya yönelik olduğu görülmektedir. Bu amaçla gerçekleştirilen ilk vaka çalışmalarında (örn. Pitman, 1993: 106; De Silva ve Marks, 199: 950) OKB belirtileri ile TSSB belirtilerinin bir arada sıklıkla bulunduğu ve ilişkili olduğu bildirilmiş ve uygulanan tedavilerin etkisinin arttırılmasında bu durumun dikkate alınması önerilmiştir. Gershuny ve diğerleri (2003: 1038) tarafından gerçekleştirilen vaka çalışmasında ise, müdahale sonucunda OKB belirtileri azaldığında TSSB belirtilerinin arttığı; TSSB belirtileri azaldığında ise OKB belirtilerinin arttığı dinamik bir ilişki bildirilmiş ve benzer şekilde her iki bozukluğun da tedavi sürecinde bu iki bozukluğun bir diğerindeki eş tanı durumunun araştırılması gerektiği vurgulanmıştır. Daha geniş örneklemlerde yapılan çalışmalarda da iki bozukluğun belirtileri arasında güçlü ilişkiler olduğu (Nacasch ve diğerleri, 2011: 877; Morina ve diğerleri, 2016:118), tedaviye dirençli OKB vakalarında TSSB belirtilerinin yaygın olabileceği ve bu durumun OKB belirtilerinin şiddetinde belirleyici bir etken olabileceği (Gershuny ve diğerleri, 2008: 70) rapor edilmiştir. Fontenelle ve diğerleri (2012:378) ise, OKB tanısı aldıktan sonra TSSB geliştirmiş, TSSB tanısı aldıktan sonra OKB geliştirmiş ve yalnızca OKB tanısı almış üç farklı grubu klinik özellikleri açısından karşılaştırmıştır. Araştırmanın sonuçları, özellikle TSSB tanısı aldıktan sonra OKB geliştirmiş olan bireylerin psikiyatrik öyküsünde intihar düşünceleri, panik bozukluk ve agorafobi belirtileri, geç başlangıç ve dürtü kontrol sorunları gibi klinik özelliklerin daha belirgin olduğunu göstermiştir (Fontenelle ve diğerleri, 2012: 379).

OKB belirtilerinin şiddeti ile travmatik ya da stresli yaşam olayları arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra, bu yönde bir ilişkinin olmadığını ya da bu ilişkinin yüksek düzeyde olmadığını rapor eden çalışmalar da vardır (örn. Selvi ve diğerleri, 2012: 55; Przeworski ve diğerleri, 2014: 55; Visser ve diğerleri, 2014: 1035; Vidal-Ribas ve diğerleri, 2015: 313). Araştırmaların sonuçları arasındaki bu tutarsızlığın, bu tür araştırmalarda retrospektif, yani geriye dönük değerlendirme sağlayan ve bellekten bilgiyi geri çağırma sürecinde yanlılığa (retrospective memory recall bias) yol açan öz bildirim ölçekleri kullanılmasından kaynaklanıyor olabileceği görüşü yaygındır (Vidal-Ribas ve diğerleri, 2015: 314; Brander ve diğerleri, 2016:44; Adams ve diğerleri, 2018:2; Raposo-Lima ve Morgado, 2020: 358). Bu tür çevresel faktörler ile OKB belirtileri arasındaki nedensel ilişkinin ortaya konabilmesi için nitelikli boylamsal araştırmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Vidal-Ribas ve diğerleri, 2015: 314; Brander ve diğerleri, 2016:58). Bu tür boylamsal araştırmalardan elde edilecek bulguların, çevresel faktörlerin OKB'ye katkısının daha doğru değerlendirilmesine ve tedavide daha etkili stratejilerin geliştirilmesine önemli düzeyde katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Adams ve diğerleri, 2018:6).

1.1.2.2.2. Davranışçı Model

Mowrer (1952:488, 1960:19) tarafından geliştirilen "İki Aşamalı Öğrenme Kuramı" (Two-Factor Model), korkunun ve/veya kaygının açıklanmasında temel alınan ve yaygın olarak kabul görmüş bir öğrenme modelidir. Bu kuram, korkunun ve/veya kaygının gelişiminin ve sürdürülmesinin altında yatan mekanizmaları klasik ve edimsel koşullanma kuramlarının açıklamalarını bütünleştirerek açıklamaktadır. Kurama göre, ilk aşamada klasik koşullanma yoluyla nötr bir koşullu uyarıcı, kişiye rahatsızlık veren özelliklere sahip olan koşulsuz bir uyarıcı ile eşleşerek korku/kaygı tepkisi oluşturabilecek bir nitelik kazanmaktadır. İkinci aşamada ise, kişi koşullu uyarıcıya karşı gelişen korkusunun/kaygısının bu uyarıcıdan kaçındığında azaldığını öğrenmektedir. Diğer bir deyişle, edimsel koşullanma yoluyla (olumsuz pekiştirme) kişi korkusunu/kaygısını tetikleyen durumlardan kaçınmayı öğrenir.

OKB belirtilerinin başlangıcı ve sürdürülmesinde etkili olan mekanizmalara da bu kuram çerçevesinde açıklama getirilmektedir. Buna göre, önceden kaygı

yaratmayan ve çoğu kişinin aklına gelebilecek nötr bir uyaran (örn. mikrop kapma ile ilgili düşünceler, cinsellikle ilgili imgeler vb.) klasik koşullanma yolu ile kişide kaygı ile bağlantılandırılmakta ve bu düşünce ya da imgelerden kaygı duyma gibi kişiye sıkıntı veren bir özellik kazanmaktadır (Himle ve Franklin, 2009: 30; Berman ve diğerleri, 2017: 224). Bu noktada kurama göre obsesyonlar, kaygıya neden olan koşullu uyaranlar olarak tanımlanmaktadır. Koşullu uyaranların (obsesyonların), koşulsuz uyaran (mikrop kapma) olmadan tekrarlanmasının sönme ile sonuçlanması beklenir. Ancak, kişi koşullu uyaranlar (obsesyonlar) ile karşılaşmaktan kompulsiyonlar ve kaçınma davranışları aracılığı ile sürekli kaçınır. Bu davranışlar kaygının azalmasını sağlayarak bir tür olumsuz pekiştireç rolü oynayarak aynı davranışların sürekli tekrarlanmasına neden olur (Taylor ve diğerleri, 2007:12; Berman ve diğerleri, 2017: 224). Bu noktada kurama göre kompulsiyonlar ve kaçınma davranışları olumsuz pekiştirme yoluyla sıklığı artmış ve kaygıyı azaltmaya yönelik gerçekleştirilen davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Kaygı ile başa çıkmada yalnızca bu stratejilerin kullanılması, obsesyonların sıklığını ve bu bunlara olan inancı arttırmakta ve giderek daha sık tekrarlanmaktadır. Bu noktada bir kısır döngü ortaya çıkmakta ve bu döngü OKB belirtilerinin sürdürülmesine neden olmaktadır (Himle ve Franklin, 2009: 30).

Bu model, OKB'de belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde rol oynayan işleyişi açıklama konusunda yeterince kapsamlı bulunmamakla birlikte (Mineka ve Zinbarg, 2006:10), OKB'nin etkili tedavisine yönelik olarak tepki önlemeli maruz bırakma (TÖMB; Exposure and response prevention) gibi iki önemli yöntemin gelişimine sağladığı katkı bakımından önemli görülmektedir (Carmin, 2005: 193; Himle ve Franklin, 2009: 30). OKB'nin tedavisinde TÖMB yönteminin uygulamalarına ve etkisine ilişkin yapılmış çalışmaların sonuçlarına ilerleyen bölümlerde ayrıntılı olarak değinilecektir.

1.1.2.2.3. Bilişsel Modeller

Kaygı bozukluklarının bilişsel modellerinde, söz konusu bozuklukların başlangıcı ve sürdürülmesinde bilişsel süreçlerdeki bilgi işleme yanlılıklarının (bilişsel yanlılıkların) merkezi rolüne ve önemine vurgu yapılmaktadır (örn. Beck, 1976:87;

Beck ve diğerleri, 1985:43, Beck ve Clark 1997:49; Williams ve diğerleri, 1997:24). Özellikle Beck'in (1976:87) ve Beck ve diğerlerinin (1985:43) ilk defa depresif sorunlar ile başlayan açıklamalarının ardından kaygının altında yatan mekanizmaların kavramsallaştırılmasına yönelik çalışmaları, bilişsel süreçlerde gözlenen bu yanlılıkların kaygı bozukluklarının işleyişine olan etkisinin anlaşılmasına ve etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlamıştır.

Beck ve diğerlerine göre (1985:54) her birey, deneyimlerini, inançlarını ve tutumlarını organize eden bilişsel yapılara (şemalara) sahiptir. Bu bilişsel yapılar, bilgi işleme süreçlerini şekillendiren temel mekanizmalardır ve farklı durumlara ilişkin basit ya da daha karmaşık özellikte olabilirler (Beck ve diğerleri, 1985:55). Örneğin, bir durumun "tehlikeli" olarak yorumlanmasına ilişkin bilişsel yapılar/şemalar, bireyin genel ve belirsiz durumlara ilişkin yorumlamalarını ya da belirsizlik hakkındaki tehlike senaryolarını, inançlarını ve varsayımlarını yansıtan çok sayıda bilgiyi içeren daha karmaşık yapılardır (Beck ve diğerleri, 1985:55). Kaygı duyarlılığı olan bir kişinin tehlike şeması sürekli aktiftir ve bu durum; kişinin kaygı ile ilişkili, tehdit içeren dışsal uyaranlara dikkatinin artması, belirsiz uyaranlar hakkında tehdit odaklı, hatalı ve yanlı yorumlarda bulunma eğiliminin artması ve "tehlikeli" olarak yorumladığı deneyimlerini diğer deneyimlerine göre daha fazla hatırlaması ile sonuçlanır (Beck ve diğerleri, 1985:56-57). Kaygı bozukluklarında bilgi işleme süreçlerindeki bu yanlılıklar genel olarak, psikopatoloji ile ilişkili, kaygı verici uyaranlara karşı (1) seçici dikkat yanlılıkları (attentional bias), (2) belirsiz uyaranlar hakkında tehdit odaklı, hatalı ve yanlı yorumlamalar ve işlevsel olmayan inançlar (interpretation bias) ve (3) bellek yanlılıkları (memory bias) olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılabilir (Mathews ve McLeod, 2005:167).

Daha önce de değinildiği üzere, DSM-5'te OKB artık bir kaygı bozukluğu olarak tanımlanmamaktadır (APA,2013). Buna karşın, diğer bazı psikopatolojilerin DSM-5'teki tanımlamalarında önemli olabilecek duyguların eksik bırakılmış olmasına benzer şekilde, OKB'nin de tanımlanmasında bazı önemli duygulara (örn. suçluluk ve tiksinme) yer verilmediği, ancak kaygının bu tanımda yine temel bir duygu olarak öne çıktığı görülmektedir (Hacıömeroğlu ve diğerleri, 2018:13). OKB belirtileri ile çeşitli duygular arasındaki ilişkileri araştıran çalışmalarda (örn. Whiteside ve Abramowitz, 2005:109; Melli ve diğerleri, 2016:1085; Olatunji ve diğerleri, 2017:121), bazı belirti

gruplarının özellikle suçluluk, öfke ve tiksinme gibi duygularla arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Alanyazın incelendiğinde, OKB belirtileriyle çeşitli duygular arasındaki ilişkileri araştıran bu tür çalışmalara olan ilginin arttığı ve bu yönde bir eğilim olduğu görülmektedir. Diğer yandan bugüne kadar yapılmış çalışmalarda, OKB tanılı bireylerin yüksek düzeyde kaygı deneyimlediği ve kaygı bozukluklarında olduğu gibi temel olarak kaygıyı tetikleyici özellikteki, obsesyonlarla ilişkili uyaran ve durumlara özgü dikkat ve bellek yanlılıkları gösterdikleri bildirilmiştir (Muller ve Roberts, 2005:3-18). OKB'nin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde istem dışı düşünceler hakkındaki hatalı ve yanlı yorumlamaların da etkisini gösteren çok sayıda araştırma olduğu ve bu araştırmalarda da ağırlıklı olarak kaygının öne çıktığı görülmektedir (Hezel ve McNally, 2016: 222-224). Bu hatalı ve yanlı yorumlama biçimlerinin OKB'de obsesyonların ortaya çıkmasında, birey tarafından yüksek düzeyde kaygının deneyimlenmesinde ve bu kaygının azaltılmasına yönelik etkisizleştirme stratejilerinin kullanılmasında önemli rolü bulunmaktadır (Julien ve diğerleri, 2007:366).

OKB'nin başlangıcında ve sürdürülmesinde işlevsel olmayan inançlar ve yorumlama yanlılıklarının, dikkat yanlılıklarının ve bellek yanlılıklarının etkisi birbirinden bağımsız olarak araştırılmış ve etkileri ortaya konmuştur. Takip eden kısımda OKB'deki söz konusu yanlılıkların işleyişine dair kuramsal bilgiler aktarılacak ve ilgili araştırmaların sonuçlarına değinilecektir.

1.1.2.2.3.1. İşlevsel Olmayan İnançlar ve Yorumlama Yanlılıkları

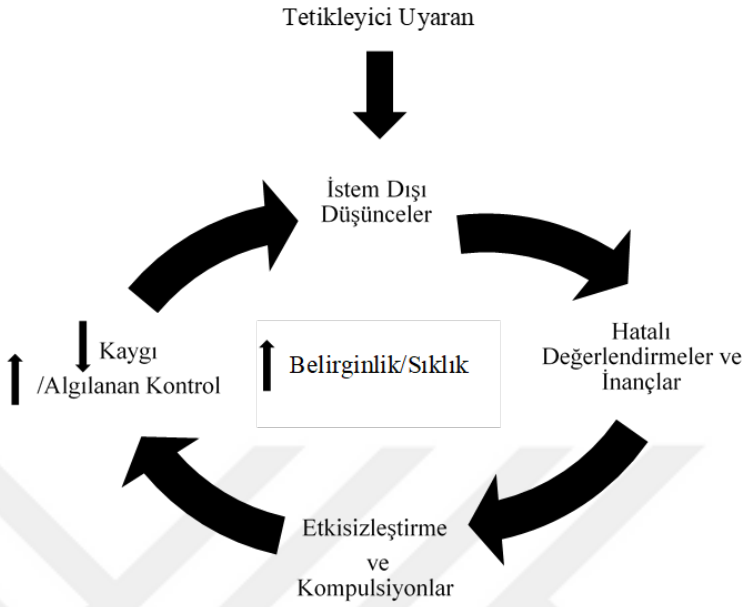
OKB'de belirtilerin ortaya çıkması ve sürdürülmesine yönelik işleyişi açıklayan bilişsel modellerde genel olarak, işlevsel olmayan inançların ve yorumlama yanlılıklarının önemi üzerinde durulmaktadır (Clark, 2004: 87). Bu modeller büyük ölçüde Rachman ve De Silva'nın (1978: 233-248) araştırmalarından temel almaktadır. Söz konusu araştırmacılar, OKB tanılı bireylerle sağlıklı bireyleri karşılaştırdıkları bir dizi araştırma gerçekleştirmiş ve bu araştırmaların sonucunda OKB'si olmayan kişilerin büyük çoğunluğunun biçim ve içerik olarak obsesyonlardan ayırt edilemeyen istem dışı düşünceleri olduğunu saptamıştır (Rachman ve De Silva, 1978:244). "Normal obsesyonlar" olarak adlandırdıkları bu istem dışı deneyimlerin "anormal

obsesyonlar" olarak adlandırdıkları OKB tanılı bireylerde görülen klinik obsesyonlardan daha az düzeyde sıkıntı yaratması, düşük direnme ile sonuçlanması, üzerinde algılanan kontrol düzeyinin yüksek olması, kişiye anlamsız görünmesi ve kısa süreli olması bakımından ayrıldığı sonucuna ulaşmışlardır (Rachman ve De Silva, 1978:244). Bu bulgular obsesyonların doğasının anlaşılmasına katkı sağlamıştır. Yanı sıra, "Abartılmış Sorumluluk Algısı Modeli" (Salkovskis, 1985:574, 1989:678, 1999:32), "Anlamın Yanlış Yorumlanması/Hatalı Değerlendirilmesi Modeli" (Rachman, 1997:794, 1998:386, 2003:12) ve "Bilişsel Kontrol Modeli" (Clark, 2004:134) gibi günümüzde yaygın bir biçimde kabul görmüş ve tedavi yaklaşımlarının belirlenmesinde etkili olmuş modellerin gelişimine de zemin hazırlamıştır.

Bu modeller, OKB belirtilerinin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde hangi bilişsel yapının merkezi rolü olduğu konusunda farklılaşmaktadır. Ancak benimsedikleri bazı ortak görüşler söz konusudur (Clark, 2004:90): istem dışı düşünceler, imgeler ve zorlanmalar normal bilişsel etkinlikler olarak aslında OKB tanısı olmayan pek çok kişide görülmektedir. Bu istem dışı deneyimlerin obsesyona dönüşmesinde temel belirleyici, bu düşünceler hakkındaki yanlı ve hatalı değerlendirmelerdir. OKB tanılı bireyler tarafından bu düşünceler; aşırı düzeyde sıra dışı, kişiliğin gizli bir yönünü ortaya koyan, sadece o kişiye özgü olarak hatalı biçimde yorumlanmakta, bu durum da kişide kaygı ve sıkıntıya yol açmaktadır. Kişi bu kaygıyı/sıkıntıyı hafifletmek için açık ve/veya örtük etkisizleştirme stratejileri ya da kompulsiyonlar gibi çeşitli yöntemlerle obsesyonları kontrol etmeye çalışmaktadır. Kısa vadede işe yarayan bu girişimler uzun vadede aslında obsesyonların belirginliğini ve sıklığını arttırmakta, akla yeniden gelen düşüncelerle tekrarlanmakta ve düşünceler hakkındaki hatalı değerlendirmeleri pekiştirmektedir. Sonuç olarak bu durum belirtilerin süreklilik kazanmasına neden olmaktadır (*bkz.* Şekil 1).

Şekil 1: Obsesif Kompulsif Bozukluğun Temel Bilişsel Modeli

Kaynak: Clark, 2004:90



1995 yılında Danimarka'da Dünya Bilişsel Davranışçı Terapiler Kongresi'nde (World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies) 9 farklı ülkeden 40'tan fazla araştırmacı OKB'nin bilişsel temellerini incelemek ve bilişsel özelliklerini ölçebilmek için değerlendirme araçları geliştirmek amaçları ile Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu'nu (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group) (OKBÇG) oluşturarak bir çalışma başlatmışlardır (OKBÇG, 1997:668). Bu çalışmalarda OKB'nin bilişsel modelleri, klinik uygulamalara ve halihazırda kullanılan ölçüm araçlarına dayalı olarak bozukluğun bilişsel temelini oluşturduğu belirtilen (1) istem dışı deneyimler, (2) değerlendirmeler ve (3) varsayımlar/inançlar olmak üzere üç farklı kavram tanımlanmıştır (OKBÇG, 1997:668-670).

Bu kavramlardan ilki olan istem dışı deneyimler, istem dışı düşünceler, imgeler ve zorlanmalar ifade etmektedir. Bu deneyimler, çoğu kişide görülen normal bilişsel etkinler olmakla birlikte sıklığı, şiddeti ve bu istem dışı deneyimin yaşanması ile ilgili sıkıntı düzeyi arttıkça, obsesyon olarak nitelendirilmektedir (OKBÇG, 1997:670).

İkinci bir kavram olan değerlendirmeler, istem dışı deneyimin yorumlanmasını ve bunlara ilişkin beklentileri ifade etmektedir. Bu değerlendirmeler, algılanan kontrol, sorumluluk, kontrol ihtiyacı gibi ölçüm araçları ile ölçülebilecek çok çeşitli

ve farklı boyutları içerebilmektedir (OKBÇG, 1997:670). Bu farklı boyutları değerlendirmek amacıyla grubun sonraki çalışmalarında İstem Dışı Düşünceleri Yorumlama Envanteri (OKBÇG, 2001: 987-1006) geliştirilmiştir.

Son olarak OKB'nin bilişsel temelini oluşturan bir diğer kavram olan varsayımlar/inançlar ise, anlık olaylardan ziyade uzun süredir var olan, kişinin kendisi ve diğerleri ile ilgili genel varsayımlarını ifade etmektedir. OKB'de önemli 6 bilişsel varsayım/inanç grubu tanımlanmıştır (OKBÇG, 1997:671-674): (1) abartılmış sorumluluk, (2) düşüncelerin aşırı düzeyde önemsenmesi, (3) abartılmış tehdit algısı, (4) düşüncelerin kontrolü, (5) belirsizliğe tahammülsüzlük ve (6) mükemmeliyetçilik. Sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda ise bu varsayımlar/inançlar ikili gruplar altında birleştirilerek abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncelerin önemi ve kontrolü olmak üzere üç faktörlü bir yapıya çevrilmiş ve bu inançları değerlendirmek üzere Obsesif İnanışlar Anketi geliştirilmiştir (OKBÇG, 2005: 1527-1542).

Alanyazında bu obsesif inanç alanları ile OKB belirtileri arasındaki ilişkileri inceleyen çok sayıda çalışmaya rastlamak mümkündür. Wheaton ve diğerleri (2010:952) tarafından 135 OKB tanılı bireyden oluşan bir örneklemde yapılan çalışmanın sonuçları, abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı inanç alanının bulaşma obsesyonlarını; mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük inanç alanının simetri/kesinlik ihtiyacını; düşüncelerin önemi ve kontrolü inanç alanının genel olarak istem dışı deneyimleri daha güçlü yordadığını göstermiştir. Kim ve diğerleri (2016:84) ise yaptıkları çalışmada, OKB tanılı bireylerde hangi inanç alanının daha baskın olduğunun belirtilerin şiddetine göre de farklılaşabildiğini; abartılmış sorumluluk algısı inanç alanının belirti şiddeti yüksek olduğunda OKB belirtilerini güçlü bir şekilde yordadığını, düşüncelerin önemi ve kontrolü ile belirtiler arasındaki ilişkinin ise belirti şiddetinden görece bağımsız olduğunu rapor etmiştir.

OKB'de öne çıkan inanç alanlarını değerlendirmek üzere gerçekleştirilen çalışmaların sonuçları arasında bazı farklılıklar söz konusudur. Bununla birlikte, bu çalışmaların genel anlamda, bu inançlar ile OKB belirtileri arasında güçlü bir ilişki olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmalar; abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı, düşüncelerin önemi ve kontrolü, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük

olmak üzere üç temel inanç alanı için ayrı ayrı ve daha ayrıntılı olmak üzere takip eden kısımda sunulmaktadır:

*Abartılmış Sorumluluk ve Abartılmış Tehdit Algısı: A*bartılmış sorumluluk, bireyin bir davranışı yapmadığında ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlardan kendisini sorumlu tutması (örn. "Olumsuz bir durum üzerinde herhangi bir etkim varsa, o durumun sonuçlarından tamamen ben sorumluyumdur.") (OKBÇG 1997:671); abartılmış tehdit algısı ise, olumsuz bir olayın ve beklenen olumsuz sonuçlarının ciddiyetini ve/veya gerçekleşme olasılığını abartma eğilimi (örn. "Olumsuz olayların benim başıma gelme olasılığı diğer insanlara göre daha fazladır.") (*bkz*. OKBÇG, 1997:673) olarak tanımlanmaktadır. Özellikle abartılmış sorumluluk algısı, OKBÇG (1997:671-674) tarafından tanımlanmış 6 bilişsel inanç alanı içinde OKB'deki rolü en fazla araştırılmış olan inanç alanıdır (Mantz ve Abbott, 2017:14).

Salkovskis (1985:574, 1989:678, 1999:32), Abartılmış Sorumluluk Algısı Modeli'nde OKB belirtilerinin sürdürülmesinde abartılmış sorumluluk algısının önemi üzerinde durmuş ve konu ile ilgili bazı hipotezler öne sürmüştür. Modele göre, istem dışı deneyimlerin obsesyona dönüşmesinde, kişinin bu düşüncelerinden dolayı kendisinin veya başkalarının herhangi bir zarar görme olasılığının yüksek olduğu ve dolayısıyla bu olası zararı engellemesi gerektiği konusunda abartılı bir sorumluluk ve tehdit algısını içeren hatalı değerlendirmelerinin temel bir rolü vardır (Salkovskis, 1999:36). Abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı kişide kaygı düzeyinin yükselmesine neden olmakta ve kişi bu kaygının azalmasına yönelik kaçınma davranışları ve kompulsiyonlar ile belirgin (örn. çocuğuna zarar verme obsesyonları olan bir annenin sürekli dua okuması, çocuğundan uzak durması, evdeki bıçakları saklaması gibi) baş etme stratejileri geliştirmeye başlamaktadır (Salkovskis, 1989:678, 1999:36). Tehdit ve sorumluluk ile ilgili bu hatalı değerlendirmeler aynı zamanda, OKB belirtilerinin sürdürülmesinde önemli rolü olan tehlike ile ilişkili uyaranlara seçici dikkat yanlılıkları gösterme, düşünceyi bastırma ve olası bir zararı önlemeye ilişkin sorumluluğun yerine getirildiğine ikna olmak için güvence/onay arama gibi stratejilerin de sergilenmesine neden olmaktadır (Salkovskis ve diğerleri, 2000: 350). OKB tanılı bireylerle hem sağlıklı bireylerin hem de çeşitli türlerde kaygı bozukluğu tanısı almış bireylerin karşılaştırıldığı çalışmalarda (örn. Freeston ve diğerleri, 1993:9; Foa ve diğerleri, 2001:265-267; Salkovskis ve diğerleri 2000:358), OKB tanılı

bireylerin abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı inanç alanını değerlendiren ölçüm araçlarından daha yüksek puanlar aldıkları görülmüş ve bu inançlar ile OKB belirtileri arasında güçlü bir ilişki olduğu yönündeki hipotezi destekleyen sonuçlar elde edilmiştir.

Abartılmış sorumluluk ve tehdit algısının genel olarak OKB belirtilerinin sürdürülmesinde önemli bir rolü olduğu belirtilmekle birlikte, bu inançların özellikle kontrol etme kompulsiyonları ile ilişkili olabileceği üzerinde durulmaktadır. Örneğin Rachman (2002:629), OKB'de tehdit düzeyi yüksek olarak algılanan duruma ilişkin tehdidin ortadan kalktığına yeterince emin olunmadığında ve zararın önlenebileceğine ilişkin sorumluluk hissedildiğinde sürekli kontrol etme davranışının ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı ile sürekli kontrol etme davranışı arasındaki bu ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, ilgili görüşü destekleyen bulgular elde edildiği görülmektedir. Örneğin Foa ve diğerleri (2002:446) tarafından yapılan bir çalışmada; katılımcılara düşük riskli (örn. "Yerde bir ipin parçasını görüyorsunuz."), orta riskli (örn. "Bir park yerinde yerde duran kesin bir tel görüyorsunuz."), ve yüksek riskli (örn. "Metroda epilepsi krizi geçiren birini görüyorsunuz.") tehdit olmak üzere üç koşulu içeren hipotetik senaryolar yazılı olarak sunulmuştur. Katılımcılardan bu senaryolardaki durumları kendileri deneyimliyormuş gibi hayal etmeleri ve her bir senaryo sonunda o senaryodaki tehdit içeren duruma karşı algıladıkları sorumluluğu, kontrol davranışı sergilemeye karşı duydukları isteği ve kontrol davranışını gerçekleştirmeleri durumunda hissedecekleri rahatlamayı "(0) hiç" ile "(7) çok fazla" uçlarına sahip bir derecelendirme üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir (Foa ve diğerleri, 2002:446). Araştırmanın sonuçları, sürekli kontrol davranışı gösteren OKB tanılı bireylerin, sürekli kontrol etme davranışı göstermeyen OKB tanılı bireyler ve kaygı düzeyi yüksek olmayan sağlıklı kontrol grubuna göre tehdit içeren duruma karşı daha yüksek sorumluluk algıladıklarını, kontrol davranışı sergilemeye karşı daha fazla istek duyduklarını ve kontrol davranışını gerçekleştirmeleri durumunda daha fazla rahatlama hissettiklerini göstermiştir (Foa ve diğerleri, 2002:448-450).

Alanyazın incelendiğinde söz konusu inanç alanı ile sürekli kontrol etme davranışı arasındaki nedensel ilişkiyi çeşitli manipülasyonlar uygulayarak test eden ve ortaya koyan deneysel çalışmalara da rastlamak mümkündür. Örneğin, Lopatka ve

Rachman (1995:675) tarafından bu konuda yapılan deneysel bir çalışmada, sürekli kontrol etme davranışı gösteren (günde 60 dakikadan fazla) OKB tanılı bireyler Davranışsal Yaklaşma Testi (Behavioural Approach Test) ile kendi evlerinde zararın önlenebileceğine ilişkin sorumluluk algılarını tetikleyebilecek özellikte dört farklı duruma maruz bırakılmıştır. Katılımcılar maruz bırakma öncesinde, kontrol etme davranışı sergilenmezse sorumluluğun kişinin kendisine ait olduğu yüksek sorumluluk sözleşmesini sorumluluğun araştırmacıya ait olduğu düşük sorumluluk sözleşmesini ve herhangi bir manipülasyonun uygulanmadığı, normalde davranacakları şekilde davranmalarını içeren sözleşmeyi imzaladıkları farklı üç koşula dahil edilmiştir (Lopatka ve Rachman, 1995:676). Araştırmanın sonuçları, kontrol etme davranışı sergilenmezse sorumluluğun kişinin kendisine ait olduğu yüksek sorumluluk sözleşmesini imzalayan OKB tanılı bireylerin, olası bir zararı önleme konusunda daha fazla sorumluluk hissettiklerini, durumundan daha fazla rahatsız olduklarını ve daha fazla kontrol etme davranışında bulunma isteği duyduklarını göstermiştir (Lopatka ve Rachman, 1995:680). Aynı yöntemi kullanılarak yapılan çalışmalar (örn. Shafran, 1997:401) ile farklı yöntemler kullanılarak yapılan diğer bazı çalışmalarda da (örn. Ladouceur ve diğerleri, 1995:943-944; Arntz ve diğerleri, 2007:430-431) benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı ile sürekli kontrol etme davranışı arasındaki nedensel ilişkiyi inceleyen çalışmaların, bu yönde bir ilişkinin varlığına dair güçlü kanıtlar sunsa da, söz konusu çalışmalarda sorumluluk algısı ve kaygı üzerinde oldukça etkili olduğu bilinen tehdit algısına yeterince yer verilmediği ve tehdit algısı da dahil olmak üzere diğer inanç alanlarının OKB belirtilerinin sürdürülmesindeki katkısını da inceleyen daha kapsamlı deneysel çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir (Mantz ve Abbott, 2017:25).

Düşüncelerin Önemi ve Kontrolü: Düşüncelerin önemi, bir eylemi düşünmek ile bu eylemi gerçekleştirmenin aynı olduğuna dair yanlı değerlendirmeleri içeren inanç alanı olarak tanımlanmaktadır (OKBÇG, 1997:672). OKB belirtilerinin sürdürülmesinde abartılı sorumluluk ve tehdit algısının yanında, bu tür yanlı değerlendirmelerin de önemli olduğuna Rachman (1997:794, 1998:386, 2003:12) Anlamın Yanlış Yorumlanması/Hatalı Değerlendirilmesi Modeli'nde değinmiştir. Modele göre, istem dışı düşüncelerin obsesyon halini almasına katkıda bulunan temel etken, bu deneyimlerin kişisel anlamının hatalı yorumlanmasıdır (Rachman,

1997:794). Bu bağlamda, OKB tanılı bireyler, cinselliği, saldırganlığı, kutsal değerlere hakareti içeren düşünce, imge ve/veya zorlanmalardan dolayı kendilerini günâhkar, tehlikeli ve/veya ahlaksız biri olarak değerlendirme eğilimindedir (örn. "Cinsel içerikli düşüncelere sahip olmak benim ahlaksız biri olduğum anlamına gelir") (Rachman, 1997:794).

Daha önce de değinildiği gibi, Salkovskis (1985:574), OKB belirtilerinin sürdürülmesinde olası bir zararı önlemeye ilişkin abartılmış sorumluluk algısının önemi üzerinde durmuştur. Rachman (1993:151) ise obsesyonlar, sorumluluk ve suçluluk arasındaki ilişkiyi incelemiş ve abartılı sorumluluk ile ilgili hatalı değerlendirmeler ile birey tarafından bu düşüncelerin aşırı düzeyde önemsenmesinin ilişkili olabileceği üzerinde durmuştur. Bu doğrultuda örneğin "Cinsellik ile ilgili düşüncelerim benim ahlaksız biri olduğum anlamına geliyor." şeklinde yorumlanan düşünce ile "Bu ahlak dışı düşüncelerden ben sorumluyum." düşüncesinin birbiri ile içe içe geçmiş karmaşık bir yapıda olduğunu belirtmiş ve bu durumu psikolojik olarak düşünce ile eylem arasındaki kaynaşmayı ifade eden Düşünce-Eylem Kaynaşması (DEK)" (thought-action fusion) olarak nitelendirmiştir (Rachman,1993:151). Bu bilişsel yanlılık iki boyutu içermektedir (Shafran ve diğerleri, 1996: 379-380; Rachman ve Shafran, 1999:80): (1) DEK-Ahlak; bir şeyi düşünmenin gerçekte yapmak ile eş değer sayılması (örn. "Birine zarar vermekle ilişkili düşüncelere sahip olmak, neredeyse birine gerçekten zarar vermek kadar kötüdür.") ve (2) DEK-Olasılık; bir şeyi düşünmenin onun gerçekleşme olasılığını arttırması (örn. "Birine zarar verdiğimi düşünürsem, bu benim o kişiye zarar verme olasılığı arttırır."). Ayrıca DEK-Olasılık boyutu için, kişinin düşüncelerinin kendisi ile ilgili olumsuz sonuçlara yol açacağına dair inançlarını yansıtan DEK-Olasılık-Kendilik (örn. "Eğer bir kaza geçireceğimi düşünürsem, bu gelecekte kaza geçirme olasılığımı arttırır.") ve kişinin düşüncelerinin diğerleri ile ilgili olumsuz sonuçlara yol açacağına dair inançlarını yansıtan DEK-Olasılık-Diğerleri (örn. "Eğer bir arkadaşımın kaza geçireceğimi düşünürsem, bu onun gelecekte kaza geçirme olasılığını arttırır.") olmak üzere iki bileşen tanımlanmıştır (Shafran ve diğerleri, 1996:383).

DEK ile OKB belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları, DEK'nin özellikle olasılık boyutunun OKB'de belirtilerin şiddetini yordayan önemli bir değişken olduğunu göstermiştir (Shafran ve Rachman, 2004:97-100; Berle ve

Starcevic, 2005:269-272). Ayrıca konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda, Rachman'ın (1993:151) DEK'nin, düşüncelerin yanlı ve hatalı yorumlanması ile olası bir zararı önlemeye ilişkin abartılı sorumluluk algısının etkileşimi sonucu ortaya çıkıyor olabileceği yönündeki görüşünü destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin, Rachman ve diğerleri (1995:780) sorumluluğa ilişkin hatalı değerlendirmelerini ölçen bir ölçüm aracının geliştirilmesine yönelik çalışmalarında ölçeğin dört faktörlü yapısının DEK'yi de içerdiğini saptamıştır. Amir ve diğerleri (2001:773) ise, DEK-Olasılık puanları yüksek olan OKB tanılı bireylerin olası bir zararı önlemeye ilişkin abartılı sorumluluk algılarının da yüksek olduğunu ve buradan hareketle DEK'nin abartılmış sorumluluk algısını arttıran bir etkisi olabileceği yönünde görüş bildirmiştir. Günümüzde yaygın olan görüş, DEK'nin abartılı sorumluluk algısı ile ilişkili, ancak ayrı bir yapı olduğu ve her iki inanç alanı arasında birbirini tetikleyen karşılıklı bir ilişki olduğu yönündedir (Shafran ve Rachman, 2004:97). Yanı sıra, DEK sadece OKB'ye özgü olmaktan çok tanılar üstü bir özellik göstermekte; kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları, depresyon gibi diğer bozukluklarda da belirtilerle ilişkili önemli bir inanç alanı olarak öne çıkmaktadır (Berle ve Starcevic, 2005:277).

OKB'de önemli görülen diğer bir inanç alanı ise, düşüncelerin kontrolüdür. Bu inanç alanı, istem dışı düşüncelerin kontrol edilebilir olduğu ve kontrol edilmesi gerektiğine dair hatalı ve yanlı değerlendirmeleri (örn. "İstenmeyen düşünceler üzerinde tam bir kontrol mümkündür.") içermektedir (OKBÇG, 1997:672). Bilişsel Kontrol Modeli'nde Clark (2004:134-148) OKB belirtilerinin sürdürülmesinde düşüncelerin kontrolü inanç alanının önemine geniş bir yer vermiştir. Clark'a (2004:135) göre, istem dışı düşüncelerin obsesyon halini almasında temel belirleyici, kişinin bu tür düşüncelerini kontrol edememesini, o düşüncenin gerçekleşme olasılığının arttıran bir durumu olarak hatalı şekilde değerlendirmesidir. Kişinin bu hatalı değerlendirmeleri, bu düşüncelerin sıklığı artırmakta ve obsesyona dönüşmesine zemin hazırlamaktadır. Kişinin düşüncelerinin kontrolüne ilişkin hatalı değerlendirmeleri azaldığında ise söz konusu düşüncelerin etkisi de azalmaktadır.

Kontrol ile ilgili değerlendirmeler, birincil değerlendirmeler ve ikincil değerlendirmeler olmak üzere iki aşamada gerçekleşmektedir. İlk aşamada, kişi istem dışı düşüncelerinin benliğe yabancı olup olmadığı, önemi ve tehdit düzeyi ile ilgili bir değerlendirme yapmaktadır (Clark, 2004:141). İkinci aşama ise istem dışı düşüncenin

kontrol edilememesi durumu ile ilgili yapılan değerlendirmeyi içermektedir. İstem dışı düşüncelerin obsesyona dönüşüp dönüşmeyeceğinin belirlenmesinde bu aşamada yapılan hatalı ikincil değerlendirmelerin kritik bir rolü olduğu düşünülmektedir (Clark, 2004:142). OKB tanılı bireyler bu aşamada düşüncelerini kontrol edememenin anlamını olumsuz olarak değerlendirmekte, kontrolde başarısızlığın tehlikeyi arttırdığına inanarak kontrolün önemini yanlış yorumlanmakta ve istenmeyen düşüncelerin tamamen yok edilmesine ilişkin gerçekçi olmayan kontrol beklentileri içine girmektedir (Clark, 2004:142-144). OKB tanılı bireylerin Obsesif İnanışlar Anketi'nin düşüncelerin kontrolü alt boyutundan sağlıklı bireylere ve kaygı bozukluğu olan kişilere göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür (OKBÇG, 2001:997). Düşüncelerin önemi ve düşüncelerin kontrolüne yönelik inançlar, bazı araştırmacılar tarafından diğer inanç alanları ile birlikte hatalı ve yanlı değerlendirmeler olarak sınıflandırılsa da, aslında daha çok "düşünceler hakkındaki düşünceleri" ifade eden üst-bilişsel inançları yansıtmaktadır (*bkz.* Clark, 2004: 139-140). Bu doğrultuda, ilgili inançlar ile OKB belirtileri arasındaki ilişkiye-üst-biliş kavramı alanyazında sıklıkla üst-bellek kavramı içinde değerlendirildiği için ilerleyen bölümlerde bellek yanlılıkları başlığı altında ayrıca değinilecektir.

Mükemmeliyetçilik ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük: Mükemmeliyetçilik inanç alanı, her zaman doğruyu arama, hiçbir kuşkuya yer bırakmama ve hata yapmamaya çalışma eğilimini (örn. "Bir işi en küçük bir hata bile yapmadan mükemmel bir şekilde gerçekleştirmeliyim.") ifade etmektedir (OKBÇG, 1997:674). Hem klinik hem de klinik olmayan örneklemlerle gerçekleştirilen çalışmaların sonuçları (örn. Frost ve diğerleri, 1994:51-52; Rhêaume ve diğerleri, 2000:587; Taylor ve diğerleri, 2005:224) diğer inanç alanları ile olduğu gibi mükemmeliyetçiliğin de OKB belirtileriyle ilişkili olduğunu göstermiştir.

Bazı çalışmalarda (örn. Coles ve diğerleri, 2003:687; Julien ve diğerleri, 2006: 1213; Moretz ve McKay, 2009:642;) mükemmeliyetçiliğin OKB belirti gruplarından özellikle kontrol etme kompulsiyonları ve ayrıca "tam olarak doğru gelmeme" ("not just right") deneyimleri (örn. Coles ve diğerleri, 2003:687; Moretz ve McKay, 2009:642) ile ilişkili olduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir. "Tam olarak doğru gelmeme" deneyimleri, bir şeylerin tam ya da olması gerektiği gibi olmadığına yönelik öznel bir duyguyu ifade etmektedir (Sica ve diğerleri, 2015:73). Son yıllarda, bu tür

deneyimler ile OKB belirtileri arasındaki ilişkinin araştırılmasına yönelik ilginin arttığı görülmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda (örn. Coles ve diğerleri, 2003:687; Coles ve diğerleri, 2005:160; Moretz ve McKay, 2009:642; Sica ve diğerleri, 2012:163; Sica ve diğerleri, 2015:73; Apa, 2020:45) bu deneyimler ile mükemmeliyetçilik ve OKB belirtilerinin şiddeti arasında güçlü ilişkiler saptanmıştır. Dahası, bazı çalışmalarda (örn. Coles ve diğerleri, 2003:696; Coles ve diğerleri, 2005:160; Sica ve diğerleri, 2015:78) tümüyle mükemmeliyetçilikten ziyade mükemmeliyetçiliğin özellikle "tam olarak doğru gelmeme" deneyimlerini yansıtan şüphe ile ilişkili bu yönünün OKB'ye özgü olabileceğine dair önemli bulgular elde edilmiştir. Ayrıca bu deneyimlerin sıklıkla sürekli kontrol etme davranışı olan OKB tanılı bireylerde görüldüğü ve özellikle sürekli kontrol etme davranışının sürdürülmesinde önemli etkisi olabileceği belirtilmektedir (McKay ve diğerleri, 2004:304).

OKB'de mükemmeliyetçilik ile ilgili öne çıkan bir diğer nokta ise, mükemmeliyetçiliğin OKB belirtileri ile doğrudan bir ilişkisinin olmayabileceği, daha ziyade olası bir zararı önlemek ve olumsuz sonuçlardan kaçınmak için bireyin kontrol sağlama girişimlerinin bir göstergesi olabileceği yönündeki görüştür (Frost ve diğerleri, 2002:100). Bouchard ve diğerleri (1999:244) tarafından yapılan deneysel bir çalışmada bu görüşü destekleyen sonuçlar elde edilmiş ve OKB'de mükemmeliyetçilik eğilimlerinin olası bir zararı önlemeye yönelik sorumluluk algısının artmasına neden olabileceği saptanmıştır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük inanç alanı ise, belirsiz durumlara karşı toleransın düşük olması, kesin sonuçlar bulma çabası ve dolayısıyla karar vermede güçlük çekme eğilimini (örn. "Çok önemli olmayan konularda bile tüm olası sonuçları düşünerek karar vermek gerekir.") ifade etmektedir (OKBÇG, 1997:673). Klinik örneklemlerle yürütülen çalışmalarda (örn. Holaway ve diğerleri, 2006:165), OKB tanılı bireylerin genel olarak belirsizliğe toleransının düşük olduğu ve bu inanç alanını değerlendiren ölçüm araçlarından yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Klinik olmayan, ancak yüksek düzeyde OKB belirtileri rapor eden örneklemlerde de benzer sonuçlar rapor edilmiş; Davranışsal Yaklaşma Testi ile katılımcıların OKB belirtileriyle ilişkili çeşitli durumlara maruz bırakılmasını içeren deneysel bir çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün sıralama, kontrol, temizlik kompulsiyonları gibi belirtileri

yordayan önemli bir değişken olduğu ve bu ilişkinin depresyon ve kaygı kontrol edildiğinde de devam ettiği saptanmıştır (Sarawgi ve diğerleri, 2013:461).

Diğer yandan, belirsizliğe tahammülsüzlüğün mükemmeliyetçilik ile birlikte kontrol kompulsiyonlarını güçlü bir şekilde yordadığı belirtilmektedir (Julien ve diğerleri, 2006:1213). OKB'de mükemmeliyetçilik ile ilgili görüşlere benzer olarak, belirsizliğe tahammülsüzlüğün de bir durumun olumsuz sonuçları ile ilgili belirsizliği gidermek için bireyin kontrol sağlama girişimlerinin bir göstergesi olabileceği; bu bağlamda daha çok patolojik şüphe, sürekli kontrol etme davranışı ve belleğe duyulan güvensizlik arasında bir köprü işlevi görüyor olabileceği düşünülmektedir (OKBÇG, 1997:677; Tolin ve diğerleri, 2001:923). Yanı sıra, hem mükemmeliyetçilik hem de belirsizliğe tahammülsüzlük DEK için de olduğu gibi, tanılar bir üstü kavram olarak kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları, depresyon gibi diğer bozukluklarda da belirtilerle ilişkili önemli bir değişken olarak öne çıkabildiği de görülmektedir (Egan ve diğerleri: 2011: 209; Boswell ve diğerleri, 2013: 642).

1.1.2.2.3.2. Bellek Yanlılıkları

OKB belirtilerinin sürdürülmesinde, bilgi işleme süreçlerindeki işlevsel olmayan inançlar ve yorumlama yanlılıklarının yanı sıra, bellek yanlılıklarının da etkili olduğu görüşü yaygın olarak benimsenmektedir. Belirti profilinde özellikle sürekli kontrol etme davranışının öne çıktığı OKB tanılı bireylerin, bir eylemi gerçekleştirip gerçekleştirmediklerini hatırlamakta ya da bu deneyimi belleklerine kodlamakta sıklıkla bir zorlanma yaşadıkları bildirilmektedir (Muller ve Roberts, 2005:6). Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda, bu durumun (1) genel olarak bir bellek zayıflığından; (2) yalnızca belirtilerle ilişkili, tehdit edici uyaranlar söz konusu olduğunda ortaya çıkan bir bellek zayıflığından; ya da (3) belleğe olan güvensizlikten kaynaklanıyor olabileceği olmak üzere üç olasılık üzerinde durulduğu görülmektedir (Amir ve Kozak, 2002:168).

OKB'de bilgi işleme süreçlerindeki bellek yanlılıklarını açıklarken bu bireylerde genel olarak bir bellek zayıflığının olduğu yönündeki olasılık üzerinde duran çalışmaların sonuçları arasında tutarsızlıklar olduğu görülmektedir. Ağırlıklı olarak OKB'de sözel bellek performansını değerlendirmeye yönelik deneysel görevler

kullanılarak yapılan bu çalışmalardan bazılarında (örn. Tallis ve diğerleri, 1999:164; Zitterl ve diğerleri, 2001:114; Segalas ve diğerleri, 2008:265), OKB tanılı bireylerin sağlıklı katılımcılara göre sözel bilgiyi daha gecikmeli olarak hatırladıkları; bazılarında ise (örn. Foa ve diğerleri, 1997:125; Macdonald ve diğerleri, 1997:502; Tolin ve diğerleri, 2001:920; Ceschi ve diğerleri, 2003:744; Özdemir ve diğerleri, 2015:31), sözel bilginin hatırlanmasında tanılı bireyler ile sağlıklı katılımcıların farklılaşmadığı görülmüştür.

Bazı çalışmalarda ise OKB'de belirtilerle ilişkili, tehdit edici uyaranlar söz konusu olduğunda bir bellek zayıflığının ortaya çıktığına dair hipotezi destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin Constans ve diğerleri (1995:669) tarafından kaygıyı tetikleyerek kontrol etme davranışını ortaya çıkarabilecek özellikteki durumları (örn. güvenli olmayan bir şekilde duran bıçak) içeren bir düzenek kullanılarak gerçekleştirilen deneysel bir çalışmada, OKB tanılı bireylerin güvenli bir pozisyonda bulunmayan nesneleri güvenli bir pozisyonda bulunan nesnelere göre daha iyi hatırladıkları saptanmıştır. Temizlik kompulsiyonlarını tetikleyebilecek özellikteki uyaranların yer aldığı bir düzeneğin kullanıldığı başka bir çalışmada da (Radomsky ve Rachman, 1999:613) benzer sonuçlar elde edilmiş, OKB tanılı bireylerin sağlıklı bireylere göre, hatırladıkları kirli nesne sayısının temiz nesne sayısından daha fazla olduğu görülmüştür.

Son yıllarda, OKB'de belirtilerin oluşmasında ve sürdürülmesinde, Wells'in Üst-Bilişsel Model'i çerçevesinde (2000:181-183) kişinin kendi düşüncesine yönelik *üst-bilişsel izleme ve kontrol stratejilerinin* önemi üzerinde durulmaktadır. Üst-bilişsel süreçler (1) kişinin endişenin işlevsel olduğuna dair olumlu inançlarını; (2) kişinin endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair olumsuz inançlarını; (3) kişinin belleğine duyduğu güvensizliği ifade eden bilişsel güvensizliği; (4) kişinin düşüncelerini kontrol etmesi gerektiğine ve kontrol etmemesinin sonuçlarına dair inançlarını ifade eden düşünceleri kontrol ihtiyacını ve (5) kişinin düşüncelerini izleme, farkına varma ve dikkatinin düşünce süreçlerine odaklanması eğilimini ifade eden bilişsel farkındalığı kapsamaktadır (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004:393). Çok sayıda araştırmada (örn. Wells ve Cartwright-Hatton, 2004:393; Myers ve Wells, 2005:812; Sica ve diğerleri, 2007:264; Irak ve Tosun, 2008:1320; Yılmaz ve diğerleri, 2008:434; Cucchi ve diğerleri, 2012:550), özellikle endişenin kontrol edilemezliği ve

tehlikeli olduğu ile ilgili olumsuz inançlar, düşüncelerin önemi ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ile ilgili üst-bilişsel inançların, OKB belirtilerini güçlü bir şekilde yordadığı bildirilmiştir.

Janeck ve diğerleri (2003:183), OKB'de önemli bir değişken olabileceğini düşünerek üst-bilişsel süreçlerden *bilişsel farkındalığı* da incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçları, bilişsel farkındalığı yüksek olan OKB tanılı bireylerin kaygı bozukluğu tanısı olan gruplardan anlamlı bir şekilde farklılaştığını göstermiştir (Janeck ve diğerleri, 2003:188). Bu sonuçlardan yola çıkarak araştırmacılar, düşünce süreçleri hakkında bu aşırı düşünme eğiliminin, düşüncelerin aşırı önemsenmesi gibi istem dışı düşünceler hakkındaki hatalı değerlendirmeleri (DEK), dolayısı ile OKB'nin ortaya çıkma olasılığını arttırabileceğini ileri sürmüşlerdir (Janeck ve diğerleri, 2003:190). Bilişsel farkındalık, OKB'de bellek işlevleri ile ilgili performansı değerlendiren çalışmalarda da öne çıkan bir değişkendir. Söz konusu çalışmalar (örn. Exner ve diğerleri, 2009:628; Kikul ve diğerleri, 2012:867; Weber ve diğerleri, 2014:684), bilişsel farkındalığı yüksek olan OKB tanılı katılımcılar tarafından sözel bilginin gecikmeli hatırlanmasının ve bellek performansının düşmesinin, düşünce süreçleri hakkında bu aşırı düşünme eğilimi nedeni ile bilginin kodlanması sürecinin işleyişinin bozulmasından kaynaklanıyor olabileceğini göstermiştir.

OKB'de bellek sorunlarının açıklanmasına yönelik çalışmalarda öne çıkan üst-bilişsel süreçlerle ilişkili bir diğer kavram ise, kişinin belleğine duyduğu güvensizlik ile ilgili öznel değerlendirmelerini ifade eden *bilişsel güvensizliktir*. Bu kavram günümüzde daha çok, bellek performansına yönelik inançları, bellek süreçlerinin işleyişin farkında olunmasını, bu işleyişi yönetebilme girişimlerini ve bellek performansı ile ilgili mükemmeliyetçi standartları ifade eden üst-bellek (metamemory) olarak kavramsallaştırılmakta (Nedeljkovic ve Kyrios, 2007:2908) ve üst-bilişsel süreçlerden ayrı bir yapı olarak değerlendirilmektedir (Moritz ve Lykaser, 2018:21). Üst-bellek süreçleri ile OKB belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen tanı almamış ancak yüksek düzeyde OKB belirtileri rapor eden öğrenci örneklemlerinde gerçekleştirilen çalışmalarda (örn. Nedeljkovic ve Kyrios, 2007:2906; Nedeljkovic ve diğerleri, 2009:465), belleğe duyulan güvensizliğin OKB belirtilerinin şiddetini, özellikle de kontrol etme kompulsiyonlarını güçlü şekilde yordadığı bildirilmiştir. Rachman'a (2002:630) göre sürekli kontrol etme davranışı, kişinin belleğine duyduğu

güveni azaltmakta ve bu da kontrol etme davranışının sık sık tekrarlanmasına olan ihtiyacı arttırmaktadır. OKB'de sürekli kontrol etme davranışı ile belirgin bu ters tepen stratejinin, yaşanan deneyimin bellekte canlı ve ayrıntılı hatırlanmasını güçleştirerek belleğe duyulan güveni azalttığı, dolayısı ile kontrol etme davranışının sürdürülmesine ve sıklığının artmasına neden olduğu düşünülmektedir (Van den Hout ve Kindt, 2004:166; Toffolo ve diğerleri, 2016:66). Sürekli kontrol etme davranışı ile belleğe duyulan güvensizlik arasındaki bu yönde bir ilişkinin varlığını destekleyen çalışmalar olsa da, genel olarak konu ile ilgili çalışmaların sonuçları arasında tutarsızlıklar bulunmaktadır (Kalenzaga ve diğerleri, 2020: 1098). Bazı çalışmalarda belleğe duyulan güvensizliğin değerlendirilmesinde öz-bildirim ölçeklerinin kullanılmasının- özellikle de OKB'de belirti profilinde "şüphenin" öne çıkan bir belirti olduğu düşünüldüğünde- elde edilen sonuçların güvenirliğini etkileyen önemli bir kısıtlılık olduğu belirtilmektedir (Muller ve Roberts, 2005:22). Bu kısıtlılıkları giderebilmek adına alternatif yöntemler geliştirmeye yönelik yeni girişimler söz konusudur (*bkz.* Van den Hout ve diğerleri, 2019:43). Yanı sıra, sürekli kontrol davranışı ile belleğe duyulan güvensizlik arasındaki ilişkiye katkısı olduğu bazı araştırmalarda bildirilen yürütücü işlev bozuklukları, dikkat süreçleri, algı süreçleri ve şüphe gibi değişkenlerin bu ilişkinin daha kapsamlı bir şekilde açıklanmasını sağlayabileceği düşünülmektedir (Kalenzaga ve diğerleri, 2020:1100). Ayrıca otonoetik bellek (kişinin anılarının tüm ayrıntılarıyla depolandığı, bu nedenle de canlı bir şekilde hatırlanmasını sağlayarak kişiye anıyı yeniden yaşama hissi veren bellek türü) işlevlerindeki bozulmalar, OKB'de sürekli kontrol etme davranışını ortaya çıkaran ve sürdüren etkenleri daha iyi açıklama potansiyeline sahip olduğu düşünülen yeni bir değişken olarak önerilmektedir (Kalenzaga ve diğerleri, 2020: 1100).

1.1.2.2.3.3. Dikkat Yanlılıkları

Alanyazında genel olarak kaygı bozukluğu tanılı bireylerin kaygıyı tetikleyen durumla eşdeğer ya da tehdit edici özellikleri ile bu durumla benzerlik gösteren uyaranlara karşı seçici dikkat yanlılıkları olduğu ve bu yanlılıkların belirtilerin oluşumunda ve sürdürülmesinde önemli rol oynadığı ileri sürülmektedir (Bar-Haim ve diğerleri, 2007:1). Dikkat yanlılığı genel olarak (1) tehdide yönelik kolaylaştırılmış

dikkat (facilitated attention), (2) dikkatin tehditten uzaklaştırılmasında zorlanma (difficulty in disengagement) ve (3) dikkatin tehditten kaçırılması (attentional avoidance) gibi bileşenlerden oluşmaktadır (Cisler ve Koster, 2010:204). Kaygı bozukluklarında dikkat yanlılığı genel olarak, dikkatin çevredeki kaygı verici ve tehdit edici özellikleri olan uyaranlara yöneltilmesi; bunun dışında kalan uyaranların ise göz ardı edilmesi şeklinde, yani dikkatin tehditten uzaklaştırılmasındaki zorlanma şeklinde görülmektedir (Fox ve diğerleri, 2001:685; Yiend ve Mathews, 2001:679). Daha önce de değinildiği gibi, DSM-5'in güncel baskısında OKB artık bir kaygı bozukluğu olarak tanımlanmamaktadır (APA, 2013). Bununla birlikte, OKB tanılı bireylerde de yüksek düzeyde kaygı ve bu bu kaygı ile ilişkili uyaran ve durumlara özgü dikkat yanlılıkları görülmektedir (Muller ve Roberts, 2005:3-18).

OKB tanılı bireylerde dikkat ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, sonuçların bellek performansı konusunda elde edilen sonuçlar ile paralel olduğu görülmektedir OKB tanılı bireylerin dikkatlerinde de bir sorun olmadığı, sorunun daha çok istem dışı deneyimler ve/veya kompulsiyonlarla ilişkili, kaygı verici ve tehdit edici özellikleri olan uyaranlara yönelik seçici dikkat yanlılıklarından kaynaklandığı sıklıkla belirtilmektedir. Salkovskis (1999:32-33) bilişsel-davranışçı modelinde, OKB'de görülen bu seçici dikkat yanlılıklarının önemini vurgulamış; bu tür yanlılıkların kişinin dikkatinin seçici olarak belirtilerle ilişkili uyaranlara yönelmesini sağlayarak bilginin daha etkin olarak kodlanmasına yol açtığını, bu durumun da istem dışı düşüncelerin sıklığını arttırarak OKB belirtilerinin başlangıcına ve sürdürülmesine önemli düzeyde katkı sağlıyor olabileceğini ileri sürmüştür.

Dikkat yanlılıklarının değerlendirilmesinde ağırlıklı olarak belirli uyaranlara yönelik tepki sürelerinin ölçümüne dayalı deneysel görevler ve/veya nöropsikolojik testler kullanılmaktadır (McNally, 2001:513). OKB'de dikkat yanlılıklarını incelemek amacıyla yapılan ilk çalışma Foa ve McNally (1986:478) tarafından gerçekleştirilmiş ve çalışmada Treisman ve Geffen'in (1967:4) geliştirdiği ikili dinleme/çift kulaklı dinleme görevi (dichotic ilstening task) kullanılmıştır. Bu deneysel görevde, bir kulaklık aracılığıyla katılımcıların iki kulağına farklı mesajlar verilmekte ve katılımcılardan bir kulağa verilen mesaja dikkat etmeleri; diğer kulağa verilen mesajı ise göz ardı etmeleri istenmektedir (Treisman ve Geffen, 1967:4). Çalışmada, OKB tanılı bireylerin dikkat etmemeleri istenen metindeki tehdit edici özellikleri olan

kelimelere (örn. beyin hasarı, radyasyon, şeytan, idrar, dışkı, kanser, kuduz vb.) karşı seçici biçimde dikkat yanlılığı gösterdikleri; görev sırasında dikkat etmemeleri istenen tehdit ile ilişkili bu kelimeleri, dikkat etmemeleri istenen nötr kelimelere göre daha iyi fark ettikleri görülmüştür (Foa ve McNally, 1986:483). Alanyazın incelendiğinde, sonraki yıllarda OKB'de dikkat yanlılıklarını araştırmak için pek çok yöntemin geliştirilmiş olduğu görülmektedir. İlgili çalışmalarda bu tür yanlılıklarının ağırlıklı olarak; (1) duygusal Stroop görevi (emotional Stroop task), (2) standart nokta izleme görevi (dot-probe task) ve (3) Posner uzamsal ipucu görevi (Posner spatial cueing task) olmak üzere üç deneysel görev kullanılarak incelendiği görülmektedir (Bar-Haim ve diğerleri, 2007:3).

Duygusal Stroop görevi, standart Stroop görevinin (Stroop 1935: 647, 649, 652) değiştirilmiş bir formudur. Standart Stroop görevinde, ifade ettiği renkten farklı renkte yazılmış (örn. kırmızı kelimesinin mavi renkte yazılması) ve ifade ettiği renkle aynı renkte yazılmış (örn. kırmızı kelimesinin kırmızı renkte yazılması) kelimeler sunulmakta ve katılımcıdan kelimenin anlamına dikkat etmeden hangi renkte yazılmış olduğunu olabildiğince hızlı bir şekilde söylemesi istenmektedir (Stroop, 1935:648). Burada ifade ettiği renkten farklı renkte yazılmış kelimeler bir çelişki oluşturmakta ve bu da bu kelimelerin okunma hızının, ifade ettiği renkle aynı renkte yazılmış kelimelerin okunma hızına göre gecikmesine neden olmaktadır. İfade ettiği renkten farklı renkte yazılmış kelimeler söz konusu olduğunda okuma hızında ortaya çıkan tepkideki bu gecikme, "Stroop bozucu etkisi (Stroop interference effect)" olarak adlandırılmaktadır (Stroop, 1935:647). Duygusal Stroop görevinde ise, farklı renklerde psikopatoloji ile ilişkili tehdit içerikli kelimeler sunulmakta ve katılımcıdan kelimenin anlamına dikkat etmeden hangi renkte yazılmış olduğunu olabildiğince hızlı bir şekilde söylemesi istenmektedir. Psikopatoloji ile ilişkili kelimeler söz konusu olduğunda, Stroop bozucu etkisinin ortaya çıkması dikkat yanlılığı için ölçüt olarak kabul edilmektedir. Foa ve diğerleri (1993:178), genel tehdit içeren kelimeleri (örn. kaygı, suçluluk, panik, kanser, cenaze vb.) ve bulaşma ile ilgili kelimeleri (örn. AIDS, dışkı, tuvalet, mikrop, fare, çöp, zehir vb.) Stroop görevine uyarlayarak yıkama/temizlik kompulsiyonları olan ve olmayan OKB tanılı bireylerle sağlıklı kontrolleri kelimeleri okuma hızları açısından karşılaştırmışlardır. Çalışmada, tüm OKB tanılı bireylerin genel tehdit içeren kelimeleri okuma hızlarının sağlıklı

kontrollere göre daha yavaş olduğu; yıkama/temizlik kompulsiyonları olan OKB tanılı bireylerin bulaşma ile ilgili kelimeleri okuma hızlarının ise, hem bu tür kompulsiyonları olmayan OKB tanılı bireylere hem de sağlıklı kontrollere daha yavaş olduğu görülmüştür (Foa ve diğerleri, 1993:183) Duygusal Stroop görevini kullanan diğer çalışmalarda da (örn. Lavy ve diğerleri, 1994: 245; Unoki ve diğerleri, 1999:639; Moritz ve diğerleri, 2004:675; Rao ve diğerleri, 2010:101) benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ancak bu çalışmalarda Foa ve diğerlerinin (1993:183) çalışmalarında bildirdikleri bulgulardan farklı olarak, OKB tanılı bireylerin bütün tehdit içeren kelimeleri değil, özellikle belirtilerle ilişkili tehdit içeren kelimeleri okuma hızlarında bir yavaşlama olduğu saptanmıştır. Bu nedenle ilgili araştırmacılar, OKB'deki dikkat yanlılığının özellikle belirtilerle ilişkili uyaranlar için geçerli olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bazı çalışmalarda ise (örn. Kampman ve diğerleri, 2002:436; Moritz ve diğerleri, 2008:1103) OKB tanılı bireylerde bu tür bir etkinin rapor edilmediği görülmektedir. De Ruiter ve Brosschot (1994:317) ve Kyrios ve Iob (1998:273), duygusal Stroop görevinde OKB belirtileriyle ilişkili kelimelerin ilişkili olmayan kelimelere göre daha uzun sürede okunmasının, OKB'de duygusal yükü olan bilgiden kaçınmak için fazla bilişsel çaba gerektiren süreçlerden (örn. tehdit edici olarak yorumlanan istem dışı deneyimlerin bilişsel sistem dışında tutulabilmesine yönelik bilişsel kaçınma/ketleme çabaları) kaynaklanıyor olabileceği ileri sürmüştür. Bu doğrultuda, Stroop görevinde tepki hızında ortaya çıkan gecikmenin sadece duygusal içerikli uyaranlara yönelik bilgi işleme süreci ile değil, aynı zamanda tepki sürecindeki yanlılıklarla da ilgili olabileceği düşülmektedir (Williams ve diğerleri, 1996:21). Duygusal Stroop görevinde bu tür tepki yanlılıklarının ve ayrıca yorumlama yanlılıklarının dikkat yanlılığı ölçümünde karıştırıcı etkenler olarak kendini göstermesi nedeni ile bu yanlılıkların etkisi üzerinde kontrol sağlamada nokta izleme görevi (dot probe task), Stroop görevi yerine daha güvenilir bir yöntem olarak gündeme gelmiştir (Macleod ve diğerleri,1986:18; Amir ve diğerleri, 2009:154).

Nokta izleme görevi, Macleod ve diğerleri (1986:17) tarafından geliştirilmiştir. Göreve 500 ms gösterilen merkezi sabitleme işareti (+) ile başlanmaktadır. Daha sonra tehdit içerikli-nötr uyaran çiftleri (kelime/fotoğraf) biri bilgisayar ekranının altında diğeri üstünde (ya da sağında-solunda) yer alacak şekilde, eş zamanlı olarak kısa bir süre boyunca (örn. 500 ms) katılımcıya sunulmaktadır. Uyaranların ekrandan

kaybolmasının hemen ardından yeni gelen ekranda, uyaranların bir önceki ekranda bulunduğu yerde hedef uyaranlardan biri (örn. sağ ok ya da sol ok şekillerinden biri) gösterilmekte ve katılımcıdan klavyede ekranda çıkan şekil ile uyumlu olan tuşa olabildiğince hızlı bir şekilde basması istenmektedir. Hedef uyaranın bir önceki ekranda sunulmuş olan tehdit içeren uyaranın olduğu yerde belirdiği durumdaki tepki hızının, hedef uyaranın bir önceki ekranda sunulmuş olan nötr uyaranın olduğu yerde belirdiği durumdaki tepki hızından daha yüksek olması dikkat yanlılığı için ölçüt olarak kabul edilmektedir. Tata ve diğerleri (1996:56) OKB'de dikkat yanlılığını ölçmede bu görevin ilk kez kullanıldığı çalışmalarında, tanılı bireylerin yüksek düzeyde sürekli kaygısı olan bireylere göre tehdit içerikli kelimelere yönelik tepki hızlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Duygusal Stroop görevi kullanarak OKB'de dikkat yanlılığını değerlendiren çalışmaların sonuçları arasındaki benzer tutarsızlıklar bu görevi kullanan çalışmalarda da görülmektedir. Bazı çalışmalarda (örn. Amir ve diğerleri, 2009:156) OKB'de belirtilere yönelik seçici dikkat yanlılığının varlığı rapor edilirken, bazı çalışmalarda ise (örn. Harkness ve diğerleri, 2009:440; Schneier ve diğerleri, 2016:68; De Putter ve Koster, 2017:14; De Mathis ve diğerleri, 2020:4) böyle bir bulguya rastlanmamıştır.

OKB'de dikkat yanlılıklarını araştırmak için yapılan çalışmalarda kullanılan bir diğer görev, Posner uzamsal ipucu görevidir (Posner spatial cueing task; Posner, 1980:7; Fox ve diğerleri, 2001:699). Bu görevin, OKB'de dikkat yanlılıklarının araştırılmasında yukarıda bahsedilen diğer iki göreve kıyasla daha az sıklıkta kullanılmış olduğu görülmektedir (Fox ve diğerleri, 2001:685). Görevde ilk olarak, ortalarında merkezi sabitleme işareti (+) yer alan, biri bilgisayar ekranının sağında diğer ise solunda iki adet beyaz dikdörtgen şekil gösterilmektedir. Bu şekiller ekranda 500 ms boyunca sunulduktan sonra gelen yeni ekranda dikdörtgenlerden birinin yerine tehdit içerikli bir uyaran gelmektedir. Uyaranlar kısa süre (örn. 100 ms ya da 500 ms) ekrandan gösterilmekte ve daha sonra kaybolmaktadır. Bu uyaranlarından ekrandan kaybolmasının hemen ardından ekranın sağında ya da solunda "X" ya da "/" şekillerinden biri gösterilmektedir. Katılımcıdan klavyede ekranda çıkan şekil ile uyumlu olan tuşa olabildiğince çabuk bir şekilde basması istenmektedir. Şeklin tehdit içeren uyaranın olduğu yerde belirdiği durumda kaydedilen tepki hızının, şeklin nötr uyaranın olduğu yerde belirdiğinde kaydedilen tepki hızından daha yüksek olması

dikkat yanlılığının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu görev kullanılarak OKB'de dikkat yanlılıklarını incelemek üzere yapılan çalışmaların sonuçları arasında da benzer tutarsızlıklar görülmektedir. Örneğin Moritz ve Von Mühlenen (2008:227) kontrol etme kompulsiyonları ile ilişkili kelimeleri (örn. ateş, mükemmel, şüphe, suçluluk, kontrol vb.) ve paranoya ile ilişkili kelimeleri (örn. gizli, gizli servis ajanı, kötülük, casus, gölge vb.) uzamsal ipucu görevine uyarlayarak kontrol etme kompulsiyonları olan OKB tanılı bireylerle sağlıklı kontrolleri karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda, OKB tanılı bireylerin tepki hızı açısından sağlıklı kontrollerden farklılaşmadığı saptanmıştır (Moritz ve Von Mühlenen, 2008:228). Aynı çalışma yöntemsel bazı kısıtlılıkları giderilerek (örn. katılımcıların uyaranları yeterince iyi algılandığından emin olmak için Posner uzamsal ipucu görevinde sunulan uyaranların ekranda kalma süresinin uzatılması) daha sonra tekrarlandığında ise, bu kez OKB tanılı bireylerin sağlıklı kontrollerden farklılaştığı; OKB tanılı bireylerin belirtilerle ilişkili kelimelere seçici biçimde dikkat yanlılığı gösterdikleri bulunmuştur (Moritz ve diğerleri, 2009:368). Bu görevi kullanarak yapılan başka bir çalışmada, eşik altı düzeyde yıkama/temizlik belirtileri olan bireylerle sağlıklı kontroller arasında da benzer bir farklılaşma rapor edilmiştir (Cisler ve Olatunji, 2010:76).

Özetle, OKB'de seçici dikkat yanlılıklarını incelemek üzere farklı dikkat görevleri kullanılarak yapılan çalışmaların genel bulgusu, sonuçlar arasında bazı tutarsızlıklar olsa da, dikkat sürecinde özellikle belirtilere özgü bir yanlılık olduğu (örn. OKB tanılı bireylerin yüksek düzeyde sürekli kaygısı olan ya da sağlıklı bireylere göre belirtilerle ilişkili, tehdit içerikli kelimelere yönelik tepki hızlarının daha yüksek olması gibi) yönündedir. Son yıllarda özellikle nokta izleme görevi ve duygusal Stroop görevi ile dikkat yanlılığının ölçümünde daha güvenilir sonuçlar elde etmek amacı ile etkili yöntemler geliştirmeye yönelik girişimlerin (örn. tepki sürelerinin analizinde özel yöntemler geliştirilmesi, uyaranların türü ve sunum şekli ile ilgili farklı modellerin test edilmesi gibi) yaygınlaştığı görülmektedir (*bkz.* Staugaard, 2009:341; Dresler ve diğerleri, 2012:1244; Ben-Haim ve diğerleri, 2016:1; Aday ve Carlson, 2019:66).

1.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi

OKB'nin tedavisinde uzun süredir yaygın olarak kullanılan ve etkinliği pek çok bilimsel araştırma ile kanıtlanmış tedavi yöntemi bilişsel davranışçı terapidir (BDT). 1993-2014 yılları arasında yayımlanmış 37 seçkisiz kontrollü çalışmanın sonuçlarının değerlendirildiği kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında (Öst ve diğerleri, 2015:162), BDT'nin OKB belirtilerinin azaltılmasında diğer psikolojik tedavi yaklaşımları ve antidepresan ilaç tedavisine göre daha etkili olduğu; bu etkisinin bireysel formatta uygulanmasının yanı sıra grup formatında uygulandığında da görülebildiği rapor edilmiştir. Diğer yandan bir başka kapsamlı meta-analiz çalışmasında, BDT'nin OKB tedavisinde SSRI grubunda yer alan ilaçların kullanıldığı ilaç tedavilerinden daha etkili olduğu belirtilmekle birlikte, belirti şiddeti yüksek vakalarda BDT ve ilaç tedavisinin birlikte uygulanmasının tedavi etkilerini arttırdığı bildirilmiştir (Skapinakis ve diğerleri, 2016:736).

OKB için BDT temel olarak (1) bilişsel yeniden yapılandırma gibi bilişsel teknikler ve (2) klasik bir yaklaşım olan TÖMB gibi davranışçı tekniklerin birlikte kullanılmasını içermektedir (Clark, 2019:195-249). BDT uygulamaları kapsamında OKB'nin tedavisinde, danışanın odağını obsesyonlarından hatalı değerlendirmelerine kaydırmak amacı ile psikoeğitim verilmesi, hatalı değerlendirmeleri değiştirerek bilişsel değişimin sağlanması ve açık ve/veya örtük olarak gerçekleştirilen kompulsiyonlarını ve/veya etkisizleştirme çabaları gibi kontrol etmeye yönelik davranışları durdurarak davranışsal değişimin sağlanması tedavinin temel amaçları arasında yer almaktadır (Clark, 2019:197).

OKB'nin tedavisinde kullanılan bilişsel teknikler, önceki bölümlerde ayrıntılı olarak değinilen OKB'de belirtilerin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde hatalı/yanlı değerlendirmelerin rolünü vurgulayan bilişsel modellerden temel almaktadır (Clark, 2019:195). Bu doğrultuda, OKB'nin tedavisinde kullanılan bilişsel tekniklerden bilişsel yeniden yapılandırma ile belirtilerin sürdürülmesinde önemli bir rolü olan istem dışı deneyimler ile ilişkili gerçekçi olmayan inançların ve hatalı/yanlı değerlendirmelerin tespit edilip daha olumlu bir bakış açısı geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bilişsel yeniden yapılandırma aynı zamanda kişiyi, BDT'nin ilerleyen aşamalarında uygulanan hatalı değerlendirmeler için hipotezler oluşturmayı

ve bu hipotezlerin (seans içinde ya da seans dışında) test edilmesini içeren maruz bırakma temelli davranışsal deneylere hazırlamaktadır (Clark, 2019:232). Temelde, TÖMB ile bilişsel yapılandırma tekniklerinin birlikte uygulanmasını içeren bu davranışsal deneyler, OKB'de hatalı/yanlı değerlendirmelerin gerçekliğinin test edilmesinde ve bu değerlendirmelerin sorunun sürdürülmesindeki katkısının anlaşılmasında kritik rolü olan etkili bir müdahale yöntemi olarak nitelendirilmektedir (Clark, 2004:236; Radomsky ve diğerleri, 2010:121). Danışanın baskın olan inançları ve hatalı/yanlı değerlendirmelerinin içeriğine özgü olarak yapılandırılabilecek çok sayıda davranışsal deney önerilmiştir (*bkz*. Clark, 2004: 238-249; Clark, 2019:233-235).

OKB'nin tedavisinde kullanılan davranışsal teknikler ise, tepki önlemeli maruz bırakma (TÖMB) uygulamalarını içermektedir (Clark, 2019:85). Bu yöntem, yine önceki bölümlerde ayrıntılı olarak değinilen OKB belirtilerinin sürdürülmesinde kompulsiyonlar ve kaçınma davranışlarının rolünü vurgulayan açıklamaların temelini oluşturan "İki Aşamalı Öğrenme Kuramı" (Mowrer,1952:488, 1960:19) çerçevesinde geliştirilmiştir. Maruz bırakmada, kişinin kaçındığı tüm durumlarla aşamalı olarak yüz yüze gelmesini sağlayarak (örn. bulaşma obsesyonları olan bir danışanın aşamalı olarak kirli bulduğu nesnelere dokunması) istem dışı deneyimlerden duyduğu rahatsızlığın ve bu deneyimlerin neden olduğu kaygının azaltılmasını hedeflenmektedir. Tepki önleme ise maruz bırakma tekniğine benzer bir şekilde uygulanmakla birlikte, burada kişinin bir duruma maruz bırakılmasından ziyade aşamalı olarak kompulsiyonlarının durdurulması (örn. temizlik kompulsiyonları olan ve elini her seferinde 30 kez yıkayan bir danışanın aşamalı olarak elini yıkama sıklığının azaltılması) söz konusudur. Her iki uygulamada da, aşamaların ayrıntılı olarak oluşturulması, bireyin başarabileceği uygun ve en az kaygı yaratan bir noktadan başlamak, her bir aşamanın yeterli bir süre ve sıklıkta tekrar edilmesi oldukça önemlidir (Clark, 2019:93).

Bilişsel ve davranışsal teknikler, OKB'nin tedavisinde birbirinden bağımsız, ayrı müdahaleler olarak tek başına da uygulanabilmektedir. Davranışçı ve bilişsel tekniklerin karşılaştırıldığı bilimsel çalışmalarda, TÖMB'nin hem tek başına hem de bilişsel teknikler ile birlikte uygulandığında etkili bir yaklaşım olduğu rapor edilmekle birlikte (Öst ve diğerleri, 2015:164), bilişsel tekniklerin TÖMB'nin etkisine olumlu

katkıda bulunduğunu gösteren çalışmalara da (örn. Rector ve diğerleri, 2019:13) rastlamak mümkündür. OKB'nin tedavisinde TÖMB ve bilişsel teknikler karşılaştırıldığında esas fark, tedaviyi yarıda bırakma oranları söz konusu olduğunda ortaya çıkmaktadır: bilişsel tekniklerin TÖMB'ye göre maruz bırakma tekniğini daha sınırlı bir şekilde içermesi nedeni ile OKB tanısı olan bireyler tarafından daha kabul edilebilir görüldüğü ve bunun da tedaviyi yarıda bırakma olasılığını azalttığı belirtilmektedir (Wilhelm ve diğerleri, 2005:1560). OKB'nin çok boyutlu ve heterojen belirti yapısına sahip bir bozukluk olması, tedaviyi yarıda bırakma riskinin ve nüksün önlenebilmesi gibi nedenler de hesaba katıldığında, bilişsel kısmın davranışçı kısımla birlikte kullanılması önerilmektedir (Daflos ve Whittal, 2012:344; McKay ve diğerleri, 2015:110). Hatta genel olarak her tanılı bireye aynı şekilde yaklaşmak yerine, klinik gidişat özellikleri veya kişiye özgü durumun dikkate alınarak tedavideki vurguda değişebilmektedir. Bu bağlamda, müdahalelerin maliyet etkinliğini değerlendirmede ve mevcut kanıtlara dayanarak kılavuzlar geliştirmede önemli bir kurum olan İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute of Health and Clinical Exellence [NICE]) (2005:44) OKB'nin tedavisine yönelik yayımladığı kılavuzda (1) işlevsellikte hafif düzeyde bir bozulma söz konusuysa TÖMB'nin de dahil edildiği kısa süreli (10 seans ve altı) BDT'nin, (2) işlevsellikte orta düzeyde bir bozulma ve tedaviye direnç söz konusuysa TÖMB'nin de dahil edildiği yoğun (10 seans üstü) BDT'nin ya da SSRI grubunda yer alan ilaçların ve (3) 12 seans sonrasında hala iyileşme yoksa ya da işlevsellikte ciddi düzeyde bir bozulma söz konusuysa TÖMB'nin de dahil edildiği BDT ile SSRI grubunda yer alan ilaçların birlikte uygulanmasını tavsiye etmiştir. BTD'nin OKB'de etkinliği pek çok bilimsel araştırma ile kanıtlanmıştır (*bkz.* Öst ve diğerleri, 2015:162).

Klasik BDT yöntemlerinin OKB tanılı bireylerde etkili olduğu çok sayıda görgül çalışma ile gösterilmiş olsa da, tanılı bireyler arasında iyileşme oranının düşük olması (örn. %25) (Fisher ve Wells, 2005:1154) ve genel olarak tedaviyi yarıda bırakma oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (Abramowitz, 2006:414). Ayrıca daha önce de değinildiği üzere OKB'de tedaviye başvuru da genellikle belirtiler ilk kez ortaya çıktıktan yıllar sonra olmaktadır (Veale, 2004:68). Ayrıca obsesyonların içeriğinden utanma, tedavi imkanları konusunda bilgi eksikliği ve ekonomik problemler gibi etkenlerin, tedaviye başvurunun gecikmesinde önemli bir rolü

bulunmaktadır (Garcia-Soriano ve diğerleri, 2014:8). Tedavi ile ilgili bu gibi sorunlar, uygulamacıları ve araştırmacıları OKB'nin tedavisinde kullanılan klasik yaklaşımların sınırlılıklarını gidererek etkisini arttırabilecek ve bu yaklaşımları tamamlayıcı nitelikte yeni yaklaşımlar bulmaya yönlendirmiştir. Bu bağlamda, maruz bırakma tekniklerinin etkinliğinin geliştirilmesi, aile üyelerinin ve diğer önemli kişilerin tedavi sürecinde yer alması, kabul temelli yaklaşımlar ve teknoloji kullanımı gibi yeni yaklaşımların öne çıktığı görülmektedir (Abramowitz ve diğerleri, 2018:311).

Özellikle teknolojik gelişmelerin son yıllarda artan oranda ruh sağlığı alanına da kendini göstermesi, uzmanlara ve danışanlara daha iyi bir değerlendirme ve müdahale platformu sunarak, daha etkili, uygun maliyetli, ulaşılabilir, pratik ve kişiye özgü müdahalelerin yapılandırılması imkanını arttırmıştır (Andersson ve Titov, 2014:7; Feijt ve diğerleri, 2018:6). Bu doğrultuda son yıllarda pek çok psikopatolojiye yönelik uygulanan tedavi programlarında akıllı telefon, internet ve bilgisayar destekli programların kullanımının ve bunlara yönelik bilimsel çalışmalarının sayısının arttığı görülmektedir (Hedman ve diğerleri, 2012:747; Andersson ve Hedman, 2013:143). Bu tür uygulamalar, telefon, e-posta ve zaman zaman yapılan videokonferans veya yüz yüze görüşmeler aracılığıyla verilen kısmi terapist desteğini içerecek şekilde olduğu gibi, hiçbir terapist desteği olmadan da gerçekleştirilebilmektedir. Bu bağlamda, terapist desteğini içeren internet ve bilgisayar tabanlı psikoterapilerin, böyle bir destek içermeyen uygulamalara göre daha etkili olduğu rapor edilmektedir (örn. Baumeister ve diğerleri, 2014:208).

İnternet ve bilgisayar destekli psikoterapi alanında yapılan çalışmaların büyük bir kısmının klasik BDT'yi temel alan yaklaşıma odaklandığı da söylenebilir (Andersson ve Titov, 2014:8). Bu tür uygulamaların kaygı ve duygu durum bozukluklarının tedavisinde yüz yüze terapi uygulamaları kadar etkili olduğuna dair kanıtlar giderek artmaktadır (Andersson ve diğerleri, 2019:466-468). OKB'nin tedavisinde teknoloji kullanımına yönelik geliştirilen ilk uygulamalar ise, seanslar sırasında yapılan uygulamaları hatırlatmak ve seanslar arasında OKB belirtilerinin değişimini ölçmek amacı ile geliştirilen OC-CHECK (Baer ve diğerleri, 1987:1101; Baer ve diğerleri, 1988:238) ve TÖMB'nin bilgisayar destekli bir formu olan BT-STEPS (Baer ve Greist, 1997:25; Baer ve diğerleri, 2007:193) uygulamalarıdır. Daha sonraki yıllarda BT-STEPS uygulamasının etkinliğine yönelik yapılan çalışmalar (örn.

Greist ve diğerleri, 1998:152; Bachofen ve diğerleri, 1999:547) bu uygulamanın OKB belirtilerinin hafiflemesinde etkili olduğunu; ancak bu uygulama için de hala klasik yaklaşımlarda olduğu gibi tedaviyi yarıda bırakma oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir.

TÖMB uygulamalarına psikoeğitim ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi bileşenlerin eklendiği OKB için internet destekli BDT odaklı müdahale programları da geliştirilmiştir (örn. Andersson ve diğerleri, 2012:2196). Güncel bir meta-analiz çalışmasının sonuçları (Pozza ve diğerleri, 2016:277), terapist desteği içeren internet destekli müdahalelerin OKB'de belirtilerin hafifletilmesinde etkili olduğunu ve bu etkinin uzun vadede de sürdürülmesine katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Pearcy ve diğerleri (2016:79) tarafından yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında ise, internet destekli uygulamanın yanı sıra bibliyoterapi gibi bazı kendine yardım programlarının da OKB'nin tedavisine katkıda bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunların yanı sıra, internet-tabanlı BDT müdahalelerinin rutin klinik uygulamalar çerçevesinde kullanımı ve etkisi de ayrıca merak konusu olmuştur. Bu doğrultuda Luu ve diğerleri (2020:3) tarafından 309 OKB tanılı bireyin etkililiği seçkisiz kontrollü bir çalışma ile gösterilmiş (*bkz.* Mahoney ve diğerleri, 2014:103), temelde 6 çevrimiçi seansı kapsayan "THISWAYUP" isimli tedavi programına yönelik deneyimi incelenmiştir. Araştırmanın sonuçları, söz konusu tedavi programının hem OK belirtini hem de eşlik eden depresif belirtileri azaltmada etkili olduğunu; başlangıçtaki eşlik eden şiddetli depresif belirtilerin düşük tedaviye katılım oranını yordadığını; ve genel olarak uygulama süresince zaman zaman kısmi terapist desteği almanın ise yüksek tedaviye katılım oranını yordadığını göstermiştir (Luu ve diğerleri, 2020:5).

Sonuç olarak, alanyazın incelendiğinde OKB'nin tedavisinde klasik yaklaşımların sınırlılıklarını gidermeye yönelik pek çok yeni yaklaşımın gündeme geldiği görülmektedir. Bu yaklaşımlardan teknoloji temelli uygulamaların kullanımı yaygınlaşmakta ve umut verici sonuçları ile gelecek vaat ettiği görülmektedir. İnternet ve bilgisayar destekli uygulamaların OKB'nin tedavisinde etkililiğini değerlendiren çalışmaların sonuçları ve rutin klinik uygulamalara yansıması genel olarak olumlu olmakla birlikte, bu konuda yapılacak daha fazla sayıda seçkisiz kontrollü çalışma bulgusuna ve daha kapsamlı meta-analiz çalışmalarına ihtiyaç vardır (Andersson ve Titov, 2014:9).

Psikolojik müdahale programlarında teknoloji kullanımının güncel örneklerinden bir diğeri de Bilişsel Yanlılık Değişimi (Cognitive Bias Modification, BYD) yaklaşımıdır. BYD, özellikle kaygı bozukluklarının oluşumunda ve sürdürülmesinde önemli etkenler olarak tanımlanan dikkat ve yorumlama gibi bilişsel yanlılıkların azaltılmasına yönelik bilgisayar destekli yeni bir müdahaledir. Bu alanda yapılan deneysel çalışmalarda bilgisayar ortamında çeşitli manipülasyonlar kullanılarak bilişsel yanlılıkların azaltılması amaçlanmaktadır. Genel olarak çalışmaların sonuçları, bu tür yanlılıkların azaltılmasında BYD'nin etkili bir müdahale olabileceğini göstermektedir. Mevcut tez araştırmasında da bu yaklaşımın OKB belirtileri ve obsesif inançlar üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda, takip eden kısımda öncelikle genel olarak BYD yöntemlerinin içeriği ayrıntılı şekilde aktarılacaktır. Daha sonra OKB için kullanılan farklı türdeki BYD yöntemlerinin içeriği, etki alanları ve etki mekanizmaları alanyazındaki araştırmalardan örneklerle sunulacaktır.

1.2. BİLİŞSEL YANLILIK DEĞİŞİMİ

BYD, psikopatoloji ile ilişkili bilişsel yanlılıklar üzerinde bir değişim sağlamak amacı ile kişinin bir dizi uyarana maruz bırakıldığı paradigmaları içeren deneysel bir yöntemdir (MacLeod ve Mathews, 2012:191). BYD'de hali hazırda yanlılık gösterilen bazı bilişsel etmenlerden kişiyi uzaklaştıran çeşitli uygulamalar ile bu eğilimlerin değiştirilmesi amaçlanır. Bu yöntem kaygıyı tetikleyen içerikteki düşüncelere verilen tepkiden ziyade, daha erken dönemde kaygıyı tetikleyen düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olan süreçlerin değiştirilmesine odaklanarak klasik tedavi yaklaşımlarından farklılaşmaktadır (MacLeod ve Mathews, 2012:204).

Özellikle son 10 yıllık süreçte BYD'ye ilişkin görgül çalışmalara olan ilginin arttığı görülmektedir. Bu ilginin arttığına dair en önemli göstergelerden biri, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* gibi önemli bir derginin Aralık 2015 sayısını *"Cognitive bias modification: Challenges and new directions"* başlıklı özel bir bölüme ayırması olarak sunulabilir. Bu ilginin artmasında Mathews ve Mackintosh (2000:604-610) ile MacLeod ve diğerlerinin (2002:109-117) çalışmalarının önemli katkıları olmuştur. Bu araştırmacılar, kaygının ortaya çıkması

ve sürdürülmesi ile yanlı bilgi işleme süreçleri arasındaki nedenselliği araştıran çok sayıda deneysel çalışmayı gözden geçirmiş ve benzer nitelikte bir dizi bilimsel çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmaların sonuçları, özellikle psikopatolojiye özgü belirtilerle ilişkili, kaygı verici ve tehdit edici özellikleri olan uyaranlar söz konusu olduğunda olumlu sonuçların daha belirgin şekilde ortaya çıktığını göstermiştir (Mathews ve MacLeod, 2002:354). Daha da önemlisi bu çalışmalarda, sağlıklı bireylerde bile bilişsel yanlılıkların manipüle edilebilir olduğu; başka bir deyişle, çeşitli manipülasyonlar uygulanarak bu tür yanlılıkların oluşturulabildiği görülmüştür (MacLeod ve diğerleri, 2002:121). Benzer bir etki tanı almamış, ancak yüksek düzeyde örümcek fobisi olan bireylerde de elde edilmiş ve bu yolla verilen eğitimin yorumlama yanlılıklarını ve korku tepkilerini azaltabildiği görülmüştür (Teachman ve Addison, 2008:454-455). Bu ilk çalışmaların bilişsel yanlılıklarının değiştirilebildiğine dair etkili sonuçlar vermesi, psikopatolojisi olan bireylerde bu etkiyi tersine çevirmenin mümkün olabileceği fikrini pekiştirerek araştırmacı ve uygulamacıları BYD'nin bir müdahale formatı olarak uygulanabilirliği üzerine çalışmaya yönlendirmiştir. Bu doğrultuda, başlangıçta bilişsel yanlılıklar ile özellikle kaygı bozuklukları arasındaki nedenselliği araştırmak ve kaygı ile ilişkili bilişsel yanlılıkların altında yatan mekanizmaları açıklamak amaçlarını taşıyan BYD çalışmalarının (MacLeod ve Mathews, 2012:193), günümüzde daha ziyade kaygının azaltılmasında etkili bir terapötik müdahale yöntemi olarak uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmaya başladığı görülmektedir. BYD'nin bir müdahale formatı olarak uygulanabilirliği üzerine gerçekleştirilen çalışmaların ağırlıklı olarak dikkat ve yorumlama yanlılıklarına odaklandığı görülmektedir: (1) Bilişsel Yanlılık Değişimi-Dikkat (Cognitive Bias Modification-Attention, BYD-D) ve (2) Bilişsel Yanlılık Değişimi-Yorumlama (Cognitive Bias Modification-Interpretation, BYD-Y). Psikopatolojilerde belirtilerin başlangıcında ve sürdürülmesinde etkili olduğu bildirilen bilgi işleme süreçlerindeki yanlılıklardan bir diğeri olan bellek yanlılıklarının değişimine yönelik çalışmaların sayısı ise diğer yanlılıklara odaklanan çalışmalardan görece daha azdır ve odaklanılması önemli görülen bir konu olduğu bildirilmektedir (MacLeod ve Mathews, 2012:202).

BYD-D müdahaleleri, dikkat yanlılığı ölçümünde kullanılan çeşitli deneysel görevlerin değiştirilmiş bir formatta kullanılmasını içermektedir. Bu tür

müdahalelerde, kişiye bilgisayar ekranı üzerinde tehdit edici özellikte olan ve olmayan uyaranlar (kelime/fotoğraf) sunulmakta ve çeşitli manipülasyonlar uygulanarak kişinin dikkatinin tehdit edici özellikteki uyaranlardan tehdit edici özellikte olmayan uyaranlara kaydırılmasını amaçlayan bir eğitim verilmektedir. BYD-Y müdahalelerinde ise, kişiye bilgisayar ekranı üzerinde birtakım belirsiz uyaranlar sunulmakta (örn. kelime tamamlama görevi) ve kişiden bu uyaranlar ile ilgili bazı görevleri tamamlamaları istenmektedir. Yine burada da çeşitli manipülasyonlar uygulanarak kişinin belirsiz uyaranlar hakkında daha olumlu çıkarımlarda bulunmalarını amaçlayan bir eğitim verilmektedir. 12 meta-analiz çalışmasının gözden geçirilmesi sonucunda (Jones ve Sharp, 2017:176-179), BYD'nin kaygı ve depresyonun hafifletilmesinde etkili olduğu; yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı ve sigara kullanımı söz konusu olduğunda ise etki büyüklüğünün daha az olduğu görülmüştür. Ayrıca BYD'nin laboratuvar ortamında uygulandığı araştırmalarda daha etkili sonuçlar bildirildiği görülmüştür. Bu durumun, laboratuvar ortamının katılımcıların yönergelere daha sıkı bir şekilde uymasına, dikkatlerini daha kolaylıkla sürdürmesine ve daha doğru yanıt verme çabasına katkı sağlayan kontrollü bir ortam olmasından kaynaklanabiliyor olabileceği düşünülmektedir (*bkz.* Jones ve Sharp, 2017:181). Diğer yandan, kişinin kendi evinde tek başına uyguladığı internet temelli BYD müdahalelerinin de kaygı ve depresyon belirtini hafifletmede etkili olduğunu bildiren çalışmaların da varlığı göz önüne alınarak, bu alanda bu tür internet temelli müdahalelerin potansiyelini araştırmaya yönelik daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir (*bkz.* Jones ve Sharp, 2017:181). Bunların yanı sıra genel olarak, BYD-Y'nin özellikle kaygının azaltılmasında, BYD-D'nin ise stresin azaltılmasında daha etkili olduğundan da söz edilmiştir. Genel olarak bakıldığında ise bu müdahaleler sonucunda gerçekleşen dikkat yanlılığı ve yorumlama yanlılığı düzeylerindeki azalma ile belirtilerin hafiflemesi arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. BYD çalışmalarının önemli kısıtlılıkları arasında ise toplanan verilerin genelde küçük örneklem gruplarından elde edilmesi, örneklemlerin heterojen yapıda olması, özellikle kaygı bozukluklarında klinik örneklemlerin az yer alması ve araştırmalar arasında kullanılan yöntem ve ölçüm araçları bakımından farklılıkların olması sayılabilir (Jones ve Sharp, 2017:182). Bu durum ise bilimsel çalışmalar arasında karşılaştırma yapmayı güçleştirmektedir. Bu bağlamda, BYD'nin ideal uygulama sıklığı ve seans sayısı, ayrı

bir müdahale mi yoksa klasik tedavi yaklaşımlarını tamamlayıcı bir yöntem mi olarak kullanılması gerekliliği, hangi spesifik koşullarda hangi etkilere yol açtığı gibi soruların cevaplanmasına ilişkin daha fazla sayıda seçkisiz kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır (Menne-Lothmann ve diğerleri, 2014:24).

BYD çalışmalarının ağırlıklı olarak laboratuvar ortamında bilgisayar destekli müdahale formatında gerçekleştirildiği görülmektedir. Bununla birlikte son yıllarda kişinin kendi evinde tek başına uyguladığı internet temelli BYD müdahalelerine de rastlamak mümkündür. Örneğin Enock ve diğerleri (2014:206) sosyal kaygı düzeyi yüksek yetişkinlerde BYD-D'yi akıllı telefon aracılığıyla uygulamışlar ve olumlu sonuçlar elde etmişlerdir. Ayrıca son yıllarda BYD-D müdahalesinin içeriğini oluşturan deneysel görevlere katılımı ve motivasyonu arttırmak amacıyla oyunlaştırma (Gamification) yönteminden de yararlanılmaktadır (Boendermaker ve diğerleri, 2015:434). Oyunlaştırma, oyun tasarımının oyun dışı amaçlarla kullanılması olarak nitelendirilmektedir (Deterding ve diğerleri, 2011:2). Bu tür oyunlar, eğlenceden ziyade eğitim, sağlık gibi alanlara özgü amaçlarla yapılandırıldığı için "ciddi oyunlar" olarak tanımlanmaktadır (Lau ve diğerleri, 2016:2). Örneğin kaygı düzeyi yüksek yetişkinlerden oluşan bir örneklemde Dennis ve O'Toole (2014:580), klasik BYD-D uygulamalarından farklı olarak müdahaleyi, kelime/fotoğraf çiftlerini kullanmak yerine oyun grafikleri (örn. bir çizgi film karakterinin kızgın-nötr yüz ifadelerinden oluşan uyaran çiftleri) kullanarak oyunlaştırmışlardır. Araştırmanın sonuçları, bu tür bir müdahaleyi alan kaygı düzeyi yüksek katılımcıların kontrol grubuna göre kaygı ve stres düzeylerinde daha fazla azalma olduğunu göstermiştir (Dennis ve O'Toole, 2014:582). Söz konusu yöntemin kullanım alanının sadece BYD müdahaleleri ile sınırlı olmadığı görülmektedir. Bu yöntemin genel olarak ruh sağlığı alanında örneklerini görmek mümkündür. Zhang ve diğerleri (2018:5) yaptıkları çalışmada, BYD alanında etkililiği seçkisiz kontrollü çalışmalar ile test edilmiş ve uygulama indirme hizmeti sunan çeşitli platformlardan ulaşılabilen 8 akıllı telefon uygulaması rapor etmişlerdir. Bu uygulamaların sosyal kaygı, genel kaygı ve stres, alkol kötüye kullanımı, sigara kullanımı ve uykusuzluk gibi sorunlara yönelik olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların sonuçları umut verici olsa da, yöntemin etkisinin klinik örneklemler üzerinde test edildiği daha fazla seçkisiz kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır (Zhang ve diğerleri, 2018:10).

Son yıllarda BYD müdahalelerinin etkisini arttırmaya yönelik olarak klasik maruz bırakma yöntemlerine benzer bir şekilde yapılandırılmış olan sanal gerçeklik ile maruz bırakma terapisi (virtual reality exposure therapy) yöntemlerinden de yararlanıldığı görülmektedir. Sanal gerçeklik ile maruz bırakma terapisi, kişinin kaygısını/korkusunu tetikleyen uyaranlara aşamalı, sistematik bir şekilde maruz bırakılmasını içermektedir (Botella ve diğerleri, 2017:2). Bu yöntemin kullanıldığı 30 seçkisiz kontrollü çalışmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasının sonuçları (*bkz.* Carl ve diğerleri, 2019:34) bu yöntemin etkili olduğunu, hatta bu etkisinin klasik maruz bırakma yöntemleri ile eşdeğer olduğunu göstermektedir Ayrıca, bu yöntemde nüks oranlarının düşük olduğu (Fernandez-Alvarez ve diğerleri, 2019:10) ve tanılı bireylere klasik maruz bırakma yöntemleri ve sanal gerçeklik ile maruz bırakma terapi seçenekleri aynı anda sunulduğunda, bu yeni yöntemin tercih edilme oranının daha yüksek olduğu (Garcia-Palacios ve diğerleri, 2007:723) bildirilmektedir. Giderilmesi gereken sınırlılıkları ve geliştirilmesi gereken yönleri olmakla birlikte, kaygı düzeyi yüksek yetişkinlerde sanal gerçeklik teknolojileri kullanılarak gerçekleştirilen hem BYD-Y (örn. Otkhmezuri ve diğerleri, 2019:7) hem de BYD-D uygulamalarının (örn. Urech ve diğerleri, 2015:4) sonuçları, bu yolla müdahale kapsamında kullanılan uyaranlar ile daha gerçekçi bir eğitim deneyimi sağlanarak kaygının ve bu tür yanlılıkların azaltılabildiğini ortaya koymuştur.

BYD'nin kaygı bozukluklarında bilişsel yanlılıkların azaltılmasına yönelik girişimlerle başlayan yolculuğu, günümüzde depresyon bozuklukları, yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, sigara kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu pek çok soruna yönelik olarak genişlemekte ve bu genişleme kendini çevrimiçi uygulamalar, akıllı telefon uygulamaları, oyunlaştırma yöntemleri ve sanal gerçeklik gibi çok çeşitli teknolojilerle göstermektedir. OKB söz konusu olduğunda ise, bu yaklaşımın bilimsel çalışmalar ve uygulamalar açısından oldukça yeni bir yaklaşım olarak gündeme geldiği görülmektedir. OKB'ye yönelik çalışmalarda ağırlıklı olarak BYD-Y müdahalelerinin etkisini araştırmaya odaklanıldığı, BYD-D müdahalelerine yönelik ise daha az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Söz konusu çalışmaların ayrıntıları takip eden kısımda BYD-Y ve BYD-D için ayrı başlıklar altında sunulmaktadır.

1.2.1. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yorumlama Yanlılığı Değişimi

Yorumlama yanlılıklarında bir değişim sağlamak amacıyla sıklıkla Mathews ve Mackintosh (2000:604) tarafından geliştirilmiş, kaygıyı tetikleyici özellikte senaryolardan oluşan bir deneysel görev/düzenek kullanılmaktadır. İlgili araştırmacılar bu görevde, kaygı düzeyi yüksek yetişkinlerde kaygı ve yorumlama yanlılıkları arasındaki nedensel ilişkileri açıklamaya yönelik gerçekleştirilen bir dizi deneysel çalışmada kullanılmak üzere Eysenck ve diğerleri (1991:145) ve Hirsch ve Mathews (1997:1124) tarafından geliştirilmiş deneysel görevleri temel almışlardır. Söz konusu deneysel görev ile kaygı düzeyi yüksek katılımcılarla yorumlama yanlılıklarının çeşitli manipülasyonlar uygulanarak değiştirilebilir olup olmadığını ve yanlılıklarda meydana gelebilecek değişimin kaygıdaki değişime de etki edip etmeyeceğini test etmek amacını taşıyan bir dizi deneysel çalışma gerçekleştirilmiştir (Mathews ve Mackintosh, 2000:603). Çalışmaların sonuçları, kaygı verici içerikte uyaranlar ile yorumlama yanlılıklarının manipüle edilebildiğini, başka bir deyişle yanlılık düzeyinin azaltılabildiğini ya da arttırılabildiğini göstermiştir. Bu sonuçlar, kaygı ile yorumlama yanlılıkları arasındaki nedenselliğe yönelik destekleyen bir kanıt olarak nitelendirilmiştir (Mathews ve Mackintosh, 2000:614-615). Yüksek düzeyde kaygısı olan katılımcılarla aynı görev kullanılarak gerçekleştirilen diğer çalışmalarda da (örn. Mathews ve diğerleri, 2007:232; Murphy ve diğerleri, 2007:1523; Steinman ve Teachman, 2010:75) benzer sonuçlar saptanmıştır. BYD-Y'nin BDT'yi tamamlayıcı bir teknik olarak etkisinin test edildiği güncel bir çalışmada (Beard ve diğerleri, 2019:525), bu müdahalenin rutin klinik uygulamalar için de uygun bir yaklaşım olduğu ve çeşitli türde tanı almış bireylerde kaygının azaltılmasında etkili olduğu bildirilmiştir.

OKB'de de BYD-Y çalışmalarında da ağırlıklı olarak Mathews ve Mackintosh (2000:604) tarafından geliştirilmiş olan bu deneysel görevin bir müdahale formatında uygulandığı görülmektedir. OKB'de heterojen bir belirti profili görülmesi nedeni ile daha uygun bir yaklaşım olacağını düşünerek Clerkin ve Teachman (2011:338) bu görevi gözden geçirmiştir. OKB'ye göre uyarlanan bu görev, OKBÇG (2003: 863-878, 2005: 1527-1542) tarafından tanımlanmış 6 bilişsel inanç alanını içeren senaryolardan oluşmaktadır. Söz konusu görev, belirsiz bir uyarandan sonra (örn. bir

harfi eksik bırakılmış kelimeler) o uyaranla ilgili karar verme sürecini içermektedir (örn. kelime tamamlama görevi). Bu karar verme sürecinde belirsiz uyaranları belirli bir yönde (olumlu/olumsuz) yorumlama örüntüsü kazandırmak amacı ile eğitim verilmektedir. Düşüncelerin aşırı düzeyde önemsenmesi ("Bana göre, kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında onları gerçekleştirmek kadar kötüdür.") inanç alanını yansıtan senaryoyu içeren bir örnek şu şekildedir: ilk olarak bilgisayar ekranında katılımcıya "*Ailenizi ziyaret ediyorsunuz. Beklenmedik bir şekilde, aklınızdan onlara bağırarak hakaretler yağdırmak geçiyor. Ailenize gerçekten hakaret etmek ile aklınızdan buna yönelik bir düşüncenin geçmesi ahlaki olarak f_rklıdır/eşd_ğerdir (farklıdır/eşdeğerdir).*" Parantez içinde yer alan ifadelere kadar senaryonun içeriği belirsizdir. Senaryonun bu ifadelere kadar olan bölümü belli bir süre bilgisayar ekranında katılımcıya sunulmaktadır. Daha sonra katılımcılardan hedef kelime için kelime tamamlama görevini yerine getirmeleri istenmektedir. Katılımcıların çalışmanın olumsuz yorumlama koşulunda yer almaları durumunda "eşd_ğerdir" (eşdeğerdir) kelimesi; olumlu yorumlama koşulunda yer almaları durumunda ise "f_rklıdır" (farklıdır) kelimesi doğru bir şekilde tamamlamaları için sunulmaktadır. Katılımcılar yer aldıkları koşula göre kendilerine sunulan bir harfi eksik bırakılmış kelimeyi doğru bir şekilde tamamlandıktan sonra ekranda senaryonun içeriğini gerçekten anlayarak ve dikkat ederek okuyup okumadıklarını belirlemek amacı ile bir kontrol sorusu çıkmakta (örn. "*Aileniz hakkında kötü bir düşünceye sahip olmak, onlara gerçekten kötü davranmaktan ahlaki olarak farklı mıdır?"*) ve katılımcılardan bu soruyu Evet/Hayır cevaplarından birini seçerek cevaplamaları istenmektedir. Olumsuz yorumlama koşulunda yer alan ve tamamlama görevinde "eşdeğerdir" kelimesi sunulan katılımcılar bu kontrol sorusuna "Hayır" yanıtını verdiklerinde; olumlu yorumlama koşulunda yer alan ve tamamlama görevinde "farklıdır" kelimesi sunulan katılımcılar ise "Evet" yanıtını verdiklerinde "Cevabınız doğru" geribildirimini alabilmektedir. Yorumlama yanlılıklarında olumlu bir değişim sağlanması amaçlandığında tüm senaryolar olumlu yorumlama koşulunda sunulmakta ve kişi kelimeyi tamamlandığında olumlu bir anlam ortaya çıkmaktadır. Böylelikle, senaryonun nasıl sonuçlanacağının belirsizliği ile olumlu sonuçlanması arasında bir uyarıcı-tepki izlerliliği (stimulus response contingency manipulation) (*bkz.* Schmidt ve diğerleri, 2007:422) sağlanmakta ve olumlu yorumlama örüntüsü ile belirgin yeni

bir öğrenme oluşturulması hedeflenmektedir. Bu amaca yönelik olarak, OKB'de BYD-Y çalışmalarında genellikle bu senaryolar deney grubunda her zaman olumlu anlam ortaya çıkacak şekilde sonlanmaktadır. Böylelikle bir uyarıcı-tepki izlerliği oluşturulur, farklı birçok senaryonun tekrar tekrar sunulması ile bu izlerlik pekiştirilir ve en nihayetinde benzer durumlar söz konusu olduğunda daha olumlu çıkarımlarda bulunma eğiliminin arttırılması amaçlanır (Williams ve Grisham, 2013:5). Kontrol gruplarına ise senaryoların sonundaki kelime tamamlama görevleri yarısı olumlu yarısı olumsuz sonuçlanacak şekilde sunulmakta ve uyarıcı-tepki izlerliği oluşturmaya yönelik herhangi bir manipülasyon uygulanmamaktadır. Diğer yandan bazı çalışmalarda senaryoların olumlu yorumlama koşulunda sunulduğu katılımcılarla karşılaştırılmak üzere, senaryoların yalnızca olumuz yorumlama koşulunda sunulduğu katılımcılardan oluşan karşılaştırma grupları da kullanılmaktadır. Ayrıca bu çalışmalarda öz-bildirim ölçeklerinin yanı sıra yorumlama yanlılığı değişimini değerlendirmek üzere orijinali Mathews ve Mackintosh (2000: 604) tarafından oluşturulmuş, Clerkin ve Teachman (2011: 339) tarafından içeriği OKB'ye uygun olarak düzenlenmiş senaryoları tanıma görevi (recognition scenarios task) kullanılmaktadır. Mevcut tez araştırmasında da kullanılmış olan bu görevin ayrıntıları yöntem bölümünde aktarılmaktadır.

Clerkin ve Teachman (2011:340) yüksek düzeyde OKB belirtileri rapor eden öğrenci örnekleminde yaptıkları çalışmada, BYD-Y uygulaması alan katılımcıların kontrol grubu ile kıyaslandığında obsesif inanç alanlarında ve yorumlama yanlılıklarında daha fazla azalma olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmacılar bu çalışmalarında öz-bildirim ölçeklerinin yanı sıra, katılımcılara DEK ile ilişkili inançları tetikleyebilecek bir stres etkenini içeren görev vererek BYD-Y'nin davranışlar üzerinde de bir değişim sağlayıp sağlamadığını belirlemek istemişlerdir. Öncelikle her bir katılımcıdan, en iyi arkadaşının trafik kazası geçirmesini umduğunu bir kağıda yazması ve bu düşünceye 1 dakika boyunca odaklanması istenmiştir. Daha sonra katılımcılar etkisizleştirme çabalarına dair çeşitli örneklerin (örn. yeni bir cümle yazmak, kalemi kırmak, el yıkamak, dua etmek vb.) yer aldığı bir formda söz konusu davranışları yapma isteklerini "(0) Hiç" ile "(8) Tamamen" uçlarına sahip bir derecelendirme üzerinden puanlamışlardır. Son olarak katılımcılardan eğer isterlerse o an bunları yapabilecekleri söylenmiş ve hangilerini yaptıkları kaydedilmiştir

(Clerkin ve Teachman, 2011:340). Gruplar arasında gerçekleştirilen etkisizleştirme stratejileri arasında sıklık açısından bir farklılık saptanmamakla birlikte, BYD-Y uygulaması alan katılımcıların kazayı düşündükleri için gerçekleşme olasılığının yükselmeyeceğine dair daha sağlıklı yorumlar yaptıkları görülmüştür (Clerkin ve Teachman, 2011:341).

Williams ve Grisham (2013:2), Clerkin ve Teachman'ın (2011:338) çalışmasını yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden, ancak herhangi bir tanı almamış yetişkin örnekleminde tekrarlamış ve benzer sonuçlar saptamışlardır. Farklı olarak bu çalışmanın sonuçları, BYD-Y müdahalesi ile ortaya çıkan olumlu yöndeki değişimin OKB belirtilerinin şiddetinden de bağımsız olduğunu göstermiştir (Williams ve Grisham, 2013:6). Ayrıca müdahalenin davranışsal değişim üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla katılımcılara ayrı ayrı abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ve düşüncelerin önemi ve kontrolü inanç alanlarını tetikleyebilecek stres etkenlerini içeren üç görev sunulmuştur. Kontrol grubu ile kıyaslandığında BYD-Y uygulaması alan katılımcılar özellikle düşüncelerin önemi ve kontrolü ile ilişkili görev sırasında daha az sıkıntı hissettiklerini ve etkisizleştirme stratejilerine daha az ihtiyaç duyduklarını bildirmiş; fakat bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Williams ve Grisham, 2013:6).

Beadel ve diğerleri (2014:104) ise yüksek düzeyde OKB belirtileri olan bir örneklemde çok düzeyli bir model kullanarak BYD-Y uygulamasının obsesif inanç alanları ve yorumlama yanlılıkları üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Araştırmacılar bu çok düzeyli modelde öz-bildirim ölçeklerinin yanı sıra psikofiziksel ölçümler (örn. kalp atışı, galvenik deri tepkisi) ve öznel korkuyu ölçmek için öznel rahatsızlık birimleri (subjective units of disturbance) gibi ölçümler kullanmıştır (Beadel ve diğerleri, 2014:106). BYD-Y uygulaması sonrasında gruplar arası farklılaşmalar yalnızca obsesif inançlar ve yorumlama yanlılıkları söz konusu olduğunda saptanmıştır. Çalışmada özellikle yorumlama yanlılıklarında ortaya çıkan olumlu yöndeki değişim, TÖMB gibi maruz bırakma temelli yaklaşımlar da dahil olmak üzere, OKB'ye yönelik tedavi yaklaşımlarında bilişsel mekanizmaların ele alınmasının önemli olduğunu göstermiştir (Beadel ve diğerleri, 2014:116).

Obsesif inanç alanlarından abartılmış sorumluluk algısı, düşüncelerin önemi ve kontrolü gibi inanç alanlarının OKB'de öne çıkan ve daha çok OKB'ye özgü inanç alanları olabileceği; abartılmış tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik inanç alanlarının ise genel bir kaygı durumu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Clark ve diğerleri, 2003:656). Bu doğrultuda, BYD-Y uygulamalarının OKB ile ilişkili belirli bir inanç alanını içerecek şekilde yapılandırıldığı ve etkisinin değerlendirildiği çalışmalara da rastlamak mümkündür. Grisham ve diğerleri (2014:508) sürekli kontrol etme davranışı gösteren ancak herhangi bir tanısı bulunmayan bir öğrenci örnekleminde, abartılmış sorumluluk inançlarını azaltmaya yönelik senaryolardan oluşan olumlu BYD-Y koşulu ile olumsuz BYD-Y koşulunu karşılaştırmışlardır. Araştırmacılar, olumlu BYD-Y koşulundaki katılımcıların abartılmış sorumluluk algısını yansıtan yorumlama yanlılıklarında olumsuz koşulda yer alan katılımcılara göre daha fazla azalma saptamıştır (Grisham ve diğerleri, 2014:511). Ayrıca uygulama sonrasında abartılmış sorumluluk inançlarını tetikleyerek kontrol etme davranışını arttırabilecek stres etkenlerini içeren görev sırasında BYD-Y müdahalesi alan katılımcıların daha işlevsel tepkiler geliştirdikleri görülmüştür (Grisham ve diğerleri, 2014:513). Öz-bildirim ölçekleri ile değerlendirilen abartılmış sorumluluk inançlarında ve kontrol etme kompulsiyonları söz konusu olduğunda ise gruplar arasında herhangi bir farklılaşma ortaya çıkmamış; her iki grupta da yer alan katılımcıların yalnızca kontrol etme kompulsiyonlarına yönelik puanlarında bir azalma saptanmıştır (Grisham ve diğerleri, 2014:512). Clerkin ve diğerleri (2014:314) ise düşüncelerin önemi ve kontrolü inanç alanına özgü BYD-Y uygulamasının söz konusu inançları azaltmada etkili olduğunu bildirmiştir. Bunun yanı sıra uygulama sonrasında bu inançları tetikleyerek kontrol etme davranışını arttırabilecek stres etkenlerini içeren görev sırasında da daha az sıkıntı rapor edilmiştir (Clerkin ve diğerleri, 2014:314). Stech ve Grisham (2017:539-541) da benzer şekilde yalnızca düşüncelerin önemi ve kontrolü inanç alanını yansıtan senaryoları içeren BYD-Y uygulamasının etkisini incelemiştir. Ancak farklı olarak bu müdahalenin etkisini arttırmak amacı ile laboratuvar ortamında gerçekleştirilen oturuma çevrimiçi ortamda gerçekleştirilen bir oturum daha ekleyerek benzer sonuçlar elde etmişlerdir (Stech ve Grisham, 2017:539-541)

Siwiec (2015:24) ise öğrenci örnekleminde DEK'nin hem ahlak hem de olasılık boyutunu içeren ve biri laboratuvar ortamında ikisi ise çevrimiçi ortamda gerçekleştirilen üç oturumluk BYD-Y uygulamasının etkisini araştırmıştır. Çalışmada BYD-Y uygulaması verilen grup ile kontrol grubu arasında bir farklılaşma ortaya çıkmamış ve DEK'nin ve kaygı düzeyinin her iki grupta da azaldığı görülmüştür (Siwiec, 2015:36). Yine DEK'nin her iki boyutunu da içeren, ancak bu kez yalnızca laboratuvar ortamında tek oturum şeklinde uygulanan BYD-Y uygulamasının öğrenci örnekleminde test edildiği bir diğer çalışmada (Siwiec ve diğerleri, 2017:18) ise, DEK-Olasılık boyutunda gruplar arasında herhangi bir farklılaşma görülmezken, BYD-Y uygulaması alan katılımcıların kontrol grubu ile kıyaslandığında DEK-Ahlak boyutunda daha fazla bir azalma olduğu saptanmıştır (Siwiec ve diğerleri, 2017:19)

Belleğe duyulan güvensizlik ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü azaltmaya yönelik BYD-Y uygulamasının sürekli kontrol etme davranışı gösteren klinik olmayan örneklemde test edildiği bir çalışmada (Black ve Grisham, 2016:46) ise, senaryolar katılımcılara dört farklı koşulda sunulmuştur: buna göre, katılımcılar senaryoların işitsel ya da yazılı olarak olumlu yorumlama koşulunda sunulduğu BYD-Y ya da kontrol koşullarından birine atanmıştır. Araştırmacılar, BYD-Y uygulamalarının etkisini arttırabileceğini düşünerek hayalde canlandırma (imagery) yöntemini de kullanmışlardır. Uygulama aşamasına geçilmeden önce senaryoların işitsel olarak sunulacağı katılımcılardan bir limonu kestiklerini hayal etmeleri ve zihinlerinde canlanan imgeyi söylemeleri istenmiştir. Senaryoların yazılı olarak sunulacağı katılımcılara ise "ayakkabıları bağlamak" kelimelerini ve bu kelimelerin ne anlama geldiğini düşünmeleri istenmiştir (Black ve Grisham, 2016:47). Çalışmada, senaryoların işitsel ya da yazılı olarak sunulması arasında herhangi bir farklılaşma saptanmamıştır. Senaryoların sunum şeklinden bağımsız olarak BYD-Y uygulaması alan katılımcıların kontrol grubunda yer alan katılımcılara göre OKB belirtilerinde, kontrol etme kompulsiyonlarında, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik inanç alanlarında ve yorumlama yanlılıklarında daha fazla bir azalma olduğu görülmüştür (Black ve Grisham, 2016:48). Öte yandan, diğer çalışmaların sonuçları ile benzer şekilde (örn. William ve Grisham, 2013:6; Beadel ve diğerleri, 2014:115) bu çalışmada da uygulama sonrasında davranışsal değişimi değerlendirmek amacı ile verilen görevde gruplar arası bir farklılaşmaya rastlanmamıştır. Bu durumun,

kullanılan görevlerin gruplar arası farklılaşmaları tespit etme konusunda yeterince duyarlı olamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Black ve Grisham, 2016:51). Aynı araştırmacılar bir süre sonra bu kez mükemmeliyetçilik inanç alanını da içeren senaryolar ekleyerek OKB tanılı bireyler ile benzer bir çalışma gerçekleştirmiştir (Black ve Grisham, 2018:3). Ayrıca bu kez yalnızca işitsel olarak sunulan senaryolardan oluşan ve ilk oturumu laboratuvar ortamında diğer iki oturumu ise çevrimiçi ortamda verilen üç oturumluk bir BYD-Y müdahalesi yapılandırmışlardır. Çalışmada gruplar arasında herhangi bir farklılaşmaya rastlanmamıştır. Uygulama sonrasında davranışsal değişimi ölçmek üzere sunulan görevlerde de karışık sonuçlar söz konusudur. Diğer yandan, hem BYD-Y alan hem de kontrol grubundaki OKB tanılı katılımcıların uygulama sonrasında yorumlama yanlılıkları ve öz-bildirim ölçekleri ile değerlendirilen söz konusu inanç alanlarında bir azalma olduğu görülmüştür (Black ve Grisham, 2018:7). Araştırmacılar gruplar arası farklılaşmaların ortaya çıkmamasına, OKB tanılı bireylerde klinik özellikler açısından bireysel farklılıkların görülebildiği bir belirti profilinin yaygın olması ile ilişkili olabileceği yönünde bir açıklama getirmiştir. Bireye özgü olarak yapılandırılmış BYD-Y uygulamalarının test edildiği seçkisiz kontrollü çalışmalar ile daha olumlu sonuçlar elde etmenin mümkün olacağı düşünülmektedir (Black ve Grisham, 2018:11).

Özetle, BYD-Y uygulamasının OKB belirtileri üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar, bu tür uygulamaların yorumlama yanlılıklarını azaltmada ve olumlu yönde bir yorumlama örüntüsü kazandırmada etkili olduğunu göstermektedir. Buna karşın bu çalışmaların, genel olarak BYD-Y çalışmalarında da öne çıkan (*bkz.* Jones ve Sharp, 2017:182) bazı kısıtlılıkları söz konusudur. Bu kısıtlılıklar arasında, klinik örneklemlerin kullanılmaması ya da klinik örneklemler ile yürütülen çok az sayıda çalışmanın bulunması ve araştırmalar arasında kullanılan yöntem bakımından farklılıkların olması (örn. oturum sayısı, süresi, sıklığı, müdahalenin verildiği ortamın çevrim içi ya da laboratuvar ortamı olması) gibi kısıtlılıklar yer almaktadır.

1.2.2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Dikkat Yanlılığı Değişimi

OKB'de dikkat yanlılığı değişimine yönelik çalışmalar söz konusu olduğunda, yorumlama yanlılığı değişimine yönelik çalışmalara göre daha az sayıda çalışma

olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda BYD-D müdahalesi, dikkat yanlılıklarının ölçümünde yaygın olarak kullanılan nokta izleme görevinin (MacLeod ve diğerleri, 1986:17) içeriğinde bazı değişiklikler yapılarak ile yapılandırılmaktadır. Önceki bölümlerde de değinildiği üzere, nokta izleme görevi dikkat yanlılıklarını ölçmek amacıyla kullanıldığında tehdit içerikli-nötr uyaran (kelime/fotoğraf) çiftinin ardından beliren hedef uyaran (ok ya da harf), önceki ekranda sunulmuş olan ya nötr ya da tehdit içerikli uyaranın olduğu bölgede eşit oranda (%50-%50) gösterilmektedir. Bu görev dikkat yanlılığında bir değişim sağlamak amacıyla müdahale formatında kullanıldığında ise, bu oran nötr uyaranların olduğu bölgede genellikle %80-%100 olacak şekilde değiştirilerek bir manipülasyon uygulanmaktadır. Bu manipülasyon ile katılımcıların dikkatlerinin tehdit içerikli uyaranlardan uzaklaştırıp nötr uyaranlara yönlendirilmesi, tehdit içerikli uyaranlara karşı halihazırda öğrenilmiş olan uyarıcı-tepki izlerliğinin bu kez nötr uyaranlar için pekiştirilmesi; böylelikle de dikkat yanlılığında bir değişim yaşanması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda, OKB'de BYD-D alanında yapılan araştırmalarda sıklıkla kontrol grubuna bu yönde bir manipülasyon uygulanmamakta, uyaran çiftinin ardından beliren hedef uyaran nötr ya da tehdit içerikli uyaranın olduğu bölgede eşit oranda (%50-%50) gösterilmektedir. Deney grubunda ise dikkat yanlılığından bir değişim sağlanması hedeflendiği için bu oran nötr uyaranların olduğu bölgede genellikle %80-%100 oranında olacak şekilde değiştirilmektedir.

Najmi ve Amir (2010:138) değiştirilmiş nokta izleme görevinde bulaşma ile ilişkili kelimeler kullanarak eşik altı düzeyde temizlik odaklı OKB belirtileri rapor eden katılımcılarla dikkat yanlılığı değişimine yönelik tek oturumluk BYD-D müdahalesinin etkisini test etmiştir. Araştırmacılar, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında BYD-D alan katılımcıların bulaşma ile ilişkili uyaranlara yönelik dikkat yanlılıklarında anlamlı düzeyde bir azalma saptamışlardır (Najmi ve Amir, 2010:141). Ayrıca bu çalışmada katılımcılar müdahale sonrasında, davranışsal yaklaşma testi ile bulaşma obsesyonlarını tetikleyebilecek özellikte üç farklı duruma aşamalı olarak maruz bırakılmıştır. BYD-D alan katılımcıların maruz bırakma sırasında kontrol grubu katılımcılarına göre daha fazla aşama tamamladığı ve ilerleme kaydettiği; BYD-D'nin bulaşma ile ilişkili uyaranlara yönelik maruz bırakma

uygulaması üzerinde kolaylaştırıcı bir etkisi olduğu rapor edilmiştir (Najmi ve Amir, 2010:142).

Amir ve diğerleri (2015:429) ise 22 OKB tanılı birey ile; (1) videolar aracılığıyla verilen psikoeğitim, (2) dikkat ve yorumlama yanlılıklarını değişimine yönelik uygulamalar, (3) bilgisayar-tabanlı davranışsal yaklaşma testi ve (4) katılımcının kendisinin yönettiği TÖMB egzersizleri olmak üzere bazılarının klinik ortamda bir terapist eşliğinde uygulandığı, bazılarının ise kişinin kendi evinde tek başına uyguladığı dört bileşenden oluşan 7 haftalık ve 15 seanslık bir müdahale programının etkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada BYD-Y uygulamalarının etkisini değerlendiren diğer çalışmalardan farklı olarak daha önce sosyal kaygı bozukluğunda Beard ve Amir (2009:409) tarafından kullanılan kelime-cümle çağrışım düzeneği (word-sentence association paradigm) kullanılmıştır. Bu düzeneğin OKB'ye uygun şekilde değiştirilerek kullanılan formunda, bilgisayar ekranında kısa bir süre (örn. 500 ms) tehdit içerikli (örn. köpek dışkısı) veya nötr (örn. ağaç dalı) bir kelime sunulmaktadır. Kelime ekrandan kaybolduktan sonra bu kelime ile ilgili olan ancak anlamı belirsiz bir cümle gösterilmektedir (örn. "Kahverengi bir şeye bastım."). Cümlenin okunduğunu onaylamak için klavyenin boşluk tuşuna basılması istenmektedir. Daha sonra ekranda "Kelime ile cümle ilişkili miydi?" sorusu çıkmakta ve kelime ile cümlenin ilişkili olup olmadığına yönelik klavye üzerinden ilgili tuşa (sağ veya sol ok tuşu) basıp tepki verilmesi beklenmektedir. Çalışmanın sonucunda, BYD-D müdahalesi verilen hafta sonrasında, obsesif inanç alanlarında ve dikkat yanlılığında ilgili müdahaleyi alan grup ile kontrol grubu arasında herhangi bir farklılaşma ortaya çıkmamıştır. Ayrıca bu çalışmada Najmi ve Amir'in (2010:142) elde ettiği bulgunun aksine, BYD-D'nin maruz bırakma uygulaması üzerinde doğrudan herhangi bir kolaylaştırıcı etkisi saptanmamıştır (Amir ve diğerleri, 2015:434). Araştırmacılar, tedavi programının en etkili bileşeninin yorumlama yanlılıklarında değişimi hedefleyen müdahale olduğu ve bu müdahalenin özellikle obsesif inançları ve yorumlama yanlılıklarını azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir (Amir ve diğerleri, 2015:435). Najmi ve Amir (2017) bir süre sonra aynı tedavi programının etkisini değerlendirmek üzere bir vaka çalışması gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada Amir ve diğerlerinin (2015:433-434) çalışmasında elde edilen bulgulardan farklı olarak, tedavinin hem yorumlama hem de dikkat yanlılığı değişimine yönelik

bileşenlerinin OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğu ve her iki müdahalenin de maruz bırakma uygulamalarına katılımı teşvik ettiği saptanmıştır (Najmi ve Amir, 2017:543).

OKB'de BYD-D çalışmalarının bazılarında, değiştirilmiş nokta izleme görevinde uyaran olarak kelime çiftleri yerine fotoğraf çiftleri kullanılmıştır. Örneğin Habedank ve diğerleri (2017:11) önceki çalışmalardan farklı olarak kontrol ve temizlik ile ilişkili kelime çiftleri yerine fotoğraf çiftleri kullanarak ortalama sekiz oturumluk çevrimiçi bir BYD-D müdahalesi yapılandırmıştır. Yüksek düzeyde OKB belirtileri gösteren katılımcılardan oluşan bir örneklemde gerçekleştirdikleri bu çalışmada, BYD-D müdahalesi alan katılımcılar ile kontrol grubu arasında farklılaşma yalnızca dikkat yanlılıkları söz konusu olduğunda ortaya çıkmış; BYD-D müdahalesi alan katılımcıların dikkat yanlılıklarında daha fazla bir azalma meydana gelmiştir. Diğer yandan, gruplar arasında OKB belirtileri ve obsesif inançlar açısından herhangi bir farklılaşma saptanmamış; her iki grupta da hem obsesif inançlar hem de belirtiler azalmış ve 1 aylık izlem çalışmasında da belirtilerdeki bu azalmanın sürdürüldüğü görülmüştür (Habedank ve diğerleri, 2017:15-16). Rouel ve Smith (2018:689) ise yalnızca temizlik ile ilişkili fotoğraflarını içeren uyaranlarla bu kez değiştirilmiş nokta izleme görevi yerine farklı bir görev olan uzamsal ipucu görevinin (Posner, 1980:7) değiştirilmiş bir formu olarak yapılandırılmış, tek oturumluk BYD-D müdahalesinin etkisini incelemiştir. Eşik altı düzeyde temizlik odaklı OKB belirtileri rapor eden katılımcılarla yapılan çalışmanın sonuçları, uygulama sonrasında BYD-D alan katılımcıların dikkat yanlılıklarında kontrol grubuna göre daha fazla azalma olduğu ve bu azalmanın 1 aylık izlem çalışmasında da sürdürüldüğü görülmüştür (Rouel ve Smith, 2018:693). OKB belirti düzeyi ve kaygı düzeyi söz konusu olduğunda ise gruplar arasında bir farklılaşma saptanmamıştır (Rouel ve Smith, 2018:694). Ayrıca Amir ve diğerlerinin (2015:433-434) çalışmasında elde edilen bulgulara benzer şekilde, BYD-D'nin maruz bırakma uygulamalarına katılımı teşvik ettiğine dair herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. (Rouel ve Smith, 2018:693).

Mohsenpourian ve diğerleri (2019:77) tanılı bireylerden oluşan bir örneklemde, haftada 1 sıklıkta verilen ve toplam 10 seanstan oluşan BYD-D müdahalesi ile SSRI grubunda yer alan ilaç tedavisinin etkisi karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda, gruplar arası farklılaşmanın yalnızca OKB belirtileri söz konusu olduğunda ortaya

çıktığı görülmüş; ilaç tedavisi alan grubun BYD-D alan gruba göre OKB belirtilerinde daha fazla azalma olduğu saptanmıştır (Mohsenpourian ve diğerleri, 2019:77). Yanı sıra, zaman içinde her bir grubun kendi içindeki değişime bakıldığında BYD-D alan grubun da OKB belirtilerinde bir azalma olduğu, fakat bunun istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür. Dikkat yanlılığı söz konusu olduğunda ise gruplar arası farklılaşma görülmemekle birlikte, zaman içinde her bir grubun kendi içindeki değişime bakıldığında yalnızca BYD-D alan grubun dikkat yanlılıklarının anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir (Mohsenpourian ve diğerleri, 2019:77). Araştırmacılar bu bulgular doğrultusunda, BYD-D'nin OKB belirtileri üzerinde direkt bir etkisi olmasa da dikkat yanlılıkları üzerindeki etkisinin dikkate alınmasının önemli olduğunu ve bu nedenle, bu tür müdahalelerin daha ziyade klasik tedavi yaklaşımlarını tamamlayıcı teknikler şeklinde kullanılmasının faydalı bir yaklaşım olabileceğini ileri sürmüşlerdir. (Mohsenpourian ve diğerleri, 2019:78).

Özetle bu alanda yürütülen çalışmalar, BYD-D'nin OKB ile ilişkili uyaranlara karşı dikkat yanlılıklarını azaltmada etkili olduğunu ve dikkat yanlılıklarında meydana gelen bu azalmanın maruz bırakma uygulamalarına katılımı teşvik ederek bu tür uygulamaların etkisini arttırdığını göstermektedir. Buna rağmen, bazı çalışmalarda BYD-Y uygulamalarının aksine BYD-D'nin bu tür olumlu etkilerinin her alanda kendini göstermediği, özellikle de OKB belirtileri söz konusu olduğunda bu yönde bir etkisine rastlanmadığı görülmektedir. OKB'de BYD-Y çalışmalarındaki söz konusu kısıtlılıklara benzer kısıtlılıkların (örn. oturum sayısı, süresi, sıklığı, müdahalenin verildiği ortamın çevrim içi ya da laboratuvar ortamı olması gibi) BYD-D çalışmaları için de geçerli olduğu ve bu kısıtlılıkların benzer şekilde araştırmalar arasında karşılaştırmalar yapmayı güçleştirdiği söylenebilir (*bkz.* Jones ve Sharp, 2017:182).

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ

Alanyazında OKB'de BYD konusunda yapılan görgül çalışmalarda ağırlıklı olarak yanlılıklardan sadece birine odaklanıldığı (örn. BYD-Y ya da BYD-D) görülmektedir. Diğer yandan, farklı türdeki yanlılıkların aynı bilgi işleme sürecinden temel aldığı, dolayısıyla bir yanlılıkta meydana gelen değişimin diğer yanlılıklardaki değişimi de etkileyebileceği görüşü son yıllarda pek çok araştırmacının üzerinde fikir

birliği sağlanan bir görüş olarak karşımıza çıkmaktadır (örn. Hirsch ve diğerleri, 2006:224; Hertel ve Brozovich, 2010:159; Everaert ve diğerleri, 2012:415). Bu görüş, Hirsch ve diğerleri (2006:224) tarafından "birleştirilmiş bilişsel yanlılık hipotezi" (combined cognitive bias hypothesis) olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu hipotez doğrultusunda, her iki yanlılığa yönelik Birleştirilmiş Bilişsel Yanlılık Değişimi (Combined Cognitive Bias Modification, BBYD) uygulamalarının test edildiği çalışmalar (örn. Beard ve diğerleri, 2011:981-988; Brosan ve diğerleri, 2011:258-264; Basanovic ve diğerleri, 2020:2514-2525) gündeme gelmiştir.

Söz konusu BBYD çalışmaları ağırlıklı olarak, sosyal kaygı bozukluğu tanılı bireyler, sürekli kaygı ya da depresyon belirtileri gösteren ancak herhangi bir tanısı olmayan bireylerden oluşan örneklemler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Genel olarak BYD çalışmalarında da görülen (*bkz.* Jones ve Sharp, 2017:182) araştırmalar arasındaki yöntemsel farklılıklar (örn. oturum sayısı, süresi, sıklığı, müdahalenin verildiği ortamın çevrim içi ya da laboratuvar ortamı olması gibi), BBYD çalışmaları için de söz konusudur. İlgili çalışmalarda etkisi test edilen müdahaleler, hem dikkat hem de yorumlama yanlılıklarına aynı oturumda müdahale edilmesini içerecek şekilde birleştirilmiş müdahale formatında uygulanmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ise genel anlamda olumludur. Örneğin, Beard ve diğerleri (2011:985) ise yüksek düzeyde sosyal kaygı belirtileri gösteren ancak herhangi bir tanısı bulunmayan katılımcılardan oluşan bir örneklemde, laboratuvar ortamında 4 hafta, haftada 2 gün sıklıkta toplam 8 oturum şeklinde BBYD müdahalesinin etkisini kontrol grubu ile karşılaştırarak incelemişler; müdahale sonrasında BBYD müdahalesi alan grubun sosyal kaygı belirtilerinde kontrol grubunun belirtilerine göre daha fazla bir azalma saptamışlardır. Brosan ve diğerleri (2011:261-262), yüksek düzeyde genel kaygı belirtileri gösteren, herhangi bir tanısı olmayan ancak terapi desteği için kliniğe yönlendirilmiş katılımcılardan oluşan örneklemde, laboratuvar ortamında 4 hafta, haftada 1 gün sıklıkta toplam 4 oturum şeklinde gerçekleştirilen BBYD müdahalesinin dikkat ve yorumlama yanlılıkları ile durumluk ve sürekli kaygı belirtilerinin azaltılmasında etkili olduğunu bildirmiştir. Basanovic ve diğerleri (2020: 2515-2516) ise, eşik altı düzeyde depresyon belirtileri gösteren katılımcılardan oluşan geniş bir örneklemde, ilk 4 hafta boyunca haftada 3, sonraki 4 hafta boyunca haftada 2, sonraki 18 hafta boyunca haftada 1, sonraki 12 hafta boyunca haftada 2, ve kalan 14 hafta

boyunca izlem çalışmasının bir parçası olarak ayda 1 olmak üzere toplam 52 hafta ve 44 oturumda çevrimiçi ortamda gerçekleştirilen BBYD müdahalesinin etkisini kontrol grubu ile karşılaştırarak incelemişlerdir. Çalışmada gruplar arasında bir farklılaşma görülmezken, aynı zamanda uygulamalar sonrasında her iki grupta da depresyon belirtilerinde, dikkat ve yorumlama yanlılıklarında herhangi bir azalma da saptanmamıştır (Basanovic ve diğerleri, 2019:2518-2519). Araştırmacılar bu durumun, katılımcıların geçmişte depresyon belirtilerinin şiddetlendiği dönem sayısının fazla olmasından, bunun da müdahalelere katılım ve uyumu azaltacak bir dirence zemin hazırlamasından kaynaklanmış olabileceği yönünde bir açıklama getirmiştir (*bkz.* Basanovic ve diğerleri, 2020:2523). Ayrıca örneklem büyüklüğü ve bazı yöntemsel kısıtlılıklara da dikkat çekmiş ve kısıtlılıkların giderildiği daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır (*bkz.* Basanovic ve diğerleri, 2020:2523).

Alanyazında OKB'de de farklı türdeki yanlılıkların bozukluğun ortaya çıkması ve sürdürülmesinde bir süreklilik arz ettiğine ve bütüncül değerlendirilmesi gerekliliğine dair benzer görüşler ile karşılaşmak mümkündür (örn. Muller ve Roberts, 2005:22; Hezel ve McNally, 2016:229). Buradan hareketle, her iki yanlılığı da hedef alan bir müdahaleden elde edilecek sonuçların daha kapsayıcı, geçerli ve olumlu olacağı düşünülmüş ve bu tez araştırmasında hem dikkat hem de yorumlama yanlılıklarına müdahaleyi içeren birleştirilmiş bir müdahale yapılandırılmıştır.

Daha önce de değinildiği gibi, klasik BDT yöntemleri OKB tanılı bireylerde etkili olmakla birlikte, tedavi ile ilgili bazı önemli sorunlar (örn. tamamen iyileşme oranının düşük olması, genel olarak tedaviyi yarıda bırakma oranlarının yüksek olması, obsesyonların içeriğinden utanma, tedavi kaynakları hakkında yeterli bilgiye sahip olmama ve ekonomik yetersizlikler gibi etkenlerin tedaviye başvuruyu geciktirmesi), OKB'nin tedavisinde benimsenen klasik yaklaşımların sınırlılıklarını gidererek etkisini arttırabilecek yeni yaklaşımlar bulmaya yönlendirmiştir. Bu yeni yaklaşımlardan biri de, daha etkili, uygun maliyetli, ulaşılabilir, pratik ve kişiye özgü müdahalelerin yapılandırılması imkanını arttıran teknolojinin kullanımıdır (*bkz.* Abramowitz ve diğerleri, 2018:311). OKB'nin tedavisinde teknoloji kullanımına yönelik geliştirilen müdahalelerin ise, OKB belirtilerinin hafifletilmesinde genel anlamda etkili olduğu bildirilmektedir (Pearcy ve diğerleri, 2016:79; Pozza ve

diğerleri, 2016:277). Günümüzde BYD müdahaleleri söz konusu olduğunda da internet temelli müdahalelerin potansiyeli merak konusudur (*bkz.* Jones ve Sharp, 2017:181). Bu anlamda OKB'de çevrimiçi BYD müdahalelerinin etkisini inceleyen sınırlı sayıda da olsa bazı araştırma örnekleri mevcuttur (*bkz.* Siwiec, 2015:24; Stech ve Grisham, 2017:539-541; Black ve Grisham, 2018:3). Buradan hareketle, tedaviyi yarıda bırakma ve nüks oranlarının yüksek olduğu OKB tanılı bireyler için klasik tedavilere eklenebilecek, faydalı sonuçlar ortaya çıkarma potansiyeline ve makul bütçe ile desteklenebilecek niteliğe sahip, ulaşılabilir bir müdahale tekniğinin klinik uygulama alanına kazandırılması amacı ile mevcut araştırmada etkisi incelenen birleştirilmiş müdahale çevrimiçi olarak yapılandırılmıştır. Ayrıca, BYD'nin bir müdahale olarak birden fazla oturumdan oluşacak şekilde yapılandırılmasının sağlanacak etkinin daha iyi gözlenmesine ve kalıcı olmasına imkan sağlayabileceğine yönelik vurgu (*bkz.* Clerkin ve Teachman, 2011:342) ve benzer şekilde birleştirilmiş müdahalelerin de klasik terapi uygulamalarında olduğu gibi haftalık oturumlar şeklinde planlanması önerisi (*bkz.* Brosan ve diğerleri, 2011: 261) dikkate alınarak mevcut çalışmada oturum sayısı ve sıklığı, 4 hafta, haftada 2 gün sıklıkta toplam 8 oturum şeklinde belirlenmiştir.

Ülkemizde de hem BYD müdahalesinin (örn. Booth ve diğerleri, 2014:634-639) hem de BBYD müdahalesinin (örn. Koç, 2016:1-108) etkisini değerlendirmeye yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiş olduğu görülmektedir. Ancak ülkemizde henüz BYD'nin doğrudan OKB üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu doğrultuda mevcut araştırma, OKB'de bu tür bir müdahalenin etkisini inceleyen ilk çalışmadır. Yanı sıra, OKB'de birleştirilmiş bir modelin test edilmesi ise uluslararası alanyazında da bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Bu özelliği ile mevcut çalışmadan elde edilecek sonuçların hem ülkemizde hem de uluslararası düzeyde yapılacak benzer nitelikteki gelecek araştırmalar için bilgi sağlayıcı ve öncü olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı, yüksek düzeyde OKB belirtileri gösteren yetişkinlerde hem dikkat hem de yorumlama yanlılığına müdahaleyi içeren İnternet Temelli Birleştirilmiş Bilişsel Yanlılık Değişimi (iBBYD) uygulamasının OKB belirtileri, obsesif inançlar, dikkat ve yorumlama yanlılık düzeyleri, kaygı, depresyon, stres ve duygudurum üzerinde etkililiğini incelemektir. OKB'nin bilişsel modellerinde,

olumsuz duyguların ve negatif duygudurumun istem dışı düşüncelerin ve işlevsel olmayan inançların ortaya çıkmasında ve sıklığının artmasında etkili olabileceği ve etkisizleştirme stratejilerinin etkisini azaltabileceği vurgulanmaktadır (Salkovskis ve Freestone, 2001:4). Buradan hareketle, mevcut tez araştırmasında OKB'de BYD çalışmaları aktarılırken değinildiği gibi, kaygı, depresyon, stres ve negatif duygudurum gibi değişkenlere BYD çalışmalarında da sıklıkla yer verilmektedir. Mevcut araştırmada müdahalenin etkililiğine dair kapsamlı bir değerlendirme yapabilmek için, müdahalenin OKB belirtileri, obsesif inançlar, dikkat ve yorumlama yanlılıklarının yanı sıra kaygı, depresyon, stres ve duygudurum üzerindeki etkililiğinin de incelenmesi amaçlanmıştır.

Mevcut araştırmanın amacı doğrultusunda iBBYD uygulamasının, sadece dikkat yanlılığı değişimini içeren müdahalenin (bundan sonra iBYD-D olarak adlandırılacak), sadece yorumlama yanlılığı değişimini içeren müdahalenin (bundan sonra iBYD-Y olarak adlandırılacak) verildiği gruplar ve bekleme listesi kontrol grubu (KG) kendi içlerinde incelenerek uygulanan bu üç müdahalenin etkililikleri karşılaştırılmıştır. Katılımcılardan üç ayrı zamanda ölçüm alınmış ve ilk ölçümün ardından bulundukları gruba göre müdahaleler uygulandıktan sonra, müdahalenin etkisini incelemek için son ölçüm alınmıştır. Daha sonra bir ay süreli izlem çalışması için son ölçümden bir ay sonra ölçüm alınarak veriler test edilmiştir. Bu doğrultuda araştırmada test edilecek ana hipotezler şu şekilde oluşturulmuştur:

1. iBBYD alan grubun belirlenen bağımlı değişkenlerde ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.
    a. iBBYD alan grubun son test ölçümlerinde OKB belirtileri, obsesif inançlar, kaygı, depresyon, stres ve negatif duygu puanları iBYD-D, iBYD-Y ve KG'den anlamlı olarak daha düşük; pozitif duygu puanları ise anlamlı olarak daha yüksektir.
    b. iBBYD alan grubun son test puanlarında OKB ile ilişkili olumlu yorumlama puanları iBYD-D, iBYD-Y ve KG'den anlamlı olarak daha yüksek; dikkat yanlılığı puanları ise anlamlı olarak daha düşüktür.

2. iBBYD, belirlenen bağımlı değişkenler üzerinde iBYD-D ve iBYD-Y'den daha etkili bir müdahale yöntemidir.

    a. iBYD-D, iBYD-Y ve KG'ye kıyasla iBBYD, OKB belirtileri, obsesif inançlar, kaygı, depresyon, stres ve negatif duyguların azalmasında ve pozitif duyguların ise artmasında daha etkilidir.
    b. iBYD-D, iBYD-Y ve KG'ye kıyasla iBBYD, son test puanlarında OKB ile ilişkili olumlu yorumlamanın artmasında, dikkat yanlılığının ise azalmasında daha etkilidir.

3. iBBYD alan grupta son testlerde elde edilen etki 1 aylık izlem ölçümünde korunmaktadır.
    a. iBBYD alan grubun 1 aylık izlem ölçümlerinde OKB belirtileri, obsesif inançlar, kaygı, depresyon, stres ve negatif duygu puanları iBYD-D, iBYD-Y ve KG'den anlamlı olarak daha düşük; pozitif duygu puanları ise anlamlı olarak daha yüksektir.

İKİNCİ BÖLÜM
YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR

Bu araştırmanın örneklemi, yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden, ancak araştırma esnasında herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan, yaşları 18 ile 40 arasında değişen (*Ort.* = 26.5, *SS* = 5.93) toplam 82 yetişkin katılımcıdan (65 kadın, 17 erkek) oluşmaktadır. Eğitim durumu açısından, katılımcıların tümü en az lise ve üzeri mezunudur (lise mezunu %50; lisans ve üstü mezunu, %50). Medeni durum açısından ise, katılımcıların %79.3'ü bekar, %20.7'si ise evli olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %47.6'sı üniversite öğrencisidir. Araştırmaya katılanların %42.7'sinin aktif olarak bir işte çalıştığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların diğer özellikleri incelendiğinde, %80.5'i (*S*=66) geçmişte herhangi bir psikiyatrik tanı almadığını bildirmiştir. Geçmişte tanı aldığını bildiren 16 katılımcının bildirdiği psikiyatrik tanılar arasında ise, kaygı bozukluğu (%56.25), OKB (%25), ve majör depresyon (%18.75) yer almıştır. Katılımcıların %54.9'u (*S*=45) geçmişte herhangi bir psikolojik/psikiyatrik tedavi öyküsünün olmadığını; kalan 37 katılımcıdan %39'u geçmişte psikoterapi (bireysel/grup) aldığını, %6.1'i ise geçmişte ilaç tedavisi aldığını bildirmiştir. Gruplara göre katılımcılara ait detaylı sosyo-demografik bilgiler ve diğer özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışmanın dâhil edilme ölçütlerinin başında 18-40 yaş aralığında olmak ve internete ve bilgisayara erişebilir olmak gelmektedir. Herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan örneklemler ile yürütülen benzer çalışmalarda örneklemin belirlenmesinde OKB belirtileri değerlendirmek için alanda sıklıkla kullanılan Obsesif-Kompulsif Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu (Foa ve diğerleri, 2002: 485-496), Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu (Burns ve diğerleri, 1996: 163-173) gibi ölçüm araçlarının hasta grubundaki kesme puanları, yüzdelik dilim ya da ortalama puanları temel alınmaktadır (Clerkin ve Teachman, 2011: 338; Grisham ve diğerleri, 2014: 507). Bu doğrultuda mevcut çalışmada da, Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında (Yorulmaz ve diğerleri, 2007: 81) OKB tanılı

grubun ortalaması olarak rapor edilen 65.81 (*SS* = 32.92) üzeri puan almak da çalışmanın bir diğer dahil edilme ölçütü olarak belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilebilecek olası katılımcıları kaçırmamak adına söz konusu envanterin hasta grubu için belirlenmiş kesme puanı yerine, yurt dışı örneklerinin aksine Türkiye örnekleminde henüz ayrıca test edilmediği için hastalar için rapor edilen ortalama puanları tercih edilmiştir. Mevcut çalışmanın herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan bir örneklem ile yürütülmesi planlanmıştır. Araştırmanın klinik olmayan bir örneklem ile yürütülecek olması bir kısıtlılık olarak görülebilir. Diğer yandan Abramowitz ve diğerleri (2014:214) herhangi bir tanı almamış ancak yüksek düzeyde OKB belirtileri gösteren örneklemlerde belirtilerin görülme sıklığını, doğasını ve ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde etkili olan faktörleri değerlendiren çok sayıda çalışmayı ayrıntılı olarak gözden geçirmiş; tanılı olmayan örneklemlerde yapılan bu çalışmaların da OKB'yi anlamaya ve OKB hakkında çıkarımda bulunmaya oldukça uygun olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca OKB ile ilişkili araştırmalarda klinik olmayan örneklemler kullanılmasının bazı avantajları olduğundan da söz edilmektedir. Bunlar arasında normal ve anormal istem dışı deneyimler arasında belirgin ölçüde benzerlikler olması, klinik olmayan örneklemlerin çalışmalardaki uygulamalara katılım oranının daha yüksek olması, geniş bir örneklem grubundan toplanan verilerin küçük bir örneklem grubundan toplanan verilere göre daha doğru çıkarımlar yapmayı mümkün kılması, daha az maliyetli olması sayılabilir. Ayrıca bir yandan da katılımcıları kesme puanı üzerinde alma koşulunda çalışma için öngörülen toplam sayıya ulaşma konusunda sıkıntı yaşama olasılığı da göz önünde bulundurulmuştur. Son olarak, özellikle bu ölçüm aracının tercih edilme nedeni ise psikometrik özellikleri yönünden daha güçlü olması (Antony, 2001: 229) ve tedavi etkilerine daha duyarlı olmasıdır (Clark, 2004: 166).

Çalışmanın dışlama ölçütleri ise hali hazırda müdahale içeren başka türdeki bir çalışmanın katılımcısı olmak, iBYD-D müdahale programının içeriğini oluşturan renkli görselleri algılamayı engelleyebilecek tıbbi bir sorun olması (örn. renk körlüğünün olması), çalışmaya katılmayı engelleyecek düzeyde nörolojik ya da başka fiziksel bir rahatsızlığın olması, hali hazırda başka herhangi bir psikiyatrik tanı almış olmak (örn. major depresyon, diğer kaygı bozuklukları, yetişkin dikkat eksikliği ve

hiperaktivite bozukluğu), intihar eğilimi ve psikotik belirtilerin bulunması ve başka bir psikolojik ya da psikiyatrik tedavi alıyor olmak olarak belirlenmiştir.

Tablo 1: Gruplara Göre Sosyo-Demografik ve Diğer Özelliklere İlişkin Dağılımlar

Demografik Değişkenler	**iBBYD** *(S= 22)*	**iBYD-Y** *(S= 20)*	**iBYD-D** *(S= 20)*	**KG** *(S= 20)*
	Ort. ***(SS)***	**Ort.** ***(SS)***	**Ort.** ***(SS)***	**Ort.** ***(SS)***
Yaş	25.59 (*6.23*)	24.55 *(4.95)*	27.65 *(5.97)*	28.2 *(6.13)*
	%	***%***	***%***	***%***
Cinsiyet				
Kadın	77.3	80	70	90
Erkek	22.7	20	30	10
Eğitim Düzeyi				
Lise	59.1	60	45	35
Lisans ve üstü	40.9	40	55	65
Medeni Durum				
Bekar	81.8	90	75	70
Evli	18.2	10	25	30
Meslek				
Var	40.9	30	45	70
Yok	-	15	5	-
Öğrenci	59,1	55	50	30
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	36.4	30	45	60
Çalışmıyor	63,6	70	55	40
Diğer Özellikler				
Psikiyatrik Tanı Öyküsü				
Yok	86.4	85	80	75
Kaygı bozukluğu	9.1	-	10	20
Obsesif kompulsif bozukluk	-	5	-	5
Majör Depresyon	4.5	10	10	-

Tablo 1: Gruplara Göre Sosyo-Demografik ve Diğer Özelliklere İlişkin Dağılımlar (Devam ediyor)

Psikolojik/Psikiyatrik Tedavi Öyküsü				
Yok	54.5	45	55	65
Psikoterapi (Bireysel/Grup)	40.9	45	45	25
İlaç tedavisi	4.5	10	-	10
Kronik Hastalık[1]				
Var	27.3	40	25	45
Yok	72.7	60	75	55
Baskın el tercihi[2]				
Sağ	100	90	85	80
Sol	-	5	10	10
Her ikisi	-	5	5	10

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ve araştırmaya dahil olabilmeleri için gerekli özellikleri belirlemek amacıyla Kişisel Bilgi Formu ve araştırmaya dahil olabilmeleri için belirli bir psikopatoloji alanı ile ilgili daha ileri değerlendirme, tedavi ve izlemeyi gerektirecek önemli bir sorunlarının olup olmadığını taramak ve intihar eğilimi ve psikotik belirtilerin varlığını değerlendirmek amacıyla DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği-Erişkin Formu kullanılmıştır. Ayrıca, katılımcıların OKB belirtilerini değerlendirmek amacıyla Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu, obsesif inançlarını değerlendirmek amacıyla

[1] 28 katılımcı (tüm örneklem içinde %34) tarafından kronik hastalık olarak belirtilen durumlar arasında, alerjik hastalıklar (*S*=10), metabolik hastalıklar (*S*=4), hormonal hastalıklar (*S*=7), nörolojik hastalıklar (migren) (*S*=3), romatizmal hastalıklar (*S*=2) ve kardiyovasküler hastalıklar (*S*=2) yer almaktadır. Hormonal (*S*=4), metabolik (*S*=2) ve kardiyovasküler (*S*=2) hastalıklar için sürekli ilaç kullanımı mevcuttur. Katılımcılar gündelik yaşamlarında kronik hastalıklarının etkilediği önemli bir sorun belirtmemiştir.

[2] Baskın el tercihi bilgisi, dikkat ve yorumlama yanlılıklarının değerlendirilmesinde kullanılan deneysel görevlerde katılımcıların el tercihine göre gerçek performanslarını etkileyebilecek bilgisayar klavyesi kullanımı konusunda bir zorluk yaşamalarını engellemek için alıştırma yapmalarını (klavyede tepki vermek için basılması gereken tuşlar sağda yer aldığından özellikle sol elini baskın kullanan katılımcılar için) sağlamak amacıyla alınmıştır.

Obsesif İnançlar Anketi-44, depresyon, kaygı ve stres düzeylerini değerlendirmek amacıyla Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 ve duygudurumu değerlendirmek amacıyla Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcıların dikkat yanlılıklarını değerlendirmek için standart nokta izleme görevi ve yorumlama yanlılıklarını değerlendirmek için senaryoları tanıma görevi gibi deneysel görevler kullanılarak bilgisayar ortamında davranışsal ölçümler de alınmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları ile ilgili ayrıntılı bilgiler takip eden kısımda sunulmuştur. Ayrıca söz konusu veri toplama araçlarından örnek maddelerin yer aldığı formlar tezin ekler bölümünde verilmiştir (*bkz.* EK 1-6 arası).

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerini (yaş, meslek, medeni durum, eğitim vb.) ve araştırmaya dahil olabilmeleri için gerekli özelliklere sahip olup olmadıklarını belirlemek amaçlı, araştırmacı tarafından oluşturulmuş 31 soruluk bir bilgi formudur. Ayrıca formda katılımcıların internete ve bilgisayara erişiminin olup olmadığı, hali hazırda bir psikiyatrik tanısının bulunup bulunmadığı, hali hazırda başka bir psikolojik ya da psikiyatrik tedavi alıp almadığı, çalışmaya katılmayı engelleyecek düzeyde nörolojik ya da tıbbi bir rahatsızlığının olup olmadığı, psikiyatrik ve fiziksel hastalık öyküsü, baskın el tercihi ve renk körlüğünün var olup olmadığı hakkında bilgi sağlamaktadır.

2.2.2. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği-Erişkin Formu

DSM-5 Boyutsal Değerlendirme Araştırma Planlama Konferansı ve DSM Tanı Spektrum Çalışma Grubu'nun kesitsel belirtileri değerlendirmek için klinisyenlere yöntem sağlanmasını önermesi sonucunda oluşturulan DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği-Erişkin Formu (BDKBÖ-EF), DSM-5 ölçütlerine göre genel belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (APA, 2013). 23 maddeden oluşan ölçek, depresyon (1 ve 2. maddeler), öfke (3. madde), mani (4 ve 5. maddeler), anksiyete (6, 7 ve 8. maddeler), somatik belirtiler (9 ve 10. maddeler), intihar düşüncesi (11. madde), psikoz (12 ve 13. maddeler), uyku sorunları (14.

madde), hafıza (15. madde), tekrarlayan düşünceler ve davranışlar (16 ve 17. maddeler), dissosiyasyon (18. madde), kişilik (19 ve 20. maddeler) ve madde kullanımı (21, 22 ve 23. maddeler) olmak üzere 13 tanılar üstü psikopatoloji alt boyutunu içermektedir. Her madde, "(0) hiç" ile "(4) şiddetli" uçlarına sahip, 5 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. Bir alan adı içindeki herhangi bir maddenin orta (2) veya daha fazla derecelendirilmesi, bu alt alan için ek araştırma ve daha detaylı bir değerlendirmenin gerekli olduğunu göstermektedir. Madde kullanımı, intihar düşüncesi ve psikoz için ise, hafif (1) veya daha fazla derecelendirilme, bu alan için ek araştırma ve daha detaylı bir değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirlemek için yol göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan ise 92'dir. İlk psikometrik özellikleri ABD, Kanada, Avustralya ve İngiltere gibi farklı ülkelerden OKB ve ilişkili bozukluklar, TSSB ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar, kaygı bozuklukları, depresyon bozuklukları, bipolar ve ilişkili bozukluklar psikotik bozukluklar, madde ile ilişkili bozukluklar gibi neredeyse DSM-5'te yer alan tüm bozuklukları içerecek şekilde tanılı gruplarda sınanmıştır. Ölçeğin 2 hafta aralı test-tekrar test güvenirlik değerlerinin toplam ve alt boyutlarda .53-.97 arasında değiştiği, kabul edilir düzeyde güvenirlik değerleri ile hem araştırmalarda hem de klinik uygulamalarda kullanımının uygun olduğu bildirilmiştir (Moscicki ve diğerleri, 2013: 952-960; Narrow ve diğerleri, 2013:78).

Ülkemizde ölçeğin Türkçe formu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Çökmüş ve diğerleri (2017: 5-12) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin tümünün Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .94 bulunmuş, ölçeğin tüm alt ölçekler ve genel kategorilerle korelasyonların .30 ile .79 değerleri arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçme aracının, günümüzde kesitsel belirtilerin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan Belirti Tarama Listesi (Symptom Checklist Inventory-90-Revised) (Derogatis, 1977: 1-61) ile .87 olarak saptanan olumlu yöndeki anlamlı korelasyonu ölçeğin geçerliğini destekler niteliktedir. Ölçeğin yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden, ancak herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan yetişkin örnekleminde uygulandığı bu araştırmada toplam puan için Cronbach alfa güvenirlik değeri .83 olarak hesaplanmıştır.

2.2.3. Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu

Padua Envanteri asıl formu Sanavio (1988: 169-177) tarafından OKB belirtilerini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Daha sonra Burns ve diğerleri (1996: 163-173) endişe ile ilgili maddeleri ayrıştırarak formu gözden geçirmiş ve Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu'nu (PE-WEÜG) oluşturmuştur. Gözden geçirilerek yeniden düzenlenen form, "(0) Hiç" ile "(4) Çok fazla" uçlarına sahip, 5'li Likert tipi 39 maddeden oluşmakta ve bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 7, 9, ve 10. maddeler), giyinme/öz-bakım kompulsiyonları (11, 12 ve 13. maddeler), kontrol etme kompulsiyonları (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ve 23. maddeler), kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler (24, 25, 26, 27, 28, 29 ve 30. maddeler) ve kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler (31, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38 ve 39. maddeler) olmak üzere 5 alt boyutta OKB belirtilerini değerlendirmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan ise 156'dır. Puanın yükselmesi OKB belirtilerinin derecesinin arttığına işaret etmektedir. 5010 üniversite öğrencisinden oluşan örneklemde ölçeğin toplam puanı için Cronbach alfa katsayısı .92 olarak hesaplanmış, ölçeğin alt boyutları için ise .77-.88 arasından değişen Cronbach alfa değerleri rapor edilmiştir (Burns ve diğerleri, 1996:171). Ayrıca, toplam puan için 6 ila 7 ay aralı test-tekrar test değeri .76 olarak hesaplanmıştır (Burns ve diğerleri, 1996:170). Ölçeğin psikometrik özellikleri yönünden genel anlamda güçlü olduğu (Antony, 2001: 229) ve tedavi etkilerine duyarlı olduğu (Clark, 2004: 166) bildirilmiştir.

Ülkemizde ölçeğin Türkçe formu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Yorulmaz ve diğerleri (2007:75-85) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlama çalışması kapsamında gerçekleştirilen güvenilirlik analizlerinde, OKB tanısı almış kişilerden oluşan örneklemde ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .95, öğrenci örnekleminde ise .93 olarak hesaplanmıştır (Yorulmaz ve diğerleri, 2007:79). Ayrıca 2 hafta aralı toplam ölçek ile alt boyut test-tekrar test güvenirliği ise ≥ .78 olarak bildirilmiştir (Yorulmaz ve diğerleri, 2007:79). Yeterli düzeydeki bu güvenirlik değerlerinin, orijinal 5 boyutlu yapının ülkemizde de geçerli olduğuna işaret etmiştir (Yorulmaz ve diğerleri, 2007:79). OKB tanılı bireylerin puanları daha yüksek olmak

üzere erişkin ve/veya öğrenci kontrol grubundan ve diğer kaygı bozukluğu tanısı alan kişilerden hem toplam ölçekte hem de giyinme/öz-bakım kompulsiyonları alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda anlamlı düzeyde ayrışmıştır (Yorulmaz ve diğerleri, 2007:80). PE-WÜEG ile OKB belirtilerini değerlendiren başka bir ölçüm aracı olan Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Hodgson ve Rachman, 1977: 389-395) arasında hem toplam puan açısından hem de kontrol ve temizlik gibi aynı belirti gruplarını değerlendiren alt boyutlar açısından olumlu yönde anlamlı korelasyonlar elde edilmiştir. Yanı sıra, PE-WEÜG toplam puan ve alt boyut puanları ile Düşünce-Eylem Kaynaşması Ölçeği (Shafran ve diğerleri, 1996: 379-391) ahlak ve olasılık boyutları arasında da anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. PE-WEÜG'nin OKB'de etkili bir dizi bilişsel değişkenle olumlu yöndeki bu anlamlı korelasyonları ölçeğin geçerliğini desteklemiştir (Yorulmaz ve diğerleri, 2007:82).

Mevcut araştırmaya başvuran ve dahil edilme ölçütlerine yönelik değerlendirme yapılmadan önce, ilk etapta duyuru ile araştırmaya ilgi gösteren toplam 778 kişinin PE-WEÜG'den aldıkları toplam puanlar için Cronbach alfa güvenirlik değeri .94 olarak hesaplanmıştır. Öte yandan, bu araştırmada asıl örneklem grubu olarak görülebilecek 82 kişide ön testteki alt boyutlar için hesaplanan değeler makul olsa da (bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları: .84; Giyinme/öz-bakım kompulsiyonları: .67; Kontrol etme kompulsiyonları: .74; Kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler: .61; Kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler: .84), PE-WEÜG'nin toplam puanın içsel tutarlık değerinin görece düşük olduğu görülmüştür (α= .54). Tezin bulgular kısmında çalışmanın hipotezleri temelinde analiz sonuçları verilip ölçüm araçlarının bu çalışmadaki güvenirlik bilgileri bu kısımda verildiği için bu konuda burada açıklamaya yapmaya gereksinim duyulmuştur. Bu bağlamda, mevcut araştırmada PE-WEÜG ön-test toplam puanları için ortaya çıkan bu durumun nedenleri araştırılmıştır. Öncelikle veriler incelenerek hatalı bir veri girişi olup olmadığı kontrol edilmiş ve veri girişinde herhangi bir hata olmadığı görülmüştür. Ayrıca ilgili ölçüm aracından elde edilen ön-test verileri için tekrar veri girişi gerçekleştirilmiş; bunun sonucunda da toplam puan için Cronbach alfa güvenirlik değerinde herhangi bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Alanyazın incelediğinde, yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden öğrenci örnekleminde gerçekleştirilen benzer bazı görgül araştırmalarda, PE-WEÜG gibi OKB

belirtileri değerlendiren Obsesif Kompulsif Envanteri-Revize (OKE-R) (Foa ve diğerleri, 2002: 485-496) ön-test toplam ve alt boyut puanları için de benzer bir durumlar yaşandığı bildirilmiştir (*bkz.* Clerkin ve Teachman, 2011: 338; Clerkin ve diğerleri, 2014:316). Söz konusu bu araştırmalarda OKE-R'den alınan toplam puanların, hem örnekleme dahil edilecek katılımcıların seçilmesinde çalışmaya dahil etme ölçütü olarak hem de verilen müdahale programının OKB belirtileri üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla kullanıldığı belirtilmektedir (*bkz.* Clerkin ve Teachman, 2011: 338).

Güvenirlik tahminlerinin, ölçüm aracının toplam varyans değerlerinden ve toplam varyans değerlerinin de ölçüm aracının uygulandığı grubun homojen ya da heterojen özellikte olmasından oldukça etkilendiği bildirilmektedir (Helms, 1999: 10; Capraro ve diğerleri, 2001: 375). Bir ölçüm aracının homojen bir gruba uygulanması durumunda, toplam varyans değerleri (değişkenlik) azalmakta, bu durum da alfa katsayısının düşmesine; heterojen bir gruba uygulanması durumunda ise, toplam varyans değerleri (değişkenlik) artmakta, bu durumda alfa katsayısının yükselmesine yol açmaktadır (Helms, 1999: 10). Bu doğrultuda mevcut araştırmada PE-WEÜG ön-test ve son-test puanları bir arada incelendiğinde, ölçeğin son-test puanları için hesaplanan Cronbach alfa güvenirlik değerinin ön-test puanları için hesaplanan değerden yüksek olduğu (α= .91) görülmüştür. Ayrıca ilgili ölçeğin ön-test ölçümlerinin toplam varyans değerinin (değişkenliğin), son-test ölçümlerinin toplam varyans değerinden daha düşük olduğu; diğer bir deyişle katılımcıların ön-test ölçümünde ölçek maddelerine benzer cevaplar verdikleri saptanmıştır. Bu farklılığın, katılımcıların araştırmada bulundukları farklı koşullara göre aldıkları müdahale programından farklı şekillerde etkilenmesinden ve buna bağlı olarak son-test ölçümlerinde PE-WEÜG'den aldıkları puanların değişkenlik göstermesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Örneklem sayısının görece düşük olması da böyle bir durum için olası bir diğer açıklama olabilir.

2.2.4. Obsesif İnanışlar Anketi

OKBÇG tarafından klinik gözlem ve uygulamalara dayalı olarak tanımlanmış işlevsel olmayan inançları değerlendirmek üzere Obsesif İnanışlar Anketi (OİA-44)

geliştirilmiştir (OKBÇG, 2001: 987-1006, 2003: 863-878). Geliştirilen bu ölçeğin asıl formu 87 maddeden oluşmaktadır. Söz konusu grubun son çalışmasında (OKBÇG, 2005: 1527-1542), ölçek gözden geçirilerek 44 maddelik formu hazırlanmış ve asıl formunda yer alan altı boyut, sorumluluk/tehdit öngörüsü (1, 5, 6, 8, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 29, 33, 34, 36, 39 ve 41. maddeler), mükemmeliyetçilik /belirsizlik (2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 31, 37, 40 ve 43. maddeler) ve düşüncenin/kontrolün önemi (7, 13, 21, 24, 27, 28, 30, 32, 35, 42 ve 44. maddeler) olmak üzere üçlü yapıya dönüştürülmüştür. Her madde, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(7) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, 7 birimli Likert tipi derecelendirme üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44 iken en yüksek puan ise 308'dir. Ölçeğin ilgili alt boyutlarından alınan yüksek puanlar o alanlardaki yanlı inançların arttığına işaret etmektedir. OKBÇG (2001: 994, 2003: 870) tarafından Cronbach alfa değerleri >.87 ve test-tekrar test güvenirlik değerleri >.48 olmak üzere ölçek için kabul edilir düzeyde güvenirlik değerleri bildirilmiştir. Ayrıca, OKB tanılı bireylerin puanları daha yüksek olmak üzere diğer gruplardan anlamlı düzeyde ayrıştığı görülmüştür (OKBÇG, 2001: 996, 2003: 871). Yanı sıra, ölçeğin OKB belirtilerini değerlendiren PE-WEÜG ve YBOKDÖ gibi diğer ölçeklerle de arasında da anlamlı korelasyonlar saptanmıştır (OKBÇG, 2001: 999, 2003: 873).

Ülkemizde ölçeğin Türkçe formu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Yorulmaz ve Gençöz (2008: 1-13) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin asıl formu gibi Türkçe formu da üç faktör yapısına sahiptir. Türkçeye uyarlama çalışması kapsamında gerçekleştirilen güvenilirlik analizlerinde, OKB tanısı almış kişilerden oluşan örneklemde ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .91, diğer kaygı grubunda .90, öğrenci örnekleminde ise .91 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada PE-WEÜG puanlarına göre oluşturulan yüksek ve düşük düzey OKB belirti gruplarının OİA-44 toplam ve alt boyut puanları açısından birbirinden ayrıştığı; yüksek düzeyde OKB belirtileri olan grubun OİA-44'ten daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür (Yorulmaz ve Gençöz, 2008:7). Ayrıca ölçeğin OKB'de etkili bir dizi bilişsel değişkenle olumlu yöndeki anlamlı korelasyonu envanterin geçerliğini desteklemiştir (Yorulmaz ve Gençöz, 2008:9). Türkçe formunun klinik ve olmayan örneklemlerde psikometrik açıdan yeterli özelliklere sahip olduğu diğer çalışmalarda da gösterilmiştir (Boysan ve diğerleri, 2010: 219; Yorulmaz ve diğerleri, 2013: 187). Ölçeğin yüksek şiddette OKB

belirtileri rapor eden, ancak herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan yetişkin örnekleminde uygulandığı bu araştırmada toplam puan için Cronbach alfa güvenirlik değeri .92 olarak hesaplanmıştır.

2.2.5. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği -21

Lovibond ve Lovibond (1995: 335- 343) tarafından depresyon, kaygı ve stres düzeyini ölçmek amacı ile geliştirilen Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21'in (DASÖ-21) asıl formu 42 maddeden oluşmaktadır. Brown ve diğerleri (1997: 88), ölçeğin daha kısa formlarının da aynı ölçümü gerçekleştirebilecek niteliğe sahip olduğunu ifade etmektedir.

Ülkemizde ölçeğin Türkçe formu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Yılmaz ve diğerleri (2017: 78-91) tarafından yapılmış ve Henry ve Crawford (2005: 227-239) ile Mahmoud ve diğerlerinin (2012: 149-156) çalışmaları temel alınmıştır. 21 maddeden oluşan ölçek, depresyon, kaygı ve stres olmak üzere 3 alt ölçek içermektedir. Ölçekte depresyon, stres ve kaygı boyutlarını ölçmek için 7'şer soru bulunmaktadır. Ölçekte yer alan soruların sıralamasının bir önemi bulunmamakla birlikte depresyon, kaygı ve stres alt ölçeklerine ait soruların karışık sırada sunulması önerilmektedir. Her madde, "(0) bana uygun değil" ile "(3) bana tamamen uygun" uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme üzerinden yanıtlanmaktadır. Her bir alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan ise 21'dir. Puanın yükselmesi ilgili alt ölçeğe ilişkin belirtilerin derecesinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin klinik olmayan örneklemde Cronbach alfa güvenirlik değeri depresyon, kaygı ve stres alt ölçekleri için sırasıyla, .88, .90 ve .93 olarak hesaplanmıştır (Henry ve Crawford, 2005: 231). Ayrıca, ölçeğin tüm alt boyutları ile Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği'nin (Watson ve diğerleri, 1988: 1063- 1070) negatif duygu alt boyutu arasında pozitif yönde; pozitif duygu alt boyutu arasında ise negatif yönde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır (Henry ve Crawford, 2005: 234).

Türkçeye uyarlama çalışması kapsamında gerçekleştirilen güvenilirlik analizlerinde, Cronbach alfa katsayısı depresyon, kaygı ve stres alt ölçekleri için sırasıyla, .82, .81 ve .76 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca yapılan analizlerde ölçeğin kısa formunun geçerli bir yapıya sahip olduğu belirtilmiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2017: 78-

91). Ölçeğin yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden, ancak herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan yetişkin örnekleminde uygulandığı bu araştırmada Cronbach alfa güvenirlik değeri depresyon, kaygı ve stres alt ölçekleri için sırasıyla, .80, .78 ve .85 olarak hesaplanmıştır.

2.2.6. Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği

Watson ve diğerleri (1988: 1063- 1070) tarafından geliştirilen ve Gençöz (2000: 19-26) tarafından Türkçeye uyarlanan Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PNDÖ), pozitif ve negatif boyutlarla duygu durumunu inceleyen bir ölçektir. Ölçeğin pozitif duygu alt boyutunu, heyecanlı, güçlü, hevesli, gururlu, uyanık, ilhamlı, kararlı, aktif, ilgili ve dikkatli olmak üzere toplam 10 duygu maddesi oluşturmaktadır. Negatif duygu alt boyutu ise sıkıntılı, mutsuz, suçlu, ürkmüş, düşmanca, asabi, utanmış, sinirli, tedirgin ve korkmuş olmak üzere 10 duygu maddesinden oluşmaktadır. Her madde, "(1) Çok az veya hiç" ile "(5) Çok fazla" uçlarına sahip, 5'li Likert tipi derecelendirme üzerinden yanıtlanmaktadır. Her bir alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 10 iken en yüksek puan ise 50'dir. Ölçeğin ilgili boyutlarında alınan yüksek puanlar o alt boyutta yer alan duyguların deneyimlenme sıklığının arttığına işaret etmektedir. Katılımcılara ölçek maddelerini değerlendirmeleri için belirli zaman dilimlerini içeren özel bir yönerge verildiğinde (örn. "bugün", "son birkaç gün", "son birkaç hafta", "son bir yıl", "genel " gibi.), ölçeğin negatif boyutu ve pozitif boyutu için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla, .84 -.87 ve .86 -.90 arasında değişen değerlerde hesaplanmıştır (Watson ve diğerleri, 1988: 1065). Ayrıca, depresyon ve kaygı belirtilerini değerlendiren ölçeklerle PNDÖ'nün negatif duygu alt boyutu arasında pozitif yönde; pozitif duygu alt boyutu arasında ise negatif yönde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır (Watson ve diğerleri, 1988: 1068).

Ölçeğin asıl formu gibi Türkçe formu da iki faktör yapısına sahiptir. Türkçeye uyarlama çalışması kapsamında gerçekleştirilen güvenilirlik analizlerinde, öğrenci örnekleminde PNDÖ' nün negatif boyutu ve pozitif boyutu için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla, .83 ve .86 olarak hesaplanmıştır (Gençöz, 2000:23). Ayrıca yapılan analizlerde ölçeğin geçerli bir yapıya sahip olduğu belirtilmiş; depresyon ve kaygı belirtilerini değerlendiren ölçeklerle PNDÖ'nün negatif duygu alt boyutu arasında

pozitif yönde; pozitif duygu alt boyutu arasında ise negatif yönde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır (Gençöz, 2000:24). Ölçeğin yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden, ancak herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan yetişkin örnekleminde uygulandığı bu araştırmada Cronbach alfa güvenirlik değeri hem negatif boyutu hem de pozitif boyutu için .84 olarak hesaplanmıştır.

2.2.7. Bilişsel Yanlılık Değişiminin Değerlendirilmesi

2.2.7.1. Yorumlama Yanlılığının Değerlendirilmesi

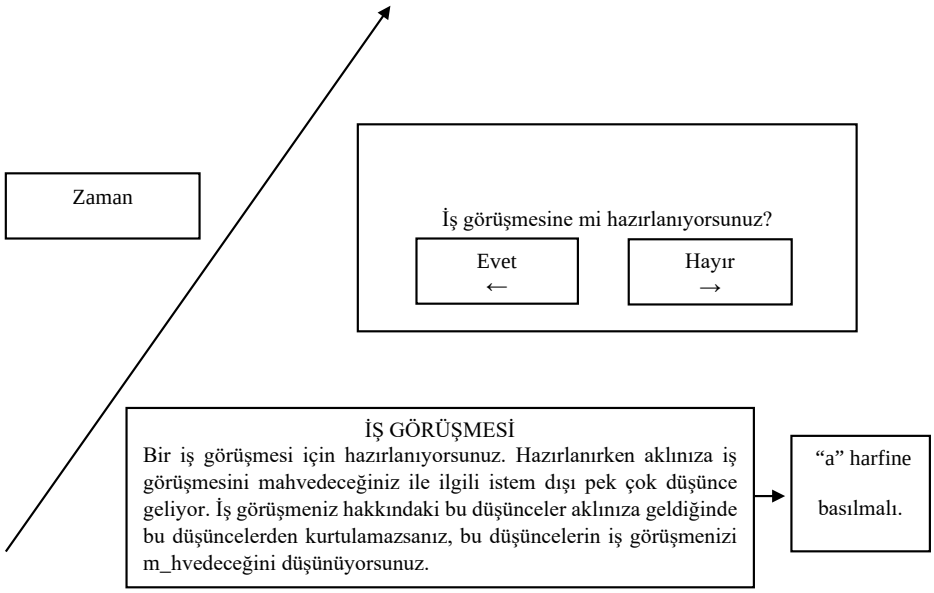
OKB'de yorumlama yanlılığı değişimi çalışmalarında yorumlama yanlılığının değerlendirilmesinde sıklıkla başvurulan ve orijinali Mathews ve Mackintosh (2000: 604) tarafından oluşturulan, ardından Clerkin ve Teachman (2011: 339) tarafından içeriği OKB'ye uygun olarak düzenlenen senaryoları tanıma görevi (*recognition scenarios task*) kullanılmıştır. Bu görev ile yorumlama yanlılığının değerlendirilmesi bilgisayar aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Senaryoları tanıma görevi, aynı anda ve birbiri ardına gerçekleştirilen üç aşamadan oluşmaktadır:

1. Aşama: Bu aşamada katılımcılara bilgisayar ekranında 10 adet OKB ile ilişkili (tehdit içerikli) ve 10 adet OKB ile ilişkili olmayan (nötr) 3-4 satır uzunluğunda toplam 20 senaryo gösterilmektedir. Her bir senaryo ekranda kendisine ait bir başlıkla birlikte yer almaktadır. OKB ile ilişkili senaryoların içeriği, OKBÇG (2003: 863-878, 2005: 1527-1542) çalışmaları sonucunda tanımlanan altı bilişsel inanç alanını yansıtmaktadır (Clerkin ve Teachman, 2011: 338). OKB ile ilişkili olmayan senaryolar ise araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. OKB ile ilişkili senaryoların Türkçe çevirisine ve OKB ile ilişkili olmayan senaryoların oluşturulmasına dair yapılan ön çalışmaların ayrıntıları EK 7'de verilmiştir.

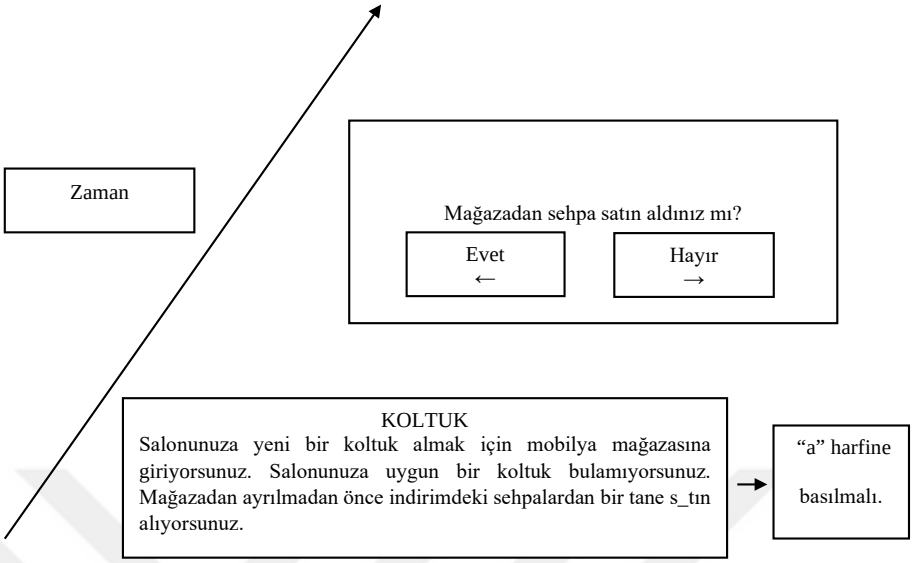
İlk olarak katılımcılara görevi daha iyi anlayabilmeleri için ekranda bir yönerge sunulmaktadır. Bu yönerge aynı zamanda araştırmacı tarafından katılımcılara sözlü olarak da açıklanmıştır. Bu aşamada katılımcılardan senaryoları okurken kendilerini o durum içinde, o durumdaki başkahraman olarak hayal etmeleri istenmektedir. Bu bağlamda, katılımcıların tam olarak hayalde canlandırmadan neyin kastedildiğini anladıklarından emin olabilmek için bir deneme gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda

her bir senaryonun başlığına da dikkat etmeleri ve bu başlıkları akıllarında tutmaları istenmektedir. Ayrıca her bir senaryo bir kelime tamamlama görevi içermekte ve senaryonun son cümlesinde bir kelimenin bir harfi eksik bırakılmaktadır. Katılımcılardan eksik harfi klavyede ilgili tuşa basarak tamamlamaları istenmektedir. Her bir senaryo ekranda 20 s kalmaktadır. Her bir senaryodan sonra katılımcıların o senaryonun içeriğine yeterince dikkat edip etmediklerini belirlemek/kontrol edebilmek için tamamlayıcı bir soru sorulmaktadır. İlgili soruya "Evet" cevabını vermek için klavyedeki sol ok (←) tuşuna, "Hayır" cevabını vermek için klavyedeki sağ ok (→) tuşuna basmaları istenmektedir. Katılımcılar bu soruya cevap vermeden bir sonraki senaryoya geçememektedir. Katılımcıların bu sorulara verdikleri doğru cevapların oranları, yapılan değerlendirmenin doğruluğu hakkında bilgi sağlamaktadır. Görevin amacının anlaşılmaması için OKB ile ilişkili senaryolar, araştırmacı tarafından oluşturulmuş OKB ile ilişkili olmayan 10 nötr senaryo ile birlikte, karışık sırada sunulmuştur. Bu aşamanın düşüncenin/kontrolün önemi inanç alanını yansıtan "İş Görüşmesi" başlıklı senaryoyu içeren bir örneği Şekil 2'de, OKB ile ilişkili olmayan "Koltuk" başlıklı nötr senaryoyu içeren bir örneği ise Şekil 3'de gösterilmektedir.

Şekil 2: Senaryoları Tanıma Görevi 1. Aşamasında Sunulan OKB ile İlişkili Senaryo Örneği



Şekil 3: Senaryoları Tanıma Görevi 1. Aşamasında Sunulan Nötr Senaryo Örneği



2. Aşama: Senaryoların sunumundan sonraki 2. aşamada katılımcılara bir önceki aşamada öğrenmiş oldukları bilgileri akıllarından tekrarlamalarını önlemek için bir oyalama görevi/çeldirici görev (*filler task*) sunulmaktadır. Bu görevde araştırmacı tarafından daha önceki çalışmalarda (Mathews ve Mackintosh, 2000: 605) kullanılan göreve sadık kalınarak oluşturulmuş, herkes için doğru olabilecek basit bilgileri içeren (örneğin; "Farelerin dişleri vardır.", "Ateş sıcaktır.") 24 adet kısa ifade yer almaktadır. Katılımcılardan her bir ifadenin doğru ya da yanlış olup olmadığını klavyedeki sağ ve sol ok tuşlarından birine basarak değerlendirmeleri istenmektedir. Katılımcıların ifadenin doğru olduğunu düşünüyorlarsa klavyede yer alan sol ok tuşuna (←), yanlış olduğunu düşünüyorlarsa klavyede yer alan sağ ok tuşuna (→) basmaları gerekmektedir. Her bir ifade ekranda 5 s kalmaktadır.

3. Aşama: Bu son aşamada katılımcılara Tanıma Derecelendirme Formu (*Recognition Rating Form*) verilmektedir. Bu formda 1. aşamada katılımcılara sunulan 20 adet senaryodan yalnızca OKB ile ilişkili 10 adet senaryonun başlığı yer almaktadır. Her bir başlığın altında 4 tür ifade bulunmaktadır. Bu ifadeler, (1) OKB ile ilişkili olumlu yorumlamayı (örn., "*İş görüşmesi ile ilgili istem dışı düşünceler aklınıza geldiğinde, onları kontrol edip edememenin işe alınıp alınmamanızla ile bir ilgisi olmadığını fark ettiniz.*"); (2) OKB ile ilişkili olumsuz yorumlamayı (örn., "*İş*

görüşmesi ile ilgili istem dışı düşünceler aklınıza geldiğinde, eğer iş görüşmesinde iyi bir izlenim bırakabilmek istiyorsanız onları kontrol etmeniz gerektiğini fark ettiniz."); (3) OKB ile ilişkili olmayan olumlu yorumlamayı (örn., "*İş görüşmesi ile ilgili istem dışı düşünceler aklınıza geldiğinde, yeni bir işe sahip olmak ile ilgili ne kadar heyecanlandığınızı fark ettiniz.*"); ve (4) OKB ile ilişkili olmayan olumsuz yorumlamayı (örn., "*İş görüşmesi ile ilgili istem dışı düşünceler aklınıza geldiğinde, çalışmayı ne kadar da sevmediğinizi fark ettiniz.*") içermektedir. Her bir tür ifadeden 10 tane olmak üzere formda toplam 40 ifade yer almaktadır. Katılımcılardan her bir ifadenin, kendilerini senaryonun içinde hayal ederken akıllarına gelen düşüncelerle (senaryonun kendileri için ne anlama geldiği ile ilgili inançları ile) ne kadar benzediğini ya da farklılaştığını "(1) oldukça farklı" ile "(4) oldukça benzer" uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme üzerinden yanıtlamaları istenmektedir. Puanların hesaplanması her bir tür ifade için ayrı ayrı yapılmakta ve puanlama sonucunda 4 tür toplam puan (OKB ile ilişkili olumlu yorumlama, OKB ile ilişkili olumsuz yorumlama, OKB ile ilişkili olmayan olumlu yorumlama, OKB ile ilişkili olmayan olumsuz yorumlama) elde edilmektedir. Daha sonra olumsuz ifade içeren madde puanlarının olumlu ifade içeren madde puanlarından çıkarılması ile biri genel bir olumlu yorumlama örüntüsünü yansıtan (OKB ile ilişkili olmayan olumlu yorumlama - OKB ile ilişkili olmayan olumsuz yorumlama); diğeri ise OKB ile ilişkili bir olumlu yorumlama örüntüsünü yansıtan (OKB ile ilişkili olumlu yorumlama - OKB ile ilişkili olumsuz yorumlama) iki ayrı puan hesaplanmaktadır. OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsünü yansıtan puanın pozitif yönde artması yorumlama yanlılığının azaldığına işaret etmektedir.

Clerkin ve Teachman (2011: 340) bu formun geçerlik ve güvenirliğine dair bir çalışmayı henüz gerçekleştirmediklerini belirtmiştir. Bununla birlikte yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden öğrenci örnekleminde bu formu uyguladıkları araştırmalarında (Clerkin ve Teachman, 2011: 340), formdan elde edilen OKB ile ilişkili olumlu yorumlama puanları ile OKB ile ilişkili inanç alanlarını değerlendiren OİA'dan alınan toplam puanlar (r =-.25, p= .01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde korelasyon bildirmişlerdir. Ayrıca, OKB ile ilişkili olumsuz yorumlama puanları ile OİA toplam puanları (r =.38, p<.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde korelasyon bulmuşlardır. Söz konusu araştırmacılar bu

sonuçların, geçerlilik güvenirlik çalışmasında (OKBÇG, 1997: 667-681) psikometrik özellikleri bakımından yeterli bir ölçüm aracı olduğu bildirilen OİA ile Tanıma Derecelendirme Formu'nun, kavramsal olarak benzer yapıları içerdiğine işaret ettiğini bildirmiştir (Clerkin ve Teachman, 2011: 340). Tanıma Derecelendirme Formu'nun yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden öğrenci örnekleminde uygulandığı bir diğer çalışmada ise, formdan elde edilen 4 tür toplam puan için (OKB ile ilişkili olumlu yorumlama, OKB ile ilişkili olumsuz yorumlama, OKB ile ilişkili olmayan olumlu yorumlama, OKB ile ilişkili olmayan olumsuz yorumlama) Cronbach alfa değerlerinin .68 ile .79 arasında değiştiği saptanmıştır (Williams ve Grisham, 2013: 256).

Ölçeğin yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden, ancak herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan yetişkin örnekleminde uygulandığı bu araştırmada, 4 tür toplam puan için Cronbach alfa güvenirlik değerleri .46 ile .81 arasında değişmektedir. Yine mevcut araştırmada, formdan elde edilen OKB ile ilişkili olumlu yorumlama puanları ile OKB ile ilişkili inanç alanlarını değerlendiren OİA-44'den alınan toplam puanlar (r = -.39, p=.000) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde korelasyon saptanmıştır. OKB ile ilişkili olumsuz yorumlama puanları ile OİA-44 toplam puanları (r =.43, p=.000) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Bu değerlerin Clerkin ve Teachman (2011: 340) ve Williams ve Grisham'ın (2013: 256) çalışmalarında bildirilen değerlerle uyumlu olduğu belirlenmiştir.

2.2.7.2. Dikkat Yanlılığının Değerlendirilmesi

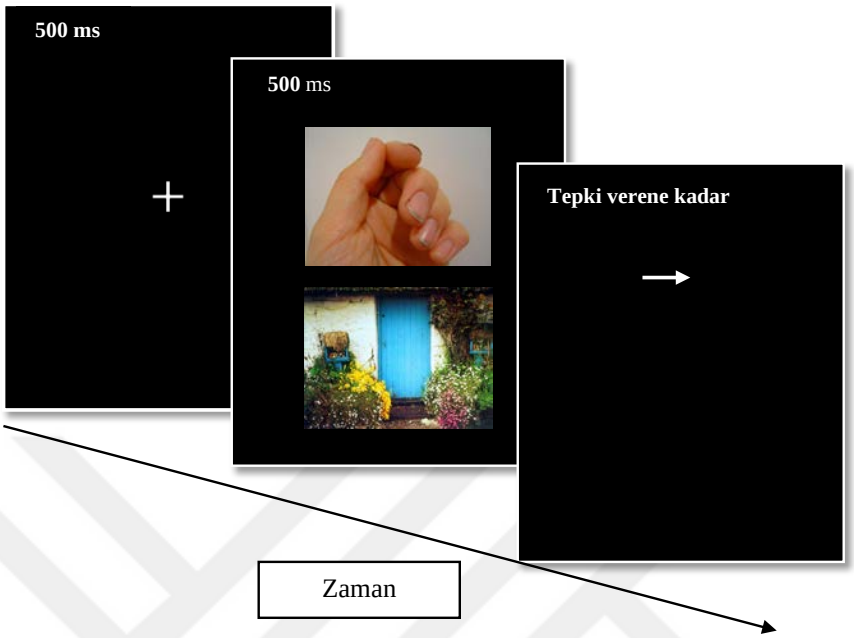
Dikkat yanlılığını değerlendirmek amacı ile standart nokta izleme görevi (*dot probe task*) kullanılmıştır. Dikkat yanlılığı ölçümü için kullanılacak bu görev daha önce bu alanda yapılmış çalışmalarda (Macleod ve diğerleri, 1986: 16; Najmi ve Amir, 2010: 139; Amir ve diğerleri, 2015: 428) kullanılan göreve sadık kalınarak geliştirilmiştir. Daha önce de değinildiği gibi OKB ve kaygı bozukluklarında dikkat yanlılığı daha ziyade dikkatin tehditten uzaklaştırılmasındaki zorlanma ile kendini göstermektedir. Bu görevin dikkat yanlılığının bu bileşenini ölçmede daha uygun bir yaklaşım sunduğu bildirilmektedir (Koster ve diğerleri, 2004: 1188; Cisler ve diğerleri, 2009: 230). Bu görevin mevcut çalışmada kullanılmasının nedeni de,

dikkatin tehditten uzaklaştırılmasındaki zorlanmayı değerlendirmenin amaçlanmış olmasıdır. Görevin içeriği aşağıda ayrıntılı olarak aktarılmaktadır:

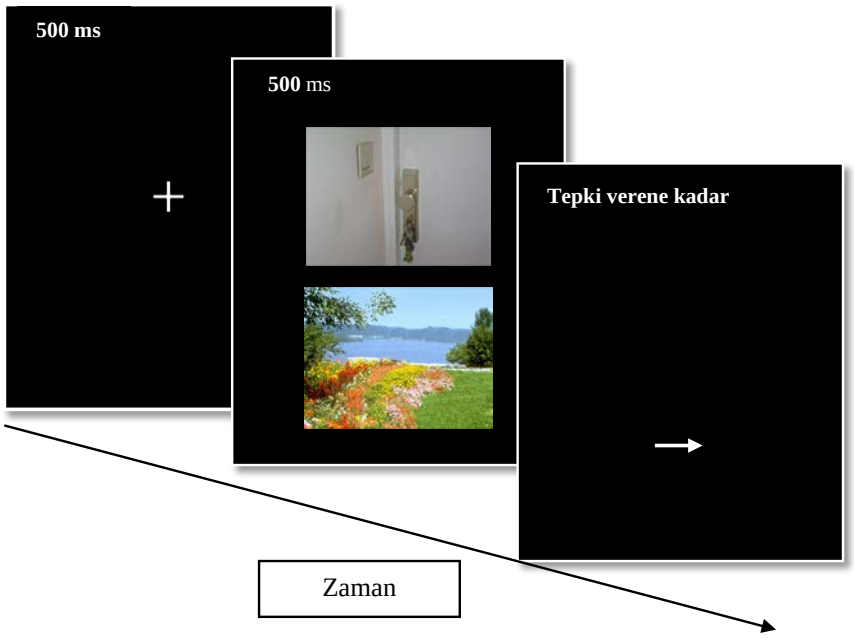
Standart Nokta İzleme Görevi: Bu görev ile dikkat yanlılığının değerlendirilmesi bilgisayar aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Göreve bilgisayar ekranında 500 ms gösterilen merkezi sabitleme işareti (+) ile başlanmaktadır. İlk ekranda çıkan bu merkezi sabitleme işaretinin kaybolmasının hemen ardından gelen ikinci ekranda, OKB ile ilişkili ve ilişkili olmayan (nötr) fotoğraf çiftleri, biri ekranın üstünde, biri ekranın altında yer alacak şekilde, eş zamanlı olarak 500 ms boyunca sunulmaktadır. Fotoğrafların arasında 3 cm aralık bulunmaktadır. Fotoğrafların ekrandan kaybolmasının hemen ardından gelen üçüncü ekranda, fotoğraflardan birinin ya da diğerinin bulunduğu yerde (ekranın üstünde ya da altında), sağ ok ya da sol ok şekillerinden biri gösterilmekte ve katılımcıdan klavyede ekranda çıkan şekil ile uyumlu olan tuşa olabildiğince çabuk bir şekilde basması istenmektedir. Burada herhangi bir süre sınırlaması bulunmamakta ve katılımcı ekranda gördüğü şekille uyumlu olan klavyedeki tuşa bastıktan sonra bir diğer denemeye geçilebilmektedir. Her deneme arasında 500 ms merkezi sabitleme işareti (+) gösterilmektedir. Görevde okun bir önceki ekranda OKB ilişkili fotoğrafın olduğu yerde belirdiği denemenin bir örneği Şekil 4'de, okun bir önceki ekranda nötr fotoğrafın olduğu yerde belirdiği denemenin bir örneği ise Şekil 5'te gösterilmektedir.

Görevde kullanılan uyaranlar, 6 adet OKB ile ilişkili ve 6 adet nötr fotoğraf setinden oluşmaktadır. OKB ile ilişkili fotoğraflar Rasmussen ve Eisen (1988) tarafından OKB'de en sık görülen kompulsiyonlar olarak raporlanan yıkama/temizleme ve kontrol etme kompulsiyonlarını (aktaran Rasmussen ve Eisen, 1992: 749) içerecek şekilde Berlin Obsesif Kompulsif Bozukluk-Fotoğraf Seti'nden (*Berlin Obsessive Compulsive Disorder-Picture Set*; Simon ve diğerleri, 2012: 81-88); nötr fotoğraflar ise, Uluslararası Duygusal Resim Sistemi'nden (*International Affective Picture System*; Lang ve diğerleri, 2005) yazarlarından gerekli izinler alınarak seçilmiştir. Müdahale öncesi ve sonrasında alınacak dikkat yanlılığı ölçümleri için farklı fotoğraf setleri kullanılmıştır. Uyaran setlerinin oluşturulmasına dair yapılan ön çalışmaların ayrıntıları EK 8'de verilmiştir.

Şekil 4: Standart Görsel Nokta İzleme Görevi Okun OKB İlişkili Fotoğrafın Yerinde Belirdiği Deneme Örneği



Şekil 5: Standart Görsel Nokta İzleme Görevi Okun Nötr Fotoğrafın Yerinde Belirdiği Deneme Örneği



Her bir katılımcı hiç ara vermeden uyaranın yeri (alt/üst), hedef türü ((←) veya (→)) ve hedefin yeri (alt/üst): 2 (uyaranın yeri) x 2 (hedef türü) x 2 (hedefin yeri) x 6 OCD ilişkili-Nötr fotoğraf çifti kombinasyonunu içeren 48 deneme almıştır. 48 deneme katılımcılara seçkisiz olarak sunulmuş ve sunum sırası her bir katılımcı için yeniden ayrı ayrı seçkisizleştirilmiştir. Müdahale öncesi alınan dikkat yanlılığı ölçümlerinde, uygulamadan önce katılımcıların görevi daha iyi anlayabilmeleri için 10 adet nötr fotoğraf çifti ile deneme yapmaları sağlanmış ve performansları ile ilgili geribildirim verilmiştir.

Dikkat yanlılığı için ölçüt olarak MacLeod ve Mathews (1988:664) tarafından önerilen ölçüt temel alınmıştır. Bu ölçüte göre, katılımcının okun bir önceki ekranda OKB ilişkili fotoğrafın (uyaranın) olduğu yerde belirdiği durumda, okun (hedef) bir önceki ekranda nötr fotoğrafın olduğu yerde belirdiği duruma göre daha hızlı tepki vermesi; dikkatin OKB ile ilişkili uyaranlara daha kolaylıkla yönelebildiğinin, diğer bir deyişle OKB ile ilişkili uyaranlara dikkat yanlılığı gösterildiğinin bir işaretidir. Dikkat yanlılığı puanı; okun bir önceki ekranda nötr fotoğrafın olduğu yerde belirdiği denemelerde kaydedilen tepki süresi ortalamasından, okun bir önceki ekranda OKB ilişkili fotoğrafın olduğu yerde belirdiği denemelerde kaydedilen tepki süresi ortalamasının çıkarılması ve sonucun ikiye bölünmesi ile hesaplanmaktadır: [(OKB ilişkili fotoğraf altta/ Hedef üstte + OKB ilişkili fotoğraf üstte/ Hedef altta) – (OKB ilişkili fotoğraf altta/ Hedef altta + OKB ilişkili fotoğraf üstte/ Hedef üstte)] /2. Buna göre, elde edilen puanların sıfır olması dikkat yanlılığının olmadığına, pozitif olması dikkatin tehditten uzaklaştırılmasındaki zorlanmaya (difficulty in disengagement), negatif olması ise dikkatin tehditten kaçırılmasına (attentional avoidance) işaret etmektedir (Koster, 2006:1761).

2.2.8. Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geribildirim Formu

Bu form, araştırmada uygulanan müdahale programı sonrasında katılımcıların müdahale programları hakkındaki görüşleri, program sırasındaki deneyimlerinin içeriği ve önerileri hakkında bilgi almak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Söz konusu formun oluşturulmasında mevcut çalışma ile benzer araştırmalarda (Beard ve diğerleri, 2011: 984; Brosan ve diğerleri, 2011: 262)

kullanılan formların yapısı ve içeriği örnek alınmıştır. Form; (1) müdahale programının algılanan faydası ve etkisi, (2) programın kullanışlılığı ve (3) programın yararlı bulunan/bulunmayan yönleri olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

Formun müdahale programının algılanan faydası ve etkisini değerlendiren ilk bölümü "(0) Hiç" ile "(4) Çok fazla" uçlarına sahip, 5'li derecelendirme türündedir ve kategorik olarak cevap verilebilecek 4 soru ifadesinden oluşmaktadır. Programın kullanışlılığına dair katılımcı görüşlerinin alındığı ikinci bölüm, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(5) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, 5'li derecelendirme türündedir ve kategorik olarak cevap verilebilecek 4 ifadeden oluşmaktadır. Üçüncü bölümde programın yararlı bulunan/bulunmayan yönleri ise, açık uçlu sorular üzerinden değerlendirilmektedir. Formda ayrıca oturum sürelerine ilişkin görüşlerin alındığı bir soru yer almakta ("Oturum süreleri yeterli miydi?") ve "Evet", "Hayır. Daha kısa sürmeliydi.", "Hayır. Daha uzun sürmeliydi." olmak üzere üç seçenek içermektedir. Formun sonunda ise katılımcıların varsa ek önerilerini sunabileceği bir bölüm bulunmaktadır. iBBYD müdahale programının değerlendirilmesi için Form A; iBYD-Y ve iBYD-D müdahale programlarının değerlendirilmesi için Form B olmak üzere iki ayrı form oluşturulmuştur.

Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geribildirim Formu örnekleri tezin ekler bölümünde verilmiştir (*bkz.* EK 9-10 arası).

2.3. İŞLEM

Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'ndan araştırmayı gerçekleştirebilmek için gerekli etik kurul izni alınmıştır (Etik Kurul Karar No: 2019/36/4). Mevcut tez araştırması, 1002-Hızlı Destek Programı kapsamında TÜBİTAK (Proje No: 120K044) tarafından desteklenmiştir.

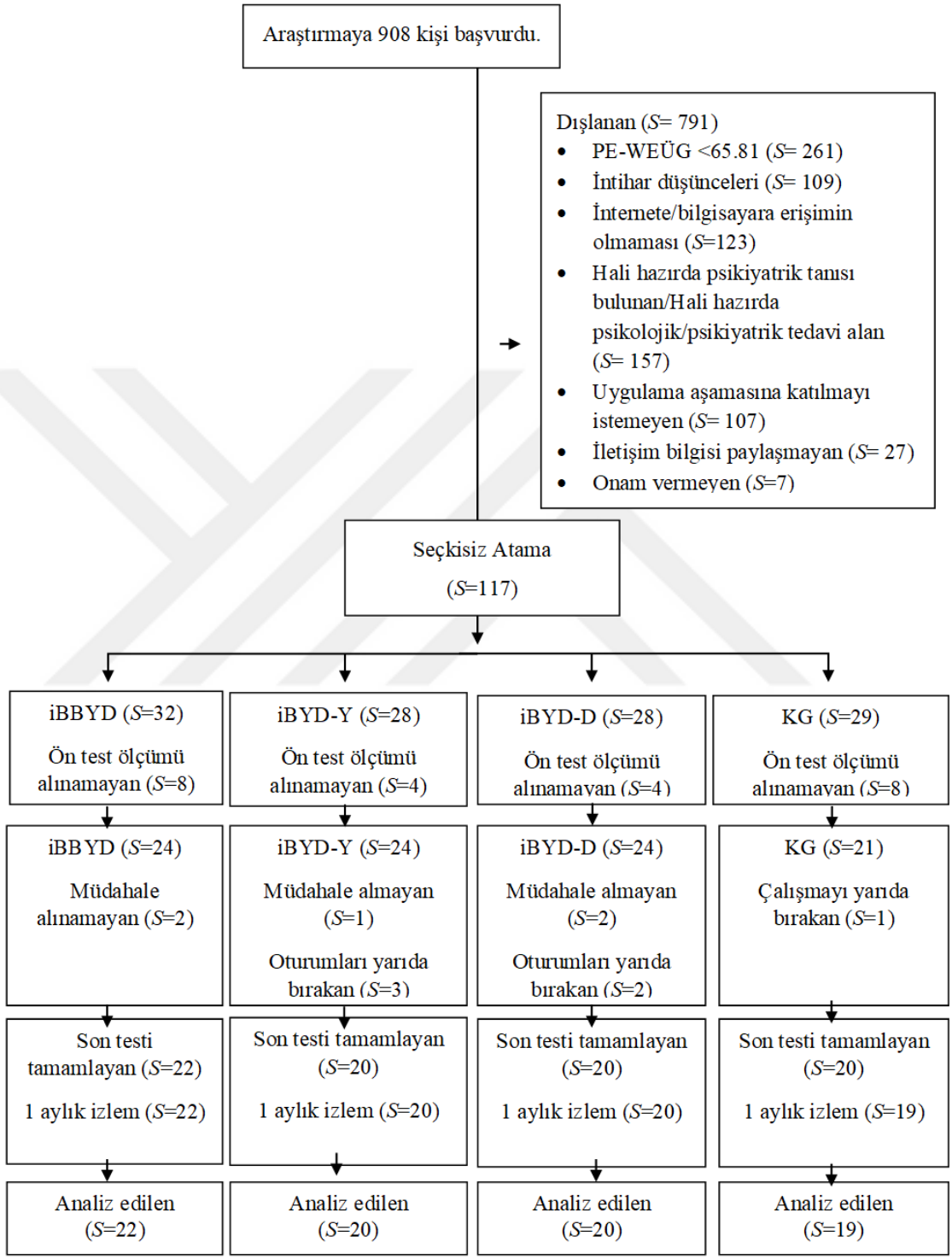
Çalışmaya başlamadan önce istatistiksel analizlerde yanlılık yapılmaması ve doğru sonuçlara ulaşabilmek adına uygun örneklem genişliğine karar vermek amacıyla G*Power 3.0.10 programı (Faul ve diğerleri, 2007: 177) kullanılarak güç (power) analizi yapılmıştır. Analizde etki büyüklüğü için, daha önce bu alanda yorumlama yanlılığı değişimi (Clerkin ve Teachman, 2011: 340; Williams ve Grisham, 2013: 256) ve dikkat yanlılığı değişimi çalışmalarında (Najmi ve Amir, 2010: 141) bildirilen etki

büyüklükleri temel alınmıştır. Ayrıca, anlamlılık seviyesi α=.05 ve test gücü .80 olacak şekilde işlem gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucuna göre, her bir grup için gereken minimum katılımcı sayısı 20 olarak belirlenmiş; fakat genel anlamda araştırmayı yarıda bırakma oranları göz önüne alınarak bu sayının en az %10 fazlası sayıda katılımcıya (toplam 88 katılımcı) ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma deneysel bir desenle yürütülmek istendiğinden, araştırmada tek kör yöntemiyle seçkisiz kontrollü araştırma deseni kullanılmıştır.

Veri toplama süreci Mart 2020'de başlayıp, Aralık 2020'de sonlanmıştır. Katılımcılara Dokuz Eylül Üniversitesi kampüsüne asılan duyuru afişlerinin yanı sıra, çeşitli sosyal medya platformları ve e-mail listeleri aracılığıyla bir duyuru metni paylaşılarak ulaşılmıştır. Duyuru metninde yer alan araştırma linki aracılığıyla anket setine ulaşıp, bilgilendirilmiş onam formunu okuyarak onay veren katılımcılar ön değerlendirme aşamasında Kişisel Bilgi Formu, PE-WEÜG ve BDKBÖ-EF'yi çevrimiçi olarak tamamlamışlardır. Araştırmaya toplam 908 kişi başvurmuş, bu kişilerden yalnızca 117'si çalışmanın dâhil edilme ölçütlerini karşılamıştır.

Çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 117 kişiye e-mail aracılığıyla ulaşılmış, çalışmanın deneysel koşullarından bahsetmeden uygulamanın içeriği aktarılmış, ön-test verilerinin elde edilebilmesi ve müdahale programı takviminin paylaşılabilmesi amacıyla video konferans aracılığıyla gerçekleştirilecek görüşme için randevu verilmiştir. 24 kişi çeşitli sebeplerle araştırmanın müdahale programının uygulanması ve değerlendirme aşamalarına katılamayacağını bildirmiştir. Sonuç olarak, araştırmaya 93 kişi dahil edilmiştir. Kriterleri karşılayan katılımcılar seçkisiz olarak, iBYD-Y, iBYD-D, iBBYD ve KG olmak üzere 4 gruptan birine atmıştır. Süreç içinde bu kişilerden 6'sı ön-test verileri elde edildikten sonra müdahale programına hiç katılmadan, 5'i ise müdahale programının birkaç oturumuna (*Ort*. = 3) katıldıktan sonra çalışmadan ayrılmıştır. 1 aylık takip ölçümleri sırasında, katılımcı kaybı yaşanmış ve 1 katılımcı bu aşamada çalışmadan ayrılmıştır. Çalışmanın akış şeması ve katılımcıların çalışmayı tamamlama süreçleri Şekil 6'da gösterilmektedir.

Şekil 6: Çalışmanın Akış Şeması ve Katılımcıların Çalışmayı Tamamlama Süreçleri

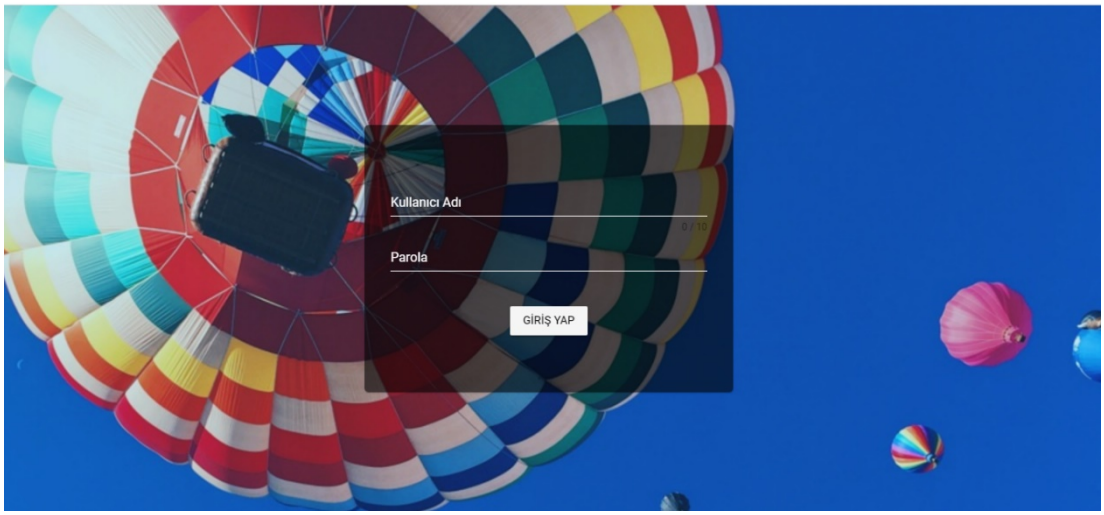


Ön-test ve son test verilerinin elde edilmesi Dokuz Eylül Üniversitesi Teknoloji Geliştirme Merkezi (DEPARK) yazılım firmalarından *Digitus* tarafından geliştirilen *Düşüncelerini Hafiflet* isimli araştırmanın internet sitesi aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. İnternet sitesinin örnek görüntüsü, Şekil 7'de gösterilmektedir. Asıl çalışma öncesinde 1'i Deneysel Psikoloji alanından, 1'i Sinirbilim alanından ve 7'si Klinik Psikoloji alanından olmak üzere toplam 9 uzman psikoloğa internet sitesine giriş yapıp uygulamayı denemeleri ve geribildirim vermeleri için kullanıcı adı ve şifre verilmiştir. Gelen geribildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmış ve uygulamaya son hali verilmiştir. Ön-test verilerinin elde edilebilmesi ve müdahale programı takviminin paylaşılabilmesi için video konferans aracılığıyla gerçekleştirilecek görüşmenin 1 gün öncesinde, katılımcıların gerçek isimlerini içermeyen ve tüm araştırma süresince kullanacakları kendilerine ait kullanıcı adı ve şifreleri e-mail aracılığıyla gönderilmiştir. Video konferans aracılığıyla güvenli bir çevrimiçi ortamda araştırmacı eşliğinde gerçekleştirilen ön-test ölçümlerinde ilk olarak, dikkat ve yorumlama yanlılıklarının değerlendirilmesine yönelik standart nokta izleme görevi ve senaryoları tanıma görevi verilmiştir. Bu görevlerin verilmesi sırasında, herhangi bir teknik aksaklık olup olmadığının kontrol edilebilmesi ve görevlere dair yönergelerin araştırmacı tarafından eş zamanlı olarak katılımcıya aktarılabilmesi için, nedenleri de açıklanarak, katılımcıdan ekranını paylaşması istenmiştir. Bu görevlerin uygulanmasının hemen ardından ekranda katılımcıların karşısına bir link çıkmış ve katılımcılar bu link aracılığıyla OİA-44, PNDÖ ve DASÖ-21'i doldurmuşlardır. Katılımcıların araştırmaya ilk kez başvurdukları ön değerlendirme aşamasında doldurdukları PE-WEÜG'den elde edilen veriler de ön-test ölçümlerine dahil edilmiştir.[3] 4 hafta, haftada 2 gün sıklıkta toplam 8 oturum şeklinde verilen müdahalenin son oturumundan hemen sonraki gün, yine aynı şekilde video konferans aracılığıyla araştırmacı eşliğinde son test ölçümleri alınmıştır. Bu ölçümlerin yanı sıra müdahalenin bitiminden 1 ay sonra bir izlem çalışması yapılarak

[3] Katılımcılardan OKB belirtilerini değerlendiren PE-WEÜG'ü doldurmalarının hemen ardından az önce cevapladıkları bu formda yer alan belirtilerin yarattığı rahatsızlık düzeyi ("*Bu tür düşünce ve davranışların sizde yarattığı rahatsızlık düzeyi COVID-19 pandemisinden sonra ne kadar arttı?*") ve sıklığının ("*Bu tür düşüncelerinizin ve davranışlarınızın sıklığı COVID-19 pandemisinden sonra ne kadar arttı?*") pandemiden etkilenip etkilenmediğini, "(0) hiç" ile "(4) çok fazla" 5'li derecelendirme türünde kategorik olarak cevap verilebilecek bir derecelendirme üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir.

yalnızca ölçekler için takip ölçümleri alınmıştır. Pratik nedenler ile dikkat yanlılığı ve yorumlama yanlılığı ölçümleri izlem çalışmasında takip ölçümü olarak alınmamıştır. KG'de yer alan katılımcılar ise herhangi bir müdahale almamış, bu süreçte yalnızca ön test, son-test ve 1 ay sonra takip ölçümlerini tamamlamışlardır. 1 ay sonraki takip ölçümlerinin alınmasından sonra ise KG'de yer alan katılımcılara da iBBYD'de yer alan katılımcılara verilmiş olan müdahale programı uygulanmıştır. Katılımcıların dikkat ve yorumlama yanlılığının değerlendirilmesine yönelik görevler sırasında verdikleri yanıtlar ve tepki süreleri ile diğer veri toplama araçlarına verdikleri yanıtlar otomatik olarak veri tabanında Excel dosyası olarak kaydedilmiştir. Ön-test ve son-test ölçümleri her bir katılımcı için 50-60 dakika, takip ölçümlerinde ise ölçeklerin doldurulması her bir katılımcı için yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür. Ön test ve son test aşamasında ölçümlere başlamak üzere katılımcıların kullanıcı adı ve şifreleri ile giriş yaptıkları uygulamada ekranda karşılarına ilk olarak, uygulama sırasında dikkat edilmesi ve sağlanması gereken çevresel koşulların bilgisini içeren bir "*Hoş Geldiniz*" yazısı çıkmıştır (*bkz*. Şekil 8). Bu yazıda yer alan dikkat edilmesi gereken konular katılımcılara sözlü olarak da açıklanmış ve bu çevresel koşulları sağladıklarından emin olunmuştur.

Şekil 7: Araştırmanın *Düşüncelerini Hafiflet* isimli İnternet Sitesi Giriş Ekranı Görüntüsü

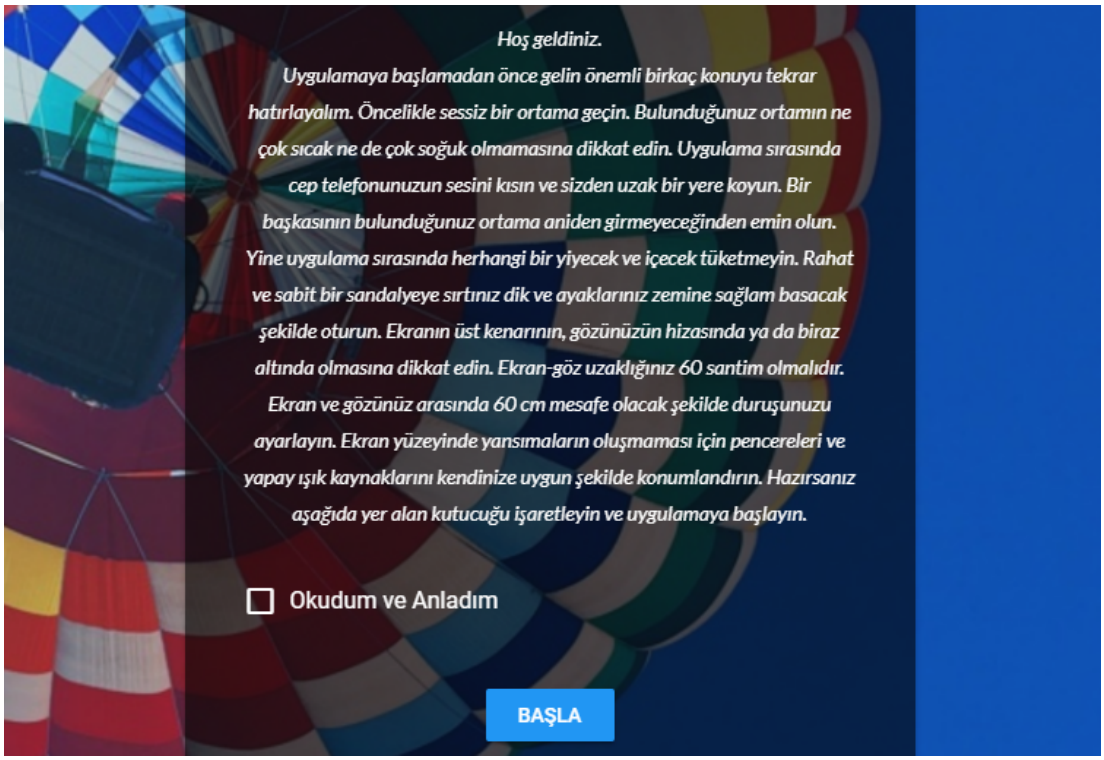


Katılımcıların araştırmanın hipotezlerini fark etmesinin verecekleri tepkileri etkileyebilecek ve uygulamanın gerçek etkisine dair doğru bilginin elde edilebilmesini

güçleştirecek olması nedeni ile, katılımcılara araştırmanın farklı koşullar içerdiğinden bahsedilmemiş ve araştırmanın amacı tam olarak açıklanmamıştır. Bu nedenle araştırma sonunda katılımcılara Katılım Sonrası Bilgilendirme Formu sunulmuştur.

EK 11'de Katılım Sonrası Bilgilendirme Formu verilmiştir.

Şekil 8: Araştırmanın *Düşüncelerini Hafiflet* isimli İnternet Sitesi "Hoş Geldiniz" yazısı Ekran Görüntüsü



2.3.1. Müdahale Programlarının Yapısı ve İçeriği

Araştırmada, araştırmanın farklı deneysel koşullarını oluşturan iBYD-Y, iBYD-D ve iBBYD olmak üzere üç farklı müdahale programı uygulanmıştır. Ön-test ve son test verilerinin elde edilmesinde olduğu gibi, müdahale programlarının uygulanması da *Düşüncelerini Hafiflet* isimli araştırmanın internet sitesi aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Ön test ve son test ölçümlerinde olduğu gibi, her bir müdahale oturumuna giriş yaptıklarında da ekranda katılımcıların karşısına ilk olarak, uygulama sırasında dikkat edilmesi ve sağlanması gereken çevresel koşulların bilgisini içeren ve önceki bölümlerde Şekil 8'de sunulan "Hoş Geldiniz" yazısı çıkmıştır. Her bir

müdahale programının yapısı ve içeriğine dair ayrıntılar takip eden kısımda sunulmuştur.

OKB'de BYD araştırmalar arasında müdahale oturumlarının sıklığı (örn. arka arkaya günlerde verilen ya da birer gün ara ile verilen uygulamalar), sayısı (örn. tek oturumluk ya da iki-üç oturumluk uygulamalar) ve süresi açısından farklılıklar söz konusudur. İdeal oturum sayısı ve süresi üzerinde fikir birliği bulunan herhangi bir standart uygulama henüz bulunmamaktadır. Birleştirilmiş müdahaleler söz konusu olduğunda ise müdahalenin etkili olabilmesi için genellikle psikoterapi uygulamalarında olduğu gibi haftalık oturumlar şeklinde ve birden fazla oturumda gerçekleştirilen uygulamalar önerilmektedir (Brosan ve diğerleri, 2011: 261). Bu nedenle, mevcut çalışmada diğer benzer çalışmalarda da olduğu gibi müdahale ile sağlanacak etkinin gözlenebilmesi ve kalıcı olması için önerilen süreler dikkate alınarak uygulamanın 4 hafta, haftada 2 gün sıklıkta toplam 8 oturum şeklinde verilmesinin daha uygun bir yaklaşım olacağı düşünülmüştür. Müdahaleler için kullanılan düzeneklerde yer verilen uyaran sayıları ve deneme miktarları alanyazındaki benzer çalışmalar dikkate alınarak belirlendiğinden iBYD-Y ve iBYD-D için müdahalenin her bir oturumu yaklaşık 15-20 dakika; iBBYD için ise yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür.

Araştırmanın ön-test verileri elde edildikten sonra, katılımcılar yer aldıkları gruba göre araştırmanın 2. gününde araştırmanın internet sitesinden kullanıcı adı ve şifreleri ile giriş yaparak kendi başlarına müdahale programını almaya başlamıştır. İlk oturumu tamamladıktan sonra, her bir katılımcıya telefonla ya da e-mail aracılığıyla ulaşılarak uygulama sırasında herhangi bir zorluk yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Yazılımla ilgili bildirilen bir sorun söz konusu olduğunda giderilmesi için programı oluşturan yazılım ekibine bilgi verilmiştir. Ayrıca bütün oturumlar süresince, oturum gününde araştırmacı tarafından katılımcılara hatırlatma yapılmış ve sürecin takibi gerçekleştirilmiştir. Müdahaleyi almada 1 gün geciken katılımcılara 2. günde bir hatırlatma e-maili gönderilmiştir. Katılımcılara her bir oturumu yalnızca 1 gün geciktirebilme seçeneği sunulmuştur. Hatırlatma e-maili sonrasında da hala müdahale oturumuna katılım sağlamamış katılımcılar telefon ile aranmış ve herhangi bir sorun olup olmadığı kontrol edilmiştir. Katılımcıların müdahale programları sırasında verdikleri yanıtlar ve tepki süreleri, otomatik olarak veri tabanında Excel dosyası

olarak kaydedilmiştir. Müdahale programlarının içeriğine dair ayrıntılar aşağıda sunulmaktadır:

iBYD-Y Müdahale Programı: Yorumlama yanlılığında bir değişim sağlamak amacıyla sıklıkla Mathews ve Mackintosh (2000: 612) tarafından geliştirilmiş, kaygı verici ve tehdit edici içerikte senaryolardan oluşan deneysel bir düzeneğin kullanıldığına birinci bölümde yorumlama yanlılığı değişimi çalışmalarına dair alanyazın aktarılırken değinilmişti (*bkz*. sayfa 51). Bu araştırmada uygulanan iBYD-Y müdahale programı da, söz konusu deneysel düzeneğin, senaryolarının içeriği Clerkin ve Teachman (2011: 338) tarafından OKB'ye özgü olarak uyarlanarak geliştirilmiş bir türüdür.

iBYD-Y müdahale programı, bu araştırmada yorumlama yanlılığının değerlendirilmesinde kullanılmış olan *senaryoları tanıma görevine* benzer bir yapıdadır. Müdahale programında yer alan 64 senaryonun içeriği, senaryoları tanıma görevinde olduğu gibi OKBÇG (1997:671-674) çalışmaları sonucunda tanımlanan 6 bilişsel inanç alanını kapsayacak şekilde oluşturulmuştur (Clerkin ve Teachman, 2011: 338). Burada da senaryoları tanıma görevinin 1. aşamasında olduğu gibi katılımcılardan senaryoları okurken kendilerini o durum içinde, o durumdaki başkahraman olarak hayal etmeleri istenmektedir. Yine benzer olarak, katılımcılara bir kelime tamamlama görevi verilmektedir. Ancak senaryoları tanıma görevinden farklı olarak, müdahale programının içeriğini oluşturan senaryolar bir başlık içermemekte ve ilk ekranda senaryonun yalnızca bir bölümü gösterilerek senaryonun nasıl sonlanacağı belirsiz bırakılmaktadır.

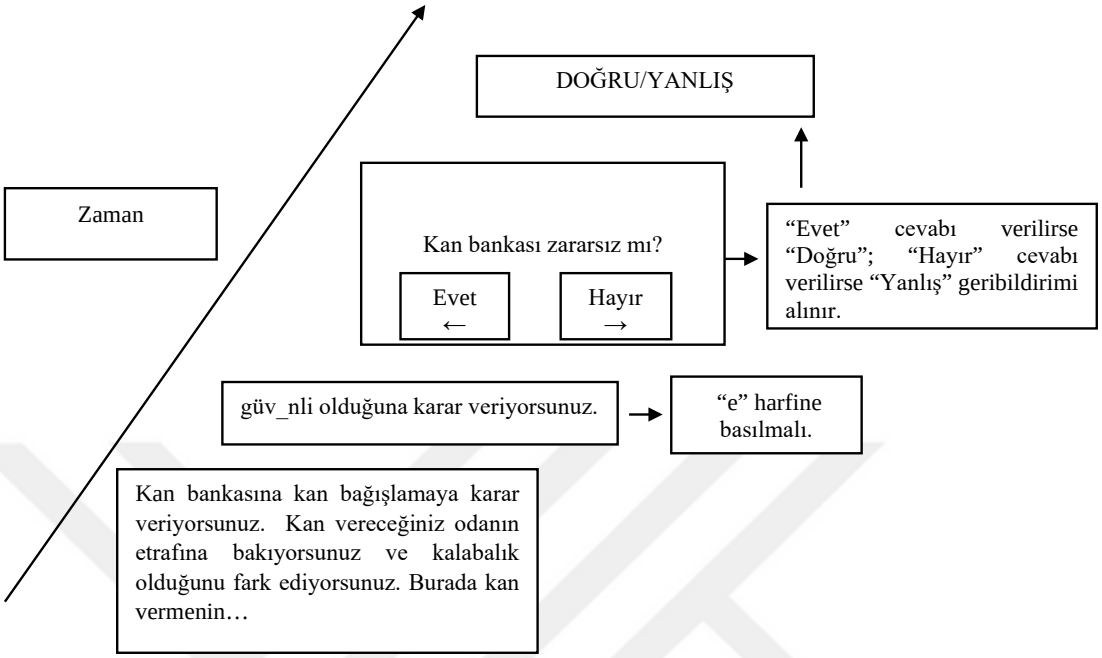
Bu çalışma kapsamında katılımcıların var olan olumsuz yorumlama örüntülerini pekiştirmenin zarar verici olabileceği düşünülerek etik nedenler ile senaryolar katılımcılara sadece olumlu yorumlama koşulunda (kelime tamamlandığında olumlu bir anlam ortaya çıkacak şekilde) sunulmuştur. İlk olarak katılımcılara görevi daha iyi anlayabilmeleri için ekranda bir yönerge sunulmaktadır. Daha sonra 1. ekranda katılımcılara 20 s boyunca senaryonun yalnızca bir bölümü sunulmakta ve nasıl sonuçlanacağı belirsiz bırakılmaktadır. Senaryonun ilk bölümünün 1. ekranda sunulmasının ardından gelen 2. ekranda hedef kelime için bir kelime tamamlama görevi verilmektedir. Katılımcıların kelimeyi doğru bir şekilde tamamlayabilmeleri için klavyede eksik olan harfe denk gelen tuşa basmaları

istenmektedir. Doğru bir şekilde kelimeyi tamamlayana kadar bir sonraki aşamaya geçilememektedir. Katılımcılar doğru bir şekilde kelimeyi tamamladıktan sonra kelime tamamlanmış hali ile 2 s ekranda kalmaktadır. Daha sonra 3. ekranda katılımcıların o senaryonun içeriğine yeterince dikkat edip etmediklerini belirlemek/kontrol edebilmek için tamamlayıcı bir soru sorulmaktadır. İlgili soruya "Evet" cevabını vermek için klavyedeki sol ok (←) tuşuna, "Hayır" cevabını vermek için klavyedeki sağ ok (→) tuşuna basmaları istenmektedir. Katılımcıların bu sorulara verdikleri doğru cevapların oranları, müdahalenin doğruluğu hakkında bilgi sağlamaktadır. Sorunun cevaplamasının ardından gelen 4. ve son ekranda, verdikleri cevaba göre katılımcılara "DOĞRU" ya da "YANLIŞ" geribildirimi 2 s süre ile gösterilmektedir.

Katılımcıların sunulan belirsiz uyarandan (bu çalışmada senaryonun nasıl sonlanacağının belirsiz bırakılması ve belirsiz bırakılan bölümdeki kelimelerden bir tanesinin bir harfinin eksik bırakılması) sonra, o uyaranla ilgili bir karar vermeleri (bu çalışmada kelime tamamlama görevi) beklenmektedir. Bu karar verme sürecinde uygun bir manipülasyon (tamamlayıcı soruya verilen cevaplara göre bir geribildirim sunulması) ile katılımcının belirsiz uyaranları belirli bir yönde (bu çalışmada olumlu) yorumlayacak bir örüntü kazanması hedeflenmektedir. Senaryonun nasıl sonuçlanacağının belirsizliği ile olumlu sonuçlanması arasında bu şekilde oluşturulan uyarıcı-tepki izlerliği (Schmidt ve diğerleri, 2007: 422) ile yeni bir öğrenme oluşturulması amaçlanmıştır. Müdahale programı kapsamında kullanılan düzeneğin abartılmış tehdit algısı ("*Sıklıkla çevremdeki şeylerin tehlikeli olduğunu düşünürüm.*") inanç alanını yansıtan senaryoyu içeren bir örneği Şekil 9'da gösterilmektedir.

Katılımcılar her bir oturumda birbirinden farklı, 6 bilişsel inanç alanının her birinden eşit sayıda olmak üzere toplam 18 senaryo almıştır. Her bir oturumda senaryolardan her biri katılımcılara 2 kez sunulmuş, böylelikle katılımcılar her bir oturumda 36 deneme [6 tür senaryo x her bir türden 3'er tane = 18 (9 tanesinin doğru cevabı evet; diğer 9 tanesinin doğru cevabı hayır) x 2 kez tekrar] almışlardır. Senaryoların sunum sırası her bir katılımcı için ayrı ayrı seçkisizleştirilmiştir. Uygulamadan önce katılımcılar, yalnızca ilk oturumda içeriği obsesif inançlar ile ilişki olmayan, araştırmacı tarafından oluşturulmuş 5 adet nötr senaryo ile görevi daha iyi anlayabilmeleri amacıyla deneme yapmışlardır.

Şekil 9: iBYD-Y Müdahale Programı Abartılmış Tehdit Algısı İnanç Alanını Yansıtan Senaryo Örneği



iBYD-D Müdahale Programı: Dikkat yanlılığında bir değişim sağlamak amacıyla, sıklıkla standart görsel nokta izleme görevinin değiştirilmiş bir formunun kullanıldığına birinci bölümde dikkat yanlılığı değişimi çalışmalarına dair alanyazın aktarılırken değinilmişti (*bkz.* sayfa 58). iBYD-D müdahale programının içeriği de, mevcut çalışmada dikkat yanlılığı değerlendirmesi için kullanılmış olan standart görsel nokta izleme görevinin değiştirilmiş bir formundan oluşmaktadır. Bu değiştirilmiş görevin, dikkat yanlılığının değerlendirmesi için kullanılan görevden farkı; (1) 288 deneme içermesi, ve (2) okların görünme yerlerinin nötr fotoğrafın olduğu bölgede %100 oranında olacak şekilde çıkmasıdır. Okların görünme yerlerinin her denemede nötr fotoğrafın olduğu bölgede %100 oranında olacak şekilde çıkması ile bir manipülasyon uygulanarak, katılımcıların dikkatlerinin tehdit içerikli uyaranlardan uzaklaştırılıp nötr uyaranlara yönlendirilmesi ve böylelikle dikkat yanlılığında bir değişim sağlanması amaçlanmıştır.

Görevde kullanılan uyaranlar, 12 adet OKB ile ilişkili ve 12 adet nötr fotoğraf setinden oluşmaktadır. Dikkat yanlılığının değerlendirilmesinde kullanılan fotoğraf setinde olduğu gibi, OKB ile ilişkili fotoğraflar Rasmussen ve Eisen (1988) tarafından

OKB'de en sık görülen kompulsiyonlar olarak raporlanan yıkama/temizleme ve kontrol etme kompulsiyonlarını (aktaran Rasmussen ve Eisen, 1992: 749) içerecek şekilde Berlin Obsesif Kompulsif Bozukluk-Resim Seti'nden (Simon ve diğerleri, 2012: 81-88); nötr fotoğraflar ise, Uluslararası Duygusal Resim Sistemi'nden (Lang ve diğerleri, 2005) yazarlarından gerekli izinler alınarak seçilmiştir. Müdahale programında, müdahale öncesi ve sonrasında alınacak dikkat yanlılığı ölçümleri için seçilen fotoğraf setlerinden farklı bir fotoğraf seti kullanılmıştır.

Her bir katılımcı hiç ara vermeden her bir oturumda 288 deneme almıştır: Uyaranın yeri (alt/üst), hedef türü ((←) veya (→)) ve hedefin yeri (alt/üst): 2 (uyaranın yeri) x 2 (hedef türü) x 2 (hedefin yeri) x 12 OCD ilişkili-Nötr resim çifti, 3 kez tekrar. 288 deneme seçkisiz olarak sunulmuş ve her bir katılımcı için yeniden seçkisizleştirilmiştir. Katılımcıların tepki süresi ve doğru cevap oranları müdahale sırasında kaydedilmiş ve gruplar arasında bu değişkenler açısından anlamlı farklar çıkmaması beklenmiştir. Bunun değerlendirilmesi için yapılan analizlerin sonuçları, müdahalenin doğruluğu hakkında bilgi sağlamaktadır (Carlbring ve diğerleri, 2012:1).

iBBYD Müdahale Programı: iBBYD müdahale programı, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale programlarından oluşan birleştirilmiş bir uygulamadır. Bu müdahale programının verildiği katılımcılar, hem iBYD-Y müdahale programını hem de iBYD-D müdahale programını birlikte tek bir uygulama formatında almışlardır. Sıra etkisini kontrol etmek için karşıt dengeleme uygulanmıştır. Buna göre bu grupta yer alan katılımcıların yarısına birleştirilmiş müdahale içinde önce iBYD-D sonra iBYD-Y; diğer yarısına ise önce iBYD-Y sonra iBYD-D verilmiştir.

Müdahale programlarında kullanılan uyaran setlerinin oluşturulmasına dair yapılan ön çalışmaların ayrıntıları tezin ekler bölümünde verilmiştir (*bkz.* EK 12-13 arası).

2.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Araştırmada bağımsız değişken grup (müdahale türü) (iBBYD, iBYD-Y, iBYD-D, KG), bağımlı değişkenler ise çeşitli deneysel düzenekler ile bilgisayar ortamında elde edilecek dikkat ve yorumlama yanlılığı ölçümleri, PE-WEÜG, OİA-44, PNDÖ ve DASÖ-21'den elde edilecek puanlar olarak alınmıştır. Veri toplama

araçlarından PE-WEÜG, OİA-44, PNDÖ ve DASÖ-21; katılımcılara uygulamalar başlamadan önce, uygulama bittikten hemen sonra (4. hafta) ve uygulama bitiminden 1 ay sonra uygulanmıştır. Dikkat yanlılığının değerlendirilmesinde kullanılan standart nokta izleme görevi ve yorumlama yanlılığı değerlendirilmesinde kullanılan senaryoları tanıma görevi ise katılımcılara uygulamalar başlamadan önce ve uygulama bittikten hemen sonra (4. hafta) uygulanmıştır. Ölçüm araçlarından elde edilen veriler SPSS 22.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) paket programıyla analiz edilmiştir. Tüm değişkenlere ilişkin minimum ve maksimum değerler incelenmiş, ayrıca her grup için kayıp değerler (missing values) gözden geçirilmiş ve herhangi bir kayıp değere rastlanmamıştır. Ayrıca parametrik analizlerin kullanılması amaçlandığından bütün sürekli değişkenlerin grup değişkenine göre normal dağılım varsayımı için kontrolleri Kolmogorov-Smirnov testi, z puanları, histogram, scree plot, box plot, çarpıklık ve basıklık değerleri çerçevesinde değerlendirilmiştir. Basıklık ve çarpıklık katsayıları için bazı kaynaklar doğrultusunda (örn. George ve Mallery, 2016:114) -2 ve +2 arasında olması kabul edilebilir olarak değerlendirildiğinden söz konusu katsayılar bu aralıkta incelenmiştir. Ayrıca z puanı +/-3 aralığı dışında kalan değerler uç değer olarak belirlenmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda bekleme listesi kontrol grubundaki bir katılımcının PE-WEÜG ön-test puanının aşırı değere sahip olduğu tespit edilmiş ($|z| = 4.1$) ve veri silme işlemi gerçekleştirilmiştir. Veri silme işlemi gerçekleştirildikten sonra, tüm değişkenler için normal dağılım varsayımının sağlandığı görülmüştür. Normallik varsayımları karşılandıktan sonra, kullanılan ölçeklerin Cronbach alfa güvenirlik değerleri de incelenmiştir.[4] Ayrıca bağımlı değişkenlerin ön test ölçümleri arasındaki ilişkileri tespit edebilmek için Pearson Korelasyon Analizleri uygulanmıştır.

Seçkisiz atama sonrası grup eşitliğinin sağlanıp sağlanmadığını belirlemek üzere, çeşitli sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, eğitim, medeni durum) için ki-kare analizi, yaş değişkeni ve bağımlı değişkenlerin ön test ölçümleri için ise ayrı ayrı tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) kullanılmıştır. Müdahale programı türünün (bağımsız değişkenin) gruplar arasında PE-WEÜG, OİA-44, PNDÖ ve DASÖ-21'den elde edilen ölçümlerde anlamlı farka yol açıp açmadığı her bağımlı değişken için ayrı

[4] Araştırmada kullanılan ölçeklerin mevcut örneklemdeki Cronbach alfa güvenirlik değerleri Veri Toplama Araçları bölümünde her bir ölçüm aracının tanıtıldığı başlık altında sunulmuştur.

ayrı olmak üzere 4 (grup: iBBYD, iBYD-Y, iBYD-D, KG) x 3 (zaman: ön test / son test / takip ölçümü) son faktörde tekrar ölçümlü karışık desen ANOVA ile analiz edilmiştir. Yanlılık ölçümlerinde anlamlı farka yol açıp açmadığı ise, dikkat ve yorumlama yanlılığı için ayrı ayrı olmak üzere 4 (grup: iBBYD, iBYD-Y, iBYD-D, KG) x 2 (zaman: ön test / son test) son faktörde tekrar ölçümlü karışık desen ANOVA ile analiz edilmiştir.[5] Etkililiği sınamak amacıyla kullanılan karışık desenler için varyans analizi için gerekli varsayımlar her bir analiz için ayrı ayrı test edilmiştir. Levene's testi sonuçları incelendiğinde, varyans homojenliği varsayımının tüm değişkenler için sağlandığı görülmüştür. Bir diğer varsayım olan küresellik (sphericity) varsayımının sağlanamadığı durumlarda ise Mauchy W değeri .75'in altında olduğunda Greenhouse-Geisser ve .75'in üzerinde olduğunda ise Huynh-Feldt düzeltmesi uygulanmıştır. İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi kullanılmış, etki büyüklüğü içinse kısmi eta-kare (ηp^2) değerleri verilmiştir.

Analizler öncelikle tüm araştırma sürecini tamamlayan katılımcıların verilerinin analize dahil edilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Per-protokol analizi olarak adlandırılan bu yöntem araştırmadan ayrılan katılımcıların bulgularda önemli düzeyde yanlılığa sebep olabilmesi nedeni ile (Boutis ve Willan, 2011:696; Akl ve diğerleri, 2015:1) bu durumu kontrol etmek için çalışmanın başında hiçbir müdahale almadan çalışmadan ayrılanların verilerinin analize dahil edilmemesiyle gerçekleştirilen uyarlanmış tedavi amacı analizi (*modified intention-to-treat analysis*) de yürütülmüştür. Son olarak, mevcut araştırmada müdahalelerin etkililiğinin istatistiksel anlamlılık ile değerlendirilmesinin yanı sıra, Jacobson ve Truax (1991:12-19) tarafından önerilen güvenilir değişim indeksi (*Reliable Change Index*) hesaplama yöntemi kullanılarak bireysel düzeydeki değişim de değerlendirilmiştir.

[5] İşlem bölümünde pratik nedenler ile (deneysel görevler aracılığıyla ölçüm alınması nedeni ile) dikkat yanlılığı ve yorumlama yanlılığı ölçümlerinin izlem çalışmasında takip ölçümü olarak alınmasının tercih edilmediğine daha önce değinilmişti. Bu nedenle araştırmanın diğer değişkenlerinden farklı olarak bu değişkenler, 4x2 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desen ANOVA ile analiz edilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
BULGULAR

Bu bölümde yukarıda belirtilen kuramsal altyapı ve yöntem bağlamında elde edilen verilere uygulanan istatistiksel analizlerin sonuçları sunulmaktadır. Bu doğrultuda öncelikle seçkisiz atama sonrası grup eşitliğinin sağlanıp sağlanmadığını belirlemek için sosyo-demografik özelliklerin gruplara göre dağılımı değerlendirilmiş ve ardından ölçümlerin ön test puanlarının gruplara göre dağılımı tek yönlü varyans analizleri ile incelenmiştir. Ayrıca bağımlı değişkenlerin ön test ölçümleri arasındaki ilişkileri tespit edebilmek için gerçekleştirilen Pearson Korelasyon Analizlerine ilişkin bulgulara da yer verilmiştir. Grupların müdahaleye katılım ve uyum değerlendirilmiş ve buna ilişkin bulgular sunulmuştur. Daha sonra katılımcıların ön test, son test ve izlem ölçümlerinin karşılaştırılması amacıyla karışık desenler için varyans analizi yürütülmüştür. İstatistiksel anlamlılığın değerlendirilmesinin yanında bireysel düzeydeki değişimin güvenilirliği de değerlendirilmiş ve güvenilir değişim indeksi hesaplamalarına dair bulgular sunulmuştur. Bu bulguları takiben kayıp verilerin dağılımları *Beklenti Yükseltme (Expactation maximization-EM)* yöntemi ile incelenerek "Uyarlanmış Tedavi Amacı" analizine ilişkin bulgular sunulmuştur. Son olarak, müdahale programının katılımcılar tarafından algılanan faydası ve etkisi, programın kullanışlılığına dair katılımcı görüşleri ve programın yararlı bulunan/bulunmayan yönlerine dair elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1. SEÇKİSİZ ATAMA SONRASI GRUP EŞİTLİĞİ

3.1.1. Sosyo-demografik Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımının İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan ve yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden, ancak herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 82 kişi iBBYD, iBYD-D, iBYD-Y ve KG olmak üzere dört koşuldan birine seçkisiz olarak atandıktan sonra, gruplar arasında sosyo-demografik özellikler açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. Yaş değişkeni tek yönlü varyans analizi (one way

ANOVA), cinsiyet, eğitim ve medeni durum değişkenleri ise ki kare analizi ile incelenmiştir. Buna göre; yaş [F (3,78)= 1.735, p=.167] ve eğitim [$\chi 2$ (3, N=82)= 3.527, p=.32] açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Cinsiyet değişkeninin ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%50 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p = .48). Benzer şekilde, medeni durum değişkeninin ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%50 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve medeni durum açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p = .44).

3.1.2. Ön Test Ölçümlerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Ölçümlerin ön test puanlarının gruplara göre dağılımları tek yönlü varyans analizleri ile öncelikle yalnızca ön test ölçümünde katılımcıların daha ileri değerlendirme, tedavi ve izlemeyi gerektirecek düzeyde intihar düşünceleri ve psikotik belirtileri olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanılan DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği-Erişkin Formu'nun (BDKBÖ-EF) alt boyutları değerlendirilmiştir. BDKBÖ-EF alt boyutları ile yürütülen tek yönlü varyans analizleri hiçbir alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (tüm p'ler > .05). Bu doğrultuda, araştırmanın dört grubuna atanan katılımcıların, BDKBÖ-EF alt boyutları açısından birbirlerine benzer özellikler gösterdikleri görülmüştür (*bkz.* Tablo 2). Buna göre katılımcılar, intihar düşüncelerinin, psikoz belirtilerinin ve hafıza sorunlarının olmadığını; hafif veya orta düzeyde öfke, mani, somatik belirti, uyku sorunları, dissosiyasyon madde kullanımı (örn. sadece vücutta bir ağrı hissedildiğinde ara ara kullanılan ağrı kesiciler) deneyimlediklerini ve ılımlı veya şiddetli düzeyde depresyon, anksiyete, tekrarlayan düşünce davranış ve kişilerarası ilişkilerde güçlük deneyimlediklerini bildirmiştir.

Tablo 2: BDKBÖ-EF Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri ile Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

BDKBÖ-EF Alt Boyutları	**iBBYD *(S= 22)***	**iBYD-Y *(S= 20)***	**iBYD-D *(S= 20)***	**KG *(S= 20)***		
	Ort. *(SS)*	**Ort. *(SS)***	**Ort. *(SS)***	**Ort. *(SS)***	***F***	***p***
Depresyon	5.6*(1.71)*	5.2*(1.54)*	5.4*(1.7)*	5.25*(2.5)*	.182	.91
Öfke	2.4*(1.25)*	2.35*(1.14)*	2.5*(.95)*	2.6*(1.35)*	.205	.89
Mani	2.73*(2.31)*	2.4*(2.35)*	2.15*(2.01)*	2.35*(1.93)*	.26	.85
Anksiyete	6.77*(2.77)*	7.25*(3.1)*	7.7*(2.87)*	6.3*(2.81)*	.88	.46
Somatik Belirtiler	3.14*(2.64)*	3.15*(2.54)*	2.75*(2.7)*	3.2*(2.7)*	.125	.95
İntihar Düşüncesi	.0*(.0)*	.0*(.0)*	.0*(.0)*	.05*(.224)*	1.03	.38
Psikoz	.45*(.8)*	.25*(.44)*	.95*(1.73)*	.65*(1.04)*	1.47	.23
Uyku Sorunları	2.23*(1.51)*	2.35*(1.4)*	2.05*(1.64)*	1.95*(1.43)*	.288	.83
Hafıza	.95*(1.21)*	1.45*(1.42)*	.9 *(1.21)*	1.4*(1.43)*	1.02	.39
Tekrarlayan Düşünce Davranış	4.18*(2.13)*	3.85*(2.41)*	3.65*(2.21)*	5.2*(1.7)*	2.11	.11
Dissosiyasyon	1.91(1.37)	2(1.52)	1.8(1.4)	1.45(1.36)	.6	.62
Kişilik	4.64*(2.44)*	4.8*(3.1)*	3.5*(2.31)*	5*(2.62)*	1.32	.27
Madde Kullanımı	3.7*(3.44)*	2.45*(2.5)*	2.8*(2.8)*	2.3*(2.4)*	1.02	.38

Not. BDKBÖ-EF: DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği-Erişkin Formu

Müdahale programlarının etkililiklerinin karşılaştırılmasına geçilmeden önce, ölçeklerin toplam puan ve alt boyutları açısından grupların ön test puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı da tek yönlü varyans analizleri ile incelenmiştir. Söz konusu analizlere ilişkin bulgular Tablo 3'te sunulmuştur. Sonuçlara göre, analizlerde kullanılan ölçümlerden elde edilen ön test puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (tüm *p*'ler > .05). Bu doğrultuda, çalışmanın dört grubuna atanan katılımcıların, ön test bulguları açısından birbirleri ile benzer özellikler gösterdikleri görülmüştür.

Tablo 3: Ön Test Ölçümlerine İlişkin Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri ile Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	**iBBYD** *(S= 22)*	**iBYD-Y** *(S= 20)*	**iBYD-D** *(S= 20)*	**KG** *(S= 20)*		
	Ort. ***(SS)***	**Ort.** ***(SS)***	**Ort.** ***(SS)***	**Ort.** ***(SS)***	***F***	***p***
PE-WEÜG[6]	74.3*(10.63)*	73.6*(11.3)*	70.1*(7.1)*	77.5*(10.41)*	1.84	.15
OİA-44	186.8*(29.8)*	198.4*(31.4)*	202.2*(40.3)*	203.5*(37.1)*	1.02	.39
Yanlılıklar						
Dikkat Yanlılığı	3.54*(32.3)*	4.86*(29.66)*	-6.35*(32.6)*	-9.24*(27.7)*	1.07	.36
Olumlu Yorumlama [a]	-4.91*(5.38)*	-5.65*(5.2)*	-7.4*(7.31)*	-6.05*(7.9)*	.526	.66
Olumlu Yorumlama [b]	3.05*(5.86)*	2.8*(3.76)*	3.25*(4.8)*	3.25*(5.9)*	.034	.99
DASÖ-21-Anksiyete	10.23*(6.1)*	9.75*(4.78)*	9.25*(3.77)*	10.35*(5.92)*	.186	.91
DASÖ-21-Depresyon	8.1*(4.67)*	10.6*(5.8)*	8.1*(5.03)*	8.55*(5.9)*	1.02	.38
DASÖ-21-Stres	12.7*(4.14)*	13.1*(4.9)*	13.65*(3.5)*	13.7*(4.8)*	.216	.88
PNDÖ-Pozitif	28.7*(8.4)*	25.7*(9.7)*	31.1*(9.5)*	30.1*(7.1)*	1.46	.23
PNDÖ-Negatif	27.1*(5.7)*	32.15*(8.43)*	28.65*(7.77)*	29.1*(7.7)*	1.6	.19

[a] OKB olumlu yorumlama. [b] Genel olumlu yorumlama.

Not. PE-WEÜG: Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu, OİA-44: Obsesif İnançlar Anketi-44, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21, PNDÖ: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği.

[6] Katılımcıların OKB belirtilerini değerlendiren PE-WEÜG'ün doldurulmasının hemen ardından kendilerine sunulan az önce cevapladıkları bu formda yer alan belirtilerin yarattığı rahatsızlık düzeyinin ve sıklığının COVID-19 pandemisinden sonra gösterdiği değişimin gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı ayrı ayrı ki kare analizi ile incelenmiştir. Sonuçlara göre, bu belirtilerin rahatsızlık düzeyinin ve sıklığının COVID-19 pandemisinden sonra gösterdiği değişim açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (tüm *p'ler*> .05). Tüm katılımcıların %58.5'i (*S*=48) belirtilerin yarattığı rahatsızlık düzeyinin pandemiden sonra hiç artmadığını (aynı kaldığını), %11'i (*S*=9) biraz arttığını, %13.4'ü (*S*=11) oldukça arttığını, %9.8'i (*S*=8) çok arttığını ve %7.3'ü (*S*=6) ise çok fazla arttığını bildirmiştir. Belirtilerin sıklığının ise tüm katılımcıların %59.8'i (*S*=49) pandemiden sonra hiç artmadığını (aynı kaldığını), %12.2'si (*S*=10) biraz arttığını, %12.2'si (*S*=10) oldukça arttığını, %7.3'ü (*S*=6) çok arttığını ve %8.5'i (*S*=7) ise çok fazla arttığını bildirmiştir.

3.2. ÖN TEST ÖLÇÜMLERİNDE DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYON ANALİZLERİ

Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek üzere ön test ölçümlerine ilişkin tüm örneklem için Pearson Korelasyon analizleri yürütülmüştür. Bu kapsamda, Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu (PE-WEÜG) ile değerlendirilen OKB belirtileri, Obsesif İnançlar Anketi-44 (OİA-44) ile değerlendirilen obsesif inançlar, Standart Görsel Nokta İzleme Görevi ile elde edilen dikkat yanlılığı puanları, Senaryoları Tanıma Görevi ile elde edilen OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsü ve genel olumlu yorumlama örüntüsü puanları, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) ile değerlendirilen depresyon, anksiyete ve stres, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PNDÖ) ile değerlendirilen pozitif ve negatif duygular için uygulanan analiz sonuçları, farklı yönlerde ve hem anlamlı hem de anlamlı olmayan ilişkilerin olduğunu göstermiştir. Analiz sonuçları ayrıca Tablo 4'te özetlenmiştir.

Genel olarak öne çıkan bulgulardan söz etmek gerekirse, OKB belirtileri ile obsesif inançlar (r= .28, p=.01) ve anksiyete (r= .26, p=.02) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Diğer yandan, OKB belirtileri ile OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsü (r=-.30, p=.006) arasında negatif yönde anlamlı, bir ilişki olduğu; obsesif inançlar ile OKB belirtileri (r= .28, p=.01), depresyon (r= .25, p=.023), anksiyete (r= .33, p=.002), stres (r= .41, p=.000) ve negatif duygular (r= .28, p=.01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki varken; obsesif inançlar ile OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsü (r= -.49, p=. 000) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsü ile genel olumlu yorumlama örüntüsü (r= .24, p=.03) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki varken; OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsü ile OKB belirtileri (r=-.30, p=.006), obsesif inançlar (r= -.49, p=. 000) ve stres (r=-.27, p=. 02) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dikkat yanlılığı söz konusu olduğunda ise, dikkat yanlılığı ile diğer değişkenler arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tez çalışmasında yer alan diğer değişkenler arası ilişkilere bakıldığında da, depresyon ile obsesif inançlar (r= .25, p=.023), stres (r= .29, p=.01) ve negatif duygular (r= .45, p=.000) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki varken; depresyon ile

pozitif duygular (*r*=-.46, *p*=. 000) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer yandan, anksiyete ile OKB belirtileri (*r*= .26, *p*=.02), obsesif inançlar (*r*= .33, *p*=.002), stres (*r*= .29, *p*=.01) ve negatif duygular (*r*= .45, *p*=.000) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, stres ile obsesif inançlar (*r*= .41, *p*=.000), depresyon (*r*= .29, *p*=.01), anksiyete (*r*= .29, *p*=.01) ve negatif duygular (*r*= .55, *p*=.000) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki varken; stres ile OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsü (*r*=-.27, *p*=. 02) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Son olarak, negatif duygular ile obsesif inançlar (*r*= .28, *p*=.01), depresyon (*r*= .45, *p*=.000), anksiyete (*r*= .45, *p*=.000) ve stres (*r*= .55, *p*=.000) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki varken; pozitif duygular ile depresyon (*r*=-.46, *p*=. 000) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4: Ön Test Ölçümlerine İlişkin Değişkenler Arası Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. OKB belirtileri	1									
2. Obsesif İnançlar	.28**	1								
3. Dikkat Yanlılığı	-.02	-.06	1							
4. Olumlu Yorumlama [a]	-.30**	-.49**	.08	1						
5. Olumlu Yorumlama [b]	-.11	-.13	-.06	.24*	1					
6. Depresyon	-.03	.25*	.001	-.08	-.05	1				
7. Anksiyete	.26*	.33**	-.04	-.13	-.05	.07	1			
8. Stres	.17	.41**	-.15	-.27*	-.05	.29**	.45**	1		
9. Pozitif Duygular	.09	-.07	-.08	.06	.19	-.46**	.07	.12	1	
10. Negatif Duygular	-.05	.28**	.03	-.13	-14	.45**	.48**	.55**	-.04	1

*p< .05 düzeyinde anlamlıdır. ** p < .01 düzeyinde anlamlıdır.
[a] OKB olumlu yorumlama. [b] Genel olumlu yorumlama.

3.3. MÜDAHALE PROGRAMLARINA KATILIM VE UYUM

Katılımcıların müdahale programlarına katılımının ve uyumunun değerlendirilmesinde, iBYD-Y müdahale programı için alanyazındaki benzer çalışmalarda olduğu gibi (örn. Grisham ve diğerleri, 2014: 511), her bir senaryonun sunulması sırasında 2. ekranda çıkan kelime tamamlama görevini gerçekleştirirken kaydedilen tepki süresi ortalamaları ve 3. ekranda katılımcıların o senaryonun içeriğine yeterince dikkat edip etmediklerini belirlemek/kontrol edebilmek için sorulan tamamlayıcı sorulara verdikleri doğru cevapların oranları temel alınmıştır. iBYD-D müdahale programı için ise yine alanyazındaki benzer çalışmalar dikkate alınarak (örn. Carlbring ve diğerleri, 2012: 66), her bir denemenin 3. ekranında katılımcıların uyaranlara verdikleri yanıtların tepki süresi ve doğru cevap oranları temel alınmıştır. Hem iBYD-Y hem de iBYD-D müdahale programları için bu değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı farklar çıkmaması beklenmiştir. Bunun değerlendirilmesi için yapılan analizlerin sonuçları, müdahalenin doğruluğu hakkında bilgi sağlamıştır.

iBBYD müdahale programı, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale programlarından oluşan birleştirilmiş bir uygulama olduğu için, müdahalelere katılım ve uyum açısından grupların farklılaşıp farklılaşmadığı bağımsız örneklemler t testi ile incelenmiştir. Buna göre, iBYD-Y müdahale programına katılım ve uyumun değerlendirilmesi, yalnızca iBYD-Y müdahale programı alan grup ile iBBYD müdahale programı alan grubun iBYD-Y müdahale programı bileşenine ait tepki süresi ortalamaları ve doğru cevap oranlarının karşılaştırılması şeklinde gerçekleştirilmiştir. iBYD-D müdahale programına katılım ve uyumun değerlendirilmesinde ise benzer şekilde, yalnızca iBYD-D müdahale programı alan grup ile iBBYD müdahale programı alan grubun iBYD-D müdahale programı bileşenine ait tepki süresi ortalamaları ve doğru cevap oranları karşılaştırılarak gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen analizlerin sonuçları takip eden kısımda sunulmuştur.

Müdahale programı alan üç grubun 4 hafta, haftada 2 gün sıklıkta toplam 8 seanslık program süresince katılım sağladıkları oturum sayıları da incelenmiş ve

katılım sağlanan ortalama oturum sayısının (*Ort.* = 7.16, *SS*= .961) yüksek olduğu görülmüştür. Katılım sağlanan minimum oturum sayısı 4, maksimum oturum sayısı ise 8'dir. Katılım sağlanan oturum sayısı açısından grupların farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Sonuçlara göre, katılım sağlanan oturum sayısı açısından iBBYD müdahale programı (*Ort.* = 7.23, *SS*= .922), iBYD-Y müdahale programı (*Ort.* = 7.05, *SS*= .887) ve iBYD-D müdahale programı (*Ort.* = 7.2, *SS*= 1.11) alan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır [*F* (2,61) = .197, *p* =.82].

iBYD-Y Müdahale Programına Katılımın ve Uyumun Değerlendirilmesi: iBYD-Y müdahale programı alan grup ile iBBYD müdahale programı alan grubun iBYD-Y müdahale programı bileşenine ait kelime tamamlama görevi sırasında verdikleri yanıtlara ilişkin tepki süresi ortalamalarının ve tamamlayıcı soruya verdikleri doğru cevapların oranlarının farklılaşıp farklılaşmadığı bağımsız örneklemler t testi ile ayrı ayrı incelenmiştir. Analizlere geçmeden önce, her bir katılımcının müdahale programları sırasında verdikleri yanıtların ve tepki sürelerinin yer aldığı ve otomatik olarak veri tabanında kaydedilmiş olan excel dosyaları incelenmiştir. Kelime tamamlama görevi sırasında katılımcıların verdikleri yanıtlara ilişkin tepki sürelerinin her bir oturumdaki ortalaması hesaplanmış, daha sonra katılım sağlanan her bir oturumdaki tepki süresi ortalamaları toplanarak oturum sayısına bölünmüş ve tek bir tepki süresi ortalaması elde edilmiştir. Benzer bir işlem alanyazındaki diğer çalışmalarda da olduğu gibi (örn. Williams ve Grisham, 2013: 5; Girsham ve diğerleri, 2014: 511; Stech ve Grisham, 2017: 541; Black ve Grisham, 2018:7), katılımcıların tamamlayıcı soruya verdikleri doğru cevapların oranları için de gerçekleştirilmiş ve cevapların doğruluğuna ilişkin yüzdelik değerler elde edilmiştir.

Sonuçlara göre, iBYD-Y müdahale programı alan grubun kelime tamamlama görevi sırasında verdikleri yanıtlara ilişkin tepki süresi ortalamaları ile (*Ort.* = 1797.01, *SS*= 470.64) iBBYD müdahale programı alan grubun iBYD-Y müdahale programı bileşenine ait tepki süresi ortalamaları (*Ort.* = 1657.6, *SS*= 276.11) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır. [*t* (30.1) = -1.156, *p* =.26]. Benzer şekilde, iBYD-Y müdahale programı alan grubun tamamlayıcı soruya verdikleri doğru cevapların oranları ile (*Ort.* = 94.31, *SS*= 7.9) iBBYD müdahale

programı alan grubun iBYD-Y müdahale programı bileşenine ait doğru cevap oranları (*Ort.* = 95.73, *SS*= 7.4) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır. [*t* (40) = .601, *p* =.55]. Bu doğrultuda, her iki grupta da müdahaleye katılımın ve uyumun yüksek olduğu ve bu açıdan birbirleri ile benzer özellikler gösterdikleri görülmüştür. Katılımcıların kelime tamamlama görevi sırasında verdikleri yanıtlara ilişkin çok fazla zaman harcamadıkları göreve odaklandıklarını; tamamlayıcı soruya verdikleri doğru cevap oranlarının oldukça yüksek olması ise katılımcıların senaryoları içeriğine dikkat ederek okuduklarını göstermiştir.

iBYD-D Müdahale Programına Katılımın ve Uyumun Değerlendirilmesi: iBYD-D müdahale programı alan grup ile iBBYD müdahale programı alan grubun iBYD-D müdahale programı bileşenine ait tepki süresi ortalamalarının ve doğru cevap oranlarının farklılaşıp farklılaşmadığı bağımsız örneklemler t testi ile ayrı ayrı incelenmiştir. Analizlere geçmeden önce, her bir katılımcının müdahale programları sırasında verdikleri yanıtların ve tepki sürelerinin yer aldığı ve otomatik olarak veri tabanında kaydedilmiş olan excel dosyaları incelenmiştir. Oturumlar sırasında katılımcıların verdikleri yanıtlara ilişkin tepki sürelerinin her bir oturumdaki ortalaması hesaplanmış, daha sonra katılım sağlanan her bir oturumdaki tepki süresi ortalamaları toplanarak oturum sayısına bölünmüş ve tek bir tepki süresi ortalaması elde edilmiştir. Benzer bir işlem katılımcıların tamamlayıcı soruya verdikleri doğru cevapların oranları için de gerçekleştirilmiş ve cevapların doğruluğuna ilişkin yüzdelik değerler elde edilmiştir.

Sonuçlara göre, iBYD-D müdahale programı alan grubun kelime tamamlama görevi sırasında verdikleri yanıtlara ilişkin tepki süresi ortalamaları ile (*Ort.* = 633.64, *SS*= 220.1) iBBYD müdahale programı alan grubun iBYD-D müdahale programı bileşenine ait tepki süresi ortalamaları (*Ort.* = 579.11, *SS*= 101.7) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır. [*t* (40) = -1.047, *p* =.30]. Benzer şekilde, iBYD-D müdahale programı alan grubun tamamlayıcı soruya verdikleri doğru cevapların oranları ile (*Ort.* = 98.75, *SS*= .735) iBBYD müdahale programı alan grubun iBYD-D müdahale programı bileşenine ait doğru cevap oranları (*Ort.* = 98.25, *SS*= 1.43) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır [*t* (40) = -1.403, *p* =.17]. Bu doğrultuda, her iki grupta da müdahaleye katılımın ve uyumun

yüksek olduğu ve bu açıdan birbirleri ile benzer özellikler gösterdikleri görülmüştür. Katılımcıların verdikleri yanıtlara ilişkin çok fazla zaman harcamadıkları göreve odaklandıklarını; doğru cevap oranlarının oldukça yüksek olması ise katılımcıların görevi gerçekleştirirken dikkatlerini göreve verdiklerini göstermiştir.

3.4. KATILIMCILARIN ÖN TEST, SON TEST VE İZLEM ÖLÇÜMLERİNDE ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmada iBBYD müdahale programının etkililiğini incelemek amacıyla iBBYD, iBYD-Y, iBYD-D müdahalelerini alan katılımcılar ile KG grubundaki katılımcılardan elde edilen ön test, son test ve 1 aylık izlem ölçümleri karşılaştırılmıştır. Müdahale programı türünün (bağımsız değişkenin) gruplar arasında PE-WEÜG, OİA, PNDÖ ve DASÖ-21'den elde edilen ölçümlerde anlamlı farka yol açıp açmadığı her bağımlı değişken için ayrı ayrı olmak üzere 4 (grup: iBBYD, iBYD-Y, iBYD-D, KG) x 3 (zaman: ön test / son test / takip ölçümü) son faktörde tekrar ölçümlü karışık desen ANOVA ile analiz edilmiştir.[7] Yanlılık ölçümlerinde anlamlı farka yol açıp açmadığı ise dikkat ve yorumlama yanlılığı için ayrı ayrı olmak üzere 4 (grup: iBBYD, iBYD-Y, iBYD-D, KG) x 2 (zaman: ön test / son test) son faktörde tekrar ölçümlü karışık desen ANOVA ile analiz edilmiştir. Grup ile zaman arasındaki etkileşimin etkisinin anlamlı olduğu analizlerin bulguları sunulurken; öncelikle varsa grup-içi anlamlı bulgular daha sonra varsa gruplar-arası anlamlı bulgular sırasıyla sunulmuştur.

3.4.1. Grupların OKB Belirti Puanlarının Karışık Desenler için Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu için yapılan analizde, küresellik varsayımının karşılandığı görülmüştür, Mauchly

[7] 1 aylık takip ölçümleri sırasında, katılımcı kaybı yaşandığı ve 1 katılımcı bu aşamada çalışmadan ayrıldığı için takip ölçümlerini içeren 4 x 3 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizlerindeki katılımcı sayısını, toplam katılımcı sayısı olan 82 kişi yerine 81 kişi oluşturmuştur. 4 x 3 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi gerçekleştirilen değişkenler için analizler, sadece ön test ve son test ölçümlerini içerecek şekilde 4x2 olarak da tekrarlanmış ve sonuçlarda herhangi bir farklılık olmadığı görülmüştür.

W(2)=.99, $\chi 2$=.26, *p*=.88. 4 x 3 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, OKB belirtileri toplam puanı açısından hem grubun ana etkisinin [*F* (3,77) = 2.96, *p* = .038, ηp^2=.103] hem de zamanının ana etkisinin [*F* (2,154) = 24.86, *p* = .000, ηp^2=.24] anlamlı olduğu bulunmuştur. Grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi de istatistiksel olarak anlamlıdır, *F* (6,154) = 2.676, *p* = .02, ηp^2=.094.

Farklılaşmanın kaynağını anlamak üzere Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizi yürütülmüştür. Buna göre grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki ortalamaları karşılaştırıldığında iBYD-D grubunun 3 farklı zamanda elde edilen ölçüm ortalamaları arasında farklılaşma bulunmazken, iBBYD grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 60, *SS*= 25.6) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 74.3, *SS*= 10.63) karşılaştırıldığında OKB belirtilerinde anlamlı bir düşüş olduğu görülmüş (*p*=.005), bu düşüş 1 aylık izlem ölçümünde de (*Ort.* = 54.8, *SS*= 25.53) korunmuştur (*p*=.000). Benzer şekilde, iBYD-Y grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 51.8, *SS*= 21.4) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 73.6, *SS*= 11.3) karşılaştırıldığında OKB belirtilerinde anlamlı bir düşüş olduğu görülmüş (*p*=.000), bu düşüş 1 aylık izlem ölçümünde de (*Ort.* = 51.3, *SS*= 25.6) korunmuştur (*p*=.000). KG grubunun ise izlem ölçümü (*Ort.* = 65.6, *SS*= 12.6) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 76.3, *SS*= 9.2) karşılaştırıldığında OKB belirtilerinde marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür (*p*=.06).

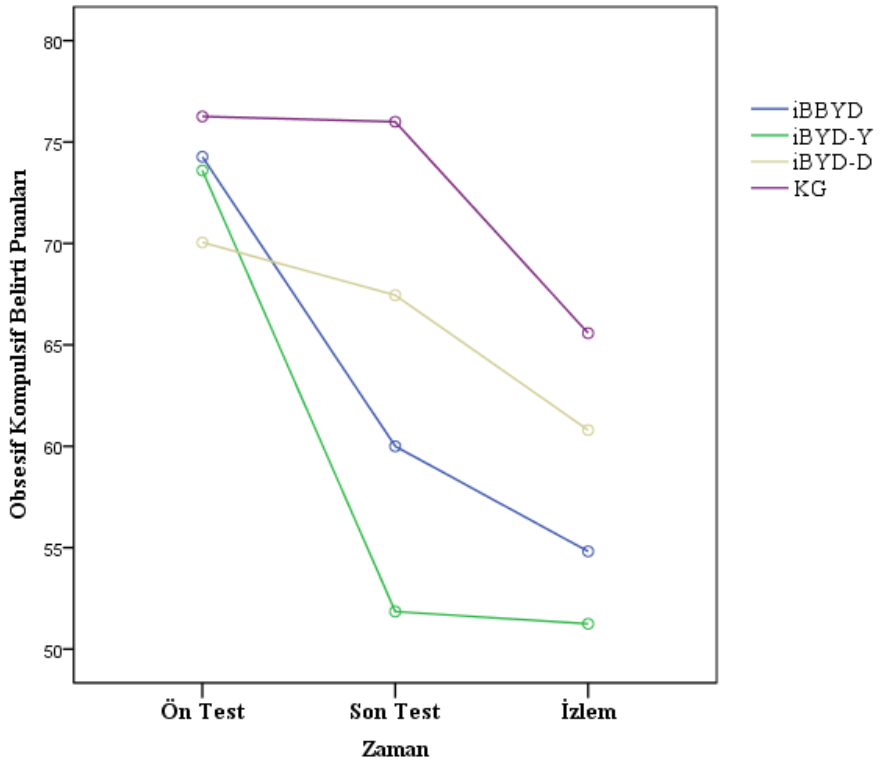
Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizinde zamana göre gruplar karşılaştırıldığında ise, ön test ve izlem ölçümü ortalamaları gruplara göre farklılaşmazken, son test ölçümünde iBYD-Y grubunun ortalamasının (*Ort.* = 51.8, *SS*= 21.4), KG ortalamasından (*Ort.* = 76, *SS*= 17.9) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.007).

Özetle, zaman içinde OKB belirtilerindeki anlamlı düşüşün yalnızca iBBYD ve iBYD-Y gruplarında ortaya çıkması, her iki müdahale programının da bu belirtileri azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Ancak özellikle iBYD-Y müdahale programının bu süreçte herhangi bir müdahale almayan KG grubundan farklılaşması, söz konusu müdahale programının OKB belirtilerini azaltmada ayrı bir potansiyeli olduğuna işaret etmektedir. Üç farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5' te ve grupların üç farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 10'da ayrıca verilmiştir.

Tablo 5: Grupların PE-WEÜG Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	S	ZAMAN		
		Ön Test	Son Test	1 Aylık İzlem
		Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*
iBBYD	22	74.3 *(10.63)*	60 *(25.6)*	54.8 *(25.53)*
iBYD-Y	20	73.6 *(11.3)*	51.8 *(21.4)*	51.3 *(25.6)*
iBYD-D	20	70.1 *(7.1)*	67.5 *(22.7)*	60.8 *(19.3)*
KG	19	76.3 *(9.2)*	76 *(17.9)*	65.6 *(12.6)*

Şekil 10: Grupların Üç Farklı Zamandaki PE-WEÜG Puanları



3.4.2. Grupların Obsesif İnanç Puanlarının Karışık Desenler için Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

Obsesif İnançlar Anketi-44 için yapılan analizde, küresellik varsayımı karşılanmadığından [Mauchly $W(2)=.80$, $\chi 2=16.98$, $p=.000$], serbestlik derecesi üzerinde Huynh-Feldt düzeltmesi yapılmış ve bu F değerleri rapor edilmiştir. 4 x 3 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, obsesif inançlar toplam puanı açısından hem grubun ana etkisinin [F (3,77) = 3.64 p = .016, $\eta p^2=.124$] hem de zamanının ana etkisinin [F (1.76, 135.9) = 37.86, p = .000, $\eta p^2=.33$] anlamlı olduğu bulunmuştur. Grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi de istatistiksel olarak marjinal düzeyde (sınırda) anlamlıdır, F (5.3,135.9) = 2.15, p = .06, $\eta p^2=.077$.

Farklılaşmanın kaynağını anlamak üzere Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizi yürütülmüştür. Buna göre grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki ortalamaları karşılaştırıldığında iBYD-D ve KG gruplarının 3 farklı zamanda elde edilen ölçüm ortalamaları arasında farklılaşma bulunmazken, iBBYD grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 151.46, *SS*= 42.7) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 186.8, *SS*= 29.8) karşılaştırıldığında obsesif inançlarda anlamlı bir düşüş olduğu görülmüş (p=.000), bu düşüş 1 aylık izlem ölçümünde de (*Ort.* = 149.41, *SS*= 57.2) korunmuştur (p=.000). Benzer şekilde, iBYD-Y grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 149.15, *SS*= 37.1) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 198.4, *SS*= 31.4) karşılaştırıldığında obsesif inançlarda anlamlı bir düşüş olduğu görülmüş (p=.000), bu düşüş 1 aylık izlem ölçümünde de (*Ort.* = 151.9, *SS*= 46.7) korunmuştur (p=.000).

Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizinde zamana göre gruplar karşılaştırıldığında ise, iBBYD ve iBYD-D gruplarının ön test ölçüm ortalamaları birbirinden farklılaşmazken, son test ölçümünde, iBBYD grubunun ortalamasının (*Ort.* = 151.46, *SS*= 42.7) iBYD-D grubunun ortalamasından (*Ort.* = 185, *SS*= 41.01) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (p=.05). İzlem ölçümünde ise iBBYD grubunun ortalamasının (*Ort.* = 149.41, *SS*= 57.2) iBYD-D grubunun ortalamasından (*Ort.* = 184.6, *SS*= 38.4) marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (p=.092). Ayrıca, iBBYD ve KG gruplarının ön test ve izlem ölçümü ortalamaları birbirinden farklılaşmazken, son test ölçümünde iBBYD grubunun

ortalamasının (*Ort.* = 151.46, *SS*= 42.7) KG grubunun ortalamasından (*Ort.* = 182.3, *SS*= 39.35) marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.098).

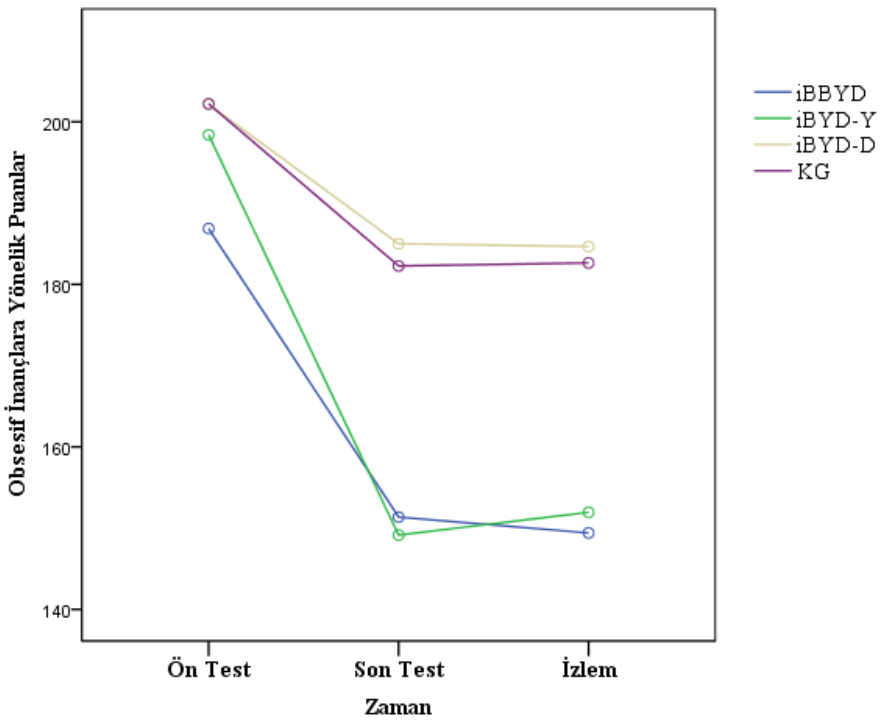
iBYD-Y ve iBYD-D gruplarının ön test ve izlem ölçümü ortalamaları birbirinden farklılaşmazken, son test ölçümünde, iBYD-Y grubunun ortalamasının (*Ort.* = 149.15, SS= 37.1) iBYD-D grubunun ortalamasından (*Ort.* = 185, *SS*= 41.01) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.036). Ayrıca, iBYD-Y ve KG gruplarının ön test ve izlem ölçümü ortalamaları birbirinden farklılaşmazken, son test ölçümünde iBYD-Y grubunun ortalamasının (*Ort.* = 151.46, *SS*= 42.7) KG grubunun ortalamasından (*Ort.* = 182.3, *SS*= 39.35) marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.072).

Özetle, zaman içinde obsesif inançlardaki azalmanın yalnızca iBBYD ve iBYD-Y gruplarında ortaya çıkması, her iki müdahale programının da işlevsel olmayan bu inançları azaltmada iBYD-D müdahale programından daha etkili olduğunu göstermektedir. KG'nin puanları incelendiğinde iBYD-D grubu puanları ile benzer bir örüntü olduğu görülmüş, KG ile iBBYD ve iBYD-Y grupları arasındaki farklılaşma sınırda bir anlamlılık ile ortaya çıkmıştır. Üç farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 6' da ve grupların üç farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 11'de ayrıca verilmiştir.

Tablo 6: Grupların OİA-44 Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	**S**	**ZAMAN**		
		Ön Test	**Son Test**	**1 Aylık İzlem**
		Ort. *(SS)*	**Ort. *(SS)***	**Ort. *(SS)***
iBBYD	22	186.8 *(29.8)*	151.46 *(42.7)*	149.41 *(57.2)*
iBYD-Y	20	198.4 *(31.4)*	149.15 *(37.1)*	151.9 *(46.7)*
iBYD-D	20	202.15 *(40.34)*	185 *(41.01)*	184.6 *(38.4)*
KG	19	202.21*(37.53)*	182.3 *(39.35)*	182.6 *(37.2)*

Şekil 11: Grupların Üç Farklı Zamandaki OİA-44 Puanları



3.4.3. Senaryoları Tanıma Görevi ile Değerlendirilen Yorumlama Yanlılığına Yönelik Analizler

Bu kısımda öncelikle senaryoları tanıma görevi kullanılarak ön test ve son testte gerçekleştirilen yorumlama yanlılığı değerlendirmesinin doğruluğuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Daha sonra grupların yorumlama yanlılığı puanlarının karışık desenler için varyans analizi ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmuştur:

Yorumlama Yanlılığı Puanlarının Hesaplanması ve Yorumlama Yanlılığı Değerlendirmesinin Doğruluğuna İlişkin Analizler: Yorumlama yanlılığının değerlendirilmesinde veri olarak, aynı anda ve birbiri ardına gerçekleştirilen üç aşamadan oluşan senaryoları tanıma görevinin 3. aşamasında uygulanan Tanıma Derecelendirme Formu'ndan elde edilen puanlar kullanılmıştır Clerkin ve Teachman (2011: 339). Puanların hesaplanması her bir tür ifade için ayrı ayrı yapılmış ve puanlama sonucunda 4 tür toplam puan (OKB ile ilişkili olumlu yorumlama, OKB ile ilişkili olumsuz yorumlama, OKB ile ilişkili olmayan olumlu yorumlama, OKB ile

ilişkili olmayan olumsuz yorumlama) elde edilmiştir. Daha sonra olumsuz ifade içeren madde puanlarının olumlu ifade içeren madde puanlarından çıkarılması ile biri genel bir olumlu yorumlama örüntüsünü yansıtan (OKB ile ilişkili olmayan olumlu yorumlama- OKB ile ilişkili olmayan olumsuz yorumlama); diğeri ise OKB ile ilişkili bir olumlu yorumlama örüntüsünü yansıtan (OKB ile ilişkili olumlu yorumlama- OKB ile ilişkili olumsuz yorumlama) iki ayrı puan hesaplanmıştır. OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsünü yansıtan puanın pozitif yönde artması yorumlama yanlılığının azaldığına işaret etmektedir.

Analizlere geçmeden önce, ön test ve son testte senaryoları tanıma görevi ile yorumlama yanlılığı değerlendirmesinin doğru bir şekilde gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği incelenmiştir. Bu doğrultuda, katılımcıların tamamlayıcı soruya verdikleri doğru cevapların oranlarının (doğru cevap yüzdelerinin) farklılaşıp farklılaşmadığı ön test ve son test için ayrı ayrı olmak üzere tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Sonuçlara göre, tamamlayıcı soruya verilen doğru cevapların oranları açısından iBBYD müdahale programı (*Ort.* = 91.14, *SS*= 12.4), iBYD-Y müdahale programı (*Ort.* = 93.7, *SS*= 5.8), iBYD-D müdahale programı (*Ort.* = 94.5, *SS*= 6.3) alan gruplar ve KG (*Ort.* = 93.3, *SS*= 5.2) arasında ön testte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır [F (3,78) = .671, p =.57]. Benzer şekilde, tamamlayıcı soruya verilen doğru cevapların oranları açısından iBBYD müdahale programı (*Ort.* = 93.6, *SS*= 5.4), iBYD-Y müdahale programı (*Ort.* = 94.7, *SS*= 4.43), iBYD-D müdahale programı (*Ort.* = 96.5, *SS*= 4.62) alan gruplar ve KG (*Ort.* = 96.3, *SS*= 3.6) arasında son testte de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır [F (3,78) = 1.81, p =.15]. Katılımcıların senaryoları tanıma görevi sırasında hem ön testte hem de son testte tamamlayıcı soruya verdikleri doğru cevap oranlarının oldukça yüksek olması, katılımcıların senaryoları içeriğine dikkat ederek okuduklarını, diğer bir deyişle yapılan değerlendirmenin doğru bir şekilde gerçekleştirildiğini göstermiştir.

Grupların Senaryoları Tanıma Görevi Yorumlama Yanlılığı Puanlarının Karışık Desenler için Varyans Analizi ile Karşılaştırılması: Grupların OKB ile ilişkili yorumlama yanlılığı puanları ile OKB ile ilişkili olmayan ve genel bir yorumlama yanlılığını ifade eden yanlılık puanları ayrı ayrı karışık desenler için varyans analizi yürütülerek karşılaştırılmıştır.

4 x 2 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, OKB ile ilişkili yorumlama yanlılığı açısından hem grubun ana etkisinin [F (3,78) = 5.97, p = .001, ηp^2=.18] hem de zamanının ana etkisinin [F (1,78) = 40.85, p = .000, ηp^2=.34] anlamlı olduğu bulunmuştur. Grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi de istatistiksel olarak anlamlıdır, F (3,78) = 7.03, p = .000, ηp^2=.21.

Farklılaşmanın kaynağını anlamak üzere Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizi yürütülmüştür. Buna göre grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki ortalamaları karşılaştırıldığında KG'nin 2 farklı zamanda elde edilen ölçüm ortalamaları arasında farklılaşma bulunmazken, iBBYD grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 3.6, *SS*= 8.5) ile ön test ölçümü (*Ort.* =-4.9, *SS*= 5.4) karşılaştırıldığında, OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsünü yansıtan puanlarda pozitif yönde anlamlı bir artış olduğu, yani yanlılıkta bir azalma olduğu görülmüştür (p=.000). Benzer şekilde, iBYD-Y grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 4.7, *SS*= 6.3) ile ön test ölçümü (*Ort.* = -5.6, *SS*= 5.2) karşılaştırıldığında, OKB ile ilişkili olumlu yorumlama eğiliminde anlamlı bir artış olduğu, yani yanlılıkta bir azalma olduğu saptanmıştır (p=.000). iBYD-D grubunun ise son test ölçümü (*Ort.* = -4.5, *SS*= 8.1) ile ön test ölçümü (*Ort.* = -7.4, *SS*= 7.3) karşılaştırıldığında, OKB ile ilişkili olumlu yorumlama eğiliminde marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır (p=.099)

Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizinde zamana göre gruplar karşılaştırıldığında ise, ön test ölçümü ortalamaları gruplara göre farklılaşmazken, son test ölçümünde, iBBYD grubunun ortalamasının (*Ort.* = 3.6, *SS*= 8.5), hem iBYD-D grubunun ortalamasından (*Ort.* = -4.5, *SS*= 8.1) anlamlı olarak daha yüksek olduğu (p=.003) hem de KG'nin ortalamasından (*Ort.* = -5.6, *SS*= 5.5) anlamlı olarak daha yüksek olduğu (p=.001) görülmüştür. Benzer şekilde, iBYD-Y grubunun ortalamasının (*Ort.* = 4.7, *SS*= 6.3), hem iBYD-D grubunun ortalamasından (*Ort.* = -4.5, *SS*= 8.1) anlamlı olarak daha yüksek olduğu (p=.001) hem de KG'nin ortalamasından (*Ort.* = -5.6, *SS*= 5.5) anlamlı olarak daha yüksek olduğu (p=.000) görülmüştür.

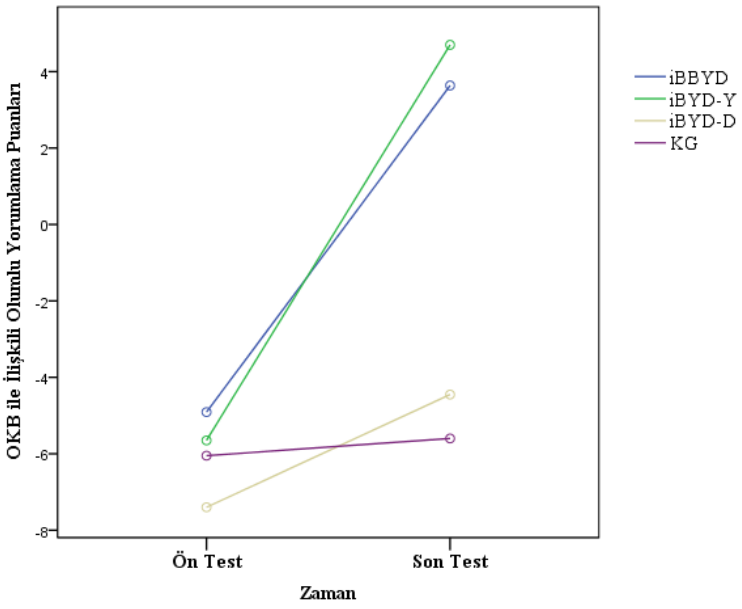
Özetle, zaman içinde OKB ile ilişkili olumlu yorumlama eğiliminin artmasıyla görülen yanlılıktaki azalmanın yalnızca iBBYD ve iBYD-Y gruplarında ortaya çıkması, her iki müdahale programının da yanlılığı azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. iBYD-D müdahale programının da benzer bir etkisi görülmüş, ancak

bu etki sınırda bir anlamlılık ile ortaya çıkmıştır. Ayrıca iBBYD ve iBYD-Y müdahale programı alan grupların bu süreçte iBYD-D müdahalesi ile herhangi bir müdahale almayan KG grubundan farklılaşması da, söz konusu müdahale programlarının yorumlama yanlılıklarını azaltmada ayrı bir potansiyeli olduğuna işaret etmektedir. İki farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 7' de ve grupların iki farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 12'de ayrıca verilmiştir.

Tablo 7: Grupların OKB ile İlişkili Olumlu Yorumlama Puanlarının İki Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	S	ZAMAN	
		Ön Test	Son Test
		Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*
iBBYD	22	-4.9 *(5.4)*	3.6 *(8.5)*
iBYD-Y	20	-5.6 *(5.2)*	4.7 *(6.3)*
iBYD-D	20	-7.4 *(7.3)*	-4.5 *(8.1)*
KG	20	-6.1 *(7.9)*	-5.6 *(5.5)*

Şekil 12: Grupların İki Farklı Zamandaki OKB ile İlişkili Olumlu Yorumlama Puanları



4 x 2 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, OKB ile ilişkili olmayan ve genel yorumlama yanlılığı açısından ise, hem zamanın ana etkisinin [F (1,78) = 4.51, p = .037, ηp^2=.055] hem de grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin [F (3,78) = 4.42, p = .006, ηp^2=.15] anlamlı olduğu bulunmuştur. Grup ana etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür, F (3,78) = 1.39, p = .25, ηp^2=.051.

Farklılaşmanın kaynağını anlamak üzere Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizi yürütülmüştür. Buna göre grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki ortalamaları karşılaştırıldığında iBBYD, iBYD-D ve KG gruplarının 2 farklı zamanda elde edilen ölçüm ortalamaları arasında farklılaşma bulunmazken, iBYD-Y grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 7.8, *SS*= 5.5) ile ön test ölçümü (*Ort.* =2.8, *SS*= 3.7) karşılaştırıldığında, genel olumlu yorumlama örüntüsünü yansıtan puanlarda pozitif yönde anlamlı bir artış olduğu, yani genel olarak yanlılıkta bir azalma olduğu görülmüştür (p=.001)

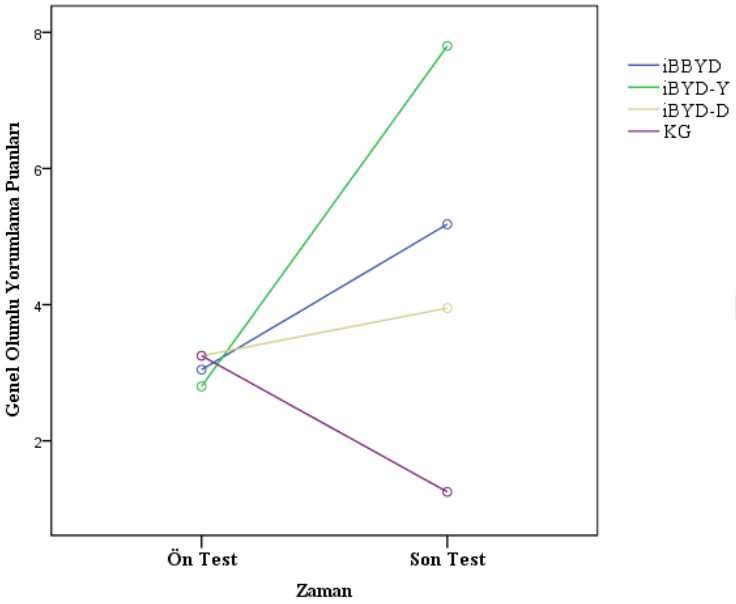
Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizinde zamana göre gruplar karşılaştırıldığında ise, ön test ölçümü ortalamaları gruplara göre farklılaşmazken, son test ölçümünde, iBYD-Y grubunun ortalamasının (*Ort.* = 7.8, *SS*= 5.5), KG'nin ortalamasından (*Ort.* = 1.3, *SS*= 5.8) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (p=.007).

Özetle, zaman içinde genel olumlu yorumlama eğilimindeki artışın yalnızca iBYD-Y grubunda ortaya çıkması, bu müdahale programının OKB ile ilişkili yanlılığı azaltmanın yanı sıra genel yanlılık eğilimini de azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca iBYD-Y müdahale programı alan grubun bu süreçte herhangi bir müdahale almayan KG grubundan farklılaşması da, söz konusu müdahale programının genel yorumlama yanlılıklarını azaltmada ayrı bir potansiyeli olduğuna işaret etmektedir. İki farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 8' de ve grupların iki farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 13'te ayrıca verilmiştir.

Tablo 8: Grupların Genel Olumlu Yorumlama Puanlarının İki Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	S	ZAMAN	
		Ön Test	Son Test
		Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*
iBBYD	22	3.1 *(5.8)*	5.2 *(7.6)*
iBYD-Y	20	2.8 *(3.7)*	7.8 *(5.5)*
iBYD-D	20	3.3 *(4.8)*	3.9 *(5.2)*
KG	20	3.3 *(5.9)*	1.3 *(5.8)*

Şekil 13: Grupların İki Farklı Zamandaki Genel Olumlu Yorumlama Puanları



3.4.4. Standart Görsel Nokta İzleme Görevi ile Değerlendirilen Dikkat Yanlılığına Yönelik Analizler

Bu kısımda öncelikle standart görsel nokta izleme görevi kullanılarak ön test ve son testte gerçekleştirilen dikkat yanlılığı değerlendirmesinin doğruluğuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Daha sonra grupların dikkat yanlılığı puanlarının karışık desenler için varyans analizi ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmuştur:

Dikkat Yanlılığı Puanlarının Hesaplanması ve Dikkat Yanlılığı Değerlendirmesinin Doğruluğuna İlişkin Analizler: Dikkat yanlılığının

değerlendirilmesinde veri olarak katılımcıların tepki süreleri kullanılmıştır. Katılımcıların standart görsel nokta izleme görevi sırasında otomatik olarak veri tabanında excel dosyasına kaydedilen yanıtları ve tepki süreleri incelenmiştir. Dikkat yanlılığı puanları hesaplanmadan önce, hesaplanacak puanların doğru bir şekilde elde edilmesi ve yorumlanabilmesi için karıştırıcı olabilecek değişkenlerin etkisini azaltmaya yönelik işlemler gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak, hem ön test hem de son test ölçümlerinde, "←" işareti ekranda belirdiğinde klavyede sağ ok tuşuna, "→" işareti belirdiğinde ise klavyede sol ok tuşuna basılmış olan yanlış tepkiler analizlerden çıkartılmıştır. Analizlere dahil edilmemiş olan yanlış tepkiler ön test ölçümleri için yaklaşık bütün tepkilerin %0.8'ine; son test ölçümleri için %0.91'ine karşılık gelmektedir. Kriterlere uymayan bu yanlış tepkilerin analizlerden çıkartılmasından sonra, Ratcliff'in (1993:510-532) önerileri çerçevesinde verilerdeki uç değerler incelenmiştir. 100 ms'den kısa sürede ve 2000 ms'den uzun sürede verilmiş olan tepkiler uç değerler olarak tanımlanmış ve analizlerden çıkartılmıştır. Analizlere dahil edilmemiş olan uç değerler, hem ön test ölçümleri hem de son test ölçümleri için yanlış tepkiler çıkarıldıktan sonra kalan tepkilerin %0.13'üne karşılık gelmektedir. Her bir katılımcının tepki gecikme hızı ortalamasından +/- 2 standart sapma aralığı dışında kalan değerler de uç değerler olarak tanımlanmış ve analizlerden çıkartılmıştır. Analizlere dahil edilmemiş olan uç değerler, ön test ölçümleri için kalan tepkilerin %1.8'ine; son test ölçümleri için kalan tepkilerin %2.01'ine karşılık gelmektedir. Özetle, dikkat yanlılığı verilerinin toplam %5.85'i analizlerden çıkarılmıştır. Çıkarılan verilerin oranı daha önce gerçekleştirilen çalışmalarda rapor edilen oranlarla uyumludur (örn. Amir ve diğerleri, 2009:155; Najmi ve Amir, 2010:141).

Analizlerden çıkarılan veri sayılarının ortalaması açısından gruplar arasında bir farklılaşma olması, müdahalenin dikkat yanlılığı üzerindeki etkisini değerlendirirken karıştırıcı bir etken olabileceği için (örn. bir grubun çıkarılan veri sayısının diğer bir gruptan fazla ya da az olmasının müdahalenin gerçek etkisi hakkında gerçekçi olmayan bir izlenime yol açabilecek olması gibi), bu açıdan gruplar arasında bir farklılaşma olup olmadığı ön test ve son test için ayrı ayrı olmak üzere tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Sonuçlara göre, analizlerden çıkarılan veri sayısı ortalamaları açısından iBBYD müdahale programı (*Ort.* = 2.3, *SS*= 1.8), iBYD-Y

müdahale programı (*Ort.* = 2.4, *SS*= 1.5), iBYD-D müdahale programı (*Ort.* = 3.1, *SS*= 2.1) alan gruplar ve KG (*Ort.* = 2.6, *SS*= 1.5) arasında ön testte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır [*F* (3,78) = .798, *p* =.49]. Benzer şekilde, analizlerden çıkarılan veri sayısı ortalamaları açısından iBBYD müdahale programı (*Ort.* = 2.8, *SS*= 1.8), iBYD-Y müdahale programı (*Ort.* = 3, *SS*= 3.13), iBYD-D müdahale programı (*Ort.* = 2.9, *SS*= 2.13) alan gruplar ve KG (*Ort.* = 3.35, *SS*= 1.8) arasında son testte de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır [*F* (3,78) = .216, *p* =.88].

Analizlere geçmeden önce, ön test ve son testte standart görsel nokta izleme görevi ile dikkat yanlılığı değerlendirmesinin doğru bir şekilde gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği de incelenmiştir. Bu doğrultuda, yanlış cevaplar çıkarılmadan önce gruplar arasında doğru tepkilerin oranlarının (doğru cevap yüzdelerinin) farklılaşıp farklılaşmadığı ön test ve son test için ayrı ayrı olmak üzere tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Sonuçlara göre, doğru tepkilerin oranları açısından iBBYD müdahale programı (*Ort.* = 98.8, *SS*= 2.01), iBYD-Y müdahale programı (*Ort.* = 98.6, *SS*= 1.9), iBYD-D müdahale programı (*Ort.* = 98.8, *SS*= 1.8) alan gruplar ve KG (*Ort.* = 98.5, *SS*= 2.24) arasında ön testte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır [*F* (3,78) = .12, *p* = .95]. Benzer şekilde, son testte de doğru tepkilerin oranları açısından iBBYD müdahale programı (*Ort.* = 98.6, *SS*= 1.9), iBYD-Y müdahale programı (*Ort.* = 98.6, *SS*= 2.5), iBYD-D müdahale programı (*Ort.* = 99.2, *SS*= 1.51) alan gruplar ve KG (*Ort.* = 97.9, *SS*= 2.4) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır [*F* (3,78) = 1.28, *p* =.28]. Katılımcıların standart görsel nokta izleme görevi sırasında hem ön testte hem de son testte doğru tepki oranlarının oldukça yüksek olması, yapılan değerlendirmenin doğru bir şekilde gerçekleştirildiğini göstermiştir.

Dikkat yanlılığı veri setinden yanlış tepkiler ile uç değerler temizlendikten sonra hem ön test hem de son test için dikkat yanlılığı puanları hesaplanmıştır. Dikkat yanlılığı puanlarının hesaplanmasında MacLeod ve Mathews (1988:664) tarafından önerilen formül kullanılmıştır. Bu doğrultuda, okun bir önceki ekranda nötr fotoğrafın olduğu yerde belirdiği denemelerde kaydedilen tepki süresi ortalamasından, okun bir önceki ekranda OKB ilişkili fotoğrafın olduğu yerde belirdiği denemelerde kaydedilen tepki süresi ortalamasının çıkarılması ve sonucun ikiye bölünmesi ile dikkat yanlılığı

puanı elde edilmiştir: [(OKB ilişkili fotoğraf altta/ Hedef üstte + OKB ilişkili fotoğraf üstte/ Hedef altta) – (OKB ilişkili fotoğraf altta/ Hedef altta + OKB ilişkili fotoğraf üstte/ Hedef üstte)] /2. Buna göre, elde edilen puanların sıfır olması dikkat yanlılığının olmadığına, pozitif olması dikkatin tehditten uzaklaştırılmasındaki zorlanmaya (difficulty in disengagement), negatif olması ise dikkatin tehditten kaçırılmasına (attentional avoidance) işaret etmektedir (Koster ve diğerleri, 2006:1761).

*Standart Görsel Nokta İzleme Görevi Dikkat Yanlılığı Puanlarının Karışık Desenler için Varyans Analizi ile Karşılaştırılması***:** Müdahale programlarının katılımcıların dikkat yanlılıkları üzerinde bir etkisi olup olmadığını ayrıntılı olarak incelemek için öncelikle dikkat yanlılığı puanları hesaplanmadan 4 (grup: iBBYD, iBYD-Y, iBYD-D, KG) x 2 (OKB ile ilişkili uyaranın yeri: alt/üst) x 2 (hedefin yeri: alt/üst) x 2 (zaman: ön test / son test) tekrar ölçümlü karışık desen ANOVA analizi yürütülmüştür. Yapılan analiz sonucunda dikkat yanlılığı açısından; grup, OKB ile ilişkili uyaranın yeri, hedefin yeri ve zaman arasındaki etkileşim etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür, F (3,78) = 1.6, p = .19, ηp^2=.06. Bunun yanında, dikkat yanlılığı açısından yalnızca OKB ile ilişkili uyaranın yerinin ana etkisinin F (1,78) = 8.21, p = .005, ηp^2=.095 ve hedefin yerinin ana etkisinin [F (1,78) = 29.13, p = .000, ηp^2=.27] anlamlı olduğu bulunmuştur. OKB ile ilişkili uyaranın yeri, hedefin yeri ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi de istatistiksel olarak anlamlıdır, F (1,78) = 5.66, p = .02, ηp^2=.07.

Farklılaşmanın kaynağını anlamak üzere Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizi yürütülmüştür. OKB ilişkili uyaranın yerine göre hedefin yeri ve zaman karşılaştırıldığında OKB ilişkili fotoğraf altta/ Hedef üstte olan denemelerde katılımcıların, son test ölçümlerinde (*Ort.* = 592.52, *SS*= 137.51) ön test ölçümlerine göre (*Ort.* = 622.1, *SS*= 118.02) daha hızlı tepkiler verdikleri görülmüştür (p=.049).

Zamana göre OKB ilişkili uyaranın yeri ve hedefin yeri karşılaştırıldığında katılımcıların, ön test ölçümlerinde OKB ilişkili fotoğraf üstte/ Hedef üstte olan denemelerde (*Ort.* = 630.9, *SS*= 115.6) OKB ilişkili fotoğraf üstte/ Hedef altta olan denemelere göre (*Ort.* = 642.14, *SS*= 120.6) daha hızlı tepkiler verdikleri görülmüştür ((p=.003). Benzer şekilde, son test ölçümlerinde de katılımcıların, OKB ilişkili fotoğraf üstte/ Hedef üstte olan denemelerde (*Ort.* = 609.9, *SS*= 148.5) OKB ilişkili

fotoğraf üstte/ Hedef altta olan denemelere göre (*Ort.* = 615.5, *SS*= 138.8) daha hızlı tepkiler verdikleri saptanmıştır (*p*=.000).

Hedefin yerine göre, OKB ilişkili uyaranın yeri ve zaman karşılaştırıldığında katılımcıların, son test ölçümlerinde OKB ilişkili fotoğraf altta/ Hedef üstte olan denemelerde (*Ort.* = 592.52, *SS*= 137.5) OKB ilişkili fotoğraf üstte/ Hedef üstte olan denemelere göre (*Ort.* = 609.9, *SS*= 148.5) daha hızlı tepkiler verdikleri görülmüştür (*p*=.001). Benzer şekilde, son test ölçümlerinde OKB ilişkili fotoğraf üstte/ Hedef altta olan denemelerde (*Ort.* = 615.5, *SS*= 138.8) OKB ilişkili fotoğraf altta/ Hedef altta olan denemelere göre (*Ort.* = 625.9, *SS*= 135.4) daha hızlı tepkiler verdikleri görülmüştür (*p*=.023).

Özetle, katılımcıların denemelerde uyaranlara verdikleri tepkilerin hızı üzerinde özellikle OKB ile ilişkili uyaranın yeri ve hedefin yerinin ana etkisi ve etkileşim etkisi anlamlı olduğundan, katılımcıların dikkat yanlılıkları ya da dikkat yanlılıklarının zaman içindeki değişimi hakkında güvenilir değerlendirmelerde bulunmak güçleşmektedir. Yukarıda ayrıntılı olarak sunulan analizin sonuçları incelendiğinde, katılımcıların ağırlıklı olarak, OKB ile ilişkili uyaranların ya da hedefin ekranın üst bölümünde sunulduğu denemelerde daha hızlı tepki verme eğiliminde oldukları görülmüştür. Bu durumun olası nedenlerine ayrıca tartışma bölümünde ayrıntılı olarak değinilmiştir.

Müdahale programlarının katılımcıların dikkat yanlılıkları üzerinde bir etkisi olup olmadığı, daha sadeleştirilmiş bir analiz ile de incelenmiştir. Bu amaçla, MacLeod ve Mathews (1988:664) tarafından önerilen formül kullanılarak dikkat yanlılığı puanları hesaplanmıştır. Puanların hesaplanmasından sonra öncelikle başlangıç ölçümlerinde katılımcıların dikkat yanlılığı puanlarının sıfırdan farklılaşıp farklılaşmadığı, diğer bir deyişle dikkat yanlılığının var olup olmadığı araştırılmıştır. Puanların sıfırdan farklılaşması dikkat yanlılığının varlığına, sıfırdan farklılaşmaması ise belirtilerle ile ilişkili uyaranlara yönelik özellikle bir dikkat yanlılığının olmadığına işaret etmektedir (*bkz.* Koster, 2006:1761). Bunun için her bir grubun başlangıç ölçümlerinde elde edilen dikkat yanlılığı puanları ayrı ayrı bağımsız örneklemler t testi ile incelenmiştir. Yapılan analizin sonuçlarına göre, dört grubun da dikkat yanlılığı açısından ön test ölçümlerinin sıfırdan farklılaşmadığı; katılımcıların araştırmanın başında belirtilerle ilişkili özellikle bir dikkat yanlılığının olmadığı görülmüştür,

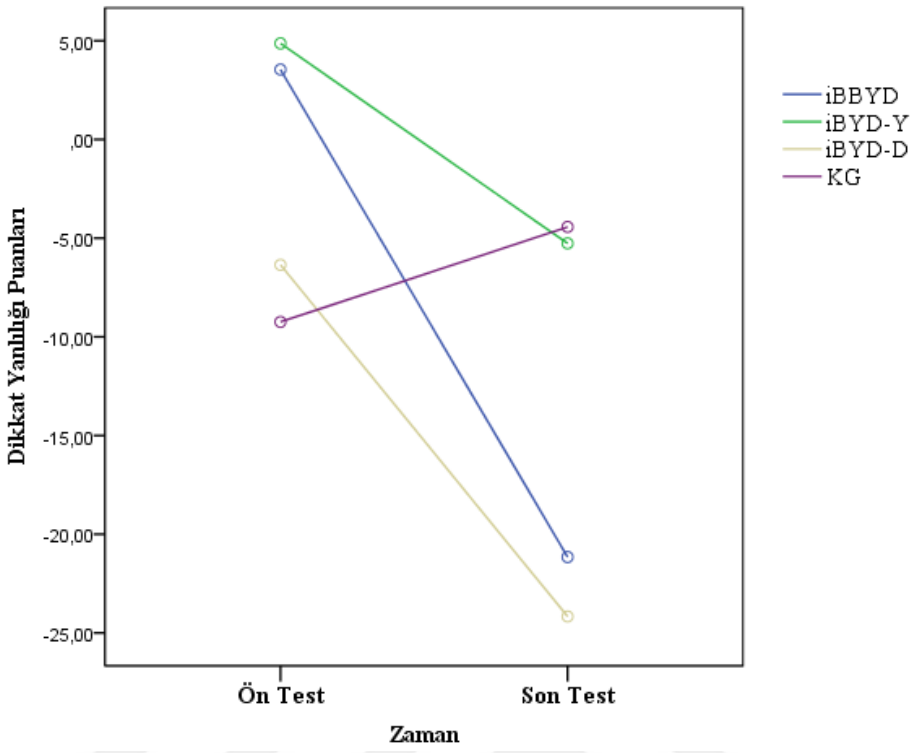
[iBBYD: *t* (21) = .514, *p* =.61; iBYD-Y: *t* (19) = .734, *p* =.47; iBYD-D: *t* (19) = -.87, *p* =.39; KG: *t* (19) = -1.5, *p* =.15]. Diğer yandan, hem iBBYD grubunun [*t* (21) = -3.45, *p* =.002] hem de iBYD-D grubunun son test ölçümleri [*t* (19) = -2.9, *p* =.01] sıfırdan eksi yönde farklılaşırken; iBYD-Y grubunun [*t* (19) = -.761, *p* =.45] ve KG'nin son test ölçümlerinde [*t* (19) = -.802, *p* =.43] ise yine sıfırdan bir farklılaşma saptanmamıştır.

4 x 2 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, dikkat yanlılığı açısından, hem grubun ana etkisinin [*F* (3,78) = 1.81, *p* = .15, ηp^2=.06] hem de grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin [*F* (3,78) = 1.6, *p* = .19, ηp^2=.06] anlamlı olmadığı görülmüştür. Zaman ana etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür, *F* (1,78) = 5.66, *p* = .02, ηp^2=.07. Buna göre, grup etkisinden bağımsız olarak; dikkat yanlılığı ölçümlerinde iBBYD müdahale programı alan grubun ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = 3.5, *SS*= 32.3) ile son test ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = -21.2, *SS*= 28.7) arasında; iBYD-Y müdahale programı alan grubun ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = 4.8, *SS*= 29.6) ile son test ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = -5.3, *SS*= 30.9) arasında; iBYD-D müdahale programı alan grubun ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = -6.3, *SS*= 32.6) ile son test ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = -24.2, *SS*= 2.01) arasında; ve KG'nin ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = -9.2, *SS*= 27.7) ile son test ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = -4.4, *SS*= 24.7) arasında anlamlı fark görülmektedir. İki farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 9' da ve grupların iki farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 14'te ayrıca verilmiştir.

Tablo 9: Grupların Dikkat Yanlılığı Puanlarının İki Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	**S**	**ZAMAN**	
		Ön Test	**Son Test**
		Ort. *(SS)*	**Ort. *(SS)***
iBBYD	22	3.5 *(32.3)*	-21.2 *(28.7)*
iBYD-Y	20	4.8 *(29.6)*	-5.3 *(30.9)*
iBYD-D	20	-6.3 *(32.6)*	-24.2 *(37.2)*
KG	20	-9.2 *(27.7)*	-4.4 *(24.7)*

Şekil 14: Grupların İki Farklı Zamandaki Dikkat Yanlılığı Puanları



3.4.5. Grupların Depresyon, Kaygı ve Stres Puanlarının Karışık Desenler için Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

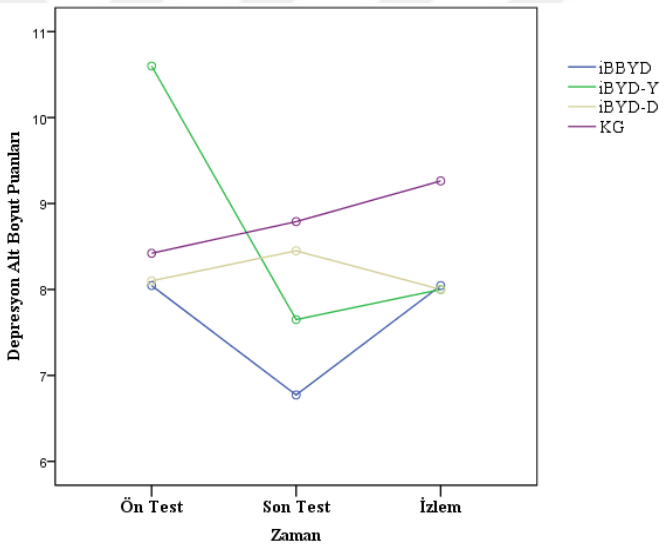
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyut puanları için yapılan analizde, küresellik varsayımı karşılanmadığından [Mauchly $W(2)=.91$, $\chi 2=7.5$, $p=.024$], serbestlik derecesi üzerinde Huynh-Feldt düzeltmesi yapılmış ve bu F değerleri rapor edilmiştir.

4 x 3 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, depresyon alt boyutu puanları açısından hem grubun ana etkisinin [F (3,77) = .337, p = .79, ηp^2=.013] hem de zamanın ana etkisinin [F (1.94, 149.7) = .973, p = .38, ηp^2=.012] anlamlı olmadığı görülmüştür. Ayrıca, grup ve zaman arasındaki etkileşim etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür, F (5.8,149.7) = 1.08, p = .37, ηp^2=.04. Üç farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 10' da ve grupların üç farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 15'te ayrıca verilmiştir.

Tablo 10: Grupların DASÖ-21 Depresyon Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	S	ZAMAN		
		Ön Test	Son Test	1 Aylık İzlem
		Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*
iBBYD	22	8.1 *(4.7)*	6.7 *(5.6)*	8.1 *(5.7)*
iBYD-Y	20	10.6 *(5.8)*	7.6 *(5.3)*	8 *(6.2)*
iBYD-D	20	8.1 *(5.04)*	8.5 *(5.4)*	8 *(5.6)*
KG	19	8.4 *(6.03)*	8.8 *(5.4)*	9.3 *(5.8)*

Şekil 15: Grupların Üç Farklı Zamandaki Depresyon Alt Boyut Puanları



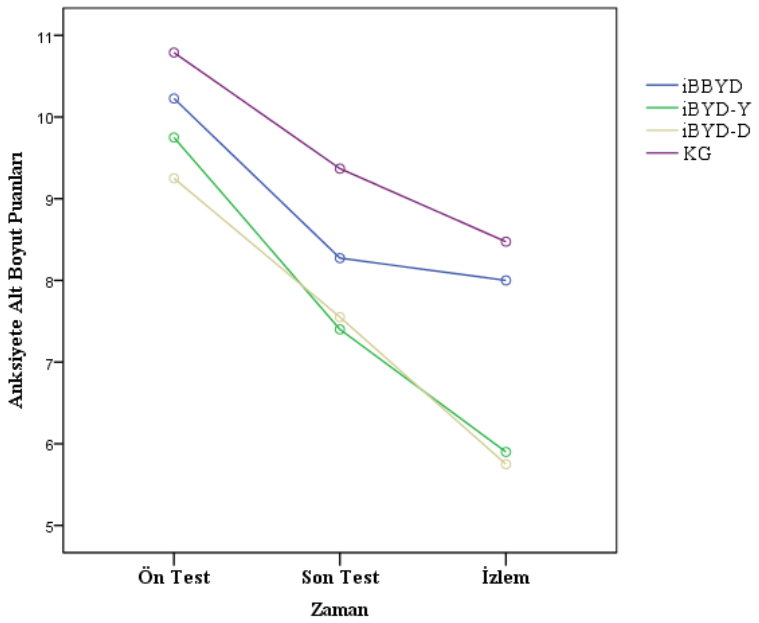
4 x 3 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, anksiyete alt boyutu puanları açısından, hem grubun ana etkisinin [F (3,77) = .91, p = .44, ηp^2=.03] hem de grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin [F (6,154) = .618, p = .72, ηp^2=.02] anlamlı olmadığı görülmüştür. Zaman ana etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür, F (2,154) = 25.5, p = .000, ηp^2=.25. Buna göre, grup etkisinden bağımsız olarak; anksiyete alt boyut puanlarında iBBYD müdahale programı alan grubun ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = 10.2, *SS*= 6.1) ile izlem ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = 8, *SS*= 5.7) arasında; iBYD-Y müdahale programı alan grubun ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = 9.7, *SS*= 4.8) ile izlem

ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = 5.9, *SS*= 4.3) arasında; iBYD-D müdahale programı alan grubun ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = 9.3, *SS*= 3.7) ile izlem ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = 5.7, *SS*= 3.6) arasında; ve KG'nin ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = 10.8, *SS*= 5.7) ile izlem ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = 8.5, *SS*= 5.2) arasında anlamlı fark görülmektedir. Üç farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 11' de ve grupların üç farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 16'da ayrıca verilmiştir.

Tablo 11: Grupların DASÖ-21 Anksiyete Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	S	ZAMAN		
		Ön Test	Son Test	1 Aylık İzlem
		Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*
iBBYD	22	10.2 *(6.1)*	8.3 *(5.7)*	8 *(5.7)*
iBYD-Y	20	9.7 *(4.8)*	7.4 *(4.6)*	5.9 *(4.3)*
iBYD-D	20	9.3 *(3.7)*	7.5 *(4.4)*	5.7 *(3.6)*
KG	19	10.8 *(5.7)*	9.4 *(5.1)*	8.5 *(5.2)*

Şekil 16: Grupların Üç Farklı Zamandaki Anksiyete Alt Boyut Puanları

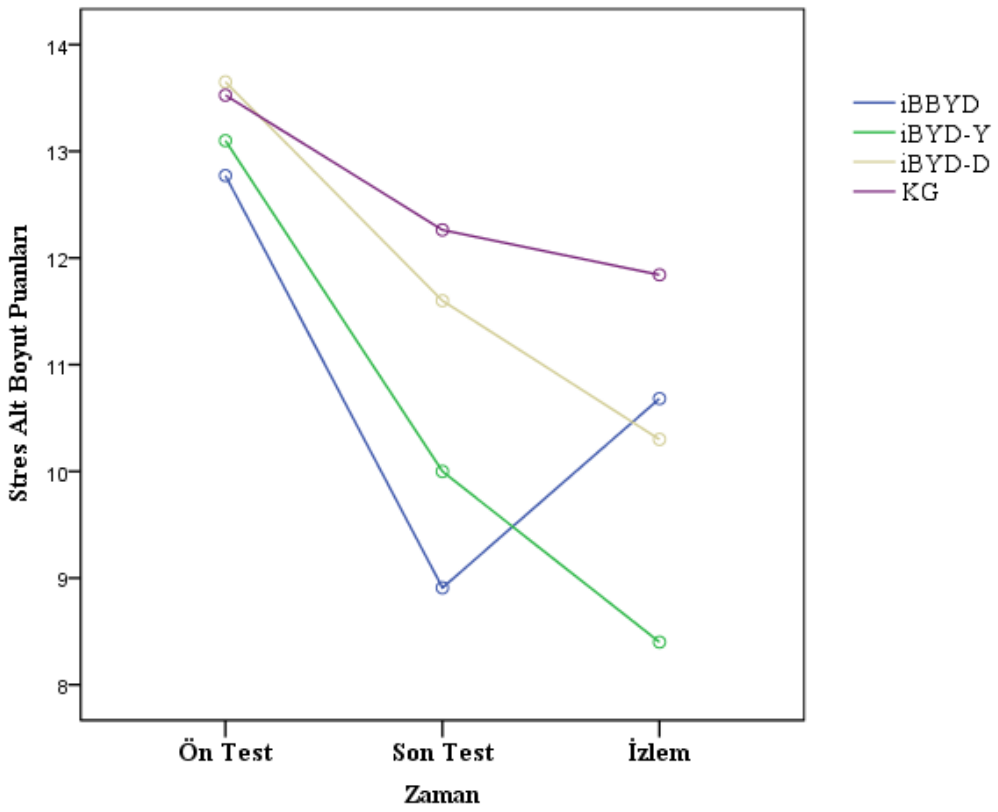


4 x 3 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, stres alt boyutu puanları açısından, hem grubun ana etkisinin [F (3,77) = .941, p = .43, ηp^2=.04] hem de grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin [F (6,154) = 1.54, p = .17, ηp^2=.06] anlamlı olmadığı görülmüştür. Zaman ana etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür, F (2,154) = 16.9, p = .000, ηp^2=.18. Buna göre, grup etkisinden bağımsız olarak; stres alt boyut puanlarında iBBYD müdahale programı alan grubun ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = 12.7, *SS*= 4.1) ile izlem ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = 10.7, *SS*= 6.9) arasında; iBYD-Y müdahale programı alan grubun ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = 13.1, *SS*= 4.9) ile izlem ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = 8.4, *SS*= 5.3) arasında; iBYD-D müdahale programı alan grubun ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = 13.6, *SS*= 3.5) ile izlem ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = 10.3, *SS*= 4.7) arasında; ve KG'nin ön test ölçümüne ait ortalama (*Ort.* = 13.5, *SS*= 4.9) ile izlem ölçümüne ait ortalamaları (*Ort.* = 11.8, *SS*= 5.9) arasında anlamlı fark görülmektedir. Üç farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 12' de ve grupların üç farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 17'de ayrıca verilmiştir.

Tablo 12: Grupların DASÖ-21 Stres Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	**S**	**ZAMAN**		
		Ön Test	**Son Test**	**1 Aylık İzlem**
		Ort. *(SS)*	**Ort. *(SS)***	**Ort. *(SS)***
iBBYD	22	12.7 *(4.1)*	8.9 *(5.9)*	10.7 *(6.9)*
iBYD-Y	20	13.1 *(4.9)*	10 *(5.9)*	8.4 *(5.3)*
iBYD-D	20	13.6 *(3.5)*	11.6 *(4.5)*	10.3 *(4.7)*
KG	19	13.5 *(4.9)*	12.3 *(4.5)*	11.8 *(5.9)*

Şekil 17: Grupların Üç Farklı Zamandaki Stres Alt Boyut Puanları



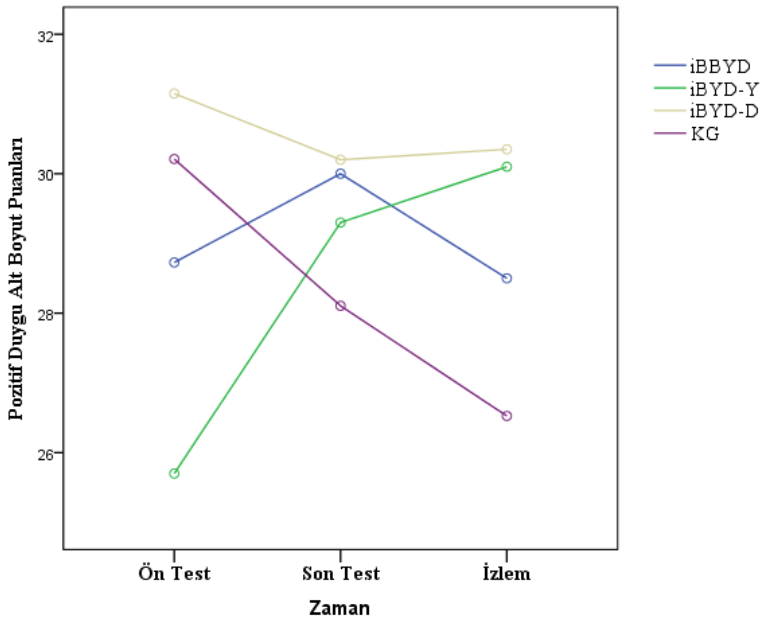
3.4.6. Grupların Pozitif ve Negatif Duygu Puanlarının Karışık Desenler için Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği pozitif duygu alt boyutu puanları için yapılan analizde, küresellik varsayımının karşılandığı görülmüştür, Mauchly $W(2)=.99$, $\chi 2=.72$, $p=.69$. 4 x 3 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği pozitif duygu alt boyutu puanları açısından hem grubun ana etkisinin [F (3,77) = .425, p = .73, $\eta p^2=.02$] hem de zamanın ana etkisinin [F (2, 154) = .17, p = .84, $\eta p^2=.002$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Ayrıca, grup ve zaman arasındaki etkileşim etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür, F (6,154) = 1.58, p = .15, $\eta p^2=.06$. Üç farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 13' te ve grupların üç farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 18'de ayrıca verilmiştir.

Tablo 13: Grupların PNDÖ Pozitif Duygu Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	S	ZAMAN		
		Ön Test	Son Test	1 Aylık İzlem
		Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*
iBBYD	22	28.7 (8.4)	30 (8.1)	28.5 (9.9)
iBYD-Y	20	25.7 (9.7)	29.3 (10.7)	30.1 (9.01)
iBYD-D	20	31.1 (9.5)	30.2 (8.6)	30.3 (9.9)
KG	19	30.2 (7.2)	28.1 (7.2)	26.5 (6.5)

Şekil 18: Grupların Üç Farklı Zamandaki Pozitif Duygu Alt Boyut Puanları



Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği negatif duygu alt boyutu puanları için yapılan analizde, küresellik varsayımının karşılandığı görülmüştür, Mauchly $W(2)=.97$, $\chi 2=1.72$, $p=.42$. 4 x 3 son faktörde tekrar ölçümlü karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, negatif duygu alt boyutu puanları açısından, grubun ana etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür, F (3,77) = .34, p = .79, $\eta p^2=.02$. Zamanın ana etkisinin [F (2,154) = 21.24, p = .000, $\eta p^2=.22$] anlamlı olduğu, grup ve zaman

arasındaki etkileşim etkisinin [F (6.154) = 1.87, p = .08, ηp^2=.07] ise istatistiksel olarak marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı olduğu görülmüştür.

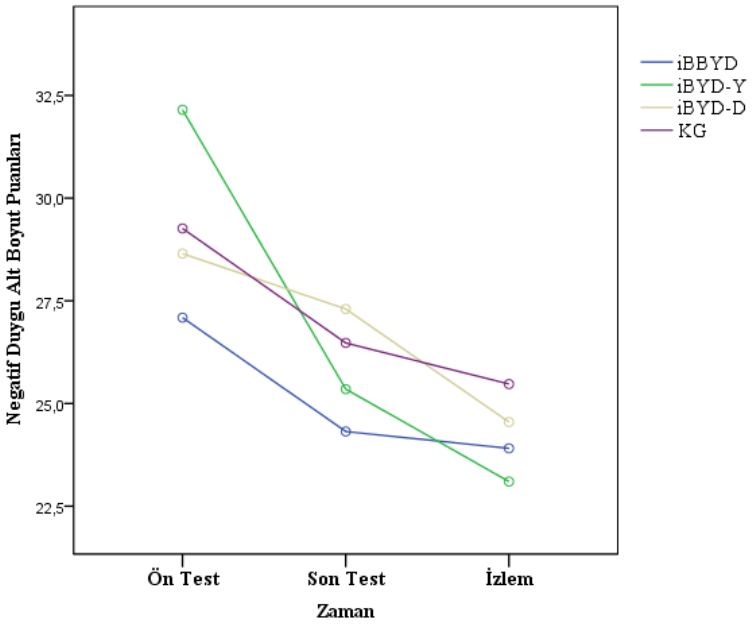
Farklılaşmanın kaynağını anlamak üzere Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizi yürütülmüştür. Buna göre grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki ortalamaları karşılaştırıldığında iBBYD grubunun 3 farklı zamanda elde edilen ölçüm ortalamaları arasında farklılaşma bulunmazken, iBYD-Y grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 25.3, *SS*= 9.1) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 32.1, *SS*= 8.3) karşılaştırıldığında, negatif duygularda anlamlı bir düşüş olduğu görülmüş (p=.000), bu düşüş 1 aylık izlem ölçümünde de (*Ort.* = 23.1, *SS*= 9.5) korunmuştur (p=.000). iBYD-D grubunun ise izlem ölçümü (*Ort.* = 24.5, *SS*= 7.6) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 28.6, *SS*= 7.7) karşılaştırıldığında, negatif duygularda marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür (p=.054). Benzer şekilde, KG grubunun ise izlem ölçümü (*Ort.* = 25.2, *SS*= 10.2) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 29.3, *SS*= 8.7) karşılaştırıldığında, negatif duygularda marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür (p=.097).

Özetle, zaman içinde negatif duygularda görülen azalmanın yüksek bir anlamlılık seviyesi ile yalnızca iBYD-Y grubunda ortaya çıkması, bu müdahale programının duygudurum üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Üç farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 14' te ve grupların üç farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 19'da ayrıca verilmiştir.

Tablo 14: Grupların PNDÖ Negatif Duygu Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	**S**	**ZAMAN**		
		Ön Test	**Son Test**	**1 Aylık İzlem**
		Ort. *(SS)*	**Ort. *(SS)***	**Ort. *(SS)***
iBBYD	22	27.1 (5.7)	24.3 (7.8)	23.9 (8.1)
iBYD-Y	20	32.1 (8.3)	25.3 (9.1)	23.1 (9.5)
iBYD-D	20	28.6 (7.7)	27.3 (7.7)	24.5 (7.6)
KG	19	29.3 (8.7)	26.5 (9.1)	25.5 (10.2)

Şekil 19: Grupların Üç Farklı Zamandaki Negatif Duygu Alt Boyut Puanları



3.4.7. Karışık Desenler İçin Varyans Analizi Sonuçlarının Özeti

Yapılan analizler sonucunda etkileşimin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı ve anlamlılığa yakın olduğu bulgular, Tablo 15'te özetlenmiştir. Genel olarak sonuçlar değerlendirildiğinde, PE-WEÜG ile değerlendirilen OKB belirtilerindeki zaman içindeki azalmanın yalnızca iBBYD ve iBYD-Y gruplarında ortaya çıktığı, özellikle iBYD-Y müdahale programının bu süreçte herhangi bir müdahale almayan KG grubundan farklılaştığı görülmüştür. OİA-44 ile değerlendirilen obsesif inançlardaki zaman içindeki azalmanın yalnızca iBBYD ve iBYD-Y gruplarında ortaya çıktığı ve her iki müdahale programının da işlevsel olmayan bu inançları azaltmada iBYD-D müdahale programından daha etkili olduğu görülmüştür. KG'nin puanları incelendiğinde iBYD-D grubu puanları ile benzer bir örüntü olduğu görülmüş, KG ile iBBYD ve iBYD-Y grupları arasındaki farklılaşma sınırda bir anlamlılık ile ortaya çıkmıştır.

Senaryoları tanıma görevi ile değerlendirilen OKB ile ilişkili olumlu yorumlama eğilimindeki zaman içindeki artışın, diğer bir deyişle yorumlama yanlılığındaki azalmanın yalnızca iBBYD ve iBYD-Y gruplarında ortaya çıktığı ve her iki müdahale programının da KG'den farklılaştığı görülmüştür. iBYD-D müdahale programının da

benzer bir etkisi görülmüş, ancak bu etki sınırda bir anlamlılık ile ortaya çıkmıştır. Senaryoları tanıma görevi ile değerlendirilen genel olumlu yorumlama eğilimindeki zaman içindeki artışın ise yalnızca iBYD-Y grubunda ortaya çıkması, bu müdahale programının OKB ile ilişkili yanlılığı azaltmanın yanı sıra genel yanlılık eğilimini de azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca iBYD-Y müdahale programı alan grubun bu süreçte herhangi bir müdahale almayan KG grubundan da farklılaştığı görülmüştür. PNDÖ ile değerlendirilen negatif duygulardaki zaman içindeki azalma ise yine yalnızca iBYD-Y grubunda ortaya çıkmıştır.

Sonuçlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, OKB belirtilerini, obsesif inançları ve OKB ile ilişkili yorumlama yanlılığını azaltmada iBBYD ve iBYD-Y müdahale programlarının etkisinin öne çıktığı ve elde edilen değişimin uzun vadede de korunduğu görülmüştür. Buna ek olarak, iBYD-Y müdahale programının genel yanlılığı ve negatif duyguları azaltmada da etkili olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, iBBYD müdahale programının, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale programlarının birlikte ve aynı anda uygulandığı bütünleştirilmiş bir program olması ve yapılan analizlerde iBYD-D müdahale programının tek başına etkilerinin görülmemiş olması göz önüne alındığında; iBBYD müdahale programının bazı değişkenler üzerinde ortaya çıkan anlamlı etkilerine, iBYD-Y müdahalesi bileşeninin katkı sağlamış olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 15: Grup ve Zamana Göre Etkileşimin Anlamlı Olduğu Bulgularda Son test ve İzlem Ölçümlerinde Elde Edilen Değişimin Özeti

Değişken	Grup x Zaman				
	Grup-içi			Gruplar-arası	
	Ön Test/Son Test	Ön Test/İzlem	Son Test/İzlem	Son Test	İzlem
OKB belirtileri	iBBYD↓*, iBYD-Y↓*	Değişim korunmuş* KG↓**	-	iBYD-Y<KG*	-
Obsesif İnançlar	iBBYD↓*, iBYD-Y↓*	Değişim korunmuş*	-	iBBYD<iBYD-D*, KG** iBYD-Y<iBYD-D*, KG**	iBBYD<iBYD-D**
Olumlu Yorumlama [a]	iBBYD↑*, iBYD-Y↑* iBYD-D↑**	-	-	iBBYD> iBYD-D, KG* iBYD-Y>iBYD-D, KG*	-
Olumlu Yorumlama [b]	iBYD-Y↑*	-	-	iBYD-Y> KG*	-
Negatif Duygular	iBYD-Y↓*	Değişim korunmuş* iBYD-D↓** KG↓**	-	-	-

*p<.05 düzeyinde anlamlıdır. ** .05 <p <.10 arasında marjinal düzeyde (sınırda) anlamlıdır.
[a]OKB olumlu yorumlama. [b]Genel olumlu yorumlama .

3.5. MÜDAHALE PROGRAMLARININ ETKİSİNİN BİREYSEL DÜZEYDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Klinik uygulamaların temel ilgi odağının, bir bütün olarak müdahale alan grupların grubun ortalamasına göre gösterdikleri değişimden ziyade, bireysel düzeyde meydana gelen değişim olması nedeni ile, bu tür uygulamalarda bireysel değişimin değerlendirilmesi ve anlaşılması önemli bir rol oynamaktadır (Jabrayilov ve diğerleri, 2016: 559). Müdahalelerin etkililiğinin değerlendirildiği araştırmalarda ise değişimin ağırlıklı olarak istatistiksel anlamlılık ile değerlendirildiği görülmektedir (Zahra ve Hedge, 2010:14). Ancak, müdahalelerin etkililiğinin, istatistiksel anlamlılık ile değerlendirilmesinin; (1) istatistiksel anlamlılığın müdahalenin birey düzeyinde etkisi hakkında bilgi vermemesi ve (2) araştırmalarda rapor edilen etki büyüklüklerinin yalnızca o araştırmanın etkisinin büyüklüğü hakkında bilgi vermesi gibi sınırlılıkları bulunmaktadır (Jacobson ve diğerleri, 1984: 337; Jacobson ve Truax, 1991:12). Bu doğrultuda, bir müdahalenin etkisinin gerçekleştirilen istatistiksel analiz yöntemleri sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunması ya da bulunmaması, müdahalenin etkisi hakkında sınırlı bir bilgi sağlamakta ve bu nedenle *klinik olarak anlamlı değişimin* (*clinically significant change*) değerlendirilmesi önem kazanmaktadır (Zahra ve Hedge, 2010:14).

Klinik olarak anlamlı değişim, uygulanan psikolojik müdahalenin ya da ilaç tedavisinin etkisinin bireysel düzeyde ortaya çıkardığı değişimin anlamlılığı olarak tanımlanmakta (Bauer ve diğerleri, 2004: 60) ve son yıllarda etkililik çalışmalarında (örn., Boettcher ve diğerleri, 2014: 41; Rozenman ve diğerleri, 2019: 442; Barrett ve Stewart, 2020; 120; Cerea ve diğerleri, 2020: 781) istatistiksel anlamlılığa ek olarak değişimin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Klinik anlamlılığın değerlendirilmesinde çeşitli yaklaşımlar bulunmakla birlikte, bu anlamda ilk yaklaşım olan Jacobson ve Truax (1991:12-19) yöntemi (JT Method), diğer yaklaşımların da temelini oluşturmakta ve alanyazında bireysel düzeydeki değişimin değerlendirilmesinde daha çok tercih edilmektedir (Maasen, 2004: 888).

Aktarılanlar doğrultusunda, müdahalenin etkililiğinin doğru bir şekilde belirlenmesinde önemli olduğu için, mevcut araştırmada istatistiksel anlamlılığın yanında bireysel düzeydeki değişimin güvenilirliği de değerlendirilmiştir. Bu amaçla

Jacobson ve Truax (1991:12-19) tarafından önerilen güvenilir değişim indeksi (GDİ; *Reliable Change Index*) hesaplama yöntemi kullanılmıştır. GDİ'nin hesaplanmasında temel olarak, araştırmanın mevcut örneklemindeki ön test ve son test ölçümlerine ait ortalamalar, standart sapma değerleri, veri toplama araçlarının mevcut örneklemdeki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ve ölçümün standart hatası kullanılmaktadır. GDİ belirlenirken öncelikle [*Standart Hata* = SS_1 $\sqrt{(1-r_{xx})}$] (SS_1= Ön test ölçümünün standart sapması ve r_{xx}= Ön test ölçümünün Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı) formülü kullanılarak standart hata hesaplanmaktadır. Daha sonra [*Standart Hata Farkı* = $\sqrt{2}$ $(Standart\ Hata)^2$] formülü ile standart hata farkı elde edilmektedir. Son olarak, [*GDİ* = (O_2-O_1) / (*Standart Hata Farkı*)] (O_1= Ön test ölçümlerinin ortalaması ve O_2 = Son test ölçümlerinin ortalaması) formülü ile GDİ elde edilmekte ve | GDİ |> 1.96 olması p <.05 düzeyinde bir anlamlılığa işaret etmektedir.

Önceki bölümlerde aktarılan karışık desenler için varyans analizi sonuçlarına göre, müdahale programlarının üzerindeki etkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulunan/bulunmayan tüm değişkenler için GDİ hesaplanmıştır. Mevcut araştırmada standart görsel nokta izleme görevi ile elde edilen dikkat yanlılığı puanları ile senaryoları tanıma görevi ile elde edilen yorumlama yanlılığı puanları için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayılarını hesaplama imkanı bulunmamaktadır. Bu nedenle, GDİ yalnızca Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu (PE-WEÜG) ile değerlendirilen OKB belirtileri, Obsesif İnançlar Anketi-44 (OİA-44) ile değerlendirilen obsesif inançlar, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) ile değerlendirilen depresyon, anksiyete ve stres, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PNDÖ) ile değerlendirilen pozitif ve negatif duygular için hesaplanabilmiştir. GDİ hesaplaması ile elde edilen değişkenlere göre müdahale alan her bir gruptaki ve toplam güvenilir değişim oranlarına ilişkin sonuçlar Tablo 16'da özetlenmiştir. Bunların yanı sıra, gruplar arasında değişkenler için bireysel değişim oranının farklılaşıp farklılaşmadığı ki kare analizi ile incelenmiştir. Bu amaçla ki kare analizi iki farklı şekilde yürütülmüştür. İlk analiz yalnızca müdahale alan grupların karşılaştırılması ile gerçekleştirilmiştir. İkinci analizde ise herhangi bir müdahale almayan KG de analize dahil edilmiştir. Analizin sonuçları takip eden kısımda sunulmuştur.

3.5.1. Müdahale Programı Alan Katılımcıların Bireysel Düzeydeki Değişimlerine İlişkin Sonuçlar

Müdahale programlarından bağımsız olarak, herhangi bir müdahale programı almış olan tüm katılımcıların (*S*=62) 28'inin (%45.2) OKB belirtilerindeki; 32'sinin (%51.6) obsesif inançlarındaki; 10'unun (%16.1) depresyon düzeyindeki; 8'inin (%12.9) anksiyete düzeyindeki; 22'sinin (%35.5) stres düzeyindeki; 16'sının (%25.8) negatif duygularındaki azalmanın; ve 11'inin (%17.7) pozitif duygularındaki artışın bireysel düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır.

Müdahale programlarına göre güvenilir değişim oranları ayrı ayrı incelendiğinde, iBBYD grubunda yer alan katılımcıların 9'unun (%40.9) OKB belirtilerinindeki; 13'ünün (%59.1) obsesif inançlarındaki; 4'ünün (%18.2) depresyon düzeyindeki; 1'inin (% 4.5) anksiyete düzeyindeki; 8'inin (%36.4) stres düzeyindeki; 4'ünün (%18.2) negatif duygularındaki azalmanın; ve 4'ünün (%18.2) pozitif duygularındaki artışın bireysel düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır.

iBYD-Y grubunda yer alan katılımcıların ise, 11'inin (%55) OKB belirtilerinindeki; 15'inin (%75) obsesif inançlarındaki; 4'ünün (%20) depresyon düzeyindeki; 3'ünün (%15) anksiyete düzeyindeki; 7'sinin (%35) stres düzeyindeki; 7'sinin (%35) negatif duygularındaki azalmanın; ve 6'sının (%30) pozitif duygularındaki artışın bireysel düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır.

Son olarak, iBYD-D grubunda yer alan katılımcıların 8'inin (%26.7) OKB belirtilerinindeki; 4'ünün (%20) obsesif inançlarındaki; 2'sinin (%10) depresyon düzeyindeki; 4'ünün (%20) anksiyete düzeyindeki; 7'sinin (%35) stres düzeyindeki; 5'inin (%25) negatif duygularındaki azalmanın; ve 1'inin (%5) pozitif duygularındaki artışın bireysel düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 16: Müdahale Alan Tüm Katılımcıların Gösterdiği Güvenilir Değişimin Grup-içi ve Toplam Oranları

	iBBYD	**iBYD-Y**	**iBYD-D**	**Toplam**
	(S= 22)	***(S= 20)***	***(S= 20)***	***(S= 62)***
Değişkenler	*S (%)*	*S (%)*	*S (%)*	*S (%)*
OKB belirtileri	9 (40.9)	11 (55)	8 (26.7)	28 (45.2)
Obsesif İnançlar	13 (59.1)	15 (75)	4 (20)	32 (51.6)
Depresyon	4 (18.2)	4 (20)	2 (10)	10 (16.1)
Anksiyete	1 (4.5)	3 (15)	4 (20)	8 (12.9)
Stres	8 (36.4)	7 (35)	7 (35)	22 (35.5)
Negatif Duygular	4 (18.2)	7 (35)	5 (25)	16 (25.8)
Pozitif Duygular	4 (18.2)	6 (30)	1 (5)	11 (17.7)

Müdahale alan gruplar arasında değişkenler için bireysel değişim oranının farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla gerçekleştirilen ki kare analizi sonucunda, OKB belirtileri, depresyon, anksiyete, stres, negatif duygular ve pozitif duygulardaki bireysel düzeyde değişim oranları açısından, iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (tüm *p*'ler> .05). Obsesif inançlarda bireysel düzeyde değişim oranları açısından, iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşma saptanmıştır, $\chi 2$ (2, N=62) = 12.87, p=.002. 2x2'den daha büyük boyuttaki çapraz tablolarda yer alan sınıflayıcı veriler için sık kullanılan etki gücü hesaplamasını ifade eden Cramer V değeri ise .46 olarak hesaplanmıştır. Farklılığın hangi kategorilerden kaynaklandığını saptamak amacıyla çapraz tabloda standardize edilmiş artık değerler incelenmiştir. Buna göre, iBYD-D müdahale grubunda, obsesif inançlarda bireysel düzeyde değişim oranının (%20) daha düşük olduğu görülmüştür.

Herhangi bir müdahale almayan KG'nin de dahil edilmesi ile gerçekleştirilen ki kare analizi sonucunda ise, depresyon, anksiyete, stres, negatif duygular ve pozitif duygulardaki bireysel düzeyde değişim oranları açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (tüm *p*'ler> .05).

OKB belirtilerindeki bireysel düzeyde değişim oranları açısından ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşma saptanmıştır, $\chi 2$ (3, N=82) = 9.3, p=.03. Cramer V değeri ise .34 olarak hesaplanmıştır. Farklılığın hangi kategorilerden kaynaklandığını saptamak amacıyla çapraz tabloda standardize edilmiş artık değerler incelenmiştir. Buna göre, KG'de, OKB belirtilerinde bireysel düzeyde değişim oranının (%10) daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca, obsesif inançlarda bireysel düzeyde değişim oranları açısından da, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşma saptanmıştır, $\chi 2$ (3, N=82) = 13.7, p=.003. Cramer V değeri ise .41 olarak hesaplanmıştır. Farklılığın hangi kategorilerden kaynaklandığını saptamak amacıyla çapraz tabloda standardize edilmiş artık değerler incelenmiştir. Buna göre, obsesif inançlardaki bireysel düzeyde değişim söz konusu olduğunda, herhangi bir grupta ortaya çıkan anlamlı bir farklılaşma görülmemiş, diğer bir deyişle standardize artık değerlerin tüm hücrelerde-1.96 ile 1.96 aralığında kaldığı görülmüştür. Diğer yandan iBYD-D müdahale grubunda standardize artık değerin 1.96'ya yaklaştığı (1.8 olduğu) ve obsesif inançlarda bireysel düzeyde değişim oranının (%20) daha düşük olduğu görülmüştür.

3.6. ÇALIŞMADAN AYRILAN KATILIMCILARIN ÖLÇÜMLERİNİN İNCELENMESİ

Bu kısımda, müdahalelerin birkaç oturumuna katılıp son test ölçümlerinde çalışmadan ayrılan katılımcılar ile devam edenlerin ön test ölçümlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı ve kayıp veriler için herhangi bir örüntü olup olmadığı incelenmiştir. KG'de veri kaybı olan 2 katılımcıdan 1'inin yalnızca izlem ölçümünde kayıp verisi bulunduğundan, bu grupta izlem ölçümünde çalışmadan ayrılan bu katılımcı ile devam edenlerin son test ölçümlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı da ayrıca incelenmiştir.[8] Daha sonra *Beklenti Yükseltme (Expactation maximization-EM)* yöntemi ile kayıp verilerin doldurulması sonrasında karışık desenler için varyans analizleri tekrarlanarak

[8] KG'de yalnızca izlem ölçümünde veri kaybı yaşanan 1 katılımcı, ön test ve son test ölçümlerinde kayıp veri olmaması nedeni ile tüm araştırma sürecini tamamlayan katılımcıların verileri ile gerçekleştirilen analizlere (Per-protokol analizi) dâhil edilmiştir.

"Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi" gerçekleştirilmiş ve analizin sonuçları değerlendirilerek çalışmanın bulgularında meydana gelmiş olabilecek yanlılıklar ele alınmıştır.

3.6.1. Son Test Ölçümlerinde Çalışmadan Ayrılan ve Çalışmaya Devam Eden Katılımcıların Ön Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Çalışmadan ayrılanlar ile çalışmaya devam edenlerin ölçümlerinin karşılaştırılması amacıyla, her bir grupta çalışmadan ayrılanların sayısının az olması nedeni ile parametrik olmayan istatistiksel analizlerden Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. iBBYD müdahale grubunda bir süre müdahale alıp son test ölçümünde çalışmadan ayrılan herhangi bir katılımcı olmadığı için analizler yalnızca iBYD-Y, iBYD-D ve KG grubundaki çalışmadan ayrılanların ve çalışmaya devam edenlerin karşılaştırılması ile yürütülmüştür.

Analiz sonuçlarına göre, iBYD-D grubunda yalnızca ön test ölçümlerinde PNDÖ'den elde edilen pozitif duygu puanlarında istatistiksel olarak marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı farklılaşmaya rastlanırken (p=.07), iBYD-Y ve KG gruplarının tüm değişkenlerine ait ön test ölçümleri için çalışmadan ayrılanlar ile devam edenler arasında bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (tüm p'ler>.05). Analizin sonuçları Tablo 17' de sunulmuştur.

Tablo 17: Çalışmadan Ayrılan ve Çalışmaya Devam Eden Katılımcılarla Ön Test Ölçümlerinde Yürütülen Mann Whitney U Testi Sonuçları

		Çalışmaya Devam Edenler	**Çalışmadan Ayrılanlar**	***U***	***Z***	***p***
Değişkenler	**GRUP**	**Sıra Ort.**	**Sıra Ort.**			
OKB belirtileri	iBYD-Y	11.6	14.8	21.5	-.78	.44
	iBYD-D	11.7	9.3	15.5	-.52	.60
	KG	10.8	14.5	6.5	-.58	.56
Obsesif İnançlar	iBYD-Y	11.3	16.5	16.5	-1.2	.22
	iBYD-D	11.3	13.3	16.5	-.40	.69
	KG	11	11	10	.00	1

Tablo 17: Çalışmadan Ayrılan ve Çalışmaya Devam Eden Katılımcılarla Ön Test Ölçümlerinde Yürütülen Mann Whitney U Testi Sonuçları (Devam ediyor)

Dikkat Yanlılığı	iBYD-Y	11.6	14.3	23	-.64	.52
	iBYD-D	11.7	9.5	16	-.46	.65
	KG	10.9	13	8	-.33	.74
Olumlu Yorumlama [a]	iBYD-Y	12.6	7.7	17	-1.2	.23
	iBYD-D	11.8	8.5	14	-.68	.49
	KG	10.9	11.5	9.5	-.08	.93
Olumlu Yorumlama [b]	iBYD-Y	11.7	14.2	23.5	-.59	.55
	iBYD-D	11.7	9.5	16	-.46	.64
	KG	11.2	7	6	-.66	.51
Depresyon	iBYD-Y	12.6	8.2	18.5	-1.1	.29
	iBYD-D	11	16.5	10	-1.15	.25
	KG	10.6	18	3	-1.2	.25
Anksiyete	iBYD-Y	11.5	15	21	-.83	.41
	iBYD-D	11.3	12.3	16.5	-.40	.68
	KG	10.9	11.5	9.5	-.08	.93
Stres	iBYD-Y	12.2	10.7	26	-.37	.71
	iBYD-D	11.4	12.7	17.5	-.28	.77
	KG	10.9	12	9	-.16	.87
Negatif Duygular	iBYD-Y	11.9	12.5	28.5	-.12	.89
	iBYD-D	11.4	12.5	4	-1.8	.07
	KG	10.7	16	5	-.83	.41
Pozitif Duygular	iBYD-Y	11.3	17	15	-1.4	.17
	iBYD-D	12.3	3.5	18	-.23	.82
	KG	11.3	5.5	4.5	-.91	.36

[a] OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsü. [b] Genel olumlu yorumlama örüntüsü.

KG'de veri kaybı olan 2 katılımcıdan 1'inin yalnızca izlem ölçümünde kayıp verisi bulunduğundan, bu grupta izlem ölçümünde çalışmadan ayrılan bu katılımcı ile devam edenlerin son test ölçümlerine göre bir farklılaşıp farklılaşmadığı Mann

Whitney-U testi kullanılarak ayrıca analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, KG'nin tüm değişkenlerine ait son test ölçümleri için çalışmadan ayrılanlar ile devam edenler arasında bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (tüm *p*'ler>.05). Analizin sonuçları Tablo 18' de sunulmuştur.

Tablo 18: KG'de İzlem Ölçümünde Çalışmadan Ayrılan ve Çalışmaya Devam Eden Katılımcılarla Son Test Ölçümlerinde Yürütülen Mann Whitney U Testi Sonuçları

	Çalışmaya Devam Edenler	**Çalışmadan Ayrılanlar**	***U***	***Z***	***p***
Değişkenler	**Sıra Ort.**	**Sıra Ort.**			
OKB belirtileri	10.1	18	2	-1.3	.19
Obsesif İnançlar	10.4	12.5	7.5	-.35	.73
Dikkat Yanlılığı	10.8	5	4	-.95	.34
Olumlu Yorumlama [a]	10.5	11.5	8.5	-.17	.86
Olumlu Yorumlama [b]	10.3	13.5	6.5	-.53	.59
Depresyon	10.5	11	9	-.08	.93
Anksiyete	10.9	1.5	5	-1.6	.12
Stres	10.1	19	1	-1.5	.14
Negatif Duygular	10.5	11.5	8.5	-.17	.86
Pozitif Duygular	10.5	11	9	-.08	.93

[a] OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsü. [b] Genel olumlu yorumlama örüntüsü.

3.6.2. Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizine İlişkin Bulgular

Seçkisiz kontrollü çalışmalar uygulanan müdahale ile sonuçları arasındaki nedensel ilişkileri ortaya koyabilen, kanıt değeri en yüksek çalışmalar olarak kabul edilmektedir (Sibbald ve Roland, 1998 :201). Karşılaştırma gruplarını içermesi ve katılımcıların belirli ölçütler dahilinde çalışmanın koşullarına seçkisiz olarak atanması, seçim yanlılığını (selection bias) azaltarak bu tür çalışmaların gücünü arttıran en önemli özelliğidir (Sibbald ve Roland, 1998 :201). Bir araştırmacı tarafından istenen, diğer bir deyişle araştırmacının ideali, çalışmanın koşullarına seçkisiz olarak atanmış tüm katılımcıların bütün araştırma sürecini tamamlaması olsa

da, pratikte bu pek mümkün olmamaktadır (Lewis ve Machin, 1993: 647). Bu tür çalışmalarda, çalışmanın herhangi bir aşamasında katılımcının çalışmadan ayrılması ya da veri kaybı yaşanması gibi sorunlarla karşılaşılabilmektedir (Gupta, 2011: 110). Bu durum eksilme yanlılığı (attrition bias) olarak adlandırılan (Jüni ve diğerleri, 2001:43) önemli bir yanlılığa yola açabilmekte ve çalışmanın başında seçkisiz atama ile oluşturulan grupların bu özelliğini kaybetmesine yol açarak uygulanan müdahalenin gerçek etkilerinin doğru bir şekilde yorumlanamamasına neden olmaktadır (Tierney ve Stewart, 2005:79; Nüesch ve diğerleri, 2009: 339; Babic ve diğerleri, 2019:1).

Tedavi Amacı Analizi (Intention-to-treat analysis), eksilme yanlılığının giderilebilmesi için önerilen bir yöntemdir (Higgins ve diğerleri, 2011:1). Seçkisiz kontrollü çalışmaların raporlanmasında önemli bir standart olarak kabul gören CONSORT (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar) raporunda da, çalışmanın sonuçlarının bu analiz yöntemi ile değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Schulz ve diğerleri, 2010:18). Bu yöntem, katılımcıların dâhil edilme ölçütlerini karşılayıp karşılamadığına, araştırma sürecinde işleyişe uyup uymadığına ve araştırmadan ayrılıp müdahaleyi alıp almadığına bakılmaksızın tüm bireylerin verileri ile analizin gerçekleştirilmesi ilkesine dayanmaktadır (Hollis ve Campbell, 1999: 670; Fergusson ve diğerleri, 2002: 652). Uyarlanmış tedavi amacı analizi (modified ıntention-to-treat analysis) ise çalışmanın başında hiçbir müdahale almadan çalışmadan ayrılanların analizden çıkarılmasına dayanan bir diğer yöntemdir (Abraha ve Montedori, 2010:1).

Mevcut çalışmada, çalışmadan ayrılan katılımcıların sonuçlarda eksilme yanlılığına neden olup olmadığını değerlendirmek amacıyla uyarlanmış tedavi amacı analizi kullanılmıştır. Bu doğrultuda çalışmanın koşullarına seçkisiz olarak atanan ve yalnızca ön test ölçümü alınarak bir müdahale almadan çalışmadan ayrılan katılımcılar analizlere dâhil edilmemiştir. iBBYD müdahale grubunda veri kaybı bulunmamaktadır. Diğer yandan, iBYD-Y müdahale grubunda 3 kişinin son test ve izlem ölçümlerinde; iBYD-D müdahale grubunda 2 kişinin son test ve izlem ölçümlerinde; ve KG grubunda ise 1 kişinin son test ve izlem ölçümlerinde, 1 kişinin de yalnızca izlem ölçümünde olmak üzere toplam 2 kişinin ölçümlerinde veri kaybı

yaşanmıştır. Bu doğrultuda çalışmadan ayrılan toplam 7 kişi için uyarlanmış tedavi amacı analizi gerçekleştirilmiştir.

Kayıp verilerin doldurulmasında güvenilir yöntemlerden biri olan *Beklenti Yükseltme (Expactation maximization-EM)* yöntemi (Dempster ve diğerleri, 1977: 1-36) kullanılmıştır. Bu analiz, SPSS 22.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) paket programıyla gerçekleştirilmiştir. EM analiz yönteminin kayıp verilerin doldurulmasında kullanılabilmesi için, kayıp verilerin veri setindeki dağılımının rastgele olması (Missing at Random) gerekmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013: 68). Kayıp verilerin veri setindeki dağılımının rastgele olup olmadığının kestirimi için ilk aşama EM analizinin yapılmasını takiben, analiz çıktısındaki korelasyon matrisi incelenmektedir. Bu matrisin altında bulunan anlamlılık değerinin $p>.05$ olması kayıp verilerin veri setindeki dağılımının rastgele olduğu anlamına gelmekte ve ikinci aşama EM analizine geçilerek kayıp verilerin doldurulması işlemi gerçekleştirilebilmektedir. EM analiz yöntemi yinelemeli (iteratif) bir yöntemdir ve bu yöntem ile kayıp verilerin doldurulması iki basamakta gerçekleşmektedir: (1) Beklenti/E (Expactation) basamağında veri setindeki parametreler doğrultusunda kayıp veriler için koşullu bir kestirim yapılmakta ve daha sonra (2) Yükseltme/M (Maximization) basamağında en yüksek olabilirlik kestirimi (maximum estimation likelihood) uygulanarak birinci basamakta hesaplanmış olan koşullu değerlerden kayıp veri için en uygunu olanı seçilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013: 68).

İlk aşama EM analizinin sonuçlarına göre, mevcut çalışmada kayıp verilerin veri setinde seçkisiz olarak dağıldığı tespit edilmiştir, $\chi 2$ (71, N=88)= 55.18, p=.92. Daha sonra ikinci aşama EM analizi yürütülerek son test ve izlem ölçümlerindeki kayıp veriler doldurulmuştur. Bu şekilde oluşturulan ölçümlerin analiz öncesi varsayımlar için kontrolü yapılmıştır. Müdahale programı türünün (bağımsız değişkenin) gruplar arasında PE-WEÜG, OİA, PNDÖ ve DASÖ-21'den elde edilen ölçümlerde anlamlı farka yol açıp açmadığı her bağımlı değişken için ayrı ayrı olmak üzere 4 (grup: iBBYD, iBYD-Y, iBYD-D, KG) x 3 (zaman: ön test / son test / takip ölçümü) son faktörde tekrar ölçümlü karışık desen ANOVA ile analiz edilmiştir. Yanlılık ölçümlerinde anlamlı farka yol açıp açmadığı ise dikkat ve yorumlama yanlılığı için ayrı ayrı olmak üzere 4 (grup: iBBYD, iBYD-Y, iBYD-D, KG) x 2

(zaman: ön test / son test) son faktörde tekrar ölçümlü karışık desen ANOVA ile analiz edilmiştir.

Daha önce yapılan analizlerde grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin anlamlı olduğu ölçümlerin büyük bir bölümü için yine etkileşimin etkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Uyarlanmış tedavi amacı analizi sonucunda etkileşimin etkisinin yine anlamlı olduğu değişkenlerin grup ve zamana göre ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 19'da verilmiştir.[9] Bir önceki analize göre farklılık gösteren etkiler ise ayrıntılı olarak takip eden kısımda aktarılmıştır.

Tablo 19: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Etkileşimin Etkisinin Yine Anlamlı Olduğu Değişkenlerin Grup ve Zamana Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

			ZAMAN		
			Ön Test	**Son Test**	**1 Aylık İzlem**
Değişkenler	**GRUP**	**S**	**Ort. *(SS)***	**Ort. *(SS)***	**Ort. *(SS)***
OKB belirtileri	iBBYD	22	74.3 *(10.63)*	60 *(25.6)*	54.8 *(25.53)*
	iBYD-Y	23	75.2 *(14.1)*	53.3 *(20.6)*	52.7 *(24.5)*
	iBYD-D	22	69.7 *(6.8)*	67.2 *(21.6)*	60.9 *(18.4)*
	KG	21	77.7 *(10.2)*	77.6 *(17.8)*	66.5 *(12.3)*
Obsesif İnançlar	iBBYD	22	186.8 *(29.8)*	151.4 *(42.7)*	149.4 *(57.2)*
	iBYD-Y	23	201.5 *(31.7)*	145.5 *(36.01)*	151.04 *(42.3)*
	iBYD-D	22	202.3 *(38.4)*	183.7 *(39.6)*	182.3 *(37.3)*
	KG	21	204 *(36.1)*	182.8 *(37.4)*	185.6 *(36.8)*
Olumlu Yorumlama [a]	iBBYD	22	-4.9 *(5.4)*	3.6 *(8.5)*	-
	iBYD-Y	23	-6.2 *(5.3)*	4.3 *(6.1)*	-
	iBYD-D	22	-7.8 *(7.4)*	-4.2 *(7.8)*	-
	KG	21	-6.1 *(7.8)*	-5.4 *(5.4)*	-

[9] Uyarlanmış tedavi amacı analizi ile obsesif inançlar açısından farklı olarak, grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin sınırlı anlamlılık düzeyinden istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaştığı görülmüştür. Bu doğrultuda obsesif inançların grup ve zamana göre ortalama ve standart sapma değerleri hem Tablo 19'da sunulmuş, hem de takip eden kısım da ayrıntılı olarak aktarılmıştır.

Tablo 19: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Etkileşimin Etkisinin Yine Anlamlı Olduğu Değişkenlerin Grup ve Zamana Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (Devam ediyor)

Olumlu Yorumlama [b]	iBBYD	22	3.1 *(5.8)*	5.2 *(7.6)*	-
	iBYD-Y	23	2.9 *(4.04)*	8.2 *(5.2)*	-
	iBYD-D	22	3.1 (4.8)	3.9 *(5.2)*	-
	KG	21	3.14 (5.8)	1.24 *(5.7)*	-

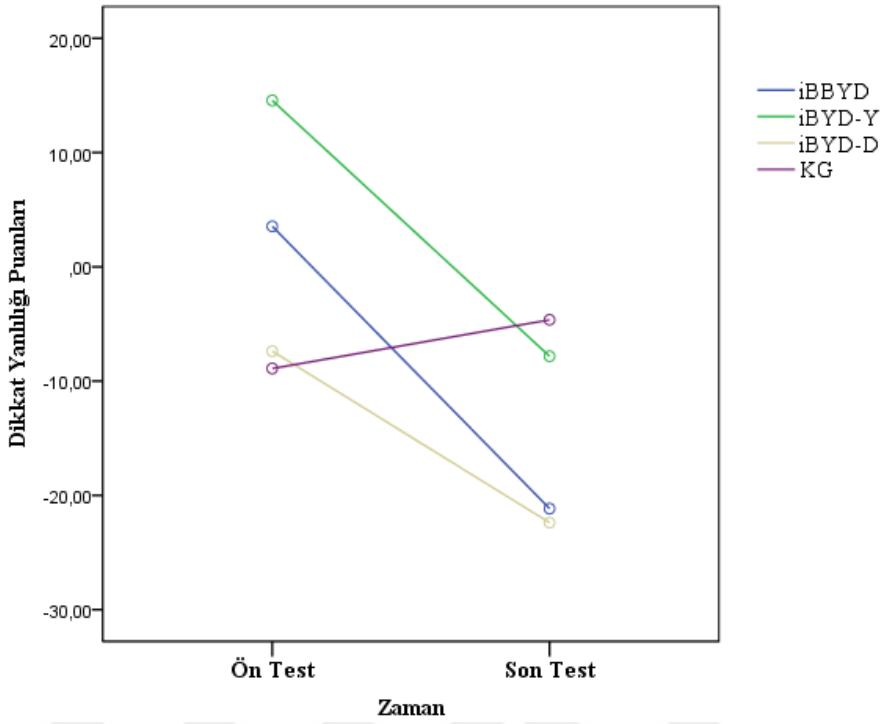
[a] OKB olumlu yorumlama. [b] Genel olumlu yorumlama.

Yalnızca çalışmaya devam eden ve tüm araştırma sürecini tamamlayan katılımcıların verileri ile yürütülen bir önceki karışık desenler için varyans analizlerinde, dikkat yanlılığı açısından yalnızca zamanın ana etkisi anlamlı bulunmuş, diğer etkiler ise anlamlı bulunmamıştır. Uyarlanmış tedavi amacı analizi ile bu analiz tekrarlandığında ise, farklı olarak dikkat yanlılığı açısından, bu kez grubun ana etkisinin de istatistiksel olarak marjinal düzeyde(sınırda) anlamlı olduğu görülmüştür, F (3,84) = 2.64, p = .055, ηp^2=.08. Buna göre, iBYD-Y grubunun puanları iBYD-D grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=.043). İki farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 20' de ve grupların iki farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 20'de ayrıca verilmiştir.

Tablo 20: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların Dikkat Yanlılığı Puanlarının İki Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	**S**	**ZAMAN**	
		Ön Test	**Son Test**
		Ort. *(SS)*	**Ort. *(SS)***
iBBYD	22	3.5 *(32.3)*	-21.16 *(28.7)*
iBYD-Y	23	14.6 *(55.8)*	-7.8 *(31.9)*
iBYD-D	22	-7.4 *(32.2)*	-22.4 *(35.9)*
KG	21	-8.9 *(27.1)*	-4.6 *(24.1)*

Şekil 20: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların İki Farklı Zamandaki Dikkat Yanlılığı Puanları



Yalnızca çalışmaya devam eden ve tüm araştırma sürecini tamamlayan katılımcıların verileri ile yürütülen bir önceki karışık desenler için varyans analizlerinde, obsesif inançlar açısından grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı olmakla birlikte, tüm etkiler anlamlı bulunmuştur. Uyarlanmış tedavi amacı analizi ile bu analiz tekrarlandığında ise, obsesif inançlar açısından farklı olarak, grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin sınırlı anlamlılık düzeyinden istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaştığı görülmüştür, F (5.41,151.42) = 3.15, p = .008, ηp^2=.10 (Küresellik varsayımı karşılanmadığından [Mauchly W(2)=.83, $\chi 2$=15.53, p=.000], serbestlik derecesi üzerinde Huynh-Feldt düzeltmesi yapılmış ve bu F değerleri rapor edilmiştir.).

Farklılaşmanın kaynağını anlamak üzere Bonferroni düzeltmesi ile birlikte post-hoc analizi yürütülmüştür. Buna göre grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki ortalamaları karşılaştırıldığında, bir önceki analiz sonuçlarından farklı olarak iBYD-D ve KG gruplarının da 3 farklı zamanda elde edilen ölçüm ortalamaları arasında farklılaşma bulunmuştur. Buna göre, iBBYD grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 151.4, *SS*= 42.7) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 186.8, *SS*= 29.8) karşılaştırıldığında obsesif

inançlarda yine anlamlı bir düşüş olduğu görülmüş (*p*=.000), bu düşüş yine 1 aylık izlem ölçümünde de (*Ort.* = 149.4, *SS*= 57.2) korunmuştur (*p*=.000). Benzer şekilde, iBYD-Y grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 145.5, *SS*= 36.01) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 201.5, *SS*= 31.7) karşılaştırıldığında obsesif inançlarda yine anlamlı bir düşüş olduğu görülmüş (*p*=.000), bu düşüş yine 1 aylık izlem ölçümünde de (*Ort.* = 151.04, *SS*= 42.3) korunmuştur (*p*=.000). Farklı olarak ise, iBYD-D grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 183.7, *SS*= 39.6) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 202.3, *SS*= 38.4) karşılaştırıldığında obsesif inançlarda istatistiksel olarak marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı bir düşüş olduğu görülmüş (*p*=.06), bu düşüş yine 1 aylık izlem ölçümünde de (*Ort.* =182.3, *SS*= 37.3) sınırda anlamlılık düzeyinde korunmuştur (*p*=.08). Yine farklı olarak, KG grubunun son test ölçümü (*Ort.* = 182.8, *SS*= 37.4) ile ön test ölçümü (*Ort.* = 204, *SS*= 36.1) karşılaştırıldığında obsesif inançlarda istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür (*p*=.03).

Zamana göre gruplar karşılaştırıldığında ise, iBBYD ve iBYD-D gruplarının ön test ölçüm ortalamaları birbirinden farklılaşmazken, son test ölçümünde, iBBYD grubunun ortalamasının (*Ort.* = 151.46, *SS*= 42.7) iBYD-D grubunun ortalamasından (*Ort.* = 183.7, *SS*= 39.6) yine anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.044). İzlem ölçümünde ise iBBYD grubunun ortalamasının (*Ort.* = 149.41, *SS*= 57.2) iBYD-D grubunun ortalamasından (*Ort.* =182.3, *SS*= 37.3) yine marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.10). Ayrıca, son test ölçümünde iBBYD grubunun ortalamasının (*Ort.* = 151.46, *SS*= 42.7) KG grubunun ortalamasından (*Ort.* = 182.8, *SS*= 37.4) yine marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.06). Farklı olarak, izlem ölçümünde iBBYD grubunun ortalamasının (*Ort.* = 149.4, *SS*= 57.2) KG grubunun ortalamasından (*Ort.* = 185.6, *SS*= 36.8) marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.06).

iBYD-Y ve iBYD-D gruplarının ön test ve izlem ölçümü ortalamaları birbirinden farklılaşmazken, son test ölçümünde, iBYD-Y grubunun ortalamasının (*Ort.* = 145.5, SS= 36.01) iBYD-D grubunun ortalamasından (*Ort.* = 183.7, *SS*= 39.6) yine anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.04). Ayrıca, son test ölçümünde iBYD-Y grubunun ortalamasının (*Ort.* = 151.46, *SS*= 42.7) KG grubunun ortalamasından (*Ort.* = 182.3, *SS*= 39.35) bu kez sınırlı anlamlılık düzeyinden

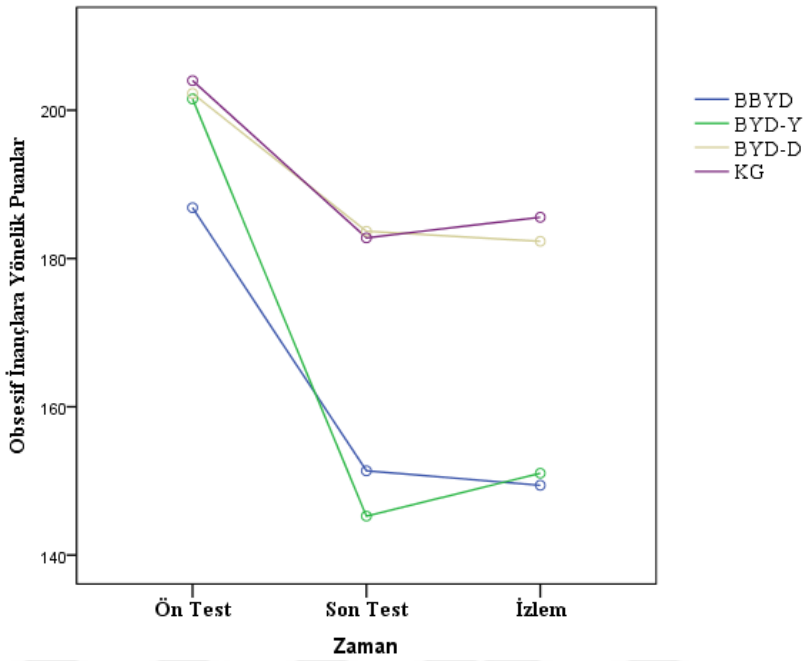
istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaştığı ve anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.01). Yine farklı olarak, izlem ölçümünde iBYD-Y grubunun ortalamasının (*Ort.* = 151.04, *SS*= 42.3) KG grubunun ortalamasından (*Ort.* = 185.6, *SS*= 36.8) istatistiksel olarak marjinal düzeyde (sınırlı) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (*p*=.07).

Özetle, uyarlanmış tedavi amacı analizi sonucunda bir önceki analize benzer şekilde iBBYD ve iBYD-Y gruplarında zaman içinde obsesif inançlarda azalma olduğu ve bu azalmanın izlem ölçümünde korunduğu görülmüştür. Bir önceki analizden farklı olarak ise, zaman içinde görülen bu azalma kendini marjinal düzeyde bir anlamlılık ile iBYD-D grubunda da göstermiş ve bu azalma yine farklı olarak izlem ölçümünde de marjinal düzeyde bir anlamlılık ile korunmuştur. Bir önceki analiz sonuçlarından farklı olarak, KG'de de obsesif inançlarda istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş görülmüş ancak bu düşüş izlem ölçümünde korunamamıştır. Zamana göre gruplar karşılaştırıldığında ise bir önceki analizin sonuçlarından farklı olarak bu kez, iBBYD ve iBYD-Y grubu ile KG arasında izlem ölçümünde de marjinal düzeyde anlamlılık ile bir farklılaşma saptanmış, iBBYD ve iBYD-Y grupları zaman içinde obsesif inançlarındaki azalmanın KG grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca, yine farklı olarak son test ölçümünde iBYD-Y grubu ile KG arasında obsesif inançlarda görülen farklılaşmanın, bu kez sınırlı anlamlılık düzeyinden istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaştığı ve anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Üç farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 21' de ve grupların üç farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 21'de ayrıca verilmiştir.

Tablo 21: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların OİA-44 Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	**S**	**ZAMAN**		
		Ön Test	**Son Test**	**1 Aylık İzlem**
		Ort. *(SS)*	**Ort. *(SS)***	**Ort. *(SS)***
iBBYD	22	186.8 *(29.8)*	151.4 *(42.7)*	149.4 *(57.2)*
iBYD-Y	23	201.5 *(31.7)*	145.5 *(36.01)*	151.04 *(42.3)*
iBYD-D	22	202.3 *(38.4)*	183.7 *(39.6)*	182.3 *(37.3)*
KG	21	204 *(36.1)*	182.8 *(37.4)*	185.6 *(36.8)*

Şekil 21: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların Üç Farklı Zamandaki OİA-44 Puanları

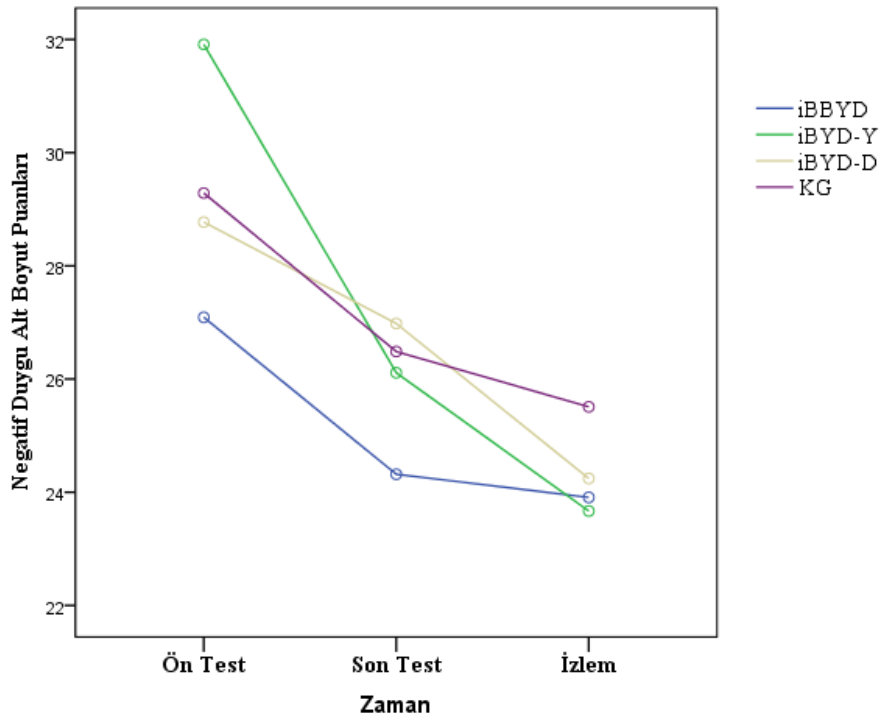


Yalnızca çalışmaya devam eden ve tüm araştırma sürecini tamamlayan katılımcıların verileri ile yürütülen bir önceki karışık desenler için varyans analizlerinde, PNDÖ'nün negatif duygu alt boyut puanları açısından, açısından grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi marjinal düzeyde (sınırda) anlamlı olmakla birlikte, etkileşim etkisi ile zamanın ana etkisi anlamlı bulunmuşken; grubun ana etkisi anlamlı bulunmamıştır. Uyarlanmış tedavi amacı analizi ile bu analiz tekrarlandığında ise, negatif alt boyut puanları açısından farklı olarak, bir önceki analizde sınırlı anlamlılık düzeyinde saptanan grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin bu kez istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür, F (6,168) = 1.48, p = .18, ηp^2=.05. Üç farklı zamanda elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 22' de ve grupların üç farklı zamanda elde edilen puanlarının karşılaştırıldığı grafik Şekil 22'de ayrıca verilmiştir.

Tablo 22: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların PNDÖ Negatif Duygu Alt Boyut Puanlarının Üç Farklı Zamandaki Ortalama ve (Standart Sapma) Değerleri

GRUP	S	ZAMAN		
		Ön Test	Son Test	1 Aylık İzlem
		Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*	Ort. *(SS)*
iBBYD	22	27.1 (5.7)	24.3 (7.8)	23.9 (8.04)
iBYD-Y	23	31.9 (8.5)	26.1 (9.6)	23.7 (9.5)
iBYD-D	22	28.7 (7.7)	26.9 (7.7)	24.24 (7.5)
KG	21	29.3 (8.4)	26.5 (8.6)	25.5 (9.6)

Şekil 22: Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi Sonucunda Grupların Üç Farklı Zamandaki Negatif Duygu Alt Boyut Puanları



Özetle, uyarlanmış tedavi amacı analizi sonrasında, dikkat yanlılığı açısından bir önceki analizde anlamlı bulunmayan grup ana etkisi anlamlı bulunmuş; obsesif inançlar açısından grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi sınırda anlamlılıktan istatistiksel açıdan anlamlılık seviyesine ulaşmış; negatif duygular açısından ise grup

ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi sınırda anlamlılıktan istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir seviyeye gelmiştir. Diğer yandan, OKB belirtileri, OKB ile ilişkili olumlu yorumlama, genel olumlu yorumlama, depresyon, anksiyete, stres ve pozitif duygu ölçümlerinde gözlenen etkilerin büyük ölçüde korunduğu görülmüştür. Bunların yanı sıra, etkileşim etkisi korunan değişkenlerden OKB belirtileri, genel olumlu yorumlama ve etkileşim etkisi sınırda anlamlılıktan istatistiksel açıdan anlamlılık seviyesine ulaşan obsesif inançlar söz konusu olduğunda, grup-içi ve gruplar arası anlamlı bulgularda da değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişikliklerin özeti, Per protokol ve uyarlanmış tedavi amacı analizi için karşılaştırmalı şekilde Tablo 23'te sunulmuştur. [10]

[10] Uyarlanmış tedavi amacı analizi sonrasında grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin sınırlı anlamlılık düzeyinden istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaştığı görülen obsesif inançlara ait analizin sonuçlarının önceki kısımlarda ayrıntılı olarak sunulmuş olmasının yanında, bu bulguların özetine iki analizin sonuçlarının ayrıntılı karşılaştırmasını içeren Tablo 23'te de yer verilmiştir.

Tablo 23: Grup-içi ve Gruplar arası anlamlı Bulgulardaki Değişikliklerin Per Protokol ve Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi İçin Karşılaştırmalı Özeti

	Per-Protokol Analizi					**Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizi**				
Değişken	**Grup x Zaman**					**Grup x Zaman**				
	Grup-içi			**Gruplar-arası**		**Grup-içi**			**Gruplar-arası**	
	Ön Test/Son Test	Ön Test/İzlem	Son Test/İzlem	Son Test	İzlem	ÖnTest/Son Test	Ön Test/İzlem	Son Test/İzlem	Son Test	İzlem
OKB belirtileri	iBBYD↓*, iBYD-Y↓*	Değişim korunmuş* KG↓**	-	iBYD-Y<KG*	-	iBBYD↓*, iBYD-Y↓*	Değişim korunmuş* **iBYD-D↓** KG↓***	**KG↓***	iBYD-Y<KG* **iBBYD<KG****	-
Obsesif İnançlar	iBBYD↓*, iBYD-Y↓*	Değişim korunmuş*	-	iBBYD<iBYD-D*, KG** iBYD-Y<iBYD-D*,KG**	iBBYD<iBYD-D**	iBBYD↓*, iBYD-Y↓* **iBYD-D↓** **KG↓***	Değişim korunmuş* **Değişim korunmuş****	-	iBBYD<iBYD-D*, KG** iBYD-Y<iBYD-D*,**KG***	iBBYD<**iBYD-D**, KG**** **iBYD-Y<KG****
Genel Olumlu Yorumlama	iBYD-Y↑*	-	-	iBYD-Y> KG*	-	**iBBYD↑**,** iBYD-Y↑*		-	iBYD-Y> KG*	-

*p< .05 düzeyinde anlamlıdır. ** .05 < p < .10 arasında marjinal düzeyde (sınırda) anlamlıdır.
Not. Per protokol analizine göre uyarlanmış tedavi amacı analizindeki farklılıklar kalın yazı ile belirtilmiştir.

3.7. KATILICIMARIN MÜDAHALE SONRASI GERİBİLDİRİMLERİ

Bu kısımda**,** müdahale programı sonrasında katılımcıların müdahale programları hakkındaki görüşleri, program sırasındaki deneyimlerinin içeriği ve önerileri hakkında bilgi almak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geribildirim Formu'na verilen yanıtlar değerlendirilmiştir. Form; (1) müdahale programının algılanan faydası ve etkisi, (2) programın kullanışlılığı ve (3) programın yararlı bulunan/bulunmayan yönleri olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Formun müdahale programının algılanan faydası ve etkisini değerlendiren ilk bölümünde yer alan sorular ile programın kullanışlılığını değerlendiren ikinci bölümünde yer alan ifadelere kategorik cevaplar verilmesi sağlanmıştır. Üçüncü bölümde programın yararlı bulunan/bulunmayan yönleri ise, katılımcılar tarafından açık uçlu sorular üzerinden değerlendirilmiş ve benzer yanıtlar için belirli kategoriler oluşturulmuştur. Formda ayrıca oturum sürelerine ilişkin görüşlerin alındığı bir soru sorulmuş ve bu soruya da kategorik cevaplar verilmesi sağlanmıştır. Formun sonunda yer alan ve açık uçlu cevaplanan ek öneriler bölümün verilen cevaplar değerlendirilmiş, formun ilk ve ikinci bölümüne verilen cevaplar ile benzer olduğu görülmüş ve bu nedenle ek öneriler için verilen cevaplar söz konusu bölümlerdeki cevaplar ile birleştirilmiştir. Katılımcıların sorulara verdiği yanıtlar ki kare analizi ile incelenmiştir. Analizin sonuçları takip eden kısımda sunulmuştur.

3.7.1. Müdahale Programlarının Algılanan Faydası ve Etkisi

Formun müdahale programının algılanan faydası ve etkisini değerlendiren ilk bölümü "(0) Hiç" ile "(4) Çok fazla" uçlarına sahip, 5'li derecelendirme türündedir ve kategorik olarak cevap verilebilecek 4 soru ifadesinden oluşmaktadır. Yapılan ki kare analizi sonucunda her bir grupta sorulara verilen yanıtların oranları Tablo 24'te özetlenmiştir.

İlk soru olan, "Size sunulan bu program genel olarak ne kadar mantıklı görünüyor?" sorusuna verilen cevapların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%40 olduğu)

görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p = .77).

İkinci soru olan, "Size sıkıntı veren düşüncelerinizi ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışları düşündüğünüzde size sunulan bu program bu sıkıntılarınıza yönelik destek ihtiyacınızı karşılamak için bir seçenek olarak ne kadar uygundu?" sorusuna verilen cevapların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%50 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p=.26).

Üçüncü soru olan, "Bu programın size sıkıntı veren düşüncelerinizin ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışların sıklığını azaltmada ne kadar başarılı olduğunu düşünüyorsunuz?" sorusuna verilen cevapların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%60 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmıştır (p =.04). Cramer V değeri ise .35 olarak hesaplanmıştır. Farklılığın hangi kategorilerden kaynaklandığını saptamak amacıyla çapraz tabloda standardize edilmiş artık değerler incelenmiştir. Buna göre, iBYD-D müdahale grubunda, müdahale programının sıkıntı veren düşüncelerin ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissedilen davranışların sıklığını azaltmada ne kadar başarılı olduğu konusunda "Hiç" şeklinde değerlendirme yapma oranının (%30) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Son soru olan, "Bu programın size sıkıntı veren düşüncelerinize ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışlara karşı olan rahatsızlık düzeyinizi azaltmada ne kadar başarılı olduğunu düşünüyorsunuz?" sorusuna verilen cevapların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%53.3 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p=.25).

Tablo 24: Müdahalenin Algılanan Faydası ve Etkisine Yönelik Sorulara Verilen Yanıtların Gruplara Göre Oranları

Sorular	GRUP	S	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Çok Fazla
			S (%)	*S (%)*	*S (%)*	*S (%)*	*S (%)*
Size sunulan bu program genel olarak ne kadar mantıklı görünüyor?	iBBYD	22	1 (4.5)	5 (22.7)	6 (27.3)	8 (36.4)	2 (9.1)
	iBYD-Y	20	0 (0)	4 (20)	7 (35)	6 (30)	3 (15)
	iBYD-D	20	1 (5)	8 (40)	5 (25)	3 (15)	3 (15)
Size sıkıntı veren düşüncelerinizi ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışları düşündüğünüzde size sunulan bu program bu sıkıntılarınıza yönelik destek ihtiyacınızı karşılamak için bir seçenek olarak ne kadar uygundu?	iBBYD	22	1 (4.5)	12 (54.5)	5 (22.7)	4 (18.2)	-
	iBYD-Y	20	1 (5)	7 (35)	8 (40)	4 (20)	-
	iBYD-D	20	5 (25)	6(30)	6 (30)	3 (15)	-
Bu programın size sıkıntı veren düşüncelerinizin ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışların sıklığını azaltmada ne kadar başarılı olduğunu düşünüyorsunuz?	iBBYD	22	1 (4.5)	12 (54.5)	5 (22.7)	3 (13.6)	1 (4.5)
	iBYD-Y	20	0 (0)	10 (50)	6 (30)	4 (20)	0 (0)
	iBYD-D	20	6 (30)	6 (30)	7 (35)	1 (5)	0 (0)
Bu programın size sıkıntı veren düşüncelerinize ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışlara karşı olan rahatsızlık düzeyinizi azaltmada ne kadar başarılı olduğunu düşünüyorsunuz?	iBBYD	22	3 (13.6)	5 (22.7)	6 (27.3)	6 (27.3)	2 (9.1)
	iBYD-Y	20	0 (0)	7 (35)	4 (20)	6 (30)	3 (15)
	iBYD-D	20	6 (30)	4 (20)	5 (25)	5 (25)	0 (0)

3.7.2. Müdahale Programlarının Kullanışlılığına Dair Katılımcı Görüşleri

Programın kullanışlılığına dair katılımcı görüşlerinin alındığı ikinci bölüm, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(5) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, 5'li derecelendirme türündedir ve kategorik olarak cevap verilebilecek 4 ifadeden oluşmaktadır. Yapılan ki kare analizi sonucunda her bir grupta ifadelere yönelik verilen yanıtların oranları Tablo 25'te özetlenmiştir.

İlk ifade olan, "Programda yer alan açıklamalar anlaşılır ve açıklayıcıydı." ifadesine verilen cevapların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%50 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p = .35).

İkinci ifade olan, "Programın kullanımı kolaydı. İleride kullanmak istersem yardım olmadan, tek başıma kullanabilirim." ifadesine verilen cevapların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%50 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p=.19).

Üçüncü ifade olan, "Sıkıntılarımı hafifletmem gerektiğinde bu programı kullanmak isterim." ifadesine verilen cevapların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%60 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmıştır (p =.05). Cramer V değeri ise .35 olarak hesaplanmıştır. Farklılığın hangi kategorilerden kaynaklandığını saptamak amacıyla çapraz tabloda standardize edilmiş artık değerler incelenmiştir. Buna göre, ifadeye verilen cevaplar söz konusu olduğunda, herhangi bir müdahale grubunda cevap oranları açısından ortaya çıkan anlamlı bir farklılaşma görülmemiş, diğer bir deyişle standardize artık değerlerin tüm hücrelerde-1.96 ile 1.96 aralığında kaldığı görülmüştür.

Son ifade olan, “Benimle benzer sıkıntıları yaşayan bir arkadaşıma bu programı rahatlıkla öneririm.” ifadesine verilen cevapların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5’ten küçük olan gözenek sayısının %20’sini aştığı (%60 olduğu) görüldüğünden Fisher’s exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p=.25).

Tablo 25: Müdahalenin Algılanan Faydası ve Etkisine Yönelik Sorulara Verilen Yanıtların Gruplara Göre Oranları

İfadeler	GRUP	S	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
			S (%)	*S (%)*	*S (%)*	*S (%)*	*S (%)*
Programda yer alan açıklamalar anlaşılır ve açıklayıcıydı.	iBBYD	22	-	-	-	4 (18.2)	18 (81.8)
	iBYD-Y	20	-	-	-	7 (35)	13 (65)
	iBYD-D	20	-	-	-	3 (15)	17 (85)
Programın kullanımı kolaydı. İleride kullanmak istersem yardım olmadan, tek başıma kullanabilirim.	iBBYD	22	-	-	-	4 (18.2)	18 (81.8)
	iBYD-Y	20	-	-	-	3 (15)	17 (85)
	iBYD-D	20	-	-	-	0 (0)	20 (100)
Sıkıntılarımı hafifletmem gerektiğinde bu programı kullanmak isterim.	iBBYD	22	2 (9.1)	1 (4.5)	11 (50)	4 (18.2)	4 (18.2)
	iBYD-Y	20	1 (5)	4 (20)	2 (10)	11 (55)	2 (10)
	iBYD-D	20	4 (20)	2 (10)	5 (25)	6 (30)	3 (15)
Benimle benzer sıkıntıları yaşayan bir arkadaşıma bu programı rahatlıkla öneririm.	iBBYD	22	1 (4.5)	0 (0)	6 (27.3)	8 (36.4)	7 (31.8)
	iBYD-Y	20	1 (5)	2 (10)	2 (10)	6 (30)	9 (45)
	iBYD-D	20	4 (20)	1 (5)	5 (25)	7 (35)	3 (15)

3.7.3. Müdahale Programlarının Yararlı Bulunan/Bulunmayan Yönleri

Formun üçüncü bölümünde programın yararlı bulunan/bulunmayan yönleri, açık uçlu sorular üzerinden değerlendirilmiş ve benzer yanıtlar için belirli kategoriler oluşturulmuştur. iBBYD müdahale programı, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale programlarından oluşan birleştirilmiş bir uygulama olduğu için, iBYD-Y müdahale programının yararlı bulunan/bulunmayan yönlerine ilişkin cevapların değerlendirilmesi, yalnızca iBYD-Y müdahale programı alan grup ile iBBYD müdahale programı alan grup arasında; iBYD-D müdahale programının yararlı bulunan/bulunmayan yönlerine ilişkin cevapların değerlendirilmesi ise, yalnızca iBYD-D müdahale programı alan grup ile iBBYD müdahale programı alan grup arasında gerçekleştirilmiştir. Yapılan ki kare analizinin sonuçları, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale programları için ayrı başlıklar altında olmak üzere takip eden kısımda sunulmuştur:

iBYD-Y Müdahale Programının Yararlı Bulunan/Bulunmayan Yönleri: iBYD-Y müdahale programının yararlı bulunan yönleri için açık uçlu şekilde yapılan değerlendirmelerden benzer yanıtlar için toplam 5 kategori belirlenmiştir. Müdahale programının yararlı bulunmayan yönleri için ise, biri "Yararlı olmadığını düşündüğüm bir yönü yok." yanıtını içeren toplam 5 kategori belirlenmiştir. Yapılan ki kare analizi sonucunda her bir grupta müdahale programının yararlı bulunan/bulunmayan yönlerine ilişkin verilen yanıtların oranları Tablo 26'da özetlenmiştir.

iBYD-Y müdahale programının yararlı bulunan yönleri için açık uçlu soruya verilen yanıtların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%60 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD ve iBYD-Y müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p = .23).

iBYD-Y müdahale programının yararlı bulunmayan yönleri için açık uçlu soruya verilen yanıtların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%80 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD ve iBYD-Y müdahale grupları

arasında istatistiksel olarak marjinal düzeyde (sınırlı) bir farklılaşmaya rastlanmıştır (p = .06). Cramer V değeri ise .44 olarak hesaplanmıştır. Farklılığın hangi kategorilerden kaynaklandığını saptamak amacıyla çapraz tabloda standardize edilmiş artık değerler incelenmiştir. Buna göre, herhangi bir müdahale grubunda cevap oranları açısından ortaya çıkan anlamlı bir farklılaşma görülmemiş, diğer bir deyişle standardize artık değerlerin tüm hücrelerde-1.96 ile 1.96 aralığında kaldığı görülmüştür.

Tablo 26: iBYD-Y Müdahale Programının Yararlı Bulunan/Bulunmayan Yönlerine İlişkin Verilen Yanıtların Gruplara Göre Oranları

		iBBYD ***(S= 22)***	**iBYD-Y** ***(S= 20)***
		S (%)	*S* (%)
Müdahalenin Yararlı Bulunan Yönleri	Olayları daha ayrıntılı düşünmemi ve düşündüklerimin önemsiz olduğunu anlamamı sağladı.	6 (27.3)	9 (45)
	Bakış açımı değiştirmemi sağladı.	9 (40.9)	4 (20)
	Başarılı hissettim.	2 (9.1)	0 (0)
	Bu düşüncelerin herkesin düşünebileceği normal şeyler olduğunu fark ettim.	3 (13.6)	6 (30)
	Amacını kavrayamadığım için yararını bilemiyorum.	2 (9.1)	1 (5)
Müdahalenin Yararlı Bulunmayan Yönleri	Kendi cevaplarımı verememekten rahatsız oldum.	1 (4.5)	2 (10)
	Senaryoların okuma süresi uzun olduğu için sıkıldığım anlar oldu.	5 (22.7)	0 (0)
	Bazen bazı düşüncelerin olduğu senaryolar kafamı kurcaladı, rahatsız etti.	1 (4.5)	1 (5)
	Senaryoların tekrar etmesi sıkıcı geldi.	0 (0)	3 (15)
	Yararlı olmadığını düşündüğüm bir yönü yok.	15 (68.2)	14 (70)

iBYD-D Müdahale Programının Yararlı Bulunan/Bulunmayan Yönleri: iBYD-D müdahale programının yararlı bulunan yönleri için açık uçlu şekilde yapılan değerlendirmelerden benzer yanıtlar için biri "Yararlı olduğunu düşündüğüm bir yönü yok." yanıtını içeren toplam 5 kategori belirlenmiştir. Müdahale programının yararlı bulunmayan yönleri için ise, biri "Yararlı olmadığını düşündüğüm bir yönü yok." yanıtını içeren toplam 6 kategori belirlenmiştir. Yapılan ki kare analizi sonucunda her bir grupta müdahale programının yararlı bulunan/bulunmayan yönlerine ilişkin verilen yanıtların oranları Tablo 27'de özetlenmiştir.

iBYD-D müdahale programının yararlı bulunan yönleri için açık uçlu soruya verilen yanıtların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%80 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p = .20).

iBYD-Y müdahale programının yararlı bulunmayan yönleri için açık uçlu soruya verilen yanıtların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'sini aştığı (%87.5 olduğu) görüldüğünden Fisher's exact test kullanılmış ve bu soru açısından iBBYD ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlanmamıştır (p = .41).

Son olarak, katılımcıların oturum sürelerine ilişkin görüşlerin alındığı ve "Evet", "Hayır. Daha kısa sürmeliydi.", "Hayır. Daha uzun sürmeliydi." olmak üzere üç seçenek içeren "Oturum süreleri yeterli miydi?" sorusuna verilen yanıtların ki kare analizi ile incelenmesi sonucunda, iBBYD, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılaşmaya rastlamıştır, $\chi 2$ (2, N=62) = 6.5, p=.04. Cramer V değeri ise .32 olarak hesaplanmıştır. Farklılığın hangi kategorilerden kaynaklandığını saptamak amacıyla çapraz tabloda standardize edilmiş artık değerler incelenmiştir. Buna göre, ifadeye verilen cevaplar söz konusu olduğunda, herhangi bir müdahale grubunda cevap oranları açısından ortaya çıkan anlamlı bir farklılaşma görülmemiş, diğer bir deyişle standardize artık değerlerin tüm hücrelerde-1.96 ile 1.96 aralığında kaldığı görülmüştür. iBBYD grubundaki katılımcıların (S=22) 11'i (%50) bu soruya "Evet"; 11'i ise (%50) bu soruya "Hayır.

Daha kısa sürmeliydi.” cevabını vermiştir. iBYD-Y grubundaki katılımcıların (*S*=20) ise 17’si (%85) bu soruya “Evet”; 3’ü ise (%15) bu soruya “Hayır. Daha kısa sürmeliydi.” cevabını vermiştir. Son olarak, iBYD-D grubundaki katılımcıların (*S*=20), 15’i (%75) bu soruya “Evet”; 5’i ise (%25) bu soruya “Hayır. Daha kısa sürmeliydi.” cevabını vermiştir.

Tablo 27: iBYD-D Müdahale Programının Yararlı Bulunan/Bulunmayan Yönlerine İlişkin Verilen Yanıtların Gruplara Göre Oranları

		iBBYD *(S= 22)*	**iBYD-D *(S= 20)***
		S (%)	*S* (%)
Müdahalenin Yararlı Bulunan Yönleri	Gördüğümde beni rahatsız edebilecek şeylere olan rahatsızlığımı azalttı.	5 (22.7)	2 (10)
	Odaklanmamı ve dikkatimi arttırdı.	5 (22.7)	1 (5)
	Beni daha güzel görsellere yönlendirdi, böylelikle daha güzel olanlara bakmaya başladım.	3 (13.6)	3 (15)
	Amacını kavrayamadığım için yararını bilemiyorum.	7 (31.8)	13 (65)
	Yararlı olduğunu düşündüğüm bir yönü yok.	2 (9.1)	1 (5)
Müdahalenin Yararlı Bulunmayan Yönleri	Uzun sürdüğü için sıkıldım/yoruldum.	4 (18.1)	6 (30)
	Bazı fotoğraflar/kan olan fotoğraflar rahatsız etti.	4 (18.1)	1 (5)
	Çok hızlıydı/daha uzun süre fotoğraflara bakabilmek isterdim.	2 (9.1)	1 (5)
	Hep aynı fotoğrafları görmek sıkıcıydı.	0 (0)	2 (10)
	Amacını kavrayamadığım için bilemiyorum	6 (27.3)	7 (35)
	Yararlı olmadığını düşündüğüm bir yönü yok	6 (27.3)	3 (15)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
TARTIŞMA

Bilişsel yanlılık değişimi uygulamaları kaygı bozuklukları ile karşılaştırıldığında OKB'de görece yeni gündeme gelen bir yaklaşım olmakla birlikte, aynı zamanda etkisi pek çok araştırma ile değerlendirilmiş bir yöntemdir. Diğer psikopatolojilere yönelik gerçekleştirilen diğer çalışmalarda da olduğu gibi, OKB alanında yapılan bu araştırmalarda da ağırlıklı olarak yanlılıklardan yalnızca birine odaklanıldığı görülmektedir. Diğer yandan, tüm psikopatolojilerde olduğu gibi OKB'nin de bilişsel modellerinde bütün yanlılıkların bozukluğun ortaya çıkması ve sürdürülmesinde farklı düzeylerdeki ortak etkisine ve karşılıklı etkileşimine dair yaygın bir görüş söz konusudur. Mevcut tez araştırması planlanırken bu görüş göz önünde bulundurularak her iki yanlılığı da hedef alan birleştirilmiş bir müdahaleden elde edilecek bulguların, bu tür uygulamaların etkisine dair daha doğru değerlendirmeler yapma imkanı sağlayacağı kanaatine varılmıştır. Buradan hareketle bu tez araştırmasında, hem dikkat hem de yorumlama yanlılığı değişimine yönelik iBBYD uygulamasının etkililiğinin, sadece dikkat yanlılığı değişimine yönelik iBYD-D uygulaması, sadece yorumlama yanlılığı değişimine yönelik iBYD-Y uygulaması ve hiçbir müdahalenin verilmediği KG ile karşılaştırılarak incelemesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda; yüksek düzeyde OKB belirtileri gösteren yetişkinler araştırmanın dört koşuluna seçkisiz olarak atanmış ve katılımcılardan uygulamalar başlamadan önce, uygulama bittikten hemen sonra (4. hafta) ve uygulama bitiminden 1 ay sonra OKB belirtileri, obsesif inançlar, kaygı, depresyon, stres ve duyguduruma ilişkin ölçümler alınmıştır. Ayrıca, katılımcıların dikkat ve yorumlama yanlılığı düzeyleri uygulamalar başlamadan önce ve uygulama bittikten hemen sonra (4. hafta) çeşitli deneysel düzeneklerle değerlendirilmiştir. Bu çalışma bilindiği kadarıyla hem ulusal hem de uluslararası alanyazında OKB'de birleştirilmiş bilişsel yanlılık değişimi uygulamasının etkisini inceleyen ilk çalışmadır. Araştırmanın bu yönüyle alanyazına önemli katkılar sunduğu düşünülmektedir. Bu bölümde ilk olarak araştırmanın yöntemsel özellikleri değerlendirilecektir. Daha sonra araştırmanın test edilmiş hipotezleri alanyazın ışığında tartışılacaktır. Son olarak ise araştırmanın kısıtlılıkları, güçlü yönleri, klinik faydaları ve gelecekteki araştırmalara dair öneriler aktarılacaktır.

4.1. YÖNTEMSEL ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada tek kör yöntemiyle seçkisiz kontrollü araştırma deseni kullanılmıştır. Bu nedenle araştırmanın bulguları tartışılmadan önce, mevcut araştırmanın seçkisiz kontrollü bir çalışma olarak nasıl özelliklere sahip olduğunun değerlendirilmesi önemlidir.

Seçkisiz kontrollü çalışmalar uygulanan müdahale ile sonuçları arasındaki nedensel ilişkileri ortaya koyabilen ve çalışmanın dış geçerliğini, diğer bir deyişle elde edilen sonuçların genellenebilirliğini arttıran en objektif ve kanıt değeri en yüksek çalışmalar olarak kabul edilmektedir (Sibbald ve Roland, 1998 :201; Kendal ve diğerleri, 2013:40). Son yıllarda çok sayıda bilimsel dergi bu tür çalışmaların başlangıcında Amerika Birleşik Devletleri kaynaklı bir araştırma protokolü kayıt sistemi olan *ClinicalTrials.gov* 'a kaydedilmesini yayın için ön koşul olarak kabul etmekte ve bu sisteme kaydedilmemiş çalışmaları değerlendirmeye almamaktadır. Bu doğrultuda, başlangıç aşamasında mevcut araştırmanın da protokol kaydı için ilgili kayıt sistemine başvurulmuş ve NCT04575805 kayıt numarası ile kabul edilerek kaydı gerçekleştirilmiştir.

Seçkisiz kontrollü çalışmalarda hedeflenen klinik popülasyonu en iyi şekilde temsil edebilecek bir örneklemin seçilmesinde; tanı almış olan (klinik örneklem), ilgili belirtileri değerlendiren ölçeklerden yüksek düzeyde puan almış olan (analog örneklem) ya da eş tanı durumların dışlandığı tanı almış olan (yüksek derecede örneklem seçimi) kişilerden oluşan özellikteki örneklemler tercih edilmektedir. (Kendall ve diğerleri, 2013:46). Mevcut araştırmanın yüksek şiddette OKB belirtileri rapor eden, ancak herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan analog bir örneklemde yürütülmesi planlanmıştır. Örneklemin temsil edici bir örneklem olabilmesi için benzer çalışmalarda (örn. Clerkin ve Teachman, 2011: 338; Grisham ve diğerleri, 2014: 507) OKB belirtilerini değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullanılan ölçüm araçlarının OKB tanılı gruptaki kesme puanlarının, yüzdelik dilimin ya da ortalama puanlarının temel alınmasına dayanan yöntemler dikkate alınmıştır.

Mevcut araştırmada iBBYD müdahale programının etkisi, yalnızca iBYD-Y ve yalnızca iBYD-D müdahalesi verilen gruplar ve bu süreçte hiçbir müdahalenin verilmediği bekleme listesi kontrol grubu olmak üzere üç karşılaştırma grubu

kullanılarak değerlendirilmiştir. Katılımcılar araştırmanın bu dört koşuluna seçkisiz olarak atanmıştır. Seçkisiz atama süreci, nitelikli seçkisiz kontollü çalışmalarda (örn. Andersson ve diğerleri, 2006:678; Watts ve diğerleri, 2013:2; Lenhard ve diğerleri, 2017:11) sıklıkla tercih edilen bir yöntem olan ve bilgisayarda rastgele sayılar üreten bir internet sitesi (http://www.random.org) üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte körleme yöntemlerinden tek kör yöntemi kullanılmıştır. Bu nedenle, katılımcılar araştırmanın farklı koşullar içerdiği ve araştırmanın amacı hakkında araştırmanın sonunda Katılım Sonrası Bilgilendirme Formu (*bkz.* EK 11) ile bilgilendirilmiştir.

Öncelikle mevcut araştırmada seçkisiz atama sonrası grup eşitliğinin sağlanıp sağlanmadığını belirlemek üzere dört grup, sosyo-demografik özellikleri (örn. yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum) ve bağımlı değişkenlere ait başlangıç ölçümleri açısından karşılaştırılmış ve herhangi bir farklılaşmaya rastlanmamıştır. Bu durum, seçkisiz atamanın başarılı bir şekilde gerçekleştirildiği ve grupların karşılaştırılabilir nitelikte benzer özelliklere sahip olduğuna işaret etmektedir.

iBBYD müdahale programı, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale programlarından oluşan birleştirilmiş bir uygulamadır. iBBYD müdahale koşulunun iBYD-Y ve iBYD-D bileşenlerinin tek başına verildiği ayrı iki koşulla karşılaştırılması nedeni ile mevcut araştırmanın deseni aynı zamanda faktöriyel desen özelliği taşımaktadır. Klasik seçkisiz kontrollü araştırmalarda birden fazla bileşenden oluşan müdahale programlarının etkisi genellikle birleştirilmiş müdahalenin herhangi bir bileşenini içermeyen çeşitli türlerdeki kontrol grupları (örn. klasik tedavi, bekleme listesi, plasebo gibi) ile karşılaştırılarak incelenmektedir (Watkins ve Newbold, 2020:3). Faktöriyel desenlerin kullanıldığı deneysel araştırmalar ise, farklı birleşenlerden oluşan bir müdahalenin hangi bileşeninin ya da bileşenlerinin müdahale sonucunda ortaya çıkan etkiye katkısı olduğuna dair spesifik değerlendirmeler yapma imkanı sağlayarak seçkisiz kontrollü çalışmaların bu sınırlılığını gidermektedir (Watkins ve Newbold, 2020:3). Bu tür çalışmalarda sıra etkisini kontrol etmenin önemi dikkate alınarak (*bkz.* Brooks, 2012:6) iBBYD müdahale koşulundaki katılımcılar için karşıt dengeleme uygulanmıştır: buna göre bu grupta yer alan katılımcıların yarısına birleştirilmiş müdahale içinde önce iBYD-D sonra iBYD-Y; diğer yarısına ise önce iBYD-Y sonra iBYD-D verilmiştir. Alanyazında BBYD uygulamaları söz konusu olduğunda, faktöriyel desen kullanılarak gerçekleştirilen ve alkol bağımlılığı olan

bireylerle yürütülmüş olan yalnızca bir araştırmaya rastlanmıştır (*bkz.* Boffo ve diğerleri, 2014:452). Bu doğrultuda, mevcut tez araştırmasının OKB'de yorumlama yanlılığına müdahalenin dikkat yanlılığına müdahaleden daha etkili olduğuna yönelik edinilmiş izlenimin deneysel yöntemlerle test edilmesine olanak sağlayan ilk araştırma olması bakımından önemli olduğu düşünülmektedir.

Mevcut tez araştırmasında karşılaştırma grubu olarak bekleme listesi kontrol grubu da kullanıldığından konu ile ilgili bazı önemli noktaları ele almak önemlidir. Araştırmalarda bu tür bir koşul kullanılmaya karar verilmişse, acil müdahale planı hazırlaması ve acil bir durumda ne yapılması gerektiğinin önceden belirlenmesi önerilmektedir (Kendall ve diğerleri, 2013:42). Bu tür riskler araştırmanın başında yalnızca bekleme listesi kontrol grubu katılımcıları için değil tüm örneklem için değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme, BDKBÖ-EF'den alınan puanlara ve katılımcıların araştırmaya dahil olabilmeleri için gerekli özelliklere sahip olup olmadıklarını belirlemek amaçlı, araştırmacı tarafından oluşturulmuş kişisel bilgi formuna göre gerçekleştirilmiştir. Buna göre psikolojik destek ihtiyacı olan ancak mevcut çalışmanın katılım kriterlerini karşılamayan kişiler, yardım için başvurabilecekleri güvenilir kaynakların bilgisini içeren bir e-mail gönderilerek uygun bir şekilde bilgilendirilmiştir.

Seçkisiz kontrollü çalışmalarda bekleme listesi kontrol grubu kullanıldığında karşılaşılabilecek sorunlardan bir diğeri de, çalışmayı yarıda bırakma oranlarının (attrition rates) yüksek olmasıdır. Bu nedenle çalışmayı yarıda bırakanlar için de bir plan oluşturmak önemlidir (Kendall ve diğerleri, 2013:42). Aslında bu sorun yalnızca bekleme listesi kontrol grubu söz konusu olduğunda karşılaşılan bir durum olmaktan ziyade, seçkisiz kontrollü çalışmalarda ortaya çıkan genel bir sorundur (Lewis ve Machin, 1993: 647). Klinik araştırmalarda, genellikle katılımcıların %20'sinin çalışmayı yarıda bırakması beklenen bir durumdur (Mason, 1999:111). Çevrimiçi ortamda yürütülen klinik araştırmalarda ise bu oran ortalama %31 olarak bildirilmektedir (Melville ve diğerleri, 2010:465). Mevcut çalışmada hem yüz yüze hem de çevrim içi ortamda gerçekleştirilen çalışmalara göre düşük oranda (%11.8) katılımcı kaybı yaşanmıştır.

Çalışmayı yarıda bırakan katılımcılardan bazıları kendileri araştırmadan ayrılmak istediklerini beyan etmiş, bazılarının ise araştırmaya devam etmesi

araştırmacı tarafından etik nedenlerle katılımcıların en yüksek yararı gözetilerek uygun bulunmamıştır. Bu kişilerin çalışmayı yarıda bırakma nedenleri arasında, COVID-19 pandemisi nedeni ile yer değiştirmek zorunda kalma ve yeni yerde teknik imkanların çalışmaya devam etmek için yeterli olmaması, yakın arkadaş/akraba kaybı ve başka bir psikolojik tedavi yönteminin daha uygun olacağı kanaatine varılması yer almaktadır. Yine bu katılımcılarla da, yardım için başvurabilecekleri güvenilir kaynakların bilgisi paylaşılmış ve gerekli yönlendirmeler yapılmıştır. Çalışmayı yarıda bırakan katılımcıların çalışmadan ayrılma nedenleri hakkında bilgi alınmış olsa da, çalışmanın başında seçkisiz atama ile oluşturulan grupların bu özelliğini kaybetmesine yol açarak uygulanan müdahalenin gerçek etkilerinin doğru şekilde değerlendirilmesinde önemli bir sınırlılık oluşturduğu bildirilen eksilme yanlılığının (Tierney ve Stewart, 2005:79; Nüesch ve diğerleri, 2009: 339; Babic ve diğerleri, 2019:76) giderilmesine yönelik bazı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. CONSORT 2010 raporunda da önerilen bu yöntem (*bkz.* Schulz ve diğerleri, 2010:18) katılımcıların dâhil edilme ölçütlerini karşılayıp karşılamadığına ve araştırmanın tüm süreçlerini tamamlayıp tamamlamadığına bakılmaksızın tüm bireylerin verileri ile analizin gerçekleştirilmesi ilkesine dayanan *Tedavi Amacı Analizidir* (Intention-to-treat analysis). Mevcut tez araştırmasında ise, bir diğer yöntem olan ve çalışmanın başında hiçbir müdahale almadan çalışmadan ayrılanların analizden çıkarılmasına dayanan uyarlanmış tedavi amacı analizi (Modified intention-to-treat analysis) kullanılmıştır. Eksilme yanlılığını kontrol etmede bu analiz yönteminin de tedavi amacı analizi kadar etkili olduğu bildirilmektedir (Dossing ve diğerleri, 2016:71). Bulguların sunulduğu önceki bölümlerde de ayrıntılı şekilde aktarıldığı üzere, çalışmanın başında çalışmadan ayrılanlar ve devam edenlerin ölçümleri arasında herhangi bir farklılaşma olmadığı (*bkz.* Tablo 17, Tablo 18) ve ilgili analiz sonrasında ölçümlerde gözlenen etkilerin büyük ölçüde korunduğu görülmüştür (*bkz.* Tablo 23). Bu analiz kapsamında kayıp verilerin doldurulmasında alanyazında sıklıkla tercih edilen yöntem, katılımcıların alınamayan ölçümü yerine en son ölçümünü koyma yöntemidir (last observation carried forward) (Boers, 2008:2). Ancak bu yöntem değişkenliği (varyansı) arttırarak daha küçük istatistiksel anlamlılık değerlerinin ortaya çıkmasına neden olduğundan ve bir müdahalenin olduğundan daha etkili olarak yorumlanmasına yol açabildiğinden kullanılması önerilmeyen bir yöntemdir (Boers,

2008:3; Streiner, 2008:4). En yüksek olabilirlik kestirimi ve çoklu tamamlama (multiple imputation) yöntemleri ise, kayıp verilerin doldurulmasında en çok önerilen yöntemlerdir (Cheema, 2014:61). Bu nedenle mevcut araştırmada kayıp verilerin doldurulmasında güvenilir yöntemlerden biri olarak nitelendirilen en çok olabilirlik kestirimini de içerdiğinden *Beklenti Yükseltme (Expactation maximization-EM)* yöntemi (Dempster ve diğerleri, 1977: 1-36) tercih edilmiştir.

Seçkisiz kontrollü çalışmalarda genellikle bir tedavi ya da tedavinin bazı bileşenleri bağımsız değişken olarak belirlenmektedir. Bağımsız değişken olarak belirlenen müdahalenin, farklı koşullarda da tekrarlanabilir olması için yeterince iyi tanımlanması ve detaylandırılması gereklidir (Kendall ve diğerleri, 2013:47). Mevcut araştırmada bağımsız değişken, BYD uygulamalarının dikkat ya da yorumlama yanlılığı değişimini hedefleyen farklı türleri olarak belirlenmiştir. BYD-Y ile BYD-D uygulamalarının birleştirilmiş olarak birlikte sunulduğu BBYD uygulaması ise temel müdahale grubu olarak alınmıştır. Dikkat ve yorumlama yanlılıklarının değişimine yönelik alanyazında sıklıkla kullanılan deneysel düzenekler tercih edilmiştir. Dikkat yanlılığı değişimine yönelik mevcut araştırmada kullanılan BYD-D uygulaması, standart nokta izleme görevinin (MacLeod ve diğerleri, 1986:17) değiştirilmiş bir formu olarak belirlenmiştir. Yorumlama yanlılığı değişimine yönelik BYD-Y uygulaması kapsamında ise obsesif inanç alanlarına duyarlı senaryoları içermesi nedeni ile Clerkin ve Teachman (2011:338) tarafından oluşturulmuş düzenek kullanılmıştır. Müdahaleler oluşturulurken müdahalenin gerçek etkisini görmede karıştırıcı olabilecek değişkenler dikkate alınmıştır. Bu amaçla her bir oturumda katılımcıların her bir uyaranın sunulma şekli ve içeriğine dair olası her koşulu görme şansının eşit olması gözetilmiş ve ayrıca bu amaçla senaryoların sunum sırası her bir oturumda her bir katılımcı için ayrı ayrı seçkisizleştirilmiştir. Uyaran setlerinin oluşturulmasına dair Klinik Psikoloji alanında doktora eğitimine devam etmekte olan uzmanların değerlendirmesini içeren bir ön çalışma gerçekleştirilmiş ve uyaran setleri uzmanların değerlendirmeleri doğrultusunda oluşturulmuştur. BYD çalışmalarında, ideal oturum sayısı ve süresi üzerinde henüz bir fikir birliği bulunmadığından bu konudaki öneriler dikkate alınarak (*bkz.* Brosan ve diğerleri, 2011:261; Clerkin ve Teachman, 2011:342) mevcut çalışmada oturum sayısı ve sıklığı, 4 hafta, haftada 2 gün sıklıkta toplam 8 oturum şeklinde belirlenmiştir.

Seçkisiz kontrollü çalışmalar için önerildiği gibi (*bkz.* Kendall ve diğerleri, 2013:48), mevcut araştırmada çalışmaya başlamadan önce ölçüm araçları tanımlanmış ve bağımlı değişkenler çoklu ölçümler (örn. belirtiler, bilişler, duygular vb.) alınarak geçerli ve güvenilir ölçüm araçları ile değerlendirilmiştir. Öz bildirim ölçekleri, retrospektif yani geriye dönük değerlendirme sağlamakta ve bu nedenle bellekten bilgiyi geri çağırma sürecinde yanlılığa (retrospective memory recall bias) yol açmaktadır (Santangelo ve diğerleri, 2013:188). Bu nedenle mevcut araştırmada öz bildirim ölçeklerinin yanı sıra, müdahale sonrasında dikkat ve yorumlama yanlılıklarında meydana gelen değişimleri değerlendirmede, ölçümün amacının katılımcı tarafından fark edilmemesini sağlayarak yansız bir ölçüm alma imkanı veren deneysel düzenekler de kullanılmıştır. Bu düzenekler yanlılıklarda bir değişim sağlamayı hedefleyen BYD-D ve BYD-Y müdahalelerinin içeriğini oluşturan düzeneklere benzer olmakla birlikte, bazı noktalarda farklılaşmaktadır. Mevcut araştırmada dikkat yanlılığının değerlendirilmesinde kullanılan düzenek, BYD-D uygulamasında dikkat yanlılığında değişim sağlamak amacıyla kullanılan nokta izleme görevinin standart formudur ve daha önce bu alanda yapılmış çalışmalarda (Macleod ve diğerleri, 1986: 16; Najmi ve Amir, 2010: 139; Amir ve diğerleri, 2015: 428) kullanılan göreve sadık kalınarak geliştirilmiştir. Yorumlama yanlılığının değerlendirilmesinde ise, OKB'de yorumlama yanlılığı değişimi çalışmalarında yorumlama yanlılığının değerlendirilmesinde sıklıkla başvurulan, aynı anda ve birbiri ardına gerçekleştirilen üç aşamadan oluşan senaryoları tanıma görevi (Clerkin ve Teachman, 2011: 339) kullanılmıştır. Hem dikkat hem de yorumlama yanlılıklarının değerlendirilmesinde kullanılan düzeneklerde, müdahale amacıyla verilen düzenekler oluşturulurken izlenen yöntemler izlenmiş; müdahalenin gerçek etkisini görmede karıştırıcı olabilecek değişkenler dikkate alınmış ve ayrıca uyaranlara yönelik uzman değerlendirmeleri alınması ile Türkçe çeviri işlemlerine dair ön çalışmalar gerçekleştirilmiştir.

Müdahalen hemen sonra alınan ölçüm, elde edilen kazanımların uzun vadede sürdürülebilirliğini değerlendirmede belirleyici olmamakta, bu nedenle de bu tür çalışmalarda belirli aralıklarla izlem çalışmaları yapılması gerekli görülmektedir (Kendall ve diğerleri, 2013:44). Mevcut araştırmada uygulama bitiminden 1 ay sonra OKB belirtileri, obsesif inançlar, kaygı, depresyon, stres ve duyguduruma ilişkin

ölçümler alınmıştır. İzlem ölçümü yalnızca bir kez ve 1 ay gibi kısa bir süre sonra alınmış olsa da, müdahalenin uzun süreli etkilerini görebilmek adına önemli olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların dikkat ve yorumlama yanlılığı düzeyleri ise yalnızca uygulamalar başlamadan önce ve uygulama bittikten hemen sonra (4. hafta) değerlendirilmiştir. Bu ölçümlerin deneysel düzenekler aracılığıyla gerçekleştirilmesi ve uzun zaman alması gibi pratik nedenlerle söz konusu değişkenler için izlem çalışması yapılamamıştır.

Mevcut araştırmanın planlanması, yürütülmesi, istatistiksel analiz yöntemlerinin belirlenmesi ve raporlanması, CONSORT 2010 ve CONSORT e-Health 2011 (*bkz.* Eysenbach ve Consort-EHEALTH Group, 2011) raporlarındaki seçkisiz kontrollü çalışmaların gerekliliklerine dair öneriler dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, rutin klinik uygulamaların temel ilgi odağının, bir bütün olarak müdahale alan grupların grubun ortalamasına göre gösterdikleri değişimden ziyade, bireysel düzeyde meydana gelen değişim olması nedeni ile mevcut araştırmada, istatistiksel anlamlılığın yanında bireysel düzeydeki değişimin güvenilirliği de değerlendirilmiştir. Bu amaçla Jacobson ve Truax (1991:12-19) tarafından önerilen güvenilir değişim indeksi hesaplama yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemle, müdahalenin birey düzeyinde etkisi hakkında da bilgi edinme ve müdahalenin etkililiğinin doğru bir şekilde değerlendirilmesi imkanı oluşmuştur.

Katılımcıların gruplara seçkisiz atanması, ön-test, son test ve izlem ölçümlerine yönelik verilerinin elde edilmesi ve müdahale programlarının uygulanması gibi mevcut araştırmanın tüm süreçleri, bazı aşamalarında araştırmacının eşliğinde bazı aşamalarında ise araştırmacının eşliği olmadan çevrimiçi ortamda gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda mevcut araştırma aynı zamanda, son zamanlarda sıklıkla karşılaşılan ve "internet-tabanlı seçkisiz kontrollü araştırma" (web-based randomized controlled trial) olarak nitelendirilen bir araştırma özelliğindedir. Bu bağlamda, mevcut araştırmanın yöntemsel özelliklerinin değerlendirilmesinde, bu özelliğinin göz önünde bulundurularak bir değerlendirme yapılması ayrı bir önem taşımaktadır. Buradan hareketle; internet-tabanlı seçkisiz kontrollü araştırmaların klasik seçkisiz kontrollü araştırmaların özellikleri ile ne derece örtüştüğü, avantajları, dezavantajları ve yöntemsel gücünü arttırmak için dikkate alınması gereken noktalara dair bazı

araştırmacıların çalışmaları sonucunda sunduğu görüşler çerçevesinde mevcut araştırmanın nerede durduğunun değerlendirilmesinin yerinde olacağı düşünülmüştür.

İnternet ortamındaki bilgi platformlarının, hızlanan dijitalleşmeyle pek çok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de yaygınlaştığı görülmektedir. Özellikle akıllı telefon ve internet kullanımının oldukça yaygın olduğu günümüzde ruh sağlığı hizmetlerinin erişemediği yerlere bu araçlar ile ulaşmak daha kolay olabilmektedir. Bu durum kendini internet-tabanlı müdahalelerin etkililiğini değerlendiren seçkisiz kontrollü çalışmalarda da göstermektedir (Advocat, 2005:1). Bu tür araştırmalar, daha az maliyetli olması, araştırmanın yürütülebilmesi için belli bir ortam gerektirmemesi, dünyanın her yerinden daha çok kişiye ulaşma imkanı sağlaması, verilerin toplanması ve istatistik programlarına aktarım sürecini kolaylaştırması gibi pek çok avantaj sağlamaktadır (Advocat, 2005:1; Paul ve diğerleri, 2005:11). Bununla birlikte, bu tür araştırmalarda, internete erişimi olmayan kişilerin araştırmanın diğer dahil edilme ölçütlerini karşılıyor olsalar bile araştırmaya alınamaması gibi bir seçim yanlılığına yol açması, güvenilir bir çevrimiçi ortam sağlanamaması, teknik sorunlar nedeni ile veri kaybı yaşanması ya da bu teknik sorunların müdahalenin verilmesinde aksaklıklara yol açması gibi dikkate alınması gereken bazı riskleri de söz konusudur (Paul ve diğerleri, 2005:11). İnternet-tabanlı seçkisiz kontrollü çalışmaların yöntemsel gücünü ve kanıt değerini arttırmak için, bu tür riskli durumların çalışmanın başında dikkate alınarak gerekli önlemlerin alınması ve klasik seçkisiz kontrollü çalışmaların standartlarına uygun şekilde sürecin yürütülmesi önem taşımaktadır (Mathieu ve diğerleri, 2012:575). 23'ü araştırma sürecinin tümüyle çevrimiçi ortamda , 27'sinin ise kısmi olarak çevrimiçi ortamda yürütüldüğü toplam 50 seçkisiz kontrollü çalışma incelenmiş ve bu çalışmaların büyük bir bölümünün CONSORT 2010 ve CONSORT e-Health 2011 raporlarında belirtilen standartları sağlamadığı; ve seçkisiz atama ve körleme yöntemlerinin belirlenmiş standartlara tam olarak uygun olmaması, çalışmayı yarıda bırakma oranlarının yüksek olması, eksilme yanlılığını gidermek amacıyla önerilen tedavi amacı analizinin kullanılmaması gibi iç geçerliği azaltan yöntemsel sorunlarının olduğu görülmüştür (Mathieu ve diğerleri, 2012:574-575). Bu açıdan değerlendirildiğinde, mevcut araştırmanın klasik seçkisiz kontrollü çalışmalar için belirlenmiş standartları büyük ölçüde karşıladığı söylenebilir. Ayrıca mevcut araştırmada, olası riskli durumlar için (örn. güvenilir bir çevrimiçi ortam

sağlanamaması, teknik sorunlar yaşanması gibi) çalışmanın başında ayrıntılı bir planlama yapılmış ve gerekli önlemler (örn. ekran paylaşımı, verilerin excel dosyası olarak veri tabanında kaydedilmesi, katılımcıların kişisel bilgilerini içermeyen kullanıcı adı ve şifre verilmesi) alınmıştır.

Özetle, mevcut araştırmanın planlanması, yürütülmesi, istatistiksel analiz yöntemlerinin belirlenmesi ve raporlanması ile ilgili yukarıda aktarılan hususlar göz önüne alındığında, araştırmanın seçkisiz kontrollü çalışmalar için belirlenmiş standartları büyük ölçünde sağladığı söylenebilir. Diğer yandan araştırmanın yöntemsel açıdan bazı kısıtlılıkları da söz konusudur. Bu kısıtlılıklara ilerleyen bölümlerde araştırmanın genel kısıtlılıkları çerçevesinde değinilecektir.

4.2. MÜDAHALENİN ETKİLİLİĞİNE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde iBBYD müdahalesinin kısa ve uzun süreli etkilerinin değişkenler açısından hangi bulguları ortaya çıkardığı aktarılacak ve bu bulgular alanyazın bağlamında tartışılacaktır. OKB alanında bugüne kadar yapılan araştırmalarda ağırlıklı olarak yanlılıklardan yalnızca birine odaklanılmış ve bu alanda birleştirilmiş bir müdahalenin etkisi henüz başka bir araştırmada incelenmemiştir. Bu nedenle mevcut araştırmanın birleştirilmiş müdahaleye yönelik bulguları, BYD-Y ve BYD-D bileşenlerine yönelik alanyazın bulguları ile karşılaştırılarak incelenecektir.

4.2.1. Birleştirilmiş Müdahalenin OKB Belirtileri Üzerindeki Etkisi

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda, iBBYD alan grubun son test ölçümlerinde OKB belirti puanlarının diğer üç gruba göre anlamlı olarak daha düşük olması; iBYD-D ve iBYD-Y'den daha etkili bir müdahale yöntemi olarak ortaya çıkması ve elde edilen bu etkinin 1 aylık izlem ölçümlerinde korunması beklenmiştir. Bu doğrultuda grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki değişimine bakıldığında, iBBYD grubunun OKB belirti düzeyinde anlamlı bir düşüş olduğu ve bu düşüşün 1 aylık izlem ölçümünde de korunduğu görülmüştür. Benzer bir durum iBYD-Y grubunda da ortaya çıkmıştır. iBYD-D grubunda ise zaman içinde OKB belirtilerinde bir azalma görülmezken, kontrol grubunda bu azalma sınırda bir anlamlılıkla ortaya çıkmıştır.

Zamana göre gruplar karşılaştırıldığında ise, farklılaşma yalnızca iBYD-Y grubu ile kontrol grubu arasında son test puanlarında ortaya çıkmış; OKB belirti düzeyinin iBYD-Y grubunda, kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha fazla azalma gösterdiği görülmüştür. Bu bulgulara genel olarak bakıldığında zaman içinde OKB belirtilerindeki anlamlı düşüşün yalnızca iBBY-D ve iBYD-Y uygulanan gruplarda ortaya çıkması, her iki müdahale programının da bu belirtileri azaltmada etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir. Fakat sadece iBYD-Y müdahale programının bu süreçte herhangi bir müdahale almayan kontrol grubundan farklılaşması, öncelikle söz konusu müdahale programının OKB belirtileri azaltmada ayrı bir potansiyeli olabileceğine de işaret etmektedir.

OKB'de yorumlama yanlılığı değişimine yönelik BYD-Y çalışmalarında OKB belirti düzeyi ağırlıklı olarak, bu tür belirtileri değerlendiren ölçüm araçlarından alınan puanlara göre araştırmaya dahil edilme ölçütü olarak belirlenmiştir. Bu çalışmalar arasında BYD-Y'nin doğrudan OKB belirtileri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaların ise sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Söz konusu çalışmalarda, obsesif inanç alanlarından özellikle bazılarının OKB belirtileriyle ilişkili olabileceği görüşünden hareketle (*bkz.* Clark ve diğerleri, 2003:656), mevcut araştırmanın aksine BYD-Y müdahalesinin tek bir inanç alanına özgü olarak yapılandırıldığı görülmektedir. Özellikle BYD-Y müdahalesinin OKB belirtileri üzerindeki etkisine ilişkin mevcut çalışmadaki bulgunun, alanyazındaki bu çalışmalarla desteklenen ve desteklenmeyen tarafları olduğunu söylemek gerekir. Klinik olmayan örneklemlerin kullanıldığı bu çalışmalarda genel olarak, mevcut araştırma ile benzer şekilde BYD-Y'nin OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiş, farklı olarak ise kontrol grupları ile müdahale grupları arasında bir farklılaşma görülmemiştir (*bkz.* Grisham ve diğerleri, 2014:512; Siwiec, 2015:24). Mevcut araştırmadaki bulgulara benzer şekilde, Black ve Grisham (2016:46) ise klinik olmayan bir örneklemde hem BYD-Y'nin OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğu hem de BYD-Y grubunun OKB belirtilerinde kontrol grubuna göre daha fazla azalma olduğu yönünde bulgular elde emiştir. Araştırmacılar bu farklılaşmanın yalnızca senaryoların işitsel olarak sunulduğu ve öncesinde hayalde canlandırma deneyimine yönelik eğitim alan BYD-Y grubunda görülmesinden yola çıkarak, BYD-Y uygulamalarının tek başına yeterli olmayabileceğini, bu tür ek yöntemlerin uygulamanın etkisini arttırabileceğini

belirtmişlerdir (Black ve Grisham, 2016:51). Ancak, OKB tanılı bireylerle gerçekleştirdikleri ve yalnızca işitsel biçimde sunulan senaryolardan oluşan üçü laboratuvar ortamında üçü ise çevrimiçi ortamda gerçekleştirilen altı oturumluk BYD-Y uygulamasını test ettikleri çalışmalarında (Black ve Grisham, 2018:3), aynı sonuçları tekrarlayamamışlar ve aynı zamanda iki grup arasında da herhangi bir farklılaşma bulamamışlardır. Araştırmacılar Clerkin ve Teachman'ın (2011:342) görüşleri ile uyumlu olarak, oturum sayısının arttırıldığı ve oturumların daha geniş aralıklarla verildiği BYD-Y uygulamalarının OKB belirtilerini azaltmada daha etkili bir yaklaşım olabileceği yönünde bir görüş bildirmişlerdir (Black ve Grisham, 2018:10). Bu doğrultuda, mevcut araştırmada benzer çalışmaların aksine BYD-Y alan grup ile kontrol grubu arasında OKB belirtileri açısından farklılaşmanın ortaya çıkmasında, müdahalenin haftalık oturumlar şeklinde planlanmış ve birden fazla oturumda geniş aralıklarla gerçekleştirilmiş olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

OKB'de dikkat yanlılığı değişimine yönelik BYD-D çalışmalarının da, mevcut çalışmanın ilgili bulgularının desteklendiği ve desteklenmediği tarafları olduğu görülmektedir. Yüksek şiddette OKB belirtileri gösteren ancak herhangi bir tanısı olmayan örneklemlerle yürütülen çalışmalarda (örn. Najmi ve Amir, 2010:141; (Habedank ve diğerleri, 2017:15) mevcut araştırmanın bulguları ile uyumlu olmayan sonuçlar elde edilmiştir. Gruplar arası farklılaşmalara yansımamış olsa da, bu çalışmalarda mevcut araştırmanın aksine BYD-D'nin OKB belirtileri azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Diğer yandan, Rouel ve Smith'in (2018:694) eşik altı düzeyde temizlik odaklı OKB belirtileri rapor eden katılımcılarla yaptıkları çalışmanın sonucunda, mevcut çalışmanın bulguları ile uyumlu olarak BYD-D alan katılımcıların OKB belirtilerinde bir azalma saptanmamıştır. Son yıllarda BYD-D'nin OKB belirtileri azaltmada tek başına yeterli olmayabileceği; bu uygulamaların OKB belirtileri üzerindeki etki mekanizmasının daha ziyade belirtilerle ilişkili, tehdit edici özellikteki uyaranlara karşı dikkat yanlılıklarını azaltıp OKB'de klasik bir yaklaşım olan TÖMB'ye katılımı kolaylaştırmak şeklinde kendini gösteriyor olabileceği üzerinde durulmaktadır. Nitekim, Najmi ve Amir (2010:142) BYD-D alan katılımcıların maruz bırakma sırasında kontrol grubu katılımcılarına göre daha fazla aşama tamamladığı ve ilerleme kaydettiğini; bu sonuçtan hareketle de BYD-D'nin bulaşma ile ilişkili uyaranlara yönelik maruz bırakma uygulaması üzerinde

kolaylaştırıcı bir etkisi olduğunu rapor etmişlerdir. Fakat ilgili literatürde BYD-D'nin TÖMB üzerindeki bu etki mekanizmasının nasıl işlediğine dair karışık sonuçlar da söz konusudur. Örneğin, Amir ve diğerleri (2015:435) BDT'nin TÖMB de dahil çeşitli bileşenlerine hem BYD-D hem de BYD-Y uygulamalarının eklenmesi ile hazırlanan 7 haftalık ve 15 seanslık bir müdahale programının OKB tanılı bireyler üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarında, Najmi ve Amir'in (2010:142) elde ettiği bulgunun aksi yönde sonuçlardan söz etmektedir. Bu araştırmacılar, BYD-D'nin maruz bırakma uygulaması üzerinde doğrudan herhangi bir kolaylaştırıcı etkisi olmadığı; genel olarak BYD bileşenin OKB belirtileri üzerinde bir etki yaratmış olabileceği ve bu anlamda tedavi programının en etkili bileşeninin yorumlama yanlılıklarında değişimi hedefleyen müdahale olduğu sonucuna varmışlardır. Diğer yandan, aynı tedavi programının etkisini değerlendirmek üzere gerçekleştirilen bir vaka çalışmasının sonuçlarında ise farklı olarak, tedavinin hem yorumlama hem de dikkat yanlılığı değişimine yönelik bileşenlerinin doğrudan OKB belirtileri azaltmada etkili olmadığı, ancak her iki müdahalenin de maruz bırakma uygulamalarına katılımı teşvik ettiği ve bunun da belirtilerde azalmaya katkı sunduğu da söylenmektedir (Najmi ve Amir, 2017:543).

Genel olarak bu araştırmalar, mevcut araştırmanın çıkış noktasını oluşturan Hirsch ve diğerlerinin (2006:224) farklı türdeki yanlılıkların aynı bilgi işleme sürecinden temel aldığı, bu yanlılıkların psikopatolojilerin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde karşılıklı etkileşiminin etkili olduğu görüşünü yansıtan birleştirilmiş bilişsel yanlılık hipotezinin, OKB için de destek bulabilecek yönleri olduğuna işaret etmektedir. Bununla birlikte söz konusu çalışmaların karışık sonuçları göz önüne alındığında, çeşitli türdeki yanlılıkların OKB belirtileri üzerindeki etki mekanizmasının daha çok incelenmesi yönünde bir ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Nitekim mevcut çalışmada da bu gerekliliği yansıtan, daha önce bulgular bölümünde değinilmemiş bazı sonuçlardan da söz etmek mümkündür. Örneğin OKB belirti alt grupları söz konusu olduğunda başkalarına/kendine zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler alt boyutu açısından genel OKB belirtilerine yönelik elde edilen sonuçtan farklı olarak bu kez iBYD-D grubunda da bir farklılaşma ortaya çıkmış; grubun izlem ölçümünde ön test ölçümüne göre bu belirti alt grubunda anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür. Genel OKB belirtileri söz konusu olduğunda, iBYD-Y grubunun kontrol

grubundan farklılaşıp iBYD-D grubundan farklılaşmaması bu sonuçlarla açıklanabilir. Ayrıca dikkat yanlılığı değişimine yönelik bir müdahale olarak BYD-D'nin de başkalarına/kendine zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri azaltmada etkili olmasına ilişkin bu sonuç, OKB tanılı bireylerin seçici dikkatindeki belirtilerle ilişkili yanlılıkların, belirtilerin sürdürülmesine katkı sağlıyor olabileceği yönündeki görüşü (*bkz.* Muller ve Roberts, 2005:15) destekler niteliktedir. Ancak bu konuda kesin yargılara varabilmek için, buradaki etki mekanizmasını araştırmaya yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu bağlamda, özellikle OKB'nin başlangıcında ve sürdürülmesinde bilgi işleme sürecindeki yanlılıkların ortak etkisini incelemek üzere yapılacak çalışmalardan elde edilen sonuçların, BYD müdahalelerinin daha olumlu etkiler ortaya çıkarması için nasıl yapılandırılması gerektiğine de dair bilgi birikimini arttıracağı düşünülmektedir.

4.2.2. Birleştirilmiş Müdahalenin Obsesif İnançlar ve Yorumlama Yanlılığı Üzerindeki Etkisi

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda, iBBYD alan grubun son test ölçümlerinde obsesif inançlara yönelik puanlarının diğer üç gruba göre anlamlı olarak daha düşük olması; iBYD-D ve iBYD-Y'den daha etkili bir müdahale yöntemi olarak ortaya çıkması ve elde edilen bu etkinin 1 aylık izlem ölçümlerinde korunması beklenmiştir. Obsesif inançlar söz konusu olduğunda grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi sınırda bir anlamlılıkla ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki değişimine bakıldığında, iBBYD grubunun obsesif inançlarında anlamlı bir düşüş olduğu ve bu düşüşün 1 aylık izlem ölçümünde de korunduğu görülmüştür. Benzer bir durum iBYD-Y grubunda da ortaya çıkmıştır. iBYD-D ve kontrol grubunda ise obsesif inançlarda zaman içinde bir azalma görülmemiştir. Zamana göre gruplar karşılaştırıldığında ise, farklılaşma iBBYD ve iBYD-Y grupları ile iBYD-D grubu arasında son test puanlarında ortaya çıkmış; obsesif inançların her iki grupta da, iBYD-D grubuna kıyasla anlamlı olarak daha fazla azalma gösterdiği görülmüştür. iBBYD ve iBYD-D grubu arasında 1 aylık izlem ölçümlerinde de farklılaşma görülmüş; obsesif inançların iBBYD-Y grubunda, kontrol grubuna kıyasla sınırda bir anlamlılıkla daha fazla azalma göstermiştir. Ayrıca,

iBBYD ve iBYD-Y grupları ile kontrol grubu arasında son test puanlarında da farklılaşma ortaya çıkmış; obsesif inançların her iki grupta da, kontrol grubuna kıyasla sınırda bir anlamlılıkla daha fazla azalma gösterdiği görülmüştür.

Bu bulgulara genel olarak bakıldığında; OKB belirtilerinde de olduğu gibi zaman içinde obsesif inançlardaki azalmanın yalnızca iBBYD ve iBYD-Y gruplarında ortaya çıkması, her iki müdahale programının da işlevsel olmayan bu inançları azaltmada iBYD-D müdahale programından daha etkili olduğunu göstermektedir. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların ilgili puanları incelendiğinde, iBYD-D grubu puanları ile benzer bir örüntü olduğu görülmüş, kontrol grubu ile iBBYD ve iBYD-Y grupları arasındaki farklılaşma sınırda bir anlamlılık ile ortaya çıkmıştır. BYD-Y müdahalesinin obsesif inançlar üzerindeki etkisine ilişkin mevcut çalışmadaki bulgunun, alanyazındaki ilgili çalışmalarla desteklenen tarafları olduğu görülmektedir. Örneğin, Clerkin ve Teachman (2011:340) ve Williams ve Grisham (2013:2) yüksek düzeyde OKB belirtileri rapor eden öğrenci örnekleminde BYD-Y uygulaması alan katılımcıların kontrol grubu ile kıyaslandığında obsesif inanç alanlarında daha fazla azalma olduğunu bildirmişlerdir. Obsesif inanç alanlarından özellikle bazılarının OKB'ye özgü olabileceği görüşünden hareketle (*bkz.* Clark ve diğerleri, 2003:656), mevcut araştırmanın aksine BYD-Y müdahalesinin tek bir inanç alanına özgü olarak yapılandırıldığı hem klinik örneklemlerde (örn. Black ve Grisham, 2018:7) hem de klinik olmayan örneklemlerde (örn. Beadel ve diğerleri,2014:114; Clerkin ve diğerleri, 2014:314; Siwiec, 2015:36; Black ve Grisham, 2016:48; Siwiec ve diğerleri, 2017:19; Stech ve Grisham, 2017:539-541) yürütülen çalışmalarda da mevcut araştırmanın sonuçları ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Taylor ve diğerleri (2002:133) tarafından yapılan bir çalışmada, özellikle belirsizliğe tahammülsüzlük, abartılmış tehdit algısı ve mükemmeliyetçilik inanç alanlarının OKB'ye özgü olmayan, kaygı bozukluklarında da görülen ortak inanç alanları olduğu bildirilmiştir. Türkiye'deki klinik örneklem için de OKB tanılı bireylerin özellikle abartılmış sorumluluk, abartılmış tehdit algısı ve mükemmeliyetçilik alanlarında daha fazla yanlı inançlara sahip oldukları belirtilmiştir (Yorulmaz ve diğerleri, 2013:187-188). Nitekim, mevcut araştırmada da bu görüşleri destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. iBBYD ve iBYD-Y müdahalelerinin verildiği gruplarda zaman içinde OİA-44 toplam puanlarında, yani genel obsesif inançlarda

meydana gelen düşüşün, ölçeğin özellikle mükemmeliyetçilik/kesinlik inanç alt boyutundaki anlamlı düşüşten kaynaklandığı görülmüştür. iBBYD ve iBYD-Y müdahalelerinin etkisinin özellikle mükemmeliyetçilik/kesinlik inanç alanında bir azalma sağladığını gösteren bu sonuç göz önüne alındığında, bu tür uygulamaların etkisinin özellikle OKB ile ilişkili belirli inanç alanlarına özgü olarak test edildiği araştırmaların daha belirleyici olabileceği söylenebilir. Diğer yandan, BYD-Y'nin OKB ile ilişkili belirli inanç alanlarına özgü olarak test edildiği bazı araştırmalarda karışık sonuçlar söz konusudur. Örneğin, Grisham ve diğerleri (2014:508) sürekli kontrol etme davranışı gösteren ancak herhangi bir tanısı bulunmayan bir öğrenci örnekleminde, abartılmış sorumluluk inançlarını azaltmaya yönelik senaryolardan oluşan olumlu BYD-Y koşulu ile olumsuz BYD-Y koşulunu karşılaştırmışlar ve öz-bildirim ölçekleri ile değerlendirilen ilgili inançlarda herhangi bir azalma saptamamışlardır. Bu araştırmada esas farklılaşma, bu inanç alanını yansıtan senaryoları içeren deneysel bir düzenek olan senaryoları tanıma görevi ile değerlendirilen yorumlama yanlılıklarında ortaya çıkmıştır. Olumlu BYD-Y koşulundaki katılımcıların bu türdeki yorumlama yanlılıklarında olumsuz koşulda yer alan katılımcılara göre daha fazla azalma olduğu görülmüştür (Grisham ve diğerleri, 2014:511). Bu araştırmanın sonuçları, değişimi değerlendirmede öz-bildirim ölçeklerinin yanı sıra daha objektif bir ölçüm sağlayan deneysel düzenekleri de kullanmanın önemine işaret etmektedir. Mevcut araştırmada da obsesif inançların öz-bildirim ölçekleri ile değerlendirilmesinin yanı sıra, bu inanç alanlarını yansıtan içerikte senaryolardan oluşan söz konusu düzenek ile yorumlama yanlılıkları da değerlendirilmiştir. Daha önce yöntem bölümünde, senaryoları tanıma görevinin 3. aşamasında katılımcılara sunulan Tanıma Derecelendirme Formu'ndan elde edilen OKB ile ilişkili olumlu yorumlama puanları ve OKB ile ilişkili olumsuz yorumlama puanları ile OKB ile ilişkili inanç alanlarını değerlendiren OİA-44'den alınan toplam puanlar arasında farklı yönde anlamlı ilişkiler saptandığı belirtilmişti. Bu değerler, Clerkin ve Teachman'ın (2011:340) çalışmasında bildirilen değerlerle uyumludur ve OİA-44 ile Tanıma Derecelendirme Formu'nun, kavramsal olarak benzer yapıları içerdiğine işaret etmektedir. Mevcut araştırmada, diğer benzer çalışmalarda da olduğu gibi (örn. Black ve Grisham, 2018:8), son test ölçümlerinde OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsünü yansıtan puanlar ile obsesif inançlara ilişkin puanlar arasında

da negatif yönde ve anlamlı bir ilişki (r=-.68, p=.000) olduğu görülmüştür. Bu sonuç, müdahaleler sonrasında yorumlama yanlılıklarında meydana gelen değişim ile obsesif inançlardaki değişimin ilişkili olduğu ve kavramsal olarak benzer yapılardaki değişime işaret ettiği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda, iBBYD alan grubun son test ölçümlerinde mevcut araştırmada da bir ölçüm aracı olarak kullanılan senaryoları tanıma görevi ile değerlendirilen yorumlama yanlılıklarının diğer üç gruba göre anlamlı olarak daha düşük olması; iBYD-D ve iBYD-Y'den daha etkili bir müdahale yöntemi olarak ortaya çıkması beklenmiştir. Bu doğrultuda, grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki ortalamaları karşılaştırıldığında, iBBYD grubunun OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsünü yansıtan puanlarında pozitif yönde anlamlı bir artış olduğu, yani yanlılıkta bir azalma olduğu görülmüştür. Benzer bir durum iBYD-Y grubunda da ortaya çıkmıştır. iBYD-D grubunda OKB ile ilişkili olumlu yorumlama eğiliminde sınırda anlamlılıkla bir artış olduğu görülürken, kontrol grubunda ise zaman içinde olumlu yönde bir artış saptanmamıştır. Zamana göre gruplar karşılaştırıldığında ise, farklılaşma iBBYD ve iBYD-Y grupları ile iBYD-D ve kontrol grupları arasında ortaya çıkmış; OKB ile ilişkili olumlu yorumlama örüntüsünün her iki grupta da, iBYD-D ve kontrol gruplarına kıyasla anlamlı olarak daha fazla artış gösterdiği görülmüştür.

Bu bulgulara genel olarak bakıldığında, müdahalenin etkisine yönelik olarak obsesif inançlar için öz-bildirim ölçeği ile yapılan değerlendirmenin sonuçlarıyla benzer bulgular elde edilmekle birlikte, gruplar arası farklılaşmalara dair farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Zaman içinde OKB ile ilişkili olumlu yorumlama eğiliminin artmasıyla görülen yanlılıktaki azalma obsesif inançlardaki azalmaya benzer şekilde yalnızca iBBYD ve iBYD-Y gruplarında ortaya çıkması, her iki müdahale programının da yanlılığı azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Obsesif inançlardaki azalmadan farklı olarak, iBYD-D müdahale programının yorumlama yanlılığını azaltmada etkisi görülmüş, ancak bu etki sınırda bir anlamlılık ile ortaya çıkmıştır. Yine farklı olarak, iBBYD ve iBYD-Y müdahale programı alan grupların bu süreçte hem iBYD-D grubu hem de herhangi bir müdahale almayan kontrol grubundan farklılaşmıştır. Bu bulgu, söz konusu müdahale programlarının yorumlama yanlılıklarını azaltmada bir potansiyeli olabileceğine işaret etmektedir. Mevcut

araştırmanın bu bulguları, hem genel olarak obsesif inanç alanlarının tümünü yansıtan içerikteki senaryolardan oluşacak şekilde yapılandırılmış BYD-Y çalışmalarının (örn Clerkin ve Teachman, 2011:338; Williams ve Grisham, 2013:2) hem de belli inançlara özgü olarak yapılandırılmış BYD-Y çalışmalarının (örn. Beadel ve diğerleri,2014:114; Clerkin ve diğerleri, 2014:314; Grisham ve diğerleri, 2014:511; Siwiec, 2015:36; Black ve Grisham, 2018:7; Black ve Grisham, 2016:48; Siwiec ve diğerleri, 2017:19; Stech ve Grisham, 2017:539-541) bulguları ile genel anlamda uyumludur. Ek olarak, mevcut araştırmada Clerkin ve Teachman (2011:341) ve Grisham ve diğerlerinin (2014:511) çalışmalarındaki sonuçlara benzer şekilde, iBYD-Y müdahalesinin OKB ile ilişkili yanlılığı azaltmanın yanı sıra OKB ile ilişkili olmayan genel yanlılık eğilimini de azaltmada etkili olduğunu göstermiş; iBYD-Y müdahale programı alan grubun bu süreçte herhangi bir müdahale almayan kontrol grubundan da farklılaştığı görülmüştür. Bu bulgu, iBYD-Y'nin genel olarak işlevsel bir yorumlama örüntüsü geliştirilmesine de katkı sağlayan etkili bir uygulama olduğuna işaret etmektedir.

Alanyazın incelendiğinde, mevcut araştırmadaki gibi OKB'de BYD-D uygulamalarının yorumlama yanlılıkları üzerindeki etkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Diğer yandan, sınırlı sayıda da olsa dikkat yanlılığındaki değişimin öz-bildirim ölçekleri ile değerlendirilen obsesif inançlar üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar vardır. Örneğin, daha önce OKB belirtileri ile ilgili bulgulara değinilirken aktarılan Amir ve diğerlerinin (2015:424-440) çalışmasında, BDT'nin TÖMB de dahil çeşitli bileşenlerine hem BYD-D hem de BYD-Y'nin birbirinden bağımsız olarak farklı haftalarda uygulanacak şekilde eklenmesi ile hazırlanan müdahale programının, OKB tanılı bireylerin obsesif inançları üzerindeki etkisi de değerlendirilmiştir. Buna göre, BYD-Y bileşenin obsesif inançların azaltılmasında etkili olduğu; BYD-D bileşeni söz konusu olduğunda ise böyle bir etkinin ortaya çıkmadığı görülmüştür (Amir ve diğerleri, 2015:434-435). Bu bulgu, mevcut araştırmanın iBYD-Y müdahale programının yorumlama yanlılıklarını azaltmada iBYD-D'den daha etkili olduğu ve iBYD-D alan grubun zaman içinde obsesif inançlarının anlamlı şekilde azalmadığı yönündeki bulgularıyla uyumludur. Diğer yandan, aynı tedavi programının etkisini değerlendirmek üzere gerçekleştirilen ve yine daha önce aktarılan vaka çalışmasında da, programın obsesif inançlar üzerindeki etkisi

incelenmiş ve farklı olarak hem BYD-Y'nin hem de BYD-D'nin obsesif inançları azaltmada etkili olduğu görülmüştür (Najmi ve Amir, 2017:543).

OKB belirtilerine ilişkin elde edilen bulgularla benzer şekilde obsesif inançlar ve yorumlama yanlılıkları söz konusu olduğunda da, eşik altı düzeyde belirtiler gösteren örneklemlerle yürütülen BYD-Y çalışmalarında BYD-D çalışmalarına göre daha tutarlı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Benzer bir durumun görüldüğü mevcut araştırmanın sonuçları da; OKB belirtileri, obsesif inançlar ve yorumlama yanlılıklarında gözlenen azalmadaki etki mekanizmasında daha ziyade yorumlama yanlılığı değişiminin rolü olduğunu; eşik altı düzeyde belirtileri olan bireylerde dikkat yanlılığı yerine yorumlama yanlılığının daha belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Hem BYD-Y hem de BYD-D çalışmaları söz konu olduğunda klinik örneklemlerle yürütülen çalışmaların sayısı ise oldukça azdır. Tanılı bireylerle yürütülen çalışmaların sayısı arttıkça, bu etki mekanizmasının nasıl işlediği ile ilgili özellikle BYD-D müdahalesi için daha tutarlı sonuçlar elde etme olanağı artacaktır.

4.2.3. Birleştirilmiş Müdahalenin Dikkat Yanlılığı Üzerindeki Etkisi

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda, iBBYD alan grubun son test ölçümlerinde dikkat yanlılığına yönelik puanlarının diğer üç gruba göre anlamlı olarak daha düşük olması; iBYD-D ve iBYD-Y'den daha etkili bir müdahale yöntemi olarak ortaya çıkması beklenmiştir. Bu doğrultuda, son test ölçümleri için gruplar karşılaştırıldığında dikkat yanlılığı ölçümlerinde bir farklılaşma görülmemiştir. Grup etkisinden bağımsız olarak tüm grupların dikkat yanlılığında zaman içinde anlamlı bir farklılaşma meydana gelmiştir.

OKB'de BYD çalışmaları söz konusu olduğunda, müdahale sonrası dikkat yanlılıklarındaki değişim yalnızca dikkat yanlılığı değişimine yönelik BYD-D çalışmalarında incelenmiştir. Bu çalışmaların sayısı ise oldukça azdır. İlgili çalışmalar arasında yöntemsel farklılıklar (örn. oturum sayısı, oturum süresi, kullanılan uyaranın türü, deneme sayıları, dikkat yanlılığı puanlarının hesaplanmasında ve dikkat yanlılığının varlığını araştırmada kullanılan ölçütler) bulunmaktadır. Söz konusu çalışmaların ortak özelliği ise, dikkat yanlılığı açısından müdahale sonrası değişimin değerlendirilmesinde-yalnızca bir çalışma dışında (*bkz.* Rouel ve Smith, 2018:89)-

standart nokta izleme görevinin; dikkat yanlılığında bir değişim sağlamak amacıyla ise bu görevin değiştirilmiş bir formu olan düzeneğin kullanılmış olmasıdır.

Amir ve diğerlerinin (2015:434) çalışmasında BYD-D müdahalesi sonrasında tanılı bireylerde dikkat yanlılıklarında bir değişim saptanmamıştır. Diğer çalışmalarda ise, BYD-D'nin hem eşik altı düzeyde OKB belirtileri gösteren bireylerde (örn. Najmi ve Amir, 2010:142; Habedank ve diğerleri, 2017:15-16; Rouel ve Smith, 2018:693) hem de tanılı bireylerde (örn. Mohsenpourian ve diğerleri, 2019:77) dikkat yanlılıklarını azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak bu çalışmalardan bazılarında, müdahale sonrasında değişimin meydana gelip gelmediğine hangi ölçüte göre karar verildiği yeterince açık değildir. Çalışmaya dahil edilen örneklemin başlangıç ölçümlerinde dikkat yanlılığının var olup olmadığının (dikkat yanlılığı puanlarının sıfırdan farklılaşıp farklılaşmadığının) ayrıntılı olarak belirtildiği çalışmaların aksine (örn. Habedank ve diğerleri, 2017:14; Rouel ve Smith, 2018:691-692), bazı çalışmalarda (örn. Najmi ve Amir, 2010:142; Amir ve diğerlerinin, 2015:428; Mohsenpourian ve diğerleri, 2019:77) bu bilgiye yer verilmemiştir. Bu noktada, mevcut araştırmanın sonuçları farklı şekillerde yorumlanabilir. Örneğin mevcut araştırmada hem dikkat yanlılığının ölçümüne hem de değişimine yönelik görevlerin yapılandırılmasında temel alınan Najmi ve Amir'in (2010:136-142) çalışmasında, BYD-D alan grubun son test ölçümlerinde dikkat yanlılığı puanlarının sıfırdan farklılaştığı ve negatif yönde azaldığı; kontrol grubunun dikkat yanlılığı puanlarının ise sıfırdan farklılaşmadığı bulunmuştur. Araştırmacılar bu sonucu, müdahalenin etkili olduğuna katkıda bulunan bir sonuç şeklinde yorumlamışlardır. Mevcut araştırmada da benzer şekilde, bileşenlerinden biri dikkat yanlılığı değişimine yönelik müdahale olan iBBYD ve iBYD-D gruplarının son test ölçümlerinin sıfırdan negatif yönde farklılaşmaması; iBYD-Y grubu ile KG'nin puanlarının ise sıfırdan farklılaşması yönünde bir bulgu elde edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında mevcut araştırmanın da bu sonucu, özellikle BYD-D müdahalesinin dikkat yanlılığını azaltmada etkili olduğu şeklinde ele alınabilir.

Daha önce dikkat yanlılıklarına ilişkin alanyazındaki bilgiler aktarılırken de değinildiği üzere bu yanlılıklar; tehdide yönelik kolaylaştırılmış dikkat (facilitated attention), dikkatin tehditten uzaklaştırılmasında zorlanma (difficulty in disengagement) ve dikkatin tehditten kaçırılması (attentional avoidance) gibi

bileşenlerden oluşmaktadır (Cisler ve Koster, 2010:204). Dikkat yanlılığının bu biçimlerinden dikkatin tehditten uzaklaştırılmasındaki zorlanma, OKB'de tehdit ile ilişkili hatalı ve yanlı değerlendirmelere katkı sağlayarak belirtilerin sürekli hale gelmesine neden olan önemli bir yanlılık biçimi olarak nitelendirilmektedir (Moritz ve diğerleri, 2009:369). Standart nokta izleme görevinde elde edilen pozitif yöndeki puanlar, bu tür bir dikkat yanlılığının varlığına işaret etmektedir. Mevcut araştırmada ise, dikkat yanlılığı puanları açısından grupların başlangıç ölçümleri sıfırdan pozitif yönde farklılaşmadığı için, katılımcıların araştırmanın başında bu tür bir yanlılığının olmadığı söylenebilir. Diğer yandan, OKB tanılı bireylerde çoğunlukla birden fazla OKB belirti biçiminin belirti profilinde aynı anda bulunması, diğer bir deyişle bozukluğun heterojen bir yapıda olması, dikkat yanlılıklarının değerlendirilmesinde önemli bir kısıtlılık olarak gündeme gelmektedir (Cludius ve diğerleri, 2019:31). Ayrıca hem tanılı bireylerde (Cludius ve diğerleri, 2019:36) hem de eşik altı düzeyde OKB belirtileri gösteren bireylerde (örn. Armstrong ve diğerleri, 2010:405; Bradley ve diğerleri, 2016:306) dikkat yanlılığının göz izleme (eye tracking) yöntemi ile mevcut araştırmadakinden farklı düzeneklerle değerlendirildiği çalışmalarda, belirti profilinde hangi belirtiler baskınsa o belirtilere özgü uyaranlara daha çok dikkat yanlılığı gösterildiği (örn. ağırlıklı olarak bulaşma obsesyonları olan bir kişinin özellikle bulaşma ile ilişkili uyaranlara daha fazla dikkat yanlılığı göstermesi) bulunmuştur. Dahası, belirli belirti alt gruplarında (örn. kontrol kompulsiyonları) dikkat yanlılığının rolü belirtilerin sürdürülmesinde daha kritik olabilmekte; bu belirti alt gruplarında diğer belirti alt gruplarına göre belirtilerle ilişkili uyaranlara yönelik daha fazla dikkat yanlılığı görülebilmektedir (*bkz.* Cludius ve diğerleri, 2019:36). Bu açıdan bakıldığında, araştırmanın başında katılımcıların tehdit içerikli uyaranlara özellikle bir dikkat yanlılığının olmadığı yönündeki bulgu, örneklemin gerçekten bu tür dikkat yanlılıklarının olmamasından ziyade, mevcut araştırmanın bu tür bir örneklemde ölçüm hassasiyetinin düşük olmasından kaynaklanmış olabilir. Çünkü mevcut araştırmada, katılımcıların araştırmaya dahil edilmesinde genel OKB belirtileri göz önüne alınmış, uyaran seti yalnızca temizlik ve kontrolle ilişkili fotoğraflardan oluşturulmuş ve dikkat yanlılıkları çeşitli alt gruplara özgü olarak değerlendirilmemiştir.

Diğer bir önemli nokta ise, genel olarak BYD-D çalışmaları ile ilgilidir. Özgül fobilerde dikkat yanlılığı değişimine yönelik gerçekleştirilen BYD-D çalışmalarında müdahale sonrasında dikkat yanlılığı türlerinden bir diğeri olan ve belirtilerin sürdürülmesine katkı sağlayan dikkatin tehditten kaçırılması (attentional avoidance) durumunun ortaya çıkmasından yola çıkarak Koster ve diğerleri (2010:234), bu tür uygulamaların etki mekanizmasının gözden geçirilmesi gerektiğine dikkat çekmiştir. Standart nokta izleme görevinden alınan negatif yönde puanlar ilgili araştırmalarda genellikle dikkat yanlılığının azalması yönünde yorumlansa da, dikkatin tehditten kaçırılması gibi bu tür bir dikkat yanlığının göstergesi olarak da ele alınabilmektedir (*bkz.* Koster ve diğerleri, 2006:1761). Buradan hareketle, mevcut araştırmada da müdahale sonrasında negatif puanların yalnızca dikkat yanlılığına müdahaleyi amaçlayan iBBYD ve iBYD-D gruplarında ortaya çıkması dikkat yanlılığında bir azalmadan ziyade, müdahale kapsamında tehdit içerikli uyaranlara sürekli maruz kalınmasının bir sonucu olarak dikkatin tehditten kaçırılması yönünde bir yanlılığın gelişmiş olduğu şeklinde de yorumlanabilir. Ancak burada standart görsel nokta izleme görevinin en çok tercih edilen yöntem olmasına rağmen, dikkat yanlılıklarının değerlendirilmesinde (örn. elde edilen puanların hesaplanması ve yorumlanmasına dair ölçütler) yeterince güvenilir olmadığı yönünde sıklıkla eleştirildiğini de belirtmekte fayda vardır (*bkz.* Schmukle, 2005:602; Cisler ve diğerleri, 2009:225). Bu doğrultuda, nokta izleme görevinin değiştirilmiş bir formda dikkat yanlılıklarında bir değişim sağlamak üzere bir müdahale olarak da ne kadar güvenilir olduğu sorusu gündeme gelmektedir (Mogoaşe ve diğerleri, 2014:18). Mevcut araştırmada da bu düzeneğin dikkat yanlılığını ve bu yanlılıklardaki müdahale sonrası değişimi değerlendirmedeki güvenirliğinin sorgulanmasına yol açabilecek bazı emareler mevcuttur. Müdahale programlarının katılımcıların dikkat yanlılıkları üzerinde bir etkisi olup olmadığını daha ayrıntılı olarak incelemek için gerçekleştirilen analizlerde, katılımcıların denemelerde uyaranlara verdikleri tepkilerin hızı üzerinde özellikle OKB ile ilişkili uyaranın yeri ve hedefin yerinin ana etkisi ve etkileşim etkisi anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların ağırlıklı olarak, OKB ile ilişkili uyaranların ya da hedefin ekranın üst bölümünde sunulduğu denemelerde daha hızlı tepki verme eğiliminde oldukları görülmüştür. Bu durum, "yukarı bakma" yanlılığı ("look up" bias) ile açıklanabilmektedir. Söz konusu yanlılık gündelik hayatta kitap okurken ya da

bilgisayar kullanırken izlemeye alışkın olduğumuz stratejiler ile ilişkilendirilmekte ve standart görsel nokta izleme göreviyle göz izleme yöntemlerinin birlikte kullanılarak dikkat yanlılığının incelendiği çalışmalarda bu tür bir yanlılığın sıklıkla rapor edildiği belirtilmektedir (Aday ve Carlson, 2019:70). Bu noktada nokta izleme görevinin tek başına, belirtilerle ile ilişkili uyaranların ve hedef uyaranların ekranda kaldığı süre içinde bireyin gözünün normal olarak başka yerlere kayabilecek olması durumunu değerlendirme imkanı sağlamaması, bu görevin başka bir sınırlılığı olarak karşımıza çıkmaktadır (Bradley ve diğerleri, 2016:304). Bu nedenle mevcut araştırmada da, katılımcıların dikkat yanlılıkları ya da dikkat yanlılıklarının zaman içindeki değişimi hakkında güvenilir değerlendirmelerde bulunmak güçleşmektedir.

Özetle, kullanılan görevden elde edilen dikkat yanlılığı puanlarının alanyazın temelinde farklı şekillerde yorumlanabilecek yönleri olması nedeni ile mevcut araştırmada katılımcıların dikkat yanlılıkları ve bu yanlılıkların müdahale sonrasındaki değişimi hakkında kesin yargılara varmak mümkün görünmemektedir. Mevcut araştırmada, diğer değişkenlere ait sonuçlara getirilen yorumlara göre dikkat yanlılığına yönelik elde edilen sonuçlara getirilen yorumların daha karmaşık olması, dikkat yanlılığının değerlendirilmesinde daha güvenilir ölçüm araçlarına (örn. göz izleme yöntemleri) yönelmenin gerekliliği görüşünü (*bkz.* Mogoaşe ve diğerleri, 2014:18) destekler niteliktedir. Bu tür ölçüm araçları kullanılarak yapılacak değerlendirmelerin, OKB'de dikkat yanlılığının doğasının daha açık bir şekilde anlaşılmasına, dolayısıyla daha etkili BYD-D müdahalelerinin yapılanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

4.2.4. Birleştirilmiş Müdahalenin Depresyon, Kaygı, Stres ve Duygudurum Üzerindeki Etkisi

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda, iBBYD alan grubun son test ölçümlerinde depresyon, anksiyete ve stres puanlarının diğer üç gruba göre anlamlı olarak daha düşük olması; iBYD-D ve iBYD-Y'den daha etkili bir müdahale yöntemi olarak ortaya çıkması ve elde edilen bu etkinin 1 aylık izlem ölçümlerinde korunması beklenmiştir. Bu doğrultuda, grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki ortalamaları karşılaştırıldığında, tüm grupların anksiyete ve stres puanlarında ön test ölçümlerinden

1 aylık izlem ölçümlerine kadar geçen süre içinde anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür. Diğer yandan, bu puanlar açısından gruplar arasında herhangi bir farklılaşma ortaya çıkmamıştır. Ayrıca depresyon puanları açısından da hiçbir anlamlı etki anlamlı bulunmamıştır.

Mevcut araştırmada negatif ve pozitif duygudurum için de benzer hipotezler oluşturulmuştur. Ancak pozitif duygudurum için hiçbir etki anlamlı bulunamazken negatif duygudurum söz konusu olduğunda grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi sınırda bir anlamlılıkla ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda grupların ayrı ayrı zaman içerisindeki değişimine bakıldığında, iBYD-Y grubunun negatif duygudurum puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu görülmüş ve bu düşüş 1 aylık izlem ölçümünde de korunmuştur. iBYD-D ve kontrol grubunda ise bu düşüş sınırda bir anlamlılıkla ön test ölçümlerinden 1 aylık izlem ölçümlerine kadar geçen süre içinde gerçekleşmiştir. iBBYD grubu için ise negatif duygudurum puanları açısından zaman içinde herhangi bir düşüş ortaya çıkmamıştır. Genel olarak bu puanlar açısından gruplar arasında herhangi bir farklılaşma da saptanmamıştır.

Alanyazında eşik altı düzeyde OKB belirtileri gösteren bireylerle yürütülen BYD-Y çalışmaları incelendiğinde depresyon, anksiyete ve stres açısından mevcut araştırmanın bulgularından farklı yönde bulgular elde edilebildiği görülmektedir. Örnek vermek gerekirse mevcut araştırmada kullanılan aynı ölçüm aracını kullanarak müdahale sonrası değişimi değerlendiren söz konusu bazı görgül çalışmalarda (örn. Siwiec, 2015:38; Siwiec ve diğerleri, 2017:19), BYD-Y müdahalesinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azaltmada herhangi bir etkisi görülmemiştir. Black ve Grisham'ın (2016:51) çalışması ise, BYD-Y uygulamasının depresyon, anksiyete ve stresi azaltmada etki büyüklüğü az da olsa etkisinden söz etmenin mümkün olduğunu belirtmektedir. Diğer yandan, negatif duygudurum söz konusu olduğunda ise, mevcut araştırmanın sonuçları ile benzer şekilde Williams ve Grisham'ın (2013) çalışmasında BYD-Y müdahalesinin negatif duyguları azaltmada etkili olabildiği, fakat yine mevcut araştırmayla benzer şekilde bu etkinin gruplar arası farklılaşmalara yansımadığı rapor edilmiştir. Diğer bazı çalışmalarda ise (örn. Clerkin ve Teacman, 2011:342) BYD-Y müdahalesinin negatif duyguları azaltmada bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Clerkin ve diğerlerinin (2014:314) çalışmasında BYD-Y alan grup ile kontrol grubu arasında çalışmanın başında negatif duygulara yönelik ölçümlerde farklılaşmaların olması

nedeni ile, bu tür duyguların müdahaleden yararlanma durumunu etkileyip etkilemediği değerlendirilmiş; negatif duygular arttıkça müdahalenin obsesif inançlar ve yorumlama yanlılıklarını azaltma yönündeki olumlu etkisinin azaldığı bulunmuştur.

Eşik altı OKB belirtileri gösteren bireylerle yürütülen BYD-D çalışmalarında da farklı yönde sonuçlar söz konusudur. Rouel ve Smith (2018:694), BYD-D müdahalesi sonrasında kaygı düzeylerinde herhangi bir farklılaşma olmadığını bildirmiştir. Najmi ve Amir (2010:143) de benzer sonuçlar bildirmekle birlikte; bu durumun BYD-D uygulamasının maruz bırakma uygulamalarına katılımı kolaylaştırma ve bu uygulamaların başarısı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdikleri davranışsal yaklaşma testinde kaygının değerlendirilmesindeki güçlükten kaynaklanmış olabileceği ile ilgili bir çıkarımda bulunmuşlardır. İlgili araştırmacılar, katılımcıların kaygı düzeyinin davranışsal yaklaşma testinde tamamlayabildikleri aşama sayısına göre değerlendirildiğini, bu bağlamda müdahale alan grupla kontrol grubu arasında tamamlanan aşama sayısı farklılaştığı için kaygının değerlendirilmesinin müdahalenin etkisine yönelik sonuçlar üzerinde tek başına yeterince bilgi verici olmayabileceği üzerinde durmuşlardır (Najmi ve Amir, 2010:144). Bu nedenle, BYD-D'nin belirtilerle ilişkili uyaranlara yönelik maruz bırakma uygulaması üzerinde kolaylaştırıcı bir etkisi olduğuna yönelik araştırmada elde edilen bulgudan da hareketle, müdahalenin etkisine yönelik daha fazla bilgi verici olacağını düşünerek kaygı düzeyinin yanında duygusal sıkıntıya dayanma kapasitesinin de (distress tolerance) değerlendirilmesini önermişlerdir (Najmi ve Amir, 2010:144).

Bu çalışmadaki bulgular, bir bütün olarak değerlendirildiğinde tüm grupların ön test ölçümlerinden 1 aylık izlem ölçümlerine kadar geçen sürede anksiyete ve stres düzeylerinde bir azalma olduğu; negatif duygulardaki azalma söz konusu olduğunda ise iBYD-Y müdahalesinin etkisinin hem kısa vadede hem de uzun vadede öne çıktığı söylenebilir. iBBYD müdahalesinin herhangi bir etkisinin görülmemesi ve BYD-D grubu ile kontrol grubunda ise bu etkinin sınırda bir anlamlılıkla ortaya çıkması, iBYD-Y müdahalesinin negatif duyguları azaltmada daha etkili olduğuna yönelik bu sonucu destekler niteliktedir. Daha önce de değinildiği gibi, BYD-Y çalışmaları tek oturumluk uygulamalardan arka arkaya günlerde verilen ya da birer gün ara ile verilen iki-üç oturumluk uygulamalara kadar çeşitlilik göstermektedir. Bu bağlamda, mevcut

araştırmada benzer çalışmaların aksine BYD-Y'nin anksiyete, stres ve negatif duyguları azaltmada etkili sonuçlar vermesinde, Clerkin ve Teachman (2011:342) ve Black ve Grisham'ın (2016:51) görüşleri ile uyumlu olarak müdahalenin haftalık oturumlar şeklinde planlanmış ve birden fazla oturumda geniş aralıklarla gerçekleştirilmiş olması etkili olmuş olabilir. Özellikle anksiyete ve stres düzeylerindeki azalmanın ön test ölçümlerinden son test ölçümlerine kadar geçen 1 aylık süre yerine, ön test ölçümlerinden izlem ölçümlerine kadar geçen 2 aylık sürede görülmesi de, bu değişkenler üzerinde değişikliklerin gözlenebilmesi için oturum sayısının arttırılmasının önemli olabileceğine işaret etmektedir. Diğer yandan, müdahalelerin bu tür değişkenler üzerinde gözlenen etkileri gruplar arası farklılaşmalara yansımamış, dahası uyarlanmış tedavi amacı analizi sonrasında iBYD-Y müdahalesinin negatif duygudurum üzerindeki etkisinin ortadan kalktığı görülmüştür. Bu duruma yönelik alanyazındaki BYD-Y çalışmalarında getirilen açıklamalar dikkate alındığında, tanılı grupla çalışılmamış olmasının (Black ve Grisham, 2016:51) ve araştırmanın başında katılımcılardan alınan ölçümlerde depresyon, anksiyete, stres ve negatif duygu puanlarının çok yüksek olmamasının (Clerkin ve Teachman, 2011:342) etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, mevcut araştırmada iBBYD uygulamasının anksiyete ve stresi azaltmada etkili olmuş olması, ancak negatif duyguları azaltmada bir etkisinin görülmemiş olmasına da bazı açıklamalar getirmek mümkündür. BDT'nin TÖMB de dahil çeşitli bileşenlerine hem BYD-D hem de BYD-Y'nin birbirinden bağımsız olarak farklı haftalarda uygulanacak şekilde eklenmesi ile hazırlanan 15 seanslık müdahale programının OKB tanılı bireylerin depresyon, anksiyete ve negatif duygularını azaltmada olumlu sonuçlar vermesi (*bkz.* Amir ve diğerleri, 2015:433-434; Najmi ve Amir, 2017:544), birleştirilmiş müdahalelerin OKB için bir potansiyeli olabileceğini göstermektedir. Bu çalışmalarda mevcut araştırmanın aksine BYD-D ve BYD-Y uygulamaları BDT'yi tamamlayıcı teknikler şeklinde kullanılmıştır. Bu durum, birleştirilmiş uygulamaların duuygudurum üzerindeki etkisinin BDT'nin çeşitli bileşenlerinin ile desteklenerek arttırılabileceğini ve bu tür uygulamaların daha çok klasik tedavilerin etkisini arttırabilecek ek yöntemler olarak değerlendirilebileceğini düşündürmektedir.

4.2.5. Uyarlanmış Tedavi Amacı Analizine Dair Bulguların Tartışılması

Eksilme yanlılığını gidermek amacıyla gerçekleştirilen uyarlanmış tedavi amacı analizi sonrasında, OKB belirtileri, OKB ile ilişkili olumlu yorumlama, genel olumlu yorumlama, depresyon, anksiyete, stres ve pozitif duygu ölçümlerinde etkileşim etkisine dair gözlenen etkilerin büyük ölçüde korunduğu görülmüştür.

Obsesif inançlar açısından ise, uyarlanmış tedavi amacı analizi sonrasında grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi sınırda anlamlılıktan istatistiksel açıdan anlamlılık seviyesine ulaşmıştır. Yanı sıra, etkileşim etkisi sınırda anlamlılıktan istatistiksel açıdan anlamlılık seviyesine ulaşan obsesif inançlar söz konusu olduğunda, grup-içi ve gruplar arası anlamlı bulgularda da değişiklikler meydana gelmiştir. Örneğin, zaman içinde obsesif inançlardaki azalma kendini sınırda bir anlamlılık ile iBYD-D grubunda da göstermiş ve bu azalma yine farklı olarak izlem ölçümünde de sınırda bir anlamlılık ile korunmuştur. Yine bir önceki analiz sonuçlarından farklı olarak, kontrol grubunda obsesif inançlarda istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş görülmüş ancak bu düşüş izlem ölçümünde korunamamıştır. Zamana göre gruplar karşılaştırıldığında ise bir önceki analizin sonuçlarından farklı olarak bu kez, iBBYD ve iBYD-Y grupları ile kontrol grubu arasında izlem ölçümünde de sınırda anlamlılık ile bir farklılaşma saptanmış, iBBYD ve iBYD-Y gruplarındaki zaman içinde obsesif inançlarındaki azalmanın kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca, yine farklı olarak son test ölçümünde iBYD-Y grubu ile kontrol grubu arasında obsesif inançlarda görülen farklılaşmanın, bu kez sınırda anlamlılık düzeyinden istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaştığı ve anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlardan hareketle, uyarlanmış tedavi amacı analizinin özellikle iBYD-Y müdahalesinin obsesif inançlar üzerindeki etkisini arttırdığı söylenebilir.

Bunların yanı sıra, etkileşim etkisi korunan değişkenlerden OKB belirtileri ve genel olumlu yorumlama söz konusu olduğunda da, grup-içi ve gruplar arası anlamlı bulgularda değişiklikler meydana gelmiştir. OKB belirtileri söz konusu olduğunda farklı olarak, iBYD-D grubunun belirti düzeyinde 1 aylık izlem ölçümünde ön test ölçümlerine göre sınırda bir anlamlılıkla ortaya çıkan bir azalma olduğu görülmüştür. Ayrıca, kontrol grubunda OKB belirtilerindeki zaman içindeki azalma sınırda bir

anlamlılıktan istatistiksel olarak anlamlı bir seviyeye ulaşmıştır. Son olarak, iBBYD grubu ile kontrol grubu arasında son test puanlarında bir farklılaşma ortaya çıkmış; OKB belirti düzeyinin iBBYD grubunda, kontrol grubuna kıyasla sınırda bir anlamlılıkla daha fazla azalma gösterdiği görülmüştür. Bunlara ek olarak genel olumlu yorumlama söz konusu olduğunda farklı olarak ise, sınırda bir anlamlılıkla ortaya çıkmış olsa da iBYD-Y grubunda gözlenen etkilere benzer olarak bu kez iBBYD müdahalesi alan grubun da zaman içinde OKB ile ilişkili olmayan genel yanlılık eğiliminde azalma olduğu görülmüştür.

Dikkat yanlılığı açısından ise bir önceki analizde anlamlı bulunmayan grup ana etkisi anlamlı bulunmuş ve bu farklılaşmanın iBYD-Y grubu ile iBYD-D grubu arasında ortaya çıktığı görülmüştür. Son olarak, negatif duygular açısından ise grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisi sınırda anlamlılıktan istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir seviyeye gelmiştir. Bu sonuçtan hareketle, uyarlanmış tedavi amacı analizinin özellikle iBYD-Y müdahalesinin negatif duygudurum üzerindeki etkisini azalttığı söylenebilir.

4.2.6. Müdahalenin Etkililiğine Dair Bulguların Özeti

Genel olarak sonuçlar değerlendirildiğinde, mevcut araştırmanın hipotezlerinin bir kısmının desteklenmiş olduğu görünmektedir. Zaman içinde dikkat yanlılıklarında görülen değişime yönelik hipotezlerin ise desteklenip desteklenmediği, yukarıda ilgili bölümde de değinildiği gibi mevcut araştırmada dikkat yanlılıklarını değerlendirmek üzere kullanılan deneysel düzeneğin alanyazında belirtilen bazı sınırlılıkları ve karışık sonuçları çerçevesinde burada değinilmemiştir.

İlk olarak, iBBYD alan grubun ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunacağı yönündeki hipotez, öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilen ve araştırmanın temel değişkenleri olan OKB belirtileri ve obsesif inançlar ile senaryoları tanıma görevi ile değerlendirilen yorumlama yanlılıkları için desteklenmiştir. iBBYD'nin araştırmanın ikincil sonuç değişkenleri olan depresyon ve negatif duyguları azaltma, pozitif duyguları arttırma açısından beklenen etkisi görülmemiş; anksiyete ve stres söz konusu olduğunda ise bu etki beklendiği gibi müdahalenin hemen ardından değil, izlem ölçümlerinde ortaya çıkmıştır. İkinci olarak, iBBYD alan

grupta son testlerde elde edilen etkinin 1 aylık izlem ölçümünde korunacağı yönündeki hipotez, yalnızca OKB belirtileri ve obsesif inançlar söz konusu olduğunda desteklenmiştir. Son olarak iBBYD'nin; iBYD-D ve iBYD-Y'den daha etkili bir müdahale yöntemi olarak öne çıkacağına yönelik hipotez de bazı değişkenler için yine kısmen desteklenmiştir. Obsesif inançları ve senaryoları tanıma görevi ile değerlendirilen yorumlama yanlılıklarını azaltmada iBBYD; iBYD-D'den daha etkili bir müdahale olarak öne çıkmıştır. Ayrıca yorumlama yanlılıklarını azaltma açısından iBBYD, bu süreçte hiçbir müdahale almayan katılımcılardan oluşan kontrol grubundan da anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır.

Mevcut araştırmada iBBYD'ye benzer şekilde iBYD-Y'nin de OKB belirtileri, obsesif inançları ve OKB ile ilişkili yorumlama yanlılığını azaltmada etkili olduğu ve OKB belirtileri ve obsesif inançlarda elde edilen değişimin uzun vadede de korunduğu görülmüştür. Yine benzer şekilde obsesif inançları ve senaryoları tanıma görevi ile değerlendirilen yorumlama yanlılıklarını azaltmada iBYD-Y; iBYD-D'den daha etkili bir müdahale olarak öne çıkmış ve ayrıca yorumlama yanlılıklarını azaltma açısından bu süreçte hiçbir müdahale almayan katılımcılardan oluşan kontrol grubundan da anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır. iBBYD'den farklı olarak ise, OKB belirtileri söz konusu olduğunda iBYD-Y müdahale programının bu süreçte herhangi bir müdahale almayan KG grubundan da farklılaştığı görülmüştür. Ayrıca, senaryoları tanıma görevi ile değerlendirilen genel olumlu yorumlama eğilimindeki zaman içindeki artışın ise yalnızca iBYD-Y grubunda ortaya çıkması ve bu etki açısından KG'den de anlamlı olarak farklılaşması, bu müdahale programının OKB ile ilişkili yanlılığı azaltmanın yanı sıra genel yanlılık eğilimini de azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Negatif duygulardaki zaman içindeki azalma ise yine yalnızca iBYD-Y grubunda ortaya çıkmıştır. Uyarlanmış tedavi amacı analizi sonrasında da özellikle OKB belirtileri, OKB ile ilişkili olumlu yorumlama, genel olumlu yorumlama, depresyon, anksiyete, stres ve pozitif duygu ölçümlerinde etkileşim etkisine dair gözlenen etkilerin büyük ölçüde korunduğu görülmüştür.

4.3. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ

Bu bölümde tez çalışmasının kısıtlılıkları ve güçlü yönleri ile ilgili bilgiler sunulacaktır.

4.3.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu tez çalışmasında, araştırmayı yarıda bırakma oranları göz önüne alınarak çalışmaya başlamadan önce gerçekleştirilen güç analizi sonucunda her bir grup için minimum 20 olarak belirlenen katılımcı sayısının en az %10 fazlası sayıda katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem olarak bu hedefin üstünde bir sayı olan 93 kişiye ulaşılmıştır. 11 kişi çeşitli gerekçelerle çalışmadan ayrılmış, böylelikle 82 katılımcı ile çalışma sonlandırılmıştır. Analizlere yetecek güçte katılımcı sayısına ulaşılmış olsa da, bazı hipotezlerin desteklenmemesinde örneklem büyüklüğünün etkisi olduğu düşünülmektedir. Gruplar arasında beklenen yönde farklılıklar görülse de, ortalamaların istatistiksel anlamlılık için yeterli olmadığı ve bazı değişkenler için anlamlı etkilerin sınırda bir anlamlılık ile ortaya çıktığı görülmüştür. Özellikle Per protokol analizinde grup-içi ve gruplar arasında sınırda anlamlılık ile ortaya çıkan bazı etkilerin eksilme yanlılığını gidermek amacıyla gerçekleştirilen uyarlanmış tedavi amacı analizinde istatiksel anlamlılığa ulaşması, mevcut araştırmada örneklem sayısının bir kısıtlılık olabileceğini destekler niteliktedir. Dolayısıyla, örneklem sayısının arttırılarak analizlerin yenilenmesi faydalı olabilir.

Araştırma örneklem kararında ulaşılabilirlik gözetilerek alanyazında yer alan benzer pek çok çalışmada da olduğu gibi mevcut araştırma da, klinik örneklem yerine yüksek düzeyde OKB belirtileri gösteren ancak herhangi bir tanısı bulunmayan bir örneklem ile yürütülmüştür. Araştırmanın klinik olmayan bir örneklem ile yürütülmüş olması, söz edilen müdahalelerin psikopatolojide etkili olan yorumlama ve dikkat yanlılığını tam anlamıyla değerlendirme konusunda hassasiyet yaratmış olabilir. Diğer yandan Abramowitz ve diğerleri (2014:206-217) aslında hem klinik örneklem hem de klinik olmayan örneklemlerde OKB belirtilerinin epidemiyolojisi, etiyolojisi, fenomonolojik özellikleri ile ortaya çıkması ve sürdürülmesinde rol oynayan etkenleri araştıran çok sayıda çalışmayı incelediklerinde, klinik olmayan örneklemler

kullanılarak yapılan çalışmaların OKB belirtilerini anlamaya ve OKB'ye yönelik çıkarımda bulunmaya yüksek düzeyde elverişli olduğunu belirtmektedir. Hatta OKB ile ilişkili araştırmalarda klinik olmayan örneklemler kullanılmasının kendine has bazı avantajları olduğundan da söz edilmektedir (*bkz.* Abramowitz ve diğerleri, 2014:214). Yine de, OKB'de tedavi etkililiğini değerlendirmeye yönelik klinik olmayan örneklemlerle yürütülen çalışmalarda örneklem seçiminde kullanılan ölçüm araçlarının ve bu yöntemler arasında farklılıkların olması, bu tür çalışmaların bir kısıtlılığı olarak değerlendirilmektedir (Abramowitz ve diğerleri, 2014:214). Bu doğrultuda mevcut araştırmadaki diğer bir kısıtlılık da, araştırmaya dahil edilecek katılımcıların PE-WEÜG'den alınan puanlara göre belirlenmiş olması olarak görülebilir. Ancak bu aracın seçilmesinde önceki çalışmalar (örn. Clerkin ve Teachman, 2011: 338; Grisham ve diğerleri, 2014: 507) temel alınmış ve ayrıca psikometrik özellikleri yönünden daha güçlü olması ve tedavi etkilerine daha duyarlı olması nedeni ile özellikle tercih edilmiştir. Bu konu ile ilgili kısıtlılık olarak görülebilecek bir diğer durum ise, ölçeğin mevcut araştırmadaki Cronbach alfa güvenirlik değerinin düşük bulunması ile ilgilidir. Bu duruma, bir ölçüm aracının mevcut araştırmadaki gibi homojen bir gruba uygulanması durumunda, toplam varyans değerlerinin (değişkenlik) azalması, bunun da alfa katsayısının düşmesine yol açması yönündeki yaygın görüş ile (*bkz.* Helms, 1999: 10; Capraro ve diğerleri, 2001:375) açıklama getirilmiştir. Ayrıca, klinik olmayan örneklemlerde gerçekleştirilen benzer araştırmalarda (*bkz.* Clerkin ve Teachman, 2011: 338; Clerkin ve diğerleri, 2014:316) PE-WEÜG gibi OKB belirtileri değerlendiren farklı ölçüm araçları için de benzer bir durum bildirilmiştir.

Kısıtlılık oluşturduğu düşünülen diğer bir etken ise, COVID-19 pandemisi sebebiyle çalışmaya dahil edilme ölçütü olarak katılımcıların kendisine ait bilgisayarlarının olması ve internete erişimlerinin olması şeklinde bir ölçütün belirlenmiş olmasıdır. İnternet-tabanlı seçkisiz kontrollü araştırmalar, dünyanın her yerinden daha çok kişiye ulaşma imkanı sağlasa da, internete erişimi olmayan kişilerin araştırmanın diğer dahil edilme ölçütlerini karşılıyor olsalar bile araştırmaya alınamaması gibi bir seçim yanlılığına da yol açmaktadır (Paul ve diğerleri, 2005:6).

Bir diğer kısıtlılık, mevcut araştırmada dikkat yanlılığın değerlendirilmesinde standart nokta izleme görevinin kullanılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Söz

konusu görev, alanyazında sıklıkla kullanıldığı için tercih edilmiştir. Buna karşın, elde edilen puanların hesaplanması ve yorumlanmasına dair ölçütlerin yeterince güvenilir olmaması ve bireyin gözünün normal olarak başka yerlere kayabilecek olması durumunu değerlendirme imkanı sağlamaması gibi eleştiri getirilen bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bu sınırlılıklar mevcut araştırmada da, katılımcıların dikkat yanlılıkları ya da dikkat yanlılıklarının zaman içindeki değişimi hakkında güvenilir değerlendirmelerde bulunmayı güçleştiren bir durum olarak ortaya çıkmıştır.

Genel olarak laboratuvar ortamında yürütülen BYD-D çalışmalarının etki büyüklüğünün, çevrimiçi ortamda ya da laboratuvar ortamı dışında (örn. katılımcının kendi evinde) yürütülen çalışmaların etki büyüklüğünden daha fazla olabildiği de bildirilmektedir (*bkz.* Mogoaşe ve diğerleri, 2014:13). Bu durum, laboratuvar ortamında dikkati etkileyebilecek çevresel koşulların daha iyi kontrol altına alınabilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Mevcut araştırmada, "Hoş Geldiniz" yazısı ile ölçümler ve müdahale sırasında dikkat edilmesi ve sağlanması gereken çevresel koşullar hakkında katılımcılar bilgilendirilmiştir. Ölçümler çevrimiçi ortamda araştırmacı eşliğinde alındığından bu koşulların sağlanıp sağlanmadığı kontrol edilebilmiştir. Ancak ölçümlerin aksine katılımcılar müdahaleleri tek başına almıştır. Bu durum üzerinde bir kontrol sağlayabilmek amacıyla, her bir oturum gününde katılımcılara oturumlarını o gün almaları gerektiği konusunda hatırlatma yapıldığı sırada sağlamaları gereken bu çevresel koşullar da hatırlatılmış ve oturumları sonrasında bu anlamda herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Yine de, katılımcıların yalnızca kendi bildirimlerine dayandığından, müdahaleler sırasında bu çevresel koşulların ne derece sağlandığı bilinememektedir. Bu durum, özellikle dikkat yanlılığı değişimine yönelik bir müdahale olduğundan iBYD-D müdahalesinin etkisine yönelik mevcut araştırmanın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

Mevcut araştırma hem klasik hem de internet-tabanlı seçkisiz kontrollü çalışmaların gerekliliklerini büyük ölçüde sağlayan yöntemsel açıdan güçlü bir çalışmadır. Ancak bu anlamda yöntemsel bazı sınırlılıkları da mevcuttur. Katılımcıların gruplara seçkisiz atanması, verilerin toplanması, müdahale programlarının uygulanması ve verilerin analizi gibi mevcut araştırmanın tüm süreçleri tek bir uzman tarafından yürütülmüştür. Dolayısıyla bağımsız bir değerlendiricinin olmayışı, yöntemsel özellikleri açısından mevcut araştırmanın

kısıtlılığına katkıda bulunan bir durum olarak değerlendirilebilir. Ayrıca dikkat ve yorumlama yanlılıklarının değerlendirilmesinde ve değişimine yönelik müdahalelerde kullanılan deneysel düzeneklerin uyaran setlerinin (obsesif inançlarla ilişkili senaryolar ile OKB ile ilişkili fotoğraflar) seçiminde sadece uzmanların görüşüne başvurularak bir ön çalışma yapılmıştır. Diğer yandan, zamana bağlı bazı kısıtlılıklar nedeni ile, asıl çalışmanın örneklem özelliklerini taşıyan, yüksek düzeyde OKB belirtileri gösteren küçük bir grupla uyaran setinin oluşturulmasına dair ön çalışma yapılamaması, mevcut araştırmanın yöntemsel kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Seçkisiz kontrollü çalışmalarda tedaviden hemen sonra alınan ölçüm uzun vadede tedavi kazanımlarının sürdürülebilirliğini değerlendirmede belirleyici olmadığından, mevcut araştırmada 1 aylık bir izlem çalışması da gerçekleştirilmiştir. Yine de, daha uzun sürede ve belirli aralıklarla gerçekleştirmek yerine 1 ay gibi kısa bir süre sonra gerçekleştirilen izlem çalışmasının, müdahalenin uzun süreli etkilerini daha gerçekçi şekilde değerlendirmeyi kısıtlayabilecek bir faktör olduğu düşünülmektedir.

4.3.2. Araştırmanın Güçlü Yönleri

İlk olarak, araştırmada müdahalenin gerçek etkisini görebilmek için tek kör yöntemiyle seçkisiz kontrollü araştırma deseni kullanılmıştır. iBBYD müdahale koşulunun iBYD-Y ve iBYD-D bileşenlerinin tek başına verildiği ayrı iki koşulla karşılaştırılması nedeni ile mevcut araştırmanın deseni aynı zamanda klasik seçkisiz kontrollü çalışmaların bazı sınırlılıklarını gideren faktöriyel desen özelliği taşımaktadır. OKB alanında yapılan BYD çalışmalarında bugüne kadar ağırlıklı olarak yanlılıklardan yalnızca birine odaklanılmıştır. Genel olarak birleştirilmiş uygulamalar söz konusu olduğunda ise, birden fazla bileşenden oluşan müdahale programlarının etkisi genellikle birleştirilmiş müdahalenin herhangi bir bileşenini içermeyen çeşitli türlerdeki kontrol grupları ile karşılaştırılarak incelenmiştir. Mevcut araştırmada birleştirilmiş müdahale programının etkisinin yalnızca kontrol grubu ile karşılaştırılarak değil, aynı zamanda müdahalenin iki bileşeninin tek başına verildiği gruplar ile de karşılaştırılarak incelenmesi, araştırmanın ilk güçlü yanını oluşturmaktadır. iBBYD müdahale koşulundaki katılımcılar için karşıt dengeleme

uygulanarak sıra etkisinin kontrol edilmesi, mevcut araştırmanın bu anlamda bir diğer güçlü yönüdür.

Örneklemin temsil edici bir örneklem olabilmesi için benzer çalışmalar dikkate alınarak OKB belirtilerini değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı seçilmiştir. Klinik olmayan bir örnekleme ulaşılması planlandığından kesme puanı yerine ölçeğin tanılı grup için belirlenmiş ortalama puanları tercih edilmiştir. Devam eden tedavinin iBBYD müdahalesinin etkisini karıştırabileceği ve müdahalenin gerçek etkilerini görmeyi güçleştireceği öngörüsüyle hali hazırda herhangi bir psikiyatrik/psikolojik tedavi almayan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada seçkisiz atama başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiş, katılımcıların çeşitli sosyo-demografik özellikler ve bağımlı değişkenlere ait başlangıç ölçümleri açısından farklılaşmadığı görülmüştür. Daha önce yöntem bölümünde de değinildiği üzere, ayrıca mevcut araştırmanın ön değerlendirme aşamasında katılımcıların OKB belirtilerini değerlendiren PE-WEÜG'ü doldurmalarının hemen ardından az önce cevapladıkları bu formda yer alan belirtilerin yarattığı rahatsızlık düzeyi ve sıklığının pandemiden etkilenip etkilenmediğini, "(0) hiç" ile "(4) çok fazla" 5'li derecelendirme türünde kategorik olarak cevap verilebilecek bir derecelendirme üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%69.5) belirtilerin yarattığı rahatsızlığın pandemiden sonra hiç artmadığını (aynı kaldığını) veya biraz arttığını; ve yine katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%72) belirtilerin sıklığının pandemiden sonra hiç artmadığını (aynı kaldığını) veya biraz arttığını bildirmiştir. Ayrıca yapılan analizler sonucunca bu durumun gruplara göre farklılaşmadığı da görülmüştür. Büyük ölçüde homojen yapıda, hedeflenen klinik popülasyonu temsil edici gücü yüksek bir örneklem oluşturulmuştur. Mevcut araştırmadaki örneklemin seçiminde izlenen bu yöntemler ve örneklemin bu özellikleri göz önüne alındığında; her ne kadar tanılı bir grupla çalışılmamış olsa da, deneysel yöntemler kullanılarak yapılan mevcut çalışmanın OKB'li bireyler için de bilgi verici özellikleri olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın yöntemine dair diğer bir güçlü taraf, araştırmada çeşitli türde değerlendirme yöntemleri kullanılmış olmasıdır. Öz bildirim ölçeklerinin yanı sıra, müdahale sonrasında dikkat ve yorumlama yanlılıklarında meydana gelen değişimleri değerlendirmede, ölçümün amacının katılımcı tarafından fark edilmemesini

sağlayarak yansız bir ölçüm alma imkanı veren deneysel düzenekler de kullanılmıştır. Ayrıca gelecekte müdahalenin daha etkili bir şekilde yapılandırılmasında önemli rolü olacağı düşünülerek, katılımcıların müdahalenin yararlı buldukları ya da bulmadıkları yönlerine dair geribildirimleri alınmıştır.

Mevcut araştırmada uzun süreli (1 aylık izlem çalışması) değerlendirme de yapılmıştır. Katılımcılardan müdahale sonrasında (4 hafta sonra) ölçüm alınmıştır. Bunu takiben katılımcılardan bir ay sonra ise tekrar takip değerlendirmesi için ölçüm alınmıştır. İzlem ölçümü yalnızca bir kez ve 1 ay gibi kısa bir süre sonra alınmış olsa da, müdahalenin uzun süreli etkilerini görebilmek adına önemlidir.

Seçkisiz kontrollü çalışmalarda, çalışmayı yarıda bırakma oranları genel anlamda yüksektir. İnternet-tabanlı müdahaleler söz konusu olduğunda bu oran daha da yüksek olmaktadır. Bu doğrultuda çalışmanın bir diğer güçlü tarafı, araştırmanın başında hedeflenen katılımcı sayısına ulaşılmış ve hem yüz yüze hem de çevrim içi ortamda gerçekleştirilen çalışmalara göre çok daha düşük oranda katılımcı kaybı yaşanmış olmasıdır. Bu tür çalışmalarda yaşanan katılımcı kayıpları, çalışmanın başında seçkisiz atama ile oluşturulan grupların bu özelliğini kaybetmesine neden olmaktadır. Bu durum da, uygulanan müdahalenin gerçek etkilerinin doğru şekilde değerlendirilmesinde önemli bir sınırlılık olan eksilme yanlılığına yol açmaktadır. Bu bağlamda, eksilme yanlılığını gidermek amacıyla önerilen istatistiksel yöntemlerden biri olan uyarlanmış tedavi amacı analizinin kullanılmış olması, mevcut araştırmanın güçlü yönlerinden bir diğeridir. Ayrıca, rutin klinik uygulamaların temel ilgi odağının, bir bütün olarak müdahale alan grupların grubun ortalamasına göre gösterdikleri değişimden ziyade, bireysel düzeyde meydana gelen değişim olması nedeni ile mevcut araştırmada, istatistiksel anlamlılığın yanında bireysel düzeydeki değişimin güvenilirliği de değerlendirilmiştir.

Dikkat ve yorumlama yanlılıklarının değişimine ve değerlendirilmesine yönelik alanyazında sıklıkla kullanılan deneysel düzenekler tercih edilmiştir. Dikkat yanlılıklarının değişiminde ve değerlendirilmesinde kullanılacak fotoğrafların seçiminde OKB tanılı örneklemde geçerliliği ve güvenirliği test edilmiş uyaran setleri temel alınmıştır. Yanı sıra, uyaranların seçimine ve uyaran setleri oluşturulmasına dair uzmanların görüşüne başvurularak bir ön çalışma gerçekleştirilmiştir. Hem değerlendirmede hem de müdahale olarak kullanılacak deneysel düzeneklerin

yapılandırılmasında karıştırıcı olabilecek değişkenler dikkate alınmıştır. Bu amaçla, her bir katılımcının düzeneklerde kullanılan uyaranların sunulma şekli ve içeriğine dair olası her koşulu görme şansının eşit olması gözetilmiştir. Ayrıca, uyaranların sunum sırası her bir katılımcı için yeniden seçkisizleştirilmiştir. Dikkat yanlılığına yönelik müdahale programın ve müdahale öncesinde ve sonrasında alınacak dikkat yanlılığı ölçümleri için farklı fotoğraf setleri kullanılmıştır. Bunların yanı sıra, müdahale programının içeriğini oluşturan renkli görselleri algılamayı engelleyebilecek bir renk körlüğünün varlığı, katılımcılar araştırmaya dahil edilmeden önce değerlendirilmiştir.

Mevcut araştırma internet-tabanlı bir çalışma olduğundan, olası riskli durumları kontrol edebilmek için, katılımcılara gerçek isimlerini içermeyen ve tüm araştırma süresince kullanacakları kendilerine ait bir kullanıcı adı ve şifre verilmesi, görüntülü görüşme programının planlanmış oturumuna dair şifreli link gönderilmesi ve katılımcı görüşmeye giriş yapar yapmaz görüşmeyi dışarıya kitleme özelliği ile görüşmenin kitlenmesi gibi önlemler alınarak güvenli bir çevrimiçi ortam sağlanmıştır.

Mevcut çalışmada katılımcılar müdahaleleri araştırmacının eşliği olmadan kendi başlarına aldıkları için, müdahaleler sırasında gerekli çevresel koşulların sağlanamamasından kaynaklanabilecek sorunlar için gerekli önlemler alınmıştır. Bu durum üzerinde kontrol sağlamak için, oturum gününde araştırmacı tarafından katılımcılara oturumlarını almaları gereken gün olduğu ve hangi çevresel koşulları sağlamaları gerektiği konusunda hatırlatmalar yapılmıştır. Ayrıca bu durum daha objektif yöntemlerle de kontrol edilmiştir. Hem dikkat ve yorumlama yanlılıklarının ölçümünde hem de değişimine yönelik müdahalelerde kullanılan deneysel düzeneklerde, müdahalenin ciddiye alınarak yapılıp yapılmadığını ve ölçümlerin doğruluğunu değerlendirmek üzere alanyazında önerilen bazı kontrol mekanizmaları ve istatistiksel analiz yöntemleri kullanılmıştır. Bu kontrolün gerçekleştirilebilmesi için, katılımcıların ölçümler ve müdahale programları sırasında verdikleri yanıtlar ve tepki süreleri otomatik olarak veri tabanında excel dosyası olarak kaydedilmiştir. Sürecin araştırmacı tarafından ayrıntılı takibinin yapılmasının yanı sıra, yazılımla ilgili bildirilen bir sorun söz konusu olduğunda giderilmesi için programı oluşturan yazılım ekibine bilgi verilmiş ve sorun hızlı bir şekilde giderilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut araştırma istatistiksel olarak anlamlı olan ve olmayan bulguları ile değerlendirildiğinde, birleştirilmiş bilişsel yanlılık değişimi yönteminin bir müdahale programı olarak özellikle OKB belirtilerini, obsesif inançları ve yorumlama yanlılıklarını azaltmada bir potansiyeli olduğu ortaya konmuştur. Bir önceki bölümde ayrıntılı olarak aktarıldığı gibi çalışmanın bulguları büyük oranda alanyazındaki yorumlama ve dikkat yanlılığı değişimine yönelik çalışmaların bulguları ile uyumludur. Tartışma kısmını takiben bu bölümde, çalışmadan elde edilen bulgular ışığında gelecek çalışmalar ve klinik uygulamalar için öneriler sunulmuştur.

iBBYD müdahale programı, iBYD-Y ve iBYD-D müdahale programlarının birlikte ve aynı anda uygulandığı bütünleştirilmiş bir programdır. Yapılan analizlerde yorumlama yanlılıklarının değişimine yönelik iBYD-Y müdahale programının bazı değişkenler üzerinde tek başına da etkileri olduğu (örn. genel olumlu yorumlama eğilimi ve negatif duygular), dikkat yanlılıklarının değişimine yönelik iBYD-D müdahale programının ise bu türde etkiler ortaya çıkarmadığı görülmüştür. Mevcut araştırmada elde edilen bu sonuç ve alanyazındaki benzer çalışmaların sonuçlarından hareketle, BYD-Y'nin ortaya çıkardığı olumlu yöndeki değişim açısından iBYD-D'ye göre klinik değerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Ayrıca, müdahale programının bu iki bileşenden oluşan birleştirilmiş bir program olması ve söz konusu bulgular göz önüne alındığında; iBBYD müdahale programının OKB belirtilerini, obsesif inançları ve OKB ile ilişkili yorumlama yanlılığını azaltmada ortaya çıkan anlamlı etkilerine, iBYD-Y müdahalesi bileşeni katkı sağlamış olabilir.

OKB'de yorumlama yanlılığına müdahalenin dikkat yanlılığına müdahaleden daha etkili olduğuna yönelik edinilmiş izlenimin deneysel yöntemlerle test edilmesine olanak sağlayan ilk araştırma olması bakımından mevcut tez araştırmasının bu konudaki sonuçları önemlidir. Ancak yine de, OKB'de yorumlama yanlılığına yönelik müdahalelerin dikkat yanlılığına yönelik müdahalelerden daha etkili olduğuna dair kesin yargılara varmanın henüz erken olduğu düşünülmektedir. Nitekim, sosyal kaygı bozukluğunda birleştirilmiş müdahalelerin etkisinin incelendiği çalışmalarda, katılımcıların yorumlama yanlılığı değişimine yönelik müdahalenin yanlı yorumlama süreçleri üzerindeki farkındalıklarını arttıran yararlı bir yöntem olduğu yönünde

geribildirimlerde bulundukları; dikkat yanlılığı değişimine yönelik müdahaleyi ise daha sıkıcı olarak nitelendirdikleri görülmüştür (*bkz*. Beard ve diğerleri, 2011:986; Brosan ve diğerleri, 2011:263). Bu durumun birleştirilmiş müdahalenin bu iki bileşenin birbirinin etkisi üzerinde bozucu bir etki (interference effect) yaratıyor olabileceği ve bu nedenle müdahalenin gerçek etkilerinin gözlenmesinde bir sınırlılık oluşturabileceği düşünülmektedir (Brosan ve diğerleri, 2011:263). Mevcut araştırmada da katılımcılar programların ötesinde diğer şekillerde, birleştirilmiş müdahalenin yorumlama yanlılığı değişimine yönelik bileşenini dikkat yanlılığı değişimine yönelik bileşenine göre daha yararlı buldukları yönünde benzer geribildirimlerde bulunmuştur. Dolayısıyla, her ne kadar birleştirilmiş müdahale verilen grupta sıra etkisini kontrol etmek amacıyla karşıt dengeleme uygulanmış olsa da, müdahalenin yorumlama yanlılığına yönelik bileşeninin uyarıcı-tepki izlerliği ile daha olumlu yorumlamaların pekişmesini sağlayarak oluşturduğu yeni öğrenme üzerinde dikkat yanlılığı değişimine yönelik bileşenin bozucu bir etkisi de ortaya çıkmış olabilir.

Son yıllarda BYD-D müdahalesinde sunulan bir dizi deneysel görevin tamamlanmasında katılımcının motivasyonunu arttırmaya yönelik olarak oyun dışı içeriklerde zenginleştirilerek oyun tasarımının kullanılması olarak nitelendirilen oyunlaştırma (gamification) yönteminin gündeme geldiğine (Boendermaker ve diğerleri, 2015:434) ve kaygı düzeyi yüksek bireylerde kaygıyı ve stresi azaltmada olumlu sonuçları olduğuna (*bkz.* Deterding ve diğerleri, 2011:2) daha önceki bölümlerde değinilmişti. Dahası, yine kaygı düzeyi yüksek yetişkinlerde hem BYD-Y hem de BYD-D müdahalesinin sanal gerçeklik teknolojileri kullanılarak etkisinin arttırılmasına yönelik girişimler de söz konusudur (*bkz.* Urech ve diğerleri, 2015:4; Otkhmezuri ve diğerleri, 2019:7). Bu girişimler, müdahale kapsamında kullanılan uyaranlar ile daha gerçekçi bir eğitim deneyimi sağlanarak kaygının ve bu tür yanlılıkların azaltılabildiğini ortaya koymuştur. Tüm bu yeni girişimler ve ortaya çıkardığı olumlu etkiler göz önüne alındığında, OKB'de BYD müdahalelerinin etkililiğinin incelenmesine yönelik yapılacak gelecek araştırmalarda izlenmesi gereken yol mevcut araştırmanın tekrarlanmasından çok daha fazladır. OKB'de de birleştirilmiş yanlılık değişimi uygulamalarına yönelik yapılacak gelecek araştırmalarda bu tür yöntemler kullanılmasının, özellikle dikkat yanlılığı değişimi bileşeninin katılımcılar tarafından sıkıcı bulunarak yorumlama yanlılığı değişimi

üzerinde olası bir bozucu etki yaratmasının önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Böylelikle, birleştirilmiş müdahalenin OKB'deki gerçek etkileri hakkında daha doğru çıkarımlarda bulunma imkanı artacaktır.

Mevcut araştırmanın bulguları, kendi çıkış noktasını oluşturan Hirsch ve diğerlerinin (2006:224) farklı türdeki yanlılıkların aynı bilgi işleme sürecinden temel aldığı ve belirtilerin sürdürülmesinde karşılıklı etkileşiminin etkili olduğu görüşünü yansıtan birleştirilmiş bilişsel yanlılık hipotezinin, OKB için de destek bulabilecek yönleri olabileceğini göstermiştir. Özellikle de, genel olarak OKB belirtileri için olmasa da, dikkat yanlılığı değişimine yönelik bir müdahale olarak BYD-D'nin de başkalarına/kendine zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri azaltmada etkili olması, OKB'li bireylerin seçici dikkatindeki belirtilerle ilişkili yanlılıkların, belirtilerin sürdürülmesine katkı sağlıyor olabileceği yönündeki görüşü (*bkz.* Muller ve Roberts, 2005:15) destekler niteliktedir. Ancak bu konuda kesin yargılara varabilmek için, buradaki etki mekanizmasını araştırmaya yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu bağlamda, özellikle OKB'nin başlangıcında ve sürdürülmesinde bilgi işleme sürecindeki yanlılıkların ortak etkisini incelemek üzere yapılacak çalışmalardan elde edilen sonuçların, BYD müdahalelerinin daha olumlu etkiler ortaya çıkarması için nasıl yapılandırılması gerektiğine dair bilgi birikimini de arttıracağı düşünülmektedir. Ayrıca, çeşitli türdeki yanlılıkların OKB belirtileri üzerindeki etki mekanizmasının incelenmesine yönelik yapılacak bu çalışmalarda, dikkat yanlılığının değerlendirilmesinde kullanılan ve mevcut araştırmada olduğu gibi alanyazında da karışık sonuçlara neden olan standart nokta izleme görevinin sınırlılıklarını giderecek özellikte, güvenilir ölçüm yöntemlerinin (örn. göz izleme yöntemleri) kullanılmasının daha uygun bir yaklaşım sunacağı düşünülmektedir.

Standart nokta izleme görevinin sınırlılıklarını giderecek özellikte, güvenilir ölçüm yöntemlerinin geliştirilmesine yönelik böyle bir yaklaşım aynı zamanda, daha etkili bir BYD-D müdahalesinin yapılandırılmasına da katkıda bulunabilir. Nitekim mevcut araştırmada BYD-D müdahalesinin etkisine dair karışık sonuçlar elde edilmiş ve çoğu değişken üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkilerine rastlanmamış olsa da, bu müdahalenin de olumlu etkiler ortaya çıkarmada bir potansiyeli olabileceğini düşündüren bazı emareler mevcuttur. Örneğin güvenilir değişim indeksi hesaplama yöntemi kullanılarak bireysel düzeydeki değişim değerlendirildiğinde, iBYD-D

grubunda iBBYD ve iBYD-Y grupları ile kıyaslandığında kaygı düzeyindeki değişim oranının (azalmanın) bir miktar daha fazla olduğu görülmüştür. Stres düzeyindeki azalma söz konusu olduğunda ise, iBYD-D ve iBYD-Y gruplarında aynı sayıda kişide bir azalma ortaya çıkmıştır. Ayrıca, iBYD-D grubunda yine istatistiksel açıdan anlamlılığa yansımamış olsa da, genel OKB belirtileri açısından diğer müdahale gruplarına yakın sayıda kişide bireysel düzeyde olumlu yönde bir değişim meydana gelmiştir (*bkz.* Tablo 16). BYD-D'nin bireysel düzeydeki değişim üzerindeki etkisine dair bu sonuçlar ve aynı zamanda özellikle de yalnızca başkalarına/kendine zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri azaltmada anlamlı etkiler ortaya çıkarmış olması, OKB'de klinik özellikler açısından bireysel farklılıkların görülebildiği bir belirti profilinin yaygın olması ile ilişkili olabilir. Bu bağlamda, mevcut araştırmada dikkat yanlılığı değişimine yönelik kullanılan yıkama/temizleme ve kontrol etme ile ilişkili fotoğraflardan oluşan uyaran setleri, her katılımcıda aynı düzeyde bir kaygı yaratmamış olabilir. Benzer şekilde mevcut araştırmada, iBBYD ve iBYD-Y müdahalelerinin de spesifik etkilerine dair sonuçlar elde edilmiş, obsesif inançlar söz konusu olduğunda bu müdahalelerin özellikle mükemmeliyetçilik/kesinlik inanç alanında bir azalma sağladığı görülmüştür. Bu nedenle, hem mevcut araştırmanın bu sonuçları hem de alanyazında konunun önemine işaret eden bulgular ve görüşler (*bkz.* Black ve Grisham, 2018:11; Cludius ve diğerleri, 2019:36) göz önüne alındığında, klinik uygulamalarda bireye özgü olarak yapılandırılmış BYD (birleştirilmiş uygulamalar da dahil) uygulamaları, OKB belirtilerinin hafifletilmesinde daha etkili olabilir. Örneğin bu tür müdahalelerin yapılandırılmasında, bireyin belirti profilinde hangi belirtiler baskınsa o belirtilere özgü uyaranların müdahale kapsamına alınması (örn. danışan ile bir ön değerlendirme yapılarak onun için tehdit edici, kaygısını tetikleyici özellikte olan uyaranların öznel kaygıyı ölçmek için öznel rahatsızlık birimleri kullanılarak seçilmesi) şeklinde bir yöntem izlenebilir.

Müdahalenin daha az sayıda oturumda verildiği benzer çalışmaların aksine mevcut araştırmada, BYD-Y alan grup ile kontrol grubu arasında OKB belirtileri açısından farklılaşmanın ortaya çıkmasında ve anksiyete, stres ve negatif duyguları azaltmada olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında, mevcut araştırmadaki müdahalenin haftalık oturumlar şeklinde planlanmış ve birden fazla oturumda geniş aralıklarla gerçekleştirilmiş olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Özellikle anksiyete ve stres düzeylerindeki azalmanın müdahaleden hemen sonra alınan ölçümler yerine müdahaleden 1 ay sonra alınan izlem ölçümlerinde gözlenmesi de, bu tür müdahalelerin duygudurum üzerinde ortaya çıkardığı değişikliklerin gözlenebilmesi için oturum sayısının arttırılmasının önemli olabileceğine işaret etmektedir. Bunların yanı sıra, BDT'nin TÖMB de dahil çeşitli bileşenlerine hem BYD-D hem de BYD-Y'nin birbirinden bağımsız olarak farklı haftalarda uygulanacak şekilde eklenmesi ile hazırlanan ve daha fazla sayıda oturumdan oluşan müdahale programları (*bkz.* Amir ve diğerleri, 2015:433-434; Najmi ve Amir, 2017:544), OKB tanılı bireylerin obsesif inançlarını, depresyon, anksiyete ve negatif duygularını azaltmada daha olumlu sonuçlar vermiştir. Ancak bu çalışmalarda herhangi bir karşılaştırma grubu ya da kontrol grubu kullanılmamıştır. Gelecek araştırmalarda birleştirilmiş uygulamaların daha fazla sayıda oturumda ve BDT'yi tamamlayıcı teknikler şeklinde kullanılarak uygulandığında bilgi işleme süreçlerindeki yanlılıklar, OKB belirtileri, obsesif inançlar ve duygudurum üzerinde nasıl etkileri olduğunun kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenmesi önemli olacaktır.

Mevcut araştırmanın birleştirilmiş müdahalenin OKB'nin bilişsel modellerinde bozukluğun başlangıcı ve sürdürülmesinde merkezi rolü vurgulanan bilişsel süreçlerdeki bilgi işleme yanlılıklarının azaltılmasında etkili olduğuna yönelik bulguları, söz konusu müdahalenin bu modellerden temel alan ve OKB'nin tedavisinde yaygın olarak kullanılan BDT'nin de etkisini arttırabileceğine işaret etmektedir. Nitekim, daha önce de değinildiği gibi, bazı çalışmalarda (örn. Najmi ve Amir, 2017:543) OKB'de hem BYD-Y hem de BYD-D uygulamalarının özellikle TÖMB uygulamalarına katılımı teşvik ettiği ve maruz bırakma uygulaması üzerinde kolaylaştırıcı bir etkisi olduğu bildirilmektedir. Bu bağlamda, OKB'ye yönelik BDT'nin psikoeğitim aşaması gibi erken aşamalarının BYD uygulamaları dahil edilerek yapılandırılması, özellikle de BYD-Y uygulamalarına bu aşamada daha geniş yer verilmesi, bu aşamanın amaçlarından biri olan obsesyonların normalleştirilmesine, hatta bu anlamda daha kalıcı bir eğitim verilmesine katkıda bulunabilir. Mevcut araştırmada katılımcıların büyük bir çoğunluğunun BYD-Y uygulaması hakkında "Bu düşüncelerin herkesin düşünebileceği normal şeyler olduğunu fark ettim.", "Olayları daha ayrıntılı düşünmemi ve düşündüklerimin önemsiz olduğunu anlamamı sağladı." şeklindeki geribildirimleri de bu konunun önemine işaret etmektedir.

Bu tür uygulamalar, BDT'yi tamamlayıcı teknikler olarak tedavinin ilerleyen aşamalarında da kullanılabilir. Yine özellikle BYD-Y uygulamalarının BDT'nin bilişsel yeniden yapılandırma tekniği ile birlikte kullanılması, istem dışı deneyimler ile ilişkili gerçekçi olmayan inançların ve hatalı/yanlı değerlendirmelerin tespit edilip daha olumlu bir bakış açısı geliştirilmesine de katkı sağlayabilir. Ayrıca genel olarak BYD uygulamaları kişiyi belirtilerle ilişkili uyaranlara kişi tarafından görece daha kabul edilebilir bir şekilde (bilgisayar ortamında) maruz bırakmayı içermektedir. Bu özelliği göz önüne alındığında, BYD-Y uygulamaları BDT'nin ilerleyen aşamalarında uygulanan hatalı değerlendirmeler için oluşturulan hipotezlerin test edilmesini içeren maruz bırakma temelli davranışsal deneylere katılımı kolaylaştırarak teşvik edebilir.

OKB'ye yönelik birleştirilmiş bilişsel yanlılık değişimi uygulamalarının yapılandırılmasında dikkate alınması gereken bir konu olarak mevcut araştırmada gündeme gelen bir diğer önemli nokta da danışanların tercihleridir. Her danışan için standart bir yaklaşım ya da birden fazla yaklaşımın birleştirilerek standart bir kalıpta uygulanması uygun olmayabilmekte; psikoterapinin etkililiğinin, psikoterapinin danışana özgü nitelikler (örn. beklentiler, tercihler) dikkate alınarak bireyselleştirilmesi ile arttırılabileceği düşünülmektedir (*bkz.* Norcross ve Wampold, 2011:131). Mevcut araştırmada katılımcılardan alınan bazı geribildirimler, günümüzde gittikçe daha fazla benimsenen bu yaklaşımın BYD müdahalelerini yapılandırılırken de dikkate alınmasının önemli olabileceğini göstermiştir. Bazı katılımcılar, araştırmacı eşliğinde videokonferans aracılığıyla gerçekleştirilen ölçüm almaya yönelik değerlendirme görüşmelerini, müdahalenin bir parçası olmasa da, müdahalenin yararlı buldukları yönü olarak bildirmişlerdir. Alanyazında, terapist desteğini içeren internet ve bilgisayar tabanlı psikoterapilerin, böyle bir destek içermeyen uygulamalara göre daha etkili olduğuna yönelik bazı sonuçlar söz konusudur (*bkz.* Baumeister ve diğerleri, 2014:208). Mevcut araştırmadaki bu geribildirim de göz önüne alındığında, bazı kişilerin terapist desteğini içeren BYD uygulamalarından daha fazla yararlanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma bilindiği kadarıyla hem ulusal hem de uluslararası alanyazında OKB'de birleştirilmiş bilişsel yanlılık değişimi uygulamasının etkisini inceleyen ilk çalışma olmuştur. OKB tanılı bireylerde de bu tür bir uygulamanın etkisine dair yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Ancak klinik olmayan bir örneklem ile olsa da

deneysel yöntemler kullanılarak yapılmış olan bu çalışma ile, tedaviyi yarıda bırakma ve nüks oranlarının yüksek olduğu OKB tanılı bireyler için klasik tedavilere eklenebilecek, faydalı sonuçlar ortaya çıkarma potansiyeline ve makul bütçe ile desteklenebilecek niteliğe sahip, ulaşılabilir bir müdahale tekniğinin klinik uygulama alanına kazandırıldığı düşünülmektedir. Ayrıca mevcut çalışmada birleştirilmiş bilişsel yanlılık değişimi müdahalesinin klinik olmayan, ancak yüksek düzeyde OKB belirtileri rapor eden bir örneklemde ortaya çıkardığı faydalı sonuçlar, bu tür bireylerde sorunun erkenden saptanması ve süreğenleşmeden iyileşmesine yönelik koruyucu-önleyici ruh sağlığı hizmetleri kapsamında da kullanılabileceğine işaret etmektedir. Özellikle pandemi ile birlikte psikolojik hizmetlerde teknoloji kullanımı ayrı bir önem kazanmış ve bu anlamda internet-tabanlı müdahalelerin belirli standartlarının oluşturulmasına yönelik acil bir ihtiyaç gündeme gelmiştir (Dores ve diğerleri, 2020:14). Mevcut araştırmanın ilgili bölümlerde ayrıntılı olarak değinilen sınırlılıkları giderilerek birleştirilmiş bilişsel yanlılık değişiminin etkililiğine dair yapılacak kanıt temelli çalışmalar bu anlamda da önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Abraha, I., & Montedori, A. (2010). Modified Intention to Treat Reporting in Randomised Controlled Trials: Systematic Review. *BMJ.* 1-8.

Abramowitz, J. S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 51(7): 407-416.

Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L., & Buchholz, J. L. (2018). New Directions in The Cognitive-Behavioral Treatment of OCD: Theory, Research, and Practice. *Behavior Therapy.* 49(3): 311-322.

Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D., Storch, E. A. (2014). The Relevance Of Analogue Studies For Understanding Obsessions and Compulsions. *Clinical Psychology Review.* 34(3): 206-217.

Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder in The DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 21(3): 221-235.

Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How Prevalent Are Anxiety Disorders in Schizophrenia? A Meta-Analysis and Critical Review on A Significant Association. *Schizophrenia Bulletin.* 37(4): 811-821.

Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., & Pittenger, C. (2018). The Role of Stress in The Pathogenesis and Maintenance of Obsessive-Compulsive Disorder. *Chronic Stress.* 2: 1-11.

Aday, J. S., & Carlson, J. M. (2019). Extended Testing With The Dot-Probe Task Increases Test-Retest Reliability and Validity. *Cognitive Processing.* 20(1): 65-72.

Advocat, J. (2005). Internet Clinical Trials: Examining New Disciplinary Experiments in Health Care. *Anthropology Matters.* 7(1): 1-8.

Akl, E. A., Shawwa, K., Kahale, L. A., Agoritsas, T., Brignardello-Petersen, R., Busse, J. W., Carrasco-Labra, A., Ebrahim, S., Johnston, B. C., Neumann, I., Sola, I., Sun, X., Vandvik, P., Zhang, Y., Alonso-Coello, P., & Guyatt, G. H. (2015). Reporting Missing Participant Data In Randomised Trials: Systematic Survey Of The Methodological Literature and A Proposed Guide. *BMJ Open.* 5(12): 1-7.

Aksoy, U. M. (2006). *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Hastalarındaki Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması.* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). İstanbul: T. C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.).* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought-Action Fusion in Individuals with OCD Symptoms. *Behaviour Research and Therapy.* 39(7): 765-776.

Amir, N., & Kozak, M. J. (2002). Information Processing in Obsessive Compulsive Disorder. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 165-181). Oxford: Pergamon.

Amir, N., Kuckertz, J. M., Najmi, S., & Conley, S. L. (2015). Preliminary Evidence For The Enhancement Of Self-Conducted Exposures For OCD Using Cognitive Bias Modification. *Cognitive Therapy and Research*. 39(4): 424-440.

Amir, N., Najmi, S., & Morrison, A. S. (2009). Attenuation of Attention Bias in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 47(2): 153-157.

Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthan, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrman, M., & Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist

feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 74(4): 677-686.

Andersson, G., Carlbring, P., Titov, N., & Lindefors, N. (2019). Internet Interventions For Adults With Anxiety and Mood Disorders: A Narrative Umbrella Review of Recent Meta-Analyses. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 64(7): 465-470.

Andersson, E., Enander, J., Andrén, P., Hedman, E., Ljótsson, B., Hursti, T., Bergström, J., Kaldo, V., Lindefors, N., Andersson, G., & Rück, C. (2012). Internet-based Cognitive b-Behaviour Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychological Medicine.* 42(10): 2193-2203.

Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Effectiveness of Guided Internet-Based Cognitive Behavior Therapy In Regular Clinical Settings. *Verhaltenstherapie.* 23(3): 140-148.

Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and Limitations of Internet-Based Interventions for Common Mental Disorders. *World Psychiatry.* 13(1): 4-11.

Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2004). Obsessive-Compulsive Severity Spectrum in The Community: Prevalence, Comorbidity, and Course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 254(3): 156-164.

Antony, M. M. (2002). Measures For Obsessive-Compulsive Disorder. *Practitioner's Guide To Empirically Based Measures Of Anxiety* (pp. 219-243). Boston, MA: Springer.

Apa, F. (2020). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastaları ve Birinci Derece Akrabalarında 'Tam Olarak Doğru Olduğunu Hissedememe Deneyimleri', Mükemmeliyetçilik ve Bunların Nörokognitif İşlevlerle İlişkisi.* (Yayınlanmamış

Uzmanlık Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Arısoy, Ö. (2004). Psikiyatrik genetik. *Düşünen Adam*. 17(2): 109-125.

Armstrong, T., Olatunji, B. O., Sarawgi, S., & Simmons, C. (2010). Orienting and Maintenance of Gaze in Contamination Fear: Biases for Disgust and Fear Cues. *Behaviour Research and Therapy*. 48(5): 402-408.

Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A. C. (2007). Responsibility and Obsessive-Compulsive Disorder: An Experimental Test. *Behaviour Research and Therapy*. 45(3): 425-435.

Atmaca, M., Mermi, O., Yildirim, H., & Gurok, M. G. (2016). Orbito-Frontal Cortex and Thalamus Volumes in Obsessive-Compulsive Disorder Before and After Pharmacotherapy. *Brain Imaging and Behavior*. 10(3): 669-674.

Ayuso-Mateos, J. L. (2006). Global burden of obsessive-compulsive disorder in the year 2000. *World Health Organization*.

Babic, A., Tokalic, R., Cunha, J. A. S., Novak, I., Suto, J., Vidak, M., Miosic, I., Vuka, I., Pericic, T. P., & Puljak, L. (2019). Assessments of Attrition Bias in Cochrane Systematic Reviews Are Highly Inconsistent and Thus Hindering Trial Comparability. *BMC Medical Research Methodology*. 19(1): 1-10.

Bachofen, M., Nakagawa, A., Marks, I. M., Park, J.-M., Greist, J. H., Baer, L., Wenzel, K. W., Parkin, J. R., & Dottl, S. L. (1999). Home Self-Assessment and Self-Treatment on Obsessive-Compulsive Disorder Using A Manual And A Computer-Conducted Telephone Interview: Replication of A U.K.–U. S. Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 60(8): 545–549.

Baer, L., & Greist, J. H. (1997). An Interactive Computer-Administered Self-Assessment and Self-Help Program for Behavior Therapy. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 58(12): 23-28.

Baer, L., Greist, J., & Marks, I. M. (2007). Computer-Aided Cognitive Behaviour Therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 76(4): 193-195.

Baer, L., Minichiello, W. E., & Jenike, M. A. (1987). Use Of A Portable-Computer Program in Behavioral Treatment Of Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 144(8):1101.

Baer, L., Minichiello, W. E., Jenike, M. A., & Holland, A. (1988). Use Of A Portable Computer Program To Assist Behavioral Treatment In A Case Of Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 19(3): 237-240.

Barrett, K., & Stewart, I. (2021). A Preliminary Comparison of The Efficacy of Online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioural Therapy (CBT) Stress Management Interventions for Social and Healthcare Workers. *Health & Social Care in the Community.* 29(1): 113-126.

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-Related Attentional Bias in Anxious and Nonanxious Individuals: A Meta-Analytic Study. *Psychological Bulletin.* 133(1): 1-24.

Barzilay, R., Patrick, A., Calkins, M. E., Moore, T. M., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2019). Association Between Early-Life Trauma and Obsessive Compulsive Symptoms in Community Youth. *Depression and Anxiety.* 36(7): 586-595.

Basanovic, J., Grafton, B., Ford, A., Hirani, V., Glance, D., MacLeod, C., & Almeida, O. P. (2020). Cognitive Bias Modification to Prevent Depression (COPE): Results of A Randomised Controlled Trial. *Psychological Medicine.* 50(15): 2514-2525.

Bauer, S., Lambert, M. J., & Nielsen, S. L. (2004). Clinical Significance Methods: A Comparison of Statistical Techniques. *Journal of Personality Assessment.* 82(1): 60-70.

Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The Impact of Guidance on Internet-Based Mental Health Interventions-A Systematic Review. *Internet Interventions*. 1(4): 205-215.

Beadel, J. R., Smyth, F. L., Teachman, B. A. (2014). Change Processes During Cognitive Bias Modification For Obsessive Compulsive Beliefs. *Cognitive Therapy and Research*. 38(2): 103-119.

Beard, C., & Amir, N. (2009). Interpretation In Social Anxiety: When Meaning Precedes ambiguity. *Cognitive Therapy and Research.* 33(4): 406-415.

Beard, C., Rifkin, L. S., Silverman, A. L., & Björgvinsson, T. (2019). Translating CBM-I Into Real-World Settings: Augmenting a CBT-Based Psychiatric Hospital Program. *Behavior Therapy.* 50(3): 515-530.

Beard, C., Weisberg, R. B., & Amir, N. (2011). Combined Cognitive Bias Modification Treatment for Social Anxiety Disorder: A Pilot Trial. *Depression and Anxiety.* 28(11): 981-988.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. Madison: International Universities Press.

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An Information Processing Model of Anxiety: Automatic and Strategic Processes. *Behaviour Research and Therapy.* 35(1): 49-58.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective.* New York: Basic Books.

Ben-Haim, M. S., Williams, P., Howard, Z., Mama, Y., Eidels, A., & Algom, D. (2016). The Emotional Stroop Task: Assessing Cognitive Performance Under Exposure to Emotional Content. *Journal of Visualized Experiments: JoVE*. (112):1-7.

Berle, D., & Starcevic, V. (2005). Thought-Action Fusion: Review of The Literature and Future Directions. *Clinical Psychology Review*. 25(3): 263-284.

Berman, N. C., Schwartz, R., & Park, J. (2017). Psychological Models and Treatments of OCD for Adults. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders* (pp. 223-243). New Jersey: John Wiley & Sons,

Bey, K., Lennertz, L., Riesel, A., Klawohn, J., Kaufmann, C., Heinzel, S., Grützmann, R., Kathmann, N., & Wagner, M. (2017). Harm Avoidance and Childhood Adversities in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Their Unaffected First-Degree Relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 135*(*4): 328-338.

Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., Grados, M. A., & Nestadt, G. (2000). The Relationship of Obsessive-Compulsive Disorder to Possible Spectrum Disorders: Results From A Family Study. *Biological Psychiatry*. 48(4): 287-293.

Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B. K., Şar, V., Taycan, O. ve Ulaş, H. (2014). Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 25 *(*4): 264-81.

Black, M. J., & Grisham, J. R. (2016). Imagery Versus Verbal Interpretive Cognitive Bias Modification For Compulsive Checking. *Behaviour Research and Therapy*. 83: 45-52.

Black, M. J., & Grisham, J. R. (2018). A Pilot Study Of Interpretive Cognitive Bias Modification For OCD: Targeting Memory, Uncertainty, and Perfectionism Biases. *Journal of Experimental Psychopathology.* 9(1): 1-15.

Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-Analysis of The Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry.* 165(12): 1532-1542.

Bloch, M. H., & Pittenger, C. (2010). The Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder. *Current Psychiatry Reviews.* 6(2): 91–103.

Boendermaker, W. J., Boffo, M., & Wiers, R. W. (2015). Exploring Elements Of Fun To Motivate Youth To Do Cognitive Bias Modification. *Games For Health Journal.* 4(6): 434-443.

Boers, M. (2008). Missing Data in Trials: Do We Have to Keep Carrying the Last Observation Forward?. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research).* 59(1): 2-3.

Boettcher, J., Hasselrot, J., Sund, E., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Combining Attention Training with Internet-Based Cognitive-Behavioural Self-Help for Social Anxiety: A Randomised Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy.* 43(1): 34-48.

Boffo, M., Mannarini, S., Pronk, T., & Wiers, R. W. (2014). Cognitive Bias Modification of Alcohol Approach Tendencies: A Rasch Model-Based Evaluation of A Longitudinal Study. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology.* 21(4): 449-466.

Booth, R. W., Mackintosh, B., Mobini, S., Oztop, P., & Nunn, S. (2014). Cognitive Bias Modification of Attention Is Less Effective Under Working Memory Load. *Cognitive Therapy and Research.* 38(6): 634-639.

Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of Uncertainty: A Common Factor in The Treatment of Emotional Disorders. *Journal of Clinical Psychology.* 69(6): 630-645.

Botella, C., Fernández-Álvarez, J., Guillén, V., García-Palacios, A., & Baños, R. (2017). Recent Progress in Virtual Reality Exposure Therapy for Phobias: A Systematic Review. *Current Psychiatry Reports.* 19(7): 1-13.

Bouchard, C., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and Perfectionism in OCD: An Experimental Study. *Behaviour Research and Therapy.* 37(3): 239-248.

Boutis, K., & Willan, A. (2011). Intention-to-treat and Per-protocol Analysis. *CMAJ*. 183(6): 696-696.

Boysan, M., Beşiroğlu, L., Çetinkaya, N., Atlı, A., & Aydın, A. (2010). Obsesif İnanışlar Ölçegi-44'ün (OİÖ-44) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöropsikyatri Arşivi.* 47(3): 216-222.

Bradley, M. C., Hanna, D., Wilson, P., Scott, G., Quinn, P., & Dyer, K. F. (2016). Obsessive-Compulsive Symptoms and Attentional Bias: An Eye-Tracking Methodology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 50: 303-308.

Brakoulias, V., Starcevic, V., Martin, A., Berle, D., Milicevic, D., & Viswasam, K. (2016). The Familiality of Specific Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research.* 239: 315-319.

Brander, G., Perez-Vigil, A., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2016). Systematic Review of Environmental Risk Factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A Proposed Roadmap from Association to Causation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 65: 36-62.

Brosan, L., Hoppitt, L., Shelfer, L., Sillence, A., & Mackintosh, B. (2011). Cognitive Bias Modification for Attention and Interpretation Reduces Trait and State Anxiety in Anxious Patients Referred to An Out-Patient Service: Results From A Pilot Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 42(3): 258-264.

Brooks, J. L. (2012). Counterbalancing for Serial Order Carryover Effects in Experimental Condition Orders. *Psychological Methods.* 17(4): 600-614.

Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric Properties of The Depression Anxiety Stress Scales (DASS) In Clinical Samples. *Behaviour Research and Therapy.* 35(1): 79-89.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of The DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in A Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology.* 110(4): 585-599.

Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision of The Padua Inventory of Obsessive Compulsive Disorder Symptoms: Distinctions Between Worry, Obsessions, and Compulsions. *Behaviour Research and Therapy.* 34(2): 163-173.

Capraro, M. M., Capraro, R. M., & Henson, R. K. (2001). Measurement Error Of Scores On The Mathematics Anxiety Rating Scale Across Studies. *Educational and Psychological Measurement.* 61(3): 373-386.

Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G. J. G., Carlbring, P., & Powers, M. B. (2019). Virtual Reality Exposure Therapy for Anxiety and Related Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Anxiety Disorders.* 61: 27-36.

Carlbring, P., Apelstrand, M., Sehlin, H., Amir, N., Rousseau, A., Hofmann, S. G., & Andersson, G. (2012). Internet-Delivered Attention Bias Modification Training In

Individuals With Social Anxiety Disorder-A Double Blind Randomized Controlled Trial. *BMC Psychiatry*. 12(1): 1-9.

Carmin, C. N. (2005). The Role of Cognitions in OCD Treatment: Toward Rapprochement. *Cognitive Behaviour Therapy*. 34(3): 193-200.

Cerea, S., Ghisi, M., Bottesi, G., Carraro, E., Broggio, D., & Doron, G. (2020). Reaching Reliable Change Using Short, Daily, Cognitive Training Exercises Delivered on A Mobile Application: The Case of Relationship Obsessive Compulsive Disorder (ROCD) Symptoms and Cognitions in A Subclinical Cohort. *Journal of Affective Disorders.* 276: 775-787.

Ceschi, G., Van der Linden, M., Dunker, D., Perroud, A., & Brédart, S. (2003). Further Exploration Memory Bias in Compulsive Washers. *Behaviour Research and Therapy*. 41(6): 737-747.

Cheema, J. R. (2014). Some General Guidelines for Choosing Missing Data Handling Methods in Educational Research. *Journal of Modern Applied Statistical Methods.* 13(2): 53-75.

Cisler, J. M., Bacon, A. K., & Williams, N. L. (2009). Phenomenological Characteristics Of Attentional Biases Towards Threat: A Critical Review. *Cognitive Therapy and Research*. 33(2): 221-234.

Cisler, J. M., & Koster, E. H. (2010). Mechanisms of Attentional Biases Towards Threat in Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Clinical Psychology Review.* 30(2): 203-216.

Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2010). Components of Attentional Biases in Contamination Fear: Evidence for Difficulty in Disengagement. *Behaviour Research and Therapy.* 48(1): 74-78.

Clark, D. A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: Guilford Press.

Clark, D. A. (2019). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD and Its Subtypes*. New York: Guilford Press.

Clark, D. A., Purdon, C., & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: Development of A Measure of Obsessional Beliefs. *Behaviour Research and Therapy*. 41(6): 655-669.

Clerkin, E. M., Magee, J. C., Parsons, E. M. (2014). Evaluating Change In Beliefs About The Importance/Control Of Thoughts As A Mediator Of CBM-I And Responses To An ICT Stressor. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 3(4): 311-318.

Clerkin, E. M., Teachman, B. A. 2011. Training Interpretation Biases Among Individuals with Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 42(3): 337-343.

Cludius, B., Wenzlaff, F., Briken, P., & Wittekind, C. E. (2019). Attentional Biases of Vigilance and Maintenance in Obsessive-Compulsive Disorder: An Eye-Tracking Study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 20: 30-38.

Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). “Not Just Right Experiences”: Perfectionism, Obsessive-Compulsive Features and General Psychopathology. *Behaviour Research and Therapy.* 41(6): 681-700.

Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O., & Steketee, G. (2005). Not Just Right Experiences and Obsessive-Compulsive Features: Experimental and Self-monitoring Perspectives. *Behaviour Research and Therapy.* 43(2): 153-167.

Constans, J. I., Foa, E. B., Franklin, M. E., & Mathews, A. (1995). Memory For Actual and Imagined Events in OC Checkers. *Behaviour Research and Therapy*. 33(6): 665-671.

Contractor, A. A., Caldas, S. V., Dolan, M., Lagdon, S., & Armour, C. (2018). PTSD's Factor Structure and Measurement Invariance Across Subgroups with Differing Count of Trauma Types. *Psychiatry Research.* 264: 76-84.

Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). An Investigation of Traumatic Life Events and Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 45(7): 1683-1691.

Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An Explorative Study on Metacognition in Obsessive-Compulsive Disorder and Panic Disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 53(5): 546-553.

Daflos, S., & Whittal, M. L. (2012). Exposure Therapy In OCD: Is There A Need For Adding Cognitive Elements?. *Exposure Therapy* (pp. 335-350). New York: Springer.

De Mathis, M. A., Batistuzzo, M. C., Bar-Haim, Y., Abend, R., Miguel, E. C., Morais, I., Requena, G., Salum, G. A., & Shavitt, R. G. (2020). Attentional Bias in Specific Symmetry and Cleaning Dimensions of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 73: 1-7.

De Putter, L. M., & Koster, E. H. (2017). The effects of Obsessive-Compulsive Symptoms and Disorder-Relevant Stimuli on The Dynamics of Selective Attention. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 15: 74-84.

De Ruiter, C., & Brosschot, J. F. (1994). The Emotional Stroop Interference Effect in Anxiety: Attentional Bias or Cognitive Avoidance?. *Behaviour Research and Therapy.* 32(3): 315-319.

De Silva, P., & Marks, M. (1999). The Role of Traumatic Experiences in The Genesis of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 37(10): 941-951.

Dell'Osso, B., Benatti, B., Buoli, M., Altamura, A. C., Marazziti, D., Hollander, E., Fineberg, N., Stein, D. J., Pallanti, S., Nicolini, H., Van Ameringen, M., Lochner, C., Hranov, G., Karamustafalioglu, O., Hranov, L., Menchon, J. M., Zohar, J., & ICOCS group. (2013). The Influence of Age at Onset and Duration of Illness on Long-Term Outcome in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: A Report From The International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *European Neuropsychopharmacology*, 23(8): 865-871.

Dempster, A. P., Laird, N. M., & Rubin, D. B. (1977). Maximum Likelihood from Incomplete Data via The EM Algorithm. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*. 39(1): 1-22.

Dennis, T. A., & O'Toole, L. J. (2014). Mental Health On The Go: Effects Of A Gamified Attention-Bias Modification Mobile Application In Trait-Anxious Adults. *Clinical Psychological Science*. 2(5): 576-590.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90, Administration, Scoring and Procedures Manual-I (2nd Ed.)*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine.

Deterding, S., Sicart, M., Nacke, L., O'Hara, K., & Dixon, D. (2011). Gamification. Using Game-Design Elements In Non-Gaming Contexts. *Extended Abstracts On Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 2425-2428), Association for Computing Machinery. Vancouver, BC, Canada. May 7–12, 2011.

Dohrenwend, B. S. (1985). Social Status and Responsibility For Stressful Life Events. *Issues in Mental Health Nursing*. 7(1-4): 105-127.

Dores, A. R., Geraldo, A., Carvalho, I. P., & Barbosa, F. (2020). The Use of New Digital Information and Communication Technologies in Psychological Counseling During The CoViD-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 17(20): 1-24.

Dossing, A., Tarp, S., Furst, D. E., Gluud, C., Wells, G. A., Beyene, J., Hansen, B. B., Bliddal, H., & Christensen, R. (2016). Modified Intention-to-Treat Analysis Did Not Bias Trial Results. *Journal of Clinical Epidemiology*. 72: 66-74.

Dresler, T., Ehlis, A. C., Attar, C. H., Ernst, L. H., Tupak, S. V., Hahn, T., Warrings, F. M., Spitzer, C., Löwe, B., Deckert, J., & Fallgatter, A. J. (2012). Reliability of The Emotional Stroop Task: An Investigation of Patients with Panic Disorder. *Journal of Psychiatric Research.* 46(9): 1243-1248.

Dykshoorn, K. L. (2014). Trauma-related Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal.* 2(1): 517-528.

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism As A Transdiagnostic Process: A Clinical Review. *Clinical Psychology Review*. 31(2): 203-212.

Engel, G. L. (1977). The Need For A New Medical Model: A Challenge For Biomedicine. *Science.* 196(4286): 129-136.

Engel, G. (1980). The Clinical Application of The Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry.* 137(5): 535-544.

Enock, P. M., Hofmann, S. G., & McNally, R. J. (2014). Attention Bias Modification Training Via Smartphone To Reduce Social Anxiety: A Randomized, Controlled Multi-Session Experiment. *Cognitive Therapy and Research.* 38(2): 200-216.

Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu.* Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Everaert, J., Koster, E. H., & Derakshan, N. (2012). The Combined Cognitive Bias Hypothesis In Depression. *Clinical Psychology Review*. 32(5): 413-424.

Exner, C., Kohl, A., Zaudig, M., Langs, G., Lincoln, T. M., & Rief, W. (2009). Metacognition and Episodic Memory in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 23(5): 624-631.

Eysenbach, G., & Consort-EHEALTH Group. (2011). CONSORT-EHEALTH: Improving and Standardizing Evaluation Reports of Web-Based and Mobile Health Interventions. *Journal of Medical Internet Research.* 13(4): e126.

Eysenck, M. W., Mogg, K., May, J., Richards, A., & Mathews, A. (1991). Bias in Interpretation of Ambiguous Sentences Related to Threat in Anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(2): 144-150.

Fatori, D., Costa, D. L., Asbahr, F. R., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., Miguel, E. C., Shavitt, R. G., & Batistuzzo, M. C. (2020). Is It Time To Change The Gold Standard of Obsessive-Compulsive Disorder Severity Assessment? Factor Structure of The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 54(7): 732-742.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program For The Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods.* 39(2): 175-191.

Feijt, M. A., de Kort, Y. A., Bongers, I. M., & IJsselsteijn, W. A. (2018). Perceived Drivers and Barriers to The Adoption of eMental Health by Psychologists: The Construction of The Levels of Adoption of eMental Health Model. *Journal of Medical Internet Research.* 20(4): 1-13.

Fergusson, D., Aaron, S. D., Guyatt, G., & Hébert, P. (2002). Post-Randomisation Exclusions: The Intention to Treat Principle and Excluding Patients from Analysis. *BMJ*. 325(7365): 652-654.

Fernández-Álvarez, J., Rozental, A., Carlbring, P., Colombo, D., Riva, G., Anderson, P. L., Banos, R. M., Benbow, A. A., Bouchard, S., Breton-Lopez, J. M., Cardenas, G., Difede, J., Emmelkamp, P., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Hoffman, H., Kampann, I., Moldovan, R., Mühlberger, A., North, M., Pauli, P., Castro, W. P., Quero, S., Tortella-Feliu, M., Wyka, K., & Botella, C. (2019). Deterioration Rates in Virtual Reality Therapy: An Individual Patient Data Level Meta-Analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 61: 3-17.

Fineberg, N. A., Potenza, M. N., Chamberlain, S. R., Berlin, H. A., Menzies, L., Bechara, A., Sahakian, B. J., Robbins, T. W., Bullmore, E. T., & Hollander, E. (2010). Probing Compulsive and Impulsive Behaviors, From Animal Models to Endophenotypes: A Narrative Review. *Neuropsychopharmacology*. 35(3): 591-604.

Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How Effective Are Cognitive and Behavioral Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder? A Clinical Significance Analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 43(12): 1543-1558.

Foa, E. B., Amir, N., Bogert, K. V., Molnar, C., & Przeworski, A. (2001). Inflated Perception of Responsibility for Harm in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 15(4): 259-275.

Foa, E. B., Amir, N., Gershuny, B., Molnar, C., & Kozak, M. J. (1997). Implicit and Explicit Memory in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 11(2): 199-129.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and Validation Of A Short Version. *Psychological Assessment.* 14(4): 485-496.

Foa, E. B., Ilai, D., McCarthy, P. R., Shoyer, B., & Murdock, T. (1993). Information Processing in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research.* 17(2): 173-189.

Foa, E. B., & McNally, R. J. (1986). Sensitivity to Feared Stimuli in Obsessive-compulsives: A Dichotic Listening Analysis. *Cognitive Therapy and Research.* 10(4): 477-485.

Foa, E. B., Sacks, M. B., Tolin, D. F., Prezworski, A., & Amir, N. (2002). Inflated Perception of Responsibility for Harm in OCD Patients With and Without Checking Compulsions: A Replication and Extension. *Journal of Anxiety Disorders*. 16(4): 443-453.

Fodor, L. A., Georgescu, R., Cuijpers, P., Szamoskozi, Ş., David, D., Furukawa, T. A., & Cristea, I. A. (2020). Efficacy of Cognitive Bias Modification Interventions in Anxiety and Depressive Disorders: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *The Lancet Psychiatry.* 7(6): 506-514.

Fontenelle, L. F., Cocchi, L., Harrison, B. J., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., Ferrão, Y. A., de Mathis, M. A., Cordioli, A. V., Yücel, M., Pantelis, C., de Jesus Mari. J., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2012). Towards A Post-Traumatic Subtype of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 26(2): 377-383.

Fox, E., Russo, R., Bowles, R., & Dutton, K. (2001). Do Threatening Stimuli Draw or Hold Visual Attention in Subclinical Anxiety?. *Journal of Experimental Psychology: General.* 130(4): 681-700.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Beliefs About Obsessional Thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 15(1). 1-21.

Friedlander, L., & Desrocher, M. (2006). Neuroimaging Studies of Obsessive-Compulsive Disorder in Adults and Children. *Clinical Psychology Review.* 26(1): 32-49.

Frost, R. O., Novara, C., & Rhéaume, J. (2002). Perfectionism in Obsessive Compulsive Disorder. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 91-105). Oxford: Pergamon.

Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., & Griess, K. (1994). Personality Traits in Subclinical and Non-Obsessive-Compulsive Volunteers and Their Parents. *Behaviour Research and Therapy.* 32(1): 47-56.

Garcia, A. M., Freeman, J. B., Himle, M. B., Berman, N. C., Ogata, A. K., Ng, J., Choate-Summers, M. L., & Leonard, H. (2009). Phenomenology of Early Childhood Onset Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*(2), 104-111.

García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A., & Weidt, S. (2014). Factors Associated with Non-Treatment or Delayed Treatment Seeking in OCD Sufferers: A Review of The Literature. *Psychiatry Research.* 220: 1-10.

Garcia-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H., & Fabregat, S. (2007). Comparing Acceptance and Refusal Rates of Virtual Reality Exposure vs. In Vivo Exposure by Patients with Specific Phobias. *Cyberpsychology & Behavior*. 10(5): 722-724.

Geller, D. A. (2006). Obsessive-Compulsive and Spectrum Disorders in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics.* 29(2): 353-370.

Gençöz, T. (2000). Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi.* 15(46): 19-26.

George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step: A Simple Guide and Reference.* New York: Routledge.

Gershuny, B. S., Baer, L., Parker, H., Gentes, E. L., Infield, A. L., & Jenike, M. A. (2008). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. *Depression and Anxiety.* 25(1): 69-71.

Gershuny, B. S., Baer, L., Radomsky, A. S., Wilson, K. A., & Jenike, M. A. (2003). Connections Among Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: A Case Series. *Behaviour Research and Therapy.* 41(9): 1029-1041.

Gerstenblith, T. A., Jaramillo-Huff, A., Ruutiainen, T., Nestadt, P. S., Samuels, J. F., Grados, M. A., Cullen, A. B., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Greenberg, B. D., Rasmussen, S. A., Rauch, S. L., McCracken, J. T., Piacentini, J., Knoeles, J. A., Nestadt, G., & Bienvenu, O. J. (2019). Trichotillomania Comorbidity in A Sample Enriched for Familial Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 94: 1-6.

Gilbert, A. R., Moore, G. J., Keshavan, M. S., Paulson, L. A. D., Narula, V., Mac Master, F. P., Stewart, C. M., & Rosenberg, D. R. (2000). Decrease in Thalamic Volumes of Pediatric Patients with Obsessive-Compulsive Disorder Who Are Taking Paroxetine. *Archives of General Psychiatry.* 57(5): 449-456.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. *Archives of General Psychiatry.* 46(11): 1006-1011.

Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., Schulze-Rauschenbach, S., Meyer, K., Kraft, S., Reck, C., Pukrop, R., Freyberger, H. J., Klosterkötter, J., Falkai, P., John, U., Maier, W., & Wagner, M. (2006). Familiality of obsessive-

compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *American Journal of Psychiatry.* 163(11): 1986-1992.

Grados, M. A., Riddle, M. A., Samuels, J. F., Liang, K. Y., Hoehn-Saric, R., Bienvenu, O. J., Walkup, J. T., Song, D., & Nestadt, G. (2001). The Familial Phenotype of Obsessive-Compulsive Disorder in Relation to Tic Disorders: The Hopkins OCD Family Study. *Biological Psychiatry.* 50(8): 559-565.

Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Williams, K. A., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2007). Late-Onset Obsessive Compulsive Disorder: Clinical Characteristics and Psychiatric Comorbidity. *Psychiatry Research.* 152(1): 21-27.

Grelotti, D. J., Gerbasi, M. E., Eustache, E., Fils-Aimé, J. R., Thérosmé, T., Severe, J., Raviola, G. J., Darghouth, S., Legha, R., Pierre, E. L., Affricot, E., Alcindor, Y., Boyd, K., Becker, A. E., & Fawzi, M. C. S. (2018). Prevalence of Stressful Life Events and Their Association with Post-Traumatic Stress Disorder Among Youth Attending Secondary Cchool in Haiti. *Psychiatry Research.* 269: 369-375.

Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Parkin, J. R., Manzo, P. A., Mantle, J. M., Wenzel, K. W., Spierings, C. J., Kobak, K. A., Dottle, S. L., Bailey, T. M., & Forman, L. (1998). Self-Treatment for Obsessive Compulsive Disorder Using A Manual and A Computerized Telephone Interview: A US-UK Study. *MD Computing: Computers In Medical Practice.* 15(3): 149-157.

Grisham, J. R., Becker, L., Williams, A. D., Whitton, A. E., Makkar, S. R. (2014). Using Cognitive Bias Modification To Deflate Responsibility In Compulsive Checkers. *Cognitive Therapy and Research.* 38(5): 505-517.

Groth, C., Debes, N. M., Rask, C. U., Lange, T., & Skov, L. (2017). Course of Tourette Syndrome and Comorbidities in A Large Prospective Clinical Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 56(4): 304-312.

Gupta, S. K. (2011). Intention-to-treat Concept: A Review. *Perspectives in Clinical Research.* 2(3): 109-112.

Habedank, I., Lennartz, S.J., Arslan, R.C., Ertle, A. (2017). *Online Attention Bias Modification for Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Ccontrolled Trial*. PsyArXiv. https://psyarxiv.com/gxvwk/, (18.08.2019).

Hacıömeroğlu, A. B., Keser, E. ve İnözü, M. (2018). Farklı Psikopatolojilerde Duyguların Rolü: Tiksinme, Öfke, Suçluluk ve Anksiyete. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 19: 13-20.

Harkness, E. L., Harris, L. M., Jones, M. K., & Vaccaro, L. (2009). No Evidence of Attentional Bias in Obsessive Compulsive Checking on The Dot Probe Paradigm. *Behaviour Research and Therapy*. 47(5): 437-443.

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive Behavior Therapy Via The Internet: A Systematic Review of Applications, Clinical Efficacy and Cost-Effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 12(6): 745-764.

Helms, L. S. (1999). *Basic Concepts in Classical Test Theory: Tests Aren't Reliable, the Nature of Alpha, and Reliability Generalization as a Meta-analytic Method*. https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED427083.pdf, (15.12.2020).

Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The Short-Form Version Of The Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct Validity and Normative Data In A Large Non-Clinical Sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 44(2): 227-239.

Hertel, P. T., & Brozovich, F. (2010). Cognitive Habits and Memory Distortions In Anxiety and Depression. *Current Directions in Psychological Science.* 19(3): 155-160.

Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2005). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Anxiety Disorders in Men and Women. *Archives of General Psychiatry.* 62(2): 182-189.

Heyman, I., Mataix-Cols, D., & Fineberg, N. A. (2006). Obsessive-Compulsive Disorder. *BMJ.* 333(7565): 424-429.

Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2016). A Theoretical Review of Cognitive Biases and Deficits in Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychology.* 121: 221-232.

Higgins, J. P., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., Savovic, J., Schulz, K. F., Weeks, L., & Sterne, J. A. (2011). The Cochrane Collaboration's Tool for Assessing Risk of Bias in Randomised Trials. *BMJ.* 1-9.

Himle, M. B., & Franklin, M. E. (2009). The More You Do It, The Easier It Gets: Exposure and Response Prevention for OCD. *Cognitive and Behavioral Practice.* 16(1): 29-39.

Hirsch, C. R., Clark, D. M., & Mathews, A. (2006). Imagery and Interpretations in Social Phobia: Support for The Combined Cognitive Biases Hypothesis. *Behavior Therapy*. 37(3): 223-236.

Hirsch, C., & Mathews, A. (1997). Interpretative Inferences When Reading About Emotional Events. *Behaviour Research and Therapy.* 35(12): 1123-1132.

Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA.* 317(13): 1358-1367.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-Compulsive Complaints. *Behaviour Research and Therapy.* 15(5): 389-395.

Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A Comparison of Intolerance of Uncertainty in Analogue Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 20(2): 158-174.

Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What Is Meant by Intention to Treat Analysis? Survey of Published Randomised Controlled Trials. *BMJ.* 319(7211): 670-674.

Horwath, E., & Weissman, M. M. (2000). The Epidemiology and Cross-National Presentation of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 23(3): 493-507.

Iervolino, A. C., Rijsdijk, F. V., Cherkas, L., Fullana, M. A., & Mataix-Cols, D. (2011). A Multivariate Twin Study of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Archives of General Psychiatry.* 68(6): 637-644.

Imthon, A. K., Caldart, A. C., do Rosário, M. C., Fontenelle, L. F., Miguel, E. C., & Ferrão, Y. A. (2020). Stressful Life Events and the Clinical Expression of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): An Exploratory Study. *Journal of Clinical Medicine.* 9(10): 3371-3389.

Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective* (pp. 32-46). California: Sage Publications, Inc.

Ingram, R. E., & Price, J. M. (2001). The Role of Vulnerability in Understanding Psychopathology. *Vulnerability to Psychopathology: Risk across the Lifespan* (pp. 3-19). New York, NY: The Guilford Press.

Irak, M., & Tosun, A. (2008). Exploring The Role of The Meta-Cognition in Obsessive-Compulsive and Anxiety Symptoms. *Journal of Anxiety Disorders.* 22: 1316-1325.

Jabrayilov, R., Emons, W. H., & Sijtsma, K. (2016). Comparison of Classical Test Theory and Item Response Theory in Individual Change Assessment. *Applied Psychological Measurement.* 40(8): 559-572.

Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy Outcome Research: Methods for Reporting Variability and Evaluating Clinical Significance. *Behavior Therapy*. 15(4): 336-352.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 59(1): 12-19.

Jacoby, R. J., Leonard, R. C., Riemann, B. C., & Abramowitz, J. S. (2014). Predictors of Quality Of Life and Functional Impairment in Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 55(5): 1195-1202.

Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too Much Thinking About Thinking?: Metacognitive Differences in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 17(2): 181-195.

Jones, E. B., & Sharpe, L. (2017). Cognitive Bias Modification: A Review of Meta-Analyses. *Journal of Affective Disorders.* 223: 175-183.

Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive Thoughts, Obsessions, and Appraisals in Obsessive-Compulsive Disorder: A Critical Review. *Clinical Psychology Review.* 27(3): 366-383.

Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The Specificity of Belief Domains in Obsessive-Compulsive Symptom Subtypes. *Personality and Individual Differences.* 41(7): 1205-1216.

Jüni, P., Altman, D. G., & Egger, M. (2001). Assessing The Quality of Controlled Clinical Trials. *BMJ: British Medical Journal*. 323(7303): 42-46.

Kalenzaga, S., Clarys, D., & Jaafari, N. (2020). The Memory Deficit Hypothesis of Compulsive Checking in OCD: What Are We Really Talking About? A Narrative Review. *Memory*. 28(8): 1089-1103.

Kampman, M., Keijsers, G. P., Verbraak, M. J., Näring, G., & Hoogduin, C. A. (2002). The Emotional Stroop: A Comparison of Panic Disorder Patients, Obsessive-Compulsive Patients, and Normal Controls, in Two experiments. *Journal of Anxiety Disorders.* 16(4): 425-441.

Karslıoğlu, E. H. ve Yüksel, N. (2007). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri.* 10(3): 3-13.

Kashyap, H., Kumar, J. K., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2013). Neuropsychological Functioning in Obsessive-Compulsive Disorder: Are Executive Functions The Key Deficit?. *Comprehensive Psychiatry*. *54*(5): 533-540.

Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K., & Price Foundation Collaborative Group. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry.* 161(12): 2215-2221.

Kendall, P. C., Comer, J. S., & Chow, C. (2013). The Randomized Controlled Trial: Basics and Beyond. *The Oxford Handbook of Research Strategies for Clinical Psychology* (pp. 40-61). New York: Oxford University Press.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry.* 62(6): 593-602.

Kılıç, C. (1998). *Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar: Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Ana Rapor.* Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Kılıç, C. (2020). Türkiye'de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz?. *Toplum ve Hekim.* 35(3): 179-187.

Kikul, J., Van Allen, T. S., & Exner, C. (2012). Underlying Mechanisms of Verbal Memory Deficits in Obsessive-Compulsive Disorder and Major Depression-The Role of Cognitive Self-Consciousness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 43(3): 863-870.

Kim, S. K., McKay, D., Taylor, S., Tolin, D., Olatunji, B., Timpano, K., & Abramowitz, J. (2016). The Structure of Obsessive Compulsive Symptoms and Beliefs: A Correspondence and Biplot Analysis. *Journal of Anxiety Disorders.* 38: 79-87.

Koç, V. 2016. *Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Kaygı Belirtilerini Azaltmaya Yönelik Birleştirilmiş Bilişsel Yanlılık Değişimleme Çalışması: Deneysel Bir Araştırma* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Koster, E. H., Baert, S., Bockstaele, M., & De Raedt, R. (2010). Attentional Retraining Procedures: Manipulating Early or Late Components of Attentional Bias?. *Emotion.* 10(2): 230-236.

Koster, E. H., Crombez, G., Verschuere, B., & De Houwer, J. (2004). Selective Attention To Threat In The Dot Probe Paradigm: Differentiating Vigilance and Difficulty To Disengage. *Behaviour Research and Therapy.* 42(10): 1183-1192.

Koster, E. H., Crombez, G., Verschuere, B., Van Damme, S., & Wiersema, J. R. (2006). Components of Attentional Bias To Threat In High Trait Anxiety: Facilitated Engagement, Impaired Disengagement, and Attentional Avoidance. *Behaviour Research and Therapy*. 44(12): 1757-1771.

Kyrios, M., & Iob, M. A. (1998). Automatic and Strategic Processing in Obsessive-Compulsive Disorder: Attentional Bias, Cognitive Avoidance or More Complex Phenomena?. *Journal of Anxiety Disorders.* 12(4): 271-292.

Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., Langlois, F., & de Pokomandy-Morin, K. (1995). Experimental Manipulations of Responsibility: An Analogue Test for Models of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 33(8): 937-946.

Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (2005). *Technical Report A-8*. Florida: University of Florida.

Lau, H. M., Smit, J. H., Fleming, T. M., & Riper, H. (2017). Serious Games For Mental Health: Are They Accessible, Feasible, and Effective? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry.* 7: 1-13.

Lavy, E., Van Oppen, P., & Van Den Hout, M. (1994). Selective Processing of Emotional Information in Obsessive Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 32(2): 243-246.

Lazarus, R. S. (1985). The Psychology of Stress and Coping. *Issues in Mental Health Nursing.* 7(1-4): 399-418.

Leckman, J. F., Bloch, M. H., & King, R. A. (2009). Symptom Dimensions and Subtypes of Obsessive-Compulsive Disorder: A Developmental Perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 11(1): 21-33.

Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Vigerland, S., Högström, J., Hillborg, M., Brander, G., Ljungström, M., Ljotsson, B., & Serlachius, E. (2017). Therapist-Guided, Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents

With Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 56(1): 10-19.

Lewis, J. A., & Machin, D. (1993). Intention to treat--Who Should Use ITT?. *British Journal of Cancer*. 68(4): 647-650.

Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived Responsibility and Compulsive Checking: An Experimental Analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 33(6): 673-684.

Lovato, L., Ferrão, Y. A., Stein, D. J., Shavitt, R. G., Fontenelle, L. F., Vivan, A., Miguel, E. C., & Cordioli, A. V. (2012). Skin Picking and Trichotillomania in Adults with Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 53(5): 562-568.

Lovibond, P. F., Lovibond, S. H. (1995). The Structure Of Negative Emotional States: Comparison Of The Depression Anxiety Stress Scales (DASS) With The Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 33(3): 335-343.

Luu, J., Millard, M., Newby, J., Haskelberg, H., Hobbs, M. J., & Mahoney, A. E. (2020). Internet-Based Cognitive Behavioural Therapy for Treating Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder In Routine Care. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 26: 1-8.

Maassen, G. H. (2004). The Standard Error in The Jacobson and Truax Reliable Change Index: The Classical Approach to The Assessment of Reliable Change. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 10: 888-893.

MacDonald, P. A., Antony, M. M., Macleod, C. M., & Richter, M. A. (1997). Memory and Confidence in Memory Judgments Among Individuals with Obsessive Compulsive Disorder and Non-Clinical Controls. *Behaviour Research and Therapy*. 35(6): 497-505.

MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). Anxiety and The Allocation Of Attention To Threat. *The Quarterly Journal Of Experimental Psychology.* 40(4): 653-670.

MacLeod, C., & Mathews, A. (2012). Cognitive Bias Modification Approaches to Anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology.* 8: 189-217.

MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional Bias in Emotional Disorders. *Journal of Abnormal Psychology.* 95(1): 15-20.

MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G., & Holker, L. (2002). Selective Attention and Emotional Vulnerability: Assessing The Causal Basis of Their Association Through The Experimental Manipulation Of Attentional Bias. Journal of Abnormal Psychology. 111(1): 107-123.

Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The Relationship Among Young Adult College Students' Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles. *Issues in Mental Health Nursing.* 33(3): 149-156.

Mahoney, A. E., Mackenzie, A., Williams, A. D., Smith, J., & Andrews, G. (2014). Internet Cognitive Behavioural Treatment for Obsessive Compulsive Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Behaviour Research and Therapy.* 63: 99-106.

Maia, T. V., Cooney, R. E., & Peterson, B. S. (2008). The Neural Bases of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adults. *Development and Psychopathology. 20*(4): 1251-1283.

Manczak, E. M., Skerrett, K. A., Gabriel, L. B., Ryan, K. A., & Langenecker, S. A. (2018). Family Support: A Possible Buffer Against Disruptive Events for Individuals With and Without Remitted Depression. *Journal of Family Psychology.* 32(7): 926-935.

Mantz, S. C., & Abbott, M. J. (2017). The Relationship Between Responsibility Beliefs and Symptoms and Processes in Obsessive Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 14,* 13-26.

Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., Murphy, T. K., Storch, E. A., & McKay, D. (2010). Multiple Pathways to Functional Impairment in Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology Review.* 30(1): 78-88.

Mason, M. J. (1999). A Review of Procedural and Statistical Methods for Handling Attrition and Missing Data in Clinical Research. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 32(2): 111-118.

Mataix-Cols, D., Boman, M., Monzani, B., Rück, C., Serlachius, E., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2013). Population-based, Multigenerational Family Clustering Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA Psychiatry.* 70(7): 709-717.

Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry.* 162(2): 228-238.

Mataix-Cols, D., Pertusa, A., & Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-V: How Should Obsessive-Compulsive and Related Disorders Be Classified?. *American Journal of Psychiatry*. 164 (9): 1313-1314.

Mathews, A., & Mackintosh, B. (2000). Induced Emotional Interpretation Bias and Anxiety. *Journal of Abnormal Psychology.* 109(4): 602-615.

Mathews, A., & MacLeod, C. (2002). Induced Processing Biases Have Causal Effects On Anxiety. *Cognition & Emotion.* 16(3): 331-354.

Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology.* 1:167-195.

Mathews, A., Ridgeway, V., Cook, E., & Yiend, J. (2007). Inducing A Benign Interpretational Bias Reduces Trait Anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 38(2): 225-236.

Mathieu, E., Barratt, A., Carter, S. M., & Jamtvedt, G. (2012). Internet Trials: Participant Experiences and Perspectives. *BMC Medical Research Methodology.* 12(1): 1-16.

McGuire, J. F., Lewin, A. B., Horng, B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2012). The Nature, Assessment, and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Postgraduate Medicine.* 124(1): 152-165.

McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Tayşor, S., & Wilhelm, S. (2004). A Critical Evaluation of Obsessive-Compulsive Disorder Subtypes: Symptoms Versus Mechanisms. *Clinical Psychology Review.* 24(3): 283-313.

McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., & Veale, D. (2015). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research.* 225(3): 236-246.

McNally, R. J. (2001). On The Scientific Status of Cognitive Appraisal Models of Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 39(5): 513-521.

Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Marazziti, D., & Pinto, A. (2017). The Role of Guilt Sensitivity in OCD Symptom Dimensions. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 24(5): 1079-1089.

Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from Internet-Based Treatment for Psychological Disorders. *British Journal of Clinical Psychology*. 49(4): 455-471.

Menne-Lothmann, C., Viechtbauer, W., Höhn, P., Kasanova, Z., Haller, S. P., Drukker, M., van Os, J., Wichers, M., & Lau, J. Y. (2014). How To Boost Positive Interpretations? A Meta-Analysis Of The Effectiveness Of Cognitive Bias Modification For Interpretation. *PloS One.* 9(6): 1-26.

Menzies, L., Chamberlain, S. R., Laird, A. R., Thelen, S. M., Sahakian, B. J., & Bullmore, E. T. (2008). Integrating Evidence From Neuroimaging and Neuropsychological Studies of Obsessive-Compulsive Disorder: The Orbitofronto-Striatal Model Revisited. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 32(3): 525-549.

Miller, M. L., & Brock, R. L. (2017). The Effect of Trauma on The Severity of Obsessive-Compulsive Spectrum Symptoms: A Meta-Analysis. *Journal of Anxiety Disorders.* 47: 29-44.

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A Contemporary Learning Theory Perspective on The Etiology of Anxiety Disorders: It's Not What You Thought It Was. *American Psychologist.* 61(1): 10-26.

Mogoaşe, C., David, D., & Koster, E. H. (2014). Clinical Efficacy of Attentional Bias Modification Procedures: An Updated Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology.* 70(12): 1133-1157.

Mohsenpourian, K., Nokani, M., Jamilian, H., & Ghasemi, M. (2019). Comparing Attention Bias Modification With Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Arak University of Medical Sciences.* 22(4): 76-85.

Monzani, B., Rijsdijk, F., Harris, J., & Mataix-Cols, D. (2014). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Dimensional Representations of DSM-5 Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *JAMA Psychiatry.* 71(2): 182-189.

Moretz, M. W., & McKay, D. (2009). The Role of Perfectionism in Obsessive-Compulsive Symptoms: "Not Just Right" Experiences and Checking Compulsions. *Journal of Anxiety Disorders.* 23(5): 640-644.

Morina, N., Sulaj, V., Schnyder, U., Klaghofer, R., Müller, J., Martin-Sölch, C., & Rufer, M. (2016). Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Symptoms Among Civilian Survivors of War. *BMC Psychiatry.* 16(1): 1-8.

Moritz, S., Fischer, B. K., Hottenrott, B., Kellner, M., Fricke, S., Randjbar, S., & Jelinek, L. (2008). Words May Not Be Enough! No Increased Emotional Stroop Effect in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 46(9): 1101-1104.

Moritz, S., Jacobsen, D., Kloss, M., Fricke, S., Rufer, M., & Hand, I. (2004). Examination of Emotional Stroop Interference in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 42(6): 671-682.

Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition-What Did James H. Flavell Really Say and the Implications For The Conceptualization and Design of Metacognitive Interventions. *Schizophrenia Research.* 201: 20-26.

Moritz, S., & Von Mühlenen, A. (2008). Investigation of an Attentional Bias For Fear-related Material in Obsessive-Compulsive Checkers. *Depression and Anxiety.* 25(3): 225-229.

Moritz, S., Von Mühlenen, A., Randjbar, S., Fricke, S., & Jelinek, L. (2009). Evidence for An Attentional Bias For Washing-and Checking-relevant Stimuli in Obsessive-

Compulsive Disorder. *Journal of The International Neuropsychological Society: JINS.* 15(3): 365-371.

Mościcki, E. K., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Narrow, W. E., Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2013). Testing DSM-5 In Routine Clinical Practice Settings: Feasibility and Clinical Utility. *Psychiatric Services*. 64(10): 952-960.

Mowrer, O. H. (1952). Chapter V: Learning Theory. *Review of Educational Research.* 22(5): 475-495.

Mowrer, O. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: John Wiley & Sons. Inc.

Muller, J., & Roberts, J. E. (2005). Memory and Attention in Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Journal of Anxiety Disorders.* 19(1): 1-28.

Murayama, K., Nakao, T., Ohno, A., Tsuruta, S., Tomiyama, H., Hasuzawa, S., Mizobe, T., Kato, K., & Kanba, S. (2020). Impacts of Stressful Life Events and Traumatic Experiences on Onset of Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in Psychiatry.* 11: 1-6.

Murphy, R., Hirsch, C. R., Mathews, A., Smith, K., & Clark, D. M. (2007). Facilitating A Benign Interpretation Bias In A High Socially Anxious Population. *Behaviour Research and Therapy.* 45(7): 1517-1529.

Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-Compulsive Symptoms: The Contribution of Metacognitions and Responsibility. *Journal of Anxiety Disorders.* 19(7): 806-817.

Nacasch, N., Fostick, L., & Zohar, J. (2011). High Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder Among Posttraumatic Stress Disorder Patients. *European Neuropsychopharmacology.* 21(12): 876-879.

Najmi, S., & Amir, N. (2010). The Effect Of Attention Training On A Behavioral Test Of Contamination Fears In Individuals With Subclinical Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology.* 119(1): 136-142.

Najmi, S., & Amir, N. (2017). Enhancement Of Self-Conducted Exposure For OCD Using Cognitive Bias Modification: A Case Study. *Journal of Clinical Psychology*. 73(5): 536-546.

Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Greiner, L., & Regier, D. A. (2013). DSM-5 Field Trials In The United States and Canada, Part III: Development and Reliability Testing Of A Cross-Cutting Symptom Assessment For DSM-5. *American Journal of Psychiatry*. 170(1), 71-82.

National Institute for Health and Care Excellence (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment.* National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain).

Nedeljkovic, M., & Kyrios, M. (2007). Confidence in Memory and Other Cognitive Processes in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 45: 2899-2914.

Nedeljkovic, M., Moulding, R., Kyrios, M., & Doron, G. (2009). The Relationship of Cognitive Confidence to OCD Symptoms. *Journal of Anxiety Disorders.* 23: 463-468.

Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R. A., Wessely, S., Stein, D. J., Pariante, C. M., Seemüller, F., Berk, M., Malhi, G. S., Preisig, M., Brüne, M., & Lysaker, P. (2013). DSM-5: A Collection of Psychiatrist Views on The Changes, Controversies, and Future Directions. *BMC Medicine.* 11(1): 1-19.

Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., LaBuda, M., Walkup, J., Grados, M., & Hoehn-Saric, R. (2000). A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry.* 57(4): 358-363.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). What Works for Whom: Tailoring Psychotherapy to The Person. *Journal of Clinical Psychology*. 67(2): 127-132.

Nüesch, E., Trelle, S., Reichenbach, S., Rutjes, A. W., Bürgi, E., Scherer, M., Altman, D. G., & Jüni, P. (2009). The Effects of Excluding Patients from The Analysis in Randomised Controlled Trials: Meta-Epidemiological Study. *BMJ*. 1-9.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 35(7): 667-681.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and Initial Validation of The Obsessive Beliefs Questionnaire and The Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy.* 39: 987-1006.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. 2003. Psychometric Validation of The Obsessive Beliefs Questionnaire and The Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy.* 41(8): 863-878.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric Validation of The Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory-Part 2: Factor Analyses and Testing of A Brief Version, *Behaviour Research and Therapy.* 43(11): 1527-1542.

Olatunji, B. O., Ebesutani, C., Kim, J., Riemann, B. C., & Jacobi, D. M. (2017). Disgust Proneness Predicts Obsessive-Compulsive Disorder Symptom Severity in A Clinical Sample of Youth: Distinctions From Negative Affect. *Journal of Affective Disorders.* 213: 118-125.

Otkhmezuri, B., Boffo, M., Siriaraya, P., Matsangidou, M., Wiers, R. W., Mackintosh, B., Ang, C. S., & Salemink, E. (2019). Believing Is Seeing: A Proof-of-Concept Semiexperimental Study on Using Mobile Virtual Reality to Boost The Effects of Interpretation Bias Modification for Anxiety. *JMIR Mental Health.* 6(2): 1-13.

Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive Behavioral Treatments of Obsessive-Compulsive Disorder. A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*. 40: 156-169.

Özdemir, A., Poyraz, C. A., Baş, T. Ö., Erten, E., & Bayar, R. (2015). Neuropsychological Performance in Obsessive-Compulsive Disorder: A Comparison with Bipolar Disorder and Healthy Controls. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 7: 29-34.

Paul, J., Seib, R., & Prescott, T. (2005). The Internet and Clinical Trials: Background, Online Resources, Examples and Issues. *Journal of Medical Internet Research.* 7(1): 1-15.

Pauls, D. L. (2010). The Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 12(2): 149-163.

Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry.* 152: 76-84.

Pearcy, C. P., Anderson, R. A., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2016). A Systematic Review and Meta-Analysis of Self-Help Therapeutic Interventions for Obsessive-Compulsive Disorder: Is Therapeutic Contact Key to Overall Improvement?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 51: 74-83.

Pitman, R. K. (1993). Posttraumatic Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study. *Comprehensive Psychiatry.* 34(2): 102-107.

Posner, M. I. (1980). Orienting of Attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*. 32(1): 3-25.

Pozza, A., Andersson, G., & Dèttore, D. (2016). Therapist-Guided Internet-Based Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *European Psychiatry.* 33(1): 276-277.

Przeworski, A., Cain, N., & Dunbeck, K. (2014). Traumatic Life Events in Individuals with Hoarding Symptoms, Obsessive-Compulsive Symptoms, and Comorbid Obsessive-Compulsive and Hoarding Symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 3(1): 52-59.

Purty, A., Nestadt, G., Samuels, J. F., & Viswanath, B. (2019). Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian Journal of Psychiatry*. 61(1): 37-42.

Rachman, S. (1993). Obsessions, Responsibility and Guilt. *Behaviour Research and Therapy*. 31(2): 149-154.

Rachman, S. (1997). A Cognitive Theory of Obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 35 (9): 793-802.

Rachman, S. (1998). A Cognitive Theory of Obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy.* 36(4): 385-401.

Rachman, S. (2002). A Cognitive Theory of Compulsive Checking. *Behaviour Research and Therapy.* 40(6): 625-639.

Rachman, S. (2003). *The Treatment of Obsessions*. Oxford: Oxford University Press.

Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and Normal Obsessions. *Behaviour Research and Therapy.* 16(4): 233-248.

Rachman, S., & Shafran, R. (1999). Cognitive Distortions: Thought-Action Fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 6(2): 80-85.

Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., & Woody, S. R. (1995). Perceived Responsibility: Structure and Significance. *Behaviour Research and Therapy.* 33(7): 779-784.

Radomsky, A. S., & Rachman, S. (1999). Memory Bias in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 37: 605-618.

Rao, N. P., Arasappa, R., Reddy, N. N., Venkatasubramanian, G., & Reddy, Y. J. (2010). Emotional Interference in Obsessive-Compulsive Disorder: A Neuropsychological Study Using Optimized Emotional Stroop Test. *Psychiatry Research.* 180(2-3): 99-104.

Raposo-Lima, C., & Morgado, P. (2020). The Role of Stress in Obsessive-Compulsive Disorder: A Narrative Review. *Harvard Review of Psychiatry.* 28(6): 356-370.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder. Psychiatric Clinics. 15(4): 743-758.

Ratcliff, R. (1993). Methods For Dealing With Reaction Time Outliers. *Psychological Bulletin.* 114(3): 510-532.

Real, E., Labad, J., Alonso, P., Segalàs, C., Jiménez-Murcia, S., Bueno, B., Subirà, M., Vallejo, J., & Menchón, J. M. (2011). Stressful Life Events at Onset of Obsessive-Compulsive Disorder Are Associated With A Distinct Clinical Pattern. *Depression and Anxiety.* 28(5): 367-376.

Rector, N. A., Richter, M. A., Katz, D., & Leybman, M. (2019). Does The Addition of Cognitive Therapy to Exposure and Response Prevention For Obsessive Compulsive Disorder Enhance Clinical Efficacy? A Randomized Controlled Trial In A Community Setting. *British Journal of Clinical Psychology*. 58(1): 1-18.

Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2000). The prediction of obsessive–compulsive tendencies: Does perfectionism play a significant role?. *Personality and Individual Differences*. 28(3): 583-592.

Rosenberg, D. R., & Keshavan, M. S. (1998). Toward A Neurodevelopmental Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry*. 43(9): 623-640.

Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Stressful Life Events and Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical Features and Symptom Dimensions. *Psychiatry Research.* 197(3): 259-264.

Rouel, M., & Smith, E. (2018). Attentional Bias and Its Modification In Contamination OCD Symptomatology. *Cognitive Therapy and Research.* 42(5): 686-698.

Rozenman, M., Gonzalez, A., Logan, C., & Goger, P. (2020). Cognitive Bias Modification for Threat Interpretations: Impact on Anxiety Symptoms and Stress Reactivity. *Depression and Anxiety.* 37(5): 438-448.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in The National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry.* 15(1): 53-63.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-Compulsive Problems: A Cognitive-Behavioural Analysis. *Behaviour Research and Therapy.* 23(5): 571-583.

Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-Behavioural Factors and The Persistence of Intrusive Thoughts in Obsessional Problems. *Behaviour Research and Therapy.* 27(6): 677-682.

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and Treating Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 37: 29-52.

Salkovskis, P., & Freeston, M. H. (2001). Obsessions, Compulsions, Motivation, and Responsibility For Harm. *Australian Journal of Psychology.* 53(1): 1-6.

Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility Attitudes and Interpretations Are Characteristic of Obsessive Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 38(4): 347-372.

Sanavio, E. 1988. Obsessions and Compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy.* 26(2): 169-177.

Santangelo, P. S., Ebner-Priemer, U. W., & Trull, T. J. (2013). Experience Sampling Methods in Clinical Psychology. *The Oxford Handbook of Research Strategies for Clinical Psychology* (pp. 188–210). New York: Oxford University Press.

Sarawgi, S., Oglesby, M. E., & Cougle, J. R. (2013). Intolerance of Uncertainty and Obsessive-Compulsive Symptom Expression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 44(4): 456-462.

Sarkhel, S., Praharaj, S. K., & Sinha, D. K. (2011). Role of Life Events in Obsessive Compulsive Disorder. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences.* 48(3): 182-185.

Schmidt, J. R., Crump, M. J., Cheesman, J., Besner, D. (2007). Contingency Learning Without Awareness: Evidence For Implicit Control. *Consciousness and Cognition.* 16(2): 421-435.

Schneier, F. R., Kimeldorf, M. B., Choo, T. H., Steinglass, J. E., Wall, M. M., Fyer, A. J., & Simpson, H. B. (2016). Attention Bias in Adults with Anorexia Nervosa, Obsessive-Compulsive Disorder, and Social Anxiety Disorder. *Journal of Psychiatric Research.* 79: 61-69.

Schmukle, S. C. (2005). Unreliability of The Dot Probe Task. *European Journal of Personality*. 19(7): 595-605.

Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. *Trials.* 11(1): 1-8.

Segalas, C., Alonso, P., Labad, J., Jaurrieta, N., Real, E., Jiménez, S., Menchon, J. M., & Vallejo, J. (2008). Verbal and Nonverbal Memory Processing in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: Its Relationship to Clinical Variables. *Neuropsychology.* 22(2): 262-272.

Selvi, Y., Besiroglu, L., Aydin, A., Gulec, M., Atli, A., Boysan, M., & Celik, C. (2012). Relations Between Childhood Traumatic Experiences, Dissociation, and Cognitive Models in Obsessive Compulsive Disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice.* 16(1): 53-59.

Shafran, R. (1997). The Manipulation of Responsibility in Obsessive-Compulsive Disorder. *British Journal of Clinical Psychology.* 36(3): 397-407.

Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-Action Fusion: A Review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 35(2): 87-107.

Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-Action Fusion in Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 10(5): 379-391.

Sibbald, B., & Roland, M. (1998). Understanding Controlled Trials. Why Are Randomised Controlled Trials Important?. *BMJ: British Medical Journal.* 316(7126): 201.

Sica, C., Bottesi, G., Orsucci, A., Pieraccioli, C., Sighinolfi, C., & Ghisi, M. (2015). "Not Just Right Experiences" Are Specific to Obsessive-Compulsive Disorder: Further Evidence from Italian Clinical Samples. *Journal of Anxiety Disorders.* 31: 73-83.

Sica, C., Caudek, C., Chiri, L. R., Ghisi, M., & Marchetti, I. (2012). "Not Just Right Experiences" Predict Obsessive-Compulsive Symptoms in Non-Clinical Italian Individuals: A One-year Longitudinal Study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 1(3): 159-167.

Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive Beliefs and Strategies Predict Worry, Obsessive-Compulsive Symptoms and Coping Styles: A Preliminary Prospective Study on An Italian Non-Clinical Sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice.* 14(4): 258-268.

Simon, D., Kischkel, E., Spielberg, R., & Kathmann, N. (2012). A Pilot Study On The Validity of Using Pictures and Videos For Individualized Symptom Provocation In Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research,* 198(1): 81-88.

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016). Pharmacological and Psychotherapeutic Interventions For Management of Obsessive-Compulsive Disorder In Adults: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *The Lancet Psychiatry.* 3(8): 730-739.

Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-Year Follow-up of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry.* 56(2): 121-127.

Sobin, C., Blundell, M. L., & Karayiorgou, M. (2000). Phenotypic Differences in Early-and Late-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 41(5): 373-379.

Staugaard, S. R. (2009). Reliability of Two Versions of The Dot-Probe Task Using Photographic Faces. *Psychology Science Quarterly*. 51(3): 339-350.

Stech, E. P., & Grisham, J. R. (2017). Modifying Obsessive-Compulsive Beliefs About Controlling One's Thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 39(3): 534-545.

Steinman, S. A., & Teachman, B. A. (2010). Modifying Interpretations Among Individuals High In Anxiety Sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders.* 24(1): 71-78.

Streiner, D. L. (2008). Missing Data and The Trouble with LOCF. *Evidence-Based Mental Health.* 11(1), 3-5.

Stroop, J. R. (1935). Studies of Interference in Serial Verbal Reactions. *Journal of Experimental Psychology.* 18(6): 643-662.

Suzuki, M., Furihata, R., Konno, C., Kaneita, Y., Ohida, T., & Uchiyama, M. (2018). Stressful Events and Coping Strategies Associated with Symptoms of Depression: A Japanese General Population Survey. *Journal of Affective Disorders.* 238: 482-488.

Siwiec, S. G. (2015). *Developing Interpretation Training for Modifying Thought-Action-Fusion Associated with Obsessive-Compulsive Symptoms.* (Unpublished Master's Thesis). Milwaukee: The University of Wisconsin-Milwaukee.

Siwiec, S. G., Davine, T. P., Kresser, R. C., Rohde, M. M., & Lee, H. J. (2017). Modifying Thought-Action Fusion Via A Single-Session Computerized Interpretation Training. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 12: 15-22.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics (6th ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.

Tallis, F., Pratt, P., & Jamani, N. (1999). Obsessive Compulsive Disorder, Checking, and Non-Verbal Memory: A Neuropsychological Investigation. *Behaviour Research and Therapy*. 37: 161-166.

Tata, P. R., Leibowitz, J. A., Prunty, M. J., Cameron, M., & Pickering, A. D. (1996). Attentional Bias in Obsessional Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 34(1): 53-60.

Taylor, S. (2011). Etiology of Obsessions and Compulsions: A Meta-Analysis and Narrative Review of Twin Studies. *Clinical Psychology Review*. 31(8): 1361-1372.

Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2007). Cognitive-Behavioral Models of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychological treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Fundamentals and Beyond* (pp. 9–29). American Psychological Association.

Taylor, S., Kyrios, M., Thordarson, D. S., Steketee, G., & Frost, R. O. (2002). Development and Validation of Instruments for Measuring Intrusions and Beliefs in Obsessive Compulsive Disorder. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 117-138). Oxford: Pergamon.

Taylor, S., McKay, D., & Abramowitz, J. S. (2005). Hierarchical Structure of Dysfunctional Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*. 34(4): 216-228.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). *Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ankara.

Teachman, B. A., & Addison, L. M. (2008). Training Non-Threatening Interpretations In Spider Fear. *Cognitive Therapy and Research.* 32(3): 448-459.

Tierney, J. F., & Stewart, L. A. (2005). Investigating Patient Exclusion Bias in Meta-Analysis. *International Journal of Epidemiology*. 34(1): 79-87.

Timpano, K. R., Rubenstein, L. M., & Murphy, D. L. (2012). Phenomenological Features and Clinical Impact of Affective Disorders in OCD: A Focus on The Bipolar Disorder and OCD Connection. *Depression and Anxiety.* 29(3): 226-233.

Toffolo, M. B., van den Hout, M. A., Radomsky, A. S., & Engelhard, I. M. (2016). Check, Check, Double Check: Investigating Memory Deterioration Within Multiple Sessions of Repeated Checking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 53: 59-67.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., Amir, N., Street, G. P., & Foa, E. B. (2001). Memory and Memory Confidence in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy. 39*(8): 913-927.

Treisman, A., & Geffen, G. (1967). Selective Attention: Perception or Response?. *Quarterly Journal of Experimental Psychology.* 19(1): 1-17.

Unoki, K., Kasuga, T., Matsushima, E., & Ohta, K. (1999). Attentional Processing of Emotional Information in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 53(6): 635-642.

Urech, A., Krieger, T., Chesham, A., Mast, F. W., & Berger, T. (2015). Virtual Reality-Based Attention Bias Modification Training for Social Anxiety: A Feasibility and Proof of Concept Study. *Frontiers in Psychiatry.* 6: 1-5.

Van Ameringen, M., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM-5 Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Clinical Implications of New Criteria. *Depression and Anxiety.* 31(6): 487-493.

Van den Hout, M., & Kindt, M. (2004). Obsessive-Compulsive Disorder and The Paradoxical Effects of Perseverative Behaviour on Experienced Uncertainty. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 35(2): 165-181.

Van den Hout, M. A., van Dis, E. A., van Woudenberg, C., & van de Groep, I. H. (2019). OCD-Like Checking in The Lab: A Meta-Analysis and Improvement of An Experimental Paradigm. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 20: 39-49.

Veale, D. (2004). Psychopathology of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry.* 3(6): 65-68.

Vidal-Ribas, P., Stringaris, A., Rück, C., Serlachius, E., Lichtenstein, P., & Mataix-Cols, D. (2015). Are Stressful Life Events Causally Related to The Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms? A Monozygotic Twin Difference Study. *European Psychiatry.* 30(2): 309-316.

Visser, H. A., van Minnen, A., van Megen, H., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A. W., Kaarsemaker, M., van Balkom, A. J., & van Oppen, P. (2014). The Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Symptom Severity, Chronicity, and Comorbidity in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 75(10): 1034-1039.

Warne, N., Collishaw, S., & Rice, F. (2019). Examining The Relationship Between Stressful Life Events and Overgeneral Autobiographical Memory in Adolescents at High Familial Risk of Depression. *Memory.* 27(3): 314-327.

Watkins, E. R., & Newbold, A. (2020). Factorial Designs Help to Understand How Psychological Therapy Works. *Frontiers in Psychiatry.* 1-14.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures Of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology.* 54(6): 1063-1070.

Watts, S., Mackenzie, A., Thomas, C., Griskaitis, A., Mewton, L., Williams, A., & Andrews, G. (2013). CBT for Depression: A Pilot RCT Comparing Mobile Phone vs. Computer. *BMC Psychiatry.* 13(1): 1-9.

Weber, F., Hauke, W., Jahn, I., Stengler, K., Himmerich, H., Zaudig, M., & Exner, C. (2014). Does "Thinking About Thinking" Interfere With Memory? An Experimental Memory Study in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 28(7): 679-686.

Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. New York: John Wiley & Sons.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A Short Form of The Meta-Cognitions Questionnaire: Properties of The MCQ 30. *Behaviour Research and Therapy.* 42: 385–396.

Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., & Hale, L. R. (2010). The Relationship Between Obsessive Beliefs and Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 48(10): 949-954.

Whiteside, S. P., & Abramowitz, J. S. (2005). The Expression of Anger and Its Relationship to Symptoms and Cognitions in Obsessive-Compulsive Disorder. *Depression and Anxiety.* 21(3): 106-111.

Wilhelm, S., Steketee, G., Reilly-Harrington, N. A., Deckersbach, T., Buhlmann, U., & Baer, L. (2005). Effectiveness of Cognitive Therapy For Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 19(2): 173-179.

Williams, A. D., Grisham, J. R. (2013). Cognitive Bias Modification (CBM) of Obsessive Compulsive Beliefs. *BMC Psychiatry.* 13(1). 1-9.

Williams, J. M. G., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). The Emotional Stroop Task and Psychopathology. *Psychological Bulletin.* 120(1): 3-24.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. M., & Mathews, A. (1997). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders.* New York: John Wiley & Sons.

World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental disorders: Global Health Estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.

Woud, M. L., Blackwell, S. E., Shkreli, L., Würtz, F., Cwik, J. C., Margraf, J., Holmes, E. A., Steudte-Schmiedgen, S. Herpertz, S., & Kessler, H. (2021). The Effects of Modifying Dysfunctional Appraisals in Posttraumatic Stress Disorder Using a Form of Cognitive Bias Modification: Results of a Randomized Controlled Trial in an Inpatient Setting. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1-17.

Yılmaz, Ö., Boz, H. ve Arslan, A. (2017). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASS 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması. Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (FESA). 2: 92-104.

Yılmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. (2008). Psychometric Characteristics of The Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and Metacognitive Predictors of Worry and Obsessive-Compulsive Symptoms in A Turkish Sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice.* 15(6): 424-439.

Yiend, J., & Mathews, A. (2001). Anxiety and Attention to Threatening Pictures. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A.* 54(3): 665-681.

Yorulmaz, O., Baştuğ, G., Tüzer, V., & Göka, E. (2013). Misinterpretations Of Intrusions, Obsessive Beliefs and Thought Control Strategies In Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 14(3): 183-191.

Yorulmaz, O. ve Gençöz, T. (2008). OKB Semptomlarında Yorumlama ve Kontrol Süreçlerini Değerlendiren İstem Dışı Düşünceleri Yorumlama Envanteri, Obsesif İnanışlar Anketi ve Düşünceleri Kontrol Anketi'nin Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları.* 11: 1-13.

Yorulmaz, O., Karancı, N., Dirik, G., Baştuğ, B., Kısa, C., Göka, E., & Burns, G. L. (2007). Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu: Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları.* 10(20): 75-85.

Zahra, D., & Hedge, C. (2010). The Reliable Change Index: Why Isn't It More Popular In Academic Psychology. *Psychology Postgraduate Affairs Group Quarterly*. 76(76): 14-19.

Zhang, M., Ying, J., Song, G., Fung, D. S., & Smith, H. (2018). Attention and Cognitive Bias Modification Apps: Review of The Literature and of Commercially Available Apps. *JMIR mHealth and uHealth.* 6(5): 1-10.

Zhang, M. W., Ying, J. B., Song, G., & Ho, R. (2018). A Review of Gamification Approaches in Commercial Cognitive Bias Modification Gaming Applications. *Technology and Health Care.* 26(6): 933-944.

Zitterl, W., Urban, C., Linzmayer, L., Aigner, M., Demal, U., Semler, B., & Zitterl-Eglseer, K. (2001). Memory Deficits in Patients with DSM-IV Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychopathology.* 34(3): 113-117.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology.* 86(2): 103-126.

EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Kendinize ait bir bilgisayarınız var mı? □ Evet □ Hayır
2. İnternete erişiminiz var mı? □ Evet □ Hayır
3. Yaş:
4. Biyolojik Cinsiyetiniz:
5. Medeni Durum:
6. Mesleğiniz: □ Öğrenci □ Mesleğim Yok □ Diğer (……)
7. Eğitim durumunuz (En son mezun olduğunuz okul):
   □ Okuryazar □ İlkokul □ Ortaokul □ Lise □ Lisans/Örgün Öğretim
   □ Lisans/ İkinci Öğretim □ Yüksek Lisans □ Doktora

Öğrenci iseniz;

8. Okuduğunuz Üniversite:
9. Okuduğunuz Bölüm:
10. Hangi düzeyde eğitim alıyorsunuz?
    □ Lisans/Örgün Öğretim □ Lisans/ İkinci Öğretim □ Yüksek Lisans □ Doktora
11. Kaçıncı sınıftasınız?
12. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? □ Evet □ Hayır
13. Renk Körlüğü: □ Var □ Yok
14. El Tercihi: □ Sağ □ Sol □ Her ikisi
15. Bugüne kadar bir tıp hekimine (örn., nörolog veya psikiyatrist) giderek bir tanı aldınız mı? □ Evet □ Hayır
16. Psikiyatrik/nörolojik bir tanı aldıysanız hangi tanıyı aldığınızı yazınız:
17. Aldığınız psikiyatrik/nörolojik tanı bugün hala devam ediyor mu? □Evet □Hayır
18. Şu anda herhangi bir psikiyatrik/nörolojik tedavi (örn., reçete edilmiş ilaç kullanımı) alıyor musunuz? □Evet □Hayır
19. Reçete edilmiş bir psikiyatrik/nörolojik ilaç kullanıyorsanız lütfen adını yazınız:
20. Bugüne kadar psikolog/psikiyatrist tarafından verilen bireysel/grup terapisi gibi bir psikolojik destek aldınız mı? □Evet □Hayır

21. Böyle bir destek aldıysanız ne tür bir destek olduğunu lütfen yazınız:

22. Hali hazırda psikolog/psikiyatrist tarafından verilen bireysel/grup terapisi gibi bir psikolojik destek alıyor musunuz? □Evet □Hayır

23. Böyle bir destek alıyorsanız ne tür bir destek olduğunu lütfen yazınız:

24. Geçirdiğiniz önemli bir kaza/yaralanma var mı? □Evet □Hayır

25. Varsa Açıklayınız (Bu ne tür bir kaza/yaralanmaydı?):

26. Geçirdiğiniz kaza/yaralanma ile kullandığınız bir ilaç var mı? □ Evet □ Hayır

27. Varsa açıklayınız (Lütfen ilacın adını yazınız):

28. Herhangi bir kronik/süregelen rahatsızlığınız var mı? □Evet □Hayır

29. Varsa Açıklayınız (Ne tür bir kronik/süregelen rahatsızlığınız var?):

30. Kronik rahatsızlığınız ile ilgili kullandığınız bir ilaç var mı? □Evet □Hayır

31. Varsa açıklayınız (Lütfen ilacın adını yazınız):

EK 2: DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği (Örnek Maddeler)

DSM-5 BİRİNCİ DÜZEY KESİTSEL BELİRTİ ÖLÇEĞİ

	Geçtiğimiz son iki (2) hafta boyunca aşağıdaki sorunlardan her hangi birinden ne kadar (veya ne sıklıkla) rahatsız oldunuz?	**Hiç**	**Hafif** az, 1 veya 2 günden az	**Orta** Bir kaç gün	**Ilımlı** günlerin yarısından çoğunda	**Şiddetli** neredeyse hergün	**En Yüksek Alan Puanı** (Klinisyen)
I.	1. Bir şeyler yaparken ilgi veya istekte azalma	0	1	2	3	4	
	2.	0	1	2	3	4	
II.	3. Kendinizi her zamankinden daha rahatsız, huysuz veya öfkeli hissetme	0	1	2	3	4	
III.	4.	0	1	2	3	4	
	5.	0	1	2	3	4	
IV.	6.	0	1	2	3	4	
	7. Kendinizi paniklemiş veya ürkmüş hissetme	0	1	2	3	4	
	8.	0	1	2	3	4	
V.	9. Açıklanamayan ağrılar ve acılar hissetme (örn. baş, bel,	0	1	2	3	4	
	10.	0	1	2	3	4	
VI.	11. Kendinize gerçekten zarar vermeyi düşünme	0	1	2	3	4	
VII	12.	0	1	2	3	4	
	13.	0	1	2	3	4	
VIII.	14. Genel uyku kalitesini etkileyen uyku sorunları çekme	0	1	2	3	4	
IX	15.	0	1	2	3	4	
X.	16. Aklınıza giren tekrarlayıcı nahoş düşünceler, güdüler veya görüntüler olması	0	1	2	3	4	
	17.	0	1	2	3	4	
XI	18.	0	1	2	3	4	
XII.	19.	0	1	2	3	4	
	20.	0	1	2	3	4	
XIII.	21. Tek bir günde herhangi bir çeşit alkollü içecekten en az 4 içki içme	0	1	2	3	4	
	22.	0	1	2	3	4	
	23.	0	1	2	3	4	

EK 3: Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu (Örnek Maddeler)

PADUA ENVANTERİ-WASHINGTON EYALET ÜNİVERSİTESİ GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

Aşağıdaki ifadeler, günlük hayatta herkesin karşılaşabileceği düşünce ve davranışlar ile ilgilidir. Her bir ifade için, bu tür düşünce ve davranışların sizde yaratacağı rahatsızlık düzeyini göz önüne alarak size en uygun olan cevabı seçiniz. Cevaplarınızı aşağıdaki gibi derecelendiriniz:

0 = Hiç 1 = Biraz 2 = Oldukça 3 = Çok 4 = Çok Fazla

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Çok fazla
1.Paraya dokunduğum zaman ellerimin kirlendiğini hissederim.	0	1	2	3	4
4. Çöplere veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
6. Kirlenmekten ya da hastalanmaktan korktuğum için umumi telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
11.Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken kendimi belirli bir sıra izlemek zorunda hissederim.	0	1	2	3	4
14. Doğru dürüst yapıldığını düşünebilmem için yaptıklarımı birkaç kez tekrarlamam gerekir.	0	1	2	3	4
16. Gaz ve su musluklarını, elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
20. Elime para aldığım zaman birkaç kez tekrar sayarım.	0	1	2	3	4
22.Aslında yaptığımı bildiğim halde, bazen yapmış olduğumdan emin olamam.	0	1	2	3	4
25. Bilmeden birini incittiğim konusunda çok fazla düşünürüm veya endişelenirim.	0	1	2	3	4
28.Bıçak, hançer ve diğer sivri uçlu nesneleri gördüğümde rahatsız olur ve endişelenirim.	0	1	2	3	4
30. Mikroplar ve hastalıklar konusunda gereksiz endişeler yaratırım.	0	1	2	3	4
34. Araba kullanırken, bazen arabayı birinin veya bir şeyin üzerine sürme dürtüsü duyarım.	0	1	2	3	4
37. Bazen işime yaramasa da, başkalarına ait olan şeyleri çalma dürtüsü hissederim.	0	1	2	3	4
39. Bazen savunmasız çocuklara ve hayvanlara zarar vermek için bir dürtü hissederim.	0	1	2	3	4

EK 4: Obsesif İnanışlar Anketi (Örnek Maddeler)

OBSESİF İNANIŞLAR ANKETİ

Bu envanterde, insanların zaman zaman takındıkları bir dizi tutum ve inanış sıralanmıştır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Her bir ifade için, *nasıl düşündüğünüzü en iyi tanımlayan* cevaba karşılık gelen rakamı seçiniz. İnsanlar birbirinden farklı olduğu için envanterde doğru veya yanlış cevap yoktur.

Sunulan ifadenin, tipik olarak yaşama bakış açınızı yansıtıp yansıtmadığına karar vermek için sadece *çoğu zaman nasıl olduğunuzu* göz önünde bulundurunuz.

Derecelendirme için aşağıdaki ölçeği kullanınız:

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

Derecelendirme yaparken, ölçekteki orta değeri işaretlemekten (4) kaçınmaya çalışınız; bunun yerine, inanış ve tutumlarınızla ilgili ifadeye genellikle katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

1. Sıklıkla çevremdeki şeylerin tehlikeli olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
4. Değerli biri olmam için yaptığım her şeyde mükemmel olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Herhangi bir fırsat bulduğumda, olumsuz şeylerin gerçekleşmesini önlemek için harekete geçmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir tehlikeyi önceden görmeme karşın bir harekette bulunmazsam, herhangi bir sonuç için suçlanacak kişi konumuna ben düşerim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Bir şeyi mükemmel biçimde yapamayacaksam hiç yapmamalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
12. En ufak hatalar bile, bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
13. Sevdiğim insanlarla ilgili saldırgan düşüncelerim veya dürtülerim varsa, bu gizlice onları incitmeyi istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
16. Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli bir çaba gerektirir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Benim için, zararı önlememek zarar vermek kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
18. Bir hata yaparsam üzüntülü olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7

23. Kendimi güvende hissetmek için, yanlış gidebilecek herhangi bir şeye karşı olabildiğince hazırlıklı olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tuhaf veya iğrenç düşüncelerim olmamalı.	1	2	3	4	5	6	7
27. Din karşıtı bir düşünceye sahip olmak, kutsal şeylere karşı saygısız davranmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
30. Kötü düşüncelere sahip olmak tuhaf veya anormal biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
31. Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmalıyım	1	2	3	4	5	6	7
32. İstenmeyen bir cinsel düşünce veya görüntünün aklıma gelmesi onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
35. İstenmeyen biçimde zihnimde beliren düşünceler, kontrolü kaybettiğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
36. Dikkatli olmadığım takdirde zarar verici hadiseler yaşanabilir.	1	2	3	4	5	6	7
37. Bir şey tam anlamıyla doğru yapılıncaya kadar üzerinde çalışmaya devam etmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
41. Yaşamımdaki sıradan deneyimler bile tehlike doludur.	1	2	3	4	5	6	7
44. Düşüncelerimi kontrol edemezsem cezalandırılırım.	1	2	3	4	5	6	7

EK 5: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (Örnek Maddeler)

DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ-21

Aşağıda yer alan her ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumu, bugün de dahil olmak üzere son bir hafta içinde ne ölçüde deneyimlediğinizi belirtilen tanımlamalardan (Bana hiç uygun değil / Bana biraz uygun / Bana genellikle uygun / Bana tamamen uygun) size uygun olanını (yalnızca bir seçeneği) seçerek belirtiniz

	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana genellikle uygun	Bana tamamen uygun
Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.				
Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)				
Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.				
Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım.				
Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.				
Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.				
Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum.				
Kışkırtılmakta olduğumu hissettim.				

EK 6: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (Örnek Maddeler)

POZİTİF VE NEGATİF DUYGU ÖLÇEĞİ

Bu ölçek farklı duyguları tanımlayan birtakım sözcükler içermektedir. Son iki hafta nasıl hissettiğinizi düşünüp her maddeyi okuyun. Uygun cevabı her maddenin yanında ayrılan yere (puanları daire içine alarak) işaretleyin. Cevaplarınızı verirken aşağıdaki puanları kullanın.

1. Çok az veya hiç
2. Biraz
3. Ortalama
4. Oldukça
5. Çok fazla

1. İlgili	1	2	3	4	5
2. Sıkıntılı	1	2	3	4	5
4. Mutsuz	1	2	3	4	5
5. Güçlü	1	2	3	4	5
8. Düşmanca	1	2	3	4	5
10. Gururlu	1	2	3	4	5
13. Utanmış	1	2	3	4	5
15. Sinirli	1	2	3	4	5
18. Tedirgin	1	2	3	4	5
20. Korkmuş	1	2	3	4	5

EK 7: OKB ile İlişkili Senaryoların Türkçe Çevirisine ve OKB ile İlişkili Olmayan Senaryoların Oluşturulmasına Dair Yapılan Ön Çalışmalar

Senaryoları Tanıma Görevi Senaryolarının ve Tanıma Derecelendirme Formu'nun Türkçe Çevirisine Dair Ön Çalışma: Clerkin ve Teachman (2011: 339) tarafından içeriği OKB'ye uygun olarak düzenlenmiş senaryoları tanıma görevinin 1. aşamasında yer alan OKB ile ilişkili 10 tanıma görevi senaryosunun ve 3. aşamasında katılımcılara verilen Tanıma Derecelendirme Formu'nun yazarlarından gerekli izinler alınarak, Türkçeye çevrilmesi adına bir ön çalışma yapılmış ve Türk örneklemine uygun nitelikte bir materyal elde edilmiştir. Bu süreçte hem İngilizce hem Türkçe dillerini iyi derecede bilen biri psikolog biri ise psikoloji alanı dışından iki kişi, birbirinden bağımsız bir şekilde senaryoları ve formu İngilizceden Türkçeye çevirmiştir. Daha sonra çevrilen bu senaryolar ve form araştırmacı tarafından incelenmiş ve yazım hatalarını düzenlemek gibi küçük değişiklikler gerçekleştirildikten sonra tek bir Türkçe versiyon elde edilmiştir. Sonrasında Türkçeye çevrilmiş senaryolar ve form bu kez yine hem İngilizce hem Türkçe dillerini iyi derecede bilen, biri psikolog biri ise psikoloji alanı dışından farklı iki kişi tarafından orijinal dili İngilizceye geri çevrilmiştir.

Sonraki süreçte, elde edilen Türkçe versiyondaki ve orijinal dildeki senaryolar ve Tanıma Derecelendirme Formu, açıklık ve aynılığın testi, bir başka deyişle, çevirinin anlaşılırlığı ve eşitliği konusunda değerlendirme yapmaları için hem İngilizce hem Türkçe dillerini iyi derecede bilen biri psikoloji alanı dışından diğeri ise klinik psikoloji alanında doktora derecesi olan ve OKB tanılı bireyler ile aktif olarak psikoterapi uygulamaları gerçekleştiren iki farklı kişiye gönderilmiştir. Çevirinin anlaşılırlığı ve eşitliği konusunda yapılan değerlendirmede, araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan, her bir senaryonun "(1) Hiç" ile "(5) Tamamıyla" uçlarına sahip, 5 birimli Likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Değerlendiricilerden her bir senaryoyu ve Tanıma Derecelendirme Formu'nu oluşturan farklı yorumlama türlerine ait ifadeleri orijinal dildeki senaryolar ve farklı yorumlama türlerine ait ifadelerle karşılaştırarak (1) ne kadar anlaşılır olduğuna (anlaşılırlık) ve (2) anlamsal olarak ne kadar benzer olduğuna (eşitlik) dair görüşlerini metinlerin altında bulunan

değerlendirme ölçeği üzerinde puanlama yaparak belirtmeleri istenmiştir. Ayrıca bir değişiklik önerileri varsa öneri bölümüne yazmaları belirtilmiştir. Değerlendirmeciler tarafından çevirinin anlaşılırlık ve eşitliği ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, 10 tanıma görevi senaryosunun anlaşılırlık (*Ort.* = 5) ve eşitlik (*Ort.* = 4.95) açısından her iki değerlendirmeci tarafından da yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Benzer şekilde, Tanıma Derecelendirme Formu'nu oluşturan 40 ifadenin anlaşılırlık (*Ort.* = 4.98) ve eşitlik (*Ort.* = 4.91) açısından her iki değerlendirmeci tarafından yüksek puanlar aldığı görülmüştür.

Türkçe çevirinin anlaşılırlığı ve eşitliği açısından değerlendirilmesi ve gelen öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapılmasının ardından 10 tanıma görevi senaryosu, klinik psikoloji alanında uzman 17 psikoloğa, OKB ile ilişkili inanç alanlarını ne kadar yansıttığının değerlendirmesini yapmaları için gönderilmiştir. Bu değerlendirme her bir senaryo için, araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan, "(1) Hiç Yansıtmıyor" ile "(5) Tamamen Yansıtıyor" uçlarına sahip, 5 birimli Likert tipi derecelendirme üzerinden gerçekleştirilmiştir. Yanı sıra, uzmanların senaryoların içeriği hakkında varsa önerilerini de sunmaları istenmiştir. Değerlendirme sonucunda uzmanların her bir senaryo için verdikleri puanların ortalamasının 4 ve üzerinde olduğu, başka bir deyişle bu senaryoların OKB ile ilişkili inanç alanlarını yansıtan senaryolar olarak değerlendirildiği görülmüştür.

Senaryoları Tanıma Görevi Nötr Senaryolarının Oluşturulmasına Dair Ön Çalışma: Senaryo tanıma görevinin 1. aşamasında katılımcılara sunulacak olan 10 nötr senaryo, Klinik Psikoloji alanında uzman 10 psikoloğa, söz konusu inanç alanlarını ne kadar yansıttığının değerlendirmesini yapmaları için gönderilmiştir. Bu değerlendirmeler her bir senaryo için, araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan, "(1) Hiç Yansıtmıyor" ile "(5) Tamamen Yansıtıyor" uçlarına sahip, 5 birimli Likert tipi derecelendirme üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bunun yanı sıra uzmanların senaryoların içeriği hakkında varsa önerilerini de sunmaları istenmiştir. Değerlendirme sonucunda uzmanların her bir senaryo için verdikleri puanların ortalamasının 2'nin altında olduğu, başka bir deyişle bu senaryoların OKB ile ilişkili inanç alanlarını yansıtmayan nötr senaryolar olarak değerlendirildiği görülmüştür.

EK 8: Uyaran Setlerinin Oluşturulmasına Dair Yapılan Ön Çalışmalar

Standart Nokta İzleme Görevinde Kullanılacak Uyaranların Seçilmesine Dair Ön Çalışma: OKB ile ilişkili fotoğraflar Rasmussen ve Eisen (1988) tarafından OKB'de en sık görülen kompulsiyonlar olarak raporlanan yıkama/temizleme ve kontrol etme kompulsiyonlarını (aktaran Rasmussen ve Eisen, 1992: 749) içerecek şekilde Berlin Obsesif Kompulsif Bozukluk-Fotoğraf Seti'ndeki (Simon ve diğerleri, 2012: 81-88) 75 OKB ile ilişkili fotoğraf (50 yıkama/temizleme ve 25 kontrol etme kompulsiyonlarını yansıtan), Klinik Psikoloji alanında doktora eğitimine devam etmekte olan 14 uzman psikoloğa, söz konusu fotoğrafların her birinin bulunduğu kompulsiyon alanlarını ne kadar yansıttığının değerlendirmesini yapmaları için gönderilmiştir. Bu değerlendirme her bir fotoğraf için, araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan, "(1) Hiç Yansıtmıyor" ile "(5) Tamamen Yansıtıyor" uçlarına sahip, 5 birimli Likert tipi derecelendirme üzerinde gerçekleştirilmiştir. Yıkama/temizleme kompulsiyonları kategorisinde yer alan 50 fotoğraf için yapılan değerlendirmede 35 fotoğrafa; kontrol etme kompulsiyonları kategorisinde yer alan 25 fotoğraf için yapılan değerlendirmede ise 15 fotoğrafa uzmanların verdiği puanların ortalaması 4 ve üzeri olduğu görülmüştür.

Bu değerlendirme sonucunda dikkat yanlılığının müdahale öncesi ölçümü için kullanılacak göreve dahil edilmek üzere uzmanların verdiği puanların ortalaması 4 ve üzeri olan 6 adet fotoğraf (3 yıkama/temizleme ve 3 kontrol etme kompulsiyonlarını yansıtan); dikkat yanlılığının müdahale sonrası ölçümü için kullanılacak göreve dahil edilmek üzere yine uzmanların verdiği puanların ortalaması 4 ve üzeri olan 6 adet fotoğraf (3 yıkama/temizleme ve 3 kontrol etme kompulsiyonlarını yansıtan) olmak üzere toplam 12 OKB ilişkili fotoğraf seçilerek uyaran seti oluşturulmuştur.

Müdahale öncesi ve sonrası ölçümlerde kullanılmak üzere 12 nötr fotoğraf; ve müdahale öncesi alınan dikkat yanlılığı ölçümlerinde, uygulamadan önce katılımcıların görevi daha iyi anlayabilmeleri için alacakları deneme aşamasındaki 10 adet nötr fotoğraf çiftini oluşturan 20 adet nötr fotoğraf olmak üzere toplam 42 nötr fotoğraf ise Uluslararası Duygusal Resim Sistemi'nden (Lang ve diğerleri, 2005) seçilerek uyaran setine dahil edilmiştir. Nötr fotoğraflar, çeşitli manzara görsellerini içeren nötr fotoğraflar kategorisinden seçilmiştir.

EK 9: Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geribildirim Formu A

MÜDAHALE SONRASI GERİBİLDİRİM FORMU A

4 Hafta boyunca aldığınız programı aşağıdaki sorular üzerinden değerlendiriniz.

	Hiç	Biraz	Çok	Oldukça	Çok Fazla
1. Size sunulan bu program genel olarak ne kadar mantıklı görünüyor?					
2. Size sıkıntı veren düşüncelerinizi ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışları düşündüğünüzde size sunulan bu program bu sıkıntılarınıza yönelik destek ihtiyacınızı karşılamak için bir seçenek olarak ne kadar uygundu?					
3. Bu programın size sıkıntı veren düşüncelerinizin ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışların sıklığını azaltmada ne kadar başarılı olduğunu düşünüyorsunuz?					
4. Bu programın size sıkıntı veren düşüncelerinize ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışlara karşı olan rahatsızlık düzeyinizi azaltmada ne kadar başarılı olduğunu düşünüyorsunuz?					

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
5. Programda yer alan açıklamalar anlaşılır ve açıklayıcıydı.					

6. Programın kullanımı kolaydı. İleride kullanmak istersem yardım olmadan, tek başıma kullanabilirim.					
7. Sıkıntılarımı hafifletmem gerektiğinde bu programı kullanmak isterim.					
8. Benimle benzer sıkıntıları yaşayan bir arkadaşıma bu programı rahatlıkla öneririm.					

9. Oturum süreleri yeterli miydi?

□ Evet □ Hayır. Daha kısa sürmeliydi. □ Hayır. Daha uzun sürmeliydi.

10. Programın fotoğrafların yer aldığı bölümünün yararlı bulduğunuz, size yardımı olan yönleri nelerdi?

……
……
……
…….

11. Programın fotoğrafların yer aldığı bölümünün yararlı bulmadığınız, size yardımı olmadığını düşündüğünüz yönleri nelerdi?

……
……
……
…….

12. Programın senaryoların yer aldığı bölümünün yararlı bulduğunuz, size yardımı olan yönleri nelerdi?

……
……
……
…….

13. Programın senaryoların yer aldığı bölümünün yararlı bulmadığınız, size yardımı olmadığını düşündüğünüz yönleri nelerdi?

……
……
……
……

14. Programın hangi bölümlerini eğlenceli buldunuz?

……
……
……
……

15. Programın hangi bölümlerinde sıkıldınız? Hangi bölümleri sizin için sıkıcıydı?

……
……
……
……

16. Bunların dışında program hakkında eklemek istediğiniz bir şey var mı?

……
……
……
……

EK 10: Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geribildirim Formu B

MÜDAHALE SONRASI GERİBİLDİRİM FORMU B

4 Hafta boyunca aldığınız programı aşağıdaki sorular üzerinden değerlendiriniz.

	Hiç	Biraz	Çok	Oldukça	Çok Fazla
1. Size sunulan bu program genel olarak ne kadar mantıklı görünüyor?					
2. Size sıkıntı veren düşüncelerinizi ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışları düşündüğünüzde size sunulan bu program bu sıkıntılarınıza yönelik destek ihtiyacınızı karşılamak için bir seçenek olarak ne kadar uygundu?					
3. Bu programın size sıkıntı veren düşüncelerinizin ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışların sıklığını azaltmada ne kadar başarılı olduğunu düşünüyorsunuz?					
4. Bu programın size sıkıntı veren düşüncelerinize ya da tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz davranışlara karşı olan rahatsızlık düzeyinizi azaltmada ne kadar başarılı olduğunu düşünüyorsunuz?					

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
5. Programda yer alan açıklamalar anlaşılır ve açıklayıcıydı.					

6. Programın kullanımı kolaydı. İleride kullanmak istersem yardım olmadan, tek başıma kullanabilirim.					
7. Sıkıntılarımı hafifletmem gerektiğinde bu programı kullanmak isterim.					
8. Benimle benzer sıkıntıları yaşayan bir arkadaşıma bu programı rahatlıkla öneririm.					

9. Oturum süreleri yeterli miydi?

□ Evet □ Hayır. Daha kısa sürmeliydi. □ Hayır. Daha uzun sürmeliydi.

10. Programın yararlı bulduğunuz, size yardımı olan yönleri nelerdi?

……
……
……
…….

11. Programın yararlı bulmadığınız, size yardımı olmadığını düşündüğünüz yönleri nelerdi?

……
……
……
…….

12. Programın hangi bölümlerini eğlenceli buldunuz?

……
……
……
…….

13. Programın hangi bölümlerinde sıkıldınız? Hangi bölümleri sizin için sıkıcıydı?

……
……
……
…….

14. Bunların dışında program hakkında eklemek istediğiniz bir şey var mı?

……

……

……

…….

EK 11: Katılım Sonrası Bilgilendirme Formu

KATILIM SONRASI BİLGİLENDİRME FORMU

Bu araştırma, daha önce de belirtildiği gibi, Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü Doktora öğrencisi Sıla DERİN tarafından Prof. Dr. Orçun YORULMAZ danışmanlığındaki doktora tezi kapsamında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, eşik altı düzeyde obsesif kompulsif belirtiler gösteren bireylerde obsesif kompulsif inançları kapsayan yorumlama yanlılığı düzeyi ile dikkat yanlılığı düzeyini azaltmada birleştirilmiş bilişsel yanlılık değişimleme uygulamasının etkisinin incelenmesidir.

Obsesif kompulsif belirtiler ilgili literatür, söz konusu belirtilere sahip kişilerin olayları, durumları belirli bilişsel yanlılıklar temelinde değerlendirdiklerini göstermektedir. Bu bağlamda bilişsel yanlılık kavramı, obsesyon ve kompulsiyonlarla ilişkili, kaygı verici uyaranlara karşı seçici dikkat yanlılıkları (örn., kirli bir tuvalet, açık kalmış bir ocak, kullanılmış bir iğne vb.) ile obsesyonlar hakkındaki hatalı ve yanlı yorumlamaları (örn. "Birine zarar vermek gibi bir düşünce aklımdan geçiyorsa, bunu gerçekleştirmeyecek olsam bile, bu beni kötü biri yapar." gibi) içeren bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Bu tür bilişsel yanlılıklar, obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde merkezi bir rol oynamakta ve zamanla bu belirtilere sahip kişilerin yaşamını zorlaştırmaktadır.

Bilişsel Yanlılık Değişimleme uygulaması, söz konusu yanlılıkları azaltmaya yönelik gündeme gelen güncel bir yaklaşımdır. Bu doğrultuda araştırmada, hem dikkat yanlılığını hem de yorumlama yanlılığını azaltmaya yönelik uygulamaları içeren birleştirilmiş bilişsel yanlılık değişimleme müdahalesinin, yalnızca yorumlama yanlılığını azaltmayı hedefleyen müdahale, yalnızca dikkat yanlılığını azaltmayı hedefleyen müdahale ve bu süreçte hiçbir uygulama almayan gruba göre daha etkili olacağı hipotezinin test edilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla ilk olarak sizden çevrimiçi bir ortamda bazı formlar doldurmanız ve bilgisayar üzerinden çeşitli uygulamalara katılmanız istenmiştir. Daha sonra katılımcıların bir kısmına, belirsiz uyaranları belirli bir yönde (bu araştırmada olumlu) yorumlayacak bir örüntü kazandırmayı hedefleyen yorumlama yanlılığını azaltmaya yönelik uygulama, bir kısmına katılımcıların dikkatlerinin tehdit içerikli uyaranlardan uzaklaştırıp nötr uyaranlara yönlendirilmesi ile dikkat yanlılığını azaltmayı hedefleyen uygulama, bir kısmına söz konusu her iki

uygulama birlikte verilmiş ve diğer bir kısmına da bu süreçte herhangi bir uygulama verilmemiştir. Katılımcıların araştırmanın hipotezlerini fark etmesi verecekleri tepkileri etkileyebileceğinden ve uygulamanın gerçek etkisine dair doğru bilginin elde edilebilmesini güçleştireceğinden, araştırmanın gerçek amacı gizlenmiştir.

Bu araştırmadan alınacak ilk verilerin Mayıs 2021 sonunda elde edilmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen bilgiler sadece bilimsel araştırma ve yazılarda kullanılacaktır. Araştırmanın sağlıklı ilerleyebilmesi ve bulguların güvenilir olması için araştırmaya katılacağını bildiğiniz diğer kişilerle araştırma ile ilgili detaylı bilgi paylaşımında bulunmamanızı dileriz. Bu araştırmaya katıldığınız için tekrar çok teşekkür ederiz.

Araştırmanın sonuçlarını öğrenmek ya da daha fazla bilgi almak için aşağıdaki isimlere başvurabilirsiniz.

Prof. Dr. Orçun YORULMAZ

Uzman Klinik Psikolog Sıla DERİN

Araştırmaya katkıda bulunan bir gönüllü olarak katılımcı haklarınızla ilgili veya etik ilkelerle ilgi soru veya görüşlerinizi DEU Etik Kurulları'na iletebilirsiniz.

EK 12: iBYD-Y Müdahale Programı Uyaran Setlerinin Oluşturulmasına Dair Ön Çalışmalar

iBYD-Y Müdahale Programı Senaryolarının Türkçe Çevirisi ve Seçilmesine Dair Ön Çalışma: iBYD-Y müdahale programının içeriğini oluşturan Clerkin ve Teachman (2011: 338) tarafından OKB'ye uygun olarak düzenlenmiş senaryoların, yazarlarından gerekli izinler alınarak, Türkçeye çevrilmesi adına ön bir çalışma yapılmış ve Türk örneklemine uygun nitelikte bir materyal elde edilmiştir. 64 senaryodan oluşan materyale Clerkin ve Teachman'ın (2011: 338) çalışmasında test senaryosu olarak kullanılan 16 senaryoda eklenerek toplam 80 senaryonun Türkçeye çeviri işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu senaryoların çeviri işlemi, senaryoları tanıma görevinin 1. aşamasında yer alan OKB ile ilişkili 10 tanıma görevi senaryosunun çeviri işlemi ile aynı şekilde yürütülmüş ve yine aynı kişiler tarafından gerçekleştirilmiştir. Açıklık ve aynılığın testi süreci de yine senaryoları tanıma görevindeki senaryolar için gerçekleştirilen şekilde yürütülmüş ve aynı kişiler tarafından değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, 80 senaryonun anlaşılırlık (*Ort.* = 4.88) ve eşitlik (*Ort.* = 4.81) açısından her iki değerlendirmeci tarafından da yüksek puanlar aldığı görülmüştür.

Türkçe çevirinin anlaşılırlığı ve eşitliği açısından değerlendirilmesi ve gelen öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapılmasının ardından 80 senaryo, Klinik Psikoloji alanında doktora eğitimine devam etmekte olan 17 uzman psikoloğa, söz konusu inanç alanlarını ne kadar yansıttığının değerlendirmesini yapmaları için gönderilmiştir. Bu değerlendirmeciler, görevinin 1. aşamasında yer alan OKB ile ilişkili 10 tanıma görevi senaryosunun değerlendirme sürecine katılmış olan aynı uzmanlardır. Bu değerlendirme de her bir senaryo için, araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan, "(1) Hiç Yansıtmıyor" ile "(5) Tamamen Yansıtıyor" uçlarına sahip, 5 birimli Likert tipi derecelendirme üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bunun yanı sıra uzmanların senaryoların içeriği hakkında varsa önerilerini de sunmaları istenmiştir. Yapılan değerlendirmenin ardından senaryolardan bazılarının 3 ve altında puanlanması ve bir kısmının da Türkçe çevirisinin orjinalinden daha uzun olması ve yapılacak olası düzenlemelerin içeriğin büyük oranda değişmesine yol açacak olması nedeni ile toplam 26 senaryo elenmiştir. Bu işlem sonucunda geriye 6 bilişsel inanç alanının her

birinden eşit sayıda olmak üzere toplam 54 senaryo iBYD-Y müdahale programına dahil edilmiştir.

iBYD-Y Müdahale Programı Nötr Senaryoların Oluşturulmasına Dair Ön Çalışma: iBYD-Y müdahale programının yalnızca ilk oturumunda katılımcılara görevi doğru bir şekilde anlayabilmeleri deneme aşamasında sunulan nötr senaryolar aştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu nötr senaryolar da, yorumlama yanlılığının değerlendirilmesinde kullanılmış olan senaryo tanıma görevindeki nötr senaryolara yönelik yapılan ön çalışmaya katılan Klinik Psikoloji alanında uzman 10 psikolog tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirme her bir senaryo için, araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan, "(1) Hiç Yansıtmıyor" ile "(5) Tamamen Yansıtıyor" uçlarına sahip, 5 birimli Likert tipi derecelendirme üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bunun yanı sıra uzmanların senaryoların içeriği hakkında varsa önerilerini de sunmaları istenmiştir. Değerlendirme sonucunda uzmanların her bir senaryo için verdikleri puanların ortalamasının 2'nin altında olduğu, başka bir deyişle bu senaryoların OKB ile ilişkili inanç alanlarını yansıtmayan nötr senaryolar olarak değerlendirildiği görülmüştür.

EK 13: iBYD-D Müdahale Programı Uyaran Setlerinin Oluşturulmasına Dair Ön Çalışmalar

iBYD-D Müdahale Programında Kullanılan Uyaranların Seçilmesine Dair Ön Çalışma: iBYD-D müdahale programında kullanılan uyaranların seçilme süreci, mevcut araştırmada dikkat yanlılığının değerlendirilmesinde kullanılan standart nokta izleme görevinin uyaranlarının seçilme sürecinin bir parçası olarak gerçekleştirilmiştir. Müdahale programına dahil edilecek uyaranlar, uzmanların verdiği puanların ortalaması 4 ve üzeri olan yıkama/temizleme kompulsiyonları kategorisinde yer alan 35 fotoğraf ile kontrol etme kompulsiyonları kategorisinde yer alan 15 fotoğraf arasından 12 adet (6 yıkama/temizleme ve 6 kontrol etme kompulsiyonlarını yansıtan fotoğraf) OKB ilişkili fotoğraf seçilerek uyaran seti oluşturulmuştur. Ayrıca 12 nötr fotoğraf, Uluslararası Duygusal Resim Sistemi'nden (Lang ve diğerleri, 2005) seçilerek uyaran setine dahil edilmiştir.