

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

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN HAMMADDESİ
OLAN İSTEM DIŞI DENEYİMLERİN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI
MODEL DOĞRULTUSUNDA İNCELENMESİ

Özge KURULUŞ

Danışman
Prof. Dr. Orçun YORULMAZ

İZMİR -2021

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif Kompulsif Bozukluğun Hammaddesi Olan İstem Dışı Deneyimlerin Bilişsel Davranışçı Model Doğrultusunda 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.

.../.../2021

Özge KURULUŞ

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

**Obsesif Kompulsif Bozukluğun Hammaddesi Olan İstem Dışı Deneyimlerin
Bilişsel Davranışçı Model Doğrultusunda İncelenmesi**

Özge KURULUŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Programı

Bilişsel Davranışçı yaklaşıma göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) temelinde istem dışı deneyimler yatar; pek çok kişide görülen normal istem dışı deneyimler, yanlış yorumlanmaları ve kontrol tepkilerinin yer aldığı bir süreç sonucunda psikolojik sorunlara dönüşmektedir. İstem dışı deneyimleri değerlendirmek için genellikle anlık belirtiler veya tepkilere yönelik öz-bildirim araçları kullanılmakta, dolayısıyla başlangıcından sonuna kadar bir süreç içinde değerlendirme mümkün olmamaktadır. Bu çalışmada, öncelikle istem dışı deneyimleri ve bunlara özgü değerlendirme ve kontrol stratejilerini kapsamlı şekilde değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçüm aracı olan Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri'nin (OİDE) yetişkin bir örnekleme Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi, sonra bu özelliklerin postpartum dönemdeki annelerde bir kontrol grubuyla kıyaslayarak değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla 238 yetişkin katılımcıdan OKB semptomları, obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejilerini değerlendiren ölçüm araçlarını doldurmaları istenmiştir. Psikometrik değerlendirme için ana örnekleme OİDE'nin faktör analizi, içsel tutarlık, grup farkı ve korelasyon analizleri; postpartum anneler ve bu dönemde olmayan annelerden oluşan 98 kişilik örnekleme ise OİDE'nin grup farkı ve korelasyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizler, OİDE'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmanın sonuçları, ülkemizde klinik olmayan örnekleme farklı türde istem dışı düşünceler

deneyimlendiğini ve değerlendirme ve kontrol yönünde farklı türde tepkiler verilebildiğini farklı bir ölçüm aracıyla desteklerken, cinsellik gibi bazı istem dışı deneyim türlerinin ayrışabildiği yönünde ipuçları da barındırmaktadır. Dahası bu çalışmada ülkemizde postpartum dönemde yaşanan istem dışı deneyimlere ilişkin görece yeni bilgiler sunulmaktadır. Nihayetinde, çalışma bulguları Bilişsel Davranışçı Model çerçevesinde, özellikle istem dışı deneyimlerin OKB semptomları, inanç alanları ve düşünce kontrol stratejileri ile ilişkisi, klinik olmayan örneklem ve postpartum anneler bağlamında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İstem Dışı Deneyimler, Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri, Postpartum istem dışı deneyimler, OKB, psikometrik özellikler.

ABSTRACT

Master's Thesis

Examination of Intrusive Experiences as Raw Material of Obsessive Compulsive Disorder in line with Cognitive Behavioral Model

Özge KURULUŞ

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Science

Department of Psychology

Psychology Program

According to the Cognitive-behavioral model, unwanted intrusive thoughts are raw materials of the Obsessive-Compulsive Disorders (OCD). Actually, many people experience these intrusive experiences, but as a result of biased appraisal and control reactions, they turn into psychological problems. Although current self-report measures in scientific studies focuses on general reactions and symptoms, this approach usually ignore possibility of assessment of whole on-going process. Thus, this study primarily aimed to evaluate psychometric properties of the Turkish form of the Obsessive Intrusive Experiences Inventory (OIEI) in a community sample and then, to examine these features in a group of postpartum mothers as compared to a control group. An instrument set including self-report measures on OCD symptoms, obsessive beliefs and thought control was administered to 238 adults. For psychometric evaluations, the factor analyses, internal consistency, group comparisons and correlation, were performed in community sample, while correlation and group comparison analyses were conducted in postpartum mothers. The results of these analyses initially showed that the Turkish OIEI is a reliable and valid measure. The findings supported the notion with a different measure that nonclinical adults in our country also experiences various kinds of unwanted intrusions followed by misappraisals and control efforts, and there are some clues that some categories of unwanted intrusions such as sexual experiences can be distinguished. Moreover, this study also presents some novel and current findings

with regard to postpartum intrusive experiences from our culture. In conclusion, these results are discussed in the light of the Cognitive-behavioral models as well as the findings about intrusive and OCD experiences, beliefs, control strategies, similar experiences of nonclinical samples and postpartum mothers.

Keywords: Unwanted intrusive experiences, Obsessive Intrusive Experiences Inventory, Postpartum intrusive experiences, OCD, psychometric properties.



**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN HAMMADDESİ OLAN İSTEM
DIŞI DENEYİMLERİN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL
DOĞRULTUSUNDA İNCELENMESİ**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
EKLER LİSTESİ	xv
GİRİŞ	1

**BİRİNCİ BÖLÜM
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN (OKB) İNCELENMESİ**

1.1. OKB VE ÖZELLİKLERİ	6
1.1.1. OKB'nin Tanımlanması	6
1.1.2. OKB'nin Semptom Türleri	10
1.1.3. OKB'nin Klinik Görünümü	13
1.1.3.1. OKB'nin Epidemiyolojisi	13
1.1.3.2. OKB'de Eş Tanı	15
1.1.3.3. OKB'nin Yaşam Kalitesine Etkisi ve Gidişatı	17
1.1.4. OKB'nin Etiyolojisi	19

1.1.4.1. OKB ve Çevresel Etmenler	19
1.1.4.2. OKB ve Nörobiyolojik ve Genetik Etmenler	22
1.2.OKB’NİN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI KURAMLARI	23
1.2.1. Abartılı Sorumluluk Modeli	26
1.2.2. Düşüncenin Önemi Modeli	30
1.2.3. Bilişse Kontrol Modeli	32
1.2.4. OKB’ye Özgü İnançlar	35
1.3. İSTEM DIŞI DENEYİMLER	36
1.3.1.İstem Dışı Deneyimlerin Tanımı ve Yaygınlığı	37
1.3.2. Klinik ve Klinik Olmayan İstem Dışı Düşünceler	39
1.3.3. Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri (OİDE)	42
1.4. POSTPARTUM OKB VE ÖZELLİKLERİ	46
1.4.1. Postpartum OKB Özellikleri	47
1.4.2. Postpartum OKB Modelleri	50
1.5. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE AMACI	52

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM VE BULGULAR

2.1. YÖNTEM	56
2.1.1. ÖRNEKLEM	56
2.1.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	63
2.1.2.1. Kişisel Bilgi Formu	63
2.1.2.2. Obsesif İstem Dışı Deneyimler Envanteri	64
2.1.2.3. Obsesif Kompulsif Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu	66
2.1.2.4. Obsesif İnanışlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Formu	69
2.1.2.5. Düşünce Kontrol Anketi	71
2.1.3. İşlem	72
2.1.4. İstatistiksel Analizler	73
2.2. BULGULAR	74

2.2.1. Çalışmadaki Değişkenlere Dair Genel Betimsel Değerlendirmeler	75
2.2.2. Ölçüm Araçlarının Güvenirlik Değerleri	76
2.2.3. OİDE Türkçe Form'un Yapı Geçerliği	77
2.2.4. OİDE'ye Yönelik Betimsel Değerlendirmeler	89
2.2.5. OİDE'nin Güvenirlik Analizleri Bulguları	92
2.2.6. Eş Zaman Geçerlik	94
2.2.7. Ölçüt Bağlantılı Geçerlik	105
2.2.8. Postpartum Grupla İlgili Analiz Sonuçları	108

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM TARTIŞMA

3.1. OİDE'NİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ	117
SONUÇ	129
KAYNAKÇA	138
EKLER	

KISALTMALAR

OİDE: Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri

OKE-GGF: Obsesif Kompulsif Envanteri-Gözden Geçirilmiş Form

OİA:20: Obsesif İnanışlar Envanteri-Gözden Geçirilmiş Form

DKA: Düşünce Kontrol Anketi

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

MDB: Majör Depresif Bozukluk

WHO: World Health Organization

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: İstem Dışı Deneyimlerin Temel Özellikleri	s.38
Tablo 2: Klinik Olan ve Klinik Olmayan İstem Dışı Deneyimlerin Ayırt Edici Özellikleri	s.40
Tablo 3: Tüm Grup Katılımcılarının Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı	s.57
Tablo 4: Postpartum Grup ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı	s.61
Tablo 5: OKE-GGF, OİA ve DKA için Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık, Basıklık ve Minimum-Maksimum Değerleri	s.75
Tablo 6: OKE-GGF, OİA ve DKA için Güvenirlik Analizi Sonuçları	s.76
Tablo 7: OİDE Bölüm 1'in Faktör Yapısı ve Faktör Yükleri	s.79
Tablo 8: Tüm Modeller için Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum Değerleri	s.87
Tablo 9: OİDE için Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık, Basıklık ve Minimum-Maksimum Değerleri	s.89
Tablo 10: Katılımcıların OİDE Bölüm 1 Dışında Bildirdikleri En Rahatsız Edici İstem Dışı Deneyimleri	s.90
Tablo 11: Katılımcıların En Rahatsız Edici İstem Dışı Deneyime Göre OİDE Bölüm 1 Alt Boyutları Dağılımı	s.91
Tablo 12: Katılımcıların OİDE Bölüm 2B Dışında Bildirdikleri Düşünce Kontrol Stratejileri	s.92
Tablo 13: OİDE için Güvenirlik Analizi Sonuçları	s.94

Tablo 14: OİDE Bölüm 1, OKE-GGF, OİA ve DKA için Pearson Korelasyon Katsayıları s.97

Tablo 15: OİDE Bölüm 1, OKE-GGF, OİA ve DKA'nın Korelasyon İlişkileri s.99

Tablo 16: OİDE Bölüm 2A, OİDE Bölüm 1 ve OİA için Pearson Korelasyon Katsayıları s.102

Tablo 17: OİDE Bölüm 2B, OİDE Bölüm 1 ve DKA için Pearson Korelasyon Katsayıları s.104

Tablo 18: Düşük ve Yüksek OKE-GFF Gruplarının Değişkenler Üzerindeki Grup Farkı s.107

Tablo 19: Postpartum Grupta OİDE Bölüm 1 ve OKE-GGF, OİA-20 ve DKA için Pearson Korelasyon Katsayıları s.110

Tablo 20: Postpartum Grupta OİDE Bölüm 2A, OİDE Bölüm 1 ve OİA için Pearson Korelasyon Katsayıları s.111

Tablo 21: Postpartum Grupta OİDE Bölüm 2B, OİDE Bölüm 1 ve DKA için Pearson Korelasyon Katsayıları s.113

Tablo 22: Postpartum ve Kontrol Gruplarının Değişkenler Üzerindeki Grup Farkı s.115

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Abartılı Sorumluluk Modeli	s.29
Şekil 2: Bilişsel Kontrol Modeli	s.34
Şekil 3: İlk Doğrulayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri	s.85
Şekil 4: İkinci Doğrulayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri	s.88



EKLER LİSTESİ

EK 1: Kişisel Bilgi Formu	ek s.1
EK 2: Obsesif İstemışı Düşünceler Envanteri	ek s.2
EK 3: Obsesif Kompulsif Envanteri-Gözden Geçirilmiş Form	ek s.5
EK 4: Obsesif İnançlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Form	ek s.6
EK 5: Düşünce Kontrol Anketi	ek s.7



GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), zorla ve istenmeden yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgeler ve/veya kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği tekrarlayıcı davranışlar ya da bilişsel eylemlerin yer aldığı psikiyatrik bir durumdur (APA, 2013: 129). Bu tanım ışığında, obsesyonların söz konusu olduğu durumda obsesyonlara tepki niteliğinde gerçekleştirilen kaçınma, bastırma ya da nötrleştirme gibi kompulsif davranışlar ile obsesyonlara yönelik öznel bir tepkinin verildiği söylenilebilir. Kompulsif davranış sonrasında obsesyonun yarattığı rahatsızlık hissinin azalması sebebiyle kısa süreli bir rahatlama gerçekleşmekte; ancak korkunun gerçekleşmeme nedeni olarak kompulsif davranışın görülmesi, düşüncenin mantıksız olan yönünün keşfedilmesinin engellenmesi ve korkulan durumun olmaması için kompulsiyonun gerekli ve önemli olduğunun düşünülmesi sağlanmakta ve obsesif korku ve kompulsif dürtü güçlenerek devam etmektedir (Lee ve Kwon, 2003: 26; Ritter ve Hazlett-Stevens, 2006: 456). Yapılan araştırmalar OKB'nin klinik ve etiyolojik olarak heterojen bir bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır (Torresan ve diğ., 2013:1). Bu bağlamda OKB daha iyi anlaşılabilmesi adına çok boyutlu bir yaklaşım ile ele alınmaktadır. Ölçüm aracı geliştirme çalışmalarından elde edilen faktör analizi bulgularına göre üç ile altı arasında semptom alt boyutu elde edildiği görülmekte; ayrıca otojen-reaktif olmak üzere ikili ayırım önerilmektedir (Baer, 1994: 18-23; Mataix-Cols ve diğ., 2002: 263; Lee ve Kwon 2003: 12; Bloch ve diğ., 2008: 1538; Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 477).

OKB'nin etiyolojisinde ve sürdürülmesinde bilişin rolünü açıklamak için bilişsel davranışçı yaklaşım altında farklı modeller önerilmektedir. Modeller arasında farklılıklar olsa bile, bilişsel davranışçı modelin temel ilkeleri kapsamında belirli ilke ve bilişlerin rolü ve işlevi hakkında temel varsayımları bulunmaktadır. Bilişsel davranışçı modele göre normal istem dışı düşünceler pek çok insan tarafından deneyimlenmekte ve obsesif düşünceler kökenlerini normal istem dışı düşüncelerden almaktadır (Edwards ve Dickerson, 1987: 321; England ve Dickerson, 1988: 282). Bu bağlamda, normal istem dışı düşünceler ile obsesif düşünceler arasındaki fark düşüncenin deneyimlenmesi ya da kontrol edilemez olmasına değil, düşüncenin

deneyimlenmesi ya da kontrol edilemez olmasına dair yapılan yanlış değerlendirmelere dayanmaktadır. Salkovskis, Abartılı Sorumluluk Modelinde obsesif düşüncenin kökenlerinin normal istem dışı deneyimlerden kaynaklandığını ortaya koymaktadır (Salkovskis, 1989a: 678). Abartılı Sorumluluk Modeli'ne göre normal istem dışı düşünceler ile obsesyonlar arasındaki farklılıklar, oluşumu, içeriği ve hatta kontrol edilemezliğine değil, abartılı sorumluluk değerlendirmeleri ve nötrleştirme davranışlarına dayanmaktadır (Salkovskis, 1999: 32). Rachman, Düşüncenin Önemi Modelinde normal istem dışı düşüncelerin öneminin felaketleştirilerek yorumlanması sonucunda obsesyonların ortaya çıktığını savunmaktadır (Rachman, 1998: 385). Rachman, Salkovskis'le benzer şekilde obsesyonların kökeninin normal istem dışı deneyimlere dayandığını savunmaktadır; ancak Salkovskis'in aksine sadece belirli içerikte olan istem dışı deneyimlerin obsesyonlara dönüşebileceğini ve bu dönüşümün kişinin değerler sistemi ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (Rachman, 1998: 390). Clark ve Purdon (2002: 31) ise Düşünce Kontrol Modelinde düşünce kontrolü hakkındaki gerçekdışı olan işlevsiz inançların obsesyonların oluşumuna önemli katkıda bulunduğunu savunmaktadırlar. Bu süreç birincil değerlendirmeler ve ikincil kontrol değerlendirmeleri olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır: Birincil değerlendirmeler, obsesyona dair önem, tehdit ve abartılmış sorumluluk değerlendirmelerine; ikincil değerlendirmeler ise başarısız bilişsel kontrolün önemi ve algılanan sonuçlarına odaklanmaktadır (Clark, 2004: 141). Aktarılan modellere ek olarak, OKBÇG'nun katkılarına da değinmek gerekmektedir: OKBÇG (1997: 672) tarafından OKB'yi karakterize eden ve bozukluk için tipik bir bilişsel savunmasızlık oluşturduğu belirlenen 6 inanç alanı belirlenmiştir. Bu inanç alanları şunlardır: abartılı sorumluluk algısı, düşüncenin önemi, abartılı tehdit algısı, düşüncenin kontrolünün önemi, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik. OKB'ye yönelik bir eğilim ya da savunmasızlık oluşturduğu belirtilen bu altı inanç alanlarında yüksek puanlara sahip olan bireylerin, istem dışı düşünceleri yanlış yorumlama ve işlevsiz nötrleştirme stratejilerini gerçekleştirme eğiliminin düşük puan alanlara göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Freeston ve diğ., 1996: 435).

Bilişsel davranışçı modeller obsesyonların oluşumu konusunda istem dışı düşüncelere işaret etmektedir; bu nedenle istem dışı düşüncelere değinmek yerinde olacaktır. Düşünceler, her ne kadar bizler tarafından deneyimlenseler de tahmin

ettiğimizden daha az kontrolümüz altındadırlar: Gün içerisinde arzuladığımız dışında, amaca ya da hedefe yönelik olmayan bilişsel aktiviteler yaşayabiliriz; hayaller, hafıza hataları, dikkat dağınıklığı, ruminatif düşünceler ya da obsesif düşünceler ile bilişsel süreçlerimiz kesintiye uğrayabilirler. Bu tür istem dışı olarak gerçekleşen bilişsel deneyimlerin OKB'nin gelişiminde önemli rol oynadığı öne sürülmektedir (Sarason ve diğerleri, 1996: 139). Çalışmalar klinik olmayan bireylerin obsesif düşünceler ile benzer olan istem dışı düşünceler deneyimlediklerini ortaya koymaktadır (Rachman ve Hodgson, 1980; Sarason ve diğerleri, 1996: 139). Bilişsel davranışçı modele göre, normal istem dışı düşünceler nötrleştirilmesi gereken önemli bir kişisel tehdit olarak yanlış yorumlanması sonucunda obsesyonlara dönüşmektedir (Salkovskis, 1985: 572; Rachman, 2003: 22). Yapılan çalışmalarda istem dışı düşüncelerin klinik olmayan örneklerde %80 ile %90 arasında deneyimlendiği tutarlı bir şekilde bildirilmiştir (Rachman ve de Silva, 1978: 239; Parkinson ve Rachman, 1981: 103; Salkovskis ve Harrison, 1984: 550; Clark ve de Silva, 1985: 387; Freeston, Ladouceur, Thibodeau ve Gagnon, 1991: 589; Purdon ve Clark, 1993: 406; Radomsky et al., 2014). Bu noktada istem dışı düşünceler ile obsesyonlar arasındaki ilişkiye dair çalışmalar yapılmış ve şu farklılıklar öne çıkmıştır: OKB sorunu olan bireylerin bildirdikleri istem dışı düşünceleri daha sık, rahatsızlık verici, kontrol edilemez ve kişinin değerlerine ve benliğine aykırı olması yönüyle kabul edilemez olarak bildirdikleri (Rachman ve de Silva, 1978: 239; Janeck ve Calamari, 1999: 507; Abramowitz ve diğ., 2010: 180); istem dışı düşünceye dair tepkilerinin obsesif düşünceye karşı nötrleştirme ve düşünce kontrol stratejilerini içerdiği; kontrol çabalarının daha çok başarısız olarak algıladıkları görülmektedir (Amir, Cashman ve Foa, 1997: 777; Ladouceur ve diğ., 2000: 185).

Çalışmalarda OKB'nin temelinde yer alan istem dışı deneyimlerin ve dolayısıyla OKB'nin gelişimi üzerinde bazı yaşam olaylarının etkili olduğu görülmektedir. Bunlardan biri doğum sonrası dönemdir (Abramowitz ve diğ., 2003a: 464; Guzick ve diğ., 2017: 31). Postpartum OKB, çoğunlukla prepartum dönemde başlayan bulaşma ve postpartumda başlayan bebeğin zarar göreceği şeklindeki istem dışı düşünceler ile karakterize olan belirgin klinik tablo olarak tanımlanmaktadır (Abramowitz ve Fairbrother, 2008: 153). Bu tanım ışığında, doğum sonrası dönemin istem dışı düşünceler üzerinde etkili olduğu ve özellikle belirli türde istem dışı

düşüncelerin deneyimlenmesi ile ilişkili olduğu söylenilebilir. Doğum sonrası dönemin istem dışı düşünceler üzerindeki bu tür etkilerine ek olarak, doğum sonrası dönemin artan bir risk dönemi olması ve hamilelik döneminde görülen OKB'nin ayrı bir klinik tablo ortaya koyması gibi nedenlerle, postpartum OKB ayrı bir alt tip olarak ele alınmaktadır. Postpartum OKB'nin istem dışı düşünceler ile ilişkisi ve ayrı bir alt tip olarak ele alınması, kuramsal açıklamaları da beraberinde getirmiştir. Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre postpartum OKB, doğum sonrası dönemde yaşanan sorumlulukta ani artış sonucunda deneyimlenen bebeğe ilişkin istem dışı düşüncelerin yanlış değerlendirilmesi ve istem dışı düşüncelerden kaynaklanan sıkıntının azaltılmasına yönelik tepkilerin geliştirilmesine bağlı olarak gelişmektedir (Fairbrother ve Abramowitz, 2007: 2158).

OKB'nin bilişsel davranışçı teorileri, obsesif istem dışı düşüncelerin herkes tarafından deneyimlendiğini ve şiddetin bir uçta hiçbir istem dışı deneyimin olmayışı, bir uçta ise en fazla istem dışı deneyimin oluşu olmak üzere artan bir süreklilik üzerinde yer aldığını savunmaktadır (Clark ve Rhyno, 2005: 12; Berry ve Laskey, 2012: 126; Abramowitz et al., 2014: 208). Süreklilik modeli klinik olsun ya da olmasın tüm bireylerin aynı tür istem dışı deneyimleri deneyimlediğini ileri sürmekte; yapılan çalışmalar ile bu önerme desteklenmektedir (Rachman ve de Silva, 1978: 239; Abramowitz ve diğ., 2014; Radomsky ve diğ., 2014: 7). Ölçüm aracı geliştirme çalışmalarında istem dışı düşüncelerin ve hatta obsesyon ve kompulsiyonların klinik olmayan örneklemde de deneyimlendiği görülmektedir (Foa ve diğ., 2002: 206; Thordarson ve diğ., 2004: 1034; Watson ve Wu, 2005: 59; Abramowitz ve diğ., 2010: 180; Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 481). Bu bağlamda, ölçüm araçları geliştirme çalışmaları istem dışı deneyimlerin daha ayrıntılı bir incelemesine olanak tanımakla birlikte, obsesyon ve kompulsiyonların klinik olan ve olmayan bireylerde bir süreklilik gösterdiğine de işaret etmektedir.

Bunlara bağlı olarak istem dışı düşüncelerin değerlendirilmesi ve farklı kültürlerdeki normal örneklemde alt boyutlarının test edilmesi önem kazanmaktadır. Tüm bu nedenler ve istem dışı düşüncelerin kapsamlı bir ölçümünü sağlaması dolayısıyla, bu çalışmada istem dışı düşünce, imge veya dürtüleri ve bunlardan kişi için en rahatsız edici olan istem dışı deneyime yönelik değerlendirme ve kontrol stratejilerini belirlemeyi amaçlayan “Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri

(OİDE)” (The Obsessional Intrusive Thoughts Inventory; INPIOS) Türkçe’ye uyarlanarak Türkçe formunun yetişkin örnekleme geçerlik ve güvenirliği sınanacaktır. OİDE’nin geçerlik çalışması yetişkin örnekleme ek olarak postpartum örnekleme de gerçekleştirilecektir. Böylelikle hem obsesif istem dışı deneyimlerin postpartum annelerdeki durumunun incelenmesi hem de postpartum grubundaki sonuçların literatür ile karşılaştırılmasına dayanarak OİDE’nin eş zaman geçerliğine katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.



BİRİNCİ BÖLÜM

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN (OKB) İNCELENMESİ

1.1. OKB VE ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde öncelikli olarak tarihsel gelişimi ve günümüz durumu açısından OKB'nin tanımı yapılacak, obsesyon ve kompulsiyonlara ve semptom türlerine yönelik açıklamalar verilecektir. Daha sonra OKB'nin epidemiyolojisi, eş tanısı, yaşam kalitesine etkisi ve klinik gidişatı ele alınacaktır. Son olarak çevresel, nörobiyolojik ve genetik etmenler açısından OKB'nin etiyolojisine değinilecektir.

1.1.1. OKB'nin Tanımlanması

Psikiyatrik olgulara ilişkin yaklaşımlar, dönemlerin entelektüel birikimleri ve bilimsel yaklaşımları tarafından etkilenmektedir. 19. yüzyılın başlarına kadar, obsesif kompulsif olgular aslında dönemin diğer “delilik” formlarından farklılaşmamıştır (Berrios, 1989: 283). O döneme kadar yapılan OKB tanımına benzer ilk tanımlamalar çoğunlukla, günümüzde “scrupulosity” denilen, kişinin günah işlediğine dair obsesif düşüncelere sahip olma durumu olarak tanımlanan olguya işaret etmektedir (Greenberg ve Huppert, 2010: 283). Örneğin, Burton (1621:48) “Melankolinin Anatomisi” isimli incelemesinde bir vakayı şu şekilde tanımlamıştır: “Eğer vaaz gibi sessiz bir yerde olursa, yüksek sesle ve farkında olmadan söylenmeye uygun olmayan bir şeyler söyleyeceğinden korkuyor.”. 19. yüzyılın başlarında ise OKB tanımlamalarının odağı manevi yönü ile ele alındığı durumdan tıbbi araştırma alanına geçmiştir. Bu dönemde OKB, Fransız psikiyatristler tarafından tanımlanan bir yapı olan “delilik” kavramının bir çeşidi olarak kabul edilmiştir; 19. yüzyılın başlarında ise ilk defa Esquirol tarafından hastaların obsesyonlarının dayanılmaz olduğunun farkında oldukları ve belirli bir içgörü düzeyine sahip oldukları ifade edilmiştir (aktaran: Berrios, 1989: 284). Bunu Morel'in OKB'yi bir duygu hastalığı olarak tanımlaması takip etmiştir (aktaran: Berrios, 1989: 285). 19. yüzyılın sonlarında ise Legrand du Saulle, OKB semptomlarını “şüphe kaynaklı çıldırma ve dokunma hezeyanları” olarak

tanımlamış ve iç görünün bulunduğu bir delilik olduğunu öne sürmüştür (aktaran: Berrios, 1989: 286). Aynı dönemde Alman yazar Westphal ise obsesyonlar ile sanrıları ilk kez birbirinden ayırmış ve irrasyonel düşüncelerin bilişsel temsili olan nörolojik olaylar temelinde tanımlamalar yapmıştır (May-Tolzmann, 1998: 340).

Bu tür erken dönem tanımlamalar yapılmış olsa da OKB'nin karmaşık karakteristiğine yönelik modern kavramsal bir çerçeve oluşmamıştı. 20. yüzyılın başlamasıyla, Janet (1903) tarafından obsesif kompulsif nevrozun psikolojik görüşü ilk kez ortaya koyulmuştur. Janet, obsesyon ve kompulsiyonları olan bireylerin kaygı, endişe, düşük mental enerji ve şüphe gibi özellikler gösteren “anormal” bir kişiliğe sahip olduklarını ifade etmiştir (aktaran: Berrios, 1989: 291). Bu sırada Freud (1958), şimdi obsesyon ve kompulsiyonlar olarak tanımladığımız semptomları “obsesyonel nevroz” olarak adlandırmış ve hastanın bilinç düzeyinde kabul edilemez olarak değerlendirilen dürtüleri üzerindeki bilinçdışı mücadelesinden kaynaklandığını ifade etmiştir (aktaran: Kay ve diğ., 1996: 341). Bu bağlamda, 20. yüzyılın büyük bölümünde, OKB'nin kavramsallaştırılmasında psikanalitik teoriler egemen olmuştur. Psikanalitik teoriye göre obsesyonlar ve kompulsiyonlar, erken dönem psikoseksüel basamaklara geri dönme ve bilinçdışı cinsel ve saldırgan dürtülerden kaynaklanan kaygı ile mücadele etmek için gereken olgun savunma mekanizmalarından yoksun olma ile değerlendirilmiştir (aktaran: Kay ve diğ., 1996: 341). OKB'nin psikanalitik açıklaması, 20. yüzyılın son çeyreğinde yeni ve etkili davranışsal ve farmakolojik tedavilerin tanıtılmasıyla desteklerini kaybetmiştir.

Özetle, erken dönem tanımlamaları ilk olarak OKB'nin dini obsesyonlara işaret eden yönünü ele alırken, daha sonra kavramsal ve psikolojik yönün ele alındığı tanımlamalar yapılmıştır. OKB'ye özgü bilimsel yaklaşım ve yapılan tanımlamalar dönemin özelliklerinden etkilenerek günümüze kadar büyük bir değişim geçirmişlerdir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgelerin (obsesyonlar) ve/veya kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği tekrarlayıcı davranışlar ya da bilişsel eylemlerin (kompulsiyonlar) yer aldığı psikiyatrik bir durumdur (APA, 2013: 129). OKB sorunu olan bireyler

obsesyonları söz konusu olduğunda bu düşüncelere, dürtülere ya da imgelere aldirmamaya veya bunları baskılamaya çabalamakta ya da bunları başka bir düşünce veya eylemle nötrleştirme girişimlerinde bulunmaktadırlar (APA, 2013: 129). Obsesyonlara tepki niteliğinde gerçekleştirilen davranışlar ya da bilişsel eylemler şeklinde görülen kompulsiyonlar, yaşanan kaygı veya sıkıntıdan korunma, bunları azaltma ve/veya korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılmaktadır; ancak bu davranışlar ya da bilişsel eylemler, etkisizleştirileceği ya da korunacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir (APA, 2013: 130). Obsesyon ve kompulsiyonlar kişinin zamanını almakta veya klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal alanlarda, çalışma alanlarında ya da önemli diğer alanlarda işlevsellikte düşmeye yol açmaktadır. Ayrıca DSM 5'e (APA, 2013: 130) göre obsesif-kompulsif semptomlar bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz; başka bir ruhsal bozukluğun semptomlarıyla daha iyi açıklanamazlar.

DSM 5 ile birlikte OKB'nin tanı kriterleri açısından büyük bir değişikliğe gidilmemiştir. Değişikliklere kısaca bakıldığında iç görü kriterlerinin genişlediği, “düşünceler, dürtüler veya imgelerin sadece gerçek yaşam problemleri hakkındaki endişeler olmaması” kriterinin tamamen kaldırıldığı, tikleri ile yüksek eş tanı olduğuna ilişkin araştırma bulgularına dayanarak tiklerin görüldüğü durumlar için belirteç eklendiği görülmektedir. Tanı kriterleri için büyük bir değişim olmasa da özellikle nozolojik açıdan önemli değişikliklere gidilmiştir: OKB, kaygı bozuklukları bölümünden çıkarılarak Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar olarak adlandırılan yeni bölümde sınıflandırılmıştır (APA, 2013: 129). Bu nozolojik revizyon, OKB'yi panik, sosyal kaygı gibi kaygı bozukluklarından ayıran nörolojik bulgulara ve tedavi yanıtı verilerine dayanmaktadır (Philips ve diğ., 2010: 528-555). OKB'nin diğer kaygı bozukluklarından ayrılmasına destek olan biyolojik açıklamalara odaklanan bir çalışmada, kaygı bozukluklarıyla kıyaslandığında OKB'nin daha fazla semptom heterojenliği gösterdiği, frontostriatal bölgede daha fazla hareket sergilediği, inhibitör yürütücü işlevsellikte bazı belirgin bozuklukların gözlemlendiği ve anksiyolitik ilaçlara daha kötü yanıtlar verdiği ortaya koyulmaktadır (Stein ve diğ., 2010: 493-506). Diğer yandan, OKB'de kaygı yaşanmadığı anlamı çıkarılmamalıdır: Araştırma bulgularına göre, OKB semptomları kişide sıkıntı ve kaygı yaratmaktadır. Ancak, kaygı

bozukluklarının tersine, OKB’de tekrarlayan istek ve dürtülere karşı koyamama ve tekrarlayan davranışlar görülmektedir (Hollander ve diğ., 2008: 318).

Obsesyonlar ile temelde kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgeler kast edilmektedir. Kişi bu düşüncelere, dürtülere ya da imgelere aldırnamaya ya da bunları baskılamaya çabalar ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle nötrleştirme girişimlerinde bulunur (APA, 2013: 129). Bu pencereden bakıldığında, her tekrarlayıcı düşünceyi obsesyon olarak görmek gibi bir hataya düşülebilir. Fakat klinik obsesyonların tekrarlayan düşüncelerden ayrılmasını sağlayan üç özellik bulunmaktadır (Abramowitz, 2006: 11): İlk olarak, obsesyonlar istenmeyen ve kontrol edilemez şekilde deneyimlenir ve sıklıkla uygunsuz anlarda bireyin bilişsel süreçlerini kesintiye uğratırlar; ikinci olarak, obsesif düşünceler kişinin kendi inanç dünyası ile uyuşmayabilirler ve kendinden beklemediği içeriğe sahip olabilirler, yani ego-distoniklerdir; üçüncü olarak, tekrarlayan düşüncenin obsesyon olarak tanımlanması için obsesyonu yok etme, nötrleştirme veya obsesyondan tümünden kaçmayı ifade eden öznel bir karşı koymanın olması gerekmektedir.

Kompulsiyonlar, kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği tekrarlayıcı davranışlar ya da bilişsel eylemler olarak ifade edilmektedir. Buna göre bu davranışlar ya da bilişsel eylemler, yaşanan kaygı veya sıkıntıdan korunma, bunları azaltma ve/veya korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da bilişsel eylemler, etkisizleştirileceği ya da korunacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir (APA, 2013: 130). OKB sorunu olan bireylerde olabilecek olumsuz sonuçları önlemek için gerçekleştirilen kompulsiyonlar davranışsal şeklinde görülebileceği gibi bilişsel şekilde de görülebilmektedir (Rachman, 2002: 627). Bilişsel kompulsiyonların davranışsal kompulsiyonlara göre daha soyut olması nedeniyle obsesyonlardan ayrılması güç olabilmektedir (Abramowitz, 2006: 16): Ancak davranışsal kompulsiyonlar gibi bilişsel kompulsiyonlar da sıkıntının azaltılması amacıyla ve istemli bir şekilde gerçekleştirilmektedirler (De Silva ve diğ., 2003: 131). Kompulsiyonlar tekrarlayan davranışlar olarak tanımlansa bile, her tekrarlayan davranış kompulsiyon olarak nitelendirilmemektedir. Rachman’a göre tekrarlayan bir

davranışın kompulsiyon olarak değerlendirilmesi için iki gerekli koşul vardır: davranışın gerçekleştirilmesi için bir dürtü ya da baskının söz konusu olması ve bu dürtünün birtakım içsel kaynaklara atfedilmesi (Rachman, 2002: 627).

Kompulsiyonlar sıkıntıyı azaltmak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Ancak kısa vadede kaygıyı azaltsalar bile, obsesif düşüncenin zararsız olduğunun görülmesine engel oldukları için uzun vadede uyumlu olmayan davranış biçimleridir (Abramowitz, 2006: 15-16; Ritter ve Hazlett-Stevens, 2006: 456). Bu tür bir değerlendirme hatası sonucunda korkunun gerçekleşmeme nedeni olarak kompulsif davranışların görülmesi, düşüncenin irrasyonel yönünün keşfedilmesini engellenmekte ve felaketin olmaması için kompulsif davranışın gerekli olduğunun düşünülmesiyle obsesif korku ve kompulsif dürtüyü güçlendirmektedir (Lee ve Kwon, 2003: 26; Ritter ve Hazlett-Stevens, 2006: 456). Bu bağlamda, OKB'deki kompulsif davranışlar kendini devam ettiren bir döngüye girmekte ve her tekrarlama ile güçlenmektedir.

Özetle, tekrarlayıcı ve istem dışı olarak deneyimlenen obsesyonlara karşılık tekrarlayıcı, isteğe bağlı ve obsesyona tepki niteliğinde olan kompulsiyonlar gerçekleştirilmektedir. Ancak tüm tekrarlayan düşünceler ve davranışlar obsesyon ve kompulsiyon olarak adlandırılmamakla birlikte, klinik açıdan anlamlı olmaları yukarıda da değinilen özellikleri gerektirmektedir.

1.1.2. OKB'nin Semptom Türleri

Obsesyonlar düşüncelerin doğası gereği çok çeşitli içerikte deneyimlenebilme potansiyeline sahiptir; bununla paralel şekilde obsesyonlara tepki olarak gerçekleştirilen kompulsiyonlar da çeşitli şekillerde görülebilmektedir. Bu çeşitlilik obsesyonların herkes için farklı deneyimlenmelerini sağlasa bile, yapılan araştırmalarda obsesyonların kendi içinde çeşitlilikler gösteren belirli temalarda görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bu nedenle ilgili bölümde obsesyonların semptom türlerine değinilecektir.

Ampirik araştırmalar, OKB'nin klinik ve etiyolojik olarak heterojen bir psikopatoloji olduğunu ortaya koymaktadır (Torresan ve diğ., 2013:1): Çalışmalarda her biri kendi içerisinde çeşitlenebilen 67 farklı potansiyel obsesyon ve

kompulsiyonun varlığına işaret edilmektedir (Goodman ve diğ., 1989: 1006-1011). Temalar açısından var olan çeşitliliğe ek olarak obsesyonlar şüpheler, imgeler, dürtüler, korkular gibi çeşitli formlarda deneyimlenebilmektedir (Akhtar ve diğ., 1975: 342). Bu çeşitlilik nedeniyle OKB'nin tanımlanmasında çok boyutlu yaklaşım öne çıkmaktadır. Çok boyutlu yaklaşım iki temel varsayıma dayanmaktadır: (1) OKB'nin, her bireyde ortaya çıkışı ve riski açısından küçük ancak önemli katkıları olan çok sayıda faktörün bir sonucu olması ve (2) OKB'nin semptom şiddeti açısından bir tarafta herhangi bir obsesyon ve kompulsiyonu olmayan bireylerin diğer tarafta ise şiddetli pek çok obsesyon ve kompulsiyonları olan bireylerin olduğu artan bir sürekliliği göstermesi (Taylor, 2005: 37). OKB sorunu olan bireylerin değerlendirilmesinde en çok kullanılan ölçüm araçlarıyla yapılan faktör analiz çalışmalarında genelde hem çocuk hem de yetişkinler için geçerli üç ile altı arasında semptom alt boyutu olabileceği bildirilmiştir (Baer, 1994: 18-23; Mataix-Cols ve diğ., 2002: 263; Bloch ve diğ., 2008: 1538). Yapılan bir çalışmada, obsesyon ve karşılık gelen kompulsiyonlardan oluşan semptom alanları aşağıdaki şekilde belirtilmektedir (Bloch ve diğ., 2008: 1532-1542):

- Olabilecek tehlikelerden korkma ve kontrol etme, sayma ya da tekrarlayan kompulsiyonlar gerçekleştirme,
- Saldırgan, cinsel, dine hakaret içeren ya da tabu düşünceler ve telafi edici ya da nötrleştirme davranışları,
- Bulaşma obsesyonları ve yıkama ya da temizleme kompulsiyonları,
- Simetri obsesyonları ve sıralama kompulsiyonları,
- Diğer kategoriler ile değişken ilişki gösteren somatik obsesyonlar,
- Şimdilerde ayrı bir durum olarak kategorize edilen istifleme.

Öte yandan, Lee ve Kwon (2003: 12) iki obsesyon türü önermektedirler: Reaktif ve otojen obsesyonlar. Bunlardan reaktif obsesyonlar belirsizlik ya da risk taşıdığı için kaygı verici olarak değerlendirilen, ihtimal dahilinde olan ancak olası olmayan olumsuz sonuçlar ile ilişkili önleyici düşünceler, şüpheler ve kaygılardır (Lee ve Telch, 2005:794). Buna göre algılanan tehdit, obsesyonun kendisinden değil olabilecek olumsuz sonuçlardan kaynaklanmaktadır (Lee ve diğ., 2005:119). Reaktif

obsesyonlar genelde kirlenme, hatalar, kazalar, simetri ve düzenin olmaması ile ilgili düşünceler, kaygılar ve şüpheleri ifade etmektedir. Obsesif korkunun gerçekliği ve gerçekleşme olasılığı algısı yüksektir; bu nedenle mantıklı ve gerçekçi olarak algılanmakta ve davranışsal kompulsiyonlar ve nötrleştirme stratejileri ile durum güvenli ve istenen hale getirilmeye çalışılmaktadır (Lee ve diğ., 2005: 119). Otojen obsesyonlar ise bireysel olarak kabul edilemez bulunan, rahatsız edici olan ve gerçekçi olmayan istem dışı düşünceler, dürtüler ve imgeleri içermektedir: Algılanan tehdit düşüncenin kendisinden kaynaklanmaktadır (Lee ve Telch, 2005: 794). Norm ya da ahlak dışı düşünceler, uygunsuz cinsel davranışlar, şiddet davranışları, saldırganlık, kutsallara saygısızlık, küfür veya korkunç imgeler şeklinde deneyimlenebilen düşünceler, tepkiler ve dürtüler bu kategoride yer almaktadır (Lee ve Kwon, 2003: 12). Genel olarak mantıksız ve kabul edilemezdirler; ancak deneyimlenmesi kişide tiksindirici duygular uyandırdığı için düşüncenin kendisi güçlü bir şekilde devam eder (Lee ve Telch, 2005: 794).

Bu özellikler bakımından otojen-reaktif model, iki tür obsesyonun farklı tehdit odakları açısından farklılaştığını ve farklı bir değerlendirme ve kompulsiyon örüntüsü ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Otojen obsesyonların kendileri tehdit edici olarak değerlendirilir ve bu nedenle obsesyonun oluşumu ve içeriğine dair abartılı bir önem atfeden işlevsiz değerlendirmeler yapılır. Buna karşılık düşüncenin varlığına dair algılanan tehdit nedeniyle düşünceyi azaltılma ya da ortadan kaldırılmayı amaçlayan bilişsel kontrol stratejileri ve bastırma, kaçınma gibi nötrleştirme stratejileri kullanılmaktadır (Lee ve Telch, 2007: 110). Reaktif obsesyonlar ise korkuyu tetikleyen uyaran ve tehdit edici dışsal durumlar ile ilişkili olan tehlikenin olasılığı ve olumsuz sonuçları üzerine abartılı bir değerlendirmeyi içermektedir. Buna karşılık tetikleyici durum ya da uyaranların yarattığı sıkıntıyı azaltma ya da ortadan kaldırmayı amaçlayan davranışsal kompulsiyonlar kullanılmaktadır (Lee ve Telch, 2007: 110).

Bu bilgiler ışığında, OKB'nin semptom türlerine yönelik yapılan çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılsa bile, genellikle üç ile altı arasında obsesyon ve bunlara karşılık gelen kompulsiyon türlerinin olduğu belirtilmektedir. Temalar yönünden yapılan bu ayrıma ek olarak obsesyonlar, tehdidin düşüncenin kendisinden kaynaklanması ve düşüncenin işaret ettiği dış tehditlerden kaynaklanması olmak üzere tehdit odaklarının farklılaşması bakımından ikiye ayrıldıkları görülmektedir.

1.1.3. OKB'nin Klinik Görünümü

Bu bölümde önce OKB'nin ve obsesyon-kompulsiyonların toplum içerisindeki görülme oranlarına değinilecek, sonra cinsiyetlere yönelik karşılaştırmalar ve başlangıç yaşına yönelik literatür bulguları aktarılacaktır. Daha sonra OKB ile eş tanı olarak görülen diğer bozukluklar, OKB'nin yaşam kalitesine olan etkisi ve klinik gidişatı ele alınacaktır.

1.1.3.1. OKB'nin Epidemiyolojisi

Yapılan geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalarda anlık prevelansın yaklaşık %1 (Fonteneller ve diğ., 2006: 328) ve yaşam boyu prevelansının %1 ile %3 (Ruscio ve diğ., 2010: 56; Kessler ve diğ., 2012: 5) arasında olduğu bildirilmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda bu oranların pek çok farklı ülke ve kültürde benzer olduğu gösterilmektedir. Örnek vermek gerekirse farklı ülkelerde yapılan geniş çaplı araştırmalar Britanya'da 1 aylık prevelans için %1,1 (Torres ve diğ., 2006: 1979); Hollanda'da anlık prevelans %0,9 (de Bruijn ve diğ., 2010: 995); ABD'de 12 aylık prevelans için %1,2 ve yaşam boyu prevelans için %2,3 (Ruscio ve diğ., 2010: 56); Almanya'da 12 aylık prevelans için %0,7 (Adam ve diğ., 2012: 343); Brezilya'da 12 aylık prevelans için %3,9, yaşam boyu prevelans için %6,7 (Andrade ve diğ., 2012: 4) olarak bildirilmektedir.

Obsesyonlar ve kompulsiyonlar, diğer psikiyatrik bozukluklar bağlamında görülebilmekte, hatta OKB dahil olmak üzere hiçbir psikiyatrik bozukluk tanısını karşılamayan insanlar arasında bile deneyimlenebilmektedir. Günümüz epidemiyolojik araştırmalarında tanı kriterlerini karşılamayarak eşik altı kalan bireyler de incelenmektedir. Bu anlamda incelenen iki grup bulunmaktadır: OKB tanısını karşılamayan ama deneyimledikleri obsesyon ve kompulsiyonlar ile belirgin düzeyde işlevsizlik gösteren durum 'eşik altı OKB', sıkıntı veya bozulma görülmesinden bağımsız olarak obsesyon ve kompulsiyonların varlığını belirtmek için ise 'obsesyon kompulsiyon semptomları' ifadesi kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda, eşik altı semptom oranlarının sadece obsesyonlar için %4,5 ile %5,3 ve obsesyon ve kompulsiyonlar için %8,3 ile %28 arasında olduğu bildirilmektedir (Ruscio ve diğ.,

2010: 56; Blom ve diğ., 2011: 872; Adam ve diğ., 2012: 343). Bu bağlamda hem OKB tanısı almış hem de eşik altı ya da obsesyon ve kompulsiyonların görüldüğü kişiler ile yapılan çalışmalar, OKB tanı kriterlerini karşılamayan kişilerin bile obsesyon ve kompulsiyonlar deneyimlediklerini göstermektedir. OKB'nin yaygınlığı genel toplumda %1 ile %3 arasında kabul edilse bile obsesyon ve kompulsiyonların görüldüğü durumlar için bu oran daha fazla olarak bildirilmektedir.

OKB'nin çocukluk dönemi cinsiyet oranlarına bakıldığında, 3:2 olmak üzere erkek çocukları kız çocuklarından daha çok etkilediği (Zohar, 1999: 457; Geller, 2006: 356), erkeklerde kadınlardan daha fazla erken bir başlangıç yaşı olduğu, ancak yetişkinlik ile birlikte cinsiyet dağılımının daha eşit hale geldiği bildirilmektedir (Castle ve diğ., 1995: 114-117; Kessler ve diğ., 2012: 6). Bu bağlamda OKB'nin başlangıç yaşına değinmek gerekir. Başlangıç yaşı genellikle erken yetişkinlik veya ergenlik dönemidir: OKB'nin ilk semptomlarının 8 ile 11 yaşları arasında ortaya çıktığı (Farrell ve diğ., 2006: 104; Fullana ve diğ., 2010: 297) ve 35 yaş sonrası başlangıcın oldukça nadir olduğu bildirilmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1992: 747). OKB'nin başlangıç yaşına yönelik olarak yapılan 9 farklı çalışmaya dayanan bir meta-analiz çalışmasında ikili bir başlangıç yaşı modeli önerilmektedir (Taylor, 2011: 1083-1100). Çalışmada, 9 çalışmadan 8'inde en iyi açıklamanın erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı OKB olmak üzere ikili sınıflamaya dayanan bir model olduğu gösterilmektedir. Erken başlangıçlı grubun yaş ortalamasının 11 (aralık: 9-14 yaş), geç başlangıçlı grubun yaş ortalamasının yaklaşık 23 olduğu bildirilmektedir. Çalışmada, erken başlangıçlı OKB grubunda tik bozuklukları ile daha büyük eş tanı olduğu, büyük oranda erkeklerin görüldüğü, semptom şiddetinin daha fazla olduğu ve birinci derece akrabalar arasında OKB prevalansının daha yüksek olduğu ortaya koyulmaktadır (Taylor, 2011: 1083-1100). Bu çalışmayı destekler nitelikte olan yakın zamanlı bir genetik analizi çalışmasında, erken başlangıçlı OKB grubunun (başlangıç: 16 yaş altı) geç başlangıçlı gruba (başlangıç: 16 yaş ve üzeri) göre daha büyük kalıtsal oran (%43) sergilediği bildirilmektedir (Davis ve diğ., 2013: 6). Bu sonuçlara benzer şekilde farklı çalışma bulguları, erken ve geç başlangıçlı OKB grubu arasında semptom alt boyutları açısından farklılaşmalar göstermektedir. Erken başlangıçlı OKB grubunda büyük oranda simetri, sıralama ve düzenleme obsesyon ve kompulsiyonları, saldırganlık obsesyonları, bir şeylerin tam olarak doğru ('just right') olması ile ilişkili

duyusal olgular ve kompulsiyonlar; geç başlangıçlı OKB grubunda ise büyük oranda cinsel obsesyonlar görülmektedir (Pinto ve diğ., 2006: 7; Kichuk ve diğ., 2013: 235). Bu bilgiler ışığında, OKB'nin başlangıç yaşı genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik dönemi olsa bile, eş tanılar, genetik bulgular ve semptom türleri açısından her biri ayrı özellikler göstermeleri nedeniyle erken ve geç dönem olmak üzere ikili bir başlangıç modeli önerildiği görülmektedir.

1.1.3.2. OKB'de Eş Tanı

alışmalara göre OKB'de yüksek eş tanı oranları görülmektedir: hayatlarının bir döneminde en az bir psikiyatrik rahatsızlık bildiren OKB sorunu olan bireylerin oranı %62'dan %92'a kadar değişmektedir (LaSalle ve diğ., 2004: 165; Torres ve diğ., 2006: 1981; Ruscio ve diğ., 2010: 56). Yapılan pek çok çalışmada OKB ile en yaygın görülen eş tanılar depresif bozukluklar ve kaygı bozuklukları olarak gösterilmektedir (Torres ve diğ., 2006: 1981; LaSalle ve diğ., 2004: 116; Ruscio ve diğ., 2010: 56). OKB sorunu olan bireyler ile eş tanının incelendiği çalışmalarda %40 ile %67 arasında Majör Depresif Bozukluk (Pinto ve diğ., 2006: 7; Ruscio ve diğ., 2010: 58), %10 ile %23,4 arasında Bipolar Bozukluk (Ruscio ve diğ., 2010: 58; Timpano ve diğ., 2012: 226), %13,1 Distimik Bozukluk (Ruscio ve diğ., 2010: 58), %35 Sosyal Fobi (Assunçao ve diğ., 2012: 140), %20 Panik Bozukluk ve/veya Agorafobi (Torres ve diğ., 2014: 590), %19 TSSB (Fonteneller ve diğ., 2012: 378) bildirilmektedir.

DSM 5'te "OKB ve İlişkili Bozukluklar" kategorisindeki bozuklukların, psikopatoloji kavramları, ilişkili değişkenler (başlangıç yaşı, klinik gidiş, eş tanı), etiyoloji, ailesel geçiş ve tedavi yanıtı gibi değişkenler açısından OKB ile benzer özellikler gösterdiği ve OKB ile eş tanı olasılığının yüksek olduğu rapor edilmiştir (Hollander ve Benzaquen, 1997: 99). Yapılan alışmalarda OKB sorunu olan bireyler eş tanı olarak %11 Yeme Bozukluğu (Sallet ve diğ., 2010: 322), %8,7 ile %12 arasında Beden Dismorfik Bozukluğu (Conceiao ve diğ., 2012: 4; Lochner ve diğ., 2014: 9), %16,3 Deri Yolma Bozukluğu (Lovato ve diğ., 2012: 564), %4,9 Trikotilomani (Lovato ve diğ., 2012: 564), %7,5 ile %38,6 arasında Alkol Kullanım Bozukluğu (Gentil ve diğ., 2009: 174; Ruscio ve diğ., 2010: 56) bildirmektedirler. Tik Bozuklukları ile OKB arasındaki bağlantı incelendiğinde, obsesyon ve kompulsiyon

semptomlarının erken başlangıca sahip oldukları bildirilmektedir (Rosario-Campos ve diğ., 2001: 1901). Tiklerin görüldüğü erken başlangıçlı OKB grubunda genellikle erkeklerin olduğu, saldırganlık alt boyutlarından yüksek puan, bulaşma/temizlik alt boyutlarından ise daha düşük puan alındığı, daha fazla sayıda eş tanı görüldüğü, aile ruhsal geçmişinde daha fazla obsesyon ve kompulsiyon semptomlarının olduğu ve düşük tedavi yanıtı görüldüğü bildirilmektedir (Rosario-Campos ve diğ., 2001: 1899-1903; de Alvarenga ve diğ., 2012: 88-89).

OKB ile eş tanı alan psikopatolojilerin sıklıkla bildirilmesi sebebiyle, hangi bozukluğun önce başladığı başlangıçlarının karşılaştırıldığı çalışmalarla incelenmiştir. Buna göre OKB ile eş tanı olarak Majör Depresif Bozukluğun başlangıcının OKB başlangıcından sonra olduğu bildirilmektedir (Fonteneller ve Hasler, 2008: 10; Ruscio ve diğ., 2010: 57). Bu bağlamda depresif semptomların OKB'nin bireyin yaşamına olan olumsuz ve uzun süreli etkilerinin bir sonucu olduğu önerilmektedir (Fineberg ve diğ., 2013: 176). Benzer şekilde, Madde ve Alkol Kullanım Bozukluğu tanısı almış OKB sorunu olan bireylerin %70'inin OKB semptomlarının daha önce başladığı, madde alımının OKB semptomları için bir rahatlama amacı taşıdığı ileri sürülmektedir (Mancebo ve diğ., 2009: 434). Kaygı bozukluklarının başlangıcı ise tersidir: Kaygı bozuklukları, OKB'nin başlangıcı öncesinde ortaya çıkma eğilimindedir (Crum ve Anthony, 1993: 291; Angst ve diğ., 2004: 162). Geniş kapsamlı bir komorbidite çalışmasında, kaygı bozukluklarının yaklaşık %80'inin OKB'den önce başladığı bildirilmektedir (Ruscio ve diğ., 2010: 57). Dolayısıyla, OKB'nin diğer bozukluklar ile başlangıç açısından karşılaştırılması kaygı bozuklukları ve diğer bozukluklar açısından farklı sonuçlara işaret etmektedir.

Özetle, depresif bozukluklar ve kaygı bozuklukları başta olmak üzere OKB'de yüksek eş tanı oranlarının görüldüğü raporlanmıştır. Buna ek olarak, DSM 5'te OKB ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde yer alan bozuklukların ve özellikle Tik Bozukluklarının erken başlangıçlı OKB ile ilişkili olarak eş tanı olasılığının yüksek olduğu görülmektedir. Eş tanıların başlangıç zamanına bakıldığında, OKB'nin MDB ve Madde ve Alkol Kullanım Bozukluklarından önce, Kaygı Bozukluklarından ise sonra başladığı bildirilmiştir. Dolayısıyla, obsesyon ve kompulsiyonların yarattığı zorlukların kişilerin depresif hissetmelerine ve madde/alkol kullanımına neden

olabileceği, yüksek kaygının ise OKB'nin başlangıcında etkili olabileceği söylenilebilir.

1.1.3.3. OKB'nin Yaşam Kalitesine Etkisi ve Gidişat

OKB, bireylerin obsesyon ve kompulsiyonları ile uzun süreli uğraşlarına yol açmaktadır: OKB sorunu olan bireyler günde yaklaşık olarak 5,9 saat obsesyonlar, 4,6 saat ise kompulsiyonlar deneyimlemektedirler (Ruscio ve diğ., 2010: 57). Bu nedenle OKB sorunu olan bireylerin yaşadıkları sorunlar sadece obsesyon ve kompulsiyonlar ile kalmamakta, bu duruma obsesyon ve kompulsiyonların yaşamları üzerindeki etkileri de eklenmektedir. Bu bölümde ilk olarak OKB'nin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, çalışma hayatındaki zorluklar, romantik ilişkilerde yaşanan sıkıntılar ele alınacaktır. Sonra, OKB'nin klinik gidişatı ve tedaviye ulaşma oranlarına değinilecektir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini “bireyin yaşadığı yerdeki kültür ve değerler sistemi bağlamında kendi hayatındaki konumuna dair öznel algısı ve bunların amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkisi temelinde tanımlanan çok boyutlu bir yapı” olarak tanımlamaktadır (The WHOQOL Group, 1998: 551). “Disability Adjusted Life Years” (DALY), erken mortalite nedeniyle kaybedilen potansiyel yaşam yılı ve verimsizlik nedeniyle kaybedilen üretken olunabilecek yılların toplamı olarak açıklanmaktadır (Mathers ve Loncar, 2006: 2013). 2000 yılı itibarıyla WHO tarafından, OKB'nin toplam DALY oranının %2,5 olduğu ve 18-44 yaşları arasındaki bireylerde dünya çapındaki yetersizliklerin sebebi olan 20 başlıca neden arasında 11. sırada yer aldığı tahmin edilmektedir (Ayuso-Mateos, 2002: 1). OKB'de yaşam kalitesindeki bozulma, yüksek rahatsızlık seviyesi ve semptom şiddeti (Huppert ve diğ., 2009: 43-44), Majör Depresif Bozukluk eş tanısı (Jacoby ve diğ., 2014: 6), sosyal izolasyon (Huppert ve diğ., 2009: 41), mesleki verimsizlik (Eisen ve diğ., 2006: 274), aile işleyişindeki bozulmalar (Stengler-Wenzke ve diğ., 2007: 285), düşük benlik saygısı (Moritz, 2008: 19), ilişki sürdürme zorlukları (Eisen ve diğ., 2006: 273) ve intihar eğilimi (Moritz, 2008: 22) ile ilişkili bulunmaktadır.

OKB'nin işlevselliğe etkisinin görülebileceği en önemli alanlardan biri çalışma hayatıdır. Çalışmalarda, genel nüfusta %6-8 arasında görülen işsizlik oranı ile

karşılaştırıldığında, OKB sorunu olan bireylerin %22-38 ile daha yüksek oranda işsizlik yaşadığı bulunmaktadır (Koran ve diğ., 1996: 785; Mancebo ve diğ., 2008: 45; Guzick ve diğ., 2017: 34). Bu bağlamda, OKB sorunu olan bireylerin finansal durumunun sorun oluşturabileceği ve sürdürücü faktör olarak işlev görerek semptomların şiddetlenmesine yol açabileceği vurgulanmaktadır (Fonteneller ve Hasler, 2008: 5). Diğer yandan, tedavi gören OKB sorunu olan bireylerin %25'i ebeveynleriyle birlikte yaşamaktadırlar: Finansal zorlukların etkisine ek olarak kişilerin semptomlarıyla başa çıkabilmek için ebeveynlerinin yardımına ihtiyaç duyabilecekleri de belirtilmektedir (Guzick ve diğ., 2017: 35). OKB sorunu olan bireylerin çalışma ve ev yaşantılarındaki zorluklara romantik ilişkilerindeki sorunlar da eşlik edebilmektedir: OKB sorunu olan bireylerin %36 ile %58'inin evli olmadığı, partner bulma ve ilişkiyi sürdürmede güçlük yaşadıkları; ilişkisi olan OKB sorunu olan bireylerin ise %59'unun ilişkilerinde gerginlikler ve %58'inin cinsel problemler yaşadıkları gösterilmektedir (Eisen ve diğ., 2006: 271; Rodriguez-Salgado ve diğ., 2006: 8; Moritz, 2008: 21).

OKB'nin gidişatı başlangıç itibariyle kademelidir: Tedavi edilmemesi durumunda semptomların zaman içerisinde değişebilmekte ve stres verici yaşam olaylarına tepki ile birlikte gidişat kronik bir hal alabilmektedir (Mataix-Cols ve diğ., 2002: 267). Epidemiyolojik araştırmalar, OKB tanısı alan bireylerin yaklaşık yarısının kronikleştikten sonra tedavi aldıklarını, yardım arama olasılığının artması ile obsesyonların varlığı ve daha yüksek semptom şiddetinin ilişkili olduğunu göstermektedir (Ruscio ve diğ., 2010: 53). Bununla birlikte, tedavi almada 18 yıllık gecikmenin olduğu ve OKB sorunu olan pek çok bireyin asla tedavi almayacaklarını belirtmek de önemlidir (Miguel ve diğ., 2008: 190). Çalışmalarda belirlenen yardım arama ve tedavideki gecikmelere neden olan faktörler şu şekilde sıralanabilir: iç görü düzeyi, semptom şiddeti, eş tanının varlığı, saldırganlık ve diğer kabul edilemez obsesyonların varlığı, semptomlardan ve yardım arama isteğinde bulunmaktan utanç duyma, damgalama, yardım için izlenecek yolları bilmeme ve tedavilere yönelik algılanan güvensizlik (Garcia-Soriano ve diğ., 2014b: 8). Ayrıca araştırmalara göre dünya çapında OKB sorunu yaşayıp herhangi bir tedavi alamayan bireylerin yaklaşık %57,3 oranında olabileceği öngörülmektedir (Kohn ve diğ., 2004: 858). Tedavi almada yaşanan bu tür gecikmeler OKB'de yaşanan kendiliğinden iyileşme oranlarına

bağlanmamalıdır; semptomlarda sadece %5 ile %10 arasında kendiliğinden iyileşme (Eisen ve diğ., 2010: 6; Goodman ve diğ., 2014: 2); yine %5 ile %10 arasında giderek artan kötüleşme (Goodman ve diğ., 2014:2) yaşandığı rapor edilmektedir. OKB tanısı alan bireyler ile yapılan 40 yıllık bir takip çalışmasında ise %20 oranında tam semptom iyileşmesinin gerçekleştiği bildirilmektedir (Skoog ve Skoog, 1999: 122).

Özetle, OKB sorunu olan bireylerin obsesyon ve kompulsiyonları ile uzun süreli uğraşları, yaşam kalitelerini çeşitli şekillerde etkilemektedir: OKB sorunu olan bireylerin işsizlik ve buna bağlı finansal zorluklar, çok yüksek oranda ebeveynleri ile birlikte yaşamaları ve romantik ilişki sürdürmekte zorluklar gibi sebepler ile yaşam kaliteleri etkilenmekte, yine bu sebepler ile obsesyon ve kompulsiyonları artabilmektedir. OKB sorunu olan bireylerin tedavi almada gecikmeler yaşadıklarına ve bu durumda bozukluğun kronik bir hal aldığına değinilmiştir. Dolayısıyla OKB'nin kişinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, tedavi alınmadığı durumda giderek artmaktadır.

1.1.4. OKB'nin Etiyolojisi

Literatürde OKB'nin etiyojisine yönelik yapılan çalışma bulguları incelendiğinde OKB gelişiminin hem genetik hem de çevresel faktörlerden kaynaklandığına işaret edilmektedir. Bu bölümde OKB gelişiminde etkisi olduğu belirtilen kültür, din, yaşam olayları gibi faktörler çevresel etmenler çerçevesinde, beyin görüntüleme ve akraba ya da ikizler ile yapılan çalışmalara dair bulgular nörobiyolojik ve genetik etmenler çerçevesinde açıklanacaktır.

1.1.4.1. OKB ve Çevresel Etmenler

OKB'nin bazı yönleri ile kültürler arasında belirli türleri, epidemiyolojik ve olgusal özellikler açısından genellikle benzerlikler görüldüğü bilinmektedir (Clark ve İnözü, 2014: 202). Bununla birlikte kültür, semptom alt boyutlarının dağılımı ve rapor etme sıklığını (Yorulmaz ve diğ., 2009 :401-406; Fonteneller ve diğ., 2004: 403-411), belirli türde obsesyonlar ve kompulsiyonları (Wheaton ve diğ., 2013: 9-20) ve obsesyonların içeriğini (Pallanti, 2008: 169-170; Clark ve İnözü, 2014: 195)

etkileyebilmektedir. Ayrıca coğrafi olarak semptom sunumu farklılaşabilmektedir: saldırganlık obsesyonlarının Hispanik ve Latin Amerika ülkelerinde (Nicolini ve diğ., 1997: 1; Fonteneller ve diğ., 2004: 408), dini obsesyonların Orta Doğu ülkelerinde (Fonteneller ve diğ., 2004: 408), kirlenme obsesyonlarının Batı ülkelerinde (Fonteneller ve diğ., 2004: 408), bulaşma ve patolojik şüphenin Hindistan’da (Girishchandra ve Sumant, 2001: 314), bulaşma ve simetrisinin Doğu Asya ülkelerinde (Li ve diğ., 2009: 280) daha çok görüldüğü bildirilmektedir. Benzer şekilde, düşünce kontrol stratejileri bölgeye göre değişebilmektedir: Düşünce bastırma Türkiye’de daha yaygın iken, kendini cezalandırma Kanada’da daha yaygındır (Yorulmaz ve diğ., 2009: 403). Dolayısıyla, kültürel ve ülkesel etmenler OKB’nin semptom türleri, sıklığı ve bunlara karşı tepki niteliğindeki stratejilerin türleri üzerinde etkili olabildiği görülmektedir.

Dini inanç OKB’nin ifadesini çeşitli yollarla etkilemektedir: Dini kimlik semptom alt boyutu ve bilişsel çarpıtmalarla ilişkilidir (İnözü ve diğ., 2012: 959-966). Yapılan çalışmalarda yüksek dindarlık bildiren bireylerde, bulaşma obsesyonları ve kompulsif yıkamaya (Saleem ve Mahmood, 2009: 37; Al-Solaim ve Loewenthal, 2011: 172; Yorulmaz ve Işık, 2011: 142) ek olarak düşünce-eylem kaynaşmasının (Yorulmaz ve Işık, 2011: 142; Williams ve diğ., 2013: 211) ve düşüncenin önemi ile düşünceyi kontrol etme ihtiyacının (Abramowitz ve diğ., 2004: 74) daha yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Dini inançların obsesyonların temaları üzerinde de etkisi bulunmaktadır: Yahudi örnekleminde daha çok ahlak ve ilahi çile temaları (Huppert ve diğ., 2007: 926); Hristiyan örnekleminde daha çok bulaşma obsesyonları ve yıkama kompulsiyonları ve Katolikler için mükemmeliyetçilik obsesyonları (Williams ve diğ., 2017: 59); Müslüman örnekleminde daha çok saflık, içsel temizlik ve temizlik temaları (Okasha ve diğ., 1994: 192) görülmektedir. Böylelikle dini etmenlerin OKB’nin semptom türleri, deneyimlenen obsesif temaları ve bilişsel çarpıtmaları üzerinde etkili olabileceği söylenilebilmektedir.

Çevresel faktörler başlığı altında söz edilebilecek bir diğer kavram yaşam olaylarıdır. Hatta ikiz çalışmaları, OKB’deki bireysel varyasyonların yaklaşık %50’sinin genetik değil çevresel etkenlerden kaynaklandığını göstermektedir (Samuels, 2009: 279). OKB gelişimindeki risk faktörleri arasında hamilelik ve doğum (Russell ve diğ., 2013: 382), stres/travma içerikli yaşam olayları (Gershuny ve diğ.,

2008: 70), madde kullanımı (Regier ve diğ., 1990: 2515; Nelson ve Rice, 1997: 829) ve çocukluk dönemi fiziksel istismar ve duygusal ihmali (Grisham ve diğ., 2011: 2499) sayılmaktadır. Bilimsel çalışmalar hamileliğin tüm aşamalarının (prepartum, peripartum ve postpartum) OKB gelişimi için risk faktörü olduğunu bildirmektedir (Russell ve diğ., 2013: 381). Örnek vermek gerekirse, OKB tanısı almış kadınların %40'ının (Abramowitz ve diğ., 2003a: 464; Forray ve diğ., 2010: 5) semptom başlangıcının gebelik ve doğum dönemi, %30'unun (Guzick ve diğ., 2017: 31) doğum sonrası dönem olduğu bildirilmektedirler. Bu bulgular ışığında, hamilelik ve doğum kadınlarda OKB gelişimi için bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Bir diğer durum da travma içerikli yaşantılardır: Tedavi gören OKB sorunu olan bireylerin %82'sinin yaşamları boyunca en az bir travmatik yaşam olayı deneyimledikleri ve %39,4'ünün eş tanı olarak TSSB kriterlerini karşıladıkları bildirilmektedir (Gershuny ve diğ., 2008: 70). OKB sorunu olan bireylerin deneyimledikleri yaygın yaşam olayları, şiddet veya yaşamı tehdit eden kazalara tanıklık etme için %40, çocukluk veya yetişkinlikteki fiziksel ve cinsel istismar için ise %20'dir (Gershuny ve diğ., 2008: 70). Diğer yandan madde kullanımı da OKB için bir risk ve sürdürücü etmen olarak etki etmektedir: birden fazla madde kullanımı olan bireylerin, madde kullanımı olmayanlara göre OKB için 7.2 kat daha fazla risk taşımakta olduğu (Regier ve diğ., 1990: 2515) ve OKB'ye eş tanı olarak Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun görüldüğü durumda, OKB tanısının zaman içerisindeki sürekliliğinin daha olası olduğu ifade edilmektedir (Nelson ve Rice, 1997: 826). Bu bilgiler ışığında, OKB'nin gelişimi üzerinde başta yüksek stres veya çocukluk dönemi istismarları gibi travma içerikli yaşantılar, hamilelik ve doğum, madde kullanımı olmak üzere çeşitli yaşam olayları etkili olarak gösterilmektedir.

Özetlemek gerekirse, literatür bulguları OKB'nin gelişimi üzerinde rol oynayan çeşitli çevresel etmenlere işaret etmektedir. Bunlardan kültür ve dini inanç OKB ile ilişkili olan değişkenler ve semptom türlerini belirlerken, yaşam olayları, madde kullanım durumu ve hamilelik ve doğum sonrası döneminin ise obsesyon ve kompulsyonların varlığı ve sürekliliği ile ilişkili olduğu görülmektedir. Dolayısıyla çevresel etmenlerin bozukluğun ortaya çıkmasında, sürdürülmesinde ve belirli temalarda deneyimlenmesinde etkili olduğu görülmektedir.

1.1.4.2. OKB ve Nörobiyolojik ve Genetik Etmenler

Bu bölümde OKB gelişimi üzerinde etkisi olduğu belirtilen nörobiyolojik ve genetik etmenler, beyin görüntüleme çalışmaları ve akraba ya da ikizler ile yapılan çalışmalara dayandırılarak özetlenecektir.

Bazal gangliyonlar, beynin temenöral çekirdeklerinde bulunan ve subkortikal çekirdeklerden oluşan nöral çekirdeklerin bir derlemesidir. Bu çekirdekler arasında OKB açısından özellikle önemli olan kaudat çekirdeği içeren striatum bulunmaktadır (Stewart ve Loh, 2017:263). Bazal gangliyonları etkileyen nörolojik durumlar sonucunda genellikle MS, Huntington's chore ve Parkinson gibi kompulsiyon benzeri tekrarlayıcı davranışlar içeren semptomlar ortaya çıkmaktadır (Cummings ve Cunningham, 1992: 263-270; Müller ve diğ., 1997: 105-114; Foroughipour ve diğ., 2012: 248-253). Hem insan (Tonkonogy ve diğ., 1994: 178) hem de hayvan modelleri (Rapoport ve diğ., 1992: 521) ile yapılan çalışmalarda, bu bölgede görülen dejeneratif lezyonların kompulsiyonlar ile ilişkili olduğu gösterilmektedir.

Prefrontal ve orbitofrontal korteks, çevreden gelen uyarıların filtrelenmesi ve gereksiz yanıtların bastırılması yoluyla “çevrenin anlamlandırılması” ile görevli beyin bölgeleridir (Stewart ve Loh, 2017:263). OKB sorunu olan bireyler ile yapılan görüntüleme çalışmaları, orbitofrontal ve anterior singulat kortekste aşırı aktivite ile birlikte dorsolateral prefrontal kortikal ağ içindeki geri besleme devrelerinde bozulmanın bir kombinasyonuna işaret etmektedir (Melloni ve diğ., 2012: 9). Yapılan fMRI çalışmalarında, orbitofrontal korteks ve bazal gangliyonlar arasında yüksek aktivitenin tedavi görmeyenlerde arttığı, tedavi görenlerde ise azaldığı bildirilmektedir (Beucke ve diğ., 2013: 626). Bu bağlamda, OKB'nin nörobiyolojik modeli, insan beyninin daha gelişmiş olan prefrontal korteks ve premotor kortikal kısımlarının, beynin çekirdeğine yakın bulunan daha ilkel ve refleks olan yapılar (bazal gangliyonlar, talamus, amigdala ve hipokampus) ile birleştiren devrelerdeki düzenleme güçlüklerine odaklanmaktadır (Saxena ve Rauch, 2000: 573). Özellikle, kortiko-striatal-talamo-kortikal yolaklar OKB ile tutarlı şekilde ilişkilendirilmektedir (Kang ve diğ., 2013: 1).

OKB'nin genetik temeline yönelik çalışmalar, özellikle ikiz çalışmaları, OKB'nin akrabalar arasında daha fazla yaygınlık oranı gösterdiğini ve genetik

faktörlerin bazı bireyleri OKB'ye daha yatkın hale getirdiğini göstermektedir (Fonteneller ve Hasler, 2008: 7; Stewart ve Pauls, 2010: 350-357). Çalışmalara göre, OKB sorunu olan bireylerin birinci derece akrabalarında prevalans %1 ile %11,7 arasında iken, sağlıklı kontrollerde bu oran %0 ile %2,7 arasındadır (Nestadt ve diğ., 2000: 360; Fyer ve diğ., 2005: 1616). İkiz çalışmalarına dayanan bir meta-analiz çalışmasında, ikizlerde %27 ile %47 arasında değişen kalıtım oranları bildirilmektedir (van Groothest ve diğ., 2005: 450). Diğer yandan çalışmalarda monozigotik ve dizigotik ikizlere ait bulgular da karşılaştırılmış; monozigotik ikizlerin (%80-87) dizigotik ikizlere (%47-50) kıyasla daha yüksek uyum sergilediği görülmüştür (Pauls, 2010: 151). OKB için daha güçlü genetik etkinin OKB'nin gelişimi açısından etkileri de araştırılmıştır: Daha güçlü genetik etkinin (kalıtım tahmini: 0.45-0.65) erken başlangıçlı OKB ile, orta derecede genetik etkinin ise (kalıtım tahmini: 0.27-0.47) geç başlangıçlı OKB ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (van Groothest ve diğ., 2005: 450). Bu bilgiler ışığında, genetik faktörlerin OKB'nin gelişiminde etkili olduğu ve özellikle semptomları erken başlangıçlı olan kişilerde geç başlangıçlı olan kişilere göre daha fazla etkili olduğu söylenilebilir.

Özetle, nörobiyolojik bulgular OKB ile bazal gangliyonlar ve beynin gelişmiş kısmı ile ilkel kısmı arasındaki köprü görevindeki devrelerdeki bozulma ilişkisine işaret etmektedir. Bu bulguların OKB'nin bir sebebi mi yoksa bir sonucu mu olduğu belirsiz olsa bile, OKB'nin nörolojik etkisini ortaya çıkarması bakımından ele alınmaya değerdir. Akraba ve ikiz çalışmaları ile ise OKB'nin kalıtsal yönü incelenmiş; genetik faktörlerin bazı bireyleri OKB'ye daha yatkın hale getirdiği ve başlangıç yaşı ile genetik yatkınlığın ilişkili olduğu gösterilmiştir.

1.2. OKB'NİN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI KURAMLARI

20. yüzyılın son çeyreği ile birlikte, OKB'nin fenomenolojisinin ele alınmasında Bilişsel Davranışçı Modeller hız kazanmıştır. Bilişsel Davranışçı modellerin öne çıkmasında bu modellerin ampirik bulgular tarafından desteklemesi ve diğer modellere göre daha modern bir kavramsal çerçeve ortaya koyması etkili gibi görülmektedir. Bu sebepler Bilişsel Davranışçı Modellerin geneli için geçerli olmakla birlikte, OKB'ye özel olarak bir modelin kapsaması gereken bazı bilişsel yönler olduğu görülmektedir.

Bu bilişsel konular arasında istem dışı düşüncelerin deneyimlenmesi; deneyimlenen istem dışı düşüncelerin rahatsız edici, istenmeyen veya tiksindirici olarak tanımlanması; istem dışı düşüncelere tepki niteliğinde gerçekleştirilen bastırma girişimleri, bilişsel nötrleştirme stratejilerinin ve davranışsal kompulsyonların bulunması yer almaktadır. Öte yandan Bilişsel-davranışçı modellerde OKB'nin hem bilişsel hem de davranışsal yönlerine yer verilmesiyle obsesyon ve kompulsyonlar kapsamlı olarak ele alınmaktadır. OKB için Bilişsel Davranışçı Modellerin bir diğer katkısı ise tedaviye yöneliktir: Bir bozukluğun gelişmesine yol açan nedenlerin belirlenmesi ve bunların etkisinin ortadan kaldırılması için bozukluğun gelişimi ve sürdürülmesine yol açan faktörleri belirlenmesi önemlidir. Bu açıdan Bilişsel Davranışçı modeller, OKB'nin fenomenolojisinin daha iyi anlaşılmasını sağlayarak OKB'nin tedavisine katkıda bulunmaktadır. Dolayısıyla, bu çalışmada elde edilen bulgular Bilişsel Davranışçı model çerçevesinde ele alınacaktır.

Bu bölümde öncelikli olarak bilişsel davranışçı modellerin ortak ilkelerinden söz edilecek, sonra bilişsel davranışçı modellerin öncülleri olmaları açısından OKB'nin ilk bilişsel modellerinden bazılarını kısaca yer verilecektir. Daha sonra, Salkovskis'in Abartılı Sorumluluk Algısı, Rachman'ın Düşüncenin Önemi, Clark ve Purdon'un Bilişsel Kontrol Modeli olmak üzere başlıca bilişsel davranışçı modellerden ve OKBÇG'nin OKB'ye özgü inanış alanlarına dair katkılarından söz edilecektir.

OKB'nin etiyojisinde ve sürdürülmesinde bilişin rolünü açıklamak için bilişsel davranışçı yaklaşım altında farklı modeller önerilmektedir. Modeller arasında farklılıklar olsa bile, hepsinde bilişsel modellere dayanması nedeniyle ortak yönler mevcuttur. Modellerin hepsi belirli ilkelere ve belirli bilişlerin rolü ve işlevi hakkındaki temel varsayımlara dayanmaktadır. Buna göre, bilişsel modellerde normal istem dışı düşüncelerin pek çok insan tarafından deneyimlendiği ve obsesif düşüncelerin kökenlerinin normal istem dışı deneyimlere dayandığı önermesi ortaktır. Bu nedenle, normal istem dışı deneyimler ile obsesif düşünceler arasındaki fark düşüncenin varlığı ya da kontrol edilemez olmasında değil düşüncenin varlığı, içeriği veya kontrol edilemez olmasına dair yapılan yanlış değerlendirmelere dayanmaktadır. Benzer şekilde, istem dışı düşüncelerin başlangıçta duygusal anlamda yansız olduğu, ancak önceki deneyimler ve istem dışı düşüncelerin olduğu bağlama göre kişi açısından olumlu ya da olumsuz bir anlam kazanabileceği tüm modeller tarafından

ifade edilmektedir (Edwards ve Dickerson, 1987: 321; England ve Dickerson, 1988: 282). Bilişsel yöne vurgu yapan modellere göre yaşanan kaygı ve bu kaygı sonucunda güvenliği sağlamak için gerçekleştirilen bilişsel/davranışsal kaçınma ve kompulsiyonlar kişinin obsesif inanca dair tehdit algısı ve yanlış değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır (Beck, Emery ve Greenberg, 1985: 37). OKB'taki kaygı söz konusu olduğunda, her ne kadar yanlış değerlendirme sadece algılanan tehdit olasılığı ile sınırlı olmasa da genel anlamda ortak olarak tüm modellerce şu şekilde temsil edilmektedir (Salkovskis, 1996: 51):

$$\text{Kaygı} = \frac{\text{Algılanan tehlike olasılığı} \times \text{Öngörülen tehdidin yarattığı kayıp/maliyet}}{\text{Algılanan tehlike ile baş etme yeteneği} + \text{Algılanan yardımcı olabilecek dış faktörler (kurtarıcılar)}}$$

Genel anlamda bu denklem, düşük tehlike olasılıklarının çok yüksek maliyetle ilişkili olduğunda büyük kaygı yaratabileceği ve tehlikeyi kontrol etme ve başa çıkma çabalarının genel tehdit algılamasının bir parçası olduğu fikrini özetlemektedir. Genellikle üst satır birincil değerlendirmeyi özetlerken alt satır ikincil değerlendirmeyi özetlemektedir. Diğer yandan, OKB için algılanan tehlike olasılığının anahtar bir bileşen olduğu Carr (1974: 315) tarafından ortaya atılan OKB'nin ilk bilişsel teorisinde önerilmektedir.

Carr'ın (1974: 315) modelinin temel ilkesine göre obsesif düşünceler, olumsuz sonuçların gerçekleşme ihtimalinin anormal şekilde yüksek olarak algılandığı bir değerlendirme sonucu oluşmaktadır. Potansiyel olarak zarar verici olan herhangi bir durum, korkulan sonucun gerçekleşmesinin yüksek algılanması nedeniyle kişide abartılı bir tehdit algısı ve yüksek kaygıya yol açmaktadır. OKB'de gerçekleştirilen kompulsif davranışlar ise korkulan sonuca dair yüksek öznel tehdit algısını azaltmayı amaçlayan tepkiler olarak gerçekleştirilmektedir (Carr, 1974: 316). Benzer şekilde, Carr'ın (1974) görüşüne dayanan McFall ve Wollersheim (1979), OKB sorunu olan bireylerin hatalı birincil tehdit değerlendirmelerine değinmektedirler (McFall ve Wollersheim, 1979: 334). Birincil değerlendirme sürecine ek olarak, tehdit ile başa çıkma yeteneklerinin azımsandığı ikincil bir hatalı değerlendirme süreci

önermektedirler. Hem birincil hem de ikincil değerlendirmeler işlevsiz bilinçdışı inançlara dayanmaktadır (McFall ve Wollersheim, 1979: 335). Hatalı birincil ve ikincil değerlendirmeler belirsizlik, kontrol kaybı ve kaygı duygusuna yol açmaktadır. OKB sorunu olan bireyler, bu duyguları ile gerçekçi ve işlevsel bir şekilde başa çıkamayacaklarını düşündükleri için kompulsif stratejilere başvurumaktadırlar.

1.2.1. Abartılı Sorumluluk Modeli

OKB'ye özgü bilişsel modellerden ilki Salkovskis'ye (1985: 571) aittir: Araştırmacı, McFall ve Wollersheim'in yaklaşımını davranışsal ve psikanalitik yaklaşımlar arasında bağ kurma girişimlerini, bilişsel ve davranışsal kavramları yeterince açmadan bilinçdışını vurgulamalarını ve OKB'deki birincil ve ikincil tehdit değerlendirmelerinin diğer kaygı bozukluklarında görülenlerden ne açıdan farklılaştıklarını açıklamamaları gibi sebeplerle eleştirmekte ve davranışsal ve bilişsel yaklaşımlara dayanan Abartılı Sorumluluk Modelini önermektedir (bkz. Şekil 1).

Salkovskis'nin Abartılı Sorumluluk Modeli obsesif düşüncenin kökenlerinin, bireylerin çoğunluğu tarafından deneyimlenen, istenmeyen ve kabul edilemez istem dışı düşünceler, imgeler ve dürtülerden kaynaklandığını öne sürmektedir (Salkovskis, 1989a: 678). Biçim ve içerik olarak klinik takıntılara benzeyen istem dışı düşünceler, bireylerin mevcut endişelerini ve ilgi alanlarını yansıtmakta ve aktif problem çözmenin bir yönünü temsil etmektedir (Salkovskis, 1999: 41). Bu bağlamda normal istem dışı düşünceler ile obsesyonlar arasındaki farklılıklar, oluşumu, içeriği ve hatta kontrol edilemezliğine dayanmamaktadır. İstem dışı düşüncenin klinik obsesyonlar olarak değerlendirilmesi, düşüncenin sorumluluk değerlendirme veya yorumlanma ve nötrleştirici davranışlarına göre belirlenmektedir (Salkovskis, 1999: 32). İstem dışı düşünceler, ilk defa deneyimlendiklerinde duygusal olarak değerlendirilmemiştir, ancak tekrarlanan deneyimlerde önceki deneyim ve düşüncenin bağlamına göre duygusal açıdan önem kazanmaktadırlar (Salkovskis ve diğ., 1995: 286). Eğer birey istem dışı düşünceye karşılık, kendisi veya başkasının korunmasına yönelik yüksek sorumluluk değerlendirmesinde bulunursa, istem dışı düşünce rahatsızlık duygusuna neden olmaktadır. Salkovskis, abartılı sorumluluk algısını, kişinin öznel olarak önemli olumsuz sonuçları önlemek için çok önemli bir güce sahip olduğuna yönelik inancı

olarak tanımlamaktadır (Salkovskis, 1998: 40). Bu olumsuz sonuçlar gerçek olabileceği, yani gerçek dünyada ve/veya ahlaki düzeyde sonuçları olabileceği için önlenmesi önemli olarak değerlendirilmektedir (Salkovskis, 1999: 32).

Salkovskis'ye göre, abartılmış sorumluluk değerlendirmeleri istem dışı düşüncenin varlığı ve içeriği olmak üzere iki düzeyde kavramsallaşmaktadır (Salkovskis, 1989a: 678): İlk olarak, yüksek riskli bireyler, bilişsel aktivitelerini kişisel sorumluluğun göstergesi olarak yanlış yorumlama eğilimine yol açan belirli sorumluluk inançlarına sahiptirler. İkinci olarak, eğilimli olan bireyler, istem dışı düşüncelerini sorumluluk inançları temelinde değerlendirmektedirler. İstem dışı düşünce, imge ya da dürtüler, kişisel sorumluluğa işaret ettiğinde aşağıdaki süreçler ile obsesyona dönüşmektedir (Salkovskis ve Wahl, 2003: 139):

- Artan rahatsızlık duygusu,
- İstem dışı düşüncelere ve bunların tetikleyicilerine artan dikkat,
- Asıl istem dışı düşünce ve bununla ilişkili fikirlere daha fazla erişilebilirlik,
- Sorumluluğu azaltma veya sorumluluktan kaçma girişimi olan kompulsiyonlar, nötrleştirme davranışları, kaçınma, güvence arama ve düşünce bastırma gibi davranışlar.

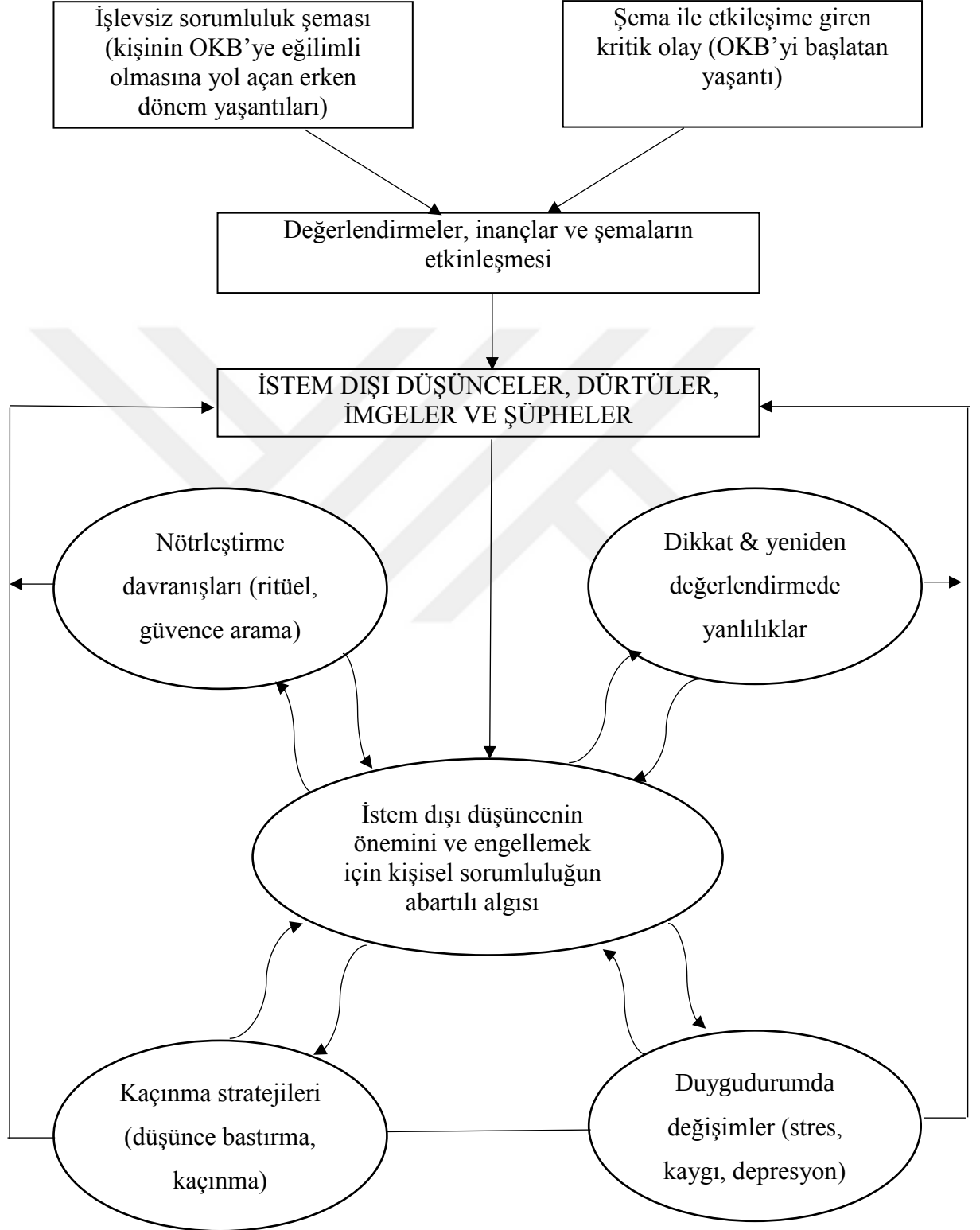
Salkovskis (1989a: 678), zarara yönelik sorumluluk değerlendirmelerinin obsesif düşünceye özgü olduğunu savunmaktadır. Buna göre, sorumluluk değerlendirmeleri, obsesyonları diğer tekrarlayan formdaki kaygı ve depresif içerikli düşüncelerden ayırmaktadır. Eğer bir düşünce, zarar ya da tehlike değerlendirmeleri ile sonuçlanıyorsa, buna karşılık duygusal yanıt kaygı duygusu olacaktır; ancak kayıp değerlendirmeleri ile sonuçlanan düşünceye karşılık duygusal yanıt depresif duygulardır (Salkovskis, 1999: 31).

İstem dışı düşünceyi sonlandırmak ve zarara yönelik algılanan yüksek sorumluluğu bastırmak için kompulsif ritüellere, kaçınma, güvence arama, düşünce bastırma gibi davranışsal ve bilişsel nötrleştirme stratejilerine başvurulmaktadır (Salkovskis, 1989b: 31, 1999: 32). Nötrleştirme, algılanan sorumluluğu azaltma etkisine sahip olması amaçlanan davranışsal ya da bilişsel ritüeller olarak tanımlanmaktadır (Salkovskis, 1989a: 678). Nötrleştirici tepkiler, sorumluluk ve

rahatsızlık duygusunda kısa süreli azalma sağladıkları için gerçekleştirilmeye devam edilmektedirler. Ancak, bu kısa süreli yararın aksine, istem dışı düşünceleri bastırmak için artan çaba, obsesyonlara ilişkin rahatsızlığı artırmaktadır. Buna göre bastırma girişimleri (1) bilinçli düşüncenin içeriğini değiştirerek, (2) istem dışı düşüncenin sıklığının artmasına neden olarak, (3) zararlı ilgili düşüncelere odaklanılmasını artırarak ve (4) obsesif korkunun önlenmesi gerektiğine dair inancın sarsılmasını önleyerek obsesyonların yarattığı sıkıntıyı artırmaktadır (Salkovskis, 1998: 42).

Özetle, Abartılı Sorumluluk Modeli OKB'nin gelişimine dair üç ana etmen sunmaktadır: ilk olarak, klinik obsesyonların kökeni normal istem dışı deneyimlere dayanmaktadır; ikinci olarak, kişisel sorumluluk algısı normal istem dışı deneyimlerin klinik obsesyonlara dönüşmesinde etkilidir; üçüncü olarak, kısa süreli yararları nedeniyle yanlış değerlendirmelerin onaylanmasına yol açarak uzun sürede obsesyonların güçlenmesini sağlayacak olan kompulsif davranışlara başvurulmaktadır.

Şekil 1. Abartılı Sorumluluk Modeli (Salkovskis, 1999: 33)



1.2.2. Düşüncenin Önemi Modeli

Bir diğer bilişsel model de Rachman'a (1997:793) aittir; Düşüncenin Önemi Modeli, adıyla anılan bu model Clark'ın (1986) paniğin bilişsel teorisi ve Salkovskis'in (1985: 571) obsesyonların bilişsel davranışçı teorisine dayanmaktadır. Rachman'ın önemin yanlış yorumlanması modelinin ana ilkesine göre obsesyonlar, istem dışı düşünceler, imgeler ve dürtülerin öneminin felaketleştirerek yanlış yorumlanmasından kaynaklanmaktadır (Rachman, 1998: 385). İstem dışı düşüncenin ilk yanlış değerlendirilmesi sonrasında, eğer düşüncenin önemine dair yanlış değerlendirme devam ederse obsesyon devam etmekte, azalırsa obsesyon azalmaktadır (Rachman, 1997: 798). Rachman, Salkovskis'in modeline benzer şekilde, istem dışı düşünceler, imgeler ya da dürtülerin evrensel olarak deneyimlendiğini savunmaktadır (Rachman, 1993: 152). Ancak Salkovskis'den farklı olarak sadece belirli içeriğe sahip istem dışı düşüncelerin (örn., saldırganlık, seks, küfür, kirlenme) obsesyonlara dönüşebileceğini öne sürmektedir (Rachman, 1998: 390). Bu bağlamda, istem dışı düşüncelerin obsesyona dönüşmesi, kişinin değerler sisteminde önemli olup olmamasına göre değişmektedir.

Rachman (1998), istem dışı düşüncelerin klinik obsesyonlara dönüşmesi ve bunların sürdürülmesinde bazı bilişsel yanlışlıkların etkili olduğunu savunmaktadır. İlk olarak, bir düşüncüyü kişisel olarak anlamlı şekilde yorumlamak, olası tehdit edici uyaranlara yönelik dikkati artırabilmektedir. Zarar, tehdit ve tehlikenin olasılığını ve sonuçlarını abartma eğilimi, obsesyonun anlamlılığının yanlış yorumlanmasına katkıda bulunan bilişsel yanlışlıklardandır (Rachman, 1998: 393). Böylece, istem dışı düşüncüyü tetikledikleri için çeşitli nötr uyaranlar olası birer tehlide dönüştürmektedir. İkinci olarak, içsel kaygı hissi (örn. titreme, terleme) kişinin kontrolü kaybetmesinin işareti olarak yanlış yorumlanmaktadır. Bu uyaranlardan kaçınılması ve bunun sonucunda kaygının azalması ile bu inanç daha da güçlenmektedir. Bu nedenle, kaygının felaketleştirerek yanlış yorumlanması, istem dışı düşüncenin yanlış yorumlanmasını sağlamaktadır (Rachman, 1998: 386). Üçüncü olarak, obsesif düşünce ve uygunsuz eylemin birbirlerine ahlaken eşdeğer olduğu algısı ve/veya obsesif düşüncenin varlığının korkulan sonucun olasılığını arttırdığı hissi olarak deneyimlenen psikolojik olgu olarak tanımlanan düşünce-eylem kaynaşması etkili

olmaktadır (Rachman ve Shafran, 1998: 72). Rachman, bu yaklaşımın en çok küfür, cinsel veya agresif temalardaki obsesyonların deneyimlenmesinde etkili olduğunu ve düşünceler veya imgelerden çok dürtü formunda deneyimlenen istem dışı düşüncelerde daha yaygın olarak gözlemlendiğini savunmaktadır (Rachman, 1993: 152). Düşünce-eylem kaynaşması yanlılıkları gösteren, yani düşüncelerin eylemlere eşdeğer olduğuna dair yanlılığa sahip olan bireylerin, ego-distonik istem dışı düşüncelere yanıt olarak kişisel önem ve aşırı sorumluluk değerlendirmelerini yanlış yorumlamaları daha olasıdır. Dördüncü olarak, sorumluluk inançlarının obsesyonun anlamına dair felaketleştirmeye katkıda bulunabileceği ifade edilmektedir (Rachman, 1997: 796). Özetle, kaygının içsel belirtileri kişinin yüksek algılanan tehlikeye dair inancını sarsabilecek bilgiye ulaşmasını engelleyerek kaçınmaya yol açan olası tehdit işaretleri haline gelmektedir. Sıklıkla deneyimlenen istem dışı düşünceler ise daha belirgin ve kontrol edilmesi zor oldukları için, zamanla daha da artarak bir kısır döngüye yol açmaktadırlar.

Rachman (2003: 27), obsesyonların sürekliliğine nötrleştirme stratejilerinin etkisini de ele almaktadır. Nötrleştirme davranışları, obsesyonu düzeltmek, etkisini ortadan kaldırmak ya da korkulan sonucun gerçekleşmesine engel olmak için gerçekleştirilen girişimler olarak tanımlanmaktadır (Rachman ve Shafran, 1998: 53). Başarılı nötrleştirme ile birlikte, bireyin uyguladığı nötrleştirme stratejilerinin korkulan olayın meydana gelmesini önlediği ya da obsesif düşünce kaynaklı rahatsızlık duygusunun ritüeller gerçekleştirilmezse sürekli devam edeceği inançları güçlenmektedir (Rachman, 1998: 393). Dolayısıyla nötrleştirmeden kaynaklanan geçici rahatlama ile obsesyonların tehlikeli olduğu ve nötrleştirmenin bununla başa çıkmak için gerekli ve etkili olduğuna dair yanlış inanç doğrulanmaktadır (Rachman, 2003: 27). Bu bağlamda, nötrleştirme stratejileri obsesyonların kişinin varsaydığından daha az önemli olduğunu deneyimleme fırsatını engellemektedir.

Özetle, Rachman'ın modelinin temelinde düşüncenin öneminin abartılması algısı yer almakta ve istem dışı deneyimin klinik obsesyonlara dönüşmesi üç adımda gerçekleşmektedir: İlk olarak, düşünce kişisel olarak önemli algılanarak düşüncenin sonuçları abartılı olarak algılanır ve başta nötr olan istem dışı deneyim kaygı kaynağı haline gelir; ikinci olarak, yaşanan kaygı hissi felaketleştirilerek kontrolün kaybedilmesi duygusunu ve kaçınmayı beraberinde getirir; üçüncü olarak, bazı

şeylerin düşünülmesinin ahlaki açıdan onu yapmak ile eşdeğer olduğuna dair inançlar ve korkulan sonucun gerçekten yaşanılacağıının düşünülmesi ile birlikte korkulan sonucu önlemeye yönelik kompulsif davranışlar pekiştirilir.

1.2.3. Bilişsel Kontrol Modeli

Clark ve Purdon (2002) düşünce kontrolü hakkındaki işlevsiz inançların obsesyonların oluşumuna önemli katkıda bulunduğunu savunmaktadırlar. Buna göre, OKB'ye eğilimi olan bireyler, istem dışı düşünceler ve bunlar üzerinde uygulanması gerektiği düşünülen kontrol hakkında gerçekçi olmayan inançlara sahiptirler (Purdon ve Clark, 2002: 31). Obsesif düşüncelere dair bilişsel kontrol sağlanamadığında, obsesif korkuların gerçekleşeceğine yönelik kaygı deneyimlenmektedir. Bu bağlamda, sadece deneyimlenmesi tehdit edici olan obsesif düşüncelerin başarısız bilişsel kontrolü, korkulan sonucun gerçekleşmesi anlamına gelmektedir (Purdon ve Clark, 2002: 31).

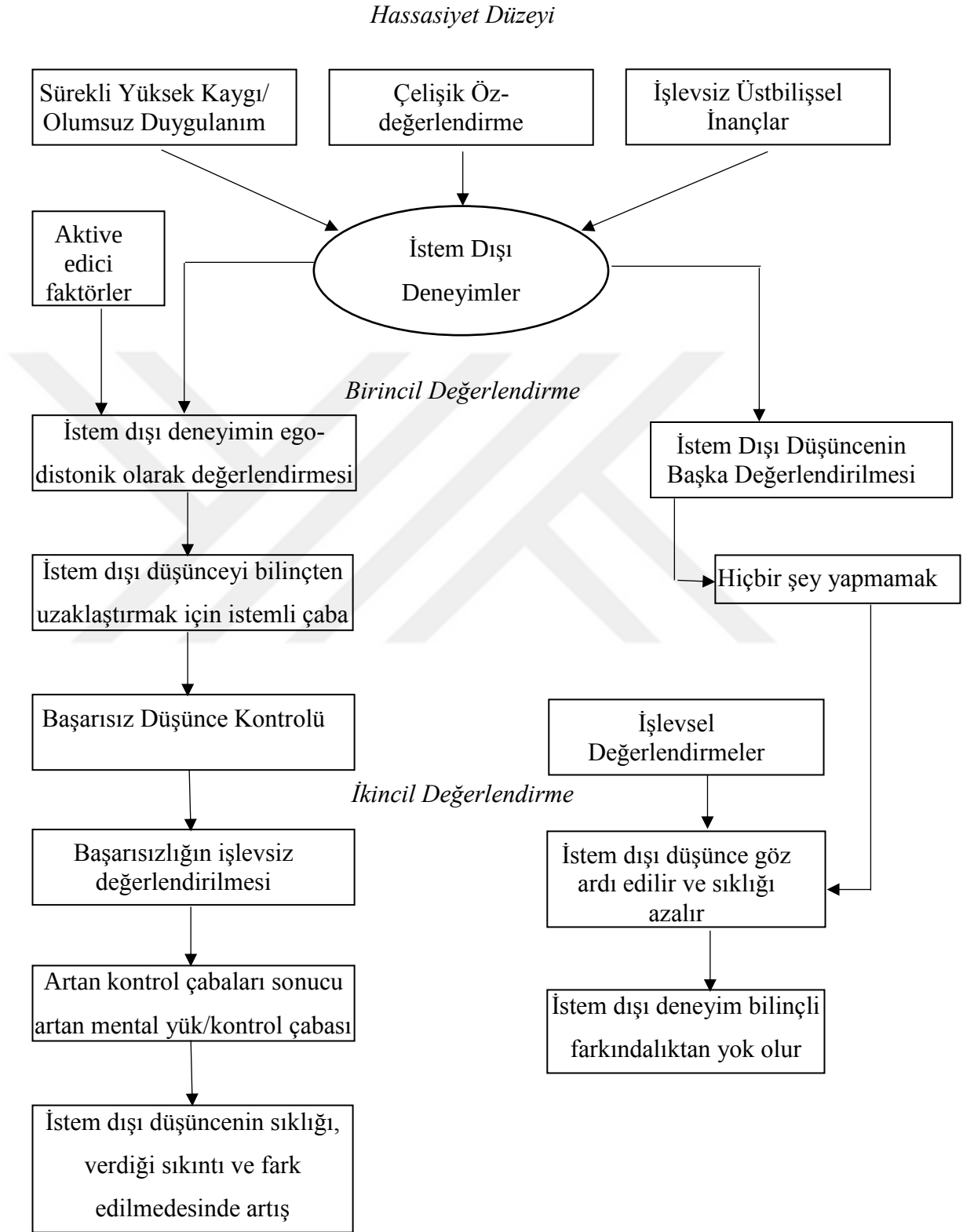
Bilişsel kontrol ile ilgili çeşitli bilişsel faktörler, istem dışı düşüncenin ortaya çıkmasıyla etkinleşmektedirler. Bu bilişsel faktörler, istem dışı düşüncelerin birincil değerlendirmeleri ve ikincil kontrol değerlendirmeleri olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır: Birincil değerlendirmeler, obsesyona dair önem, tehdit ve abartılmış sorumluluk değerlendirmelerine, ikincil değerlendirmeler ise başarısız bilişsel kontrolün önemi ve algılanan sonuçlarına odaklanmaktadır (bkz. Şekil 2). Bilişsel kontrol modeline göre, ego-distonik özellikler taşıyan istem dışı düşünceler, kişinin değerler sistemine aykırı veya zarar içeren düşüncelerini kapsamakta, önem ve zararın birincil olarak hatalı değerlendirilmesine yol açmaktadır (Clarck, 2004: 141). Bu bağlamda, eğilimli bireylerin kişisel değerler veya niteliklere bir tehdit olarak yorumladıkları istem dışı düşünceler, birincil değerlendirme süreci ile birlikte sıklığı giderek artarak obsesyonlara dönüşmektedir (Clark, 2004: 142). Daha sonra, istem dışı deneyimin deneyimlenmesi sonucunda gerçekleşebilecek obsesif korkuya dair tehdit veya zararın sonuçlarını önlemeyi içeren yüksek bir sorumluluk duygusu yaşanmaktadır (Clark ve Purdon, 1993: 162). İstem dışı düşünce, önemli bir öznel tehdit olarak kabul edildiğinde, düşünceyi zihinden çıkarmak için kompulsiyonlar ve nötrleştirme stratejileri gerçekleştirilmektedir. OKB'ye eğilimli olan bireylerin,

önemli, tehdit edici, ego-distonik istem dışı bir düşünceyi kontrol etme veya baskılama çabaları, istem dışı düşüncenin kontrolünün sağlanamaması ile sonuçlanmaktadır (Clark, 2004: 142). İstem dışı düşüncenin kontrol edilememesi ise düşüncenin daha büyük çaba gerektiren, oldukça önemli bir tehdit olduğuna dair hatalı birincil değerlendirmeyi güçlendirmektedir.

Bilişsel kontrol modeli, başarısız düşünce kontrolünün yanlış yorumlanmasının, obsesyonların oluşumunda ve sürdürülmesinde önceleri kabul edilenden daha önemli bir rol oynadığı ileri sürmektedir. İkincil değerlendirme aşamasında, önemli ve tehdit edici olarak değerlendirilen istem dışı bir düşünce üzerinde kontrol elde edemeyen bireyler, bu düşünceler ile başarılı bir şekilde başa çıkma konusunda yetersiz oldukları yönünde ikincil bir değerlendirme yapmaktadırlar (Clark, 2004: 135). Başarısız düşünce kontrolüne yönelik değerlendirilme, istem dışı düşünceyi kontrol etmek için daha fazla girişimde bulunmaya ve düşüncenin sıklığı, öne çıkması ve yarattığı rahatsızlık duygusu bakımından paradoksal bir artışa yol açmaktadır (Purdon ve Clark, 2002: 31).

Sonuç olarak, OKB'nin etiyolojisini açıklamak için bilişsel davranışçı 3 model ele alınmıştır. OKB'nin çağdaş bilimsel modelleri, obsesif düşüncelerin kökenlerinin normal istem dışı deneyimlere dayandığı ve klinik obsesyonlara dönüşmesinde düşüncenin deneyimlenmesinin değil ne şekilde algılandığı, değerlendirildiği ve karşılık olarak ne yapıldığının önemli olduğunu ifade etmektedir.

Şekil 2. Bilişsel Kontrol Modeli (Clark, 2004: 135)



1.2.4. OKB'ye Özgü İnançlar

Yukarıda söz edilen üç ana modelden sonra uluslararası bir araştırma grubu olan Obsesif Kompulsif Bilişleri Çalışma Grubu (OKBÇG), OKB'ye özgü olduğunu düşündükleri inanç alanlarına odaklanmışlardır. Bu alanları tanımlamadan önce araştırma grubu OKB için üç kavramsallaştırma düzeyini açıklamaktadır (OCCWG, 1997: 670):

- İstem dışı düşünce: Bilince giren ve klinik şiddete ulaştıklarında obsesyon olarak adlandırılan istem dışı düşünceler, imgeler ve dürtülerdir.
- Değerlendirmeler: İstem dışı düşünceler gibi belirli deneyimlerin anlamına ilişkin beklentiler, yorumlar veya değerlendirmelerdir.
- Varsayımlar (İnançlar): Durumsal veya kişinin kendisiyle ilgili genel varsayımlar olabilen, aynı zamanda diğer klinik psikopatolojiler ile ilişkili olan, görece kalıcı düşüncelerdir.

OKB'ye ilişkin alanyazının tartışılması ve mevcut obsesif-kompulsif biliş ölçümleri sonucunda, ilk olarak 19 potansiyel OKB inanç alanı tanımlanmış, ardından bunları inceleyerek OKB'yi karakterize eden ve bozukluk için tipik bir bilişsel savunmasızlık oluşturduğu belirlenen 6 inanç alanında uzlaşılmıştır (OKBÇG, 1997: 672). OKBÇG'nun tanımladığı inanç alanları şunlardır:

- a) *Abartılmış sorumluluk algısı*: Kişinin öznel olarak önemli değerlendirilen sonuçları ortaya çıkarmak veya önlemek için çok önemli bir güce sahip olduğu yönündeki inanç (OKBÇG, 1997: 677).
- b) *Düşüncenin önemi*: Bir düşüncenin sadece var olmasının, bunun önemli olduğunu gösterdiğine dair inanç (OKBÇG, 1997: 677). Sadece düşünceyi deneyimlemenin (a) ilişkili davranışı gerçekleştirmeye eşit olduğuna (ahlak/düşünce-eylem kaynaşması) ya da (b) korkulan sonucun gerçekleşme olasılığını arttırdığına (olasılık/düşünce-eylem kaynaşması) inanılmaktadır (Shafran ve diğ., 1996: 379-391).
- c) *Abartılmış tehdit algısı*: Zarar olasılığının veya sonuçlarının ciddiyetinin abartılmasıdır (OKBÇG, 1997: 678).

- d) *Düşüncenin kontrolünün önemi*: İstem dışı düşünceler, imgeler veya dürtüler üzerinde tam bir kontrolün öneminin abartılması ve bunun hem mümkün hem de gerekli olduğu inancı (OKBÇG, 1997: 678).
- e) *Belirsizliğe tahammülsüzlük*: Kesin olmanın gerekli olduğu, öngörülemeyen değişikliklerle başa çıkmada kişisel bir yetersizlik ve belirsiz durumlardaki işlevsellikte zorluk ile ilgili inançlar (OKBÇG, 1997: 678).
- f) *Mükemmeliyetçilik*: Her sorunun mükemmel bir çözümünün olduğu, mükemmel bir şey yapmanın sadece mümkün değil aynı zamanda gerekli olduğu ve küçük hataların bile ciddi sonuçları olacağına inanma eğilimi (OKBÇG, 1997: 678).

Dolayısıyla, OKBÇG tarafından OKB'ye özgü inanç alanları abartılı sorumluluk algısı, düşüncenin önemi, abartılı tehdit algısı, düşüncenin kontrolünün önemi, belirsizliğe tahammülsüzlük olarak belirlenmiştir. OKB'ye yönelik bir eğilim ya da diğer bir deyişle savunmasızlık oluşturduğu belirtilen bu altı inanç alanında yüksek puanlara sahip olan bireylerin, istem dışı düşünceleri yanlış yorumlama ve işlevsiz nötrleştirme stratejilerini gerçekleştirme eğiliminin düşük puan alanlara göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Freeston ve diğ., 1996: 435). Bütün bilişsel davranışçı modellerde normal istem dışı deneyimler ile obsesif düşünceler arasındaki farkın düşüncenin varlığı, içeriği ve kontrol edilemez olmasına dair yapılan yanlış değerlendirmelere dayandığı tarif edilmektedir. Bu bağlamda, OKBÇG tarafından OKB'nin inanç alanlarına yönelik yapılan katkılar, normal istem dışı düşüncelerin klinik obsesyonlara dönüşmesine neden olan yanlış değerlendirmelerin temelindeki obsesif inançlara dair ayrıntılı bir açıklama sunması bakımından önemlidir.

1.3. İSTEM DIŞI DENEYİMLER

Düşünceler, doğası gereği her zaman amaç, hedef ya da görev odaklı olmayabilir, mantıklı bir yol izlemeyip istenilenin dışına çıkabilir; böylece istem dışı bilişsel etkinlikler ile düşüncelerin normal süreci kesintiye uğrayabilir. Bu kesintiler çoğu zaman hayal kurma, hatırlama, hafıza hataları, kendine odaklanma, dikkat dağınıklığı, ruminasyon veya obsesif düşünceler şeklinde görülmektedir (Klinger, 1996: 4). Yapılan bir araştırmada bir insanın bir düşünce için ortalama 5 saniye harcadığı raporlanmaktadır; bu pencereden bakıldığında bir insanın bir günde 4000

farklı düşünce deneyimleme potansiyelinin olduğunu ve bunlardan bazılarının istem dışı deneyimlenen düşünceler olabileceğini düşünmek pekte şaşırtıcı olmayacaktır (Klinger, 1996: 4). Bu tür istem dışı gerçekleşen bilişsel deneyimler bir görevi yerine getirirken zamansal olarak kayıplara yol açıp bilişsel ya da sosyal uğraşları etkileyebileceği gibi çeşitli psikopatolojilerin gelişiminde de önemli bir rol oynayabilmektedir (Sarason ve diğerleri, 1996: 139). 20. Yüzyılın son çeyreğinden beri yapılan çalışmalar, klinik olmayan bireylerin, şekil ve temalar bakımından klinik olan bireylerde görülen obsesyonlar ile benzer olan istem dışı deneyimler yaşadıklarını göstermektedir (Rachman ve Hodgson, 1980; Sarason ve diğerleri, 1996: 139)

Yukarıda değinilen bilgiler ışığında, bu bölümde öncelikli olarak istem dışı deneyimlerin tanımı, yaygınlığı ve sonuçlarına değinilecek, sonra istem dışı deneyimlerin klinik olan ve olmayan bireyler açısından farklılıkları ele alınacak ve bu farklılıklar süreklilik kuramı ışığında aktarılacaktır.

1.3.1. İstem Dışı Düşüncelerin Tanımı ve Yaygınlığı

Rachman (1981: 89) istem dışı deneyimleri kabul edilemez ve/veya istenmeyen tekrarlayan düşünceler, imgeler veya dürtüler olarak tanımlamaktadır. Ona göre bir düşüncenin istem dışı deneyim olarak adlandırılabilmesi için gerekli koşullar; istenmeyen olarak nitelendirilmesi, süregelen bir etkinliği kesintiye uğratması, içsel bir kökene atfedilmesi ve kontrol edilmesinin zor olmasıdır. Horowitz'e (1975: 1458) göre ise istem dışı deneyimler, bilinçli farkındalığa istek dışı olarak giren, bastırmak için çaba gerektiren veya ortadan kaldırılması zorunlu olan ancak ısrarlı şekilde ortaya çıkan ya da kaçınılması gereken bir şey olarak deneyimlenen her türlü düşünce olarak tanımlanmaktadır. Öte yandan düşüncelerin çok çeşitli olabilmesi ve herhangi birinin istem dışı düşünce olarak deneyimlenmesinin mümkün olabilmesi sebebiyle, istem dışı düşünceleri tanımlarken düşüncelerin hem sürecini ve özelliklerini hem de içeriğini ele almanın önemli olduğu belirtilmektedir (Clark ve Purdon, 1995: 968). Bu bağlamda, yapılan tanımlar tutarlı olsa bile daha kapsamlı bir kavramsallaştırma elde edilmesi adına istem dışı düşüncelerin doğasına ilişkin özellikler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: İstem Dışı Deneyimlerin Temel Özellikleri

-
- Bilinçli farkındalığa giren düşünce, dürtü ya da imgeler
 - İçsel bir kökene atfedilir
 - Kabul edilemez ya da istenmeyen olarak değerlendirilir
 - Halihazırda süren bilişsel veya davranışsal eylemleri sekteye uğratar
 - Dikkati kolayca kendine çeker ve dikkati dağıtır
 - Kontrol edilmesi zordur
 - İstem dışı ve kasıtsızdır
 - Tekrarlama eğilimindedir
 - Negatif duygulanım ile ilişkilidir
-

Kaynak: Clark, D. A., 2005, s. 5.

İstem dışı düşünceleri belirlerken belirli bazı özelliklere dikkat etmek gerekmektedir: İstem dışı düşünceler, içsel bir kökene sahiptir; istenmeyen ve kabul edilemez olarak deneyimlenirler; istem dışı olarak gerçekleşirler; konsantrasyonu bozarak halihazırda devam eden bir bilişsel ya da davranışsal süreci kesintiye uğratarlar; bilinçli farkındalığa girdiklerinde ise göz ardı etmek oldukça zordur (Rachman, 1981: 89; Klinger, 1996: 4; Sarason ve diğerleri, 1996: 139). Bilişsel davranışçı bakış açısına göre, normal istem dışı düşünceler nötrleştirilmesi gereken önemli bir kişisel tehdit olarak yanlış yorumlanması sonucunda obsesyonlara dönüşmektedir (Salkovskis, 1985: 572; Rachman, 2003: 22). Sonuç olarak, bu özellikleri dolayısıyla istem dışı düşüncelere karşılık olarak bilişsel kontrol uygulama amacıyla ve istemli olarak çeşitli nötrleştirme stratejileri gerçekleştirse de istem dışı düşünceler yeniden ortaya çıkmaktadırlar.

OKB sorunu olan bireylerin deneyimlediği klinik obsesyonlara benzer içerikte olan normal istem dışı düşüncelerin klinik olmayan bireylerde de görüldüğü Rachman ve de Silva'nın (1978: 239) yaptıkları ilk çalışmadan itibaren çeşitli araştırmalarca bildirilmektedir. Bu ilk çalışmada, klinik olmayan örneklemin %84'ünün klinik obsesyonlara benzer içerikteki istem dışı düşünceler, dürtüler ve imgeler deneyimlediği raporlanmıştır. Daha sonra yapılan çalışmalarda da benzer şekilde istem dışı düşüncelerin klinik olmayan örnekleme %80 ile %90 arasında deneyimlendiği

tutarlı bir şekilde bildirilmiştir (Rachman ve de Silva, 1978: 239; Parkinson ve Rachman, 1981: 103; Salkovskis ve Harrison, 1984: 550; Clark ve de Silva, 1985: 387; Freeston ve diğ., 1991: 589; Purdon ve Clark, 1993: 406; Radomsky et al., 2014). Klinik olmayan örnekleme istem dışı deneyimlerin yüksek oranlarda görülmesi bizi klinik olan ve olmayan bireyler arasındaki farka dair araştırmalara götürmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında, deneyimlenen istem dışı düşüncelerin obsesyonların içeriklerine benzer şekilde sınırlandırıldığında (saldırganlık, cinsel, dinsel, bulaşma, şüphe vb.) klinik olmayan bireylerin en yaygın olarak deneyimledikleri istem dışı düşüncelerini bile yılda birkaç kez deneyimledikleri görülmektedir (Purdon ve Clark, 1994a: 407; Lee ve Kwon, 2003: 20). Bu bağlamda, normal istem dışı deneyimler kişinin benliği ve değerlerine aykırı olması yönü ile ele alındığında, ego-distonik olan istem dışı deneyimlerin yaygınlığının azaldığı görülmektedir. Diğer yandan, istem dışı deneyimlerin yaşam olayları veya belirli koşullar sonucunda sıklığının artabileceği bildirilmektedir. Örnek vermek gerekirse, Parkinson ve Rachman (1981: 103) tarafından çocukları hastaneye yatırılan anneler ile yapılan bir çalışmada, ana grup annelerinin kontrol grubu annelerine göre önemli seviyede yüksek istem dışı deneyimler bildirdikleri gösterilmiştir. Postpartum anne ve babalar ile yapılan bir başka çalışmada, ebeveynlerin %65'inin bebeklerine yönelik bir zarar, kaza ya da hastalık ile ilgili istem dışı deneyimler yaşadıkları gösterilmektedir (Abramowitz ve diğ., 2003: 160). Dolayısıyla, klinik olmayan bireylerin de istem dışı deneyimleri yaygın bir şekilde deneyimledikleri, bu yaygınlığın düşüncenin ego-distonik olarak sınıflandırıldığı durumlarda azaldığı, diğer yandan yaşam olayları ve belirli koşullar sonucunda kaygı odaklı olarak deneyimlenen istem dışı düşüncelerin tersine yaygın olarak görüldüğü söylenilebilir.

1.3.2. Klinik ve Klinik Olmayan İstem Dışı Düşünceler

Çok sayıda çalışma, istem dışı düşüncelerin içerik, form ve bağlam açısından klinik olan ve olmayan bireylerde çoğunlukla aynı olduğunu göstermektedir (Rachman ve de Silva, 1978: 239; Salkovskis ve Harrison, 1984: 550; Purdon ve Clark, 1993: 406; Belloch ve diğ., 2004: 103; Garcia Soriano ve diğ., 2011: 480). Literatüre bakıldığında, klinik ve klinik olmayan bireyler arasındaki istem dışı düşüncelere dair

birincil farklılığın düşüncenin türünden çok deneyimlenme sıklığından kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre daha fazla sayıda istem dışı deneyimler yaşayan bireylerin daha az sayıda istem dışı deneyimler yaşayan bireylere göre OKB tanısı almalarının daha olası olduğu önerilmektedir (Abramowitz ve diğ., 2010: 180). Klinik olan ve olmayan bireylerin deneyimledikleri istem dışı düşüncelerin özellikleri ve bu düşünceye yönelik değerlendirme ve tepki niteliğindeki yanıtları incelendiğinde, OKB sorunu olan bireylerin bildirdikleri istem dışı düşüncelerin daha sık, rahatsızlık verici, kontrol edilemez ve kişinin değerlerine ve benliğine aykırı olması yönüyle kabul edilemez oldukları (Rachman ve de Silva, 1978: 239; Janeck ve Calamari, 1999: 507); istem dışı düşünceye dair tepkilerinin obsesif düşünceye karşı nötrleştirme ve düşünce kontrol stratejilerini içerdiği ve bu tür kontrol çabalarını daha çok başarısız algıladıkları görülmektedir (Amir, Cashman ve Foa, 1997: 777; Ladouceur ve diğ., 2000: 185). Yapılan çalışmaların ayrıntılı bir özeti Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2: Klinik Olan ve Klinik Olmayan İstem Dışı Deneyimlerin Ayırt Edici Özellikleri

İstem Dışı Deneyimler	Klinik Obsesyonlar
• Daha seyrek • Daha az kabul edilemez/rahatsız edicidir • Suçluluk ile daha az ilişkilidir • Deneyime karşı daha az direnç • Algılanan kontrolün mevcudiyeti • Anlamsız, ego-distonik değildir • Bilinçli farkındalığın tamamen ele geçirmeyen, görece kısadır • Kontrole dair az endişe • Rahatsızlığı nötrleştirmeye daha az odaklanma	• Daha siktir • Daha fazla kabul edilemez/rahatsız edicidir • Öne çıkan suçluluk duyguları • Deneyime karşı güçlü direnç • Algılanan kontrolün azalması • Yüksek seviyede anlamlı, ego-distoniktir • Bilinçli farkındalığın tamamen ele geçiren, oldukça zaman alıcıdır • Kontrole dair artan endişe • Rahatsızlığı nötrleştirmeye çok güçlü odaklanma

Kaynak: Clark, D. A., 2004, s. 31.

OKB'nin bilişsel davranışçı teorileri, obsesif istem dışı düşüncelerin herkes tarafından deneyimlendiği ve şiddetin bir uçta hiçbir istem dışı deneyimin olmayışı bir uçta ise en fazla istem dışı deneyimin oluşu olmak üzere bir süreklilik üzerinde yer aldığını savunmaktadır (Clark ve Rhyno, 2005: 12; Berry ve Laskey, 2012: 126; Abramowitz et al., 2014: 208). Obsesyon ve kompulsiyonların klinik olmayan örneklemde belirli bir seviyede bulunduğunu ortaya koyan çalışma bulguları sonucunda, obsesyon ve kompulsiyonların kategorik yani var ya da yok şeklinde değil şiddeti açısından bir süreklilik içerisinde yer aldığı düşünülerek süreklilik modeli ortaya çıkmıştır (Rachman ve de Silva, 1978: 239; Abramowitz ve diğ., 2014; Radomsky ve diğ., 2014: 7). Süreklilik modeline göre daha fazla sayıda istem dışı deneyimler yaşayan bireylerin klinik örneklemde olma olasılığı; daha az sayıda istem dışı deneyimler yaşayan bireylerin ise klinik olmayan örneklemde olma olasılığı daha fazladır (Foa ve diğ., 2002: 206; Thordarson ve diğ., 2004: 1034; Watson ve Wu, 2005: 59; Abramowitz ve diğ., 2010: 180; Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 481). Süreklilik modeli herkesin benzer içerikte istem dışı düşünceler deneyimlediğini, ancak sıklık, rahatsızlık düzeyi gibi değişkenler açısından klinik olan ve olmayan bireyler arasında farkın görüldüğünü öne sürmektedir.

Özetle, istem dışı düşünceler istenmeyen, kabul edilemez olarak deneyimlenen, dikkati ve konsantrasyonu bölen, göz ardı edilmesi ve kontrol edilmesi güç, kaynağı içsel olan düşüncelerdir. Klinik obsesyonlara benzer içerikte olan normal istem dışı düşünceler klinik olmayan bireylerde de yüksek oranda deneyimlenmektedir. Klinik ile klinik olmayan bireyler arasındaki farklılığa dair yapılan çalışmalarda, klinik istem dışı deneyimlerin klinik olmayanlardan daha sık, rahatsız edici, kontrol edilemez ve ego-distonik olması yönüyle farklılaştıkları görülmektedir. Ayrıca bu özellikleri nedeniyle klinik olan bireylerde olmayanlardan farklı olarak istem dışı deneyimlere tepki niteliğinde bilişsel ya da davranışsal kompulsiyonlar gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla, istem dışı düşüncelerin içeriğinden çok sıklığı ve düşüncenin deneyimlenmesine karşılık olarak gerçekleşen değerlendirmelerin ve kompulsiyonların normal istem dışı deneyimlerin klinik obsesyonlara dönüşmesine yol açtığı görülmektedir.

1.3.3. Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri (OİDE)

Bu bölümde, ölçüm araçlarının yukarıda değinilen katkıları nedeniyle obsesif istem dışı düşüncelerin değerlendirilmesini amaçlayan ve bu çalışmada, Türkçe formunun psikometrik özellikleri incelenecek olan Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri'ne (OİDE) dair bilgiler verilecek ve literatürde OİDE'nin kullanıldığı çalışmalar ele alınacaktır.

Obsesyon ve kompulsiyonlar kategorik değildir: Herkes tarafından deneyimlenmekte ve şiddeti ve sıklığı açısından bir süreklilik göstermektedir (Berry ve Laskey, 2012: 126; Abramowitz et al., 2014: 208). Çalışmalarda ve ölçüm aracı geliştirme faaliyetlerinde tutarlı olarak obsesyon ve kompulsiyonların klinik olmayan örneklemde deneyimlendiği görülmektedir (Foa ve diğ., 2002: 206; Thordarson ve diğ., 2004: 1034; Watson ve Wu, 2005: 59; Abramowitz ve diğ., 2010: 180; Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 481). Bu bağlamda, ölçüm araçları geliştirme çalışmaları istem dışı deneyimlerin daha ayrıntılı bir incelemesine olanak tanımakta, obsesyon ve kompulsiyonların klinik olan ve olmayan bireylerde bir süreklilik gösterdiğine işaret etmektedir. İstem dışı deneyimlere dair ayrıntılı bilgiler sunduğu göz önüne alındığına, bu alanda yapılacak çalışmalarda güncel ölçüm araçlarının geliştirilmesi de önem kazanmaktadır. İstem dışı deneyimlerin değerlendirilmesi konusunda geliştirilen ölçüm araçlarından biri olan Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri (OİDE), güncel ve kapsamlı bir ölçüm aracı olmasıyla bu konuda öne çıkmaktadır. OİDE, istem dışı düşünce, imge veya dürtüleri ve bunlardan kişi için en çok rahatsızlık verici olan istem dışı deneyime yönelik değerlendirme ve kontrol stratejilerini belirlemeyi amaçlamaktadır (Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 475). Bu amaçla katılımcıların istem dışı düşüncelere dair bilgilendirilmesini takiben istem dışı düşüncelerini, buna ilişkin değerlendirmelerini ve kontrol stratejilerini ölçen üç bölümü gelmektedir. Birinci bölümde, istem dışı düşünceler, dürtüler ve imgelerin türleri ve sıklığı ölçülmektedir. Bu bölümde, her biri çeşitli obsesif temaya işaret eden ve obsesif istem dışı deneyimleri tetikleme olasılığı en yüksek olan senaryoları içeren (yüksek bir yerde iken; trafikte iken vb.) istem dışı deneyimlerin bir listesi yer almaktadır. İkinci bölüm öncesinde, son 3 ay içerisinde deneyimlenen en rahatsız edici istem dışı deneyimin bildirilmesi istenmektedir. Buna göre, envanterin ikinci bölüm A ve B kısımlarının,

seçilen istem dışı deneyim göz önüne alınarak cevaplandırılması istenmektedir. İkinci kısım için ilk olarak A bölümü gelmektedir: bu bölümde, en rahatsız edici istem dışı düşünceye karşılık duyusal tepkiler; en rahatsız edici istem dışı düşünceyi kontrol etme konusunda yaşanan zorluk ve bastırma; en rahatsız edici istem dışı düşünceye dair işlevsiz inanışlar sorgulanmaktadır. İkinci bölümün B kısmında, en rahatsız edici istem dışı deneyime tepki niteliğinde geliştirilen 17 kontrol stratejisinin bir listesi bulunmakta; bunların ne sıklıkla kullanıldığı değerlendirilmektedir.

OİDE'nin orijinal çalışmasında istem dışı deneyimlerin 6 farklı boyuta sahip olduğu hem klinik hem de klinik olmayan örneklemde belirlenmiştir. Buna göre hem klinik hem de klinik olmayan bireyler için obsesif istem dışı deneyimler saldırganlık, cinsel/dinsel/ahlak dışılık, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma ve batıl inanış/büyüsel düşünme şeklinde sınıflandırılmaktadır (Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 477). Ayrıca Lee ve Kwon (2003: 20) tarafından yapılan obsesyonlara yönelik otojen-reaktif ayrımı, OİDE'nin çalışma bulgularında da desteklenmektedir: Saldırganlık, dinsel/cinsel/ahlak dışılık boyutlarının Tip 1 ve simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma ve batıl/büyüsel düşünme boyutlarının ise Tip 2 olmak üzere iki st tür obsesif istem dışı düşünceye ait olduğu ve Tip 1-Tip 2 ayrımının sırasıyla otojen-reaktif ayrımına işaret edebileceği gösterilmektedir.

Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri'nin orijinal geçerlik ve güvenirlik çalışması hem klinik hem de klinik olmayan grupta gerçekleştirilmiştir. Literatüre benzer şekilde OİDE'nin orijinal çalışmasında da obsesif istem dışı deneyimlerin tüm bireylerde deneyimlendiği görülmekte; bu nedenle istem dışı düşüncelerin srekliplik modeline katkıda bulunulmaktadır (Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 481). Bu bağlamda, OİDE'nin ölçüm aracı olarak kullanıldığı çalışmaların sonuçlarına bakarak hem istem dışı deneyimlerin daha ayrıntılı incelenmesi hem de istem dışı deneyimlerin OİDE tarafından klinik olan ve klinik olmayan örneklemelerde tutarlı bir şekilde srekliplik gösterip göstermediği değerlendirilerek OİDE'nin srekliplik modeline olan katkısının ele alınması amaçlanmaktadır.

Garcia-Soriano ve Belloch (2013b: 445) tarafından obsesif istem dışı düşüncelerin semptom alt boyutlarına göre rahatsızlık düzeyini, değerlendirmelerini ve nötrleştirme stratejilerini araştırma amacıyla klinik ve klinik olmayan bireyler ile bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların obsesif istem dışı düşünceleri,

değerlendirme ve kontrol stratejilerini ölçmek adına OİDE ve obsesif-kompulsif semptomları değerlendirmek adına çeşitli ölçüm araçları kullanılmıştır. Bulgulara göre OKB sorunu olan bireyler klinik olmayan gruba göre en rahatsız edici istem dışı düşüncelerini deneyimlerken daha fazla olumsuz duygu ve yanlış değerlendirme bildirmektedirler. Diğer yandan, OKB sorunu olan bireyler klinik gruba göre daha fazla obsesif deneyime tepki niteliğinde genel kontrol stratejisi ve bilişsel ve davranışsal kompulsiyonlar gerçekleştirmektedirler. Dolayısıyla, klinik ve klinik olmayan bireylerin istem dışı deneyimlere yönelik değerlendirmeler, duygusal tepkiler ve tepki niteliğindeki yanıtlar açısından farklılıklar gösterdiği ortaya koyulmaktadır.

Belloch ve diğ. (2012:96) tarafından katılımcıların ego-distonik ve ego-sintonik karakteristiklerinin obsesif istem dışı düşünceler ile ilişkisini incelemek amacıyla toplum örnekleminde bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmada katılımcıların obsesif istem dışı düşünceleri, değerlendirme ve kontrol stratejilerini ölçmek adına OİDE ve yemeye ilişkin istem dışı deneyimleri ölçmeyi amaçlayan bir başka envanter kullanılmıştır. Bulgulara göre ilk olarak, obsesif istem dışı deneyimler ve yemeye dair istem dışı deneyimler rasyonel oldukları ve kişilikle tutarlı olan yönleri olduğu düşünüldüğünden katılımcılar tarafından kısmen ego-sintonik, aynı zamanda istenmeyen oldukları için kısmen ego-distonik olarak bildirilmişlerdir. İkinci olarak, OİDE Bölüm 1'in ölçtüğü Tip 1 ve Tip 2 ayrımı ego-distonisite açısından incelenmiştir; ahlaki temelli Tip 1 alt boyutunun ahlaki temelli olmayan Tip 2 alt boyutuna göre daha fazla ahlaka aykırı ve kişilik ile tutarsız/mantıksız olarak değerlendirildiği görülmüştür.

Llorens-Aguilar ve diğ., (2020: 7) tarafından OKB sorunu olan bireyler ile obsesyon ve istem dışı deneyimlerin aynı gruptaki farklılıklarını değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların obsesif istem dışı düşünceleri, değerlendirme ve kontrol stratejilerini ölçmek adına OİDE ve obsesyonları ve obsesif istem dışı düşüncelerini değerlendirmek adına yarı-yapılandırılmış görüşme envanteri kullanılmıştır. Çalışma bulguları OKB sorunu olan bireylerin deneyimledikleri obsesyonlarına dair ayrıntılı bilgiler sunmaktadır. İlk olarak, OKB sorunu olan bireylerin düşünce akışları içerisinde obsesyon ve istem dışı deneyimlerini belirleme ve ayırt edebilme becerileri olduğu görülmektedir. İkinci olarak, Rachman ve de Silva'nın (1978: 239) obsesyon ve istem dışı deneyimlerin

deneyimlenme yolları açısından benzer olduğuna dair bulguları bu çalışmada da desteklenmekte ve Lee ve Kwon (2003: 20) tarafından önerilen otojen-reaktif ayrımı bakımından herhangi bir farklılaşma olmadığı görülmektedir. Üçüncü olarak, obsesyonlar aynı kişi tarafından istem dışı düşüncelere göre daha sık deneyimlenmektedir; ayrıca obsesyonların istem dışı deneyimlere göre daha fazla olumsuz duygulanım ve genel olarak yanlış değerlendirmeler ile daha çok ilişkili olduğu ve kontrol edilmesinin daha zor olduğu görülmektedir. Bu bilgiler ışığında OKB sorunu olan bireylerin istem dışı düşünceleri deneyimleme şeklinin OİDE Bölüm 2’den elde edilen sonuçlar açısından klinik olmayan örneklemlemler ile bildirilen diğer bulgulara benzer olduğu ortaya konulmaktadır. Diğer yandan, obsesyon ve istem dışı deneyimler açısından tüm yanlış değerlendirme alanlarında farklılıklar olsa bile, en büyük fark düşüncenin önemi alanında görülmektedir. Özetle, bu çalışmanın sonuçları OKB sorunu olan bireylerin aynı anda hem obsesyonlar hem de istem dışı düşünceler deneyimlediklerini ve biçim ve içerik açısından birbirlerine benzer olmakla birlikte deneyimlenme şekillerinde farklılıklar göstererek süreklilik hipotezinin desteklendiğini ortaya koymaktadır.

Belloch ve diğ. (2015: 3) tarafından klinik örnekleme yapılan bir çalışmada OKB sorunu olan bireylerin bilişsel nötrleştirme stratejileri ve davranışsal kompulsiyonları incelenmiştir. Çalışmada katılımcıların obsesif istem dışı düşünceleri, değerlendirme ve kontrol stratejilerini ölçmek adına OİDE ve obsesif-kompulsif ve depresif semptomları değerlendirmek adına çeşitli ölçüm araçları kullanılmıştır. Bulgulara göre davranışsal kompulsiyonlar obsesif kompulsif semptom şiddeti ile ilişkili iken, bilişsel nötrleştirme stratejileri ilişkili bulunmamıştır. Ancak Tip 1 ve Tip 2 ayrımı göz önüne alındığında sonuçlar tersinedir: Ahlak içerikli obsesyonlar söz konusu olduğunda hem bilişse stratejiler hem de davranışsal kompulsiyonlar; ahlak içerikli olmayan obsesyonlar söz konusu olduğunda sadece davranışsal kompulsiyonlar semptom şiddeti ile ilişkili bulunmaktadır. Diğer yandan, katılımcıların bildirdikleri bilişsel veya davranışsal tepkiler incelendiğinde, ahlak olan ve olmayan grupların ikisinin de bilişsel stratejileri davranışsal kompulsiyonlardan daha çok kullandıkları; ancak ahlak olmayan grubun ahlak olan gruba göre daha çok davranışsal kompulsiyonlar bildirdikleri görülmektedir. Gruplar arası kaygı ve depresif semptomlar arasında da farklılıklar bulunmaktadır: Bilişsel stratejileri daha

çok kullanan kişilerin kullanmayanlara göre daha fazla depresif semptomlar bildirdikleri; davranışsal kompulsiyonları daha fazla kullanan kişilerin kullanmayanlara göre daha fazla kaygı semptomları bildirdikleri görülmektedir. Çalışmanın bulgularını özetlemek gerekirse, OKB sorunu olan bireylerde semptom şiddeti ve davranışsal kompulsiyonlar birbirleriyle ilişkili görülmekte, ahlak olan grup için ayrıca semptom şiddeti ile bilişsel nötrleştirme stratejileri arasında ilişki bulunmaktadır.

Garcia-Soriano ve diğ. (2014: 191) tarafından Yeme Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan katılımcılar ile iki grubun istem dışı düşünceleri, bunlara ilişkin değerlendirme ve kontrol stratejilerinin incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların obsesif istem dışı düşünceleri, değerlendirme ve kontrol stratejilerini ölçmek adına OİDE, yemeye ilişkin istem dışı deneyimleri ölçmeyi amaçlayan bir envanter ve yeme tutumu ve obsesif-kompulsif semptomları ölçmeyi amaçlayan çeşitli ölçüm araçları kullanılmıştır. OKB ve Yeme Bozukluğu olan grubun istem dışı deneyimlerin sıklıkları ve benzer olumsuz duygulanım yaratmaları bakımından karşılaştırıldığında birbirlerine benzediği görülmektedir. Diğer yandan iki grubun deneyimledikleri istem dışı düşünceler açısından karşılaştırıldığında, OKB grubunun deneyimledikleri istem dışı düşünceleri daha çok rahatsızlık verici olarak değerlendirdikleri ortaya çıkmaktadır. Son olarak, OKB sorunu olan bireyler Yeme Bozukluğu grubuna göre sorumluluk ile ilişkili olan değerlendirme stratejilerini daha fazla kullanmaktadırlar.

1.4. POSTPARTUM OKB VE ÖZELLİKLERİ

OKB'nin görüldüğü bir yaşam olayı da doğum sonrasıdır (Abramowitz ve diğ., 2003a: 464; Guzick ve diğ., 2017: 31). Doğum, genel anlamda pozitif bir olay olsa bile, ebeveynlerin yaşantılarında ani değişikliklere yol açması bakımından ciddi ölçüde etki etmektedir. Hatta prenatal (doğum öncesi), perinpartum (doğum sırası) ve postpartum (doğum sonrası) dönemler, biyolojik, psikolojik ve çevresel etmenlerdeki büyük değişim göz önüne alındığında çeşitli psikolojik bozuklukların gelişimine katkıda bulunabilmektedir (Geller, 2004: 188). Hamilelik ve doğum sonrası dönemler, depresyon, OKB ve psikoz başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklar için artan

bir risk dönemi olarak kabul edilmektedir (Russell ve diğ., 2013: 381). Bu doğrultuda postpartum OKB'ye yönelik olarak yapılacak çalışmalar önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada hem obsesif istem dışı deneyimlerin postpartum annelerdeki durumunun incelenmesi hem de bu gruplardaki sonuçların literatür ile karşılaştırılmasına dayanarak Obsesif İstem Dışı Düşünceler Ölçeği'nin (OİDE) eş zaman geçerliğine katkıda bulunulması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda postpartum OKB'ye dair alanyazını incelemek amacıyla öncelikli olarak postpartum OKB'nin tanımı, öne çıkan semptom türleri, prevalansı, eş tanıları ve klinik gidişatı ele alınacak, sonra biyolojik etmenlere kısaca değinilecek ve bilişsel davranışçı yaklaşımın postpartum OKB'ye yönelik modeli aktarılacaktır.

1.4.1. Postpartum OKB Özellikleri

Bu kısımda ilk olarak postpartum OKB'nin tanımı diğer OKB'ler ile farklılıkları bazında ele alınacak, sonra epidemiyolojisi, eş tanısı, sık rastlanılan semptom türleri ve klinik gidişatı açıklanacaktır.

Postpartum OKB, çoğunlukla prepartum dönemde başlayan bulaşma ve postpartum dönemde başlayan bebeğin zarar göreceği şeklindeki şüphe ve saldırganlık temalarında deneyimlenen istem dışı düşünceler ile karakterize olan belirgin klinik tablo olarak tanımlanmaktadır (Abramowitz ve Fairbrother, 2008: 153). Postpartum OKB, doğum sonrası dönemde artan bir risk dönemi olması ve hamilelik döneminde görülen OKB'den ayrı bir klinik tablo ortaya koyması nedeniyle ayrı bir alt tip olarak dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, postpartum OKB'nin bir alt tip olarak incelenmesini sağlayan klinik özellikleri incelenmiş ve aşağıda verilen altı özellik ortaya konulmuştur (Abramowitz ve Fairbrother, 2008: 140):

1. Hamilelik veya doğum sonrası dönem -genellikle hızlı olan- başlangıç,
2. Bulaşma (özellikle hamilelikte), hastalık, şiddet, zarar, kaza veya kayıp temalarını içeren obsesyon deneyimleri,
3. Bazen bebek dahil olmak üzere, obsesif temalara ilişkin işaretlerden kaçınma,
4. Açık (davranışsal) veya gizil (bilişsel) kompulsiyonlar gerçekleştirme,
5. Sıklıkla depresif semptomlar gösterme,
6. Doğum sonrası psikoz ile ilişkili değildir.

Hamilelik ve doğum sonrası dönem için ülkemiz de dahil olmak üzere tüm dünya alanyazınında OKB yaygınlığını inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğunu söylemek gerekir. Yapılan az sayıdaki çalışmalarda bu oranın %2,7 ile %11 arasında değiştiği görülmektedir (Wenzel, Haugen, Jackson ve Brendle, 2005: 301; Uguz ve diğ., 2007a: 132; Zambaldi ve diğ., 2009: 505; Miller ve diğ., 2013: 4). Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde olan kadınlar ile yapılan çalışmalarda örneklemin %2,7 ile %9'unun OKB için tanı kriterlerini karşıladığı, %2 ile %2,3'ünün ise doğum sonrası dönem başlangıçlı olduğu bildirilmektedir (Wenzel ve diğ., 2005: 301; Zambaldi ve diğ., 2009: 505). Postpartum OKB insidansına yönelik rastgele seçilmiş bir örneklem ile ülkemizde yapılan bir çalışmada, doğum hastanesindeki yeni doğum yapmış olan 302 kadın yer almış; örneklemin %4'ünün OKB tanı kriterlerini karşıladıkları bildirilmiştir (Uguz ve diğ., 2007a: 132-138). Yapılan yaygınlık çalışmaları, meta-analiz çalışmaları ile de incelenmektedir. McGuinness ve diğ. (2011) ülkemizde hamilelik ve doğum sonrası dönemdeki kadınlar ile yapılan üç farklı çalışmayı incelemektedir. Yapılan meta-analiz çalışmasına göre prevelans oranları %3,3, %3,5 ve %4 olarak bildirilmektedir (McGuinness ve diğ., 2011: 290). Hamilelik ve doğum sonrası dönemdeki OKB prevelanslarının genel popülasyon ile karşılaştırılması amacıyla yapılan bir meta-analiz çalışmasında, OKB prevelans oranları genel popülasyon için %1.08, hamilelik dönemi için %2.07 ve doğum sonrası dönem için %2,43 olarak bildirilmektedir (Russell ve diğ., 2013: 38). Dolayısıyla, OKB'nin hamilelik ve doğum sonrası dönemde genel popülasyona göre daha yüksek bir prevelans gösterdiği söylenilebilmektedir.

Postpartum OKB tanısı olan kadınların, psikiyatrik eş tanılarına eğilen çok az sayıda çalışma vardır. Wisner ve diğ. (1999: 176-180) tarafından postpartum depresyonu olan kadınlar ile yapılan çalışmada, örneklemin yarısının bebeğe zarar verme başta olmak üzere çeşitli obsesyonel deneyimler bildirdikleri gösterilmektedir. Postpartum OKB'si olan 15 kadın ile yapılan bir başka çalışmada, örneklemin %47'sinin başka bir kaygı bozukluğu geçmişi olduğu (panik bozukluk veya yaygın kaygı bozukluğu) gösterilmektedir (Sichel ve diğ., 1993a: 156-159). Yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda, postpartum OKB'ye çoğu durumda depresif semptomların da eşlik ettiği ve diğer kaygı bozuklukları geçmişinin görüldüğü belirtilmektedir.

Araştırmalar postpartum OKB semptomlarının, doğumdan sonra 2-6 hafta içinde ortaya çıktığını, bu anlamda hızlı bir başlangıca sahip olduğunu göstermektedir (Sichel ve diğ., 1993a: 156-159; Uguz ve diğ., 2007b: 559). Benzer şekilde, klinik OKB örnekleminde postpartum OKB başlangıcını inceleyen araştırmalar postpartumun OKB'nin başlangıcı açısından önemli olduğunu göstermektedir. OKB tanısı almış kadınlar ile yapılan çalışmalarda örneklemin %22'sinin semptomlarının hamilelik döneminde %22'sinin semptomlarının ilk çocuklarının doğumu sonrasındaki dönemde başladığı; hamilelik ve gebeliğin birlikte değerlendirildiği çalışmalarda ise bu oranın %39 ile %44 arasında olduğu bildirmektedirler (Neziroğlu ve diğ., 1992: 948; Abramowitz ve diğ., 2003a: 463).

Postpartum OKB semptomlarını inceleyen çalışmalar, postpartumda semptomların başlamasına ek olarak, var olan OKB semptomlarının doğum sonrası dönemdeki gidişatını da incelemektedir. Örneğin OKB sorunu olan kadınlardan oluşan klinik örnekleminde doğumun semptomlara etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, örneklemin %34,1'i için semptomlarda artış, %22'si için semptomlarda azalış ve %43,9 için semptomlarda değişiklik olmadığı bildirilmektedir (Forray ve diğ., 2010: 6). Williams ve Koran (1997: 330) tarafından doğum öncesinde OKB tanısı almış kadınlar ile yapılan bir çalışmada, örneklemin %17'sinin hamilelik döneminde semptomda artış ve %29'unun doğum sonrası dönemde semptomlarda artış bildirdiği görülmektedir. Ülkemizde doğum öncesi OKB tanısı almış olan 52 kadın ile benzer bir çalışma yapan Uguz ve diğ. (2011: 198) doğum sonrası dönem için örneklemin %32,7'sinde semptomlarda kötüleşme olduğunu, %53,8'inde semptomlarda değişim olmadığı ve %13,5'inde semptomlarda azalma olduğunu bildirmektedir. Diğer yandan tedavi almayan postpartum OKB sorunu olan bireylerin semptomlarının uzun bir süre devam ettiği ve zamanla artış gösterdiği görülmektedir. Herhangi bir tedavi almayan postpartum OKB tanısı almış 9 kadın ile yapılan çalışmada, örneklemin 8'inin 1 yıllık takip sonrasında OKB tanı kriterlerini karşılamaya devam ettiği, 7'sinin ise başlangıçta belirlenene kıyasla eşdeğer veya artmış semptomlar deneyimlediği bildirilmektedir (Uguz ve diğ., 2008: 1091). Brockington ve diğ. (2006: 258) tarafından gebelikte OKB semptomları deneyimleyen ve herhangi bir tedavi almayan 14 kadın ile yapılan çalışmada, örneklemin 4'ünün kendiliğinden iyileştiği, 10'unun ise iyileşmediği aktarılmaktadır. Dolayısıyla, postpartum OKB semptomlarını inceleyen çalışmalar,

postpartum öncesinde var olan OKB semptomlarının doğum sonrası dönemde farklılaşma yaşadığını ve bu farklılaşmanın çoğunlukla kötüleşme yönünde olduğunu göstermektedir.

Postpartum OKB sorunları olan kadınlar ile yapılan çalışmalara genel olarak bakıldığında, obsesyonlar için bulaşma, simetri/sıralama, saldırganlık, şüphe/hata ve zarar temalarının, kompulsiyonlar için temizlik, kontrol ve düzen türlerinin ve kaçınmanın öne çıktığı görülmektedir (Sichel ve diğ., 1993a: 158; Uguz, Akman ve diğ., 2007a: 132; Uguz ve diğ., 2007b: 560; Zambaldi ve diğ., 2009: 505; Miller ve diğ., 2013: 12). Çalışmalardan örnek vermek gerekirse, postpartum OKB sorunu olan kadınların semptom türleri doğum sonrasında başlamayan kadınlar ile karşılaştırıldığında, postpartum grubunun kontrol grubuna göre bulaşma obsesyonları ve kontrol kompulsiyonlarını daha fazla deneyimledikleri görülmüştür (Uguz ve diğ., 2007b: 559). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada, %68,7 ile %75 arasında bulaşma, %33,3 ile %50 arasında simetri ve %33 oranında saldırganlık obsesyonlarının; %66 oranında temizlik, %58 oranında kontrol ve %33 oranında düzenleme kompulsiyonlarının deneyimlendiği gösterilmektedir (Uguz ve diğ., 2007a: 132; Uguz ve diğ., 2007b: 559). Bu bilgiler ışığında, postpartum OKB semptom türlerine yönelik yapılan çalışmalarda genellikle bulaşma, simetri/sıralama, saldırganlık ve bebeğe zarar gelme obsesyonlarını daha fazla deneyimlendiği; bu obsesyonlara karşılık olarak ise yıkama, kontrol etme, güvence arama ve dua etme gibi açık veya gizil kompulsiyonları ve kaçınmayı daha fazla gerçekleştirildiği görülmektedir.

1.4.2. Postpartum OKB Modelleri

Literatürde postpartum OKB'nin etiyolojisine yönelik yapılan çalışma bulguları incelendiğinde biyolojik/hormonal ve bilişsel davranışçı modeller başta olmak üzere hamilelik döneminde ve doğum sonrası dönemde görülen obsesif kompulsif semptomları açıklamak için çeşitli açıklamalar öne sürülmektedir. Bu kısımda önce OKB gelişiminde hormonal açıdan etkide bulunduğu belirtilen biyolojik/hormonal açıklamalara kısaca değinilecek, daha sonra doğum sonrası dönemde sorumluluktaki ani artışın ebeveynler üzerindeki etkilerine dayanan bilişsel davranışçı modeller aktarılacaktır.

Postpartum OKB'nin biyolojik yönü, serotonin ve üreme hormonlarının düzensizliğine işaret etmektedir. OKB'nin serotonin hipotezi ile bağlantılı olan kuramına göre serotonin seviyesi üreme hormonları olan östrojen ve progesteron seviyesinden etkilenmektedir (Biegon ve diğ., 1983: 2015-2021). Hamilelik döneminde gözlenen üreme hormonlarının seviyesindeki dramatik düşüş serotonerjik işlevi etkilemekte ve OKB'nin başlamasını tetikleyebilmektedir (Sichel ve diğ., 1993b: 229). Dolayısıyla, biyolojik bulgular serotonin ve üreme hormonlarında yaşanan ani değişikliklerin OKB ile ilişkisine değinmekte ve hormonal değişimin anneleri OKB'ye daha yatkın hale getirdiğine işaret etmektedir.

Postpartum OKB'yi açıklayan bilişsel davranışçı kuram, doğum sonrası dönemde yaşanan sorumlulukta ani artış sonucunda deneyimlenen bebeğe ilişkin istem dışı düşüncelerin yanlış değerlendirildiğini ve istem dışı düşünceden kaynaklanan sıkıntının azaltılmasına yönelik tepkilerin geliştirilmesinin OKB semptomlarının başlamasına yol açtığını öne sürmektedir (Fairbrother ve Abramowitz, 2007: 2158). Buna göre, postpartum OKB'nin bilişsel davranışçı modeli OKB'nin postpartum başlangıçlı olmayan bilişsel davranışçı modeli ile paraleldir; ancak doğumdan sonra semptomların hızlı başlaması, bebeği güvende tutmak için bulaşma, şüphe ve saldırganlık obsesyonlarının ve buna karşılık kompulsiyonların varlığı ve babalarda da obsesyonların görülmesi gibi yönleriyle doğum sonrasına ilişkin etmenleri dahil etmeye izin vermektedir (Fairbrother ve Abramowitz, 2007: 2158). Modelin temelinde, ilk kez ebeveyn olan bireylerin belirli tipte OKB geliştirmeye karşı eğilimleri olduğu önermesi bulunmaktadır. Yeni ebeveynlerde OKB'ye karşı görülen bu eğilim, bebek ile ilgili olarak deneyimlenen istem dışı düşüncelerin yanlış değerlendirilmesi ve istem dışı düşüncenin yarattığı kaygıyı azaltmak için yapılan girişimlerin paradoksal olarak kaygıyı artırması ile sürdürülmektedir. Bu bağlamda yeni bir ebeveynin OKB'ye olan eğilimi üç adımda açıklanmaktadır. İlk olarak, savunmasız, bakıma muhtaç ve sevilen bir bebeğin ebeveyni olmanın kişinin sorumluluğunda ani ve dramatik bir artışa sebep olması, OKB'nin başlangıcı ya da nüksetmesi için aşılması gereken eşiği düşürmektedir. İkinci olarak, sorumluluk algısındaki bu artış, bebek ile ilgili ve rahatsızlık verici olan istem dışı deneyimlerin anlamlı, tehdit edici ve önlenmesi gereken düşünceler olarak yanlış değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır. Üçüncü olarak, abartılı sorumluluk ve tehdit

algısı sonucunda istem dışı düşüncelere karşılık olarak davranışsal veya bilişsel kompulsiyonlar gerçekleştirilmektedir (Fairbrother ve Abramowitz, 2007: 2158-2159).

Özetle, postpartum OKB'nin bilişsel davranışçı modeli postpartum OKB'yi, yeni ebeveyn olmuş anne ya da babaların hayatlarındaki sorumluluğun doğum öncesi dönem ile kıyaslandığında dramatik bir şekilde artışının etkisiyle özellikle bebeğe yönelik deneyimlenen normal istem dışı düşüncelerin yanlış değerlendirilmesi ve istem dışı düşünceye tepki niteliğinde olan kompulsiyonların gerçekleştirilmesi olarak açıklamaktadır.

1.5. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE AMACI

OKB'nin Bilişsel Davranışçı Modelleri, istem dışı düşüncelerin herkes tarafından deneyimlendiğini ve istem dışı düşüncelerin şiddeti bakımından artan bir süreklilik üzerinde yer aldığını öne sürmektedir (Clark ve Rhyno, 2005: 12; Berry ve Laskey, 2012: 126; Abramowitz et al., 2014: 208). Tüm bireylerin istem dışı deneyimler bildirmeleri nedeniyle ölçüm aracı geliştirmeye yönelik çalışmalarda istem dışı deneyimlerin daha ayrıntılı olarak ele alınması, klinik olsun ya da olmasın tüm bireylere yönelik ölçüm aracı geliştirilmesi ve farklı kültürlerde bunların test edilmesi önem kazanmaktadır. Bilişsel Davranışçı Modele göre istem dışı düşünceler, yanlış yorumlamalar ve tepki niteliğinde gerçekleştirilen nötrleştirme stratejileri sonucunda obsesyonlara dönüşmektedir. Bu pencereden bakıldığında istem dışı düşünceler kadar onlara karşılık olarak gerçekleşen duygusal tepkiler, yorumlamalar ve kontrol stratejilerinin değerlendirilmesi de önem kazanmaktadır. Öte yandan, istem dışı düşüncelerin değerlendirilmesine yönelik pek çok ölçüm aracı olsa bile hem istem dışı deneyimler hem de bunlara yönelik yorumlamalar ve kontrol stratejilerinin değerlendirildiği az sayıda ölçüm aracı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, kapsamlı bir ölçüm aracı olan Obsesif İstem Dışı Düşünceler-Gözden Geçirilmiş Form'dur (Revised-Obsessional Intrusive Thought-ROII). ROII, istem dışı düşünce, imge veya dürtülerin şiddetini ve sıklığını ve kişiye en çok sıkıntı veren istem dışı deneyimlere yönelik değerlendirme ve kontrol stratejilerini incelemek için oluşturulmuş 7'li derecelendirmeye dayanan bir öz-bildirim ölçeğidir (Purdon ve Clark, 1994b: 273).

Bir diğerkapsamlı ölçek ise bu çalışmada güvenilirlik ve geçerliği incelenen OİDE'dir. OİDE, ROII'ye dayandırılarak hazırlansa bile obsesif istem dışı düşüncelere dair daha kapsamlı semptom türleri öneriyor olması ve görece eski bir ölçek olan ROII'nin güncelleştirilmiş versiyonu olması nedeniyle bu çalışma için tercih edilmiştir. Dolayısıyla, OİDE'nin istem dışı düşüncelere ve bunlara karşılık yorumlamalar ve kontrol stratejilerine dair sınırlı sayıdaki kapsamlı ölçüm araçlarından biri olması ve istem dışı düşüncelere dair güncel bulgulara dayanması avantajlarındandır. Ölçeğin avantajlarının yanında, OİDE'nin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasının yapılması ile istem dışı düşüncelere dair ülkemizde yapılacak çalışmalara çeşitli yönlerden katkı sağlaması amaçlanmaktadır. Türkiye'de istem dışı düşüncelere dair sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir: OKB'ye dair çalışmalar genel olarak obsesif kompulsif semptomlar ve bilişsel faktörler üzerine odaklanmakta, obsesyonların kökeninde yer alan istem dışı düşüncelere dünya alanyazını ile karşılaştırıldığında yeterince odaklanılmamaktadır. Dolayısıyla OİDE'nin çevrilmesi ile hem bu çalışmada istem dışı düşüncelerin değerlendirilmesi hem de envanterin Türkçe formunun gelecek çalışmalarda istem dışı düşüncelerin araştırılmasına katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

Özetle, bu çalışmada OİDE'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği sınanacak olup, ilk olarak OİDE'nin yetişkin örnekleminde güvenilirliği ve geçerliği incelenecek daha sonra postpartum ve kontrol grupları karşılaştırılarak geçerliği sınanacaktır. Dolayısıyla bu çalışma için araştırma soruları ve hipotezler hem yetişkin hem de postpartum örnekleme yönelik olarak oluşturulmuştur. Çalışmanın öncelikle araştırma soruları ve takiben hipotezleri aşağıda verilmektedir.

Çalışmanın araştırma soruları:

Araştırma sorusu 1: Obsesif İstem Dışı Düşünceler Ölçeği (OİDE) Türkçe formu geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?

Araştırma sorusu 2: Klinik olmayan örnekleimde obsesif istem dışı deneyimler arttıkça, obsesif kompulsif semptomlar, obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejileri artmakta mıdır?

Araştırma sorusu 3: Yüksek düzey obsesif kompulsif semptomları olan grup, düşük düzey obsesif kompulsif semptomları olan gruba göre istatistiksel açıdan

anlamli olarak daha yüksek düzeyde obsesif istem dışı düşünceler, obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejileri sergilemekte midir?

Araştırma sorusu 4: Postpartum anneler postpartum olmayan annelere göre istatistiksel açıdan anlamli olarak daha yüksek düzeyde obsesif istem dışı düşünceler ve bulaşma, saldırganlık, şüphe semptom türleri deneyimlemekte midirler?

Çalışmanın hipotezleri:

Hipotez 1: Obsesif İstem Dışı Düşünceler leği (OİDE) geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Hipotez 2: Klinik olmayan örneklemde obsesif istem dışı deneyimler arttıkça, obsesif kompulsif semptomlar artmaktadır.

Hipotez 3: Klinik olmayan örneklemde obsesif istem dışı deneyimler arttıkça, obsesif inançlar artmaktadır.

Hipotez 4: Klinik olmayan örneklemde obsesif istem dışı deneyimler arttıkça, düşünce kontrol stratejileri artmaktadır.

Hipotez 5: OKE-GGF'ye göre yüksek düzey obsesif kompulsif semptomları olan grup, düşük düzey obsesif kompulsif semptomları olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamli olarak daha yüksek düzeyde obsesif istem dışı düşünceler deneyimlemektedirler.

Hipotez 6: OKE-GGF'ye göre yüksek düzey obsesif kompulsif semptomları olan grup, düşük düzey obsesif kompulsif semptomları olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamli olarak daha yüksek düzeyde obsesif inançlara sahiptirler.

Hipotez 7: OKE-GGF'ye göre yüksek düzey obsesif kompulsif semptomları olan grup, düşük düzey obsesif kompulsif semptomları olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamli olarak daha yüksek düzeyde düşünce kontrol stratejileri kullanmaktadırlar.

Hipotez 8: Postpartum anneler postpartum olmayan annelere göre istatistiksel açıdan anlamli olarak daha yüksek düzeyde obsesif istem dışı düşünceler ve bulaşma, saldırganlık ve şüphe semptom türleri deneyimlemektedirler.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM VE BULGULAR

Çalışmanın öncelikli amacı, obsesif istem dışı deneyimleri ve bu deneyimlere karşılık olarak gerçekleştirilen değerlendirmeler ve kontrol stratejilerini incelemektir. Bu vesile ile bu çalışmada, kapsamlı değerlendirme yapmak amacıyla geliştirilen bir öz-bildirim türü ölçüm aracı olan Obsesif İstenmeyen Düşünceler Envanteri'nin (OİDE) Türkçeye uyarlanarak Türk yetişkin örnekleminde psikometrik özelliklerinin incelenmesi ve yetişkin örnekleminde obsesif istem dışı deneyimlerin araştırılması hedeflenmiştir. Öncelikli olarak 238 katılımcıdan oluşan tüm örneklem grubu verileri ele alınmıştır. OİDE'nin güvenilirliğini incelemek amacıyla, toplam ve alt boyutları için iç tutarlılık katsayıları ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyon minimum maksimum değerleri hesaplanmıştır. OİDE'nin geçerliğini incelemek amacıyla, çeşitli analizler yapılarak yapı geçerliği, eş zaman geçerliği ve ölçüt bağlantılı geçerlik incelenmiştir. Tüm örneklem grubuna ek olarak, ekstra bir geçerlik değerlendirmesi yapmak üzere 50 postpartum anne ve 50 postpartum olmayan anne (kontrol) grupları oluşturulmuştur. Böylece, hem obsesif istem dışı deneyimlerin postpartum annelerdeki durumunun incelenmesi hem de bu gruplardaki sonuçların literatür ile karşılaştırılmasına dayanarak OİDE'nin eş zaman geçerliğine katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.

Bu bölümde, ilk olarak yöntem kısmı ele alınacaktır. Yöntem kısmı için araştırmanın örneklemiyle ilgili bilgilerin verileceği ve veri toplama araçlarının tanıtılacağı örneklem ve veri toplama araçları bölümünün ardından, çalışmanın yürütülüşü ve yapılan istatistiksel analizlerin anlatılacağı işlem ve istatistiksel analizler bölümüne yer verilecektir. Son olarak, çalışmanın bulgularının sunulacağı ve sonuçların değerlendirileceği bulgular ve sonuçlar bölümü ele alınacaktır.

2.1. YÖNTEM

Bu bölümde ilk olarak, OİDE'nin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmaya katılan tüm örneklem grubu ve postpartum ile kontrol grubunun demografik bilgileri sunulacak ve çalışmada kullanılan veri toplama araçları tanıtılacaktır. Daha sonra, çalışmanın nasıl yürütüldüğü ve çalışmada yapılan istatistiksel analizler ele alınacaktır.

2.1.1. ÖRNEKLEM

OİDE'nin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla toplamda 238 katılımcıya elden veri toplama yöntemiyle ulaşılmıştır. OİDE'nin psikometrik özellikleri hem tüm örneklem grubu hem de postpartum ve kontrol grubu üzerinde inceleneceği için, katılımcıların demografik özellikleri tüm grup ve postpartum ve kontrol grubu olmak üzere iki ayrı tabloda verilmiştir (bkz. Tablo 3 ve Tablo 4). Ana örneklem grubundakilerin araştırmaya katılım için, 18 yaş ve üzeri olma, çalışmaya katılmak için gönüllü olma, en az okur-yazar olma ve ölçüm araçlarını doldurmayı engelleyecek düzeyde fiziksel, nörolojik ya da psikiyatrik bir rahatsızlığın olmaması kriterleri gözetilmiştir. Araştırmadaki değişkenler açısından veri temizliği ve kontrolü ardından tek ve çok değişkenli uç değerleri belirleme işleminde 11 katılımcının uç değerlere sahip oldukları belirlenmiş ve bu katılımcılar veri setinden çıkarılmışlardır. Sonuç olarak, koşulları sağlamadığı belirlenen kişilerin çıkarılması ile araştırmanın nihai örneklemini ana örneklem grubu için 227 kişi (144 kadın, 83 erkek) oluşturmaktadır.

Ana örneklemin demografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalaması 32.93 (SS = 11,117) olan katılımcıların %63'ünün kadın %37'sinin ise erkek olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında, %52'sinin lisans ve lisans sonrası eğitim, %48'inin ise lise ve lise öncesi eğitime sahip olduğu söylenilebilir. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında, %56'sının evli %44'ünün ise bekar olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi durumunun katılımcıların %71'i için orta, %6'sı için ise üst düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcıların anne-babalarının eğitim durumlarına bakıldığında, %88'inin annelerinin %80'inin ise babalarının lise ve lise

öncesi eğitim durumuna sahip olduğu; katılımcıların %53'ünün çocuk sahibi olduğu gözlenmektedir. Katılımcıların kimlerle yaşadığına bakıldığında, %47'sinin eş ve çocukları ile, %15'inin anne babaları ile, %10'unun yalnız, %9'unun ise sadece eşleri ile yaşadığı; katılımcıların %86'sının ise hayatlarında hiç ruhsal bozukluk tanısı almadıkları söylenilebilir. Ruhsal bozukluk tanıları olduğu belirtilen katılımcıların %4'ü için MDB, %3'ü için Kaygı Bozukluğu, %2'si için DEHB, %0.9'u için OKB, %0.4'ü için TSSB ve %0.4'ü için Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı aldıkları rapor edilmiştir. Katılımcıların hayatlarının bir noktasında aldıkları psikolojik tedavi durumları incelendiğinde, %68'inin tedavi almadığı, %14'ünün psikiyatrik ilaç tedavisi, %13'ünün psikoterapi, %5'inin ilaç tedavisi ve psikoterapi aldığı bildirilmiştir. Katılımcıların aile bireylerinin psikiyatrik tanı durumları incelendiğinde, %64'ünün ailelerinde herhangi bir psikiyatrik tanının olmadığı, %36'sının ise ailelerinde psikiyatrik tanılarının olduğu görülmüştür. Ana örnekleme ait ayrıntılı demografik bilgiler Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3: Tüm Grup Katılımcılarının Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik değişkenler		Tüm katılımcılar (n = 227)
Yaş, ort (±S.S.), yıl		32,93 (11,117)
Cinsiyet, n (%)	Kadın	144 (%63)
	Erkek	83 (%37)
Eğitim, n (%)	Lise ve öncesi	108 (%48)
	Lisans ve sonrası	119 (%52)
Medeni durum, n (%)	Bekar	99 (%44)
	Evli	128 (%56)
Gelir düzeyi, n (%)	Alt	51 (%23)
	Orta	160 (%71)
	Üst	13 (%6)
Anne eğitim, n (%)	Lise ve öncesi	200 (%88)
	Lisans ve sonrası	26 (%12)

Baba eğitim, <i>n</i> (%)	Lise ve öncesi	181 (%80)
	Lisans ve sonrası	45 (%20)
Kimlerle yaşıyor, <i>n</i> (%)	Yalnız	22 (%10)
	Sadece eş	21 (%9)
	Eş ve çocuklar	107 (%47)
	Anne ve baba	34 (%15)
	Diğer	42 (%19)
Çocuk, <i>n</i> (%)	Evet	119 (%53)
	Hayır	107 (%47)
Ruhsal bozukluk tanısı, <i>n</i> (%)	Evet	31 (%14)
	Hayır	194 (%86)
Ruhsal bozukluk tanısı, <i>n</i> (%)	MDB	10 (%4)
	Kaygı bozukluğu	8 (%3)
	DEHB	5 (%2)
	OKB	2 (%0,9)
	TSSB	1 (%0,4)
	Alkol ve madde kullanım bozukluğu	1 (%0,4)
Genel psikolojik tedavi, <i>n</i> (%)	Tedavi almadım	155 (%68)
	Psikiyatrik ilaç tedavisi	32 (%14)
	Psikoterapi	29 (%13)
	İlaç tedavisi ve psikoterapi	11 (%5)
Şuan ki psikolojik tedavi, <i>n</i> (%)	Tedavi almıyorum	196 (%86)
	Psikiyatrik ilaç tedavisi	13 (%6)
	Psikoterapi	13 (%6)
	İlaç tedavisi ve psikoterapi	3 (%1)
Aile ruhsal bozukluk geçmişi, <i>n</i> (%)	Evet	82 (%36)
	Hayır	144 (%64)

Notlar: MDB: Majör Depresif Bozukluk; DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

Obsesif İstenmeyen Düşünceler Envanteri'nin Türkçe formunun postpartum ve kontrol grubunda psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla toplamda 100 katılımcıya elden veri toplama yöntemiyle ulaşılmıştır. Bu bağlamda, tüm örneklem

grubunda yer alan katılımcılar içerisinde dahil olma kriterlerine dayanarak 50 postpartum anne ve 50 postpartum olmayan anne (kontrol) grupları oluşturulmuştur. Araştırmaya katılım için 18 yaş ve üzeri olma, kadın olma, çalışmaya katılmak için gönüllü olma, en az okur-yazar olma ve ölçüm araçlarını doldurmayı engelleyecek düzeyde fiziksel, nörolojik ya da psikiyatrik bir rahatsızlığın olmaması kriterleri gözetilmiştir. Literatür incelendiğinde, postpartum OKB semptomlarının özellikle ilk haftalarda daha belirgin bir başlangıç gösterdiği (Fairbrother ve Abramowitz, 2007: 2158); ancak bu semptomların 18 aya kadar devam edebildiği (Mcguinness ve diğ., 2011: 301) görülmektedir. Ayrıca postpartum dönem depresif semptomlarına yönelik olarak yapılan çalışmalarda da postpartum dönemde görülen semptomların 18 aya kadar sürebileceği gösterilmektedir (Righetti-Veltema, Bousquet, Manzano, 2003: 78; Klier ve diğ., 2008: 5; Monti ve diğ., 2008: 236; Cost ve diğ., 2016: 320). Bu bağlamda bu kriterlere ek olarak, postpartum grup için 0-18 aylık çocuğa sahip olma, kontrol grubu için ise 18 ay üzeri çocuğa sahip olma kriterleri gözetilmiştir. Araştırmadaki değişkenler açısından tek ve çok değişkenli uç değerleri belirleme işlemi kontrol grubunda bulunan 2 katılımcının uç değerlere sahip oldukları belirlenmiş ve bu katılımcılar veri setinden çıkarılmışlardır. Sonuç olarak, koşulları sağlamadığı belirlenen kişilerin çıkarılması ile araştırmanın nihai örneklemini postpartum grup için 50 kişi, kontrol grubu için ise 48 kişiden oluşmaktadır.

Postpartum grubu katılımcılarının demografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalamasının 31.54 (SS = 4,011) olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında, %56'sının lisans ve lisans sonrası eğitim, %44'ünün lise ve lise öncesi eğitime sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların hepsi evli olduğunu belirtmiş; katılımcıların %66'sı orta, %24'ü alt, %8'i ise üst düzey gelir düzeyi olarak rapor etmiştir. Katılımcıların anne-babalarının eğitim durumlarına bakıldığında, %90'ının annelerinin %84'ünün babalarının lise ve lise öncesi eğitim durumuna sahip olduğu görülmüştür. Katılımcılarının kimlerle yaşadığına bakıldığında, hepsinin eş ve çocukları ile yaşadığı rapor edilmiştir. Postpartum dönemdeki annelerin en küçük çocuklarının kaç aylık olduğuna bakıldığında, %34'ünün 16-18 aylık, %24'ünün 0-3 aylık, %16'sının 8-11 aylık, %14'ünün 4-7 aylık ve %12'sinin 12-15 aylık oldukları söylenilebilir. Katılımcıların en küçük çocuklarının doğum şekli için %62'sinin normal doğum, %26'sının zorunlu sezaryen doğum ve %12'sinin isteğe bağlı sezaryen

doğum bildirdiği görülmüştür. Katılımcıların çocuklarının doğum zamanına bakıldığında, %88'inin zamanında, %6'sının postmatüre, %4'ünün 4 haftadan erken prematüre, %2'sinin ise 1-4 hafta arası prematüre olduğu bildirilmektedir. Katılımcıların %16'sının hamilelik sırasında, %4'ünün doğum sırasında bir sağlık problemi yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların bebeklerinin ise %10'unun doğum sırasında bir sağlık problemi yaşadığı bildirilmiştir. Katılımcıların %2'sinin hayatlarının herhangi bir noktasında ruhsal bozukluk tanısı aldıkları, %98'inin ise hayatlarında hiç ruhsal bozukluk tanısı almadıkları görülmektedir. Ruhsal bozukluk tanısı bildiren tek katılımcı olduğu ve bunu Kaygı Bozukluğu olarak bildirdiği görülmüştür. Katılımcıların hayatlarının bir noktasında aldıkları psikolojik tedavi durumları incelendiğinde, %70'inin tedavi almadığı, %10'unun psikiyatrik ilaç tedavisi, %18'inin psikoterapi, %2'sinin ilaç tedavisi ve psikoterapi aldığı bildirilmiştir. Katılımcıların şu anda aldıkları psikolojik tedavi durumları incelendiğinde, %88'inin tedavi almadığı, %10'unun psikoterapi, %2'sinin ilaç tedavisi ve psikoterapi aldığı bildirilmiştir. Katılımcıların aile bireylerinin psikiyatrik tanı durumları incelendiğinde, %66'sının ailelerinde herhangi bir psikiyatrik tanının olmadığı, %34'ünün ise ailelerinde psikiyatrik tanılarının olduğu görülmüştür. Örneklemeye ait ayrıntılı demografik bilgiler Tablo 4'te yer almaktadır.

Kontrol grubu katılımcılarının demografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalamasının 44.63 (SS = 9,446) olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında, %50'sinin lisans ve lisans sonrası eğitim, %50'sinin lise ve lise öncesi eğitime sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında, %90'ının evli, %10'unun ise bekar olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi durumunun katılımcıların %77'si için orta, %17'si için alt, %6'sı için ise üst düzeyde olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların anne-babalarının eğitim durumlarına bakıldığında, %83'ünün annelerinin %77'sinin ise babalarının lise ve lise öncesi eğitim durumuna sahip olduğu görülmüştür. Katılımcılarının kimlerle yaşadığına bakıldığında, %77'sinin eş ve çocukları ile, %9'unun sadece eş ile, %2'sinin yalnız yaşadıkları ve %10'unun diğer seçeneğini seçtikleri rapor edilmiştir. Kadınların en küçük çocuklarının doğum şekli için %42'sinin normal doğum, %27'sinin zorunlu sezaryen doğum ve %31'si için isteğe bağlı sezaryen doğum bildirdiği söylenilebilir. Katılımcıların çocuklarının doğum zamanına bakıldığında, %90'ının zamanında,

%4'ünün postmatüre, %4'ünün 4 haftadan erken prematüre, %2'sinin ise 1-4 hafta arası prematüre olduğu görülmüştür. Katılımcıların %15'inin hamilelik sırasında, %8'inin doğum sırasında bir sağlık problemi yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların bebeklerinin ise %15'inin doğum sırasında bir sağlık problemi yaşadığı bildirilmiştir. Katılımcıların %21'inin hayatlarının herhangi bir noktasında ruhsal bozukluk tanısı aldıkları, %79'unun ise hayatlarında hiç ruhsal bozukluk tanısı almadıkları bildirilmektedir. Katılımcıların hayatlarının herhangi bir döneminde aldıkları ruhsal bozukluk tanısı olarak %11'inin MDB, %6'sının ise Kaygı Bozukluğu bildirdiği görülmüştür. Katılımcıların hayatlarının bir noktasında aldıkları psikolojik tedavi durumları incelendiğinde, %67'sinin tedavi almadığı, %21'inin psikiyatrik ilaç tedavisi, %10'unun psikoterapi, %2'sinin ilaç tedavisi ve psikoterapi aldığı rapor edilmiştir. Katılımcıların şu anda aldıkları psikolojik tedavi durumları incelendiğinde, %86'sının tedavi almadığı, %4'ünün psikoterapi, %8'inin psikiyatrik ilaç tedavisi aldığı bildirilmiştir. Katılımcıların aile bireylerinin psikiyatrik tanı durumlarına bakıldığında, %63'ünün ailelerinde herhangi bir psikiyatrik tanının olmadığı, %35'inin ise ailelerinde psikiyatrik tanılarının olduğu görülmüştür. Örneklemeye ait ayrıntılı demografik bilgiler Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4: Postpartum Grup ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik değişkenler		Postpartum grup (n = 50)	Kontrol grubu (n = 48)
Yaş, ort (±S.S.), yıl		31,54 (4,011)	44,63 (9,446)
Eğitim, n (%)	Lise ve öncesi	22 (%44)	24 (%50)
	Lisans ve sonrası	28 (%56)	24 (%50)
Medeni durum, n (%)	Bekar	50 (%100)	43 (%90)
	Evli	0 (%0)	5 (%10)
Gelir düzeyi, n (%)	Alt	12 (%24)	8 (%17)
	Orta	33 (%66)	37 (%77)
	Üst	4 (%8)	3 (%6)

Anne eğitim, <i>n</i> (%)	Lise ve öncesi	45 (%90)	39 (%83)
	Lisans ve sonrası	5 (%10)	8 (%17)
Baba eğitim, <i>n</i> (%)	Lise ve öncesi	42 (%84)	36 (%77)
	Lisans ve sonrası	8 (%16)	11 (%23)
Kimlerle yaşıyor, <i>n</i> (%)	Yalnız	0 (%0)	1 (%2)
	Sadece eş	0 (%0)	4 (%9)
	Eş ve çocuklar	50 (%100)	37 (%77)
	Diğer	0 (%0)	5 (%10)
Çocuk, <i>n</i> (%)	0-3 ay	12 (%24)	0 (%0)
	4-7 ay	7 (%14)	0 (%0)
	8-11 ay	8 (%16)	0 (%0)
	12-15 ay	6 (%12)	0 (%0)
	16-18 ay	17 (%34)	0 (%0)
	18 ay üzeri	0 (%0)	48 (%100)
Doğum şekli	Normal	31 (%62)	20 (%42)
	İsteğe bağlı sezaryen	6 (%12)	15 (%31)
	Zorunlu sezaryen	13 (%26)	13 (%27)
Doğum zamanı	Prematüre (1-4 hafta)	1 (%2)	1 (%2)
	Prematüre (4 haftadan erken)	2 (%4)	2 (%4)
	Zamanında	44 (%88)	43 (%90)
	Postmatüre	3 (%6)	2 (%4)
Hamilelik sağlık	Evet	8 (%16)	7 (%15)
	Hayır	42 (%84)	41 (%85)
Doğum sağlık anne	Evet	2 (%4)	4 (%8)
	Hayır	48 (%96)	44 (%92)
Doğum sağlık bebek	Evet	5 (%10)	7 (%15)
	Hayır	45 (%90)	41 (%85)
Ruhsal bozukluk tanısı, <i>n</i> (%)	Evet	1 (%2)	10 (%21)
	Hayır	49 (%98)	38 (%79)
Ruhsal bozukluk tanısı, <i>n</i> (%)	MDB	0 (%0)	5 (%11)
	Kaygı bozukluğu	1 (%2)	3 (%6)

Genel psikolojik tedavi, <i>n</i> (%)	Tedavi almadım	35 (%70)	32 (%67)
	Psikiyatrik ilaç tedavisi	5 (%10)	10 (%21)
	Psikoterapi		
	İlaç tedavisi ve psikoterapi	9 (%18) 1 (%2)	5 (%10) 1 (%2)
Şuan ki psikolojik tedavi, <i>n</i> (%)	Tedavi almıyorum	44 (%88)	41 (%86)
	Psikiyatrik ilaç tedavisi	0 (%0)	4 (%8)
	Psikoterapi		
	İlaç tedavisi ve psikoterapi	5 (%10) 1 (%2)	2 (%4) 0 (%0)
Aile ruhsal bozukluk geçmişi, <i>n</i> (%)	Evet	34 (%34)	17 (%35)
	Hayır	66 (%66)	30 (%63)

Notlar: MDB: Majör Depresif Bozukluk.

2.1.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplamak amacıyla Kişisel Bilgi Formu, Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri, Obsesif Kompulsif Envanteri-Gözden Geçirilmiş Form, Obsesif İnanışlar Anketi ve Düşünce Kontrol Anketi kullanılacaktır. Bu bölümde ise çalışmada kullanılan ölçüm araçlarının tanıtımı yapılacak ve psikometrik özelliklerine dair ayrıntılı bilgiler verilecektir.

2.1.2.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan 20 sorudan oluşan form; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi gibi demografik özelliklere ilişkin bilgileri sorgulayan 9 sorunun ardından, doğum ve doğum sonrası sağlık durumu, çocuk ile ilgili bilgiler ve ruhsal durum geçmişine ilişkin 11 soruyu içermektedir. Kişisel bilgi formu, ekler kısmında bulunabilir.

2.1.2.2. Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri (OİDE)

Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri (OİDE), istem dışı düşünce, imge veya dürtüleri ve bunlardan kişi için en çok rahatsızlık verici olan istem dışı deneyime yönelik değerlendirme ve kontrol stratejilerini belirlemeyi amaçlamaktadır (Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 475). Benzer amaçlarla oluşturulmuş bir başka ölçekten yola çıkarak hazırlanan OİDE, istem dışı deneyimleri ve bunlara yönelik değerlendirme ve kontrol stratejilerini üç ayrı kısımda ayrıntılı biçimde incelemektedir. İlk adımda, katılımcıları bilgilendirmeye yönelik olarak istem dışı düşüncelere dair tanım ve bilgilendirme yapılmaktadır. Birinci bölümde, istem dışı düşünceler, dürtüler ve imgeler listelenerek sıklığının ölçülmesi amaçlanmaktadır. Bu sebeple burada, klinik obsesyonlara benzer içerikte olan istem dışı deneyimlerin bir listesi yer almaktadır. İki uçlu olmak üzere toplam 50 maddelik birinci bölümde 7'li derecelendirme ile deneyimlerin sıklığı sorgulanmaktadır (0=Hiç, 1= Nadiren, 2= Arada sırada, 3= Zaman zaman, 4= Sıklıkla, 5= Çok sık, 6= Her zaman). İkinci bölüme başlamadan önce, katılımcıların son 3 ay içerisinde deneyimledikleri en rahatsız edici istem dışı deneyimini seçerek belirtmeleri istenmektedir. Buna göre, envanterin ikinci kısmının A ve B bölümlerini, seçtikleri bu obsesif istem dışı deneyimi göz önünde bulundurarak cevaplandırmaları istenmektedir. En rahatsız edici istem dışı deneyimi seçtikten sonra, ikinci kısmın A bölümü gelmektedir. Bu bölümdeki (Bölüm 2-A) maddeler ile, (1) en rahatsız edici istem dışı düşünceye karşılık duygusal tepkiler (nahışluk, kaygı, üzüntü, suçluluk ve utanç gibi), (2) en rahatsız edici istem dışı düşünceyi kontrol etme konusunda yaşanan zorluk ve bastırma (ör., kontrol etmede zorluk, kontrol etme/bastırmayı başarma), (3) en rahatsız edici istem dışı düşünceye dair işlevsiz inanışlar (düşünce-eylem kaynaşması-ahlak/olasılık, istem dışı düşüncenin kişi için anlamı, sorumluluk ve tehdit algısı, düşüncenin ve kontrol etmenin önemi, belirsizliğe tahammülsüzlük gibi) sorgulanmaktadır. İkinci kısmın B bölümünde (Bölüm 2-B) ise en rahatsız edici istem dışı deneyime karşılık olarak geliştirilen 17 kontrol stratejisi listelenerek bunların ne sıklıkla kullanıldığı sorgulanmaktadır. Bu kontrol stratejileri şunlardan oluşmaktadır: bilişsel/gizil dikkat dağıtma, davranışsal dikkat dağıtma, zihinsel kompulsyonlar, davranışsal/açık kompulsyonlar, bilişsel/gizil yeniden yapılandırma, güvence arama (kendi), güvence arama (başkaları), yeniden

değerlendirme, düşünceyi durdurma, hiçbir şey yapmama, rahatlama, kendine ceza verme, kaçınma, bastırma, kaygılanma, kontrol etmeye çalışma.

Garcia-Soriano ve diğ. (2011) tarafından ölçeğin güvenirlik ve geçerliğinin incelendiği çalışmada, ölçeğin ilk kısmına faktör analizi yapılmış; bu kısmın 6 faktörlü bir yapıya (saldırganlık, cinsel/dinsel/ahlak dışılık, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma ve batıl inanış/büyüsel düşünme) sahip olduğu bildirilmiştir (Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 477). Aynı çalışmada, bu 6 faktörün ayrıca Tip 1 (saldırganlık, cinsel/dinsel/ahlak dışılık) ve Tip 2 (simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma ve batıl/büyüsel düşünce) olmak üzere iki üst kategorideki deneyim altında görülebileceği de belirtilmektedir. Bunlar aslında reaktif ve otojen obsesyonlar kategorisine karşılık gelmektedir (Lee ve Kwon, 2003: 12).

Garcia-Soriano ve diğ. (2011: 477) tarafından ölçeğin birinci bölümünü temel olarak psikometrik özelliklerine yönelik olarak yapılan çalışmada, ölçeğin güvenirliğine ilişkin Cronbach alfa katsayılarının hem klinik olan hem de klinik olmayan örnekleme göre iyi durumda olduğu bildirilmektedir (Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 477). Buna göre klinik örnekleme katsayılar tüm ölçek için .91 iken, alt boyutlar için tutarlık .81 ile .93 aralığındadır. Klinik olmayan örnekleme yapılan test-tekrar test katsayıları tüm ölçek için .97 iken, alt boyutlar için .90 ile .96 aralığında hesaplanmıştır. OİDE'nin ikinci bölümünün A ve B kısımlarının iç tutarlılığına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla, .76 ve .91 ve test-tekrar teste ilişkin katsayıları sırasıyla, .78 ve .89 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, OİDE Bölüm 1, Bölüm 2A ve Bölüm 2B'nin orijinal formlarının iyi iç tutarlık ve test-tekrar test güvenirliği sergilediği görülmektedir.

OİDE'nin geçerlik analizleri de klinik ve klinik olmayan örnekleme yapılmıştır. Bu amaçla, eş zaman, ayrıştırıcı ve ölçüt geçerlik incelenmiştir. Eş zaman geçerlik bulgularına göre, OİDE Bölüm 1 ile OKB, depresif duygular, kaygı ve endişeye dair semptomları değerlendiren ölçüm araçları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyonlar göstermektedir. Ayrıştırıcı geçerlik bulgularına göre ise, OİDE Bölüm 1, OKB semptomlarını değerlendiren ölçüm aracı ile diğer ölçüm araçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek korelasyon göstermektedir. Envanterin ölçüt geçerliğini değerlendirmek için grup farkı analizleri yapılmıştır. İlk olarak, klinik grup ve klinik olmayan gruplar, tüm ölçek ve alt boyutları açısından

karşılaştırılmıştır. Bulgulara göre, klinik grup ve klinik olmayan gruplar, tüm ölçek ve simetri/sıralama hariç tüm alt boyutlarda birbirlerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. İkinci olarak, OİDE'nin klinik gruptaki farklı obsesif semptom türlerini ayırt edebilme düzeyinin incelenmesi amacıyla grup farkı analizi yapılmıştır. Bu amaçla, tüm örneklem bildirdikleri en rahatsız edici obsesif istem dışı deneyimlerine göre gruplara ayrılmıştır. Grup farkı, ilgili alt boyutu en rahatsız edici olarak bildiren grup ile geriye kalan katılımcılardan oluşan iki grubun o alt boyut açısından karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Karşılaştırmalarda saldırganlık semptom türünden yüksek puan alanlardan oluşan "saldırganlık" grubunun örneklem kalaniyla saldırganlık alt boyutu için karşılaştırılması; bulaşma semptom türünden yüksek puan alanlardan oluşan "bulaşma" grubunun örneklem kalaniyla bulaşma alt boyutu için karşılaştırılması şeklindeki grup farkları tüm alt boyutlar için gerçekleştirilmiştir; sıralama semptom türünü bildiren bir katılımcı olduğu için sadece sıralama alt boyutu için gruplar arası karşılaştırma uygulanamamıştır. Yapılan bağımsız örneklem t-testi analizlerine göre her semptom türüne dayalı olarak oluşturulan semptom gruplarının ilgili alt boyuttan aldıkları puanlar bakımından istatistiksel olarak birbirlerinden anlamlı olarak farklılaştıkları görülmektedir. Dolayısıyla, yapılan bu grup farkı analizi, OİDE Bölüm 1'in kendi alt boyutları arasında farklılaşabildiğini ortaya koymaktadır. Envanterin güvenilirliğine dair hesaplanan iç tutarlılığa ilişkin Cronbach Alfa katsayıları ve test-tekrar test sonuçları ve geçerliğine dair yapılan eş zaman, ayrıştırıcı ve ölçüt geçerliğine dair analizlerin sonuçları, ölçeğin güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmektedir.

Bu çalışmada, Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri, Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi ve katılımcıların istem dışı deneyimlerini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu sebeple envanterin psikometrik özellikleri, bir sonraki bölüm olan bulgular kısmında detaylı olarak ele alınacaktır.

2.1.2.3. Obsesif Kompulsif Envanteri-Gözden Geçirilmiş Form (OKE-GGF)

İlk olarak geliştirilen Obsesif Kompulsif Envanteri'nin, 42 maddeden ve ayırt edici geçerliği sıkıntılı alt boyutlardan oluştuğu düşünülüyordu (Foa ve diğ., 1998: 206). Daha sonra, ölçeğin psikometrik sorunları nedeniyle yeniden ele almasıyla daha

ayırt edici alt boyutları olduğu değerlendirilen 18 maddeden oluşan ve Obsesif Kompulsif Envanteri-Gözden Geçirilmiş Form (OKE-GGF) adı verilen yeni formu ortaya çıkmıştır (Foa ve diğ., 2002: 486). OKE-GGF, çeşitli OKB semptomlarını değerlendiren öz bildirim dayanan kısa bir ölçüm aracı olarak tanımlanmaktadır. Envanter, OKB semptomlarını temizlik, kontrol, obsesyonlar, zihinsel nötrleştirme, düzen ve biriktirme olmak üzere altı alt boyutta değerlendirmektedir. Katılımcılar son 1 ayda ilgili semptomlarından ne kadar rahatsızlık duyduklarını 5’li derecelendirmeye (1 = Hiç ile 5 = Aşırı derecede) göre belirtmektedirler. Toplam puan hesaplaması, tüm maddelerin toplanması ile hesaplanmaktadır. OKB semptomu gösteren ve göstermeyen bireyleri ayırt edebilmek için orijinal çalışmaya dayanarak kesme puanı 21 olarak kullanılmaktadır: 21 üzerindeki puanlar klinik açıdan anlamlı olarak kabul edilmektedir.

Foa ve diğ. (2002: 486), OKB tanısı alan, kaygı bozukluğu tanısı alan ve herhangi bir tanı almayan bireyler ile envanterin güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapmışlardır. Çalışmanın güvenilirlik bulgularına göre, envanterin iç tutarlığa ilişkin Cronbach Alfa katsayısının tüm örneklem için .81 ile .93 arasında hesaplandığı ve tüm alt boyutlarının kabul edilebilir düzeyde güvenilirlik katsayılarına sahip olduğu belirtilmektedir. Ancak, klinik olmayan örnekleme iç tutarlığa ilişkin Cronbach Alfa katsayıları zihinsel nötrleştirme ve kontrol alt boyutları hariç (sırasıyla .34 ve .65) diğerleri için uygun düzeydedir. Bu alt boyutların iç tutarlık değerlerine klinik örnekleme bakıldığında, zihinsel nötrleştirme için .79 ile .83, kontrol için .76 ile .88 arasında değer aldığı görülmektedir. Bu bağlamda, bu alt boyutlarında iç tutarlığa ilişkin Cronbach Alfa katsayıları kabule dileyebilir düzeyde bulunmuştur. Klinik örnekleme hesaplanan test-tekrar test korelasyon katsayısının da tatmin edici düzeyde olduğu bildirilmektedir (Foa ve diğ., 2002: 487). Envanterin geçerlik bulguları ise eş zaman ve ölçüt geçerliğine dair analizler ile belirlenmiştir. Eş zaman geçerlik bulgularına göre envanterin obsesif-kompulsif semptomları ölçeği diğer ölçeklerle pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gösterdiği bildirilmektedir. Ölçüt geçerliği bulguları, envanterin OKB tanısı almış klinik grubu diğer klinik örneklemden ve klinik olmayan örneklemden ayırtabildiğini bildirmektedir. Sonuç olarak, envanterin güvenilirliğine dair hesaplanan iç tutarlığa ilişkin Cronbach Alfa katsayıları

ve test-tekrar test sonuçları ve geçerliğine dair yapılan eş zaman ve ölçüt geçerliği analizleri, ölçeğin güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmektedir.

Yorulmaz ve diğ. (2015: 786) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada, envanter Türkçeye uyarlamış ve Türkçe formunun psikometrik özelliklerini incelenmiştir. Toplam envanterin iç tutarlılığa ilişkin Cronbach alpha katsayısı .90 iken, alt boyutların Cronbach alpha katsayıları ise kontrol etme ve sıralama ($\alpha = .64$, $\alpha = .64$) alt boyutları dışında tüm alt boyutlar için (temizlik= .84, obsesyon= .80, düzen= .77 ve biriktirme= .73) kabul edilebilir aralıktadır (Yorulmaz ve diğ., 2015: 786). Yapılan Türkçe uyarlama çalışmasında, envanterin farklı kültürlerdeki formlarının faktör yapıları da karşılaştırılmıştır. Buna göre, Kanada ve Türkiye örnekleminde elde edilen faktör yapılarının büyük ölçüde örtüştüğü görülmektedir. Envanterin geçerlik bulguları ise eş zaman ve ölçüt geçerliğine dair analizler ile belirlenmiştir. Eş zaman geçerlik bulgularına göre envanterin OKB semptomları ölçeği diğer benzer ölçüm araçlarıyla pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gösterdiği rapor edilmiştir (Yorulmaz ve diğ., 2015: 787). Ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla, katılımcılar OKB semptom şiddetine göre alt ve üst olmak üzere %25'lik iki uç gruba ayrılmışlardır. Grup farkına yönelik yapılan analizlerin sonuçlarına göre, OKB semptom düzeyi yüksek olan ile düşük olan grup, ölçeğin toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar açısından birbirlerinden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır (Yorulmaz ve diğ., 2015: 787).

Yapılan çalışmada OKE-GGF kullanılarak, katılımcıların obsesif-kompulsif semptom türlerini değerlendirmek ve obsesif-kompulsif semptomlar gösteren katılımcıların semptom düzeylerini belirleyebilmek amaçlanmaktadır. Obsesyonlar, zorlayıcı, istenmeyen, tekrarlayıcı istem dışı düşünceler, imgeler ve dürtüleri ifade etmektedir (Clark, 2004: 5). Bu bağlamda, OKE-GGF ile ölçülen obsesif düşüncelere ilişkin toplam ve alt boyutların, OİDE'nin toplam ve alt boyutları ile olan korelasyonunun değerlendirilmesiyle, OİDE'nin eş zaman geçerliğinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca, düşük düzeyde istem dışı düşünce deneyimleyen grup ile yüksek düzeyde istem dışı düşünce deneyimleyen grubun, OKB semptomları açısından grup farklılıkları incelenerek ölçüt bağlantılı geçerliğin incelenmesi amaçlanmaktadır. Ölçek toplamının ve alt boyutlarının bu çalışmadaki güvenilirlik

katsayıları ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyon minimum ve maksimum değerleri Tablo 6’da verilmektedir.

2.1.2.4. Obsesif İnanışlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Form (OİA-20)

Orijinal Obsesif İnanışlar Anketi, Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG, 2003: 863) tarafından obsesyonların oluşumunda önemli olduğu düşünülen inanışlar ve değerlendirmeleri belirlemek için geliştirilmiştir. İlk çalışmada 87 madde, 6 alt boyuttan oluşan anket, sonra faktör analizi ile 44 madde, 3 alt boyut (OKBÇG, 2003: 865; OKBÇG, 2005: 1533) ve daha sonra 20 madde 4 alt boyut (Moulding ve diğ., 2011: 371) haline getirilmiştir. Bu çalışmada ise Obsesif İnanışlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Form’un (OİA-20) 20 maddelik kısa versiyonu kullanılacaktır. OİA-20’de değerlendirilen obsesif inanış alanlarına işaret eden dört alt boyut şunlardır: Sorumluluk, tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik ve düşüncenin kontrolü/önemi. Anketin her bir maddesi 7’li derecelendirmeye (1= Hiç katılmıyorum ile 7=Tamamen katılmıyorum) sahiptir. OİA-20’ye ilişkin güvenilirlik çalışması, Fergus ve diğ. (2017: 4) tarafından OİA-20’nin yapısal geçerliğinin incelendiği çalışmada ikisi üniversite öğrencileri ve biri internet üzerinden katılan yetişkin olmak üzere klinik olmayan üç farklı örnekleme yapılmıştır. Anketin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla iç tutarlığa ilişkin Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre, anketin alt boyutlarının iç tutarlığa ilişkin Cronbach alfa katsayıları üç örnekleme, sorumluluk alt boyutu için .77-.85-.78, tehdit öngörüsü alt boyutu için .75-.86-.73, mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutu için .75-.85-.78 ve düşüncelerin önemi/kontrolü alt boyutu için ise .75-.78-.88 olarak bildirilmektedir (Fergus ve diğ., 2017: 9). OİA-20 için güvenilirlik ve geçerlik analizleri Moulding ve diğ. (2011: 371) tarafından ikisi Avusturalya biri ise İsrail olmak üzere iki farklı kültür ve klinik olmayan örnekleme yapılmıştır. Çalışmada, alt boyutların iç tutarlığa ilişkin Cronbach alfa katsayıları örneklem için sırasıyla .77 ile .83, .80 ile .82 ve .78 ile .81 arasında bildirilmektedir. Çalışmada eş zaman geçerliğini değerlendirmek amacıyla, OİA’nin OKB semptomları ve bu durumla ilişkili olan diğer değişkenleri ölçen ölçüm araçları ile ilişkisi incelenmiştir. Eş zaman geçerlik bulgularına göre OİA, OKB

semptomları ve OKB ile ilişkili olan diğer değişkenleri ölçen ölçüm araçlarıyla pozitif ve anlamlı ilişkiler göstermektedir (Moulding ve diğ., 2011: 372).

OİA-20'nin Türkçeye uyarlama ve Türkçe formun psikometrik özelliklerinin incelenmesi, Yorulmaz, Güngör ve Gökdağ (2019: 3) tarafından klinik olmayan yetişkinlerden oluşan bir örnekleme yapılmıştır. Anketin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla iç tutarlılığa ilişkin Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Anketin Türkçe formunun alt boyutlarının iç tutarlılığa ilişkin Cronbach alfa katsayıları, sorumluluk alt boyutu için .79, tehdit öngörüsü alt boyutu için .79, mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutu için .77 ve düşüncelerin kontrolü/önemi alt boyutu için .79 olarak bildirilmektedir (Yorulmaz ve diğ., 2019: 5). Türkçe formun yapı geçerliğini incelemek amacıyla yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi bulgularına göre, OİA-20'nin Türkçe formunun orijinal formuna benzer yapı geçerliğine sahip gösterilmektedir. Ayrıca, anketin Türkçe formunun hem toplam hem de alt boyutlarının puanları ayrı ayrı kullanılabilir. Anketin geçerlik bulguları ise eş zaman geçerliğine dair analizler ile belirlenmiştir. Eş zaman geçerliğini değerlendirmek amacıyla, OKB semptom düzeyi ve OKB ile ilişkili olduğu bilinen kendilik korkusu ve olasılık ile ahlak boyutlarındaki karmaşa değişkenlerini ölçen ölçüm araçları ile ilişkisi korelasyon analizi ile incelenmiştir. Eş zaman geçerlik bulgularına göre OİA-20, OKB semptom düzeyi ve ilişkili olan diğer değişkenler ile pozitif ve anlamlı ilişkiler göstermektedir (Yorulmaz ve diğ., 2019: 6). OİA-20'nin Türkçe formunun güvenilirliğine dair hesaplanan iç tutarlılığa ilişkin Cronbach Alfa katsayıları ve geçerliğine dair yapılan eş zaman geçerliğine dair analizlerin sonuçları, ölçeğin güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmektedir.

Bu çalışmada OİA-20 kullanılarak öncelikle katılımcıların OKB'ye özgü inanış alanlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu inanış alanlarında yüksek puanlara sahip olan bireylerin, istem dışı düşünceleri yanlış yorumlama ve işlevsiz nötralizasyon stratejilerini gerçekleştirme eğiliminin, düşük puan alanlara göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Freeston ve diğ., 1996: 435). Bu bağlamda, OİA-20 ile ölçülen obsesif-kompulsif inanış alanlarına ilişkin toplam ve alt boyutların, OİDE Bölüm 1'in ve OİDE Bölüm 2'nin toplam puan ve alt boyutları ile olan korelasyonunun değerlendirilmesiyle, OİDE'nin eş zamanlı geçerliğinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Anket toplamının ve alt boyutlarının bu çalışmadaki güvenilirlik

katsayıları ve düzeltilmiş madde toplam korelasyon minimum ve maksimum değerleri Tablo 6’da verilmektedir.

2.1.2.5. Düşünce Kontrol Anketi (DKA):

Düşünceleri kontrol etme, istem dışı düşünceler, imgeler ve dürtüleri tam olarak kontrol etmenin önemli ve mümkün olduğuna dair bir bilişsel yanlılıktır. Düşünce Kontrol Anketi (DKA), Wells ve Davies (1994: 871) tarafından geliştirilen, istem dışı deneyimlerle baş etme amacıyla kullanılan bir yöntem olan düşünceleri kontrol etme yöntemlerinin sıklığını değerlendirmek üzere hazırlanmış bir ankettir. Otuz maddeden oluşan anket, her bir madde için 5’li derecelendirme (1= Asla ile 4= Hemen her zaman) içermektedir. Düşünceleri kontrol etmeye yönelik olarak kullanılan stratejiler, 5 alt boyut ile (dikkat dağıtma, sosyal kontrol, endişe etme, kendini cezalandırma ve yeniden değerlendirme gibi) değerlendirilmektedir (Wells ve Davies, 1994: 875). DKA’nın orijinal formunun iç tutarlılığı ilişkin Cronbach Alfa katsayıları dikkat dağıtma alt boyutu için .72, sosyal kontrol alt boyutu için .79, endişe etme alt boyutu için .71, kendini cezalandırma alt boyutu için .64 ve yeniden değerlendirme alt boyutu için .67 olarak bildirilmektedir (Wells ve Davies, 1994: 874). Klinik örnekleme hesaplanan test-tekrar test korelasyon katsayısının da tatmin edici düzeyde olduğu bildirilmektedir (Wells ve Davies, 1994: 874). Anketin eş zaman geçerliğini değerlendirmek amacıyla, kaygı bozuklukları ve OKB ile ilişkili olan ölçüm araçları ile korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, DKA, kaygı ve OKB ile ilişkili değişkenleri ölçen ölçüm araçlarıyla, özellikle kaygı yatkınlığı ve düşünce üzerindeki kontrolün olmadığı algısı alt boyutlarıyla, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler göstermektedir (Wells ve Davies, 1994: 875).

DKA’nın Türkçeye uyarlama ve Türkçe formun psikometrik özelliklerinin incelenmesi, Yorulmaz ve Gencöz (2008: 1) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin Cronbach alfa katsayıları toplam puan için .78 olduğu, alt ölçekler için ise .66 ile .77 arasında değiştiği bildirilmektedir (Yorulmaz ve Gencöz, 2008: 6). Anketin geçerlik bulguları ise ölçüt ve birleştirici geçerliğe dair analizler ile belirlenmiştir. Birleştirici geçerlik bulgularına göre, anketin düşünce-eylem kaynaşması ile pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gösterdiği

bildirilmektedir. Ölçüt geçerliğini değerlendirmek için yapılan grup farkı analizi sonuçlarına bulgularına göre yüksek OKB semptomları gösteren grubun daha çok endişelenme ve kendini cezalandırma yöntemleri kullandıkları görülmektedir (Yorulmaz ve Gencöz, 2008: 10). DKA'nın Türkçe formunun güvenilirliğine dair hesaplanan iç tutarlığa ilişkin Cronbach Alfa katsayıları ve geçerliğine dair yapılan birleştirici ve ölçüt geçerliğine dair analizlerin sonuçları, ölçeğin güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmektedir.

Yapılan çalışmada DKA kullanılarak katılımcıların istem dışı deneyimlerine karşılık olarak kullandıkları düşünce kontrol stratejilerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu bağlamda, DKA ile ölçülen düşünce kontrol stratejilerine ilişkin toplam ve alt boyutların, OİDE Bölüm 1'in ve OİDE Bölüm 2'nin toplam puan ve alt boyutları ile olan korelasyonunun değerlendirilmesiyle, OİDE'nin eş zamanlı geçerliğinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Ölçek toplamının ve alt boyutlarının bu çalışmadaki güvenilirlik katsayıları ve düzeltilmiş madde toplam korelasyon minimum ve maksimum değerleri Tablo 6'da verilmektedir.

2.1.3. İşlem

Obsesif İstem Dışı Deneyimler Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla ilk önce envanterin yazarları olan Garcia-Soriano'dan e-posta yoluyla izin alınmıştır. İznin alınması sonrasında envanter, çeviri-geri çeviri yöntemi ile Türkçe haline getirilmiştir. İlk olarak, iyi seviyede İngilizce bilen üç uzman tarafından envanterin Türkçeye çevrilmesi çalışması yapılmıştır. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı tarafından incelenip, orijinal form ile karşılaştırıldıktan sonra son hali oluşturulmuş, bu form da iyi seviyede İngilizce bilen, diğer çevirmenlerden farklı olan iki kişi tarafından İngilizceye geri çevrilmiştir. Orijinal form ile geri çeviri formlarının karşılaştırılması sonrası Türkçe versiyonuna son hali verilmiştir. Son aşamada, envanterin maddeleri 10 yetişkin bireye verilmiş ve ifadelerin anlaşılabilir olmasına yönelik hazırlanan ek form ile değerlendirmeleri istenmiştir. Maddelerin anlaşılabilir olup olmadığına ilişkin elde edilen bu geri bildirimler ışığında, OİDE'nin Türkçe formuna son hali verilmiştir.

Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'na başvurularak araştırmayı gerçekleştirebilmek için etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmanın verileri, çoğunluğu Dokuz Eylül Üniversitesi kampüsünde ve İzmir ilinde bulunan, gönüllülük esası ve uygun örneklem ilkelerine dayanarak çalışmaya katkıda bulunmak isteyen katılımcılardan elde edilmiştir. Güvenirliği arttırmak amacıyla, anket setindeki ölçeklerin sıralaması, sistemli şekilde harmanlanarak oluşturulmuştur. Anketler uygulanmadan önce katılımcılara çalışmayla ilgili gerekli açıklamalarda bulunulmuş ve katılımcılardan onam alınmıştır. Uygulama esnasında çalışmaya dair sorulara cevap vermek amacıyla araştırmacı hazır bulunmuştur.

2.1.4. İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analizleri için Statistics Package for Social Sciences 17 (SPSS 17) programı kullanılmıştır. Analizler öncesinde veri seti temizliği yapılmıştır. Bunun sonucunda, uç değer analizine göre ortalamadan sapan 11 katılımcı araştırmadan çıkarılmıştır.

İlk olarak, OİDE hariç olmak üzere çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik katsayılarını kontrol etmek amacıyla toplam ve alt boyutlarının iç tutarlılığına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri hesaplanmıştır. Ayrıca OİDE'nin Türkçe formunun yapı geçerliğini değerlendirebilmek amacıyla, OİDE Bölüm 1 için Doğrulayıcı ve Açımlayıcı Faktör Analizleri yapılmıştır. İlk olarak, OİDE'nin orijinal faktör yapısı ve madde dağılımına göre oluşturulan model, LISREL programı kullanılarak yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi ile test edilmiştir. Daha sonra, OİDE Bölüm 1'in Türkçe formunun yapı geçerliğini değerlendirebilmek ve ölçek maddelerinin faktör yüklerini belirleyebilmek amacıyla ayrıca Temel Bileşenler Analizi ve eksen döndürme olarak Varimaks dönüştürmesi kullanılarak Açımlayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Açımlayıcı Faktör Analizi bulgularına dayanarak oluşturulan model ise LISREL programı kullanılarak yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi ile test edilmiştir.

Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri'nin Türkçe formunun güvenirliğini incelemek amacıyla, toplam ve alt boyutlarının iç tutarlılığına ilişkin Cronbach Alfa

katsayıları ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri hesaplanmıştır. Ayrıca, OİDE’de katılımcılar tarafından envanterin maddelerine ek olarak bildirilen en rahatsız edici obsesif istem dışı düşünceler ve kullanılan kontrol stratejilerine dair betimsel bilgiler de verilmiştir.

Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri’nin Türkçe formunun geçerliğini incelemek amacıyla, eş zaman geçerlik ve ölçüt geçerliğe dair analizler gerçekleştirilmiştir. Eş zaman geçerliğini sınamak amacıyla, OİDE Bölüm 1’in OKE-GGF, DKA ve OİA ile, OİDE Bölüm 2A’nın OİDE Bölüm 1 ve OİA ile ve OİDE Bölüm 2B’nin OİDE Bölüm 1 ve DKA ile arasındaki korelasyon analizleri yapılmıştır. Ölçüt geçerliği analizleri ise, tüm örneklem grubu ve postpartum/kontrol grubu için ayrı ayrı yapılmıştır. İlk olarak, tüm örneklem grubundaki katılımcılar, OKE-GGF’den aldıkları puanlara göre düşük ve yüksek obsesif-kompulsif semptomlar gösterenler olmak üzere alt ve üst %25’lik gruba ayrılmışlardır. Obsesif-kompulsif semptomlar ile ilişkili olan bazı değişkenler ile iki uç grubun farklılaşıp farklılaşmadığını görebilmek adına OİDE Bölüm 1, Bölüm 2A, Bölüm 2B, OİA ve DKA’dan aldıkları puanlar bakımından grup farklarına bakılmıştır. İkinci olarak, obsesif-kompulsif semptomlar ile ilişkili olan bazı değişkenler ile postpartum ve kontrol gruplarının farklılaşıp farklılaşmadığını görebilmek adına OİDE Bölüm 1, Bölüm 2A ve Bölüm 2B’den aldıkları puanlar bakımından grup farklarına bakılmıştır. Her iki grup farkı analizinde de ölçeklerin toplam puanlarında bağımsız örneklem t-testi, alt boyutlarında ise MANOVA ve sonrasında ANOVA yapılmıştır. Son olarak, sadece postpartum grubunda OİDE Bölüm 1’in OKE-GGF, DKA ve OİA ile, OİDE Bölüm 2A’nın OİDE Bölüm 1 ve OİA ile ve OİDE Bölüm 2B’nin OİDE Bölüm 1 ve DKA ile arasındaki ilişkileri incelemek adına korelasyon analizleri yapılmıştır.

2.2. BULGULAR

Bu bölümde istem dışı deneyimleri değerlendirmek üzere kullanılan Türkçe OİDE’nin psikometrik özelliklerine yönelik ayrıntılı bulgular sunulacaktır. İlk olarak, araştırmada OİDE haricinde kullanılan ölçüm araçlarının betimsel bilgilerine ve sonrasında güvenilirliğine yer verilecek, daha sonra OİDE’nin yapı geçerliği, içsel tutarlığına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları, eş zaman geçerliği ve ölçüt bağıntılı

geçerliğine yönelik elde edinilen bulgular sunulacaktır. Söz konusu analizler ana yetişkin örnekleminde yapıldığı için buradaki bilgilere öncelik verilecektir. Bu bulguların ardından da postpartum ve kontrol grubuyla elde edilen bulgulardan söz edilecektir.

2.2.1. Çalışmadaki Değişkenlere Dair Genel Betimsel Değerlendirmeler

İstem dışı deneyimler ve ilişkili bazı değişkenlerin değerlendirilmesine ilişkin yapılan bu çalışmada ana örneklemden elde edilen ölçüm araçları sonuçları üzerinde öncelikle betimleyici analizler yapılmış ve elde edilen veri genel olarak incelenmiştir. Bu analizler sonucunda elde edilen veriler Tablo 5’te genel olarak sunulmaktadır.

Tablo 5: OKE-GGF, OİA ve DKA için Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık, Basıklık ve Minimum-Maksimum Değerleri

Değişkenler	Ort.	S.S.	Çarpıklık	Basıklık	Min.- Max.
Toplam OKE-GGF	16,73	10,44	,84	,48	0-51
TM	3,48	2,55	,60	-,49	0-10
KO	3,06	2,38	,94	1,18	0-12
OB	3,22	2,76	,76	,05	0-12
ZN	1,69	2,05	1,21	,67	0-8
DÜ	3,43	2,99	,61	-,46	0-11
BR	1,85	2,14	1,33	2,01	0-10
Toplam OİA-20	60,24	20,62	,14	-,76	12-111
DK/Ö	11,32	5,55	,71	-,16	5-30
M/K	17,02	6,13	,17	-,59	5-34
TÖ	15,22	6,29	,49	-,44	5-32
SR	16,72	7,34	-,00	-,96	1-32
Toplam DKA	56,11	10,02	,46	-,41	36-85
YD	11,21	4,10	,52	-,21	5-23
KC	8,11	2,26	1,10	1,54	2-18
SK	13,02	3,03	,50	,35	6-22

EE	8,88	2,86	,63	-,67	6-17
DD	14,88	3,23	,05	,25	6-23

Notlar: OKE-GGF = Obsesif Kompulsif Envanteri – Gözden Geçirilmiş Form; OİA-20 = Obsesif İnanışlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Form; DKA = Düşünce Kontrol Anketi. TM: Temizlik; KO: Kontrol; OB: Obsesyonlar; ZN: Zihinsel nötrleştirme; DÜ: Düzen; BR: Biriktirme. DK/Ö: Düşüncenin kontrolü/önemi; M/K: Mükemmeliyetçilik/kesinlik; TÖ: Tehdit öngörüsü; SR: Sorumluluk. YD: Yeniden değerlendirme; KC: Kendini cezalandırma; SK: Sosyal kontrol; EE: Endişe etme; DD: Dikkati dağıtma.

2.2.2. Ölçüm Araçlarının Güvenirlik Değerleri

Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik katsayılarını kontrol etmek amacıyla, toplam ve alt boyutlarının iç tutarlıklarına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik katsayılarına dair ayrıntılı bilgi Tablo 6’da verilmiştir. Ölçüm araçlarının iç tutarlılığına genel olarak bakıldığında Cronbach Alfa katsayısı OKE-GGF için .89, OİA için .90 ve DKA için .87 olarak hesaplanmıştır. Genel anlamda OKE-GGF, OİA ve DKA ve tüm alt boyutlarının için iç tutarlılığına ilişkin Cronbach Alfa katsayılarının .70’in üzerinde olduğu görülmüştür.

OKE-GGF, OİA ve DKA’yı oluşturan maddelerin, ölçeğin tümüyle ne derece ilişkili olduğunu incelemek amacıyla madde analizi kullanılmıştır. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri incelendiğinde, tüm maddelerin korelasyon katsayılarının pozitif yönde ilişkili olduğu ve OKE-GGF için .29 ile .71, OİA için .33 ile .69 ve DKA için .23 ile .74 arasında değer aldığı görülmektedir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: OKE-GGF, OİA ve DKA için Güvenirlik Analizi Sonuçları

	İçsel tutarlılık (α)	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyon Minimum- Maksimum Değerleri
Toplam OKE-GGF	.89	.29-.71
TM	.72	.47-.61

KO	.84	.61-.79
OB	.86	.73-.75
ZN	.71	.48-.63
DÜ	.87	.72-.81
BR	.80	.64-.71
Toplam OİA-20	.90	.33-.69
DK/Ö	.78	.52-.67
M/K	.70	.28-.65
TÖ	.79	.39-.64
SR	.86	.52-.78
Toplam DKA	.87	.23-.74
YD	.87	.24-.84
KC	.70	.37-.52
SK	.72	.32-.57
EE	.87	.60-.71
DD	.80	.39-.67

Notlar: OKE-GGF = Obsesif Kompulsif Envanteri – Gözden Geçirilmiş Form; OİA-20 = Obsesif İnanışlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Form; DKA = Düşünce Kontrol Anketi. TM: Temizlik; KO: Kontrol; OB: Obsesyonlar; ZN: Zihinsel nötrleştirme; DÜ: Düzen; BR: Biriktirme. DK/Ö: Düşüncenin kontrolü/önemi; M/K: Mükemmeliyetçilik/kesinlik; TÖ: Tehdit öngörüsü; SR: Sorumluluk. YD: Yeniden değerlendirme; KC: Kendini cezalandırma; SK: Sosyal kontrol; EE: Endişe etme; DD: Dikkati dağıtma.

2.2.3. OİDE Türkçe Form'un Yapı Geçerliği

OİDE, Bölüm 1, Bölüm 2A ve Bölüm 2B olmak üzere, üç bölümden oluşan bir envanterdir. Ancak A ve B bölümlerinin obsesyon ve kompulsiyonları takiben gerçekleşen tepki niteliğindeki duygu, düşünce ve davranış değişkenleri ile ilgili olması nedeniyle betimsel bilgi sunması ve ilk bölüme destekleyici nitelikte olması gerekçesi ile orijinal çalışmada öncelikle Bölüm 1'deki istem dışı deneyim listesine odaklanılmış ve yapı geçerliği bu kısım için incelenmiştir (Garcia-Soriano ve Belloch, 2013a: 130; Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 477). OİDE'nin yer aldığı bazı çalışmalarda da diğer kısımlar genel olarak değerlendirilmiştir (Belloch ve diğ., 2012: 97; Llorens

ve diğ., 2020: 4). Bu nedenle, bu çalışmada da yapı geçerliği incelemesi sadece OİDE Bölüm 1 için yapılmıştır.

OİDE'nin yapı geçerliği için ilk olarak orijinal yapıya uygun olarak Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. OİDE'nin orijinal faktör yapısı ve madde dağılımına göre Model 1 oluşturulmuştur. Model 1 altı faktörü içermektedir: Saldırganlık (F1), Cinsel/dinsel/ahlak dışılık (F2), Simetri/sıralama (F3), Şüphe/hata/kontrol (F4), Bulaşma (F5) ve Batıl/büyüsel düşünme (F6). Model 1 LISREL programı kullanılarak yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi ile test edilmiştir. Model 1 için Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda hesaplanan uyum iyiliği değerlerine bakıldığında, $\chi^2/sd = 4,59$, Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI) = 0.76, Normlandırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI) = 0.70, NNFI değerinin 0.75, Standardize Edilmiş Kök Ortalama Kare Artık (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR) = 0.14 ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) = 0.13 olduğu görülmektedir. Buna göre, Model 1'in kötü uyum istatistiğine sahip olduğu ve hesaplanan değerlerin kabul edilebilir sınırların dışında olduğu görülmektedir (bkz: Tablo 8).

Türkçe OİDE'nin orijinal faktör yapısına tam olarak uymadığı görülünce ilk olarak Açımlayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Analizden önce Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Sphericity testi sonuçları incelenmiştir. Tabacknick ve Fidell'e göre (2007: 614) KMO testinden elde edilen katsayının .60 ve üzerinde olması gerekmektedir; burada ise bu katsayı .81 olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı olması gereken Barlett Sphericity testi sonucu [$\chi^2 = 6193,517$; $p < .001$] da burada anlamlı bulunmuştur. Dolayısıyla bu bulgular ışığında, çalışma verilerinin faktör analizi için uygun olduğu görülmektedir.

OİDE'nin orijinal formunun faktör yapısı ve madde dağılımının, Türkçe formda iyi uyum istatistiğine sahip olmaması gerekçesiyle, tüm katılımcılardan oluşan grupta Temel Bileşenler Analizi (Principle Component Analysis) ve eksen döndürme olarak Varimaks dönüştürmesi kullanılarak Açımlayıcı Faktör Analizi yapıldığı söylenilebilir. OİDE'nin orijinal formunun altı faktörlü yapıda olması nedeniyle, Açımlayıcı Faktör Analizi altı faktörlü yapı ile gerçekleştirilmiştir. Bu altı faktör, toplam varyansın %55,68'ini açıklamaktadır; faktör yükü .30 ve üzeri olması ve

dağılıma göre ölçüm aracı maddelerinin sıralanması ölçütüyle OİDE faktör yapısı ve yükleri Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7: OİDE’nin Faktör Yapısı ve Faktör Yükleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
Madde 12	.76					
Madde 10	.74					
Madde 9	.74					
Madde 11	.68					
Madde 5	.67					
Madde 6	.66					
Madde 8	.64					
Madde 23	.63				.37	
Madde 3	.63					
Madde 15	.60					
Madde 7	.59					
Madde 21	.57				.31	
Madde 4	.56					
Madde 22	.55				.35	
Madde 13	.45					
Madde 35		.76				
Madde 39		.74				
Madde 38		.68				
Madde 36		.65		.30		
Madde 34		.64		.43		
Madde 37		.54				
Madde 33		.52		.34		
Madde 40		.47	.44			
Madde 26			.70			
Madde 25			.69			
Madde 27			.68			
Madde 30		.45	.66			
Madde 31		.36	.67			
Madde 32		.37	.59			
Madde 14			.38			

Madde 43				.81		
Madde 42	.35			.79		
Madde 44				.74		
Madde 29				.74		
Madde 41	.36			.64		
Madde 28		.37		.46		.33
Madde 19					.81	
Madde 18					.77	
Madde 20					.75	
Madde 16					.64	
Madde 17					.63	
Madde 24						
Madde 47						.80
Madde 46						.74
Madde 48						.69
Madde 45						.59
Madde 1	.47					-.52
Madde 2	.43					-.49
Açıklanan Varyans	20.26	12.53	7.03	6.57	4.83	4.44

Birinci faktörün 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 numaralı maddelerden oluştuğu ve toplam varyansın %14,19'unu açıkladığı belirlenmiştir. Ölçeğin orijinal faktör yapısında 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22 ve 23, 24 numaralı maddeler cinsel/dinsel/ahlak dışılık adıyla adlandırılan faktöre yüklenmektedir. Bu çalışmada ise dinsel ve ahlak dışılık temaları temsil eden bu maddeler (14 ve 24 numaralı maddeler hariç), orijinalden farklı olarak birinci faktöre yüklenmiştir. Bu maddeler, ayrı ayrı birinci faktörden elendiğinde iç tutarlılık katsayısında düşme olduğu da gözlemlenmiştir. Bu nedenle, orijinal ölçek yapısından farklı olarak Doğrulayıcı Faktör Analizinde incelemek üzere birinci faktöre dahil edilmiştir. Ayrıca, bu çalışmada 14 numaralı madde (*“Gerçekte ihtiyacım olmasa da hırsızlık yapmak ya da para çalmak -bir dükkandan veya herhangi bir kişiden vs.-”*) simetri/sıralama faktörüne yüklenmekte, 24 numaralı madde (*“Pek bir anlamı olmayan varoluşsal şüpheler -örn., kendimle, hislerimle, hayatla, dünyayla ilgili vb.-”*) ise hiçbir faktöre .30 üstü değerde yük vermemektedir. Ancak, bu maddelerin saldırganlık/dinsel/ahlak

dışılık faktörüne dahil olmasının anlam ve içerik bakımından uygun görülmesi ve daha sonra rapor edilecek olan güvenilirlik analizlerinin değerlendirmesi sebebiyle, Doğrulamalı Faktör Analizinde incelemek üzere saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık diğer deyişle tabu düşünceler adı verilen bu faktöre dahil edilmesine karar verilmiştir.

İkinci faktörün 1, 2, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40 numaralı maddelerden oluştuğu ve toplam varyansın %10,05'ini açıkladığı belirlenmiştir. 1 ("*Birine çarpmak -yaya,hayvanlar gibi- ya da bir trafik kazasına yol açmak*") ve 2 ("*Bir şeye çarpmak -bir dükkan vitrinine, ağaca, direğe vb.-*") numaralı maddeler orijinal ölçek yapısında saldırganlık faktörüne yüklenmektedirler. Fakat bu çalışmada bu maddeler orijinal envanter yapısından farklı şekilde şüphe/hata/kontrol etme faktörüne yükleniyor görülmektedirler. Buna ek olarak, maddelerin şüphe/hata/kontrol etme adı verilen bu faktöre dahil olmasının anlam bakımından uygun görülmesi ve bu faktörden elenmesi durumunda iç tutarlılık katsayısında herhangi bir artış olmaması sebebiyle, orijinal ölçek yapısından farklı olarak Doğrulamalı Faktör Analizinde incelemek üzere ikinci faktöre dahil edilmesine karar verilmiştir. 30, 31, 32 numaralı maddeler ("*Evde bir şeyleri yanık/açık bırakmış olmak -ocak, mutfak gazı, ısıtıcı, fırın, ışıklar, sigara*"; "*Evde bir şeyleri kilitlenmeden bırakmış olma -kapı, pencere gibi-*"; "*Evde muslukları açık bırakmış olma*") ise üçüncü faktöre daha fazla yüklenmiş olsalar bile orijinal ölçek yapısına uygun olarak ikinci faktöre de yüklenmişlerdir. Ayrıca, maddelerin ikinci faktöre dahil olmasının anlam bakımından uygun görülmesi ve elenmesi durumunda iç tutarlılık katsayısında herhangi bir artış olmaması sebebiyle, orijinal ölçek yapısına uygun olarak bu maddenin Doğrulamalı Faktör Analizinde incelenmek üzere ikinci faktörde kalmasına karar verilmiştir.

Üçüncü faktörün 25, 26, 27, 28 numaralı maddelerden oluştuğu ve toplam varyansın %8,49'unu açıkladığı belirlenmiştir. 28 numaralı madde orijinal ölçek yapısında simetri/sıralama olarak adlandırılan faktöre yüklenmektedir. Bu çalışmada da orijinal ölçek yapısına benzer şekilde üçüncü faktöre daha yüksek yüklenmekte, dördüncü faktöre ise daha az derecede yüklenmektedir. Faktör yükleri arasındaki fark istenilenden daha az olsa bile, hem üçüncü faktöre daha fazla yüklenmesi hem de elenmesi durumunda iç tutarlılık katsayısında herhangi bir artış olmaması sebebiyle, orijinal ölçek yapısına benzer şekilde bu maddenin Doğrulamalı Faktör Analizinde incelemek üzere üçüncü faktöre dahil edilmesine karar verilmiştir.

Dördüncü faktörün 29, 37, 41, 42, 43, 44 numaralı maddelerden oluştuğu ve toplam varyansın %8,09'unu açıkladığı belirlenmiştir. Orijinal envanter yapısına göre bulaşma olarak adlandırılan faktörde bulunan maddeler, bu çalışmada da sadece dördüncü faktöre yüklenmektedir. Buna göre, maddelerin orijinal faktör yapısına uygun şekilde dördüncü faktöre dahil edilmesine karar verilmiştir. Öte yandan, 37 numaralı madde ("*Kendime bir zarar vermiş ya da bir hastalık kapmış olabileceğim*") orijinal ölçek yapısında bulaşma faktörüne yüklenmektedir. Bu çalışmada da orijinal ölçek yapısına benzer şekilde dördüncü faktöre yüklenmiş olmakla birlikte, ikinci faktöre daha yüksek derecede yüklenmiştir. Fakat ölçeğin orijinal faktör yapısı ve maddenin dördüncü faktöre dahil olmasının anlam bakımından uygun görülmesi sebebiyle, orijinal ölçek yapısına uygun olarak Doğrulamalı Faktör Analizinde incelemek üzere dördüncü faktöre dahil edilmesine karar verilmiştir.

Beşinci faktörün 16, 17, 18, 19, 20 numaralı maddelerden oluştuğu ve toplam varyansın %7,38'ini açıkladığı belirlenmiştir. Envanterin orijinal faktör yapısında 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22 ve 23 numaralı maddeler cinsel/dinsel/ahlak dışılık alt boyutunda bulunmaktadır. Bu maddelerin cinsel/dinsel/ahlak dışılık alt boyutunda dinsel ve ahlak dışı temaları temsil ettiği görülmektedir. Bu çalışmada ise dinsel ve ahlak dışılık temaları temsil eden bu maddeler ayrılarak birinci faktöre dahil olmuştur. Bu bağlamda, orijinal faktör yapısında cinsel/dinsel/ahlak dışılık olarak adlandırılan faktör, bu çalışmada sadece cinsel temaları temsil eden maddelerden oluşmaktadır.

Son olarak, altıncı faktörün 45, 46, 47, 48 numaralı maddelerden oluştuğu ve toplam varyansın %5,92'sini açıkladığı belirlenmiştir. Orijinal envanter yapısında batıl/büyüsel düşünme faktöründe bulunan maddeler, bu çalışmada da sadece bu faktöre yüklenmektedir. Bu bağlamda, maddelerin orijinal faktör yapısına uygun şekilde altıncı faktöre dahil edilmesine karar verilmiştir.

Yapılan Açıklayıcı Faktör Analizi sonuçlarına genel olarak bakıldığında envanterin orijinal formu ile aynı faktör sayısına sahip olduğu, ancak birinci ve beşinci faktörlerde farklı madde dağılımlarının olduğu görülmektedir. Buna göre, envanterin farklı madde dağılımları olan faktörleri için o faktörde bulunan maddelerin temsil ettikleri obsesif istem dışı deneyimlere dair temalara göre yeniden adlandırmalar gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda, maddelerin birinci faktördeki dağılımına bakıldığında, ölçeğin orijinal formunda "saldırganlık" olarak adlandırılan alt

boyutundaki maddelere, “cinsel/dinsel/ahlak dışılık” olarak adlandırılan alt boyuttaki dinsel ve ahlak dışılık temaları temsil eden maddelerin eklendiği görülmektedir. Bu bağlamda, birinci faktörde, orijinal çalışmadaki saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık temalı maddeler yer almaktadır. Daha anlaşılır bir anlatım için birinci faktör “tabu düşünceler” olarak adlandırılmıştır. Dinsel/ahlak dışılık temalarını temsil eden maddelerin birinci faktöre geçmesi ile birlikte, sadece cinsel temaları temsil eden maddeler beşinci faktör altında toplanmışlardır. Envanterin orijinal formunda adlandırılışları ve cinsel temaları temsil eden maddelerden oluşmaları göz önüne alınarak beşinci faktör “cinsel” olarak adlandırılmıştır. Envanterin orijinal formunda, ikinci faktör altında toplanan maddelerin “şüphe/hata/kontrol etme”, üçüncü faktör altında toplanan maddelerin “simetri/sıralama”, dördüncü faktör altında toplanan maddelerin “bulaşma”, altıncı faktör altında toplanan maddelerin “batıl/büyüsel düşünme” olarak adlandırıldıkları görülmüş ve bu faktörlerin envanterin orijinal formuna uygun şekilde adlandırılmasına karar verilmiştir.

Açımlayıcı Faktör Analizi bulgularına dayanarak oluşturulan Model 2, LISREL programı kullanılarak yapılan Doğrulamalı Faktör Analizi ile test edilmiştir. Model 2 altı faktör içermektedir: Saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık (F1), Cinsel (F2), Simetri/sıralama (F3), Şüphe/hata/kontrol etme (F4), Bulaşma (F5) ve Batıl/büyüsel düşünce (F6). Şekil 3’te OİDE’nin yol analizi sonuçları ve faktör yükleri gösterilmektedir. Buna göre, Model 2 için yapılan ilk Doğrulamalı Faktör Analizi incelendiğinde, boyutlara ait faktör yüklerinin Saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık (F1) boyutu için .23 ile .77 arasında, Cinsel (F2) boyutu için .52 ile .86 arasında, Simetri/sıralama (F3) boyutu için .43 ile .94 arasında, Şüphe/hata/kontrol etme (F4) boyutu için .30 ile .69 arasında, Bulaşma (F5) boyutu için .53 ile .91 arasında ve Batıl/büyüsel düşünce (F6) boyutu için .60 ile .88 arasında olduğu görülmektedir.

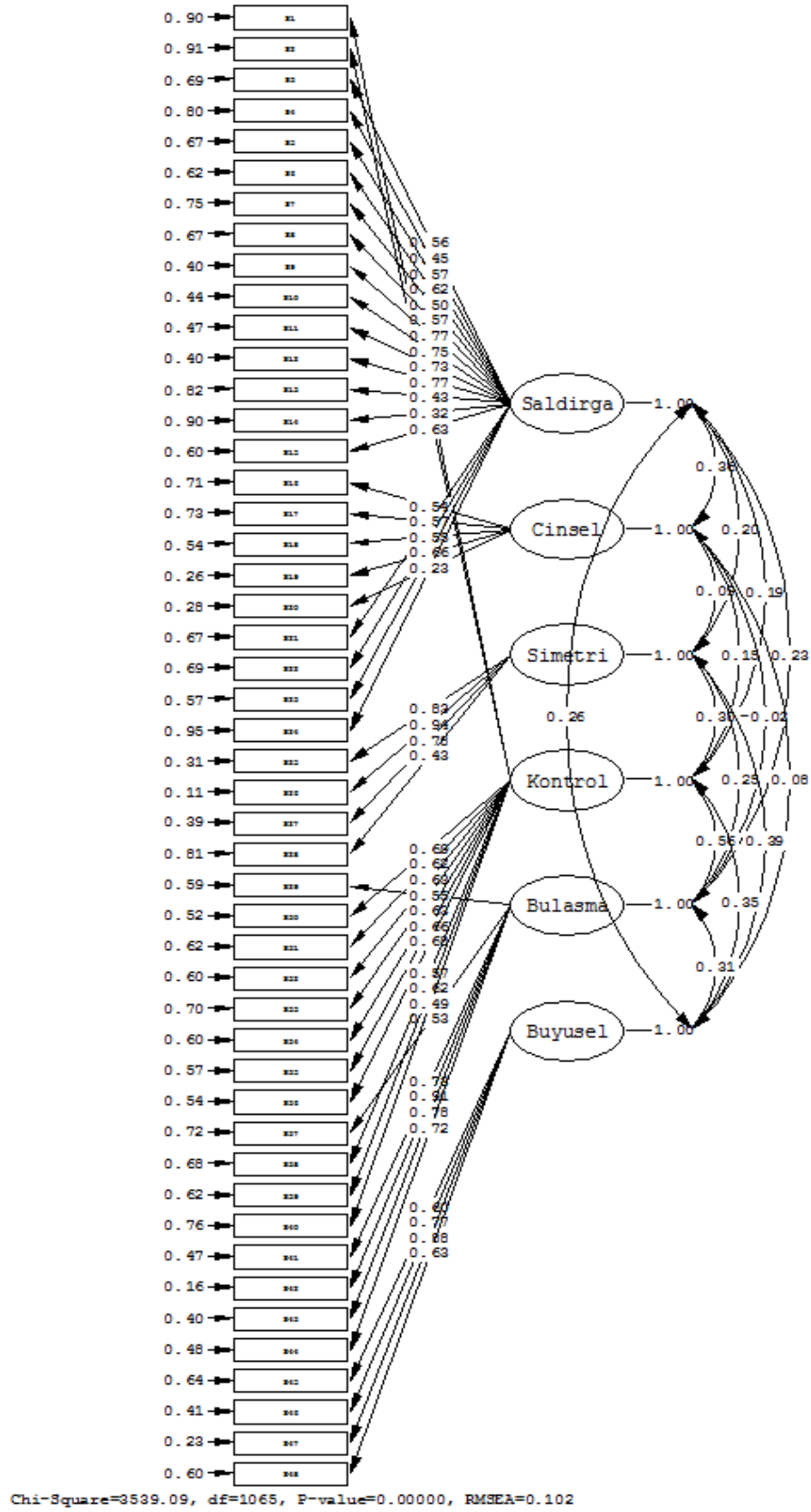
Model 2 için gerçekleştirilen Doğrulamalı Faktör Analizinin uyum değerleri hesaplanmıştır. Bu değerler incelendiğinde, ki-kare değeri $\chi^2 = 3539.09$ olarak hesaplanmıştır. Literatürde, ki-kare değerinin örneklem sayısından etkilendiği, bu nedenle örneklem sayısından daha az etkilenen ki-kare’nin serbestlik derecesine bölünmesi ile hesaplanan değerin iyilik uyumu için kullanılması önerilmektedir (Raykov ve Marcoulides, 2006: 41). χ^2/sd değerinin 5’ten küçük olması önerilmektedir (Bollen, 1989: 278). Model 2 için bu değer 3,32 ($\chi^2/sd = 3,32$) olarak

hesaplanmıştır. Buna göre, Model 2 için hesaplanan χ^2/sd değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmektedir.

Model 2 için Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda hesaplanan uyum iyiliği değerlerine bakıldığında, Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (CFI) = 0.81, Normlandırılmış Uyum İndeksi (NFI) = 0.75, Standardize Edilmiş Kök Ortalama Kare Artık (SRMR) = 0.09 ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karaköku (RMSEA) = 0.10 olduğu görülmektedir. Sonuçlar, Model 2'nin kabul edilebilir uyum istatistiği değerlerine sahip olmadığını göstermektedir.



Şekil 3: Model 2 için Doğrulayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri



Model 2 için yapılan ilk doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre modelin kabul edilebilir uyum istatistiği değerlerine sahip olmadığı görülmektedir (bkz. Tablo 8). Model uyumunu iyileştirmek için madde 1 ve 2, madde 3 ve 5, madde 6 ve 8, madde 9 ve 10, madde 11 ve 12, madde 28 ve 29, madde 30 ve 31, madde 38 ve 39 ve madde 43 ve 44 arasında, bu maddelerin birbirine benzer bulunması sebebiyle modifikasyon indeks önerilerinde verilen 9 modifikasyon eklenmiştir.

Model 2'ye 9 modifikasyon eklenmesi ile oluşturulan Model 3'ün Doğrulayıcı Faktör Analizinin uyum değerleri hesaplanmıştır. Buna göre Model 2 için χ^2/sd değeri 2,37 ($\chi^2/sd = 2,37$) olarak hesaplanan χ^2/sd değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmektedir. Yanı sıra, Model 3'ün Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda hesaplanan uyum iyiliği değerlerine bakıldığında, Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI) = 0.88, Normlandırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI) = 0.81, NNFI değerinin 0.87, Standardize Edilmiş Kök Ortalama Kare Artık (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR) = 0.09 ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) = 0.07 olduğu görülmektedir. Model 2'ye 9 modifikasyon eklenmesi ile oluşturulan Model 3'ün Doğrulayıcı Faktör Analizi sonuçlarına göre uyum değerlerinin arttığı ve modelin daha iyi uyum istatistiğine sahip olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 8). χ^2/sd ve RMSEA değerleri kabul edilebilir uyum değerlerine sahiptir. Buna göre, Model 3 için Doğrulayıcı Faktör Analizinde hesaplanan değerlerin, kabul edilebilir sınırlarda olduğu ve test edilen Model 3'ün veriye uyum sağladığı görülmektedir.

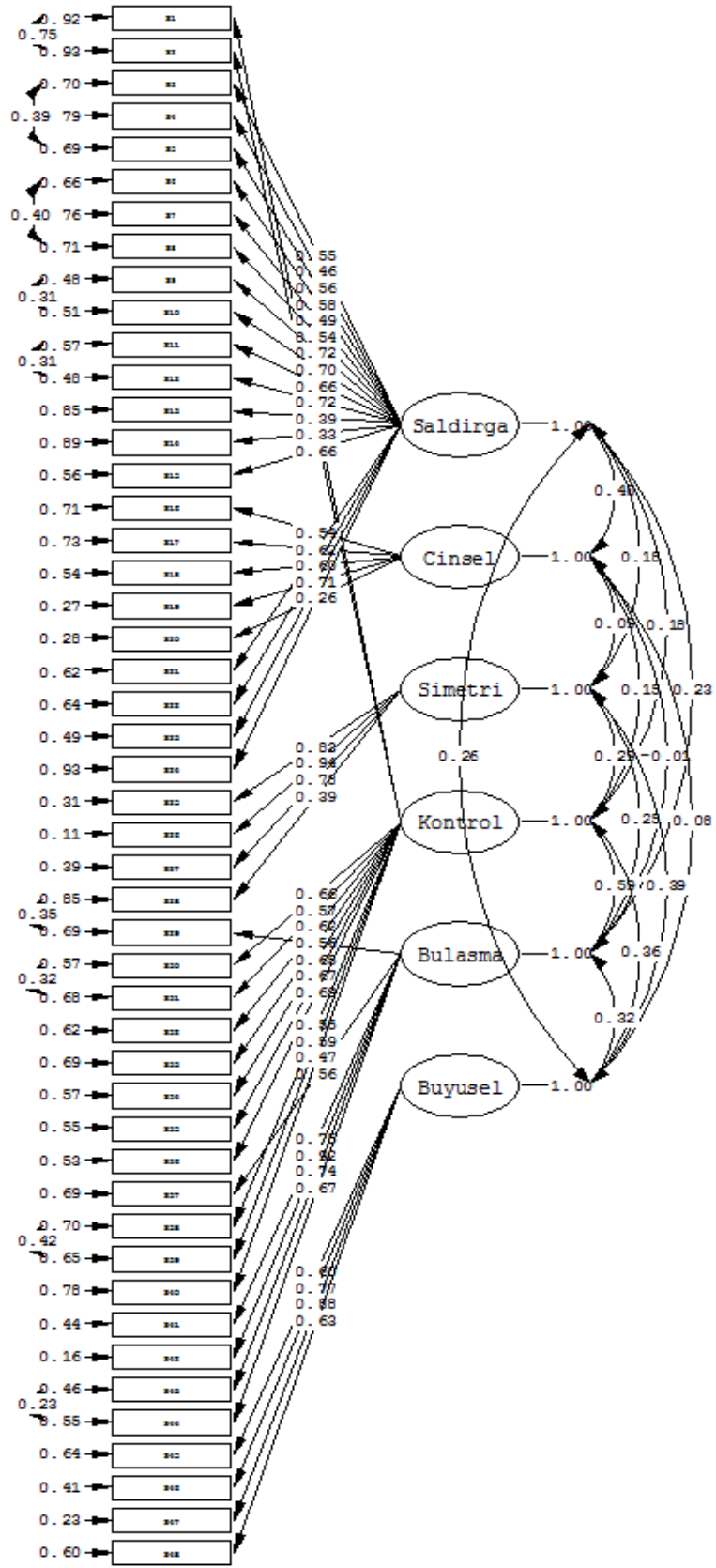
Şekil 4'te modifikasyon sonrası Doğrulayıcı Faktör Analizi sonuçları yer almaktadır. Ölçeğin son hali ile yapılan ikinci Doğrulayıcı Faktör Analizi incelendiğinde, boyutlara ait faktör yükleri Saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık (F1) boyutu için .33 ile .72 arasında, Cinsel (F2) boyutu için .52 ile .86 arasında, Simetri/sıralama (F3) boyutu için .39 ile .94 arasında, Şüphe/hata/kontrol etme (F4) boyutu için .26 ile .69 arasında, Bulaşma (F5) boyutu için .56 ile .92 arasında ve Batıl/büyüsel düşünce (F6) boyutu için .60 ile .88 arasında bulunmuştur.

Yukarıda verilen bulgular ışığında, Model 2'nin geçerliğinin Açımlayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi ile değerlendirildiği ve kabul edilebilir model uyumunun sağlandığı görülmektedir. Bu bağlamda, OİDE'nin geçerli bir ölçek olduğuna ilişkin hipotez desteklenmektedir.

Tablo 8: Tüm Modeller için Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum Değerleri

	X ² /sd	CFI	NFI	NNFI	SRMR	RMSEA
Model 1	4.59	0.76	0.70	0.75	0.14	0.13
Model 2	3,32	0.81	0.75	0.80	0.09	0.10
Model 3	2.37	0.88	0.81	0.87	0.09	0.07

Şekil 4: İkinci Doğrulayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri



2.2.4. OİDE'ye Yönelik Betimsel Değerlendirmeler

OİDE'nin faktör yapısının belirlenmesi sonrasında, kullanılan ölçüm araçlarından aldıkları puanların genel özelliklerinin incelenmesi amacıyla betimleyici analiz gerçekleştirilmiştir. Bunun sonucunda OİDE'ye ilişkin elde edilen ortalama, standart sapma, çarpıklık basıklık, minimum ve maksimum değerleri Tablo 9'da verilmektedir.

Tablo 9: OİDE için Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık, Basıklık ve Minimum-Maksimum Değerleri

Değişkenler	Ort.	S.S.	Çarpıklık	Basıklık	Min.- Max.
Toplam OİDE Bölüm 1	45,38	24,31	1,02	1,05	0-135
Tabu düşünceler	10,04	9,66	1,69	4,09	0-57
Cinsel	,97	2,51	3,01	8,75	0-13
Simetri/sıralama	6,41	5,06	,97	,85	0-24
Kontrol etme	14,52	10,10	1,18	1,61	0-51
Bulaşma	10,48	6,67	,83	,82	0-32
Batıl düşünce	3,03	3,92	1,56	1,96	0-18
Toplam OİDE Bölüm 2A	22,04	11,62	,71	-,14	2-55
Duygusal tepkiler	6,63	4,34	,95	,40	0-20
Kontrol zorluk	5,02	2,30	,38	-,18	0-12
İşlevsiz inanışlar	10,39	6,13	,64	-,25	0-26
Toplam OİDE Bölüm 2B	20,85	14,24	,88	-,09	2-65
Kaygı kontrol	5,72	4,72	,72	-,38	1-18
Düşünce kontrol	6,83	6,87	,98	-,00	0-28
Dikkat dağıtma	3,27	2,37	,25	-,82	0-8

Not: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri.

OİDE'nin nicel değerlendirmesinin yanı sıra katılımcılardan en rahatsız edici düşüncelerini seçmeleri, kendilerine özgü deneyim raporlamaları gibi kişiye özgü bilgiler de istenmektedir. Dolayısıyla bu kısımda, OİDE aracılığıyla açık uçlu sorular ile elde edilen bilgiler incelenecektir.

OİDE Bölüm 1'in 48 maddelik listesine ek olarak, katılımcıların kendileri tarafından bildirilen en rahatsız edici obsesif istem dışı düşünceleri incelenmiştir. Bildirilen maddeler incelendiğinde, bazı maddelerin (*birinin başına bir şey gelecek, gelecek hakkındaki kaygılar, bunu mutlaka yaşayacağım dediğim belirsiz durumlara kendini hazırlama*) gelecekteki belirsizliklere yönelik kaygılara, bazı maddelerin (*kanser olup olmadığım, hasta olup olmadığım*) hastalıklara yönelik şüpheyeye, bazı maddelerin (*bir kelimeyi yeterince söylemediğimde kötü bir şey olacak, yolda kara kedi gördüğümde saçımı çekmem gerekir*) kompulsiyonların kendisine yönelik şüpheyeye dair olduğu dikkati çekmektedir. Elbette bu değerlendirmeler, herhangi bir analiz sonucuna dayanmamakta, bildirilen maddelerin anlam bakımından ortaklıklarına dikkat çekilmek amacıyla yapılmaktadır. Ayrıntılı betimsel bilgiler Tablo 10'da verilmektedir.

Tablo 10: Katılımcılarının OİDE Bölüm 1 Dışında Bildirdikleri En Rahatsız Edici İstem Dışı Deneyimleri

Bildirilen maddeler
<i>Birinin başına bir şey gelecek</i>
<i>Gelecek hakkındaki kaygılar</i>
<i>Bunu mutlaka yaşayacağım dediğim belirsiz durumlara kendini hazırlama</i>
<i>Kanser olup olmadığım</i>
<i>Hasta olup olmadığım</i>
<i>Bir kelimeyi yeterince söylemediğimde kötü bir şey olacak</i>
<i>Yolda kara kedi gördüğümde saçımı çekmem gerekir</i>
<i>Ellerimi yıkayıp yıkamadığım</i>
<i>Bir başkası benim yerimi alacak</i>

Not: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri.

OİDE Bölüm 1’de katılımcılardan kendilerine sunulan istem dışı deneyim listesini temel alarak istem dışı deneyimlerini sıklık açısından raporlamaları istenmektedir. Ardından Bölüm 2A ve Bölüm 2B’ye geçmeden önce son 3 ay içerisinde kendilerini en çok rahatsız eden obsesif istem dışı deneyimlerini, Bölüm 1’deki listeye dayanarak bildirmeleri beklenmektedir. Burada katılımcıların en rahatsız edici olarak bildirdikleri deneyimleri, OİDE Bölüm 1 alt boyutlarındaki karşılıkları altında toplanarak değerlendirilmiştir. Buna göre, nahoş, rahatsız edici veya huzursuz edici olarak görülen obsesif istem dışı deneyimler, en çok bulaşma temasında görülmektedir. Bulaşma alt boyutunu sırasıyla tabu düşünceler (saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık), şüphe/hata/kontrol etme, batıl/büyüsel düşünce, simetri/sıralama ve cinsel temalarda görülen istem dışı deneyimler takip etmektedir. Ayrıntılı bilgiler Tablo 11’de verilmektedir.

Tablo 11: Katılımcıların En Rahatsız Edici İstem Dışı Deneyimlerine Göre OİDE Bölüm 1 Alt Boyutları Dağılımı

OİDE alt boyutu	(n = 210)
Bulaşma <i>n</i> (%),	67 (% 31,8)
Tabu düşünceler <i>n</i> (%),	47 (% 22,3)
Kontrol etme <i>n</i> (%),	40 (% 19)
Batıl düşünce <i>n</i> (%),	24 (% 11,4)
Simetri/sıralama <i>n</i> (%),	18 (% 8,5)
Cinsel <i>n</i> (%),	2 (% 0,9)

Not: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri.

OİDE’nin en son kısmı olan Bölüm 2B’nin 17 maddelik listesine ek olarak, katılımcıların kendileri tarafından obsesif istem dışı deneyimlerine karşılık olarak kullandıkları kontrol stratejileri incelenmiştir. Bildirilen stratejiler incelendiğinde, bazılarının (*kendimi her şeyin iyi olacağına ikna ederim, kendimi telkin ederim*) kendini güvence vermeye yönelik stratejiler, bazılarının (*uyku ile kaçınırım, aklıma dağıtmak için aktiviteler yapma (film, gezme vb.), sosyal medya ve internette vakit geçiririm, perdeleri kapatır ve dışarı çıkmam*) dolaylı ve kaçınmaya yönelik stratejiler,

bazılarının ise (*dua ederim, her zaman dikkatli olurum, saçımı çekerim, biriktirir ve eşyaları atamam*) kompulsif davranışlara benzer özellikler gösteren stratejiler olduğu dikkati çekmektedir. Bu değerlendirmeler, bildirilen stratejilerin işlevleri ve anlamları bakımından ortaklıklarına dikkat çekilmek amacıyla yapılmaktadır. Ayrıntılı betimsel bilgiler Tablo 12’de verilmektedir.

Tablo 12: Katılımcıların OİDE Bölüm 2B Dışında Bildirdikleri Düşünce Kontrol Stratejileri

Bildirilen düşünce kontrol stratejisi
<i>Kendimi her şeyin iyi olacağına ikna ederim</i>
<i>Kendimi telkin ederim</i>
<i>Uyku ile kaçınırım</i>
<i>Aklımı dağıtmak için aktiviteler yapma (film, gezme vb.)</i>
<i>Sosyal medya ve internette vakit geçiririm</i>
<i>Perdeleri kapatır ve dışarı çıkmam</i>
<i>Dua ederim</i>
<i>Her zaman dikkatli olurum</i>
<i>Saçımı çekerim</i>
<i>Biriktirir ve eşyaları atamam</i>
<i>O düşüncemi, hakkında kaygı duyduğum kişiye ima ederim</i>

Not: OİDE = Obsesif İstenmeyen Düşünceler Envanteri.

2.2.5. OİDE’nin Güvenirlilik Analizleri Bulguları

Bu kısımda öncelikle, OİDE’nin güvenilirlik katsayılarını belirlemek amacıyla, iç tutarlığa ilişkin Cronbach Alfa (α) katsayısı ve Düzeltilmiş Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri verilecektir. Daha sonra, OİDE’nin ortalama, standart sapma, çarpıklık, basıklık, minimum ve maksimum değerlerine yer verilecektir.

OİDE Bölüm 1’in Türkçe versiyonunun iç tutarlılığına ilişkin Cronbach Alfa katsayısı .91 olarak hesaplanmıştır. İç tutarlılığı ilişkin Cronbach Alfa katsayısı, Tabu düşünceler alt boyutu için .89, Cinsel alt boyutu için .81, Simetri/sıralama alt boyutu için .83, Şüphe/hata/kontrol etme alt boyutu için .85, Bulaşma alt boyutu için .86 ve

Batıl/büyüsel düşünce alt boyutu için .80, Tip 1 alt boyutu için .89 ve Tip 2 alt boyutu için .89 olarak bulunmuştur.

Türkçe OİDE'nin diğer bölümleri için içsel tutarlık analizleri de yapılmıştır. OİDE Bölüm 2A'nın iç tutarlığına ilişkin Cronbach Alfa katsayısı toplamı için .93, duygusal tepkiler alt boyutu için .87, kontrol etmede zorluk alt boyutu için .69, işlevsiz inanışlar alt boyutu için .88 olarak bulunmuştur. Ayrıca OİDE Bölüm 2B'nin iç tutarlığına ilişkin Cronbach Alfa katsayısı toplamı için .90, kaygı kontrol stratejileri alt boyutu için .84, düşünce kontrol stratejileri alt boyutu için .88, dikkat dağıtma stratejileri alt boyutu için .86 olarak bulunmuştur. OİDE'nin Türkçe formunun güvenirlik katsayıları Tablo 13'te verilmiştir.

OİDE Türkçe formunu oluşturan maddelerin, ölçeğin tümüyle ne derece ilişkili olduğunu incelemek amacıyla madde analizi kullanılmıştır. Hesaplanan düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri incelendiğinde, OİDE Bölüm 1 için tüm maddelerin korelasyon katsayılarının pozitif yönde ilişkili olduğu ve .19 ile .62 arasında değer aldığı görülmektedir. Ölçeğin faktörleri için düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri incelendiğinde, tabu düşünceler için .30 ile .71, cinsel için .48 ile .77, simetri/sıralama için .43-.78, şüphe/hata/kontrol etme için .37 ile .63, bulaşma için .47 ile .83 ve batıl/büyüsel düşünce için .53 ile .75 arasında değer aldığı görülmüştür. Benzer şekilde, OİDE 2A için düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri incelendiğinde, tüm maddelerin korelasyon katsayılarının pozitif yönde ilişkili olduğu ve .39 ile .75 arasında değer aldığı görülmektedir. Ölçeğin faktörleri için düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri incelendiğinde, duygusal tepkiler için .59 ile .77, kontrol etmede zorluk için .39 ile .60, işlevsiz inanışlar için .45-.74 arasında değer aldığı görülmüştür. Son olarak, OİDE 2B için düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri incelendiğinde, tüm maddelerin korelasyon katsayılarının pozitif yönde ilişkili olduğu ve .01 ile .85 arasında değer aldığı görülmektedir. Ölçeğin faktörleri için düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri incelendiğinde, kaygı kontrol stratejileri için .50 ile .74, düşünce kontrol stratejileri için .40 ile .85, dikkat dağıtma stratejileri için .76-.76 arasında değer aldığı görülmüştür. OİDE'nin Türkçe formunun düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13: OİDE için Güvenirlik Analizi Sonuçları

	İçsel tutarlılık (α)	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyon Minimum- Maksimum Değerleri
Toplam OİDE Bölüm 1	.91	.19-.62
Tabu düşünceler	.89	.30-.71
Cinsel	.81	.48-.77
Simetri/sıralama	.83	.43-.78
Kontrol etme	.85	.37-.63
Bulaşma	.86	.47-.83
Batıl düşünce	.80	.53-.75
Tip 1	.89	.18-.68
Tip2	.89	.23-.63
Toplam OİDE Bölüm 2A	.93	.39-.75
Duygusal tepkiler	.87	.59-.77
Kontrol zorluk	.69	.39-.60
İşlevsiz inanışlar	.88	.45-.74
Toplam OİDE Bölüm 2B	.90	.01-.85
Kaygı kontrol	.84	.50-.74
Düşünce kontrol	.88	.40-.85
Dikkati dağıtma	.86	.76-.76

Not: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri.

2.2.6. Eş Zaman Geçerlik

Bu kısımda eş zaman geçerliğini sunmak amacıyla, öncelikle OİDE Bölüm 1'in sonrasında ise Bölüm 2A ve 2B'nin ilgili ölçüm araçları ile korelasyon analizleri bulgularına yer verilecektir. OİDE Bölüm 1'in eş zaman geçerliğini incelemek amacıyla, OİDE Bölüm 1'in toplam puan ve alt boyutları (bu çalışmada tabu düşünceler, cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma, batıl/büyüsel düşünce olmak üzere) ile OKB semptomlarını ölçen OKE-GGF toplam puan ve ilgili

alt boyutları (temizlik, kontrol etme, obsesyonlar, zihinsel nötrleştirme, düzen ve biriktirme), obsesif inançları ölçen OİA toplam puan ve ilgili alt boyutları (sorumluluk, tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncenin kontrolü/önemi) ve düşünce kontrolünü değerlendiren DKA toplam puan ve ilgili alt boyutları (dikkat dağıtma, sosyal kontrol, endişe etme, kendini cezalandırma, yeniden değerlendirme) arasındaki korelasyonel ilişkiler değerlendirilmiştir. Çalışmadaki tüm ana değişkenler arasındaki korelasyonlar incelense bile, bu çalışmada istem dışı deneyimi değerlendiren OİDE'ye odaklanıldığı için özellikle bu bulgulara değinilecektir. Bu kısmın sonunda da öncelikle OİDE ve alt boyutlarının diğer ölçekler ve alt boyutları ile gösterdiği Pearson korelasyon katsayıları Tablo 14'te, tüm çalışma değişkenleri arasındakiler ise Tablo 15'te verilmektedir.

OİDE Bölüm 1'den alınan toplam puanlar ile OKE-GGF'den alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, tümünde pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu söylenilebilmektedir ($r=,34-.66$, $p<.001$). İlk olarak en yüksek korelasyonun OİDE toplam puanı ile OKE-GGF toplam puanı arasında olduğu görülmektedir ($r=,66$, $p<.001$). Buna göre obsesyon ve kompulsiyon semptomları arttıkça, istem dışı deneyimler de artıyor görülmektedir. OKE-GGF'nin toplam puanına ek olarak tüm alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça, OİDE Bölüm 1'in ölçtüğü istem dışı deneyimler de artış görülmektedir ($r=,34-.53$, $p<.001$). Diğer deyişle temizlik, düzen ve biriktirme obsesyonları, zihinsel nötrleştirme ve kontrol etme kompulsiyonları ve obsesyonları arttıkça, istem dışı deneyimler de artış göstermektedir.

OİDE Bölüm 1'in alt boyutlarından alınan toplam puanlar ile OKE-GGF'den alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, birbirleri ile ilişkili olmaları bakımından öne çıkan alt boyutlar arasında pozitif pek çok anlamlı korelasyonların bulunduğu söylenilebilmektedir ($r=,13-.66$, $p<.001$). Bu korelasyonlara değinmek gerekirse, OİDE'nin tabu düşünceler ve cinsel alt boyutu ile OKE-GGF'nin obsesyonlar ve zihinsel nötrleştirme arasında ($r=,13-.31$, $p<.05$); simetri/sıralama alt boyutu ile düzen alt boyutu arasında ($r=,64$, $p<.001$); kontrol etme alt boyutu ile kontrol etme, düzen ve biriktirme alt boyutu arasında ($r=,40-.62$, $p<.001$) ve bulaşma ile temizlik alt boyutu arasında ($r=,64$, $p<.001$) pozitif yönde anlamlı korelasyonlar bulunmaktadır. Buna göre simetri/sıralama arttıkça

düzen; kontrol etme arttıkça düzen biriktirme ve kontrol etme; bulaşma arttıkça ise temizlik artıyor gibi görülmektedir.

OİDE Bölüm 1'den alınan toplam puanlar ile OİA'den alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, tümünde pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu görülmektedir ($r=,25-.46$, $p<.001$). OİA'nin toplam puanı ve alt boyutları olan sorumluluk, tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncenin kontrolü/önemi inanış alanlarından alınan puanlar arttıkça, OİDE'nin ölçtüğü istem dışı deneyimler de artış göstermektedir. Buna göre obsesif inanışlar arttıkça, obsesif istem dışı deneyimler de artmaktadır. Benzer şekilde, sorumluluk, tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik ve düşüncenin kontrolü/önemi obsesif inanışları arttıkça, obsesif istem dışı deneyimler de artış göstermektedir.

OİDE Bölüm 1'in alt boyutlarından alınan toplam puanlar ile OİA'dan alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, birbirleri ile ilişkili olmaları bakımından öne çıkan alt boyutlar arasında pozitif pek çok anlamlı korelasyonların bulunduğu söylenilebilmektedir ($r=,29-.40$, $p<.001$). Bu korelasyonlara değinmek gerekirse, OİDE'nin tabu düşünceler alt boyutu ile OİA'nın tehdit öngörüsü arasında ($r=,29$, $p<.001$); simetri/sıralama alt boyutu ile tehdit öngörüsü ve mükammeliyetçilik/kesinlik alt boyutları arasında ($r=,33-.40$, $p<.001$); ve batıl/büyüsel düşünce ile mükemmeliyetçilik/kesinlik ve düşüncenin kontrolü/önemi alt boyutları arasında ($r=,30-.31$, $p<.001$) pozitif yönde anlamlı korelasyonlar bulunmaktadır. Buna göre simetri/sıralama arttıkça düzen; kontrol etme arttıkça düzen biriktirme ve kontrol etme; bulaşma arttıkça ise temizlik artıyor gibi görülmektedir.

OİDE Bölüm 1'den alınan toplam puanlar ile DKA'dan alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, bazı pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu görülmektedir ($r=,17-.43$, $p<.001$). Özellikle DKA'nın toplam puanı ve kendini cezalandırma ve endişe etme alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça, OİDE'nin ölçtüğü istem dışı deneyimler de artış göstermektedir ($r=,27-.43$, $p<.001$). Buna göre kullanılan düşünce kontrol stratejileri ve özellikle kendini cezalandırma ve endişe etme kontrol stratejileri arttıkça obsesif istem dışı deneyimler de artmaktadır.

OİDE Bölüm 1'in alt boyutlarından alınan toplam puanlar ile DKA'dan alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, birbirleri ile ilişkili olmaları bakımından öne çıkan alt boyutlar arasında pozitif pek çok anlamlı korelasyonların bulunduğu söylenilebilmektedir ($r=,15$ -, 45 , $p<.001$). Bu korelasyonlara değinmek gerekirse, OİDE'nin tabu düşünceler alt boyutu ile DKA'nın kendini cezalandırma arasında ($r=,21$, $p<.001$) ve simetri/sıralama alt, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma ve batıl/büyüsel düşünce ile endişe etme ve kendini cezalandırma alt boyutları arasında ($r=,15$ -, 45 , $p<.001$) pozitif yönde anlamlı korelasyonlar bulunmaktadır. Buna göre simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma ve batıl/büyüsel düşünce arttıkça ise kendini cezalandırma ve endişe etme artıyor gibi görülmektedir. Tüm bu bulgular, eş zaman geçerliği destekler niteliktedir.

Tablo 14: OİDE Bölüm 1, OKE-GGF, OİA ve DKA için Pearson Korelasyon Katsayıları

	OİDE Toplam	OİDE Tabu düşün celer	OİDE Cinsel	OİDE Simetri/ sıralama	OİDE Kontrol etme	OİDE Bulaşma	OİDE Batıl düşünce
OKE-GGF Toplam	,66**	,23**	,10	,55**	,57**	,50**	,45**
TM	,41**	,15*	-,11	,17**	,28**	,64**	,19**
KO	,53**	,06	,07	,43**	,62**	,42**	,25**
OB	,48**	,31**	,16*	,27**	,38**	,25**	,33**
ZN	,53**	,28**	,13*	,49**	,30**	,31**	,54**
DÜ	,49**	,10	,14*	,64**	,40**	,27**	,37**
BR	,34**	,04	,03	,28**	,43**	,19**	,24**
OİA Toplam	,41**	,17**	,13*	,35**	,27**	,26**	,39**
SR	,25**	,05	,06	,23**	,23**	,16*	,20**
TÖ	,46**	,29**	,15*	,40**	,21**	,27**	,48**
M/K	,37**	,17*	,21**	,33**	,22**	,22**	,31**
DK/Ö	,26**	,02	,02	,18**	,24**	,23**	,30**
DKA Toplam	,32**	-,07	,04	,23**	,47**	,25**	,19**

SK	-.03	-,27**	-,16*	,08	,09	,12	-,00
DD	,17*	-,10	,05	,14*	,26**	,20**	,10
EE	,27**	,07	-,01	,15*	,31**	,18*	,20**
KC	,43**	,21**	,12	,20**	,45**	,21**	,28**
YD	,24**	-,06	,13*	,18**	,41**	,11	,09

* p<0.05, ** p<0.001

Notlar: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri; OKE-GGF = Obsesif Kompulsif Envanteri – Gözden Geçirilmiş Form; OİA-20 = Obsesif İnanışlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Form; DKA = Düşünce Kontrol Anketi. TM: Temizlik; KO: Kontrol; OB: Obsesyonlar; ZN: Zihinsel nötrleştirme; DÜ: Düzen; BR: Biriktirme; DK/Ö: Düşüncenin kontrolü/önemi; M/K: Mükemmeliyetçilik/kesinlik; TÖ: Tehdit öngörüsü; SR: Sorumluluk. YD: Yeniden değerlendirme; KC: Kendini cezalandırma; SK: Sosyal kontrol; EE: Endişe etme; DD: Dikkati dağıtma.

Tablo 15. OİDE Bölüm 1, OKE-GGF, OİA ve DKA'nın Korelasyon İlişkileri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1.OİDE																									
2.Tabu	,65**																								
3.Cinsel	,33**	,31**																							
4.Simetri	,57**	,19**	,13*																						
5.Kontrol	,74**	,18**	,14*	,28**																					
6.Bulaş	,68**	,22**	-,00	,33**	,48**																				
7.Batıl	,54**	,26**	,09	,36**	,26**	,29**																			
8.OKEGGF	,66**	,23**	,10	,55**	,57**	,50**	,45**																		
9.TM	,41**	,15*	-,11	,17**	,28**	,64**	,19**	,60**																	
10.KO	,53**	,06	,07	,43**	,62**	,42**	,25**	,76**	,40**																
11.OB	,48**	,31**	,16*	,27**	,38**	,25**	,33**	,66**	,29**	,41**															
12.ZN	,53**	,28**	,13*	,49**	,30**	,31**	,54**	,74**	,34**	,41**	,40**														
13.DÜ	,49**	,10	,14*	,64**	,40**	,27**	,37**	,78**	,29**	,55**	,34**	,61**													

Notlar: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri; OKE-GGF = Obsesif Kompulsif Envanteri – Gözden Geçirilmiş Form; OİA-20 = Obsesif İnanışlar Anketi- Gözden Geçirilmiş Form; DKA = Düşünce Kontrol Anketi. TM: Temizlik; KO: Kontrol; OB: Obsesyonlar; ZN: Zihinsel nötrleştirme; DÜ: Düzen; BR: Biriktirme; DK/Ö: Düşüncenin kontrolü/önemi; M/K: Mükemmeliyetçilik/kesinlik; TÖ: Tehdit öngörüsü; SR: Sorumluluk. YD: Yeniden değerlendirme; KC: Kendini cezalandırma; SK: Sosyal kontrol; EE: Endişe etme; DD: Dikkati dağıtma.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$.

Tablo 15. OİDE Bölüm 1, OKE-GGF, OİA ve DKA'nın Korelasyon İlişkileri (Devam)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
14.BR	,34**	,04	,03	,28**	,43**	,19**	,24**	,63**	,17**	,45**	,26**	,40**	,45**												
15.OİA	,41**	,17**	,13*	,35**	,27**	,26**	,39**	,45**	,17**	,37**	,38**	,34**	,35**	,25**											
16.SR	,25**	,05	,06	,23**	,23**	,16*	,20**	,28**	,09	,28**	,29*	,16*	,19**	,15*	,84**										
17.TÖ	,46**	,29**	,15*	,40**	,21**	,27**	,48**	,43**	,15*	,33**	,35**	,41**	,32**	,24**	,83**	,57**									
18.M/K	,37**	,17*	,21**	,33**	,22**	,22**	,31**	,32**	,11	,24**	,28**	,25**	,32**	,13	,78**	,54**	,56**								
19.DK/Ö	,26**	,02	,02	,18**	,24**	,23**	,30**	,48**	,23**	,38**	,35**	,35**	,34**	,36**	,77**	,54**	,58**	,44*							
20.DKA	,32**	-,07	,04	,23**	,47**	,25**	,19**	,50**	,20**	,40**	,39**	,32**	,41**	,37**	,35**	,30**	,25**	,22**	,41**						
21.SK	-,03	-,27**	-,16*	,08	,09	,12	-,00	,10	,11	,14*	-,03	,09	,08	,05	,09	,14*	-,01	,03	,13*	,40**					
22.DD	,17*	-,10	,05	,14*	,26**	,20**	,10	,25**	,01	,22**	,19**	,14*	,24**	,23**	,19**	,19**	,13*	,10	,22**	,63**	,04				
23.EE	,27**	,07	-,01	,15*	,31**	,18*	,20**	,36**	,20**	,22**	,34**	,28**	,21**	,25**	,23**	,19**	,24**	,02	,31**	,63**	-,02	,29**			
24.KC	,43**	,21**	,12	,20**	,45**	,21**	,28**	,53**	,20**	,39**	,55**	,38**	,39**	,30**	,39**	,24**	,36**	,32**	,38**	,65**	-,01	,28**	,40**		
25.YD	,24**	-,06	,13*	,18**	,41**	,11	,09	,40**	,13*	,33**	,28**	,20**	,39**	,32**	,27**	,21**	,14*	,24**	,31**	,83**	,23**	,36**	,40**	,55**	

Notlar: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri; OKE-GGF = Obsesif Kompulsif Envanteri – Gözden Geçirilmiş Form; OİA-20 = Obsesif İnanışlar Anketi- Gözden Geçirilmiş Form; DKA = Düşünce Kontrol Anketi. TM: Temizlik; KO: Kontrol; OB: Obsesyonlar; ZN: Zihinsel nötrleştirme; DÜ: Düzen; BR: Biriktirme; DK/Ö: Düşüncenin kontrolü/önemi; M/K: Mükemmeliyetçilik/kesinlik; TÖ: Tehdit öngörüsü; SR: Sorumluluk. YD: Yeniden değerlendirme; KC: Kendini cezalandırma; SK: Sosyal kontrol; EE: Endişe etme; DD: Dikkati dağıtma.

* p<0.05, ** p<0.001.

Ardından OİDE'nin diğer kısımları ile ilgili korelasyonel bulgulara değinmek gerekirse öncelikle OİDE Bölüm 2A'nın toplam puan ve alt boyutları (duygusal tepkiler, kontrol etmede zorluk, işlevsiz inanışlar) ile aynı envanterin Bölüm 1'i toplam puan ve ilgili alt boyutları (tabu düşünceler, cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma, batıl/büyüsel düşünce) ve bu kısım ile yakından ilişkili olan OİA toplam puan ve ilgili alt boyutları (sorumluluk, tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncenin kontrolü/önemi) arasındaki ilişkiden söz etmek gerekir. Bu bulgulara ilişkin değerler toplu olarak Tablo 16'da verilmektedir.

OİDE Bölüm 2A'dan alınan toplam puanlar ile OİDE Bölüm 1 toplam ve alt boyutlardan alınan puanlar arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, tümünde pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu görülmektedir ($r=,16-.41$, $p<.05$). Diğer deyişle, genel olarak istem dışı deneyimler ve tabu düşünceler, cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma ve batıl/büyüsel düşünme temaları arttıkça OİDE Bölüm 2A'dan alınan puanlar da artış göstermektedir. Benzer şekilde, OİDE Bölüm 2A'nın alt boyutlarından alınan toplam puanlar ile OİDE Bölüm 1'in alınan toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar arasındaki korelasyonlara bakıldığında, pozitif pek çok anlamlı korelasyonların bulunduğu söylenilebilmektedir ($r=,14-.41$, $p<.05$). Özellikle OİDE Bölüm 1'den alınan toplam obsesif istem dışı deneyimler ve tüm alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça, duygusal tepkiler, kontrol etmede zorluk ve işlevsiz inanışlardan alınan puanlar da artış göstermektedir. Sadece kontrol etmede zorluk alt boyutunun şüphe/hata/kontrol etme alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi görülmemiştir.

OİDE Bölüm 2A'dan alınan toplam puanlar ile OİA'den alınan toplam ve alt boyutlar puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, yine genel olarak değişkenler arası beklenen şekilde pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu söylenilebilir ($r=,18-.40$, $p<.001$). Başka bir şekilde söylemek gerekirse genel olarak obsesif inanışlar arttıkça, obsesif istem dışı deneyimlere yönelik değerlendirmeler de artmaktadır. Benzer şekilde, sorumluluk, tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik ve düşüncenin kontrolü/önemi obsesif inanışları arttıkça obsesif istem dışı deneyimlere yönelik değerlendirmeler de artış göstermektedir ($r=,15-.39$, $p<.05$). Nihayetinde tüm bu bulgular, eş zaman geçerliğini destekler niteliktedir.

Tablo 16: OİDE Bölüm 2A, OİDE Bölüm 1 ve OİA için Pearson Korelasyon Katsayıları

	OİDE Bölüm2A Toplam	OİDE Duygusal tepkiler	OİDE Kontrol etmede zorluk	OİDE İşlevsiz inanışlar
OİDE Bölüm 1 Toplam	,41**	,35**	,31**	,41**
Tabu düşünceler	,30**	,33**	,32**	,22**
Cinsel	,16*	,15*	,14*	,14*
Simetri/sıralama	,22**	,17**	,17**	,23**
Kontrol etme	,21**	,14*	,10	,26**
Bulaşma	,28**	,22**	,15*	,33**
Batıl düşünce	,37**	,32**	,28**	,36**
OİA Toplam	,34**	,29**	,23**	,34**
SR	,28**	,25**	,19**	,28**
TÖ	,40**	,34**	,33**	,39**
M/K	,18**	,15*	,11	,19**
DK/Ö	,22**	,21**	,09	,24**

* p<0.05, ** p<0.001

Notlar: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri; OİA-20 = Obsesif İnanışlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Form. DK/Ö: Düşüncenin kontrolü/önemi; M/K: Mükemmeliyetçilik/kesinlik; TÖ: Tehdit öngörüsü; SR: Sorumluluk.

OİDE'nin eş zaman geçerliliğini incelemek amacıyla, ayrıca OİDE Bölüm 2B'nin de toplam ve alt boyutları (kaygı kontrol, düşünce kontrol ve dikkat dağıtma) ile OİDE Bölüm 1 toplam ve ilgili alt boyutlar (tabu düşünceler, cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma, batıl/büyüsel düşünce) ve özellikle bu kısım ile yakından ilişkili olan DKA toplam puan ve ilgili alt boyutları (dikkat dağıtma, sosyal kontrol, endişe etme, kendini cezalandırma, yeniden değerlendirme) arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. OİDE Bölüm 2B ve DKA arasındaki Pearson korelasyon katsayıları, Tablo 17'de verilmektedir.

OİDE Bölüm 2B'den alınan toplam puanlar ile OİDE Bölüm 1'den alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına

bakıldığında, pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu söylenebilir ($r=,13-.46$, $p<.05$). OİDE Bölüm 1'in toplam puan ve tabu düşünceler hariç tüm alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça, OİDE Bölüm 2B'nin ölçtüğü düşünce kontrol stratejilerinde de artış gözlenmektedir. Buna göre obsesif istem dışı düşünceler arttıkça, obsesif istem dışı deneyimlere yönelik düşünce kontrol stratejileri de artmaktadır. Benzer şekilde, cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma ve batıl/büyüsel düşünme temaları arttıkça, obsesif istem dışı deneyimlere yönelik düşünce kontrol stratejileri de artış göstermektedir.

OİDE Bölüm 2B ile DKA'dan alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, tümünde pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu görülmektedir ($r=,25-.70$, $p<.001$). DKA'nın toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça, OİDE Bölüm 2B'nin ölçtüğü istem dışı deneyimlere dair kontrol stratejileri de artış göstermektedir. Buna göre, kullanılan kontrol stratejileri arttıkça, obsesif istem dışı deneyimlere yönelik kullanılan kontrol stratejileri de artış göstermektedir. Benzer şekilde, dikkat dağıtma, sosyal kontrol, endişe etme, kendini cezalandırma, yeniden değerlendirme stratejileri arttıkça, obsesif istem dışı deneyimlere yönelik kontrol stratejileri de artış göstermektedir.

OİDE Bölüm 2B'nin alt boyutlarından alınan puanlar ile DKA'nın toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu görülmektedir ($r=,15-.66$, $p<.05$). Diğer deyişle, DKA'nın toplam puanı ve tüm alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça, OİDE Bölüm 2B'nin ölçtüğü kaygı kontrol, düşünce kontrol ve dikkat dağıtma stratejileri de artış göstermektedir. Bir tek sosyal kontrol ile dikkat dağıtma alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir.

Tablo 17: OİDE Bölüm 2B, OİDE Bölüm 1 ve DKA için Pearson Korelasyon Katsayıları

	OİDE Bölüm2B Toplam	OİDE Kaygı kontrol	OİDE Düşünce kontrol	OİDE Dikkat dağıtma
OİDE Bölüm 1 Toplam	,34**	,23**	,32**	,27**
Tabu düşünceler	,01	-,05	,01	,06
Cinsel	,13*	,10	,14*	,13*
Simetri/sıralama	,30**	,18*	,26**	,17*
Kontrol etme	,46**	,38**	,45**	,32**
Bulaşma	,16*	,09	,11	,16*
Batıl düşünce	,16*	,13	,16*	,10
DKA Toplam	,70**	,63**	,66**	,41**
DD	,48**	,41**	,44**	,48**
EE	,35**	,23**	,38**	,22**
KC	,53**	,39**	,56**	,36**
YD	,59**	,60**	,57**	,28**
SK	,25**	,32**	,15*	,00

* p<0.05, ** p<0.001

Notlar: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri; DKA = Düşünce Kontrol Anketi. YD: Yeniden değerlendirme; KC: Kendini cezalandırma; SK: Sosyal kontrol; EE: Endişe etme; DD: Dikkati dağıtma.

Sonuç olarak, tüm korelasyonel ilişkiler değerlendirildiğinde OİDE'nin Bölüm 1 ile OKB semptomları, obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejileri toplam puanları ve özellikle ilişkili olmaları beklenen alt boyutları arasında; OİDE Bölüm 2A ile obsesif inançlar ve istem dışı deneyimler toplam puanları arasında; OİDE Bölüm 2B ile ise istem dışı deneyimler ve düşünce kontrol stratejileri arasında pozitif anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Tüm bu bulgular OİDE'nin eş zaman geçerliğini destekler niteliktedir.

2.2.7. Ölçüt Bağlantılı Geçerlik

OİDE'nin ölçüt geçerliği analizleri için ana örneklem grubunda yer alan düşük ve yüksek OKB semptom gruplarının OİDE ve ilişkili bazı değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla grup farkı analizleri yapılmıştır. Dolayısıyla, bu kısımda grup farkına ilişkin analiz sonuçları verilecektir.

İlk olarak OİDE'nin Türkçe Formunun ölçüt bağlantılı geçerliğini incelemek amacıyla katılımcılar OKE-GGF'den aldıkları puanlara göre düşük ve yüksek OKB semptomu sergileyenler olmak üzere iki ayrı uç gruba ayrılmışlardır. Buna göre öncelikle ölçümde alt alt %25'lik katılımcılar düşük semptom gösteren katılımcılar adlı gruba (ORT.=8,92, N=61), üst %25'lik katılımcılar ise yüksek semptom gösteren katılımcılar adlı gruba (ORT.=22,69, N=62) atanmıştır. OKB semptomlarındaki iki uç grubun farklılaşıp farklılaşmadığını görmek üzere başta OİDE Bölüm 1 toplam puanı ve ilgili alt boyutları (tabu düşünceler, cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma, batıl/büyüsel düşünce), OİDE Bölüm 2A toplam puanı ve ilgili alt boyutları (duygusal tepkiler, kontrol etmede zorluk ve işlevsiz inanışlar) ve OİDE Bölüm 2B toplam puanı ve ilgili alt boyutları (düşünce kontrol, kaygı kontrol ve dikkat dağıtma stratejileri), ardından OİA toplam puanı ve ilgili alt boyutları (sorumluluk, tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncenin kontrolü/önemi) ve DKA toplam puanı ve ilgili alt boyutları (dikkat dağıtma, sosyal kontrol, endişe etme, kendini cezalandırma, yeniden değerlendirme) puanları açısından karşılaştırılmışlardır. Karşılaştırma için ölçüm araçlarının toplam puanlarında bağımsız örneklem t-testi, alt boyutlarında ise MANOVA ve sonrasında ANOVA ile karşılaştırılmışlardır. Elde edilen bulgular toplu olarak Tablo 18'de verilmektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre düşük ve yüksek düzey OKB semptomu gruplarının OİDE Bölüm 1'den aldıkları toplam puanlar bakımından istatistiksel olarak birbirlerinden anlamlı olarak farklılaştıkları görülmektedir ($t(1, 121)=8,92$, $p<,001$). Bu bulguya göre, yüksek düzeyde OKB semptomu sergileyen katılımcılar, düşük düzeydekilerden daha yüksek düzeyde istem dışı düşünceler deneyimlediklerini bildirmektedirler. Ayrıca OİDE'nin ilgili alt boyutlarında (tabu düşünceler, cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma, batıl/büyüsel düşünce) yapılan MANOVA sonuçları tüm modelin anlamlı olduğunu göstermektedir (Wilks

Lambda=.46, $F(6,121)=21,98$). Takip eden ANOVA bulgularına göre yüksek düzeyde OKB semptomu sergileyen katılımcılar, düşük düzeydekilerden daha yüksek düzeyde tabu düşünceler, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaştırma ve batıl/büyüsel düşünce semptomları bildirmektedirler. Sadece cinsel alt boyutu için iki uç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Yapılan analizlere göre düşük ve yüksek düzey OKB semptomu gruplarının OİDE Bölüm 2A'dan aldıkları toplam puanlar açısından istatistiksel olarak birbirlerinden anlamlı olarak farklılaştıkları görülmektedir ($t(1, 121)=6,55$, $p<,001$). Ayrıca, OİDE Bölüm 2A'nın ilgili alt boyutlarında (duygusal tepkiler, kontrol etmede zorluk, işlevsiz inanışlar) yapılan MANOVA sonuçları tüm modelin anlamlı olduğunu göstermektedir (Wilks Lambda=.69, $F(3,121)=17,20$). Takip eden analiz bulgularına göre yüksek düzeyde OKB semptomu sergileyen katılımcılar, düşük düzeydekilere obsesif istem dışı düşünceye dair daha yüksek seviyede duygusal tepki, kontrol etmede zorluk ve işlevsiz inanışlar bildirmektedirler. Benzer şekilde yapılan analiz sonuçlarına göre düşük ve yüksek düzey OKB semptomu gruplarının OİDE Bölüm 2B'den aldıkları toplam puanlar bakımından istatistiksel olarak birbirlerinden anlamlı olarak farklılaştıkları görülmektedir ($t(1, 121)=8,76$, $p<,001$). Başka deyişle, yüksek düzeyde OKB semptomu gösteren katılımcılar, düşük düzeydekilere göre daha yüksek seviyede kontrol stratejileri kullandıklarını bildirmektedirler. Yanı sıra OİDE Bölüm 2B'nin ilgili alt boyutlarında (kaygı kontrol, düşünce kontrol ve dikkat dağıtma stratejileri) yapılan MANOVA sonuçları tüm modelin anlamlı olduğunu göstermektedir (Wilks Lambda=.62, $F(3,121)=24,28$). Takip eden analiz bulgularına göre yüksek düzeyde OKB semptomu gösteren katılımcılar, düşük düzeydekilere göre obsesif istem dışı düşünceye karşılık olarak kaygı kontrol, düşünce kontrol ve dikkat dağıtma stratejilerini daha çok kullandıklarını bildirmektedirler.

Sonuç olarak düşük ve yüksek OKB semptomu grupları için yapılan grup farkı analizlerine göre, yüksek semptom grupları düşük semptom gruplarına göre daha fazla genel olarak istem dışı düşünceler ve cinsel hariç tüm istem dışı düşünceler deneyimlediği; istem dışı düşüncelere yönelik duygusal tepkiler, kontrol etmede yaşanan zorluk ve işlevsiz inançlar göstermekte ve daha fazla düşünce kontrol stratejilerine daha fazla başvurumaktadırlar. Tüm bu bulguların OİDE'nin ölçüt bağlantılı geçerliğine katkıda bulunur nitelikte olduğu söylenilebilir.

Tablo 18: Düşük ve Yüksek OKE-GGF Gruplarının Değişkenler Üzerindeki Grup Farkı

Değişkenler	Düşük OKE-GGF Grubu Ort. (s.s.)	Yüksek OKE-GGF Grubu Ort. (s.s.)	Anlamlılık
OİDE Bölüm 1 Toplam	28,80 (14,666)	65,71 (29,015)	t (1, 121) 8,92** Wilks Lambda = ,46, F (6, 121) = 21,98**
Tabu düşünceler	8,33 (7,002)	12,37 (12,868)	F (1, 121) 4,66*
Cinsel	,67 (1,998)	1,11 (2,937)	F (1, 121) ,94
Simetri/sıralama	3,46 (3,617)	9,64 (5,154)	F (1, 121) 58,75**
Kontrol etme	8,11 (5,610)	22,52 (12,685)	F (1, 121) 65,93**
Bulaşma	6,87 (4,678)	14,75 (8,278)	F (1, 121) 41,95**
Batıl düşünce	1,36 (1,817)	5,71 (4,973)	F (1, 121) 41, 22**
OİDE Bölüm 2A Toplam	16,20 (7,888)	27,52 (11,032)	t (1, 121) 6,55** Wilks Lambda = ,69, F (3, 121) = 17,20**
Duygusal tepki	5,03 (3,256)	8,24 (3,920)	F (1, 121) 24,35**
Kontrol zorluk	4,16 (1,685)	5,73 (2,594)	F (1, 121) 15,62**
İşlevsiz inanışlar	7,00 (3,958)	13,55 (5,897)	F (1, 121) 52,11**
OİDE Bölüm 2B Toplam	12,00 (7,685)	31,47 (15,677)	t (1, 121) 8,76** Wilks Lambda = ,62, F (3, 121) = 24,28**
Kaygı kontrol	3,84 (3,362)	8,19 (5,362)	F (1, 121) 29,04**
Düşünce kontrol	2,85 (3,316)	12,00 (7,930)	F (1, 121) 69,24**
Dikkat dağıtma	2,03 (1,862)	4,26 (2,367)	F (1, 121) 33,50**
OİA Toplam	50,49 (14,204)	73,37 (22,572)	t (1, 121) 6,73** Wilks Lambda = ,67, F (4, 121) = 13,91**
SR	14,08 (6,331)	19,87 (7,829)	F (1, 121) 20,29**
TÖ	12,25 (3,940)	18,61 (7,032)	F (1, 121) 38,20**
M/K	15,00 (5,351)	20,08 (6,017)	F (1, 121) 24,45**
DK/Ö	9,16 (4,148)	15,05 (6,171)	F (1, 121) 38,21**
DKA Toplam	50,18 (7,704)	62,58 (9,842)	t (1, 121) 7,77** Wilks Lambda = ,62, F (5, 121) = 14,23**
DD	13,69 (3,170)	15,97 (3,539)	F (1, 121) 14,13**
SK	12,97 (2,793)	13,74 (3,548)	F (1, 121) 1,80

EE	7,46 (2,285)	9,92 (2,893)	F (1, 121) 27,34**
KC	6,93 (1,352)	9,74 (2,679)	F (1, 121) 53,55**
YD	9,13 (3,442)	13,21 (3,988)	F (1, 121) 36,81**

* p<0.05, ** p<0.001

Notlar: OKE-GGF = Obsesif Kompulsif Envanteri – Gözden Geçirilmiş Form; OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri; OİA-20 = Obsesif İnanışlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Form; DKA = Düşünce Kontrol Anketi. DK/Ö: Düşüncenin kontrolü/önemi; M/K: Mükemmeliyetçilik/kesinlik; TÖ: Tehdit öngörüsü; SR: Sorumluluk. YD: Yeniden değerlendirme; KC: Kendini cezalandırma; SK: Sosyal kontrol; EE: Endişe etme; DD: Dikkati dağıtma.

2.2.8. Postpartum Grupla İlgili Analiz Sonuçları

Bu çalışmada literatürde postpartum döneme özgü OKB varlığına işaret eden bulgulara dayanarak OİDE'nin geçerliğini değerlendirmek için ayrıca postpartum annelerden elde edilen veriler de ele alınmış; bu amaçla postpartum grupta OİDE ile OKB semptomları, obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejileri arasındaki korelasyonel ilişkiler ve ek olarak postpartum grubun kontrol grubu ile karşılaştırılması amacıyla analizler yapılmıştır.

Öncelikle postpartum grupta OKB semptomları ve ilişkili değişkenlere yönelik bulguları incelemek ve OİDE'nin eş zaman geçerliğine katkıda bulunmak amacıyla, OİDE Bölüm 1'in toplam puan ve ilgili alt boyutları, OKE-GGF'nin toplam puan ve ilgili alt boyutları, OİA toplam puan ve ilgili alt boyutları ve DKA toplam puan ve ilgili alt boyutları arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Söz konusu Pearson korelasyon katsayıları, Tablo 19'da verilmektedir.

OİDE Bölüm 1'den alınan toplam puanlar ile OKE-GGF'den alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, genel anlamda pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu görülmektedir ($r=,41-.69$, $p<.001$). İlk olarak, en yüksek korelasyonun OİDE toplam ile OKE-GGF toplamı puanı arasında olması, postpartum annelerin OKB semptomları arttıkça istem dışı deneyimlerinin de arttığına işaret etmektedir. Diğer yandan, OİDE'nin alt boyutlarına bakıldığında ise cinsellik hariç diğer alt boyutlarda alınan puanlar arttıkça OKB semptomlarında da artış olduğu gözlenmektedir. OİDE Bölüm 1'in alt boyutlarından

alınan toplam puanlar ile OKE-GGF arasındaki korelasyonel ilişkilere bakıldığında, birbirleri ile ilişkili olmaları ve örtüşmeler bakımından öne çıkan alt boyutlar arasında pozitif pek çok anlamlı korelasyonların bulunduğu söylenilebilmektedir ($r=,42-.64$, $p<.001$). Bu korelasyonlara değinmek gerekirse, tabu düşünceler alt boyutu ile zihinsel nötrleştirme arasında ($r=,46$, $p<.001$); simetri/sıralama alt boyutu ile düzen alt boyutu arasında ($r=,62$, $p<.001$); şüphe/hata/kontrol etme alt boyutu ile kontrol etme, obsesyonlar ve biriktirme alt boyutu arasında ($r=,42-.50$, $p<.001$); bulaşma ile temizlik alt boyutu arasında ($r=,55$, $p<.001$); ve batıl/büyüsel düşünce ile zihinsel nötrleştirme arasında ($r=,64$, $p<.001$) pozitif yönde anlamlı korelasyonlar bulunmaktadır. Buna göre simetri/sıralama arttıkça düzen; kontrol etme arttıkça obsesyonlar, biriktirme ve kontrol etme; bulaşma arttıkça ise temizlik ve batıl/büyüsel düşünce arttıkça zihinsel nötrleştirme artıyor gibi görülmektedir.

OİDE Bölüm 1'den alınan toplam puanlar ile OİA'den alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, sorumluluk alt boyutu hariç tümünde pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu görülmektedir ($r=,55-.59$, $p<.001$). Diğer deyişle, OİDE'de artış oldukça, OİA'da sorumluluk hariç tüm alt boyutlar artmaktadır; yani postpartum annelerin obsesif inanış alanları arttıkça, istem dışı deneyimleri de artmaktadır. Son olarak, OİDE Bölüm 1'den alınan toplam puanlar ile DKA'dan alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, istem dışı deneyimler ile ve özellikle tabu düşünceler, şüphe/hata/kontrol etme ve simetri ile kendini cezalandırma alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu görülmektedir ($r=,28-.60$ $p<.001$). Buna göre, postpartum annelerde istem dışı deneyimler ve özellikle tabu düşünceler, şüphe/hata/kontrol etme ve simetri arttıkça kendini cezalandırma stratejilerinin kullanımı da artış göstermektedir.

Tablo 19: Postpartum Grupta OİDE Bölüm 1 ve OKE-GGF, OİA-20 ve DKA için Pearson Korelasyon Katsayıları

	OİDE Toplam	OİDE Tabu düşünce ler	OİDE Cinsel	OİDE Simetri/ sıralama	OİDE Şüphe/ hata/ kontrol etme	OİDE Bulaşma Batıl/ büyüsel düşünce	OİDE
OKE-GGF Toplam	,69**	,46**	-,16	,40**	,48**	,60**	,41**
TM	,24	,14	-,26	-,17	,26	,55**	-,07
KO	,45**	,21	-,42**	,28**	,46**	,46**	,27
OB	,58**	,42**	-,09	,23	,50**	,47**	,24
ZN	,65**	,46**	,15	,54**	,30*	,37**	,64**
DÜ	,46**	,37**	,09	,62**	,09	,23	,36**
BR	,41**	,26	-,17	,19	,42**	,24	,31*
OİA Toplam	,56**	,26	-,04	,42**	,37**	,37**	,78**
SR	,22	-,05	-,14	,28*	,20	,17	,58**
TÖ	,59**	,31*	,12	,48**	,25	,45**	,79**
M/K	,55**	,41**	,09	,42**	,34**	,18	,57**
DK/Ö	,58**	,29**	-,27	,20	,54**	,49**	,62**
DKA Toplam	,35	-,09	-,08	,23	,42**	,30*	,29*
SK	-,01	-,33*	-,31*	,17	,14	,23	,22
DD	,00	-,12	,25	,11	-,09	,05	,28*
EE	,23	,10	-,12	,06	,24	,23	,23
KC	,60**	,53**	,06	,28*	,52**	,22	,24
YD	,27	,22	-,02	,09	,40**	,10	-,08

* p<0.05, ** p<0.001.

Notlar: OKE-GGF = Obsesif Kompulsif Envanteri – Gözden Geçirilmiş Form; OİA-20 = Obsesif İnanışlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Form; DKA = Düşünce Kontrol Anketi; OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri. TM: Temizlik; KO: Kontrol; OB: Obsesyonlar; ZN: Zihinsel nötrleştirme; DÜ: Düzen; BR: Biriktirme. DK/Ö: Düşüncenin kontrolü/önemi; M/K: Mükemmeliyetçilik/kesinlik; TÖ: Tehdit öngörüsü; SR: Sorumluluk. YD: Yeniden

değerlendirme; KC: Kendini cezalandırma; SK: Sosyal kontrol; EE: Endişe etme; DD: Dikkati dağıtma.

OİDE'nin eş zaman geçerliğini incelemek amacıyla ayrıca OİDE'nin diğer iki kısmıyla ilgili değerlendirmeler yapılmıştır. OİDE Bölüm 2A'nın toplam puan ve alt boyutları (duygusal tepkiler, kontrol etmede zorluk, işlevsiz inanışlar) ile aynı envanterdeki Bölüm 1 toplam puan ve ilgili alt boyutları ve OİA toplam puan ve ilgili alt boyutları (sorumluluk, tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncenin kontrolü/önemi) arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. OİDE Bölüm 2A'nın OİDE Bölüm 1 ve OİA ile gösterdiği Pearson korelasyon katsayıları, Tablo 20'de verilmektedir.

OİDE Bölüm 2A'dan alınan toplam puanlar ile OİDE Bölüm 1 toplam puan ve alt boyutlardan alınan puanlar arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, genel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu görülmektedir ($r=,27-.50$, $p<.001$). Diğer deyişle, OİDE'nin toplam puanı ve alt boyutları olan simetri/sıralama, bulaşma ve batıl/büyüsel düşünce alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça, OİDE Bölüm 2A'dan alınan puanlar da artış göstermektedir. Yanı sıra, OİDE Bölüm 2A'nın işlevsiz inanışlar alt boyutu ile OİA'nın toplam ve alt boyutları arasında genel anlamda pozitif yönde anlamlı korelasyonların olduğu görülmektedir ($r=,42-.51$, $p<.001$). Özellikle OİDE Bölüm 2A'dan alınan toplam puanlar arttıkça OKB'ye özgü işlevsiz inanışlarda da (işlevsiz inanışlar ve kontrol etmede zorluk ile mükemmeliyetçilik/kesinlik hariç) artış görülmektedir.

Tablo 20: Postpartum Grupta OİDE Bölüm 2A, OİDE Bölüm 1 ve OİA için Pearson Korelasyon Katsayıları

	OİDE Bölüm2A Toplam	OİDE Duygusal tepkiler	OİDE Kontrol etmede zorluk	OİDE İşlevsiz inanışlar
OİDE Bölüm 1 Toplam	,35*	,43**	,25	,26
Tabu düşünceler	.06	,20	,04	-,04
Cinsel	-,13	-,08	-,05	-,16

Simetri/sıralama	,27*	,37**	,18	,19
Kontrol etme	,20	,26	,08	,17
Bulaşma	,50**	,42**	,43**	,49**
Batıl düşünce	,45**	,39**	,36**	,45**
OİA Toplam	,55**	,55**	,39**	,49**
SR	,47**	,49**	,32*	,42**
TÖ	,52**	,48**	,41**	,49**
M/K	,29*	,38**	,18	,20
DK/Ö	,53**	,49**	,39**	,51**

* p<0.05, ** p<0.001

Notlar: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri; OİA-20 = Obsesif İnanışlar Anketi-Gözden Geçirilmiş Form. DK/Ö: Düşüncenin kontrolü/önemi; M/K: Mükemmeliyetçilik/kesinlik; TÖ: Tehdit öngörüsü; SR: Sorumluluk.

OİDE eş zaman geçerliğini incelemek amacıyla, ayrıca OİDE Bölüm 2B'nin toplam puan ve alt boyutları (kaygı kontrol, düşünce kontrol ve dikkat dağıtma) ile OİDE Bölüm 1 toplam puan ve ilgili alt boyutları ve özellikle bu kısım ile yakından ilişkili olan DKA toplam puan ve ilgili alt boyutları (dikkat dağıtma, sosyal kontrol, endişe etme, kendini cezalandırma, yeniden değerlendirme) arasındaki korelasyonel ilişkilere bakılmıştır. OİDE Bölüm 2B toplam ve alt boyutlarının DKA toplam ve alt boyutları ile gösterdiği Pearson korelasyon katsayıları, Tablo 21'de verilmektedir.

OİDE Bölüm 2B'den alınan toplam puanlar ile OİDE Bölüm 1'den alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, genel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyonların bulunduğu görülmektedir ($r=,32$ -, 58 , $p<.05$). İlave olarak OİDE Bölüm 1'in özellikle tabu düşünceler ve şüphe/hata/kontrol etme alt boyutları ile kontrol stratejilerini değerlendiren OİDE Bölüm 2B'den alınan puanlar arasında daha belirgin korelasyonel ilişkiler olduğu da söylenilebilir ($r=,29$ -, 44 , $p<.05$). Buna göre bu boyutlardaki obsesif istem dışı düşünceler arttıkça, obsesif istem dışı deneyimlere yönelik düşünce kontrol stratejileri de artmaktadır. Son olarak, OİDE Bölüm 2B'den alınan toplam puanlar ile DKA'dan alınan toplam ve alt boyutların puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayılarına bakıldığında, özellikle endişe etme ile OİDE Bölüm 2B'nin tüm alt boyutlarının ($r=,29$ -, 53 , $p<.001$) ve toplam düşünce kontrol stratejileri ile dikkat dağıtma ($r=,40$ -

,47, $p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonların olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, postpartum annelerde kullanılan toplam kontrol stratejileri arttıkça, dikkat dağıtma ve endişe etme stratejileri de artış göstermektedir.

Tablo 21: Postpartum Grupta OİDE Bölüm 2B, OİDE Bölüm 1 ve DKA için Pearson Korelasyon Katsayıları

	OİDE Bölüm2B Toplam	OİDE Kaygı kontrol	OİDE Düşünce kontrol	OİDE Dikkat dağıtma
OİDE Bölüm 1 Toplam	,58**	,44**	,48**	,49**
Tabu düşünceler	,41**	,31*	,38**	,29*
Cinsel	,16	,29*	,13	,01
Simetri/sıralama	,44**	,25	,26	,24
Kontrol etme	,44**	,43**	,41**	,44**
Bulaşma	,31	,17	,20	,36*
Batıl düşünce	,32*	,15	,19	,35*
DKA Toplam	,53**	,42**	,49**	,17
YD	,29*	,18	,21	,01
KC	,18	,18	,15	-,00
SK	,12	,11	,15	,15
EE	,47**	,30*	,40**	,28*
DD	,45**	,40**	,47**	,09

* $p<0.05$, ** $p<0.001$

Notlar: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri; DKA = Düşünce Kontrol Anketi. YD: Yeniden değerlendirme; KC: Kendini cezalandırma; SK: Sosyal kontrol; EE: Endişe etme; DD: Dikkati dağıtma.

Postpartum ve kontrol gruplarının OİDE toplam ve alt boyutlarının puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek ve OİDE'nin ölçüt geçerliğine ek olarak katkıda bulunmak amacıyla grup farkı analizi yapıldığını söylemek gerekir. Postpartum ile kontrol gruplarının obsesif istem dışı deneyimler ile ilişkili olan

değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını görebilmek adına OİDE toplam puanı ve ilgili alt boyutlar (saldırganlık/dini/ahlak dışı, cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma, batıl/büyüsel düşünce), OİDE Bölüm 2A toplam puanı ve ilgili alt boyutları (duygusal tepkiler, kontrol etmede zorluk, işlevsiz inanışlar) ve OİDE Bölüm 2B toplam puanı ve ilgili alt boyutlarından (kaygı kontrol, düşünce kontrol ve dikkat dağıtma stratejileri) aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmışlardır. Buna göre, ölçeklerin toplam puanlarında bağımsız örneklem t-testi, alt boyutlarında ise MANOVA ve sonrasında ANOVA ile karşılaştırılmışlardır. Elde edilen bulgular Tablo 22’te verilmektedir.

Yapılan bağımsız örneklem t-testi analizine göre postpartum ve kontrol gruplarının OİDE Bölüm 1’den aldıkları toplam puanlar bakımından birbirlerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştıkları görülmektedir ($t(1, 98)=2,32$, $p<,05$). Buna göre, postpartum dönemde olan anneler, postpartum dönemde olmayan annelere göre daha yüksek seviyede obsesif istem dışı deneyimler bildirmiştir. Ayrıca, OİDE Bölüm 1’in ilgili alt boyutlarında (tabu düşünceler, cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma, batıl/büyüsel düşünce) yapılan MANOVA sonuçları tüm modelin anlamlı olduğunu göstermektedir (Wilks Lambda=,84, $F(6,98)=2,82$). Takip eden ANOVA bulgularına göre postpartum anneler, postpartum olmayan annelere kıyasla daha yüksek seviyede bulaşma ve tabu düşünceler temalı obsesif istem dışı düşünceler deneyimlediklerini rapor etmişlerdir.

Yanı sıra yapılan bağımsız örneklem t-testi analizine göre postpartum ve kontrol gruplarının OİDE Bölüm 2A’dan aldıkları toplam puanlar bakımından birbirlerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştıkları görülmektedir ($t(1, 96)=4,24$, $p<,001$). Ayrıca, OİDE Bölüm 2A’nın ilgili alt boyutlarında (duygusal tepkiler, kontrol etmede zorluk ve işlevsiz inanışlar) yapılan MANOVA sonuçları tüm modelin anlamlı olduğunu göstermektedir (Wilks Lambda=,84, $F(6,98)=2,82$). Takip eden ANOVA bulgularına göre postpartum anneler, postpartum olmayan annelere göre obsesif istem dışı düşüncelere karşılık olarak daha yüksek seviyede duygusal tepkiler deneyimlediklerini, kontrol etmede zorluk yaşadıklarını ve işlevsiz inanışlara sahip olduklarını bildirmektedirler.

Sonuç olarak, öncelikle postpartum dönemde olan annelerden elde edilen veriler ile tüm korelasyonel ilişkiler değerlendirildiğinde, OİDE’nin Bölüm 1 ile OKB

semptomları, obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejileri toplam puanları ve özellikle ilişkili olmaları beklenen alt boyutları arasında; OİDE Bölüm 2A ile obsesif inançlar ve istem dışı deneyimler toplam puanları arasında; OİDE Bölüm 2B ile ise istem dışı deneyimler ve düşünce kontrol stratejileri arasında pozitif anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Sonra postpartum ile kontrol grupları karşılaştırıldığında postpartum dönemde olan annelerin postpartum dönemde olmayan annelere göre daha fazla genel olarak istem dışı düşünceler ve tabu ve bulaşma temalı istem dışı düşünceler deneyimledikleri; istem dışı düşüncelere yönelik duygusal tepkiler, kontrol etmede yaşanan zorluk ve işlevsiz inançlar gösterdikleri ve düşünce kontrol stratejilerine daha fazla başvurdukları söylenebilmektedir. Tüm bu bulgular OİDE'nin eş zaman geçerliğini postpartum grupta da destekler niteliktedir.

Tablo 22: Postpartum ve Kontrol Gruplarının Değişkenler Üzerindeki Grup Farkı

Değişkenler	Postpartum Ort. (s.s.)	Kontrol Grubu Ort. (s.s.)	Anlamlılık
OİDE Bölüm 1 Toplam	53,02 (25,875)	41,98 (20,707)	t (1, 96) 2,32* Wilks Lambda = ,84, F (6, 96) = 2,82*
Tabu düşünceler	13,32 (13,261)	8,04 (9,482)	(1, 96) 5,10*
Cinsel	,68 (1,932)	,56 (1,700)	(1, 96) ,10
Simetri/sıralama	6,52 (4,713)	6,40 (5,580)	(1, 96) ,01
Kontrol etme	15,18 (8,623)	15,02 (8,831)	(1, 96) ,00
Bulaşma	13,70 (6,952)	9,52 (5,845)	(1, 96) 10,33*
Batıl düşünce	3,62 (4,080)	2,44 (2,996)	(1, 96) 2, 65
OİDE Bölüm 2A Toplam	26,66 (11,415)	17,56 (9,719)	t (1, 96) 4,24** Wilks Lambda = ,84, F (3, 96) = 5,87**
Duygusal tepki	8,30 (4,372)	5,21 (3,632)	F (1, 96) 14,43**
Kontrol zorluk	5,54 (1,940)	4,25 (2,058)	F (1, 96) 10,20*
İşlevsiz inanışlar	12,82 (6,187)	8,10 (5,360)	F (1, 96) 16,20**
OİDE Bölüm 2B Toplam	13,62 (9,751)	24,104 (14,842)	t (1, 96) 4,14** Wilks Lambda = ,80, F (3, 96) = 7,58**
Kaygı kontrol	2,76 (3,583)	7,00 (5,073)	F (1, 96) 22,98**

Düşünce kontrol	3,40 (4,607)	7,70 (6,490)	F (1, 96) 14,45**
Dikkat dağıtma	2,40 (2,249)	3,39 (2,141)	F (1, 96) 5,03*

* $p<0.05$, ** $p<0.001$.

Not: OİDE = Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında, obsesif istem dışı deneyimleri ve bu deneyimlere karşılık olarak gerçekleştirilen değerlendirmeler ve kontrol stratejilerini incelemeyi amaçlayan kapsamlı bir ölçüm aracı olan Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri'nin (OİDE) öncelikle Türkçeye uyarlanarak Türk yetişkin örnekleminde psikometrik özelliklerinin incelenmesi ve yetişkin örnekleminde obsesif istem dışı deneyimlerin araştırılması ve ardından bu deneyimlerin postpartum grubunda incelenmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda yapılan çalışmada, istem dışı düşünce, imge veya dürtüleri ve bunlardan kişi için en rahatsız edici olan istem dışı deneyime yönelik değerlendirme ve kontrol stratejilerini belirlemeyi amaçlayan OİDE önce Türkçe'ye uyarlanmış, Türkçe formunun yetişkin örnekleminde geçerlik ve güvenirliği sınanmıştır. Bu kısımda araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışılacaktır.

4.1. OİDE'NİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

OİDE, istem dışı deneyimleri ve bunlara yönelik değerlendirme ve kontrol stratejilerini incelemektedir (Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 475). Ölçek üç bölümden oluşmaktadır: farklı istem dışı düşünceler, dürtüler ve imgelerin sıklığının ölçüldüğü 7'li derecelendirmeye dayanan 48 maddelik birinci bölüm; son 3 ay boyunca deneyimledikleri en çok rahatsızlık veren istem dışı deneyimine yönelik (1) duygusal tepkiler, (2) kontrol etmede zorluk ve bastırma ve (3) işlevsiz değerlendirmelerin sorgulandığı ikinci bölüm; en çok rahatsızlık veren istem dışı deneyimine karşılık olarak geliştirilen 17 farklı kontrol stratejisinin sıklığının değerlendirildiği üçüncü bölüm. Envanterin orijinal yapısında Bölüm 1, 6 alt boyuttan oluşmaktadır; bunlar saldırganlık, cinsel/dinsel/ahlak dışılık, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol, etme bulaşma ve batıl/büyüsel düşünce. İkinci Bölüm A kısmı 3 alt boyuttan oluşmaktadır; bunlar duygusal tepkiler, kontrol etmede zorluk, işlevsiz inançlar. Son olarak kinci Bölüm B kısmı ise 3 bölümden oluşmaktadır: kaygı kontrol stratejileri, düşünce kontrol stratejileri ve dikkati dağıtma stratejileri. Diğer yandan envanterin özellikle ilk

kısmı için yapı geçerliği sınanmış ve ikinci bölümdeki A ve B kısımları istem dışı deneyimlerden sonra ortaya çıkan duygu, düşünce ve davranış değişkenleri ile ilgili olması nedeniyle genel anlamda betimsel bilgiler sağlamaları ve ilk bölüme destekleyici nitelikte olmaları sebebiyle genel bir değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Garcia-Soriano ve diğ. (2011: 475) tarafından 55 klinik ve 734 klinik olmayan yetişkin katılımcıyla yapılan çalışma ile OİDE'nin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışma kapsamında Türkçe OİDE'nin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla ilk olarak Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmış; tatminkar sonuçlar elde edilemeyince ise Açımlayıcı Faktör Analizi gerçekleştirilmiştir. OİDE'nin yapı geçerliği için ilk olarak orijinal faktör yapısı ve madde dağılımına göre orijinal yapıya uygun olan Model 1'in Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Orijinal ölçekteki 6 faktörlü yapı ve bu faktörlere ait olan soru dağılımı gözetilerek yapılan ilk Doğrulayıcı Faktör Analizi sonuçlarında, Model 1'in faktör yüklerinin ve uyum değerlerinin kabul edilebilir sınırlar dışında olduğu görülmüştür. OİDE'nin orijinal formunun faktör yapısı ve madde dağılımının, Türkçe formda iyi uyum istatistiğine sahip olmaması gerekçesiyle, tüm katılımcılardan oluşan grupta Temel Bileşenler Analizi (Principle Component Analysis) ve eksen döndürme olarak Varimaks dönüştürmesi kullanılarak Açımlayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. OİDE'nin orijinal formunun 6 faktörlü yapıda (saldırganlık, cinsel/dinsel/ahlak dışılık, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma, simetri/sıralama, batıl/büyüsel düşünce) olması nedeniyle, Açımlayıcı Faktör Analizi 6 faktörlü yapı ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz bulgularına göre ölçeğin Türkçe uyarlamasının 6'lı faktör yapısına zorlandığında şu dağılıma sahip olduğu belirlenmiştir: Saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık (Faktör 1), Cinsel (Faktör 2), Simetri/sıralama (Faktör 3), Şüphe/hata/kontrol etme (Faktör 4), Bulaşma (Faktör 5) ve Batıl/büyüsel düşünce (Faktör 6). Ancak bu çalışmada orijinale benzer şekilde 6'lı bir yapı ortaya konulsa bile maddelerin orijinal yapıya uygun dağılmadığı görülmüştür. Yapılan Açımlayıcı Faktör Analizi sonuçları incelendiğinde, ölçeğin orijinal formu ile aynı faktör sayısına sahip olduğu, ancak birinci ve beşinci faktörlerde farklı madde dağılımlarının olduğu görülmektedir. Buna göre, ölçeğin farklı madde dağılımları olan faktörleri için o faktörde bulunan maddelerin temsil ettikleri obsesif istem dışı deneyimlere dair temalara göre yeniden adlandırmalar gerçekleştirilmiştir.

Maddelerin birinci faktördeki dağılımına bakıldığında, ölçeğin orijinal formunda “saldırganlık” olarak adlandırılan alt boyutundaki maddelere, “cinsel/dinsel/ahlak dışılık” olarak adlandırılan alt boyuttaki dinsel ve ahlak dışılık temaları temsil eden maddelerin eklendiği görülmektedir. Bu bağlamda birinci faktörde, orijinal çalışmadaki tabu düşünceler temalı maddeler yer almaktadır. Açımlayıcı faktör analizi bulgularına ek olarak, maddelerin bulunduğu alt boyut açısından orijinal yapı temel alındığında iç tutarlılık katsayısında düşme olduğu ve Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda elde edilen 6’lı yeni yapıda içsel tutarlık değerleri iyi olduğu için bu yapının kabul edilmesine karar verilmiştir. Nihayetinde orijinal faktörden farklı olarak bu ilk faktöre tabu düşünceler (saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık) adı verilmiştir. Öte yandan, cinsel temaları temsil eden maddeler tek bir faktör altında toplanmışlardır. Envanterin orijinal formunda adlandırılışları ve cinsel temaları temsil eden maddelerden oluşmaları göz önüne alınarak bu faktör “cinsel istem dışı deneyimler” olarak adlandırılmıştır. Diğer alt boyutlar ise orijinali ile benzer dağılımları sebebiyle değişikliğe uğramamışlardır.

Bu kararın ardından Açımlayıcı Faktör Analizi bulgularına dayanarak oluşturulan Model 2, LISREL programıyla yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi ile test edilmiştir. Model 2’nin Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucundaki uyum değerleri incelendiğinde, hesaplanan değerlerin kabul edilebilir sınırların dışında olduğu görülmektedir. Model uyumunu iyileştirmek için önerilen modifikasyonlarla kabul edilebilir uyum değerlerine sahip olduğu görülmüştür. Orijinal çalışmaya bakıldığında, Doğrulayıcı Faktör Analizi ile sınanan orijinal modelin uyum iyiliği değerlerinin benzer şekilde kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer aldığı görülmektedir. Sonuç olarak, her ne kadar son zamanlarda literatürde faktör yapıları için iki ayrı örneklem grubunun kullanılması tercih edilse bile, bu çalışmada ön değerlendirme kapsamında görülebilecek şekilde OİDE’nin faktör yapısının önce Doğrulayıcı Faktör Analizi ve sonra Açımlayıcı Faktör Analizi ile değerlendirildiği ve kabul edilebilir model uyumunun sağlandığı belirtilebilir. Yapı geçerliğe dair yapılan analizlerin sonuçları, OİDE’nin geçerli bir ölçek olduğuna ilişkin hipotezi desteklemektedir. OİDE ile yapılan diğer çalışmalar ve bunların sonuçları (örn., Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 475; Garcia-Soriano ve Belloch, 2013a: 130) OİDE’nin 6 faktörünün geçerli bir yapı olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada da öncelikle diğerlerinde elde edildiği

gibi 6'lı yapının bizim kültürümüzde de geçerli olduğu gösterilmiştir. Öte yandan, orijinal yapı ile farklılaşan bazı yönler de mevcuttur. Bunlardan ilki orijinalde 6'lı yapıda saldırganlık ayrı bir faktör iken bu çalışmada ahlak ve din boyutu ile birleşerek tabu düşünceler olarak adlandırılan boyutu oluşturmakta ve daha önemlisi cinsel istem dışı deneyimler orijinalden farklı olarak tabu düşüncelerden ayrı bir faktör olarak ayrılmaktadır. Bu durum ülkemiz kültüründe cinsellik temalı OKB belirtilerinin diğerlerine kıyasla daha fazla damgalamaya uğradığını gösteren çalışma bulguları (örn., Durna ve diğ., 2019: 560) göz önüne alındığında kültüre özgü durumu akla getirmektedir. Diğer bir deyişle, bu çalışmada da cinsellik temalı istem dışı deneyimlerin diğer türdeki istem dışı deneyimlerden daha bağımsız bir yere sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca her ne kadar orijinal çalışmada saldırganlık alt boyutunda yer alsalar da bu çalışmada 1 ve 2 numaralı maddeler ("*Birine çarpmak (yaya, hayvanlar gibi) ya da bir trafik kazasına yol açmak*"; "*Bir şeye çarpmak (bir dükkan vitrinine, ağaca, direğe vb.)*") şüphe/hata/kontrol etme alt boyutuna dahil olmuşlardır. Bu bağlamda bu çalışmanın örneklemini için bu maddelerin, içten gelen bir saldırganlık dürtüsünü ifade etmek yerine hata ya da yanlış yapmaya yönelik şüphe veya tedbirsizlik dolayısıyla verilebilecek bir zarar olasılığı ve bunlara karşılık kontrol etme şeklinde algılanmış olabileceği düşünülmektedir. Yine de bu gibi noktaların gelecekteki çalışmalarda daha ayrıntılı şekilde ele alınması faydalı olacağı öngörülmektedir.

Ayrıca OİDE'nin Türkçe formunun güvenirlik katsayılarını kontrol etmek amacıyla OİDE Bölüm 1, Bölüm 2A ve Bölüm 2B'nin toplam ve alt boyutlarının iç tutarlıklarına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda OİDE'nin Türkçe formu için OİDE Bölüm 1, Bölüm 2A ve Bölüm 2B'nin toplam ve alt boyutlarının güvenirlik değerlerinin ,70'in üzerinde olduğu görülmüştür. Sonuç olarak yapılan analizlerin bulgularına göre OİDE'nin güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenilebilir.

Eş zaman geçerliği değerlendirmek amacıyla, öncelikle OİDE Bölüm 1'in sonrasında ise Bölüm 2A ve 2B'nin ilgili değişkenler arası ilişkileri korelasyon analizleri ile incelenmiştir. Diğer deyişle, obsesif semptomlar, obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejileri ile OİDE'nin ölçtüğü istem dışı deneyimler ve özellikle OKB semptom türleri ile örtüşen alt boyutlar (örn., tabu düşünceler ve cinsel ile

obsesyonlar ve zihinsel nötrleştirme; simetri/sıralama ile düzen; kontrol etme ile kontrol etme, düzen ve biriktirme; ve bulaşma ile temizlik gibi) başta olmak üzere alt boyutlar arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar olduğu görülmektedir. Bu bulgular da orijinal çalışmada (Garcia-Soraino ve diğ., 2011: 475) olduğu gibi Türkçe OİDE'nin eş zaman geçerliliğine işaret etmektedir.

Bilişsel davranışçı modeller OKB'nin tehdit ve sorumluluk hakkındaki işlevsiz inançlar, düşüncelerin önemi ve onları kontrol etme isteği ve mükemmeliyetçilik ve kesinlik ihtiyaçlarından kaynaklandığını öne sürmektedir (örn., Rachman, 1998: 385; Salkovskis, 1999: 32). Bu çalışmanın bulgularına göre, genel olarak istem dışı deneyimler arttıkça sorumluluk, tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik ve düşüncenin kontrolü/önemi inançlarında artış olmaktadır. Dolayısıyla, literatürde OKB'ye yönelik bir eğilim oluşturan inanç alanlarında yüksek puana sahip bireylerin, istem dışı düşünceleri daha çok yanlış yorumlama eğilimi olduğu (Freeston ve diğ., 1996: 435) düşünüldüğünde, bu çalışmada istem dışı düşünceler arttıkça obsesif inançların da artması şaşırtıcı bir sonuç değildir. Diğer yandan, alt boyutlara ilişkin bulgulara bakıldığında genel olarak obsesif inançlar ve tehdit öngörüsü ve mükemmeliyetçilik/kesinlik inançları arttıkça tabu düşünceler, cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma ve batıl/büyüsel düşünce temalı istem dışı deneyimler de artmaktadır. Literatür incelendiğinde, mükemmeliyetçiliğin simetri/sıralama, şüphe/hata ve kontrol kompulsiyonları ile ilişkili olduğu görülmektedir (Julien ve diğ., 2006: 1213). Fakat, mükemmeliyetçiliğe yönelik olarak Wells'in (1997) mükemmeliyetçiliğin kompulsiyonlar hakkındaki inançlar veya kompulsiyonları durdurmak için ölçütler gibi durumları belirleyen daha geniş bir inanç alanı (aktaran: Myers, Fisher ve Wells, 2009: 437) ve Coles ve diğ.'nin (2003: 689) kişilerin doğru hissedene kadar kompulsif ritüellerini gerçekleştirmeye devam ettiği duyusal bir mükemmeliyetçilik şeklindeki yaklaşımları göz önüne alındığında, önceki çalışmalarda belirli tür obsesyonlar ile bazı obsesif inançların daha yakından ilişkili olduğu belirtilse bile, bu konuda kesin ve net bir bulgu olmadığını söylemek gerekir. Bu bilgiler ışığında, bu çalışmada öne çıkan mükemmeliyetçilik/kesinlik inancının, deneyimlenen her türde obsesyon için tepki niteliğinde gerçekleştirilen kompulsiyonların mükemmelliği ve sonuçlarının kesinliği şeklinde eşlik edebileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde abartılı tehdit öngörüsü de tüm semptom türleri ile

ilişkili bulunmuştur. Öte yandan araştırmalar saldırganlık, şüphe/hata/kontrol ve bulaşma obsesyonları olan bireylerin tehdit öngörüsü ve zarar vermeye yönelik yüksek sorumluluk inançları gösterdiğini bildirseler bile (McKay ve diğ., 2004: 297), abartılı tehdit algısının tüm obsesyon ve kompulsiyonlar ile ilişkili olduğu ve daha çok genel bir psikopatolojinin göstergesi olabileceği ve farklı kaygı bozukluklarında da etkili olduğu da bildirilmektedir (Sookman ve Pinard, 2002: 76; Tolin ve diğ., 2003: 666). Farklı literatür bulguları olduğu göz önüne alındığına, bu çalışmada tehdit öngörüsü ve mükemmeliyetçilik/kesinlik inanç alanlarının tüm semptom türleri ile ilişkili bulunması alanyazınla uyumlu görülmektedir. Literatür ile uyumlu bilgilerin yanı sıra, bazı tutarsız bulgular da göze çarpmaktadır. Alanyazında tabu düşüncelerin (saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık) sorumluluk ve düşüncenin kontrolü/önemi inançları ile ilişkili olduğu gösterilse bile (Julien ve diğ., 2006: 1213; Tolin ve diğ., 2008: 38), bu çalışmanın bulgularında bu sonuca ulaşılammıştır. Bu sonuçlara neden olabilecek literatür bulguları incelendiğinde, tabu temalı obsesyonlarının otojen-reaktif ayrımında (Lee ve Kwon, 2003: 12) tehdit odağının düşüncenin kendisi olması bakımından otojen obsesyonlara dahil olduğu ve bu nedenle dış tehdiye yönelik bir önleme teşebbüsünün olmadığı görülmekte; tabu düşünceler ile sorumluluk inancı arasında anlamlı bir ilişki olmamasının bununla açıklanabileceği düşünülmektedir. Öte yandan düşüncenin kontrolü/önemi ile tabu düşünceler arasında bir ilişkinin olmaması sonucuna literatür ile uyumlu bir açıklama getirilemese bile, bu çalışmada klinik örneklemle çalışılmaması bir sonuca varmak için erken olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle klinik örneklemde ilgili değişkenleri birlikte değerlendirecek çalışmaların yapılması ile daha kapsamlı bilgiler elde edileceği düşünülmektedir.

Bilişsel davranışçı modellere göre obsesyonlara karşılık olarak nötrleştirme ve düşünce kontrol stratejilerine başvurulmaktadır; burada amaç istem dışı düşüncelerin yarattığı rahatsızlık ile baş edebilmektir (Amir, Cashman ve Foa, 1997: 777; Ladouceur ve diğ., 2000: 185). Dolayısıyla, bu çalışmada genel dağılım olarak istem dışı deneyimler arttıkça düşünce kontrol stratejilerinin arttığı bulgusu literatür ile uyumlu görülmektedir. Alanyazın incelendiğinde, klinik olan ve olmayan örneklemelerin karşılaştırıldığı araştırmalarda klinik olmayan örneklem için dikkat dağıtma stratejilerinin, OKB sorunları olan örneklem için ise endişe etme ve kendini cezalandırma stratejilerinin daha sık kullanıldığı görülmektedir (Amir, Cashman ve

Foa, 1997: 777; Abramowitz ve diğ., 2003b: 537). Klinik olmayan örneklem ile yapılan bu çalışmada ise özellikle düşünce kontrol stratejilerinden endişe etme ve kendini cezalandırma ile istem dışı düşünceler arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkilerin öne çıktığı görülmektedir. Öte yandan, daha fazla sayıda istem dışı düşünceler deneyimleyen bireylerin endişe etme ve kendini cezalandırma gibi OKB sorunu olan bireyler tarafından daha fazla kullanıldığı rapor edilen stratejileri kullanmaları, daha fazla sayıda istem dışı düşünceler deneyimleyen bireylerin daha çok OKB tanısı aldıkları düşünüldüğünde (Abramowitz ve diğ., 2010: 180), kullanılan kontrol stratejilerinin de tanı alan grup ile benzer olduğu ihtimali ile açıklanabilir. Bu çalışmanın bir başka bulgusu olarak, sosyal kontrol ile otojen obsesyonlar olarak nitelendirilen tabu düşünceler ve cinsel alt boyutlar arasında negatif yönde anlamlı korelasyonlar görülmektedir. Belloch ve diğ. (2009: 86) tarafından yapılan bir çalışmada, otojen obsesyonlar ile sosyal kontrolün negatif yönde anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Yazarlar, otojen obsesyonları olan bireylerin endişelerini başkalarına ileterek obsesyonları hakkında tehdit içeriğinin olmadığı bir açıklama elde etmeyi amaçlayabileceklerini öne sürmektedirler (Belloch ve diğ., 2009: 86). Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında otojen obsesyonlar için sosyal kontrolün olmamasının da bir çeşit kontrol stratejisi olabileceği önerilebilir. Yine de bu konuda az bulgu olduğu göz önüne alındığında sosyal kontrolün istem dışı düşüncelerdeki işlevi için daha ayrıntılı çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Daha önce değinildiği gibi, OKB'nin Bilişsel Davranışçı Modellerine göre istem dışı düşünceler yapılan yanlış değerlendirmeler sonucunda obsesyon haline gelmektedir. Bu bağlamda istem dışı deneyimlere yönelik duygusal tepkiler, yanlış değerlendirmeler ve işlevsiz inançları ele alan OİDE Bölüm 2A'nın istem dışı düşünceler ve obsesif inançlarla ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlara bakıldığında, hangi semptom türünde olursa olsun istem dışı deneyimler arttıkça istem dışı deneyime dair değerlendirmeleri artmakta, bu nedenle istem dışı değerlendirmeler ile kuramsal olarak yakından ilişkili olması beklenen değişkenler arasında beklenen yönde anlamlı bağlantılar bulunmaktadır. OKB'ye özgü modeller ve görgül araştırma bulguları da istem dışı deneyimlerin sonucunda sorumluluk, tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik ve düşüncenin kontrolü/önemi inançlarının etkin hale geldiğini (Freeston ve diğ., 1996: 435) ve bu inançlar ile OKB semptomları arasında

ilişki olduğunu göstermektedir (Sookman ve Pinard, 2002: 76; Tolin ve diğ., 2003: 666; McKay ve diğ., 2004: 297; Julien ve diğ., 2006: 1213; Tolin ve diğ., 2008: 38).

Bilişsel davranışçı modeller doğrultusunda yapılan görgül çalışmalar obsesyonlara karşılık olarak başvuru yöntemlerinden biri de kontrol stratejileri olduğu bilgisini doğrulamaktadır (örn., Ladouceur ve diğ., 2000: 185). Bu çalışmada istem dışı deneyimlere yönelik kullanılan kontrol stratejilerini ele alan OİDE Bölüm 2B'nin istem dışı düşünceler ve düşünce kontrol stratejileri ile ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında, genel olarak istem dışı düşünceler ve cinsel, simetri/sıralama, şüphe/hata/kontrol etme, bulaşma ve batıl/büyüsel düşünce arttıkça istem dışı düşünceye dair genel olarak kontrol stratejileri artmaktadır. Dolayısıyla, istem dışı deneyimler ve semptom türleri ile onlara yönelik değerlendirmeler arasındaki ilişkiye dair bu bulgular literatür bulgularını doğrular niteliktedir (Amir, Cashman ve Foa, 1997: 777; Abramowitz ve diğ., 2003b: 537; Belloch ve diğ., 2009: 85). Daha önemlisi, envanterin bu kısmının odağında istem dışı deneyim sonrası uygulanan kontrol stratejileri olduğu düşünüldüğünde, DKA'nın çeşitli alt boyutları ile bu kısım arasındaki pozitif ilişkilerin OİDE'nin geçerliğine yönelik destekleyici bilgiler verdiği söylenilebilir.

OİDE'nin Türkçe Formunun ölçüt bağlantılı geçerliğini incelemek amacıyla katılımcılar OKE-GGF'den aldıkları puanlara göre düşük ve yüksek OKB semptomları gösterenler olmak üzere iki ayrı uç gruba ayrılmışlardır. Yapılan Çok Yönlü Varyans Analizinde, uç semptom gruplarının OİDE'den aldıkları toplam puan ve cinsel alt boyut hariç diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar bakımından istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmaktadırlar. Bu sonuç beklendik ve envanterin ölçüt geçerliğine katkı sağlayan bir bulgu olarak görülmektedir. Öte yandan, bu semptom gruplarının cinsel alt boyutunda farklılaşmadığı görülmektedir. Cinsel içerikli istem dışı deneyimlerin bizim kültürümüzde yaygın olarak görüldüğüne dair çalışma bulguları (örn., Sayar ve ark., 1999: 143; Karadağ ve ark., 2006: 146) düşünüldüğünde, bu durum akla olası bir damgalama veya yanlı değerlendirme etkisi ile bu tür deneyimlerin ifade edilmesine yönelik kültürel bir etki ihtimalini getirmektedir (örn., Durna ve diğ., 2019: 560). Çalışmanın diğer bulgularına bakıldığında, yüksek düzey istem dışı düşünceler deneyimleyen bireylerin düşük düzeydeki bireylere göre daha yüksek düzeyde obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejileri göstermesi beklendik

bir sonuçtur. Fakat, yüksek ve düşük düzey obsesif-kompulsif semptom gruplarının sosyal kontrol alt boyutunda farklılaşmadığı görülmektedir. Bu bulguya yol açabileceği düşünülen olası bir neden, yüksek ya da düşük obsesif-kompulsif semptom grubu fark etmeksizin, deneyimlenen tüm obsesyon ve kompulsiyonların tüm bireyler tarafından diğer bireylerden gizlenmesi dolayısıyla bir farklılık doğurmaması olarak öne sürülebilir. Öte yandan tam tersine bireylerin sosyal kontrol stratejilerine başvurmayarak diğer insanlar ile paylaşım yoluyla OKB semptomlarına yönelik rahatlatıcı bir açıklama arama ihtiyacıyla da diğerlerine kendilerini açabilecekleri düşünülebilir. Literatürde sosyal kontrolün OKB ile ilişkisine ve işlevine dair çelişkili bulgular olduğu göz önüne alınırsa (Amir ve diğ., 1997: 777; McKay ve Greisberg, 2002: 158; Abramowitz ve diğ., 2003b: 537; Belloch ve diğ., 2009: 86), sosyal kontrolün diğer kontrol stratejilerinden ayrılan yönlerinin açığa çıkartılması amacıyla bu yönde çalışmalar yapılmasının önemli olduğu ön görülmektedir. Tüm bulgular ışığında literatürde OKB sorunu olan bireylerin daha fazla obsesif inançlardan mustarip oldukları (örn., Sookman ve Pinard, 2002: 76; Tolin ve diğ., 2003: 666; Tolin ve diğ., 2008: 38; McKay ve diğ., 2004: 297; Julien ve diğ., 2006: 1213) ve düşünce kontrol stratejilerine daha çok başvurduklarına (örn., Amir ve diğ., 1997: 777; Ladouceur ve diğ., 2000: 185; Abramowitz ve diğ., 2003b: 537; Abramowitz ve diğ., 2010: 180) ilişkin bulgular bu çalışma bulgularıyla desteklenmektedir.

OİDE'nin geçerlik için yapılan incelemeler temelde yetişkin örnekleme bulgularına dayansa bile, çalışmaya yetişkin örneklemine ek olarak postpartum grubu bulguları da dahil edilmiştir. Böylelikle hem obsesif istem dışı deneyimlerin postpartum annelerdeki durumunun incelenmesi hem de postpartum grubundaki sonuçların literatür ile karşılaştırılmasına dayanarak OİDE'nin eş zaman geçerliğine katkıda bulunulması amaçlanmaktadır. Bu tercihin ana sebebi, ilgili literatürde postpartum dönemin OKB gelişimi için risk faktörü olduğunu bildiren pek çok çalışmanın bulunmasıdır (örn., Abramowitz ve diğ., 2003a: 464; Forray ve diğ., 2010: 5; Russell ve diğ., 2013: 381; Guzick ve diğ., 2017: 31). Bu bulgulardan hareketle bu çalışmada öncelikle postpartum dönemdeki annelerde istem dışı düşüncelerin, onlara karşılık olarak tepkiler ve kontrol stratejilerinin obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejileri ile ilişkileri korelasyonel analizler ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre literatürdeki bulgulara (Abramowitz ve diğ., 2006: 1372; Abramowitz, 2007: 101;

Timpano ve diğ., 2011: 1515) paralel şekilde bu çalışmada da farklı türde istem dışı deneyimlerin, onlar ile örtüşen alt boyutlar başta olmak üzere obsesif inançlar ve kontrol stratejileri ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler sergilediği görülmektedir. Öncelikle, postpartum grubun istem dışı deneyimleri ile OKB semptomlarının alt boyutları arasında ilişkiler incelendiğinde özellikle tabu düşünceler ile obsesyonlar ve zihinsel nötrleştirme; simetri/sıralama ile zihinsel nötrleştirme ve düzen; kontrol etme ile kontrol etme, düzen ve biriktirme; bulaşma ile temizlik, batıl/büyüsel düşünce ile ise zihinsel nötrleştirme başta olmak üzere alt boyutlar arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar olduğu görülmektedir. Sonra istem dışı deneyimler ile obsesif inançlar incelendiğinde ise genel olarak istem dışı düşünceler ile tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik ve düşüncenin kontrolü/önemi inançları ve kendini cezalandırma kontrol stratejisi arasındaki anlamlı ilişkiler öne çıkmaktadır. Ancak bu konuda literatür incelendiğinde, postpartum dönemdeki istem dışı düşüncelerin hangi tür inanç alanıyla ilişkili olduğu konusunda bir çalışma bulunmamakla birlikte genel anlamda istem dışı deneyimler ve OKB semptomları ile obsesif inançların ilişkili olduğu görülmektedir (Abramowitz ve diğ., 2006: 1372; Abramowitz, 2007: 101; Timpano ve diğ., 2011: 1515). Diğer yandan, postpartum OKB'nin tanımında, doğum sonrası dönemde yaşanan sorumluluktaki dramatik artışın (Fairbrother ve Abramowitz, 2007: 2158) vurgulandığı düşünüldüğünde, sorumlulukta inancının yüksek olması beklenmektedir; fakat bu çalışmanın bulguları bu yönde değildir. Bu sonuç için olası bir neden, ölçüm aracının değerlendirme şekli ile postpartum dönemindeki sorumluluk inançlarının içeriğindeki farklılıklara dayanıyor olabilir: OİA-20 inanç alanlarını genel olarak ele alsa bile postpartum OKB söz konusu olduğunda sorumluluğun daha çok bebeğe özgü konularda geçerli olması etkili olabilir. Öte yandan postpartum döneme özgü obsesif inanç alanları ile ilgili literatürdeki eksik göz önüne alındığında ileriki çalışmalarda bu konunun ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Son olarak postpartum grupta istem dışı deneyimler ile kullanılan kontrol stratejilerinden kendini cezalandırmanın öne çıktığı görülmektedir. Postpartum dönemde olan annelerin kullandıkları düşünce kontrol stratejilerine yönelik olarak az sayıda ayrıntılı çalışmaya göre, postpartum annelerin dikkat dağıtma stratejilerine daha çok, endişe etme ve kendini cezalandırma stratejilerine ise daha az başvurduğu görülmekte (Larsen ve diğ., 2006: 441); ancak bu bulgu bu çalışmanın

sonuçları ile uyuşmamaktadır. Ancak ilgili çalışmada postpartum dönemde olan babalar ile de çalışılmıştır; fakat bu araştırmada sadece anneler ile çalışılması nedeniyle olası bir neden babalar ile annelerin farklı kontrol stratejilerine başvurmaları olarak görülebilir. Diğer yandan bir diğer olası neden olarak OKB tanısı olan bireyler tarafından kendini cezalandırma stratejilerinin daha çok kullanıldığı (Amir ve diğ., 1997: 777; Abramowitz ve diğ., 2003b: 537) ve bu çalışmada postpartum dönem olan annelerin kontrol grubuna göre kendini cezalandırma stratejilerini daha çok kullandıkları düşünüldüğünde, postpartum annelerin OKB tanısı alan bireylere benzer şekilde istem dışı deneyimleri sonucunda kendilerine dönük daha büyük öfke duymaları sonucunda tepki niteliğinde kendini cezalandırma yoluna başvurmaları öne sürülebilir. Ayrıca postpartum OKB'nin doğumdan sonra hızlı başlangıca sahip olması (Fairbrother ve Abramowitz, 2007: 2158) ve bu çalışmada postpartum dönemde olan annelerin istem dışı düşünceye yönelik duygusal tepkilerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olması gibi bilgiler düşüncenin ne derece rahatsız edici olduğuna yönelik diğer kanıtlar olarak görülebilir. Dolayısıyla, postpartum annelerin istem dışı deneyimlerini tanı almış kişilerin obsesyonları kadar rahatsız edici buldukları ve kendilerine dönük öfke hissederek kendini cezalandırma stratejilerine başvurdıkları düşünülebilir.

Alanyazında postpartum OKB sorunları olan kadınlarda bazı semptom türlerinin öne çıktığı görülmektedir: Bunlar, obsesyonlar için bulaşma, simetri/sıralama, saldırganlık, şüphe/hata, zarar temaları, kompulsiyonlar için temizlik, kontrol ve düzen türleri ve kaçınma stratejileridir (Sichel ve diğ., 1993a: 158; Uguz, Akman ve diğ., 2007a: 132; Uguz ve diğ., 2007b: 560; Zambaldi ve diğ., 2009: 505; Miller ve diğ., 2013: 12;). Bu çalışmada, postpartum dönemde olan anneler olmayan annelerle istem dışı deneyimleri açısından karşılaştırıldığında, postpartum dönemde olan annelerin daha sık istem dışı düşünceler deneyimledikleri; bu düşüncelerin ise özellikle tabu düşünceler (saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık) ve bulaşma türünde olduğu görülmektedir. Bulaşma ve tabu düşünceleri diğer semptom türlerinden ayıran bu sonuç postpartum OKB'ye yönelik olarak yapılan kuramsal tanımlamalar (Abramowitz ve Fairbrother, 2008: 153) ve hem dünyada (Sichel ve diğ., 1993a: 158; Zambaldi ve diğ., 2009: 505; Miller ve diğ., 2013: 12) hem de ülkemizde (Uguz, Akman ve diğ., 2007a: 132; Uguz ve diğ., 2007b: 560) yapılan görgül araştırma

bulguları ile tutarlıdır. Diğer yandan, postpartum dönem için bunlara ek olarak öne çıkan başka semptom türleri de vardır: Abramowitz ve Fairbrother (2008: 153) tarafından yapılan postpartum OKB'nin tanımında saldırganlık ve bulaşmaya ek olarak zarar, kaza, kayıp, hastalık gibi temalar; ülkemizde yapılan görgül çalışmalarda (Uguz, Akman ve diğ., 2007a: 132; Uguz ve diğ., 2007b: 560) ise simetri obsesyonları ve düzen, temizlik ve kontrol kompulsiyonlarının deneyimlendiği görülmektedir. Bu bulguların OİDE'de şüphe/hata/kontrol etme ve simetri/sıralama ile temsil edildiği düşünüldüğünde bu alt boyutların da ilişkili olması beklense bile, bu çalışmada bu bulguya rastlanılmamıştır. Bu sonuca yol açabilecek olası nedenlerden birinin Covid-19 pandemisi nedeniyle veri toplama sürecinde postpartum annelerin daha çok evde vakit geçirmeleri nedeniyle şüphe/hata/kontrol etme alt boyutunun daha çok değerlendirdiği evde/işte bir şeyleri unutma veya bir şeylere zarar vermiş olma ile ilişkili olan istem dışı düşünceleri dışarda daha çok vakit geçirilen Covid-19 öncesine göre daha az deneyimlemeleri olabileceği düşünülebilir. Covid-19 pandemisinin etkisi ile temizlik konusunda döneme özgü bir hassasiyet olabileceği de ortadadır; fakat pandemi öncesi çalışma bulgularında da bulaşma alt boyutunun öne çıktığı düşünüldüğünde farklı olasılıklar düşünülebilir. Bu bağlamda bir diğer olası neden Covid-19'un etkisinden bağımsız olarak ülkemizde postpartum dönemde olan annelerin hastalık/kirli olma konusunda ve tabu olarak nitelendirilen saldırganlık/dinsel/ahlak dışılık düşüncelerinde genel olarak bir hassasiyetleri olabileceği düşünülebilir.

Postpartum dönemde semptom türlerine ek olarak istem dışı düşüncelere yönelik değerlendirmeler ve kontrol stratejileri de incelenmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre postpartum dönemde olan anneler olmayan annelerle karşılaştırıldıklarında daha çok duygusal tepki vermekte, kontrol etmede zorluk çekmekte, işlevsiz inançlar sergilemektedirler. Sonuç olarak, bu bulguların literatürdeki postpartum OKB'ye yönelik olarak yapılan kuramsal açıklamalar (Abramowitz ve Fairbrother, 2008: 153) ve çeşitli çalışmaların sonuçları (Sichel ve diğ., 1993a: 158; Abramowitz ve diğ., 2003a: 464; Uguz ve diğ., 2007a: 132; Uguz ve diğ., 2007b: 560; Zambaldi ve diğ., 2009: 505; Miller ve diğ., 2013: 12) ile uyumlu olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, bizim kültürümüzde de genel olarak tüm literatürde olduğu gibi postpartum dönemde olan annelerde farklı türde istem dışı

düşüncelerin deneyimlendiği, bunlara karşılık tepki niteliğinde duygusal tepkiler, kontrol etmede zorluk, işlevsiz inançlar ve çeşitli kontrol stratejilerinin ortaya çıktığı görülmektedir.

SONUÇ

Düşünceler, hedef ya da görev odaklı olmayabilir ve istem dışı bilişsel etkinlikler ile düşüncelerin normal süreci kesintiye uğrayabilir (Klinger, 1996: 4). OKB'nin Bilişsel Davranışçı Modelleri, obsesyonların kökenlerini normal istem dışı deneyimlerden aldığını ileri sürmektedir (Salkovskis, 1985: 572; Salkovskis, 1989a: 678; Sarason ve diğerleri, 1996: 139; Rachman, 2003: 22). Bu bağlamda bu modeller obsesif istem dışı düşüncelerin herkes tarafından deneyimlendiğini ve şiddetin bir uçta en az istem dışı deneyimi olan klinik olmayan bireylerin bir uçta ise en fazla istem dışı deneyimi olan klinik olan bireylerin olmak üzere artan bir süreklilik üzerinde yer aldığını savunmaktadır (Clark ve Rhyno, 2005: 12; Berry ve Laskey, 2012: 126; Abramowitz et al., 2014: 208). Benzer şekilde ölçüm aracı geliştirme çalışmalarında istem dışı düşünceler ve OKB semptomlarının klinik olmayan örneklemde de deneyimlendiği görülmektedir (Foa ve diğ., 2002: 206; Thordarson ve diğ., 2004: 1034; Watson ve Wu, 2005: 59; Abramowitz ve diğ., 2010: 180; Garcia-Soriano ve diğ., 2011: 481). Bu bağlamda ölçüm araçları geliştirme çalışmaları istem dışı deneyimlerin daha ayrıntılı bir incelemesine olanak tanımakla birlikte, obsesyon ve kompulsiyonların klinik olan ve olmayan bireylerde bir süreklilik gösterdiğine de işaret etmektedir. Bunlara bağlı olarak istem dışı düşüncelerin değerlendirilmesi ve farklı kültürlerdeki normal örneklemde alt boyutlarının test edilmesi önem kazanmaktadır. Tüm bu nedenler ve istem dışı düşüncelerin kapsamlı bir ölçümünü sağlaması dolayısıyla, bu çalışmada istem dışı düşünce, imge veya dürtüleri ve bunlardan kişi için en rahatsız edici olan istem dışı deneyime yönelik değerlendirme ve kontrol stratejilerini belirlemeyi amaçlayan “Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri (OİDE)” Türkçe’ye uyarlanarak Türkçe formunun yetişkin örneklemde geçerlik ve güvenilirliği araştırılmıştır. OİDE’nin geçerlik çalışması yetişkin örneklemde ek olarak postpartum örneklemde de gerçekleştirilmiştir. Böylelikle hem obsesif istem dışı deneyimlerin postpartum annelerdeki durumunun incelenmesi hem de postpartum

grubundaki sonuçların literatür ile karşılaştırılmasına dayanarak OİDE'nin eş zaman geçerliğine katkıda bulunulması amaçlanmıştır. Buna yönelik olarak güvenilirlik için iç tutarlık analizi; yapı geçerliği için Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizleri; eş zaman geçerlik için Pearson korelasyon analizleri; ölçüt bağlantılı geçerlik için tüm örneklemde bağımsız örneklem t-testi ve Çok Yönlü Varyans Analizleri (MANOVA) gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizleri özetlemek gerekirse, öncelikle OİDE'nin ilk kısmındaki 6 faktör için yapı geçerliği incelenmiş ve bazı farklarla 6 faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir. Daha sonra OİDE'nin Türkçe formunun eş zaman geçerliğini sınamak amacıyla, öncelikle istem dışı deneyim sıklığı, sonra bu deneyime sonrası tepkiler ve kontrol yöntemlerinin ilgili ölçüm araçları ile olan korelasyonel ilişkileri incelenmiştir. Ölçüt geçerliği analizleri ise, tüm örneklem grubu ve postpartum/kontrol grubu için ayrı ayrı yapılmıştır. İlk olarak, tüm örneklem grubundaki katılımcılar OKB semptom düzeyine göre iki uç grubun OKB ile ilişkili olan bazı değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını görebilmek adına OİDE'deki grup farklarına bakılmıştır. Son olarak, postpartum ve kontrol grupları arasında OİDE'deki farkları incelenmiştir. OİDE'nin psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin sonuçları toplu olarak değerlendirildiğinde, envanterin istem dışı düşünceleri ve altı farklı obsesif temayı değerlendiren güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İstem dışı düşüncelerin OKB ile ilişkili değişkenlerle olan ilişkisine değinen çalışmalar ülkemizde sınırlıdır: ülkemizdeki OKB çalışmalarına genel olarak bakıldığında bilişsel faktörlere daha çok odaklanıldığı, ancak obsesyonların hammadde olduğu düşünülen istem dışı deneyimlere yeterince yer verilmediği görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışma istem dışı düşünceleri ve onlara yönelik değerlendirmeler ve kontrol stratejilerinin incelendiği bir ölçüm aracının kazandırılmasının yanı sıra ülkemiz insanlarınca deneyimlenen istem dışı düşüncelerin bir incelemesi olması dolayısıyla da literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında, istem dışı düşüncelerin genel olarak obsesif inançlar ve özellikle tüm semptom türleri ile ilişkili olmaları dolayısıyla öne çıkan alt boyutlarından tehdit öngörüsü ve mükemmeliyetçilik/kesinlik ile ve genel olarak düşünce kontrol stratejileri ve özellikle öne çıkan alt boyutlarından endişe etme ve kendini cezalandırma) ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği ortaya

konulmaktadır. Benzer şekilde, bu çalışmanın bir diğer bulgusuna göre yüksek OKB semptom grubu düşük OKB semptom grubundan istem dışı deneyimler, değerlendirmeler, kontrol stratejileri, obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejileri olmak üzere genel dağılım olarak ve alt boyutları açısından daha yüksek seviyede görülmektedirler. Bu çalışmanın bulguları ışığında, tıpkı obsesyonlarda olduğu gibi normal olarak deneyimlenen istem dışı deneyimlerin sıklığının istem dışı düşünceye yönelik olarak yapılan işlevsiz değerlendirmeler ve kontrol etme girişimleri nedeniyle artabileceği söylenilebilir. Bu incelemelere ek olarak, istem dışı deneyimlerin postpartum dönemde olan annelerdeki durumu da kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenmiştir. Bu bulgulara göre postpartum dönemde olan annelerin olmayan annelere göre daha sık istem dışı düşünceler deneyimledikleri ve bunların tabu düşünceler ve bulaşma temaları açısından farklılaştıkları görülmektedir. Bu bağlamda istem dışı deneyimlerin postpartum annelerde daha çok tabu düşünceler ve bulaşma temalarının görüldüğü söylenilebilir. Öte yandan hem ana örneklem hem de postpartum örneklem için elde edilen bulgular genel olarak literatür ile uyumlu olsa bile, ileriki çalışmalarda ayrıca incelenmesinin yararlı olacağı düşünülen bazı bulgular bulunmaktadır. İlk olarak, cinsel temalı istem dışı düşüncelerin envanterin orijinal çalışmasında bulunan sonuçlara göre ayrıştığı ve cinsel istem dışı deneyimlerin ifadesine ülkemiz kültürünün etkisinin olabileceği düşünülmektedir. İkinci olarak, sosyal kontrol alt boyutunun yüksek OKB semptomları gösteren grupta düşük gruba göre negatif yönde anlamlı olduğu göz önüne alındığında, bu çalışma bulgularının işaret ettiği gibi diğerlerine açılmanın bir çeşit strateji olup olmadığı, yani sosyal kontrolün işlevi konusunun incelenmesi gerekmektedir. Son olarak, postpartum grupta bulaşma ve tabu düşüncelerin öne çıkması literatür ile uyumlu olsa da şüphe/hata/kontrol etmenin ilişkili olmaması sonucu uyumsuzdur. Bu bağlamda, bu tür bulgulara ilişkin literatürde az sayıda çalışmaya rastlanması ve özellikle bulaşma olmak üzere genel olarak elde edilen bulgulara Covid-19 pandemisinin etkisinin net olarak bilinmemesi nedeniyle, bu çalışmanın bulgularının birer ön bulgu olarak ele alınabileceği ve ilerideki çalışmalarda sınanmasının istem dışı düşüncelerin OKB açısından rolünün anlaşılmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri:

Bu çalışmanın amaçları hem OİDE'nin geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesini hem de istem dışı düşüncelerin klinik olmayan yetişkin ve postpartum örneklemelerinde incelenmesini içerdiği için çalışmanın hipotezleri bu iki doğrultuda oluşturulmuştur. Araştırmanın ilk hipotezi olan “Obsesif İstem Dışı Düşünceler Ölçeği (OİDE) geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.” hipotezinin test edilmesi amacıyla OİDE'nin Türkçe formunun iç tutarlığa ilişkin güvenirlik katsayısı hesaplanmış; yapı geçerliği, eş zaman ve ölçüt bağlantılı geçerliğini test etmek için analizler gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizler ile bu hipotez test edilmiş ve tamamen desteklenmiştir. Dolayısıyla OİDE'nin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenilebilir.

Bu çalışmada OKB ile ilişkili olduğu belirtilen değişkenler ile OİDE'nin ölçtüğü istem dışı düşüncelerin ilişkisinin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizler yapılmıştır. Bu kapsamda kurulan hipotezler, ikinci hipotez olan “Klinik olmayan örnekleme obsesif istem dışı deneyimler arttıkça, obsesif kompulsif semptomlar artmaktadır.”, üçüncü hipotez olan “Klinik olmayan örnekleme obsesif istem dışı deneyimler arttıkça, obsesif inançlar artmaktadır.” ve dördüncü hipotez olan “Klinik olmayan örnekleme obsesif istem dışı deneyimler arttıkça, düşünce kontrol stratejileri artmaktadır.” olarak belirlenmiştir. İlgili hipotezlerin test edilmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Yapılan analizler ile bu hipotezler test edilmiş ve tamamen desteklenmiştir. Dolayısıyla klinik olmayan örnekleme obsesif istem dışı deneyimler arttıkça, obsesif kompulsif semptomlar, obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejilerinin arttığı söylenilebilir.

Bu çalışmada yüksek düzey obsesif kompulsif semptomları olan grup ile düşük düzey obsesif kompulsif semptomları olan grubun OİDE'nin ölçtüğü istem dışı düşünceler ve OKB ile ilişkili olduğu belirtilen değişkenler açısından karşılaştırılması amacıyla grup farkı analizleri yapılmıştır. Bu kapsamda kurulan hipotezler, beşinci hipotez olan “OKE-GGF'ye göre yüksek düzey obsesif kompulsif semptomları olan grup, düşük düzey obsesif kompulsif semptomları olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek düzeyde obsesif istem dışı düşünceler deneyimlemektedirler.”, altıncı hipotez olan “OKE-GGF'ye göre yüksek düzey obsesif kompulsif semptomları olan grup, düşük düzey obsesif kompulsif semptomları

olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek düzeyde obsesif inanç alanlarına sahiptirler.”, yedinci hipotez olan “OKE-GGF’ye göre yüksek düzey obsesif kompulsif semptomları olan grup, düşük düzey obsesif kompulsif semptomları olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek düzeyde düşünce kontrol stratejileri kullanmaktadırlar.” olarak belirlenmiştir. Yapılan analizler ile bu hipotezler test edilmiş ve tamamen desteklenmiştir. Dolayısıyla yüksek düzey obsesif kompulsif semptomları olan grubun, düşük düzey obsesif kompulsif semptomları olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek düzeyde istem dışı düşünceler, obsesif inançlar ve düşünce kontrol stratejiler sergiledikleri söylenilebilir.

Bu çalışmada son olarak postpartum anneler postpartum olmayan annelerin istem dışı düşünceler ve semptom türleri açısından karşılaştırılması amacıyla grup farkı analizleri yapılmıştır. Bu kapsamda kurulan hipotez, sekizinci hipotez olan “Postpartum anneler postpartum olmayan annelere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek düzeyde obsesif istem dışı düşünceler ve bulaşma, saldırganlık, şüphe semptom türleri deneyimlemektedirler.” olarak belirlenmiştir. Yapılan analizler ile bu hipotezler test edilmiş ve kısmen desteklenmiştir: Sadece şüphe/hata/kontrol etme alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Dolayısıyla postpartum annelerin postpartum olmayan annelere göre daha yüksek düzeyde obsesif istem dışı düşünceler ve bulaşma ve tabu düşünceler semptom türleri deneyimledikleri söylenilebilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları:

OİDE’nin psikometrik özelliklerinin yetişkin ve postpartum örnekleme incelenmesini amaçlayan bu çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. İlk olarak, çalışmada veri toplama yöntemi olarak elden veri toplama yöntemi kullanıldığı için çoğunlukla İzmir’de olan katılımcılardan veri toplanmış; bu nedenle elde edilen bulguları Türkiye’nin tümüne genellemek zorlaşmıştır. Dolayısıyla, katılımcıların temsil edilebilirliğinin artırılması nedeniyle tüm Türkiye’den katılımcıların yer alabileceği çalışmaların tasarlanmasının daha genellenebilir ve güvenilir bulgular elde edilebilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. İkinci olarak, istem dışı düşünceler sadece klinik olmayan grupta çalışılmış; böylece istem dışı düşüncelere dair elde edilen bulguların klinik grup ile karşılaştırılması söz konusu olamamıştır. Dolayısıyla elde edilen sonuçların sadece klinik olmayan örneklemeyle sınırlı olduğu; bu sınırlılığı

aşmak amacıyla OKB tanısı olan bireylerin de dahil olduğu bir çalışmanın yapılmasının yararlı olacağı söylenebilir. Üçüncü olarak, çalışmada öz-bildirime dayanan ölçüm araçları kullanılmış; bu da beraberinde genellenebilir olmayan anlık cevaplar ve sosyal arzu edirlilik olasılığını getirmiştir. Literatür incelendiğinde, bazı durumlarda ölçüm araçlarının katılımcı yerine bir klinisyen tarafından yapılan görüşmede doldurulduğu, hatta OİDE ile yapılan bazı çalışmalarda (Garcia-Soriano ve Belloch, 2013b: 129; Garcia-Soriano ve Belloch, 2013b: 443; Garcia-Soriano ve diğ., 2014a: 193; Belloch ve diğ., 2015: 4) bu yola başvurulduğu görülmektedir. Bu nedenle bir uzman ile yapılan görüşmeye dayanarak veri toplanılmasının bu sınırlılığa karşılık yararlı olacağı söylenilebilir. Dördüncü olarak, çalışmada postpartum annelerin istem dışı deneyimleri de incelenmiş, ancak bu inceleme genel olarak deneyimlenen istem dışı düşünceleri ölçen bir ölçüm aracı ile yapılmış; postpartuma özel istem dışı deneyimleri değerlendirilen bir ölçüm aracı kullanılmamıştır. Bu nedenle postpartum OKB'ye özgü istem dışı deneyimleri daha ayrıntılı değerlendirebilecek bir ölçüm aracının kullanılmaması postpartum OKB'ye dair elde edilen bulgular adına bir sınırlılıktır. Beşinci olarak, çalışmanın veri toplama kriterlerinde postpartum olmayan annelerin çocuklarına dair herhangi bir yaş sınırı bulunmamaktadır; kontrol grubu verilerinin çok geniş bir yaş aralığını kapsaması karıştırıcı değişkenlerin çalışmanın sonuçlarına etki etme olasılığını artırarak postpartum grubu ile karşılaştırmada sınırlı sonuca ulaşılmasını sağlamaktadır. Bu bağlamda postpartum ve kontrol grubu karşılaştırması söz konusu olduğunda postpartum grupta olduğu gibi kontrol grubunda da yaş sınırının bulunmasının bu sınırlılığın aşılmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Son olarak, çalışmada postpartum annelerde veri toplanmakla birlikte, babalardan veri toplanmamıştır: Abramowitz'e göre postpartum OKB annelerde görülebileceği gibi babalarda da görülebilmektedir. Bu nedenle postpartum OKB'nin çalışılmasında annelerden olduğu kadar babalardan veri almak önemli olmakla birlikte bu çalışmada kontrol grubunun varlığı ve yüksek lisans tez çalışması olması nedeniyle zaman kısıtlılığı göz önüne alınarak sadece anneler ile çalışılabilmektedir.

Özetle, tüm Türkiye için genellenebilir ve daha kapsayıcı bir veri toplama yönteminin uygulandığı, klinik olmayan örnekleme karşılık klinik örneklemin de olduğu, postpartum istem dışı deneyimlere özel bir ölçüm aracının kullanıldığı ve

postpartum OKB incelemesi için babaların da katılımcı olduğu bir çalışmanın daha kapsamlı bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

Klinik Göstergeler:

Bu çalışma sonucunda OİDE Türkçe formunun Türk yetişkin örneklemini için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu görülmüştür. Çalışmanın bulgularına göre OİDE ile alınan bilgiye dayanarak herhangi bir tanısı olmayan pek çok insanda da obsesif istem dışı deneyimlerin olduğu, bu anlamda istem dışı düşünceler için normal-anormal nitelik açısından bir sürekliliğin olduğu görülmektedir. Buna göre OİDE'nin klinik ortamda kullanılmasıyla rahatsız edici istem dışı düşünceler deneyimledikleri belirlenen OKB sorunu yaşayan bireylerin deneyimledikleri obsesif istem dışı düşüncelerinin yanı sıra bunlara karşılık duygusal tepkileri, yaşadıkları kontrol etme zorlukları, işlevsiz yorumlamaları ve kullandıkları kontrol stratejileri bakımından da bir benzerlik olduğu da söylenilebilir. Ayrıca bu haliyle bilişsel davranışçı modellerin vurguladığı temel kavramların ve süreçlerin geçerli olduğu farklı bir çalışma ile desteklenmiştir. Bu bağlamda, istem dışı düşünceler, işlevsiz yorulmalar ve kontrol stratejilerindeki artışın OKB'nin gelişimi ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde, OİDE sonuçları ile OKB tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan ama süreklilik modelinin işaret ettiği gibi artan şiddet skalasında yüksek değerlere sahip olan bireylerin tanı kriterlerini karşılamadan önce belirlenmesinin sağlanabileceği ve bu sonuçlara göre önleme çalışmaları yapılabileceği düşünülmektedir. Yine klinisyenler tarafından OKB tanısı olsun ya da olmasın bireylerin deneyimledikleri istem dışı düşüncelerin ve bunların hangi semptom türlerine dahil olduğunun araştırılması için istem dışı düşüncelere yönelik bir liste olarak ilk bölümü; kişilerin en rahatsız edici olan istem dışı düşüncelerine yönelik duygusal tepkileri, kontrol etmede zorlukları ve işlevsiz inançlarını değerlendirmek için ikinci bölüm A kısmı; bireylerin en rahatsız istem dışı düşüncesini kontrol etmek amacıyla kullandıkları düşünce kontrol, kaygı kontrol ve dikkat dağıtma stratejilerini belirlemek için ise ikinci bölüm B kısmı ayrı ayrı da kullanılabileceği düşünülmektedir. Son olarak, OİDE'nin faktör yapısındaki ayrışma, yani cinselliğin ayrı bir boyut olarak çıkması, özellikle dikkat çekici görülmekte ve bu konuda kamuoyunu bilgilendirecek ve farkındalığı arttıracak farklı türde uygulamalı çalışmalar yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın bir diğer sonucu postpartum annelere yöneliktir: Postpartum anneler postpartum olmayan annelere kıyasla tabu düşünceler ve bulaşma istem dışı düşüncelerini daha çok deneyimlemektedirler. Postpartum annelerin OKB'nin gelişiminin kökeninde yer alan istem dışı düşüncelerin belirli semptom türlerini daha çok deneyimlemeleri bizi klinik ortamda bazı sonuçlara götürmektedir. Klinisyenler tarafından postpartum annelerin OKB açısından artan bir risk döneminde olabilecekleri ihtimalini değerlendirmeleri ve özellikle OİDE Bölüm 1'de ele alınan geniş bir yelpazedeki istem dışı deneyimlere dayanarak bir değerlendirme yapmaları önem arz etmektedir. Postpartuma özgü veya direkt bu döneme odaklanmış istem dışı deneyimler yer almasa bile, bu dönemdeki kadınların da kişisel sıkıntılarını damgalamadan veya yargılamadan dile getirmeleri için bu vesile ile olanak tanınmış olması bu çalışmanın klinik çıktılarından bir diğeri olarak düşünülebilir.

Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler:

Çalışmanın verileri elden veri toplama yöntemi ile elde edilmiştir; bu nedenle çoğunluğu İzmir ilinden olan katılımcılara ulaşılmıştır. Bu bağlamda, katılımcılara farklı veri toplama yöntemleri ile daha kapsamlı olacak şekilde ulaşılması, sonuçları tüm Türkiye'ye genellenebilir olması açısından önem kazanmaktadır. Diğer yandan, çalışmada sadece klinik olmayan örneklem hedef alınmıştır; fakat istem dışı düşüncelerin obsesyonların kökeninde yer alması nedeniyle OKB sorunu olan bireylerin ve hatta istem dışı deneyimlerin farklı psikopatolojilerde de deneyimlenmesi nedeniyle OKB'ye ek olarak farklı psikopatolojilerin yer aldığı örneklemle ile OİDE'nin psikometrik özelliklerinin yeniden incelenmesinin ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına daha fazla katkı sağlarken istem dışı deneyimlerin ayrıntılı değerlendirilmesine de ek olarak katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yine de bu çalışmada 238 katılımcıya ulaşılmıştır; OİDE'nin kapsamlı bir ölçüm aracı olarak madde sayısı gözetildiğinde her ne kadar katılımın sağlanması ve ölçüm araçlarının doldurulması konusundaki çekincelerin giderilmesi için ek girişimlere gerek olsa bile, daha büyük katılımcı sayısına ulaşılması ile yapılacak psikometrik çalışmalar da envanterin geçerlik ve güvenilirliğine daha çok katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada hem OİDE'nin geçerlik güvenilirlik çalışmasının farklı bir örneklemde çalışılması hem de postpartum annelerin deneyimledikleri istem dışı düşüncelerin incelenmesi amacıyla postpartum annelere ulaşılmıştır. Ancak daha önce

değinildiği gibi annelere ek olarak babaların da postpartum OKB sorunları yaşayabileceği bildirilmektedir. Bu bağlamda babaların da dahil edildiği bir çalışma postpartum OKB sorunlarına dair daha kapsamlı bulgular elde edilmesini sağlayacaktır. Diğer yandan bu çalışmada postpartum bilgileri uyarlama çalışması yapılan OİDE ile elde edilmiştir; fakat postpartum ebeveynlerin sadece postpartuma özgü istem dışı düşüncelerinin değerlendirildiği bir ölçüm aracının kullanılması, bu konuda daha ayrıntılı ve yaftalanma korkusunun ötesinde bilgiler edinilmesini sağlayabilir. Bu bağlamda bu tez çalışmasının ana konusu olmasa bile, postpartum annelerin istem dışı düşüncelerine dair bir ölçüm aracı geliştirme ya da alanyazında var olan bir ölçüm aracının uyarlama çalışmasının yapılmasının ülkemiz alanyazınında var olan eksikliklere katkı sağlayacağı söylenilebilir. Diğer yandan bu bir ölçüm aracının uyarlama çalışması olması dolayısıyla yetişkin örneklem gibi postpartum anneler için de klinik olmayan örneklem hedef alınmıştır; ancak OKB tanısı olan postpartum annelerin yer aldığı klinik bir örneklemin de çalışmaya dahil edilmesi postpartum annelerin OKB sorunlarına daha fazla ışık tutacaktır.

KAYNAKÇA

Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. New York: Routledge.

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., ... ve Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological assessment*. 22(1): 180.

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M., ve Tolin, D. F. (2004). Association between Protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and anxiety*. 20(2): 70-76.

Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D., ve Storch, E. A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical psychology review*. 34(3): 206-217.

Abramowitz, J. S., ve Jacoby, R. J. (2014). Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 3(2): 140-149.

Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., ve Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour research and therapy*. 44(9): 1361-1374.

Abramowitz, J. S., Nelson, C. A., Rygwall, R., ve Khandker, M. (2007). The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: a longitudinal study. *Journal of anxiety disorders*. 21(1): 91-104.

Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A., Moore, K. M., ve Luenzmann, K. R. (2003a). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of anxiety disorders*. 17(4): 461-478.

Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., ve Tolin, D. F. (2003b). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*. 41(5): 529-540.

Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., ve Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 47(3): 339-349.

Akhtar, S., Wig, N. N., Varma, V. K., Pcrshad, D., ve Verma, S. K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*. 127(4): 342-348.

Al-Solaim, L., ve Loewenthal, K. M. (2011). Religion and obsessive-compulsive disorder (OCD) among young Muslim women in Saudi Arabia. *Mental Health, Religion & Culture*. 14(2): 169-182.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (Çev. ed.: E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amir, N., Cashman, L., ve Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*. 35(8): 775-777.

Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., ... ve Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PloS one*. 7(2): e31879.

Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., ve Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 254(3): 156-164.

Assuncao, M. C., da Conceicao Costa, D. L., de Mathis, M. A., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., do Rosário, M. C., ... ve Torres, A. R. (2012). Social phobia in obsessive-compulsive disorder: prevalence and correlates. *Journal of affective disorders*. 143(1-3): 138-147.

Ayuso-Mateos, J. L. (2020). *Global burden of obsessive-compulsive disorder in the year 2000*.

https://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_obsessivecompulsive.pdf (16.01.2021)

Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 55(3): 18-23.

Beck, A. T., Emery, G., ve Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Belloch, A., Carrió, C., Cabedo, E., ve Garcia-Soriano, G. (2015). Discovering what is hidden: The role of non-ritualized covert neutralizing strategies in Obsessive–Compulsive Disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 49: 180-187.

Belloch, A., Morillo, C., ve Garcia-Soriano, G. (2009). Strategies to control unwanted intrusive thoughts: which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder?. *Cognitive Therapy and Research*. 33(1): 75-89.

Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., ve Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 11(2): 100-110.

Belloch, A., Roncero, M., ve Perpiñá, C. (2012). Ego-syntonicity and ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 34(1): 94-106.

Berrios, G. E. (1989). Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive psychiatry*. 30(4): 283-295.

Berry, L. M., ve Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 1(2): 125-132.

Beucke, J. C., Sepulcre, J., Talukdar, T., Linnman, C., Zschenderlein, K., Endrass, T., ... ve Kathmann, N. (2013). Abnormally high degree connectivity of the orbitofrontal cortex in obsessive-compulsive disorder. *JAMA psychiatry*. 70(6): 619-629.

Biegon, A., Reches, A., Snyder, L., ve McEwen, B. S. (1983). Serotonergic and noradrenergic receptors in the rat brain: modulation by chronic exposure to ovarian hormones. *Life sciences*. 32(17): 2015-2021.

Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., ve Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 165(12): 1532-1542.

Blom, R. M., Hagestein-de Bruijn, C., de Graaf, R., ten Have, M., ve Denys, D. A. (2011). Obsessions in normality and psychopathology. *Depression and Anxiety*. 28(10): 870-875.

Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.

Brockington, I. F., Macdonald, E., ve Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of women's mental health*. 9(5): 253-263.

Burton, R. (1838). *The Anatomy of Melancholy... The sixth edition, corrected and augmented by the author By R. Burton*. London: B. Blake & J. Chidley.

Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological bulletin*: 81(5): 311.

Castle, D. J., Deale, A., ve Marks, I. M. (1995). Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 29(1): 114-117.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*. 24(4): 461-470.

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

Clark, D. A. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.

Clark, D. A., ve de Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious, intrusive thoughts: distinct or uniform phenomena?. *Behaviour Research and Therapy*. 23(4): 383-393.

Clark, D. A., ve İnözü, M. (2014). Unwanted intrusive thoughts: Cultural, contextual, covariational, and characterological determinants of diversity. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 3(2): 195-204.

Clark, D. A., ve Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*. 28(3): 161-167.

Clark, D. A., ve Purdon, C. L. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*. 33(8): 967-976.

Clark, D. A., ve Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals. *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. (pp. 1-29). New York: Guilford Press.

Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., ve Rhéaume, J. (2003). “Not just right experiences”: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour research and therapy*. 41(6): 681-700.

Conceicao Costa, D. L., Chagas Assunção, M., Arzeno Ferrão, Y., Archetti Conrado, L., Hajaj Gonzalez, C., Franklin Fontenelle, L., ... ve Gedanke Shavitt, R. (2012). Body dysmorphic disorder in patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. *Depression and anxiety*. 29(11): 966-975.

Cost, K. T., Plamondon, A., Unternaehrer, E., Meaney, M., Steiner, M., Fleming, A. S., ve MAVAN team. (2016). The more things change, the more things stay the same: Maternal attitudes 3 to 18 months postpartum. *Acta paediatrica*, 105(7), e320-e327.

Crum, R. M., ve Anthony, J. C. (1993). Cocaine use and other suspected risk factors for obsessive-compulsive disorder: a prospective study with data from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Drug and Alcohol Dependence*. 31(3): 281-295.

Cummings, J. L., ve Cunningham, K. (1992). Obsessive-compulsive disorder in Huntington's disease. *Biological Psychiatry*. 31(3): 263-270.

Davis, L. K., Yu, D., Keenan, C. L., Gamazon, E. R., Konkashbaev, A. I., Derks, E. M., ... ve Scharf, J. M. (2013). Partitioning the heritability of Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder reveals differences in genetic architecture. *PLoS Genet*, 9(10): e1003864.

de Alvarenga, P. G., de Mathis, M. A., Dominguez Alves, A. C., do Rosario, M. C., Fossaluza, V., Hounie, A. G., ... ve Torres, A. R. (2012). Clinical features of tic-related obsessive-compulsive disorder: results from a large multicenter study. *CNS spectrums*. 17(2): 87-93.

De Bruijn, C., Beun, S., De Graaf, R., Ten Have, M., ve Denys, D. (2010). Subthreshold symptoms and obsessive-compulsive disorder: evaluating the diagnostic threshold. *Psychological medicine*. 40(6): 989-997.

de Silva, P., Menzies, R. G., ve Shafran, R. (2003). Spontaneous decay of compulsive urges: The case of covert compulsions. *Behaviour Research and Therapy*. 41(2): 129-137.

do Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F., Mercadante, M. T., Shavitt, R. G., Prado, H. D. S., Sada, P., ... ve Miguel, E. C. (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 158(11): 1899-1903.

Durna, G., Yorulmaz, O., ve Aktaç, A. (2019). Public stigma of obsessive compulsive disorder and schizophrenic disorder: Is there really any difference?. *Psychiatry research*. 271: 559-564.

Edwards, S., ve Dickerson, M. (1987). Intrusive unwanted thoughts: A two-stage model of control. *British Journal of Medical Psychology*. 60(4): 317-328.

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

Eisen, J. L., Pinto, A., Mancebo, M. C., Dyck, I. R., Orlando, M. E., ve Rasmussen, S. A. (2010). A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 71(8): 1033-1039.

England, S. L., ve Dickerson, M. (1988). Intrusive thoughts; unpleasantness not the major cause of uncontrollability. *Behaviour research and therapy*. 26(3): 279-282.

Esquirol, E. (1845). *Mental maladies; A treatise on insanity*. Philadelphia: Lea and Blanchard.

Fairbrother, N., ve Abramowitz, J. S. (2007). New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*. 45(9): 2155-2163.

Farrell, L., Barrett, P., ve Piacentini, J. (2006). Obsessive-compulsive disorder across the developmental trajectory: clinical correlates in children, adolescents and adults. *Behaviour Change*. 23(2): 103-120.

Fergus, T. A., Latendresse, S. J., ve Wu, K. D. (2019). Factor Structure and Further Validation of the 20-Item Short Form of the Obsessive Beliefs Questionnaire. *Assessment*. 26(6): 984-1000.

Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C. E., Gale, T. M., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., ... ve Angst, J. (2013). A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 17(3): 170-178.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., ve Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*. 14(4): 485.

Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., ve Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive–compulsive disorder scale: The Obsessive–Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*. 10(3): 206.

Fontenelle, L. F., Cocchi, L., Harrison, B. J., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., Ferrão, Y. A., ... ve Torres, A. R. (2012). Towards a post-traumatic subtype of obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety disorders*. 26(2): 377-383.

Fontenelle, L. F., ve Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive–compulsive disorder: risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 32(1): 1-15.

Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., ve Versiani, M. (2004). Trans-cultural aspects of obsessive–compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *Journal of Psychiatric Research*. 38(4): 403-411.

Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., ve Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive–compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 30(3): 327-337.

Foroughipour, M., Behdani, F., Hebrani, P., Marvast, M. N., Esmatinia, F., ve Akhavanrezayat, A. (2012). Frequency of obsessive-compulsive disorder in patients with multiple sclerosis: A cross-sectional study. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 17(3): 248.

Forray, A., Focseneanu, M., Pittman, B., McDougale, C. J., ve Epperson, C. N. (2010). Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *The Journal of clinical psychiatry*. 71(8): 1061-1068.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., ve Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour research and therapy*. 29(6): 585-597.

Freeston, M. H., Rhéaume, J., ve Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and therapy*. 34(5-6): 433-446.

Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., De Graaf, R., Demyttenaere, K., ... ve ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*. 124(3): 291-299.

Fyer, A. J., D Lipsitz, J. D., Mannuzza, S., Aronowitz, B., ve Chapman, T. F. (2005). A direct interview family study of obsessive-compulsive disorder. I. *Psychological medicine*. 35(11): 1611-1621.

Garcia-Soriano, G., ve Belloch, A. (2013a). The Dimensionality of Obsessive-Compulsive OF Symtoms: A Review of the Literature and An Update of Results in Clinical Settings. *Obsessive-Compulsive Disorder: Symptoms, Prevelance and Psychological Treatments*. (pp. 119-136). New York: Nova Science Publisher.

Garcia-Soriano, G., ve Belloch, A. (2013b). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 44(4): 441-448.

Garcia-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., ve Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*. 25(4): 474-482.

Garcia-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C., ve Belloch, A. (2014a). Intrusive thoughts in obsessive–compulsive disorder and eating disorder patients: A differential analysis. *European Eating Disorders Review*. 22(3): 191-199.

Garcia-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A., ve Weidt, S. (2014b). Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literature. *Psychiatry Research*. 220(1-2): 1-10.

Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics*. 29(2): 353-370.

Geller, P. A. (2004). Pregnancy as a stressful life event. *CNS spectrums*. 9(3): 188-197.

Gentil, A. F., de Mathis, M. A., Torresan, R. C., Diniz, J. B., Alvarenga, P., do Rosário, M. C., ... ve Miguel, E. C. (2009). Alcohol use disorders in patients with obsessive–compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug and alcohol dependence*. 100(1-2): 173-177.

Gershuny, B. S., Baer, L., Parker, H., Gentes, E. L., Infield, A. L., ve Jenike, M. A. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*. 25(1): 69-71.

Girishchandra, B. G., ve Khanna, S. (2001). Phenomenology of obsessive compulsive disorder: a factor analytic approach. *Indian journal of psychiatry*. 43(4): 306-316.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... ve Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*. 46(11): 1006-1011.

Greenberg, D., ve Huppert, J. D. (2010). Scrupulosity: A unique subtype of obsessive-compulsive disorder. *Current Psychiatry Reports*. 12(4): 282-289.

Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., ve Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychological medicine*. 41(12): 2495-2506.

Guzick, A. G., Reid, A. M., Balki, A. M., Flores, C., Hancock-Smith, A. D., Olsen, B., Muller, G., Geffken, G. R., ve McNamara, J. P. H. (2017). Diagnostic Description and Prevalence. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*. (p. 24–43). Chichester: Wiley-Blackwell.

Hollander, E., ve Benzaquen, S. D. (1997). The obsessive-compulsive spectrum disorders. *International Review of Psychiatry*. 9(1): 99-110.

Hollander, E., Braun, A., ve Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*. 25(4): 317-329.

Horowitz, M. J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress: A summary. *Archives of general psychiatry*. 32(11): 1457-1463.

Huppert, J. D., Siev, J., ve Kushner, E. S. (2007). When religion and obsessive–compulsive disorder collide: Treating scrupulosity in ultra-orthodox Jews. *Journal of Clinical Psychology*. 63(10): 925-941.

Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenson, K. J., Liebowitz, M. R., ve Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive–compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and anxiety*. 26(1): 39-45.

İnözü, M., Karancı, A. N., ve Clark, D. A. (2012). Why are religious individuals more obsessional? The role of mental control beliefs and guilt in Muslims and Christians. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 43(3): 959-966.

Jacoby, R. J., Leonard, R. C., Riemann, B. C., ve 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., ve Calamari, J. E. (1999). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 23(5): 497-509.

Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., ve Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*. 41(7): 1205-1216.

Kang, D. H., Jang, J. H., Han, J. Y., Kim, J. H., Jung, W. H., Choi, J. S., ... ve Kwon, J. S. (2013). Neural correlates of altered response inhibition and dysfunctional connectivity at rest in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 40: 340-346.

Karadağ, F., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşci, F. Ç., ve Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and Anxiety*. 23(3): 145-152.

Kay, J., Gabbard, G. O., ve Greist, J. (1996). Is Psychoanalytic Psychotherapy Relevant to the Treatment of OCD?. *The Journal of psychotherapy practice and research*. 5(4): 341-354.

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ve Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*. 21(3): 169-184.

Kichuk, S. A., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Rosário, M. C., Shavitt, R. G., Miguel, E. C., ... ve Bloch, M. H. (2013). Symptom dimensions are associated with age of onset and clinical course of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 44: 233-239.

Klier, C. M., Rosenblum, K. L., Zeller, M., Steinhardt, K., Bergemann, N., ve Muzik, M. (2008). A multirisk approach to predicting chronicity of postpartum depression symptoms. *Depression and anxiety*, 25(8), 718-724.

Klinger, E. (1996). The contents of thoughts: Interference as the downside of adaptive normal mechanisms in thought flow. *The LEA series in personality and clinical psychology. Cognitive interference: Theories, methods, and findings*. (p. 3–23). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., ve Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World health Organization*. 82(11): 858-866.

Koran, L. M., Thienemann, M. L., ve Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 153(6): 783-788.

Ladouceur, R., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Dugas, M. J., Gagnon, F., Thibodeau, N., ve Fournier, S. (2000). Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*. 109(2): 179-187.

Larsen, K. E., Schwartz, S. A., Whiteside, S. P., Khandker, M., Moore, K. M., ve Abramowitz, J. S. (2006). Thought control strategies used by parents reporting postpartum obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 20(4): 435-446.

LaSalle, V. H., Cromer, K. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., ve Murphy, D. L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*. 19(3): 163-173.

Lee, H. J., ve Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour research and Therapy*. 41(1): 11-29.

Lee, H. J., Kwon, S. M., Kwon, J. S., ve Telch, M. J. (2005). Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depression and anxiety*. 21(3): 118-129.

Lee, H. J., ve Telch, M. J. (2005). Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Journal of Anxiety Disorders*. 19(7): 793-805.

Lee, H. J., ve Telch, M. J. (2007). Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions*. (pp. 107-126). Elsevier Science Ltd.

Li, Y., Marques, L., Hinton, D. E., Wang, Y., ve Xiao, Z. P. (2009). Symptom dimensions in Chinese patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS neuroscience & therapeutics*. 15(3): 276-282.

Llorens-Aguilar, S., Garcia-Soriano, G., Arnáez, S., Aardema, F., ve O'Connor, K. (2020). Is context a crucial factor in distinguishing between intrusions and obsessions in patients with obsessive-compulsive disorder?. *Journal of Clinical Psychology*. 1-14.

Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., Van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A. C., ... ve Stein, D. J. (2014). Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive psychiatry*. 55(7): 1513-1519.

Lovato, L., Ferrão, Y. A., Stein, D. J., Shavitt, R. G., Fontenelle, L. F., Vivan, A., ... ve Cordioli, A. V. (2012). Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 53(5): 562-568.

Mancebo, M. C., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., ve Rasmussen, S. A. (2009). Substance use disorders in an obsessive-compulsive disorder clinical sample. *Journal of anxiety disorders*. 23(4): 429-435.

Mancebo, M. C., Greenberg, B., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., Dyck, I., ve Rasmussen, S. A. (2008). Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 49(1): 43-50.

Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., ... ve Jenike, M. A. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 159(2): 263-268.

Mathers, C. D., ve Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*. 3(11): e442.

May-Tolzmann, U. (1998). 'Obsessional neurosis': a nosographic innovation by Freud. *History of Psychiatry*. 9(35): 335-353.

McFall, M. E., ve Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 3(4): 333-348.

McGuinness, M., Blissett, J., ve Jones, C. (2011). OCD in the perinatal period: Is postpartum OCD (ppOCD) a distinct subtype? A review of the literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 39(3): 285-310.

McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., ... ve Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*: 24(3): 283-313.

McKay, D., ve Greisberg, S. (2002). Specificity of measures of thought control. *The Journal of Psychology*. 136(2): 149-160.

Melloni, M., Urbistondo, C., Sedeño, L., Gelormini, C., Kichic, R., ve Ibanez, A. (2012). The extended fronto-striatal model of obsessive-compulsive disorder: convergence from event-related potentials, neuropsychology and neuroimaging. *Frontiers in human neuroscience*, 6, 259.

Miguel, E. C., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C. D., Mathis, M. A. D., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., ... ve Da Silva, E. D. (2008). The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Brazilian Journal of Psychiatry*: 30(3): 185-196.

Miller, E. S., Chu, C., Gollan, J., ve Gossett, D. R. (2013). Obsessive-Compulsive symptoms during the postpartum period. *The Journal of reproductive medicine*. 58(3-4): 115-122.

Moritz, S. (2008). A review on quality of life and depression in obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums*. 13(S14): 16-22.

Moulding, R., Anglim, J., Nedeljkovic, M., Doron, G., Kyrios, M., ve Ayalon, A. (2011). The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): examination in nonclinical samples and development of a short version. *Assessment*. 18(3): 357-374.

Monti, F., Agostini, F., Marano, G., ve Lupi, F. (2008). The course of maternal depressive symptomatology during the first 18 months postpartum in an Italian sample. *Archives of women's mental health*, 11(3), 231-238.

Müller, N., Putz, A., Kathmann, N., Lehle, R., Günther, W., ve Straube, A. (1997). Characteristics of obsessive-compulsive symptoms in Tourette's syndrome, obsessive-compulsive disorder, and Parkinson's disease. *Psychiatry research*. 70(2): 105-114.

Myers, S. G., Fisher, P. L., ve Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of anxiety disorders*. 23(4): 436-442.

Nelson, E., ve Rice, J. (1997). Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Psychiatry*. 154(6): 826-831.

Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., LaBuda, M., ... ve Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 57(4): 358-363.

Neziroglu, F., Anemone, R., ve Yaryura-Tobias, J. A. (1992). Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *The American journal of psychiatry*. 149(7): 947-950.

Nicolini, H., Orozco, B., Giuffra, L., Páez, F., Mejía, J., de Carmona, M. S., ... ve De la Fuente, J. R. (1997). Age of onset, gender and severity in obsessive-compulsive disorder. A study on a Mexican population. *Salud Mental*. 20(2): 1-4.

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. (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.

Okasha, A., Saad, A., Khalil, A. H., El Dawla, A. S., ve Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive psychiatry*. 35(3): 191-197.

Pallanti, S. (2008). Transcultural observations of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 165(2): 169-170.

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

Pauls, D. L. (2010). The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues in clinical neuroscience*. 12(2): 149-163.

Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A., ... ve Leckman, J. (2010). Should an obsessive–compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V?. *Depression and anxiety*. 27(6): 528-555.

Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., ve Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *The Journal of clinical psychiatry*. 67(5): 703-711.

Pittenger, C. (Ed.). (2017). *Obsessive-compulsive disorder: phenomenology, pathophysiology, and treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Purdon, C., ve Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour research and therapy*. 31(8): 713-720.

Purdon, C., ve Clark, D. A. (1994a). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*. 32(4): 403-410.

Purdon, C., ve Clark, D. A. (1994b). Perceived control & appraisal of obsessional intrusive thoughts: A replication & extension. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 22: 269-269.

Purdon, C., ve Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions*. (pp. 29-43). Amsterdam: Pergamon.

Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 3(3): 89-99.

Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour research and therapy*. 31(2): 149-154.

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., ve de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*. 16(4): 233-248.

Rachman, S. J., ve Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentic-Hall.

Rachman, S., ve Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford: Oxford University Press.

Rachman, S., ve Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. (51-78). New York: The Guilford Press.

Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., ... ve Wong, W. (2014). Part 1—You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 3(3): 269-279.

Rapoport, J. L., Ryland, D. H., ve Kriete, M. (1992). Drug treatment of canine acral lick: an animal model of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 49(7): 517-521.

Rasmussen, S. A., ve Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*. 15(4): 743-758.

Raykov, T., ve Marcoulides, G. A. (2012). *A first course in structural equation modeling*. New York: Routledge.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., ve Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*. 264(19): 2511-2518.

Righetti-Veltema, M., Bousquet, A., ve Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European child & adolescent psychiatry*, 12(2), 75-83.

Ritter, M. R., ve Hazlett-Stevens, H. (2006). The use of exposure and ritual prevention in the treatment of harm obsessions with covert compulsions. *Clinical Case Studies*. 5(6): 455-476.

Rodriguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candia, P., Navio-Acosta, M., Perez-Rodriguez, M. M., ... ve Baca-Garcia, E. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC psychiatry*. 6(1): 1-17.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., ve Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*. 15(1): 53-63.

Russell, E. J., Fawcett, J. M., ve Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*. 74(4): 377-385.

Saleem, S., ve Mahmood, Z. (2009). OCD in a cultural context: A phenomenological approach. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 24(1-2): 27-42.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*. 23(5): 571-583.

Salkovskis, P. M. (1989a). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research and therapy*. 27(6): 677-682.

Salkovskis, P. M. (1989b). Obsessions and compulsions. *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. (pp. 50–77). New York: Routledge.

Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. *Frontiers of cognitive therapy*. (pp. 48–74). New York: Guilford Press.

Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. (p. 33–50). The Guilford Press.

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 37: 29-52.

Salkovskis, P. M., ve Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions—a replication. *Behaviour Research and Therapy*. 22(5): 549-552.

Salkovskis, P. M., Richards, H. C., ve Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 23(3): 281-299.

Salkovskis, P. M., ve Wahl, K. (2003). Treating obsessional problems using cognitive-behavioural therapy. *Cognitive Therapy Across the Lifespan: Evidence and Practice*. (pp. 138-171). Cambridge: Cambridge University Press.

Sallet, P. C., De Alvarenga, P. G., Ferrão, Y., de Mathis, M. A., Torres, A. R., Marques, A., ... ve Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Eating disorders in patients with obsessive—compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *International Journal of Eating Disorders*. 43(4): 315-325.

Samuels, J. F. (2009). Recent advances in the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Current psychiatry reports*. 11(4): 277-282.

Sarason, I. G., Pierce, G. R., ve Sarason, B. R. (1996). Domains of cognitive interference. *The LEA series in personality and clinical psychology. Cognitive interference: Theories, methods, and findings.* (p. 139–152). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Saxena, S., ve Rauch, S. L. (2000). Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* 23(3): 563-586.

Sayar, K., Uğurad, I. K., ve Acar, B. (1999). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 9(3), 142-147.

Shafran, R., Thordarson, D. S., ve Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 10(5): 379-391.

Sichel, D. A., Cohen, L. S., Dimmock, J. A., ve Rosenbaum, J. F. (1993a). Postpartum obsessive-compulsive disorder: a case series. *The Journal of clinical psychiatry.* 54(4): 156-159.

Sichel, D. A., Cohen, L. S., Rosenbaum, J. F., ve Driscoll, J. (1993b). Postpartum onset of obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry.* 34(3): 277-279.

Skoog, G., ve Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry.* 56(2): 121-127.

Sookman, D., ve Pinard, G. (2002). Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions.* (pp. 63-89). Pergamon.

Speisman, B. B., Storch, E. A., ve Abramowitz, J. S. (2011). Postpartum obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 40(6): 680-690.

Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., ... ve Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V?. *Depression and anxiety*. 27(6): 495-506.

Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Riedel-Heller, S., Matschinger, H., ve Angermeyer, M. C. (2007). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: the different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathology*. 40(5): 282-289.

Stewart, S. E., ve Loh, A. S. (2017). Biological Models and Treatments for OCD in Adults. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*. (pp. 261-282). Chichester: Wiley-Blackwell.

Stewart, S. E., ve Pauls, D. L. (2010). The genetics of obsessive-compulsive disorder. *Focus*. 8(3): 350-357.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L.S. (2007). Using Multivariate Statistics. Boston: Allyn and Bacon.

Taylor, S. (2005). Dimensional and subtype models of OCD. *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder*. (pp. 27-52). Boston: Springer.

Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical psychology review*. 31(7): 1083-1100.

Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., ve Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver obsessional compulsive inventory (VOCI). *Behaviour research and therapy*. 42(11): 1289-1314.

Timpano, K. R., Abramowitz, J. S., Mahaffey, B. L., Mitchell, M. A., ve Schmidt, N. B. (2011). Efficacy of a prevention program for postpartum obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychiatric Research*. 45(11): 1511-1517.

Timpano, K. R., Rubenstein, L. M., ve 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.

Tolin, D. F., Brady, R. E., ve Hannan, S. (2008). Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 30(1): 31-42.

Tolin, D. F., Woods, C. M., ve Abramowitz, J. S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 27(6): 657-669.

Tonkonogy, J. M., Smith, T. W., ve Barreira, P. J. (1994). Obsessive-compulsive disorders in Pick's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 6(2): 176-180.

Torres, A. R., Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Diniz, J. B., Costa, D. L., Do Rosário, M. C., ... ve Fontenelle, L. F. (2014). Panic disorder and agoraphobia in OCD patients: clinical profile and possible treatment implications. *Comprehensive psychiatry*. 55(3): 588-597.

Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., ... ve Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*. 163(11): 1978-1985.

Torresan, R. C., de Abreu Ramos-Cerqueira, A. T., de Mathis, M. A., Diniz, J. B., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., ve Torres, A. R. (2009). Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive psychiatry*. 50(1): 63-69.

Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., ve Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 209(2): 186-195.

Uguz, F., Akman, C., Kaya, N., ve Cilli, A. S. (2007a). Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. *The Journal of clinical psychiatry*. 68(1): 132-138.

Uguz, F., Gezginc, K., Zeytinci, I. E., Karatayli, S., Askin, R., Guler, O., ... ve Gecici, O. (2007b). Course of obsessive-compulsive disorder during early postpartum period: a prospective analysis of 16 cases. *Comprehensive psychiatry*. 48(6): 558-561.

Uguz, F., Kaya, V., Gezginc, K., Kayhan, F., ve Cicek, E. (2011). Clinical correlates of worsening in obsessive-compulsive symptoms during pregnancy. *General Hospital Psychiatry*. 33(2): 197-199.

Uguz, F., Kaya, N., Sahingoz, M., Cilli, A. S., ve Akman, C. (2008). One year follow-up of postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: A case series. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 32(4): 1091-1092.

Watson, D., ve Wu, K. D. (2005). Development and validation of the Schedule of Compulsions, Obsessions, and Pathological Impulses (SCOPI). *Assessment*. 12(1): 50-65.

Wells, A., ve Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*. 32(8): 871-878.

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., ve Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of anxiety disorders*. 19(3): 295-311.

Wheaton, M. G., Berman, N. C., Fabricant, L. E., ve Abramowitz, J. S. (2013). Differences in obsessive–compulsive symptoms and obsessive beliefs: A comparison between African Americans, Asian Americans, Latino Americans, and European Americans. *Cognitive Behaviour Therapy*. 42(1): 9-20.

Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*. 28(3): 551-558.

Williams, A. D., Lau, G., ve Grisham, J. R. (2013). Thought–action fusion as a mediator of religiosity and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 44(2): 207-212.

Williams, K. E., ve Koran, L. M. (1997). Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *The Journal of clinical psychiatry*. 58(7): 330-334.

Williams, M. T., Chapman, L. K., Simms, J. V., ve Tellawi, G. (2017). Cross-cultural phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *The Wiley handbook of obsessive-compulsive related disorders*. (pp. 56-74). Chichester: Wiley-Blackwell.

Wisner, K. L., Peindl, K. S., ve Hanusa, B. H. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 60(3): 176-180.

van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., ve Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive–compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*. 8(5): 450-458.

Yorulmaz, O., ve Gençöz, T. (2008). OKB semptomlarında yorumlama ve kontrol süreçlerini değerlendiren İstem Dışı Düşünceleri Yorumlama Envanteri, Obsessif İnanışlar Anketi ve Düşünceleri Kontrol Anketi’nin psikometrik özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları*. 11(22), 1-13.

Yorulmaz, O., Gençöz, T., ve Woody, S. (2009). OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *Journal of anxiety disorders*. 23(3): 401-406.

Yorulmaz, O., Güngör, D., ve Gökdağ, C. (2019). Obsesif İnançlar Anketi: Kısa Formların Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Psychiatry*. 30(3): 191-199.

Yorulmaz, O., ve Işık, B. (2011). Cultural context, obsessive-compulsive disorder symptoms, and cognitions: A preliminary study of three Turkish samples living in different countries. *International Journal of Psychology*. 46(2): 136-143.

Yorulmaz, O., İnözü, M., Clark, D. A., ve Radomsky, A. S. (2015). Psychometric Properties of the Obsessive—Compulsive Inventory—Revised in a Turkish Analogue Sample. *Psychological reports*. 117(3): 781-793.

Zambaldi, C.F., Cantilino, A., Montenegro, A.C., Paes, J.A., de Albuquerque, T.L.C., ve Sougey, E.B. (2009). Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive psychiatry*. 50(6): 503-509.

Zohar, A.H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 8(3): 445-460



EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz:
☐ Erkek ☐ Kadın ☐ Diğer
3. Mesleğiniz:.....
4. Eğitim düzeyiniz (en son bitirdiğiniz okulu dikkate alınız):
☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
5. Medeni durumunuz:
☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış/Dul
6. Hangi gelir düzeyinde olduğunuzu düşünüyorsunuz?
☐ Alt ☐ Orta ☐ Üst
7. Annenizin eğitim durumu:
☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
8. Babanızın eğitim durumu:
☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
9. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?
☐ Yalnız ☐ Sadece eş ☐ Eş ve çocuklar
☐ Anne ve baba ☐ Diğer (belirtiniz:.....)
10. Çocuğunuz var mı?
☐ Evet (kaç çocuğunuz olduğunu belirtiniz:.....) ☐ Hayır
Üstteki soruya cevabınız Hayır ise 18. soruya geçiniz.
11. En küçük çocuğunuz kaç aylık?
☐ 0-3 aylık ☐ 4-7 aylık ☐ 8-11 aylık
☐ 12-15 aylık ☐ 16-18 aylık ☐ 18 ay üzer
12. En küçük çocuğunuzun doğumu nasıl gerçekleşti?
☐ Normal doğum ☐ İsteğe bağlı sezaryen ☐ Zorunlu sezaryen
13. En küçük çocuğunuzun doğum zamanı nedir?
☐ Prematüre (1-4 hafta erken) ☐ Prematüre (4 haftadan daha erken)
☐ Zamanında ☐ Postmatüre (Zamanından daha geç)
14. Hamilelik sırasında hamileliğinizi etkileyecek önemli bir sağlık problemi yaşadınız mı?
☐ Evet (ne olduğunu belirtiniz:.....) ☐ Hayır
15. Doğum sırasında önemli bir sağlık problemi yaşadınız mı?
☐ Evet (ne olduğunu belirtiniz:.....) ☐ Hayır
16. Doğum sırasında bebeğiniz önemli bir sağlık problemi yaşadı mı?
☐ Evet (ne olduğunu belirtiniz:.....) ☐ Hayır
17. Bugüne kadar herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı (psikiyatrik tanı) aldınız mı?
☐ Evet (belirtiniz:.....) ☐ Hayır
18. Bugüne kadar psikiyatrik ve/veya psikolojik bir tedavi aldınız mı?
☐ Tedavi almadım ☐ Psikiyatrik ilaç tedavisi
☐ Psikoterapi ☐ İlaç tedavisi ve psikoterapi ☐ Diğer
19. Şu anda psikiyatrik ve/veya psikolojik bir tedavi alıyor musunuz?
☐ Tedavi almıyorum ☐ Psikiyatrik ilaç tedavisi
☐ Psikoterapi ☐ İlaç tedavisi ve psikoterapi ☐ Diğer
20. Ailenizde psikiyatrik tanı alan biri var mı?
☐ Evet (kim olduğunu ve tanısını belirtiniz:.....) ☐ Hayır

EK 2: Obsesif İstem Dışı Düşünceler Envanteri (OİDE)

Örnek Maddeler

I. BÖLÜM

0. HİÇ. Böyle bir istem dışı düşüncem hiç olmadı.

1. NADİREN. Tüm hayatım boyunca bir veya iki kez aklıma böyle bir istem dışı düşünce geldi.

2. ARADA SIRADA. Yılda birkaç kez aklıma böyle bir istem dışı düşünce gelir.

3. ZAMAN ZAMAN. Ayda bir veya iki kez aklıma böyle bir istem dışı düşünce gelir.

4. SIKLIKLA. Hafta bir veya iki kez aklıma böyle bir istem dışı düşünce gelir.

5. ÇOK SIK. Hemen her gün aklıma böyle bir istem dışı düşünce gelir.

6. HER ZAMAN. Gün içerisinde sıklıkla aklıma böyle bir istem dışı düşünce gelir.

Araba kullanırken.....ile ilgili istem dışı düşüncelerim olur:

1.	Birine çarpmak (yaya, hayvanlar gibi) ya da bir trafik kazasına yol açmak	0	1	2	3	4	5	6
2.	Bir şeye çarpmak (bir dükkan vitrinine, ağaca, direğe vb.).	0	1	2	3	4	5	6

Keskin bir nesne (mutfak bıçağı, tıraş bıçağı gibi) veya bir alet kullanırken.....ile ilgili istem dışı düşüncelerim olur:

3.	Kendimi kesmek veya bıçaklamak (makas vb. bir aletle).	0	1	2	3	4	5	6
4.	Tanımadığım birini kesmek ya da bıçaklamak (makas vb. bir aletle).	0	1	2	3	4	5	6
5.	Bir yakınımı (aileden biri, yakın bir arkadaş) yaralamak veya incitmek.	0	1	2	3	4	5	6

Yüksek bir yerdeyken (bir uçurum, köprü, yüksek bir yapı gibi).....ile ilgili istem dışı düşüncelerim olur:

6.	Yüksek yerden kendimi aşağı atmak	0	1	2	3	4	5	6
7.	Yüksek yerden birini aşağı itmek	0	1	2	3	4	5	6

Trafikteyken ya da tren yolu/metro hattı yakınındayken.....ile ilgili istem dışı düşüncelerim olur:

8.	Tren, metro veya arabanın önüne atlamak	0	1	2	3	4	5	6
----	---	---	---	---	---	---	---	---

Başkalarının yanındayken ve ortada hiçbir sebep yokken.....ile ilgili istem dışı düşüncelerim olur:

9.	Yabancı insanlara veya hayvanlara fiziksel olarak zarar vermek (yumruklamak, tekmelemek, vurmak gibi)	0	1	2	3	4	5	6
10.	Yakınımdaki insanlara fiziksel olarak zarar vermek (yumruklamak, tekmelemek, vurmak gibi)	0	1	2	3	4	5	6

II. BÖLÜM A. KISMI

- Şimdi **BİR ÖNCEKİ LİSTEYE** tekrar bakın; bakarken geçtiğimiz **SON ÜÇ AY** içerisinde bu istem dışı düşüncelerin hangilerinin aklınıza geldiğini düşünün.
- Peki, bu istem dışı düşüncelerden hangisini en **NAHOŞ, RAHATSIZLIK VERİCİ** veya **HUZURSUZ EDİCİ** buldunuz. Lütfen bu düşünceyi (veya düşünceleri) buraya yazın:

Son üç aydır aklıma gelenler içinde en çok **RAHATSIZ EDİCİ** bulduğum istem dışı düşüncenin bir önceki listedeki (I.BÖLÜM'deki liste) numarası: _____.

AŞAĞIDAKİ SORULARI CEVAPLARKEN SADECE SİZE EN ÇOK RAHATSIZLIK VEREN İSTEM DIŞI DÜŞÜNCEYİ DİKKATE ALIN. DURUMUNUZU EN İYİ TEMSİL EDEN RAKAMI DAİRE İÇİNE ALINIZ:

1. İste dışı düşünce sizin için ne kadar RAHATSIZ EDİCİ? ? Bu istem dışı düşünce aklınıza geldiğinde 0. Hiç değil 1. Çok az düzeyde 2. Rahatsız edici 3. Oldukça rahatsız edici 4. Aşırı düzeyde rahatsız edici	kendinizi ne kadar KAYGILI hissediyorsunuz? 0. Kaygılı hissetmiyorum 1. Çok az kaygılı hissediyorum 2. Kaygılı hissediyorum 3. Çok kaygılı hissediyorum 4. Aşırı düzeyde kaygılı hissediyorum
3. Bu istem dışı düşünce aklınıza geldiğinde kendinizi ne kadar ÜZGÜN hissediyorsunuz? 0. Üzgün hissetmiyorum 1. Çok az üzgün hissediyorum 2. Üzgün hissediyorum 3. Çok üzgün hissediyorum 4. Aşırı düzeyde üzgün hissediyorum	4. Bu istem dışı düşünce aklınıza geldiğinde kendinizi ne kadar SUÇLU hissediyorsunuz? 0. Suçlu hissetmiyorum 1. Çok az suçlu hissediyorum 2. Suçlu hissediyorum 3. Çok suçlu hissediyorum 4. Aşırı düzeyde suçlu hissediyorum
5. Bu istem dışı düşünce aklınıza geldiğinde kendinizi ne kadar UTANMIŞ hissediyorsunuz? 0. Utanmış hissetmiyorum 1. Çok az utanmış hissediyorum 2. Utanmış hissediyorum 3. Çok utanmış hissediyorum 4. Aşırı düzeyde utanmış hissediyorum	6. Bu istem dışı düşünceyi KONTROL ETMEK veya BASTIRMAK sizin için ne kadar zor? 0. Kontrol etmesi hiç zor değil 1. Kontrol etmesi biraz zor 2. Kontrol etmek zor 3. Kontrol etmek oldukça zor 4. Kontrol etmek aşırı düzeyde zor

II. BÖLÜM B.KISMI

- Aşağıda insanların istem dışı düşüncelerin duydukları sıkıntıyı azaltmak ya da bunları kafalarından uzaklaştırmak için kullandıkları çeşitli **stratejilerin** bir listesi bulunmaktadır.
- Şimdi her bir stratejiyi okuyun ve daha önce **EN ÇOK RAHATSIZ EDİCİ** olarak seçtiğiniz istem dışı düşüncenizden kurtulmak için ne sıklıkla kullandığınızı yazın. Derecelendirme yaparken de aşağıdaki tabloyu kullanabilirsiniz.

0: Asla bu stratejiyi kullanmam
1: Nadiren bu stratejiyi kullanırım
2: Bazen bu stratejiyi kullanırım
3: Sıklıkla bu stratejiyi kullanırım
4: Her zaman bu stratejiyi kullanırım

AŞAĞIDAKİ SORULAR DAHA ÖNCE BELİRLEDİĞİNİZ EN ÇOK RAHATSIZLIK VEREN İSTEM DIŞI DÜŞÜNCELERİNİZ İLE İLGİLİDİR:

1.	Başka şeyler düşünerek dikkatimi dağıtırım.	0	1	2	3	4
2.	Başka şeyler yaparak dikkatimi dağıtırım (radyoyu ya da TV'yi açmak, başka biriyle konuşmak gibi)	0	1	2	3	4
3.	İstem dışı düşüncenin yol açtığı rahatsızlığa karşı etkisi olacağına inandığım başka bir görüntü ya da düşünceyi, zihnimde oluşturmaya çalışırım (belirli bir kelimeyi ya da ifadeyi söylemek, bir duayı düşünmek, tam tersi olan düşünceler veya hoş görüntüler gibi)	0	1	2	3	4
4.	İstem dışı düşüncenin yol açtığı rahatsızlığı azaltacağına inandığım bir şey yaparım. Örneğin:					
a	Bir şeyleri temizlemek/yıkamak	0	1	2	3	4
b	Kontrol etmek	0	1	2	3	4
c	Bir davranışı tekrar etmek	0	1	2	3	4
d	Bir şeyleri düzenlemek	0	1	2	3	4
5.	Kendimi, istem dışı düşüncemin önemli olmadığına, hiçbir anlamı olmadığına veya bunu yaşadığım için endişelenmeme gerek olmadığına ikna etmeye çalışırım.	0	1	2	3	4
6.	Bu istem dışı düşüncenin aklıma gelmesi ile ilgili bir açıklama bulmaya çalışırım.	0	1	2	3	4
7.	Bu istem dışı düşüncenin önemli olmadığına, kötü bir şeyin gerçekleşmeyeceğine dair kendime güvence vermeye veya başka insanlardan güvence aramaya çalışırım.	0	1	2	3	4
8.	Kendimi, her şeyin yolunda olduğuna ikna etmeye çalışırım.	0	1	2	3	4
9.	Kendime “dur”, “artık düşünme”, “bırak” gibi şeyler söylerim.	0	1	2	3	4
10.	Kurtulmak için hiçbir şey yapmam; geçip gitmesine izin veririm.	0	1	2	3	4

EK 3: Obsesif Kompulsif Envanteri-Gözden Geçirilmiş Form (OKE-GGF)

Örnek Maddeler

Aşağıdaki ifadeler, birçok kişinin günlük yaşamlarındaki deneyimlerine işaret etmektedir. Geçtiğimiz ay boyunca, belirtilen durumun sizi ne kadar rahatsız ettiğini ya da sıkıntıya soktuğunu en iyi ifade eden sayıyı işaretleyiniz. Sayılar aşağıdaki, sözel ifadelere karşılık gelmektedir.

	0	1	2	3	4
	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Aşırı derece
1. Bir şekilde elime geçmiş olan birçok şeyi biriktiririm.	0	1	2	3	4
2. Bir şeyleri gereğinden fazla kontrol ederim	0	1	2	3	4
3. Nesneler düzgün bir şekilde yerleştirilmemişse huzursuz olurum.	0	1	2	3	4
4. Bir şeyleri yaparken sayma zorunluluğu hissedirim	0	1	2	3	4
5. Yabancıların ya da belirli kişilerin dokunduğunu bildiğim nesnelere dokunmakta zorlanırım	0	1	2	3	4
6. Düşüncelerimi kontrol etmekte zorlanırım	0	1	2	3	4
7. İhtiyacım olmayan şeyleri biriktiririm.	0	1	2	3	4
8. Kapı, pencere, çekmece gibi şeyleri tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
9. Benim düzenlediğim şeylerin başkası tarafından değiştirilmesinden rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
10. Belirli numaraları tekrarlama zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4

EK 4: Obsesif İnançlar Envanteri-Gözden Geçirilmiş Form (OİA-20)

Örnek Maddeler

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 yansıtır 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. Bir şeyden tamamıyla emin değilsem, kesin hata yaparım	1	2	3	4	5	6	7
2. Değerli biri olmam için yaptığım her şeyde mükemmel olmalıyım	1	2	3	4	5	6	7
3. Zarar verme/görme olasılığı çok az olsa bile, ne yapıp edip onu engellemeliyim	1	2	3	4	5	6	7
4. Bana göre, kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında onları gerçekleştirmek kadar kötüdür	1	2	3	4	5	6	7
5. Bir tehlikeyi önceden görmeme karşın bir harekette bulunmazsam, herhangi bir sonuç için suçlanacak kişi konumuna ben düşerim	1	2	3	4	5	6	7
6. Her türlü günlük aktivitede, zarar vermeyi engellemede başarısız olmak kasten zarar vermek kadar kötüdür	1	2	3	4	5	6	7
7. Benim için, zararı önlememek zarar vermek kadar kötüdür	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir hata yaparsam üzüntülü olmalıyım	1	2	3	4	5	6	7
9. Benim için, her şey mükemmel olmazsa işler yolunda sayılmaz	1	2	3	4	5	6	7
10. Müstehcen düşüncelerin aklımdan geçmesi çok kötü bir insan olduğum anlamına gelir	1	2	3	4	5	6	7

EK 5: Düşünce Kontrol Anketi (DKA)

Örnek Maddeler

Birçok insanın aklına zaman zaman kontrol edilmesi zor olan nahoş ve/veya istenmeyen düşünceler (sözel ve/veya görsel olarak) gelebilir. Bu ankette, *genel olarak* bu tür düşünceleri kontrol etmek üzere kullanılan teknikleri ele almaktayız.

Aşağıda, bu tür düşünceleri kontrol etmek için kullanılan bir dizi yöntem bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir tekniği ne sıklıkla kullandığınızı uygun rakamı *yuvarlak içine alarak* belirtiniz. Ankette doğru veya yanlış cevap yoktur. Cevaplarken her bir madde üzerinde çok fazla zaman harcamayınız.

Aklıma nahoş ve/veya istenmeyen bir düşünce geldiğinde:

		Asla	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
1	Onun yerine aklıma olumlu şeyler getirmeye çalışırım	1	2	3	4
2	Kendime bu kadar aptal olma derim	1	2	3	4
3	İstenmeyen düşünceye odaklanırım	1	2	3	4
4	O düşünce yerine, daha önemsiz bir kötü şeyi düşünmeye çalışırım	1	2	3	4
5	Bu düşüncemden hiç kimseye bahsetmem	1	2	3	4
6	Böyle bir şeyi düşündüğüm için kendimi cezalandırırım	1	2	3	4
7	Başka endişelerim üzerine odaklanırım	1	2	3	4
8	Düşüncemi kendime saklarım	1	2	3	4
9	Onun yerine, kendimi işle meşgul ederim	1	2	3	4
10	Düşüncenin ne kadar geçerli olduğunu sorgularım	1	2	3	4