



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA FARKLI İÇGÖRÜ ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

NARİN HİHAL ÖZDAĞ

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Prof. Dr. ATİLA EROL

2022-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA FARKLI
İÇGÖRÜ ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

NARİN HİLAL ÖZDAĞ

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Prof. Dr. ATİLA EROL

2022-SAKARYA

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecimde değerli bilgi ve tecrübeleri ile yolumu aydınlatan, başta Anabilim Dalı Başkanımız ve saygıdeğer tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Atila EROL olmak üzere, farklı bakış açıları ve sağduyulu yaklaşımları ile sadece psikiyatriye dair değil hayata dair de kendisinden pek çok şey öğrendiğim, mesleki gelişimin yanında insani açıdan da bana çok şey katan kıymetli hocam Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ' ye, kliniğimiz ve asistanlık eğitimimiz için gösterdiği özverinin yanında, psikiyatri ve psikoterapiye dair bilgisine, sonu yokmuş gibi görünen öğrenme ve öğretme heyecanına gıpta ile baktığım, bu zorlu süreçte zamanını, sabrını ve desteğini benden esirgemeyerek, düştüğümde elimi tutan sevgili hocam, Prof. Dr. Esra YAZICI' ya, klinik yaklaşımı ve teorik bilgisi ile olduğu kadar birlikte yaptığımız terapilerde de ufkumu genişleten, abiliği ve anlayışıyla ayrıca değerli hocam Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI' ya;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, sevgili asistan ve uzman hekim arkadaşlarıma;

Güler yüzleri ve içtenlikleri ile sadece hastalarımıza değil, bizlere de iyi gelen, birbirimize “hanım” desek de birçoğu abla-kardeş gibi hissettiren, psikiyatri kadın, erkek, AMATEM servislerinde, TRSM’de ve polikliniklerde çalışan hemşirelerimize, sekreter, güvenlik ve personel ekibine içtenlikle teşekkür ederim.

Ve, bugünlerimin asıl mimarları, kendileri yanımda olamasa da sevgilerini, desteklerini hiç esirgemeyen, her bunaldığım da hissedip arayarak içimi ısıtan anneme, bana hep güvenen ve her zaman güven veren babama, yıllardır içinde olduğum eğitim hayatım nedeniyle birlikte büyüymediğimiz sevgili kardeşime,

Her zaman olduğu gibi beni yine yalnız bırakmayan, sonsuz sevgisi ve tez yazım sürecimdeki desteği için biricik eşim Dr. Murat ÖZDAĞ' a,

En çok da, küçücük yüreğindeki kocaman sevgisi, yorulduğumda bana güç veren neşesi ve 5 yaşında olmasına rağmen gösterdiği inanılmaz anlayışı için canım oğlum Alp'ime sonsuz teşekkürlerimle...

Dr. Narin Hilal ÖZDAĞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	11
2. GENEL BİLGİLER	14
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	14
2.1.1. Tanım ve tarihçe.....	14
2.1.2. Tanı	15
2.1.3. Yaygınlık ve sıklık	17
2.1.4. Klinik özellikler	18
2.1.4.1. Belirti tiplerine göre yaklaşım.....	18
2.1.4.2. Belirti boyutlarına göre yaklaşım.....	21
2.1.4.3. Obsesyonların niteliğine göre OKB yaklaşımı	22
2.1.4.4. Ek hastalık özelliklerine göre OKB yaklaşımı.....	23
2.1.5. Etiyoloji.....	23
2.1.5.1. Psikososyal kuramlar	23
2.1.5.1.1. Psikanalitik teori.....	23
2.1.5.1.2. Obsesif kompulsif bozukluk ve davranışçı model	24
2.1.5.1.3. Obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı model.....	24
2.1.5.1.4. Metakognitif model.....	25
2.1.5.2. Obsesif kompulsif bozukluk nörobiyolojisi.....	26
2.1.5.2.1. Nöroanatomi ve nörogörüntüleme	26
2.1.5.2.2. Nörokimyasal faktörler	27
2.1.5.2.3. Nöroimmunoloji.....	27

2.1.5.2.4. Genetik	28
2.1.5.3. Nöropsikoloji.....	28
2.1.6. Ek hastalıklar.....	28
2.1.7. Klinik gidiş	29
2.1.8. Tedavi.....	30
2.1.8.1. Farmakoterapi	30
2.1.8.2. Bilişsel davranışçı terapi	30
2.1.8.3. Diğer tedavi yöntemleri.....	30
2.2. İçgörü	31
2.2.1. İçgörünün fenomenolojisi	31
2.2.1.1. Tanım	31
2.2.1.2. İçgörü eksikliğinin farklı etyolojik modelleri	34
2.2.1.2.1. Klinik model.....	34
2.2.1.2.2. Psikolojik model.....	35
2.2.1.2.3. Nöropsikolojik model.....	35
2.2.1.2.4. Nöroanatomik model.....	35
2.2.1.2.5. Sürekli model	35
2.2.1.3. İçgörünün farklı kuramsal yaklaşımlarda ele alınışı	36
2.2.2. Psikotik hastalıklarda içgörü	36
2.2.3. Obsesif kompulsif bozukluk ve içgörü	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Evren ve Örneklem	42
3.2. Yöntem.....	42
3.2.1. Hasta grubu	42
3.3. Veri Toplama Araçları	43
3.3.1. Sosyodemografik-klinik özellikler veri formu.....	43
3.3.2. Yale-brown obsesyon kompulsiyon ölçeği ve semptom kontrol listesi (YBOKÖ ve YBOKÖ-KL)	44
3.3.3. Maudsley obsesif kompulsif soru listesi (MOKSL).....	45
3.3.4. Aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği (ADDÖ)	45
3.3.5. Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ).....	47
3.3.6. Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ)	48

3.3.7. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ).....	49
3.3.8. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ)	50
3.3.9. Üstbiliş ölçeği- 30 (ÜBÖ-30).....	50
3.4. İstatistiksel Analiz.....	51
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	52
4. BULGULAR	53
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	53
4.2. Klinik Ölçekler ve İçgörü Değerlendirme Ölçekleri.....	63
4.3. Sosyodemografik ve Klinik Verilere Göre İçgörü Düzeyleri	66
4.4. Semptom Şiddeti (YBOKÖ) ile Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları ..	71
4.5. Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30) ile Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları	72
4.6. Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları	74
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	76
5.1. Sosyodemografik- Klinik Özellikler ve İçgörü.....	77
5.2. Semptom Şiddeti ve İçgörü	79
5.3. Üstbilişsel Faktörler ve İçgörü	80
5.4. Üstbilişsel Faktörler ve Semptom Şiddeti.....	82
5.5. Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları	82
6. KAYNAKLAR	87
7. EKLER.....	104
EK-2: Sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu.....	104
EK-3: Yale brown obsesyon kompulsiyon ölçeği ve semptom kontrol listesi (YBOKÖ, YBOKÖ-KL)	106
EK-4: Maudsley obsesif- kompulsif soru listesi (MOKSL)	110
EK-5: Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (ADDÖ)	111
EK-6: Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ).....	118
EK-7: Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ)	121
EK-8: İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ)	122
EK-9: Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ)	123
EK-10: Üstbiliş ölçeği (ÜBÖ-30)	124

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

5-HIAA: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit

ADDÖ: Aşırı Değer Verilmiş Düşünceler Ölçeği

AGBHS: A Grubu Beta Hemolitik Streptokok

AHİÖ: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği

AP: Antipsikotik

ASK: Anterior Singulat Korteks

BİÖ: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BDS: Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu

BF: Bilişsel Farkındalık

BG: Bilişsel Güven

BİDÖ: Brown İnaçları Değerlendirme Ölçeği

BPB: Bipolar Bozukluk

DKİ: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı,,

DSM: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık örgütü

fMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

ICD-10: International Classification of Disease-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması- 10)

İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

KE: Kendinden Eminlik

KET: Kontrol Edilemezlik ve Tehlike

KİE: Kendini İfade Etme

MDB: Major Depresif Bozukluk

MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

NAA: N-asetil-aspartat

OFK: Orbitofrontal Korteks

Oİ: Olumlu İnançlar

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PANDAS: Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediyatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

PFK: Prefrontal Korteks

SCID-5: DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SERT: Serotonin Taşıyıcısı

SGİ: Serotonin Gerilim İnhibitörü

SPECT: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi

SS: Standart Sapma

SSGI: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü

TAD: Trisiklik Antidepresan

TMU: Transkraniyal Manyetik Uyarım

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği 30

YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

YBOKÖ-11: Yale Brown Obsesyon.-Kompulsiyon Ölçeği 11. Maddesi

YBOKÖ-KL: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği – Kontrol Listesi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Bilişsel davranışçı model (Senormancı ve ark., 2012).....	24
Şekil 4.1. Cinsiyetlere göre hasta sayıları.....	42
Şekil 4.2. Cinsiyet medeni durum ilişkisi.....	43
Şekil 4.3. Cinsiyet ve eğitim düzeyi ilişkisi.....	55
Şekil 4.4. Cinsiyet ve çalışma durumu ilişkisi.....	55
Şekil 4.5. Cinsiyetlere göre birlikte yaşanan kişiler.....	45
Şekil 4.6. Hasta sayılarına göre ek psikiyatrik hastalıklar.....	47
Şekil 4.7. Hastaların mevcut tedavileri.....	61

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler	566
Tablo 4.2. Klinik özelliklere göre hasta sıklığı ve sayısı	59
Tablo 4.3. YBOKÖ- KL'ye göre obsesyon ve kompulsiyon tiplerinin dağılımı.....	62
Tablo 4.4. MOKSL puan ortalamaları	62
Tablo 4.5. Uygulanan klinik ölçekler ve ortalama puanları	64
Tablo 4.5. Uygulanan klinik ölçekler ve ortalama puanları (devam).....	53
Tablo 4.6. Kategorik içgörü puanlarının sıklığı	65
Tablo 4.7. Cinsiyet ve medeni duruma göre içgörü ölçeklerinden alınan puanlar.....	55
Tablo 4.8. Hastalık başlangıç yaşı ve ek psikiyatrik hastalık varlığına göre içgörü ölçeklerinden alınan puanlar.....	56
Tablo 4.9. Obsesyon tiplerine göre içgörü puanları	70
Tablo 4.9. Obsesyon tiplerine göre içgörü puanları (devam).....	58
Tablo 4.10. YBOKÖ ile içgörü ölçeklerinin korelasyonları	72
Tablo 4.11. ÜBÖ-30 ile içgörü ölçeklerinin korelasyonları	73
Tablo 4.12. İçgörü ölçekleri arasındaki korelasyonlar	75
Tablo 5.1. OKB'de içgörü konulu çalışmalar ve değerlendirme araçları.....	76
Tablo 5.1. OKB'de içgörü konulu çalışmalar ve değerlendirme araçları (devam)....	77

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Obsesif Kompulsif Bozuklukta (OKB) içgörünün yeri ve önemine dair uzun zamandır süren tartışmalar sonucunda, OKB’de içgörü vardır noktasından, hastaların önemli bir bölümünde içgörü yoktur noktasına gelinmiştir. Sonrasında içgörünün şiddet belirteci olduğu düşünülmüş ancak bu görüş, içgörünün OKB için sadece bir alt tip belirteci olduğu şeklinde değişmiştir. İçgörü kavramının kapsamı ve ölçüm şekli konuları da tartışmalıdır. İçgörü ile klinik belirtiler ilişkisi konusunda çokça çalışma yapılmış, tartışmalı sonuçlara ulaşılmıştır. OKB’de farklı içgörü ölçeklerinin korelasyonlarını, klinik belirtiler ve üstbilişlerle ilişkilerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışma Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, 18-65 yaş arası 64 OKB hastası ile yapılmıştır. Hastalarla öncelikle DSM-5e uyarlı SCID-1 görüşmesi yapılmış, sosyodemografik-klinik özellikler formu kullanılmıştır. Hekim tarafından Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Semptom Kontrol Listesi, içgörü ölçekleri olarak Brown İnaçları Değerlendirme Ölçeği (BİDÖ), Aşırı Değerlendirilmiş Düşünceler Ölçeği (ADDÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği(AHİÖ) uygulanmıştır. Özbildirim ölçekleri olan Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) ve Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30) hastalar tarafından doldurulmuştur.

BULGULAR: Demografik verilere göre içgörü düzeylerinde farklılık bulunmamıştır. OKB belirti şiddeti (YBOKÖ) ile içgörü ölçekleri arasında (BİDÖ, ADDÖ, YBOKÖ-11, AHİÖ, İÜBDÖ, BBİÖ) korelasyon saptanmamıştır. İçgörü ölçekleri ile ÜBO-30 arasında da korelasyon saptanmamıştır. Ancak YBOKÖ ve ÜBO-30 arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Otojen tipin bilişsel içgörülerini reaktif tipten daha yüksek bulunmuştur. İçgörü ölçekleri kendi aralarında anlamlı korelasyon göstermiştir. BBİÖ ile diğer içgörü ölçekleri korele değildir.

SONUÇ: OKB semptom şiddeti ile 6 farklı içgörü ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır; içgörünün nitel ya da nicel, tek boyutlu ya da çok boyutlu değerlendirilmesi önemli bir farklılık arz etmemiştir. Üstbilişler ile içgörü ölçekleri arasında da korelasyon bulunmazken, OKB hastalık şiddeti arttıkça patolojik üstbiliş süreçlerinin arttığı gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İçgörü, içgörü ölçekleri, obsesif kompulsif bozukluk, üstbiliş

ABSTRACT

Comparison of different insight scales in patients with obsessive compulsive disorder

OBJECTIVES: As a result of long-standing debates on the place and importance of insight in Obsessive Compulsive Disorder; from the point that there is insight in OCD, it has been reached to the point that there is no insight in a significant part of the patients. Insight was thought to be a determinant of severity, but this view has changed to that insight is only a subtype determinant for OCD. Scope and the measurement method of insight concept are controversial. There are many studies about the relationship between insight and clinical symptoms, and controversial results have been reached. This study aims to compare different insight scales and to examine the relations of these scales with clinical symptoms and metacognition.

METHODS: This study was conducted in Sakarya Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, with 64 patients between the ages of 18-65 who were diagnosed with OCD through SCID-1 for DSM-5. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) and Symptom Checklist, The Brown Assessment of Beliefs Scale, Overvalued Ideas Scale, Schedule for Assessing the Three Components of Insight and Scale of Unawareness of Mental Disorder were administered by the physician. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory, Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) and Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30) were self reported. A correlation analysis was conducted among the insight scales.

RESULTS: No difference in insight levels was found according to demographic data. Correlation between OCD symptom severity and insight scales was not detected. No correlation was observed between insight scales and MCQ-30. A significant correlation was found between YBOCS and MCQ-30. Cognitive insights of the autogenous-type were found higher than the reactive-type. Significant correlations between insight scales, except BCIS, were found.

CONCLUSION: No significant correlation was found between OCD symptom severity and 6 different insight scales; qualitative or quantitative, unidimensional or multidimensional evaluation of insight did not differ significantly. While there was no correlation between metacognitions and insight scales; a significant correlation was found between symptom severity and metacognitions.

Keywords: Insight, insight scales, metacognition, obsessive compulsive disorder

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB); tekrarlayan obsesyonlar (takıntı) ve kompulsiyonlardan (zorlantı) birinin ya da her ikisinin birlikte olması ile tanımlanan, çoğunlukla süreğen, bazen epizodik seyir gösteren, kişinin işlevselliğinde ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilen bir ruhsal bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Klinik psikiyatride çok sık kullanılıyor olsa da “içgörü” terimi için üzerinde uzlaşılmış tek bir tanım yoktur. 'İçgörü' genellikle kişinin akıl hastalığını tanıma becerisine, psikopatolojik deneyimleri hakkındaki bilgisine ve belirtilerinin türü, ciddiyeti ve sonuçlarına ilişkin farkındalıklarına atıfta bulunur (Sanz ve ark., 1998). İçgörü kişinin hastalığı ile ilgili farkındalığı ve bunu anlamlandırmasının ne düzeyde olduğudur; kişi hasta olduğunu bütünüyle reddedebilir ya da bir sorun olduğunu kabullense bile sebebinin diğer kişiler ya da çevresel faktörler olduğunu iddia edebilir (Sadock ve ark., 2007). İçgörü kavramı son zamanlarda, üst biliş yani “düşünme hakkında düşünme” ile birlikte klinik içgörüyü de içerecek şekilde genişlemiştir (Lysaker ve ark., 2010).

Obsesif kompulsif bozuklukta içgörü, obsesyon ve kompulsiyonları mantıksız olarak değerlendirebilme ve bunlarla mücadele etmek için çaba gösterebilme yeteneğini ifade eder (Türksoy ve ark., 2002). 1995 yılında yapılan DSM-IV saha araştırması sonuçlanana kadar OKB hastalarının iyi içgörüye sahip oldukları kanısı hakim olmakla birlikte bu çalışma ile hastaların %30'unun; semptomlarının aşırı ya da mantıksız olmadığını kısmen ya da kesin olarak düşündüğü görülmüştür (Foa ve ark., 1995). Psikiyatri literatüründe içgörü ile ilgili araştırmaların genellikle şizofreni, OKB, duygudurum bozuklukları, beden dismorfik bozukluğu, anoreksiya nervroza ve sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda yapıldığı görülmektedir. Bu hastalıklarda içgörü düzeylerinin prognoz, tedaviye uyum, hastalığın şiddeti ile ilişkisinin

araştırılması yanında nörobilişsel işlevler ve beyinde meydana gelen yapısal değişiklikler açısından da değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır. İçgörü, OKB bağlamında çok yönlü bir kavram olarak kabul edilir. OKB hastalarında yapılan çalışmalara bakıldığında da içgörü oranlarının değişkenlik gösterdiği görülmektedir. OKB olgularında içgörüsü az ya da içgörüsüz hastaların oranı yapılan çeşitli çalışmalarda %13,8 ile 36 arasında değişmektedir (Catapano ve ark., 2010; Jacob ve ark., 2014; Marazziti ve ark., 2002). Literatürde, OKB hastalarının içgörü düzeylerinin hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar olmakla birlikte (Bulut ve ark., 2014; Catapano ve ark., 2010; Türksoy ve ark., 2002), anlamlı ilişki bulunmadığını bildiren araştırmalar da vardır (Marazziti ve ark., 2002). Ayrıca olguların içgörü oranları ile demografik ve klinik özelliklerinin ilişkilerini değerlendiren çokça araştırma mevcuttur ancak genel olarak farklı verilerin elde edildiği görülmektedir. Araştırmaların çok büyük kısmında sadece tek bir içgörü ölçeği ile değerlendirme yapıldığı görülmüştür (De Avila ve ark., 2019; Marková ve Berrios, 1995). Elde edilen verilerdeki farklılıklar nedeniyle içgörünün OKB deki yeri ve içgörü kavramının kendisi ile ilgili tartışmalar devam etmektedir.

Obsesif kompulsif bozuklukta içgörü ile ilgili tartışmalı bulgular mevcut değerlendirme araçlarının kavramsal temeli ve ölçme şekli ile ilgili olabilir. Yapılan çalışmalarda OKBde içgörü ile ilgili tartışmalı bulguların elde edilmiş olması, çalışmalarda farklı ölçeklerin kullanılmış olması ve genellikle tek bir içgörü ölçeği ile değerlendirme yapılmış olmasının yanında, mevcut değerlendirme araçlarının kavramsal temeli ve ölçme şekli ile ilgili olabileceği düşüncesinden yola çıkarak yapılan literatür taramasında; OKB hastalarında içgörü ölçümünde kullanılan dört farklı ölçeğin (BİDÖ, ADDÖ, BBİÖ ve Y-BOCS 11. Madde) birbiriyle ve DSM-IV ün içgörü ölçütü ile uyumunun değerlendirildiği, İsrail’de yapılan bir çalışmada; BBİÖ haricindeki ölçekler arasında yüksek korelasyonlar saptandığı görülmüştür (Shimshoni ve ark., 2011). İspanya da yapılan, içgörüyü BİDÖ, ADDÖ, Y-BOCS 11. Madde ve AHİÖ olmak üzere dört farklı ölçek ile değerlendiren benzer bir çalışmanın sonucunda da ADDÖ ve BİDÖ arasında güçlü korelasyon bulunmuştur (Guillen-Font ve ark., 2021). OKB hastalarında içgörü ile üstbilişler arasındaki

ilişkiyi inceleyen kısıtlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Ekinci ve Ekinci, 2016; Önen ve ark., 2013; Yılmaz ve ark., 2020). Türkiye’de yapılmış, OKB’de içgörü ölçeklerinin karşılaştırıldığı ve ölçeklerin korelasyonlarına bakılan bir çalışma saptanmamıştır.

Bu çalışmada DSM-5 uyarlı psikiyatrik görüşme ile OKB tanısı almış hastalarda; Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin 11. Maddesi (YBOKÖ-11), Brown İnaçları Değerlendirme Ölçeği (BİDÖ), Aşırı Değer Verilmiş Düşünceler Ölçeği (ADDÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ) ve Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) olmak üzere 6 farklı içgörü değerlendirme aracı aynı görüşmede uygulanarak içgörü düzeyleri ölçülmüştür. Semptomlarının şiddeti ve tipi Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Tarama Listesi (YBKÖ-KL) ile belirlenmiş, obsesif kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığını ölçmek için Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) kullanılmıştır. Kişilerin metakognisyonlarını belirlemek üzere ise Üstbilis Ölçeği (ÜBÖ-30) kullanılmıştır.

Bu çalışma:

1. Obsesif kompulsif bozuklukta içgörü düzeylerinin, farklı sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisini araştırmayı,
2. Obsesif kompulsif bozukluk olgularındaki üstbilislerin farklı ölçeklerle değerlendirilen içgörü düzeyleri ve hastalık şiddeti ile ilişkisini incelemeyi,
3. Obsesif kompulsif bozuklukta içgörünün değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan yukarıdaki altı ölçek için; ölçek farklılığının OKB tiplerine göre farklılık gösterip göstermediği, ölçeklerin birbiriyle korelasyonlarını incelemeyi hedeflemiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım ve tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB); yineleyici obsesyonlar (takıntı) ve kompulsiyonlardan (zorlantı) birinin ya da her ikisinin birlikte olması ile tanımlanan, çoğunlukla süregelen, bazense epizodik seyir gösteren, kişinin işlevselliğinde ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilen, bir ruhsal bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Obsesyonlar, kişinin bilincine istenmeden gelen kişiye rahatsızlık veren ve anksiyete yaratan, benliğe yabancı, yineleyen, ısrarlı, zorlayıcı, düşünce, dürtü, söz veya imgelerdir. Kompulsiyonlar ise kişinin obsesyonundan kaynaklanan sıkıntıyı ortadan kaldırmak veya bir "tamlık" duygusu elde etmek için belirli kurallara göre yapmak zorunda hissettiği tekrarlayan davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Hastalar obsesyonlarının mantıksız olduğunu düşünür ve hem obsesyon hem de kompulsiyonları benliğe yabancı (ego-distonik) olarak yaşarlar. Her ne kadar kompulsif hareket obsesyon ile ilişkili kaygıyı azaltmak için yapılsa da, bu kaygıyı etkilemeyebilir hatta arttırabilir. Kişinin kompulsiyonlarını engellemeye çalışması da kaygıyı arttırır (Sadock Bj. ve ark., 2016). Bu belirtilere benzer örneklere Orta Çağda yazılmış çok eski din kitaplarında rastlanmaya başlamıştır, 16. YY'da rastlanan ilk kayıtlarda; tekrarlayıcı cinsel içerikli düşünceler ya da kutsal sayılanlara küfür benzeri düşünceleri olan insanların ruhlarının şeytan tarafından ele geçirildiği düşüncelerinden bahsedilmektedir (Barahona-Corrêa ve ark., 2015). Shakespeare'in bilinen eseri Machbeth'te anlattığı, Lady Macbeth'in kral Duncan'ın ölümüne sebep olmaktan duyduğu suçluluk duygusundan kaynaklanan el yıkama hastalığı aslında kirlenme obsesyonu ve yıkama kompulsiyonunun klasik bir örneğidir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Obsesyon ve kompulsiyonların tanımını ilk kez Esquirol yapmıştır. Obsesyon terimi ilk kez 1866 yılında Morel tarafından kullanılmıştır. Pierre Janet 20.yy. başlarında “psikasteni” tanımını fobi, obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan tablo için kullanmıştır. Freud ise, ruhsal neden ve psikodinamik düzeneklerin farklı olduğunu göstererek obsesif kompulsif nevroz ile fobik nevrozu ayrı ele almıştır (Berrios, 1996; Öztürk ve Uluşahin, 2015). 1980’de ilk kez Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM-III) yapılandırılmış sınıflandırmalara girmiş olup 1987 de yayınlanan DSM-III-R’da ise “günlük yaşamı kesintiye uğratan, en az bir saat süren obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması” şeklinde tanımlanmıştır. OKB 2000 yılında yayınlanan DSM-IV-TR’de “Anksiyete Bozuklukları” ana başlığı altında sınıflandırılmış, en son baskı olan DSM-5’te ayrı bir başlık olarak “OKB ve İlişkili Bozukluklar” sınıfı altında yer bulmuştur.

2.1.2. Tanı

Klinik pratikte ruhsal hastalıkların tanı ve sınıflandırması için en sık kullanılan iki klavuz Dünya Sağlık Örgütü’nün (World Health Organization- WHO) yayınladığı ICD (Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması) ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yayınladığı DSM klavuzlarıdır. OKB; günümüzde kullanılan güncel kılavuzlardan ICD-10’da “Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar” başlığı altında yer almakta iken (Cuhadaroglu, 1993), DSM-5’te “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altındadır.

DSM-5 OKB tanı ölçütleri şöyledir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014):

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

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

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

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

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

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

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

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

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

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

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya

da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm acılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

2.1.3. Yaygınlık ve sıklık

Hastaların, ağırlaşana kadar semptomlarının hastalık belirtisi olduğunu düşünmemeleri, psikiyatrik başvuru ya da tedavi nedeniyle damgalanma kaygıları yüzünden hastalığını gizleme çabaları gibi sebeplerden doktora başvurmamaları nedeniyle OKB nin yaygınlığını net şekilde saptamak güçtür. 1980' lere değin nadir rastlanan psikiyatrik hastalıktan olduğu düşünülse de, sonrasında yapılan sistematik araştırmalar, tanı ölçütlerinin netleştirilmesi ve daha güvenilir hale gelmesi, hastalığın işlevsellikte ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olabileceğinin kanıtlanması ve belirli tedavilere alınan olumlu klinik cevaplar OKB ile ilgili çalışmaların gittikçe yaygınlaşmasını ve hastalığın sıklığının düşünülenden daha yüksek oranda olduğunun gösterilmesini sağlamıştır (Hollander ve ark., 1996; Moritz ve ark., 2005). 1990 yılında yapılan alan çalışmasında OKB'nin; fobik bozukluklar,

madde kullanımı ilişkili bozukluklar ile major depresif bozukluğun ardından en sık görülen ruhsal hastalık olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Rasmussen ve Eisen, 1990). Genel toplumda OKB'nin bir yıllık yaygınlığı %1,2 yaşam boyu yaygınlığı ise %2,5-3 olarak belirtilmiştir. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında OKB'nin bir yıllık prevalansı %0,5 olarak bulunmuş, kadınlarda (%0,6) erkeklere (%0,2) göre 3 kat daha sık olarak saptanmıştır (Erol N ve ark., 1997). OKB yaygınlığını araştırmak amacıyla Konya'da yapılan bir araştırmanın sonucunda 1 yıllık OKB sıklığı; ICD-10 kriterleri dikkate alınarak değerlendirme yapıldığında %2,2 iken DSM-4 kriterlerine göre değerlendirildiğinde ise %3 olarak elde edilmiştir (Cilli ve ark., 2004). Her ne kadar toplum temelli araştırmalarda OKB yaygınlığı kadınlarda daha sık olarak saptansa da; klinik çalışmalarda OKB yaygınlığının her iki cinsiyette de benzer oranlarda olduğu görülmüştür (Torresan ve ark., 2013; Weissman ve ark., 1994). Bu farkın altında yatan nedenin; hastalığın erkeklerde işlevselliği daha çok düşürdüğü için hekime başvurunun erkeklerde daha yüksek olabileceği olmuştur (Torresan ve ark., 2013). Başlangıç yaşının kadınlarda (ortalama 22) erkeklere göre (ortalama 19) yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sadock ve ark., 2007). Olguların yaklaşık üçte ikisinde semptomlar 25 yaşından önce, az bir kısmında (%15) 35 yaşından sonra başlar (Millet ve ark., 2004; Sadock Bj. ve ark., 2016).

2.1.4. Klinik özellikler

Obsesif kompulsif bozukluk etiyoloji, semptom yapısı, klinik özellikler ve tedavi cevabı gibi özellikler açısından heterojen özellik gösteren bir hastalıktır. OKB' de alt tiplendirmeye yönelik çalışmalar, belirti içeriği, başlangıç yaşı, tedavi cevabı, cinsiyet, aile öyküsü, eş tanı özellikleri, içgörü düzeyi ve bilişsel teori bağlamında obsesyonların niteliği gibi özelliklere dayanmaktadır (Beşiroğlu ve ark., 2007).

2.1.4.1. Belirti tiplerine göre yaklaşım

Olguların %75'e yakınında obsesyon-kompulsiyonlar birlikte bulunmaktadır. Kimi klinisyenler, hastalarda davranışsal kompulsiyonların haricinde zihinsel kompulsiyonlara yönelik dikkatli değerlendirme yapılırsa oranın %100'e ulaşacağına

inanmakta olsalar da, obsesyonların kompulsiyonlar olmadan görülebileceğini düşünen araştırmacılar da vardır (Sadock Bj. ve ark., 2016). 425 OKB hastası ile gerçekleştirilen DSM-IV alan çalışmasında, çalışma örnekleminin %91'inde obsesyon-kompulsiyonlar birlikte, %8,5'inde obsesyonların baskın olduğu, %0,5'inde ise kompulsiyonların daha baskın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Olguların %2,1'inde sadece obsesyonlar, %1,7'sinde de sadece kompulsiyonlar saptanmıştır. Obsesyonların baskın olduğu grupta, saldırganlık ve cinsel nitelikli obsesyonlar diğer tiplerden daha yüksek oranda bulunmuştur (Foa ve ark., 1995).

Genel olarak belirti grupları arasında en sık görülen kirlenme-temizlik grubu belirtilerdir (Beşiroğlu, 2014). Ülkemizde 15 farklı merkezin dahil olduğu bir araştırmanın (n=351) sonuçlarına bakıldığında; kirlenme-temizlik obsesyon ve kompulsiyonları (OK) %75,8; simetri/düzen OK %67,8; saldırganlık OK %44,4; dini OK %26,8; istifleme OK %22,8; bedensel OK %17,4 cinsel OK %16,2 ve diğer OK %34,2 oranında bulunmuştur (Alkın ve ark., 2013). Buna karşın Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010da gerçekleştirilen National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) çalışmasının sonucuna bakıldığında ise, OKB hastalarında kontrol OK %79,3, istifleme OK % 62,3, düzen obsesyonu ve sıralama kompulsiyonları %57, cinsel/dini OK %30, kirlenme obsesyonu ve temizlik kompulsiyonu %26, saldırganlık obsesyonunun ise %24 oranında bulunmuştur (Ruscio ve ark., 2010).

Kirlenme/bulaşma belirtileri bazı araştırmacıların görüşüne göre tiksinti ile ilişkili bir alt tip iken, farklı bir görüşe göre ise bu belirtiler kişinin altta yatan zarar görme düşüncesi nedeniyle ortaya çıkmış bulaşma korkusundan kaynaklanabilir (Olatunji ve ark., 2010). Bu obsesyonlar; zararlı mikroorganizmaların, rutin hayatta kullanılan ürünlerin; her türlü evsel ve çevresel atıkların; vücut sekresyon ve atıklarının bulaşması ve/veya bulaşma ihtimali ile ilgili obsesyonlar olabilir. Obsesyonların neden olduğu kaygıyı gidermek için yapılan kompulsiyonlarsa; yıkanma, törensel yıkama, tuvalet rutinleri, eşyaların tekrar tekrar temizlenmesi şeklinde olabilir. Bazı olgularda mental kontaminasyon da denilen: herhangi bir temas olmaksızın, suçluluk duygusu, içsel bir kirlilik hissi, düşünce, anı, kötü şans, hastalık isimleri ya da ses ile

bağlantılı temizlik davranışları da görülebilir, hatta bu davranışsal kompulsiyonlara zihinsel ritüeller de eşlik edebilir (Tükel ve Demet, 2021).

Kuşku obsesyonu; bir fiilin yapılp- yapıldığından şüphe duyma hali olarak tanımlanır. Kişi, kapıyı kilitlediğinden, ütüyu prizden çektiğinden vb. emin olamaz ve bu durum genellikle bir tehlike oluşturabileceğinden hemen sonrasında güvenliği sağlamak amacıyla kontrol etme kompulsiyonları gelir. Bu tekrarlayıcı kontrol davranışlarının asıl amacı felaketleri önlemektir. Ayrıca kontrol etme, bulaş ile ilgili kaygıları hafifletmek amacıyla da yapılabilir (Tükel, 2010). Tüm bunların yanında kontrol etme kompulsiyonlarının diğer birçok obsesyon tipi ile de yakından ilişkili olduğu, ‘patolojik kuşku’nun ise birçok belirti boyutunun arka planındaki yapılan işi tam olarak ya da doğru yapılp yapılmadığına ilişkin yanlılığı gösteren kilit bilişsel özellik olduğu da düşünülmektedir. Bazı araştırmacılar bu düşünceden yola çıkarak OKB olgularını kontrolcüler ve kontrolcü olmayanlar olarak iki sınıfa ayırmışlardır (Macdonald ve ark., 1999; Tükel ve Demet, 2021).

Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, kişinin isteyerek veya istemeyerek, saldırgan davranışlarda bulunabileceği, ağzından hakaret içerikli ya da müstehcen sözler çıkabileceği ya da başkalarına zarar verebileceğine ilişkin obsesyonlar ve bu sözde zararın önüne geçebilmek için yaptığı kontrol davranışlarını ve zihinsel eylemleri (dua etme, sayma, tekrarlayan kelimeler vb.) içermektedir. Bu kişiler bıçak, makas vb. sivri nesnelere yakın olmaktan, sevdikleriyle baş başa kalmaktan kaçınabilirler (Nelson ve Rice, 1997; Tükel ve Demet, 2021).

Hastanın dini, ahlaki ya da sosyal değerlerinin tersine özellikteki istemsiz düşünce ve bunlarla ilgili hareketler dini-cinsel grup semptomların temelini oluşturmaktadır (Williams ve ark., 2011). Dini obsesyonlar yapılan çalışmalarda Batı ve Asya ülkelerinde %4-10 görülürken (Khanna ve ark., 1986; Matsunaga ve ark., 2000); Yahudi ve Arap toplumları gibi dindarlığın daha yaygın olduğu bölgelerde %40-60’a varan oranlar elde edilmiştir (Ghassemzadeh ve ark., 2002; Shooka ve ark., 1998). Eğrilmez ve arkadaşlarının çalışmasına göre ise ülkemizdeki sıklığı %11-42 arasında değişmektedir (Eğrilmez ve ark., 1997). Bu belirtiler saf obsesyon grubu şeklinde

düşünülse de aslında beraberinde zihinsel ve/veya davranışsal kompulsiyonların görülmesi daha yaygındır (Williams ve ark., 2011). Cinsel obsesyonlar, ayıp ve kabul edilemeyecek nitelikte düşüncelerden oluşabilir (Tükel, 2010).

Simetri, düzen, sıralama, sayma belirtileri, eşyaların tam olarak simetrik konumlanması, bir düzen içinde olması ya da sıralanmasıyla ilişkilidir (Tükel, 2010).

Bedensel obsesyonlar genelde kanser, AIDS gibi yaşamsal tehlike oluşturabilecek bir hastalığa yakalanma korkusu ile alakalıdır. Hastalar bu kaygı nedeniyle, hastalığa tutulabileceğini düşündükleri vücut kısımlarının sık sık kontrol etme ve onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar geliştirebilirler (Karamustalıoğlu, 2010; Tükel, 2010).

Öncesinde OKB olarak tanımlandırılan istifleme-biriktirme obsesyon ve kompulsiyonları, daha ileri yaşlarda başlaması, içgörü düzeyinin ve tedavi yanıtının daha kötü olması gibi özellikleri nedeni ile DSM-5'te obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar altında ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (Beşiroğlu, 2014).

2.1.4.2. Belirti boyutlarına göre yaklaşım

“Belirti Boyutları Yaklaşımı” OKB’nin belirti içeriklerini boyutsal olarak değerlendirir ve bu yaklaşıma göre hastalar farklı belirti boyutlarına, hafif-orta-şiddetli gibi farklı derecelerde sahip olabilir. Çeşitli çalışmalarda, OKB belirti alt boyutlarını ortaya çıkarmak için faktör analizlerinden yararlanılmıştır (Clark, 2004).

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinin faktör analizi sonuçlarına göre şu dört belirti boyutu elde edilmiştir: (1) Kontrol etme (2) Temizlik (3) Yavaşlık ve (4) Kuşku (Hodgson ve Rachman, 1977). YBOKÖ-KL ile yapılan çalışmalarda belirtilerin 3 ile 6 farklı boyutta başlıklandırıldığı görülmektedir; saldırganlık ve ilişkili OK, cinsellik/dini içerikli OK, bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları, simetri obsesyonları ve sıralama, sayma, tekrarlama, kompulsiyonları, istifleme ve saf obsesyonlar (Calamari ve ark., 2004; Mataix-Cols ve ark., 2005; Abramowitz ve ark., 2010; Şafak ve ark., 2017).

2.1.4.3. Obsesyonların niteliğine göre OKB yaklaşımı

Bilişsel teori bağlamında obsesyonları niteliklerine göre otojen (tikindirici) ve reaktif (tepkisel) obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılmıştır (Lee ve Kwon, 2003). Otojen obsesyonlar genellikle saldırganlık, dini ve cinsel içerikli obsesyonlar olup, benliğe yabancı, zihinde daha az uyararla belirebilen, daha tekrarlayıcı, kişiye daha fazla rahatsızlık veren obsesyonlar olup kişide daha fazla suçluluk duygusuna neden olur, kişi istemeden gelen bu düşüncelerin tehlikeli olduğunu düşünerek bastırma stratejisi geliştirir ve bu durum düşüncelerin obsesyonlara dönüşmesini ve sürdürülmesine neden olur. Genellikle dışarıdan anlaşılması pek mümkün olmayan zihinsel ritüeller ve/veya kaçınma davranışları otojen obsesyonlara eşlik etmektedir. Reaktif obsesyonlar ise kirlenme, kuşku, simetri, somatik, istifleme obsesyonlarını kapsar ve bir dış uyaran sonrası meydana gelen, daha gerçekçi, kişiye daha mantıklı gelen, daha az rahatsızlık veren ve kişinin daha az saklama gereği duyduğu obsesyonlardır. Reaktif obsesyonlarda, obsesif düşüncelerin gerçekleşmesiyle ilgili kaygılar daha fazladır ve bu kişiler obsesyonlarıyla alakalı ortaya çıkabilecek tehlikeleri önlemek için daha çok sorumluluk hissi duyarlar. Bu nedenle anksiyeteyi azaltma davranışları olarak düşüncelerle alakalı durumu düzeltmek veya düşünceyi kontrol etmek amacıyla gerçekleştirilen gözlenebilir ritüeller reaktif obsesyonlara eşlik etmektedir (Besiroglu ve ark., 2006; Lee ve Kwon, 2003). Psikopatolojik olarak bu iki tip obsesyon için farklı bilişsel düzenekler mevcuttur. Otojen tipte, obsesyonu tetikleyen uyarıcının belirlenmesi reaktif tipe göre daha güçtür ve düşünce içeriği ile ilişkisi daha az ve semboliktir, benliğe yabancılık ve otomatik düşüncelerin ayırt edilebilirliği ise daha yüksektir. İstenmeyen düşüncelerin istemli şekilde bastırılmaya çalışılması bu düşüncelerin obsesyonlara dönüşmesinde ve sürekliliğinde etkenken, anksiyeteyi azaltma davranışları (kompulsiyonlar) ise reaktif obsesyonların gelişiminden sorumludur. Sadece reaktif obsesyonları olan hastaların hastalık başlangıç yaşının sadece otojen obsesyonları olan hastalardan belirgin şekilde erken olduğu saptanmıştır. Yine otojen obsesyonları yoğun olan hastalar genellikle erkek cinsiyette ve daha fazla disosiyatif bozukluk eş tanısına sahiptir (Besiroglu ve ark., 2011; Doğan ve ark., 2013).

2.1.4.4. Ek hastalık özelliklerine göre OKB yaklaşımı

Nestadt ve arkadaşlarının 2009'daki araştırmalarında OKB'yi komorbiditeye dayalı olarak, basit OKB, tik ile ilişkili OKB ve afektif OKB olmak üzere üç alt tipe ayırdıkları bir sınıflama önermişlerdir. Bu sınıflamaya göre aynı sınıftaki üyeler, klinik özellikleri açısından benzerdir. Basit OKB sınıfında en sık görülen ek bozukluk majör depresif bozukluktur. Tik ilişkili OKB de ön planda tikler vardır ve afektif sendromlar çok nadir görülür. Bu hastalar büyük çoğunlukta erkektir ve yüksek içgörüye sahiptir. Afektif sendromların ve panik bozukluğun yüksek oranda eşlik ettiği tür ise afektif OKB türüdür. Bu tür daha ziyade kadınlarda yaygındır, daha genç yaşlarda başlar, bu hastalarda tabu düşünceler sıktır ve dini/cinsel/saldırganlık içerikli obsesyonlar, simetri/düzenleme ve biriktirme semptomları daha fazla görülür. Bu hastalar genellikle OKKB özellikleri gösterir ve içgörülerini daha düşüktür (Nestadt ve ark., 2009).

2.1.5. Etiyoloji

Psikoanalitik, davranışsal ve bilişsel görüşler gibi psikososyal kuramların, nöroanatomi, nörokimyasal, nöroimmunolojik ve genetik faktörler olmak üzere nörobiyolojik etkenlerin, ayrıca nöropsikolojik faktörlerin OKB etiyojisinde etkili olduğu gösterilmiştir.

2.1.5.1. Psikososyal kuramlar

2.1.5.1.1. Psikanalitik teori

Klasik psikanalitik teoride OKB, obsesif kompulsif nevroz şeklinde adlandırılır (Sadock ve ark., 2016). Freud OKB'li bireyin ödipal dönem çatışmalarıyla başa çıkamadığını, bastırılan bilinçdışı dürtüler nedeniyle yoğun anksiyete duyarak bunun sonucunda daha önceki psikoseksüel gelişim dönemi olan ve yoğun ambivalans duygularıyla ilişkili anal sadistik döneme gerilediğini belirtmiştir (regresyon) (Tükel ve ark., 2002). Regresyon OKB'deki temel savunma mekanizmasıdır. Regresyonla birlikte, anal-sadistik dürtüleri bastırmak amacıyla, yalıtma, karşıt tepki oluşturma ve yapma-bozma gibi savunmalar geliştirilmektedir. Freud, bu düzeneklerin OK

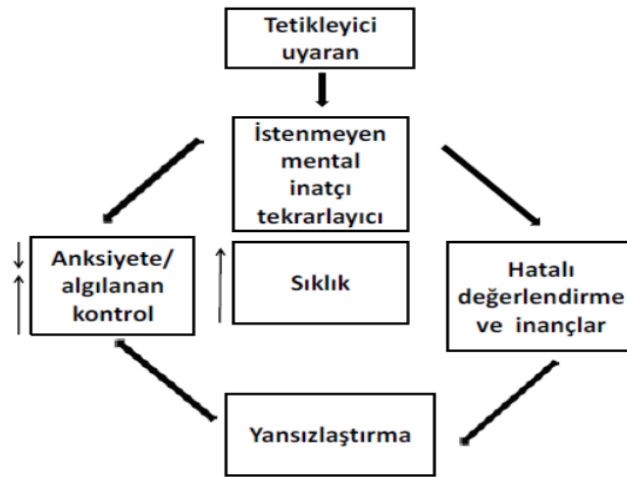
nevrozun başlıca savunmaları olduğunu vurgulamıştır (Alsobrook ve ark., 1999; Topçuoğlu, 2003).

2.1.5.1.2. Obsesif kompulsif bozukluk ve davranışçı model

OKB oluşum ve devamını açıklarken Mowrer'in fobik korku oluşumu hakkındaki 'iki aşamalı öğrenme kuramı' kullanılmıştır. Kuramda klasik koşullanmayla öğrenilen korkunun, edimsel koşullanmayla pekiştiği savunulur (Senormancı ve ark., 2012).

2.1.5.1.3. Obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı model

Bilişsel-davranışçı kurama göre sıradan zorlayıcı düşüncelerle obsesyonların farkının, kişinin bu düşünceleri kendisine ve/veya çevresine zarar verebileceğinin habercisi olarak hatalı yorumlaması ve bu zarardan kendisinin sorumlu olduğunu düşünmesinden kaynaklanır. Zararın önlenmesine yönelik çabalar ve aşırı sorumluluk hissi, anksiyeteyi tetikler ve artan sorumluluk hissini gidermek için yansızlaştırma veya kompulsif davranışlarda bulunmaya neden olur (Şekil 2.1) (Salkovskis, 2004; Senormancı ve ark., 2012).



Şekil 2.1. Bilişsel davranışçı model (Senormancı ve ark., 2012)

Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (Occwg, 1997), araştırmacıların konuyla ilgili teorilerini geliştirerek, OKB semptomlarının temelini oluşturabileceği düşünülen işlevsel olmayan inançları aşağıdaki 6 yanlış değerlendirme ve inanç alanı şeklinde özetlemiştir: 1) Abartılı sorumluluk algısı, 2) Düşüncenin önemsenmesi, 3) Düşüncelerin kontrolü, 4) Abartılı tehdit algısı, 5) Belirsizliğe tahammülsüzlük, 6) Mükemmeliyetçilik (Ertekin, 2014; Libby ve ark., 2004).

2.1.5.1.4. Metakognitif model

Metakognisyon (Üstbiliş) kavramını ilk olarak Flavell; bilişleri kontrol edip, düzenleyerek değerlendiren düşünce ve stratejilere dair üst düzey bilişsel yapı olarak tanımlamıştır (Wells, 2000). “Bireyin bilgilerine dair bilgisi, düşüncelerine dair düşüncesi” olarak da tanımlanabilir (Tosun ve Irak, 2008). Araştırmacılar çeşitli OKB modellerini üstbilişsel süreçleri dahil ederek geliştirmişlerdir. Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli’ni (Self Regulatory Executive Functions: S-REF) üstbilişsel bir yorumla tanımlayan Adrian Wells ve arkadaşlarının metakognisyon modeli en dikkat çekici olanıdır. Wells ve Matthews ın geliştirdiği OK belirtilerin metakognitif modelinde kaynaşma inançları ve ritüelleri gerçekleştirmeyle ilgili inançlar olmak üzere iki ana üstbilişsel inanç alanına odaklanılmıştır (Senormancı ve ark., 2012).

A. Kaynaşma İnançları:

- 1) Düşünce- eylem kaynaşması: kişinin aklına gelen bir düşünce ile o düşünceyi gerçekleştirmiş olmasını eşdeğer tutması ya da aklına gelen bu düşüncenin onu eyleme itebileceğine inanmasıdır.
- 2) Düşünce- olay kaynaşması: kişinin aklındaki düşüncenin bir olaya sebebiyet verebileceği veya bu düşüncenin aklına gelme nedeninin, bunun gerçekleşmiş bir olay olduğuna dair inançlarıdır.
- 3) Düşünce- nesne kaynaşması: düşünceye dair inanış ya da duyguların nesneye aktarılabilmesidir. Kaynaşma inançları inatçı tekrarlayıcılarla aktive edilir ve bunların zarar verici ve önemli olduğunun düşünülmesine neden olur (Myers ve ark., 2009; Wells, 2000).

B. Ritüelleri gerçekleştirmeyele ilgili inançlar:

- 1) Ritüellerin gerçekleştirilmesine dair bildirimsel inançlar (declarative beliefs) ‘ritüellerimi gerçekleştirmezsem rahatlamam imkansız’.
- 2) Ritüelleri durdurma kararının verilmesini sağlayan durma sinyali (stop signal) (Myers ve ark., 2009; Wells, 2000).

Ayrıca bu modelde, duygusal bozuklukların sürdürümünde temel sebebin “Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu (BDS) = Cognitive Attentional Syndrome (CAS)” olarak isimlendirilen bir düşünme biçimi olduğu iddia edilmiş ve BDS’nin OKB’ye yansımalarının şu üç bileşenden oluştuğu belirtilmiştir (Wells, 2000);

- 1) Kaygı ve tekrarlayıcı özellik gösteren perseveratif düşünce tarzı
- 2) Tehlikeye karşı aşırı dikkat ve tetikte olma
- 3) İşlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri

Bunların sonucunda, düşünceye atfedilen önem artar ve tehdit abartılı şekilde algılanır (Senormancı ve ark., 2012).

2.1.5.2. Obsesif kompulsif bozukluk nörobiyolojisi

2.1.5.2.1. Nöroanatomi ve nörogörüntüleme

Yapısal beyin görüntüleme çalışmalarına bakıldığında en tutarlı sonuçlar OKB hastalarının orbitofrontal korteks (OFK) hacimlerinde görülen küçülmedir (Atmaca ve ark., 2007). Bunun yanında bazal ganglionlar ve frontal bölge patolojilerinin OKB etiolojisinde önemli olabileceği düşünülmüştür en fazla etkilendiği görülen beyin bölgeleri; OFK, bazal gangliyonlar, anterior singulat korteks ve talamustur (Insel, 1992; Rapoport ve ark., 1992). İşlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında; fMRI, SPECT ve PET yöntemleri kullanılmış olup, anterior/lateral OFK ve kaudat nukleus aktivitesindeki artış diğer anksiyete bozukluklarında izlenen patolojilerle kıyaslandığında OKB’ye özgü gibi durmaktadır (Karşlıoğlu ve Yüksel, 2007; Kim ve ark., 2007; Brennan ve ark., 2013).

2.1.5.2.2. Nörokimyasal faktörler

Hastalık etyopatogenezinde serotonerjik sistemin rolü olduğuna dair ilk bilgiler trisiklik antidepresan (TAD) grubundan olan ve güçlü serotonin geri alım inhibisyonu yapan klomipraminin OKB de etkili olduğunun görülmesiyle elde edilmiş, noradrenerjik etkili diğer TAD ile yapılan çalışmalarında benzer etkinin görülmemiş olması ile de desteklenmiştir (Stein, 2002; Zohar ve ark., 2004). Dopaminin etkisine dair kanıtlar ise rat çalışmalarında L-dopanın kompülsiyon benzeri belirtilere neden olduğu görülerek elde edilmiştir. Buna karşın artan D2 ve D3 bağlanma afinitelerinin, OKB’de antipsikotiklerin etkinliğini arttırdığı gösterilmektedir (Ducasse ve ark., 2014). Bazı çalışmalarda, kortikostriatal glutamat yolağında yükselme görülen ratlarda, deri/saçın yolunması, yaygın davranışsal perseverasyon ve tiklerin olduğu OK belirtilere benzer bir tablo gözlenmektedir (Arnold ve ark., 2006; Pittenger ve ark., 2006).

2.1.5.2.3. Nöroimmunoloji

Son yıllarda otoimmünitenin özellikle çocukluk çağı başlangıçlı OKB tipleri ile tik bozukluklarının etyopatogenezinde rol aldığı düşünülmektedir (Tükel ve Demet, 2021). AGBHS enfeksiyonu sonrasında komplikasyon olarak görülen Sydenham Koresiyle (SK) obsesif bulgular %80 e yakın oranda birlikte görülmektedir (Işık ve Taner, 2006). Sydenham koresi ve OKB beynin benzer bölgelerini etkilediği için aralarında ilişki olabileceği düşünülür (Garvey ve ark., 1998). PANDAS (Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediatrik Otoimmun Nöropsikiyatrik Hastalık) AGBHS enfeksiyonundan sonra görülen, ani başlangıçlı tik, kore gibi hareket bozukluklarına gün içindeki duygudurum dalgalanmaları, dikkat sorunları, ayrılma kaygısı gibi belirtilerin yanında obsesyonlar ve kompülsiyonların da eşlik ettiği bir bozukluktur (Swedo ve ark., 1998). PANDAS’ın diğer çocukluk çağı OKB’lerinden ve tourette sendromunda görülen OKB den en temel ayırt edici özelliği, nöropsikiyatrik belirtilerin streptokok enfeksiyonu ile ilişkili zamanlarda ortaya çıkmasıdır (Karlıoğlu E ve Yüksel N, 2007; Snider ve Swedo, 2004).

2.1.5.2.4. Genetik

Genetik yatkınlık OKB’de en sık suçlanan etkenlerden biridir ve OKB’de kalıtım oranı %26-57 aralığında bulunmuştur (Mathews ve ark., 2007; Stewart ve ark., 2013). Genetik araştırmalar; aile/ikiz çalışmalarını, ayrışım çözümlemesi, bağlantı ve moleküler genetik araştırmaları içermektedir. Sonuçların büyük kısmı aile/ikiz çalışmalarından elde edilmiştir ve OKB’nin belirli alt gruplarda kalıtsal olarak geçtiğini göstermektedir (Korkmaz ve ark., 2016). Olguların birinci derece akrabalarında hastalık oranı, OKB olmayanların yakınlarındaki hastalık oranının yaklaşık iki katıdır. Erken başlangıçlı olguların birinci derece akrabalarında ise bu oran on kat artmaktadır ve %20–25 olduğu, ayrıca obsesyonların kompulsiyonlardan daha çok geçiş gösterdiği bildirilmiştir (Demet, 2005; Hettema ve ark., 2001). Tiklerin eşlik ettiği OKB’nin diğerlerinden daha fazla kalıtılıyor olabileceği belirtilmiştir (Mattina ve Steiner, 2016). Ayrışım çözümlemesi çalışmalarına göre OKB çok etkenli ve çok genli bir kalıtım kalıbı ile daha iyi açıklanabilir (Pauls, 2010). Bağlantı araştırmalarında 9. kr uzun kolunda birden fazla noktada bağlantı görülmüş, özellikle 9p24’ün üzerinde durulmuştur (Willour ve ark., 2004).

2.1.5.3. Nöropsikoloji

Bilişsel bozulmayla seyreden bir bozukluk olduğu birçok çalışmada belirtilmiş olsa da bu çalışmalar OKB hakkında kesin bir tablo sergileyememiştir. OKB’de genellikle yürütücü işlevler, görsel-mekansal beceriler ile bellekte bozulma, bilgi işlemede yavaşlama gibi bulgulara rastlanır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

2.1.6. Ek hastalıklar

Olguların üçte ikisinde ek psikiyatrik hastalık bildirilmiştir. Anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları sık görülen ek psikiyatrik hastalıklardır (Ruscio ve ark., 2010). Olgularda farklı bir anksiyete bozukluğunun ömür boyu sıklığı %76 olarak bildirilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). OKB ile MDB ömür boyu birlikteliği %65, eş zamanlı görülme oranı ise %30 olarak belirtilmiştir (Demal ve

ark., 1993). Komorbid görülen MDB nin yaklaşık %85'inin OKB'nin üstüne geliştiği ve OK semptomların süreğenliği, hastalık şiddeti ve kötü prognoz ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (Stavrakaki ve Vargo, 1986). OKB ile bipolar bozukluğun ömür boyu sıklığının epidemiyolojik araştırmalarda %7-21, klinik araştırmalarda ise %10-35 arasında olduğu ayrıca epizodik gidiş gösteren OKB olgularında BPB'nin daha yaygın olduğu saptanmıştır (Ferentinos ve ark., 2020). Tedaviye dirençli OKB olgularının %82'sinin travma öyküsü olduğu ve %39'dan fazlasında TSSB bildirmiştir (Gershuny ve ark., 2008). OKB'nin şizofreni ile %12-14, şizofreniform bozuklukla %1,3 oranında komorbid seyrettiği bulunmuştur. OKB sıklığı anoreksiya ve bulimiya nevrozda da yüksektir (Sharma ve Reddy, 2019).

2.1.7. Klinik gidiş

Geç ergenlik döneminde başlangıç tipik olsa da, çocukluk çağı başlangıcı da görülmektedir. Başlangıç yaşı erkeklerde kadınlardan daha erkendir ve %25'e yakın kısmında 10 yaşından öncedir. OKB süreğen ve inatçı bir hastalıktır, çoğunlukla sinsi ve yavaş başlangıç gösterir, klinik açıdan anlamlı boyuta gelmesi uzun yıllar sürebilir. Ancak gebelik ve yas gibi durumlarda akut başlangıç görülebilmektedir. Bazı olgularda dönemsel (epizodik) şiddetlenmeler görülebilir, olguların az bir kısmında tam iyileşme görülebilirken çoğunlukla ilerleyicidir (Topçuoğlu, 2006). Başlangıçta hastalar semptomlarının üstesinden gelebilecekleri düşüncesi ile ya da saçma buldukları için gizleme eğiliminde olduklarından hekime başvurmaları genellikle işlevsellikleri etkilenmeye başladıktan sonra olur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Erken başlangıç yaşı, kompulsiyonlara direnç gösterememe, aşırı değerlendirilmiş düşüncelerin ve hezeyan düzeyine ulaşmış obsesif inanışların olması, saf obsesyonlar, başta şizotipal kişilik bozukluğu olmak üzere komorbid kişilik bozuklukları ya da depresif bozukluk olması, hastane yatışının olması, kronik seyir, hastalığa zemin hazırlayıcı bir nedenin olmayışı, tedavi uyumsuzluğu gibi hastalık özellikleri kötü prognoz belirtileri olarak gösterilmiştir (Sadock ve ark., 2007; Topçuoğlu, 2006).

2.1.8. Tedavi

2.1.8.1. Farmakoterapi

Farmakoterapide ilk basamakta selektif seratonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ve klomipramin kullanılır. Etkililik açısından klomipramin SSGİ'lerden kısmen üstün bulunmuşsa da yan etki profili bakımından SSGİ'lerin daha tolere edilebilir olduğu ve tedaviye uyumun daha fazla olduğu gösterilmiştir ve ilk seçenek olarak SSGİ'ler, ikinci seçenek olarak klomipramin tercih edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Tedavi yanıtına karar verebilmek için, ilacın en az 12 hafta süreyle etkin dozda kullanılması gerekmektedir. Tam yanıt içinse en az 12 aylık düzenli ilaç kullanımı olmalıdır. Ayrıca depresme sıklığının yüksek olması nedeniyle iyileşme görüldükten ortalama 2 yıl sonrasına kadar SSGİ tedavisine devam edilmelidir. Biri klomipramin olacak şekilde 3 farklı SSGİ nin farklı zamanlarda, yeterli süre boyunca etkili dozda kullanılmasına rağmen cevap alınamadığı durumlarda birinci basamak ilaç tedavisinin etkili olmadığı ve güçlendirme tedavisi eklenmesi düşünülmelidir. Güçlendirmede amaç tedaviye serotonerjik sistemi farklı yönden etkileyen veya diğer nörotransmitterler üzerine etkili ilaçlar ekleyerek, kısmi yanıt alınan SSGİ lerin etkisini artırmaktır ve ilk tercih, atipik antipsikotikler, özellikle risperidon ve aripipirazol olmalıdır (Tükel ve Demet, 2021).

2.1.8.2. Bilişsel davranışçı terapi

Çalışmalar BDT'nin SSGİ'ler kadar etkin olduğunu göstermiştir. OKB'de BDT'nin temel bileşenleri, kaygı yaratan uyaranlara aşamalı olarak alışmaya yönelik alıştırmalar ve tepki engelleme ile birlikte uygulanabilen, obsesyonların anlam veya önemine ilişkin hatalı ve işlevsel olmayan yorum ve inançlara yönelik bilişsel müdahalelerden oluşmaktadır (Tükel ve Demet, 2021).

2.1.8.3. Diğer tedavi yöntemleri

Olgularda aktif transkraniyal manyetik uyarmı (TMU) uygulamasının yalancı TMU uygulamasına kıyasla hastalık belirtilerine daha etkili olduğunu saptayan çalışmalar

mevcuttur (Trevizol ve ark., 2016; Zhou ve ark., 2017). Derin beyin uyarımı, hedef dokuda depolarizasyonu bloklayarak nöral transmisyonu engelleyerek etki eder (Blomstedt ve ark., 2013). Tedavide son basamakta cerrahi yöntem uygulanabilir. Özellikle internal kapsülün ön bacağına çift taraflı hasar oluşturularak yapılan uygulamalarda olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Uygulama çok ağır ve kronik seyirli hastalarda seyrek olarak gerçekleştirilmektedir (Tükel ve Demet, 2021).

2.2. İçgörü

2.2.1. İçgörünün fenomenolojisi

2.2.1.1. Tanım

Sözlük anlamı olarak bakıldığında içgörü;

a. Belirli bir durum veya şey hakkında bir anlayış **b.** İnsanlar veya durumlar hakkındaki gerçeği görme ve anlama yeteneği anlamına gelmektedir. (<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com>, Erişim tarihi: 03.11.2021)

İçgörü kişinin kendisi hakkında herhangi bir durumun asıl sebebini ve bu durumun anlamını kavrayabilme kapasitesi olarak kısaca tanımlanabilir. Psikiyatrik anlamda ise kişinin hastalığı ile ilgili farkındalığı ve bunu anlamlandırmasının ne düzeyde olduğudur; kişi hasta olduğunu bütünüyle reddedebilir ya da bir sorun olduğunu kabullense bile sebebinin diğer kişiler ya da çevresel faktörler olduğunu iddia edebilir (Sadock ve ark., 2007). Tanım ve kavram olarak içgörünün geçerlik ve güvenilirliği halen tartışmalıdır (Marková ve Berrios, 1995).

Jaspers (1913) psikiyatride içgörüyü ilk tanımlayan araştırmacılardandır ve içgörüyü kişinin hastalığının ve hastalığına ait semptomların farkında olması şeklinde tanımlamıştır. Jaspers tan sonra Lewis da (1934) içgörüyü tek bir özellik olarak “var” ya da “yok” şeklinde değerlendirmiştir. Lewis içgörü ve gerçeği değerlendirmenin direk olarak ilişkili olduğunu savunur ve içgörüyü “bireyin kendisinde meydana gelen morbid değişimleri doğru olarak algılayabilmesi ve hastalığın zihinsel olduğunu kavrayabilmesi” olarak tanımlar. O dönemlerde içgörü yokluğu psikozun

en önemli özelliklerinden biridir. Hastada içgörü olup olmayışı nevroz ile psikoz ayrımındaki temel kriterlerden biri olarak kabul edilmiştir (David, 1990). McEvoy ve arkadaşları bu kabule karşı fenomenin karmaşıklığını tanımlamış ve bazı akut psikoz hastalarının içgörülerinde bozulma olmadığını, psikotik atağı gerileyen bazı hastalarda ise içgörünün her zaman düzelmediğini belirtmişlerdir. Buradan yola çıkarak, içgörü ve psikozun birbiriyle etkileşim içindeki ayrı fenomenler olarak görülebileceği sonucuna varmışlardır (Beck ve ark., 2004). Psikiyatri otorilerine göre içgörü, ruhsal durum muayenesinin hasta hakkında bilgi edinilebilecek önemli bir bileşenidir (Aslan ve Altınöz, 2010). Greenfeld ve ekibi içgörünün; Hastanın hastalık belirtileri ve hastalığın varlığı, hastalığının nedenleri, tedavinin önemi ile ilgili fikirleri ve hastanın semptomlarının tekrarlamasına karşı duyarlılığı olmak üzere beş alt bölümde ele alınmasını önermişlerdir (Greenfeld ve ark., 1989). Aynı yıllarda bir başka grup araştırmacı da içgörünün tek boyutlu değerlendirilmesinin yanlış olduğunu belirtmiş ve içgörünün içsel ve dışsal faktörlerden etkilenecek şekilde zaman içinde değişim ve devamlılık gösteren bir düşünme ve duyma biçimi olduğunu savunmuşlardır. Bu düşünceyle geliştirdikleri ölçekle nicelik ve nitelik yönünden değerlendirme yapılabileceği öne sürülmüş olup; olguların kendilerindeki ve çevrelerindeki değişiklikleri algılayabilmeleri, hasta olduklarını anlayabilmeleri ve yardım istemeleri nicel özellikler olarak başlıklandırılmıştır (Marková ve Berrios, 1992a). Geliştirilen içgörü ölçeklerinin hastadaki bilişsel çarpıtmaları yok sayıp incelemediklerini ve bu yüzden yeterli olmadıklarını savunarak, hastaların bilişsel hatalarının içgörü eksikliğine sebep olabileceği fikrini ileri süren Beck ve arkadaşlarına göre içgörü duygusal düzeye inmiş olmalıdır ve bilişsel içgörü, kişinin olağandışı yaşantılarını değerlendirme ve bilişsel çarpıtmalarını ve/veya yanlış yorumlamaları sonucunda vardığı büyük ihtimalle yanlış olan kanılarını gözden geçirebilmesini de içeren akıl yürütme kapasitesidir (Beck ve ark., 2004; Burton ve ark., 2011). Araştırmacılara göre psikotik bir hasta öğrenmeyle kazandığı entelektüel içgörü ile yetinir ve derinde sahip olduğu sanrılarını değiştiremediği için yeterince duygusal içgörü kazanamaz. Hastalar bir açıklamayı dürüstçe kabul edip mantıklı olduğunu kabul etseler de (entelektüel içgörü), altta yatan sanrısız inanç

sistemlerinde (duygusal içgörü) kayda değer bir değişiklik yaşamayabilirler. Depresyon ve panik bozukluk hastaları gibi psikotik olmayan bazı kişilerde de bilişsel çarpıtmalar görülebilir. Örneğin bir depresyon hastası başkalarıyla olan ilişkilerinden yanlış yorumlamalar yaparak reddedilme ya da kişisel yetersizlik çıkarımları yapabilir ya da bir panik bozukluk hastası, bedeninde gelişen normal sınırlar dahilindeki değişiklikleri ciddi bir hastalığın göstergesi olarak yanlış yorumlar. Bu hastaları psikotik hastalardan ayıran en önemli özellik gerçeği değerlendirme yetilerinin korunmuş olmasıdır, bu sayede yaptıkları çıkarımların yanlış olduğunu kavrayabilirler. Aksine, psikozda gerçeği değerlendirme kapasitesi azalmıştır. Tedavi gerektiren bir akıl hastalığına ilişkin farkındalık eksikliği, klinik içgörünün bozulması olarak kabul edilebilir. Bu içgörü biçimi, klinik fenomenolojinin teşhis ve tedavi için gerekli olan yönlerine odaklanırken, “bilişsel içgörü” çarpık inançların ve yanlış yorumların değerlendirilmesini ve düzeltilmesini içerir. Bu değerlendirmeler üst düzey bilişsel süreçlere (üstbiliş) dayanır (Beck ve ark., 2004).

Thirioux ve arkadaşları, 2020 de yayınladıkları makalelerinde içgörüyü psişik, somaestetik, duygusal içgörü olarak üç ana boyutta incelemişler, psişik içgörünün ise klinik, bilişsel, üstbilişsel olarak üç farklı alt boyuttan oluştuğunu belirterek bu kavramları aşağıdaki şekilde tanımlamışlardır;

1.Psişik (Ruhsal) İçgörü: İçgörünün üç ana boyutundan biridir ve ruhsal hastalığın tanınması için gereklidir; klinik, bilişsel, üstbilişsel olarak üç farklı alt boyuttan oluşur (Thirioux ve ark., 2020).

a) Klinik İçgörü: Semptomların ve sonuçlarının farkında olma, doktorlar, aile ve arkadaşlar gibi hastalığını bilen, yakın çevresindeki kişilerle sıra dışı yaşantıların hastalıklı olduğu ve hastalığın gerçekliği konusunda fikir birliğinde olma kapasitesidir (Thirioux ve ark., 2020).

b) Bilişsel İçgörü: Hastanın, muzdarip olduğu bilişsel eksikliklerin (depresyondaki dikkat bozuklukları gibi) ruhsal hastalığından kaynaklandığının farkında olma kapasitesidir (Thirioux ve ark., 2020).

c) Üstbilişsel İçgörü: “Hastalıklı bir özne” olarak kişinin kendisinin refleksif farkındalığını ifade eder. “Hastalıklı bir özne olarak benliği” tutarlı bir düşünce nesnesi yapma kapasitesine dayanır (Thirioux ve ark., 2020).

2. Somaestetik İçgörü: Bedensel durumun farkındalığına dayanarak, hastanın motor, duyuşsal, somatosensoriyel semptomlar gibi bedensel semptomlarının, ruhsal hastalığı nedeniyle olduğunu anlama kapasitesidir; unipolar depresyonda görülen motor yavaşlama buna örnek olarak gösterilebilir (Thirioux ve ark., 2020).

3. Duygusal İçgörü: Hastanın ruhsal hastalığı olduğuna ikna olma kapasitesidir. Kişinin işlevsiz inançlarını ve bu inançların duygusal ve davranışsal sonuçlarını değiştirebilecek farkındalığının olması da denebilir (Beck ve ark., 2004). Duygusal içgörü ruhsal hastalığının tam kabulü için gereklidir. Buna göre, içgörünün “ruhsal hastalığı tanıma” (psişik içgörü) ve “ruhsal hastalığı kabul etme” (duygusal içgörü) olmak üzere iki aşamadan oluştuğu söylenebilir. Ayrıca, hastaların içgörü geliştirebilmesi için, kendi sıradışı yaşantıları hakkında nesnel bir bakış açısı geliştirme yeteneğinin olması gerekmektedir (David, 1999; Thirioux ve ark., 2020).

2.2.1.2. İçgörü eksikliğinin farklı etyolojik modelleri

Çalışmalar genellikle psikoz hastaları ile yapılmış olsa da içgörü eksikliği yalnızca psikotik bozukluklarda görülmez. Literatürde özellikle beş farklı modelin üstünde durulduğu görülmektedir (Cooke ve ark., 2005; Raffard ve ark., 2008a).

2.2.1.2.1. Klinik model

Klinik model özellikle psikozdaki içgörü eksikliğini açıklamayı amaçlar; içgörü eksikliğini hastalığın olmazsa olmaz, temel bir semptomu olduğunu varsayar. Bu modelde içgörü eksikliği, hastalığın bir belirtisi gibi değerlendirilir, yani ya vardır ya da yoktur (Marková ve Berrios, 1995).

2.2.1.2.2. Psikolojik model

Psikolojik model içgörü eksikliğini bir savunma düzeneği olan “inkâr” mekanizması ile açıklar. Bazı terapistlere göre hastalar yaşantılarını inkar edebilir (Akdoğan ve Türküm, 2014) veya herhangi bir bozukluk olduğuna dair farkındalık gösterse bile başkalarını ya da dış faktörleri suçlayabilir (Sadock ve ark., 2007).

2.2.1.2.3. Nöropsikolojik model

Nörolojik bozukluğu olan bireylerin defisitlerinin farkında olmaması anlamına gelen anosognozi ile psikozdaki içgörü eksikliği/yokluğu arasında görülen benzerlikler, psikozun da nörolojik bir temele sahip olabileceği, bu beyin anormalliklerinin de ikincil olarak bilişsel bozukluk şeklinde yansıyor olabileceğini düşündürmüştür (Cooke ve ark., 2005). Bu modele göre içgörü eksikliği, nöro-fonksiyonel bozukluklardan ve yürütücü işlevler, görsel-mekansal yetenekler ile bellek gibi nöropsikolojik işlevlerdeki bozulmalar nedeniyle olmaktadır (Orfei ve ark., 2008).

2.2.1.2.4. Nöroanatomik model

Bu modele göre, dorso-lateral prefrontal korteks (dlPFC), medial PFC (mPFC), anterior ve posterior singulat korteks (ASK/PSK), insula, temporo-parietal bileşke ve hipokampusta görülen hacim azalması ile içgörü eksikliği arasında ilişki bulan çalışmalar vardır (Raffard ve ark., 2008a; Thirioux ve ark., 2020).

2.2.1.2.5. Sürekli model

Sürekli modelde içgörü, “içsel ve dışsal faktörlerden etkilenen sürekli bir düşünme ve hissetme” olarak tanımlanır. İçgörüü üç ana boyutta inceler: (1) psişik içgörü (klinik, bilişsel ve üstbilişsel içgörü alt boyutlarını içerir); (2) somaestetik içgörü (3) duygusal içgörü (Jaafari ve Marková, 2011; Thirioux ve ark., 2020).

2.2.1.3. İğörünün farklı kuramsal yaklaşımlarda ele alınışı

Klasik psikanalitik yaklaşımda Freud içğörünün; kişideki ruhsal semptomların neyi işaret ettiğinin ve düşüncelerin bastırılması sonucu oluşan olumsuz işlevlerin sebeplerinin neler olduğunun farkındalığı olduğunu belirtmiştir. Kişinin bilinçdışı çatışmalarının ve dürtülerinin farkında olması da denilebilir. İyileşme içğörü ile senkronizedir ve içğörü arttıkça iyileşme artar. Diğer taraftan, kişi kazandığı farkındalığı davranışlarına yansıtamadığı sürece yani emosyonel içğörü geliştiremediği sürece, etellektüel içğörü kazanmış olmasının belirtilerin ortadan kaldırılması için yeterli olmadığı da unutulmamalıdır. Adleryen yaklaşım dinamik yaklaşımlardandır ve bu yaklaşım da iyileşme olabilmesi için içğörü kazanımının şart olduğunu, tek başına yeterli olmasa da değişimin ilk basamağı olduğunu savunur. Bu yaklaşımın amacı, öncelikle kişiye içğörü kazandırmak ve bunun yardımıyla geçmişteki hatalı yaşantılarının, işlevsel davranışlar sayesinde tekrarlamamasını sağlamaktır (Corey, 2012; Sommers-Flanagan, 2018). Ghestalt Terapi Yaklaşımına bakıldığında da içğörü “bir problemin çözümünün ani keşfidir”. Birey Merkezli Yaklaşımaya göre içğörü kişinin kendisini, daha önce bakmadığı farklı bir açıdan görmeye ve kabullenmeye başlamasıdır. Akılcı Duygusal-Davranış Terapisinin geliştiricisi olan Albert Ellise göre ise içğörü kişinin mantıksız inançlar ve olumsuz düşünce kalıplarının farkına varmasıdır (Corey, 2012; Jaafari ve Marková, 2011).

2.2.2. Psikotik hastalıklarda içğörü

Jaspers ve Levis’a göre içğörü uniter tek bir özelliktir, bir hastada içğörü vardır ya da yoktur ve içğörü yokluğu psikozun temel özelliklerinden biridir. Bunun yanında Jaspers psikotik hastaların bazen geçici olarak hezeyan ve/veya halüsinasyonlarının gerçek olmadığının farkına varabileceklerini de söyler. David içğörünün psikoz tanısında ve hatta tedavisinde muhakkak niceliksel olarak değerlendirilmesi gerektiği savunmuş. ve içğörüğü hastalığın farkında olma, sıradışı (psikotik) yaşantıların anormalliğini kavrayabilme becerisi ve tedavi uyumu olmak üzere üç alt boyutta ele almıştır (Aslan ve Altınöz, 2010; David ve ark., 1992). Beck ve arkadaşlarına göre psikotik hasta öğrenmeyle kazandığı yüzeysel bir içğörü olan entellektüel içğörü ile

yetinir ve duygusal içgörü kazanamaz. Örneğin işitsel halüsinasyonları olan bir hasta, kendisine sorulduğunda seslerin akıl hastalığından kaynaklandığını belirtse de daha ayrıntılı sorgulandığında, seslerin Şeytan'dan gelen mesajlar olduğunu söyleyebilir. Hastanın ilk açıklaması, “entelektüel içgörü” ifadesi olarak tanımlanabilir. Psikozda gerçeği değerlendirme kapasitesi azalmıştır. Psikoz olgularındaki bu durum; 1) Bilişsel çarpıtmalarını objektif şekilde değerlendirememeleri, 2) Algıladıklarını bir perspektif içinde yerleştirme yeteneklerinin kaybolması, 3) Dışardan gelen düzeltici geribildirimleri kabul etmemeleri, 4) Sonuca atlamaları ve bu sonuca aşırı güvenmeleri gibi etmenlerle alakalıdır. Beck ve arkadaşlarına göre bu yanlış yorumlamaların tespiti ve düzeltilmesi gibi süreçlerdeki bozulma, akıl hastalığının varlığına yönelik içgörünün bozulması ile yakından ilişkilidir. “Bilişsel içgörü” çarpık inançların ve yanlış yorumların değerlendirilmesini ve düzeltilmesini içerir (Beck ve ark., 2004). Şizofreni psikiyatrik hastalıklar arasında içgörü azlığı ya da yokluğunun en fazla görüldüğü hastalıktır. Bir derlemeye göre hastaların %50 ila %80'inin psikiyatrik rahatsızlıklarının olmadığını düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır (Raffard ve ark., 2008b). Pozitif semptomlarla düşük içgörü düzeyinin ilişkili olduğunu söyleyen çalışmaların yanında, zayıf içgörünün negatif semptomlar ve dezorganize belirtilerle ilişkiliyken pozitif semptomlarla bir ilişkisi olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Cuesta ve ark., 1998). İçgörü ile hastalık belirtileri arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da literatürde mevcuttur (Schwartz ve Petersen, 1999). Araştırmalara göre içgörüdeki azalma, tedaviye uyumsuzluk, hospitalizasyon gerekliliği, sosyal işlevsellikte düşme ve kötü prognoz ile ilişkili bulunmuştur (Fistikci ve ark., 2016; Lysaker ve ark., 2018). İçgörü yüksekliği ise depresif belirtiler, umutsuzluk ve özkıyım girişi görölme oranlarını artırmaktadır (Amador ve ark., 1996; Moore ve ark., 1999; Sanz ve ark., 1998).

2.2.3. Obsesif kompulsif bozukluk ve içgörü

OKB'de içgörü, obsesyon ve kompulsiyonları mantıksız olarak değerlendirebilme ve bunlarla mücadele etmek için çaba gösterebilme yeteneğini ifade eder (Türksoy ve ark., 2002). İçgörünün bir belirti boyutu (belirtilerin farkındalığı) olarak mı ya da

ruhsal durumun bir parçası (bozukluğun genel farkındalığı) olarak mı değerlendirilmesi gerektiği, konuyla ilgili tartışmaların bir yönüdür. Araştırmacılar arasında içgörü nesnesinin ne olması gerektiği konusunda halen uzlaşa sağlanmamıştır. Markova ve Berios içgörünün ruhsal durumun bir parçası olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmekle birlikte, OKB olgularında içgörüyü, ruhsal durumun parçası olarak değil, semptomlarla ilişkili olarak değerlendirmişlerdir. Çünkü içgörü düzeyinin belirlenebilmesi içgörü 'nesne'sinin belirlenebilmesine bağlıdır ve bu olgularda içgörünün nesnesi 'obsesyon' ve 'kompulsiyonlardır' (Marková ve ark., 2009). OKB tanım ve tanısının 19. Yüzyılda Esquirol'un tanımından 2013 de yayınlanan DSM-5'e kadar olan tarihsel değişimine bakıldığında; hastalarda obsesyon ve kompulsiyonların tamamen benliğe yabancı ve mantıksız (egodistonik) kabul edildiği yani içgörünün tam olması gerektiği kanaatinden, OKB'de içgörünün; iyi içgörü, zayıf içgörü ve içgörü yokluğu/sanrısallık şeklinde üç farklı düzeyde yorumlanması gerektiği kanaatine evrildiği görülür. Çalışmalarda tüm olguların obsesyon ve kompulsiyonlarının mantıksız olduğunu düşünmedikleri ve karşı koymada her zaman yeterli olmadıklarının görülmesi bu süreçte etkili olmuştur (Bellino ve ark., 2005). Geçmişte içgörü eksikliği psikozun, içgörü varlığı ise OKB'nin olmazsa olmaz özelliği olarak düşünülmüştür (Aslan ve Altınöz, 2010). Geçmişten bu yana OKB tanısı almış, içgörüsü az ya da olmayan olgular için obsesif psikoz, atipik OKB, şizo-obsesif bozukluk ve kötü içgörülü OKB kavramları kullanılmıştır (Kozak ve Foa, 1994). OKB olgularında içgörüsü az ya da içgörüsüz hastaların oranı çeşitli çalışmalarda %13,8 ile 36 arasında değişmektedir (Jacob ve ark., 2014; Marazziti ve ark., 2002).

Araştırmacıların büyük kısmı içgörüyü; şiddetli tarafındaki obsesyonların sanrısallık inançlarla eşit olduğu (içgörü yok), obsesyon ve sanrısallık inanış arasında sürekli bir kavram şeklinde tanımlamaktadır, aşırı değerlendirilmiş düşünceler bu sürekliliğin arasında yer alır (Zhu ve ark., 2017). Bu durum içgörüsü olmayan OKB'nin şizofreni spektrum bozukluklarından ayrımını zorlaştırıyor olsa da DSM-5 e göre bu hastalara OKB tanısı koyulabilir (Rasmussen ve ark., 2020). Dolayısıyla OKB olgularının semptomlarına yönelik içgörülerini; iki ucunda içgörüsü tam olan olgular ve hiç

içgörüsü olmayan olgular bulunan bir yelpazede değerlendirilmelidir (Bellino ve ark., 2005; Jacob ve ark., 2014). Çoğunlukla “takıntılı psikozlar” (Solyom ve ark., 1985) veya “psikotik özelliklere sahip OKB” (Insel ve Akiskal, 1986) olarak adlandırılan zayıf içgörü/içgörüsüz olguların, OKB' nin şiddetli bir alt tipini mi yoksa altta yatan bir şizofreni hassasiyetini mi ifade ettiği henüz tam olarak netleşmemiştir ve bu nedenle şizofreni spektrumuna dahil edilmesi gerektiğini belirten yazarlar da vardır (Ottoni ve ark., 2022). OKB hastalarının semptomlarının abartılı ya da mantıksız olduğunu düşündükleri görüşünün araştırılması amacıyla yapılan DSM-IV saha çalışması vakaların yalnızca %13 ü kompulsiyonlarını yapmazlarsa korktukları hadisenin yaşanmayacağından kesin eminken (içgörü tam), %4 ü ise yaşanacağından kesin emin olduklarını (içgörü yok) belirtmiştir, olguların %26 sı ise korkulanın gerçekleşeceğinden büyük oranda emin olduğunu söylemiştir (Foa ve ark., 1995). Bu bulgular DSM- IV’ e “içgörüsü az olan” belirtecin eklenmesine sebep olmuştur. 2013 de yayınlanan DSM-5 de ise iyi/oldukça iyi içgörü, kötü içgörü ve içgörü yokluğu/ sanrısız inanışlar şeklinde üç farklı belirleyici tanımlanmıştır. OKBde içgörünün klinik, sosyodemografik ve tedaviye cevap gibi özellikler açısından incelendiği çalışmalara bakıldığında: OKB şiddeti ile içgörü düzeyleri arasında kesin bir ilişki saptanmıştır denemez. Çalışmalarda genel olarak kötü içgörünün; yüksek OK belirti şiddeti ile ilişkili olduğu görülmektedir (Bulut ve ark., 2014; Guillen-Font ve ark., 2021). Ancak literatürde bu ilişkinin saptanmadığı çalışmalar da mevcuttur (Marazziti ve ark., 2002; Shimshoni ve ark., 2011). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise OK semptom şiddeti ile bilişsel içgörünün ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ekinci ve Ekinci, 2016). Azalmış içgörünün; erkek cinsiyet (Grover ve ark., 2021; Shimshoni ve ark., 2011) daha küçük yaşta başlangıç, daha uzun hastalık süresi (Ravi Kishore ve ark., 2004), daha kısa eğitim süresi (Catapano ve ark., 2010), daha yüksek işsizlik oranı (Jakubovski ve ark., 2011) ve ailede OKB öyküsü (Bellino ve ark., 2005) ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmaların yanında bu ilişkileri saptamayan çalışmalar da vardır (Alonso ve ark., 2008; Cherian ve ark., 2012). Güncel bir çalışmada BABS ile ölçülen içgörü düzeyi; hastalık şiddeti, obsesif kompulsif ve şizotipal kişilik özellikleri ve hastalığın başlangıç yaşı ile

ilişkilendirilirken, hastalık süresi, eğitim yılı ve cinsiyet ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Otoni ve ark., 2022). Araştırmalarda medeni durum ve yaşın genel olarak içgörü düzeyleri ile ilişkili olmadığı görülmüştür (Fontenelle ve ark., 2013). Semptomlar açısından bakıldığında bazı çalışmalar zayıf içgörülü hastalarda; somatik obsesyonlar veya fiziksel sağlıkla ilgili endişelerin sık bulunduğu çalışmalar vardır (Lochner ve ark., 2005). (Tolin ve ark., 2001) saldırganlık ve dini obsesyonları zayıf içgörü ile ilişkilendirirken, (Cherian ve ark., 2012) saldırganlık obsesyonlarını iyi içgörüyle ilişkilendirmiş, bulaş obsesyonları ile temizlik kompulsiyonu olan hastaların içgörülerini daha zayıf bulmuştur. (Alonso ve ark., 2008) ise, bulaş obsesyonu olan hastalarda, içgörü düzeyini daha yüksek saptamıştır. Daha yakın tarihli çalışmalarda ise zayıf içgörülü hastalarda daha fazla istifleme belirtisi olduğu saptanmıştır (De Avila ve ark., 2019; Kalogeraki ve Michopoulos, 2017). Tedavi yönünden incelendiğinde bazı araştırmalarda zayıf içgörülü hastaların davranışsal (Himle Ja ve ark., 2006) ve/veya farmakolojik tedaviye daha az yanıt verdiği ve antipsikotik ilaç eklenmesine daha fazla ihtiyaç duyduğu (Tonna ve ark., 2016) görülmüşken; farmakolojik tedaviye cevap ile içgörü arasında herhangi bir bağlantı bulunmayan çalışmalar da vardır (Alonso ve ark., 2008).

Literatürde OKB olgularında üstbilişlerle içgörünün ilişkisini değerlendiren çalışmalar nadirdir, ulaşılabilen çalışmalarda üstbilişin değerlendirilmesinde ÜBÖ-30 kullanıldığı görülmüştür. Moritz OKB hastalarının üstbilişsel inançlarının şizofreni hastalarına daha çok benzediğini bulmuştur (Moritz ve ark., 2010). Türkiye’de yapılan bir çalışmada olguların, sağlıklı kontrollere göre (BBİÖ ile) zayıf bilişsel içgörülerinin olduğu ve OKB de yüksek bilişsel içgörünün yüksek bilişsel güven ve bilişsel farkındalık ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ekinci ve Ekinci, 2016). Türkiye’deki bir başka çalışmada ise iyi ve zayıf içgörülü hastaların ÜBO-30 puanlarında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2020). Patolojik kaygının klinik ve bilişsel içgörü ile bilişsel faktörler ve belirtilerle ilişkisinin çevrimiçi incelendiği bir çalışmada, yüksek patolojik kaygısı olan hastaların ÜBO-30 puanları, BBİÖ KİE puanı ile pozitif ilişkili bulunmuş ve KİE deki artışın yararsız üstbilişlerdeki artış ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Halaj ve Huppert, 2021).

Bir çalışmada yüksek üstbiliş puanlarının iyi içgörülü olgularda görüldüğü sonucuna ulaşmıştır (nen ve ark., 2013).

Yapılan alışmalarda OKB de içgörü ile ilgili farklı bulguların elde edilmiş olması, çalışmalarda farklı ölçeklerin kullanılmış olması ve hemen hemen hepsinde sadece tek bir içgörü leği ile değerlendirme yapılmış olmasının yanında, kullanılan bu ölçeklerin, içgörüyü farklı şekillerde kavramsallaştırması ve/veya farklı boyutlarda değerlendirmesi gibi spesifik özellikleri ile ilgili olabileceği düşünülmüştür (Bellino ve ark., 2005).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evreni, katılımcı alma döneminde Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve hastanemiz kayıtlarından telefonla ya da mail yoluyla ulaşıp görüşmeye çağırılan tüm OKB hastalarıdır. Araştırmanın örneklemi ise dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan, 18-65 yaş arası 64 OKB hastası oluşturmaktadır.

Çalışmanın etik kurul onayı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalara çalışmanın amacı açıklanmış, uygulanacak olan psikometrik ölçekler hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

3.2. Yöntem

Bu çalışma gözlemsel, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2.1. Hasta grubu

Bu çalışma için Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastalar ve COVID-19 pandemisi nedeniyle polikliniklerin kapatıldığı dönemde, görüşmeye çağırılmak üzere hastanemiz kayıtlarından telefon ya da mail yoluyla iletişime geçilen OKB tanısı almış 98 hasta ile görüşüldü. Hastalardan 23 tanesi pandemi sebebiyle hastane ortamında bulunmak istemediklerini belirterek çalışmaya katılmayı kabul etmedi, 5 hasta ise randevularına gelmedi ve daha sonra iletişime geçilemedi. 2 hasta şizofreni eş tanısı olması, 1 hasta BDB hipomanik dönemde olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. 3 hasta ise kompulsyonları olmadığı için BİDÖ uygulanamayacağından çalışma dışı bırakıldı.

Olgular çalışmaya dahil edilme-dışlama kriterlerine göre değerlendirilmiştir.

Dahil edilen hastalara çalışmanın amacı açıklanıp, uygulanacak olan psikometrik ölçekler hakkında bilgi verildikten ve yazılı onamları alındıktan sonra; OKB tanısını doğrulamak ve komorbid psikiyatrik hastalıkları değerlendirmek amacıyla DSM-5'e uyarlı SCID-1 görüşmesi yapılmıştır.

Dahil edilme kriterleri

1. 18-65 yaş arası hastalar
2. OKB tanılı hastalar
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar
4. Uygulanacak ölçekleri cevaplayabilecek şekilde okuma-yazma bilen hastalar

Dışlama kriterleri

1. Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılamıyor olması
2. Hastanın görüşmeyi tamamlayamayacak düzeyde herhangi bir fiziksel veya psikiyatrik hastalığının olması (Mental Retardasyon, Psikotik bozukluklar, Duygudurum bozuklukları tanısı olup, atak döneminde olan hastalar, Psikotik özellik içeren komorbid hastalık, Organik mental bozukluklar (demans, deliryum), Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu).

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik-klinik özellikler veri formu

Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri hakkında bilgi sahibi olunabilmesi amacıyla hazırlanmış olduğumuz bu formda hastaların; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı bölge, eğitim, meslek ve çalışma durumu, sosyoekonomik durumu, hane içinde kimlerle birlikte yaşadıkları, eğer varsa kaç çocuğu olduğu, gibi sosyodemografik özelliklerin değerlendirildiği maddelerin yanı sıra, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastalığın süresi-başlangıç yaşı, tedavi alma durumu, tedavi alıyorsa hangi ilaçları kullandığı ya da terapi alıp almadığı, kendisinin ve ailesinin sigara-alkol-madde kullanımı, kendisinde ya da ailesinde intihar girişimi öyküsünün olup olmadığı, hastanın ailesinde psikiyatrik ve/veya tıbbi hastalık

öyküsü olup olmadığı, hastanın komorbid psikiyatrik ve/veya komorbid tıbbi hastalığı olup olmaması, spor yapma durumu gibi klinik parametrelerin de değerlendirilmesini amaçlamaktadır (Ek-2).

3.3.2. Yale-brown obsesyon kompulsiyon ölçeği ve semptom kontrol listesi (YBOKÖ ve YBOKÖ-KL)

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda obsesif kompulsif semptomların türünü ve şiddetini ölçmeyi amaçlayarak Goodman ile arkadaşlarınca geliştirilmiş olan bu yarı yapılandırılmış ölçek, psikopatoloji bilen bir görüşmeci tarafından uygulanır. Ondokuz maddeden oluşan bu ölçeğin puanlaması ilk on madde üzerinden yapılır (Ek-3). İlk beş madde obsesyonların, sonraki beş madde ise kompulsiyonların şiddetini değerlendirmek için tasarlanmıştır. Her bir madde 0-4 arasında puanlanır. Toplam puanın yüksek olması, hastalığın şiddetinin de yüksek olduğu şeklinde yorumlanır.

Ölçeğin puanlamasının hastalık şiddeti açısından gruplandırılması:

0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli 32-40 çok şiddetli şeklindedir (Goodman ve ark., 1989).

Yale- Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11. maddesi içgörüyü ölçmektedir ve puan yükselmesi içgörünün azaldığına işaret eder. Diğer içgörü ölçeklerinden farklı olarak, bu madde içgörüyü tek boyutta değerlendirir (Goodman ve ark., 1989). Bu çalışmada hastaların içgörü derecesini değerlendirilmek için ölçeğin 11. maddesi de uygulanmıştır.

Hastaların semptomları sorgulanırken, listede yer almadığı halde ülkemizde çok sık rastlanan semptomlar olması nedeniyle kuşku obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları da eklenerek, Yale- Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği kontrol listesi kullanılmıştır.

Ölçeği Türkçeye uyarlayarak geçerlilik-güvenilirlik çalışmasını 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve ark. ile 1995 yılında Tek ve ark. yapmıştır (Karamustafalıoğlu, 1993; Tek ve ark., 1995).

3.3.3. Maudsley obsesif kompulsif soru listesi (MOKSL)

Maudsley obsesif kompulsif soru listesi (MOKSL); kontrol, temizlik, yavaşlık ve kuşku olmak üzere 4 alt ölçekten oluşur ve obsesif kompulsif semptomların türü ile yaygınlığını araştırmayı amaçlayarak Hodgson ve Rachman tarafından 1977 senesinde geliştirilmiştir (Hodgson ve Rachman, 1977).

Türkçe uyarlaması 1988’de Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır ve bu çalışmada orijinali otuz maddelik olan ölçeğe ruminasyon alt ölçeği için yedi madde eklenmesiyle otuzyedi maddelik bir ölçek şeklinde yeniden düzenlenmiştir (Erol ve Savaşır, 1988) (Ek-4).

Bir öz bildirim ölçeğidir ve her madde, kişinin kendisi tarafından doğru/ yanlış şeklinde yanıtlanır. 37 soruluk ölçekteki her “doğru” cevabı 1 puan, her “yanlış” cevabı ise 0 puan olarak değerlendirilir ve toplam puandaki artış OK belirtilerin de arttığına işaret eder (Hodgson ve Rachman, 1977).

3.3.4. Aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği (ADDÖ)

Aşırı değerlendirilmiş düşünce (ADD) Wernicke tarafından “duygudurumun etkilediği muhakeme bozukluğu” olarak tanımlamıştır. Jaspers ise bu terimin sanrıdan farkını vurgulayarak “kişinin doğruluğuna ikna olarak kuvvetli bir duygudurum ile bağlandığı yanlış ancak anlaşılabilir düşünce” olarak tanımlamıştır. Jaspers sanrının yanlış olmanın yanında, akla yatkın olmayan düşünce olduğunu belirtir. Sonraki zamanlarda ortaya atılan bir görüşe göre ise, aşırı değerlendirilmiş düşünce rasyonel düşünce ile sanrı arasında bulunmaktadır. Burada önemli olan kişinin düşünceye ne derece bağlandığı ve düşüncenin sarsılmazlığının boyutudur

(Kozak ve Foa, 1994). Aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği; aşırı değer verilmiş düşüncelerin şiddetini belirlemek amacıyla Neziroğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirmiştir (Neziroğlu ve ark., 1999).

Klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir ve ölçek ile inancın ve düşüncenin şu özellikleri değerlendirilir:

1. Bireyin düşünce veya inancına atfettiği gariplik,
2. Bireyin düşünce veya inancının doğruluğu,
3. Bireyin düşünce veya inancının sabitliği,
4. Bireyin düşünce veya inancının akla uygunluğu,
5. Zorlantıların etkinliği,
6. İnancın yaygınlığı,
7. Diğer kişilerin inancı paylaşıp/paylaşmadığı,
8. Diğer kişilerin inancı paylaşmasının/paylaşmamasının nedenleri,
9. İnancın kararlılığı

Aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeğinin modifiye edilmiş halinde yukarıdaki özelliklere; inanca direnç ile inancın kararlılığının süresi maddeleri de eklenmiştir (Ek-5).

Ölçek uygulanırken son bir haftaya yönelik olarak hastaya en çok sıkıntı veren veya işlevselliğini bozan obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlarla ilişkili bir ana inanç seçilir ve sorular bu ana inanç üzerinden cevaplandırılır. Her madde 0-10 arasında puanlanır ve toplam puanın ortalaması alınır. Neticede 0-10 aralığında bir puan hesaplanır. 6 ve üzerindeki puanların OKB’de içgörünün azaldığını gösterdiği kabul edilmiştir (Neziroğlu ve ark., 1999).

3.3.5. Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ)

Eisen ve arkadaşları tarafından 1998 yılında geliştirilmiş olan BİDÖ, yarı yapılandırılmış bir ölçektir ve klinisyen uygular. Farklı psikiyatrik hastalıklardaki içgörüyü inanç düzeyine göre değerlendiren yedi maddelik bir ölçektir (Ek-6).

Her bir soru içgörünün farklı bileşenlerini değerlendirmek üzere tasarlanmıştır;

- 1- Kişi, inancının doğruluğuna ne derece ikna olmuştur,
- 2- Kişi, diğer insanların inanışını mantıklı bulduğundan ne derece emindir,
- 3- Kişi, kendi inancı ile diğerlerinin kişinin bu inancına dair görüşleri arasındaki farkı nasıl açıklar,
- 4- Kişi inancının yanlışlığı hakkında ikna edilebilir midir,
- 5- Kişi, inancını çürütmeyi ne kadar denemiştir,
- 6- Kişi inancının psikiyatrik ya da psikolojik bir nedeni olduğunun farkında mıdır,
- 7- (varsa) kişinin referans fikirlerini veya sanrılarını değerlendirir.

Her madde 0-4 arasında puanlanır. İlk altı maddenin toplanmasıyla 0 ile 24 arasında bir toplam skor elde edilir. 7. madde klinisyenin isteğine bağlı olarak uygulanır ve bu sorudan alınan puan toplam skora eklenmez.

Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği toplam puanındaki artış içgörünün zayıfladığını düşündürür. Tüm maddelerin 0 olması mükemmel içgörüyü, tüm maddelerin 4 olması ise içgörünün olmadığını gösterir. Eğer toplam skor 18 ve üstünde ve 1. madde 4 puan ise inancın delüzyonel olduğu kabul edilir. Toplam puan 12 ve üzeri, ilk madde 3 ve üzeri puanlanmışsa; içgörünün azaldığı sonucuna varılır

Görüşmede ilk olarak hastanın ana inancını tanımlamak için Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği kontrol listesi uygulanır. Ana inanca karar verilirken inancın hastanın hayatını ne kadar etkilediği ve ne kadar sıkıntı yarattığı göz önünde bulundurulur. Ayrıca BİDÖ'nün uygulanabilmesi için hastanın kompulsiyonlarını gerçekleştirmediği takdirde ortaya çıkacak sonuçlar hakkında altta yatan bir inancının olması gerekir. Bu durumda anksiyete artışı haricinde bir şey yaşayacağını düşünmeyen hastada BİDÖ kullanılamaz (Eisen ve ark., 1998). Bizim çalışmamızda da bu koşulları sağlamadığı için üç kişi çalışmaya dahil edilmemiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışmasını Özcan ve arkadaşları yapmıştır (Özcan ve ark., 2013).

3.3.6. Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ)

Beck bilişsel içgörü ölçeğinin (BBİÖ) bu çalışmada kullanılan diğer ölçeklerden en önemli farkı, öz bildirime dayalı bir ölçek olmasıdır. Onbeş maddeden oluşan likert (dörtlü derecelendirme) tipi bir ölçektir (Ek-7).

Uygulama sırasında katılımcıdan her bir ifadeye ne kadar katıldığını belirtmesi istenir.

Her ifade 0-3 arasında derecelendirilir;

0= Hiç katılmıyorum,

1= Çok az katılıyorum,

2= Epeyce katılıyorum,

3= Tamamen katılıyorum, anlamına gelir.

Bu onbeş maddeden dokuzu (1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14 ve 15. maddeler) kişinin bilişsel çıkarımlarını düşünmesi ve deneyimlerine farklı açıklamalar getirebilmesi ile ilgili olan “kendini ifade etme” alt ölçeğini, altısı (2, 7, 9, 10, 11 ve 13. maddeler) ise kişinin düşüncelerinin geçerliliğine dair ne kadar emin olduğunu değerlendiren “kendinden eminlik” alt ölçeğini oluşturur.

Bilişsel içgörü toplam puanı (birleşik indeks) kendini ifade etme alt ölçeğinin puanından kendinden emin olma alt ölçeğinin puanının çıkarılmasıyla bulunur ve bu bileşik indeks -18 ile +27 arasında değişebilir. Skorun yükselmesi içgörünün arttığına işaret eder (Beck ve ark., 2004).

Ölçeğin Türkçe uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması Aslan ve ark. tarafından 2005 yılında yapılmıştır (Aslan ve ark., 2005).

3.3.7. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ)

David içgörünün "var" ya da "yok" olarak tek bir boyutta değil, üç farklı boyutta ve niceliksel olarak değerlendirilmesi gerektiği fikrini ortaya koymuş ve bu boyutların ölçülmesini amaçlayan bir ölçek geliştirmiştir.

Bu ölçekle içgörünün şu üç bileşeni değerlendirilmektedir;

- 1 Hastalığın farkında olma,
- 2 Sıra dışı (psikotik) yaşantıların anormalliğini kavrayabilme becerisi,
- 3 Tedavi uyumu.

Yarı yapılandırılmış sekiz soruluk bir ölçektir (Ek-8).

İçgörünün üç bileşeninin değerlendirme ölçeği klinisyen tarafından uygulanır. Klinisyen hastanın cevaplarının yanında hasta hakkındaki kendi gözlemlerini de dikkate alarak değerlendirme yapabilir. İlk yedi sorudan en fazla 14 puan alınabilir. Sekizinci soru hipotetik olarak sorulmuş ve hastaya sorulup sorulmaması klinisyene bırakılmıştır. Bu soru dahil edilirse en yüksek puan 18 dir.

Ölçekten yüksek puan alınması içgörü düzeyinin de yüksek olduğunun göstergesidir.

İçgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeğinin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını Arslan ve arkadaşları yapmıştır (Aslan ve ark., 2001; David, 1990).

3.3.8. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ)

Ölçek 1993 de Amador ve arkadaşlarınca geliştirilmiştir. Ölçekte üç adet giriş ve onyedici adet semptom sorusu vardır. Likert tipi ölçektir ve klinisyen tarafından doldurulur. Cevaplar 1-5 arasında puanlanır. Sonrasında her bir semptomun farkındalığı ve neye atfedildiği sorgulanır (Ek-9). Toplam puan artıka içgörü azalır.

Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği kısmi olarak da; hastalığın farkında olma, tedavi etkisinin farkında olma ve hastalığın doğurduğu sosyal sonuçların farkında olmanın değerlendirildiği ilk üç soruluk kısmı ile diğer psikiyatrik hastalıklarda içgörünün değerlendirilmesi amacıyla da kullanılabilir (Bora ve ark., 2006). 1994 de ölçeğin 9 soruluk kısaltılmış formu yayınlanmıştır (Amador ve ark., 1994).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması güvenilirlik ve geçerlik çalışması Bora ve arkadaşları tarafından kısaltılmış versiyonu için yapılmıştır (Bora ve ark., 2006).

Bu çalışmada, hastalığın farkında olma, tedavi etkisinin farkında olma ve hastalığın doğurduğu sosyal sonuçların farkında olmanın değerlendirildiği ilk üç soru ve bu üç sorudan elde edilen toplam puan kullanılmıştır.

3.3.9. Üstbiliş ölçeği- 30 (ÜBÖ-30)

Cartwright-Hatton ve Wells ölçeğin orijinalini 1997 yılında geliştirmiştir. 2004 yılında ise ölçeğin kısa formu olan 30 maddelik ÜBÖ-30'u oluşturmuşlardır (Ek-10). ÜBÖ-30 daki maddeler şu beş ayrı boyutu ölçmek için tasarlanmıştır:

- 1 Olumlu İnançlar boyutu; 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. maddeler,
- 2 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı boyutu; 2, 4, 9, 11, 16 ve 22. maddeler,
- 3 Kontrol Edilemezlik ve Tehlike boyutu; 6, 13, 15, 21, 25, 27. maddeler,
- 4 Bilişsel Güven boyutu; 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. maddeler,
- 5 Bilişsel Farkındalık boyutu; 5, 12, 17, 19 ve 30. maddeler ile değerlendirilir

Bir öz bildirim ölçeği olan üstbiliş ölçeği (ÜBÖ-30) likert (dörtlü derecelendirme) tipi bir ölçektir ve her bir ifadeye kişilerin ne kadar katıldıklarını belirtmeleri istenir.

Her madde, “kesinlikle katılmıyorum” ile “kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahiptir;

1= Kesinlikle katılmıyorum,

2= Çok az katılıyorum,

3= Epeyce katılıyorum,

4= Kesinlikle katılıyorum, anlamına gelir.

Ölçekten en az 30 en fazla 120 puan alınabilir ve alınan puandaki artış patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin de arttığını gösterir (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

Üstbiliş ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Tosun ve Irak tarafından yapılmıştır (Tosun ve Irak, 2008).

3.4. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde IBM SPSS Statics 25.0 programı kullanılmıştır.

Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arası ilişkiler için ki-kare, Independent Sample t testi kullanılmıştır. İki den fazla grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda ANOVA ve post-hoc test olarak Tukey testinden yararlanılmıştır. Normallik varsayımı sağlanmadığı durumda ise Kruskal Wallis testi ve post-hoc test olarak Bonferroni testinden yararlanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki Spearman ve Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir.

Araştırmamızda sürekli olan değişkenlerde; tanımlayıcı olan istatistikler dağılım özelliklerine göre ortalama $\pm$ standart sapma veya ortanca ve birinci ve üçüncü çeyreklik yüzdesi olarak belirtilmiştir. Kesikli olan değişkenler ise frekans, yüzde olarak gösterilmiştir. Tüm analizlerdeki istatistiksel anlamlılık değeri olan p eşik değeri 0,05 olarak alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın yapıldığı dönemde COVID-19 pandemisi olması, araştırmanın yürütüldüğü hastanenin pandemi hastanesi ilan edilmesi, bu süreçte poliklinik hizmetlerinin durdurulması, pandemi nedeniyle yapılan görevlendirilmeler gibi nedenlerden ötürü araştırma planlanandan daha geç bir tarihte tamamlanmıştır.

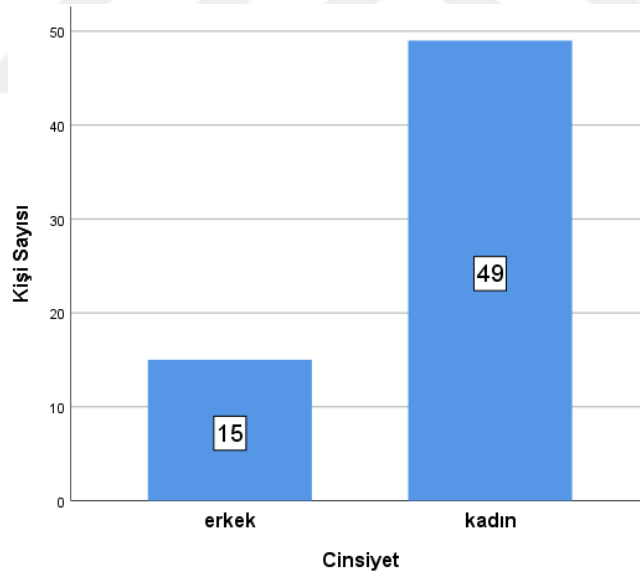
Yapmış olduğumuz çalışmanın en önemli kısıtlılığı; bu çalışmaya katılan hastaların COVID-19 pandemisine rağmen hastaneye gelmeyi kabul eden obsesif kompulsif bozukluk hastaları olmasıdır. Bu da bir tür seçim yanlılığı (selection bias) içermektedir. Buna rağmen, elde ettiğimiz sonuçlara göre, örneklemimizde en sık kirlenme-temizleme belirtilerinin bulunmuş olması obsesif kompulsif bozukluk semptomatolojisinin genel verileriyle uyumludur.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Bu çalışma için OKB tanısı almış 98 hasta ile görüşüldü. Hastaların 23'ü pandemi nedeniyle hastanede uzun vakit geçirmek istemedikleri için çalışmaya gönüllü olmadı, 5 hasta randevularına gelmedi. 2 hasta şizofreni eş tanısı olduğu için, 1 hasta da BDB hipomanik dönemde olduğu için çalışmaya dahil edilmedi. 3 hasta ise kompulsiyonları olmadığı için BİDÖ uygulanamayacağından çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak bu çalışmaya; katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 64 hasta dahil edilmiştir.

Hastaların %76,6'sı kadın (n=49), %23,4'ü erkekti (n=15) (Şekil 4.1).

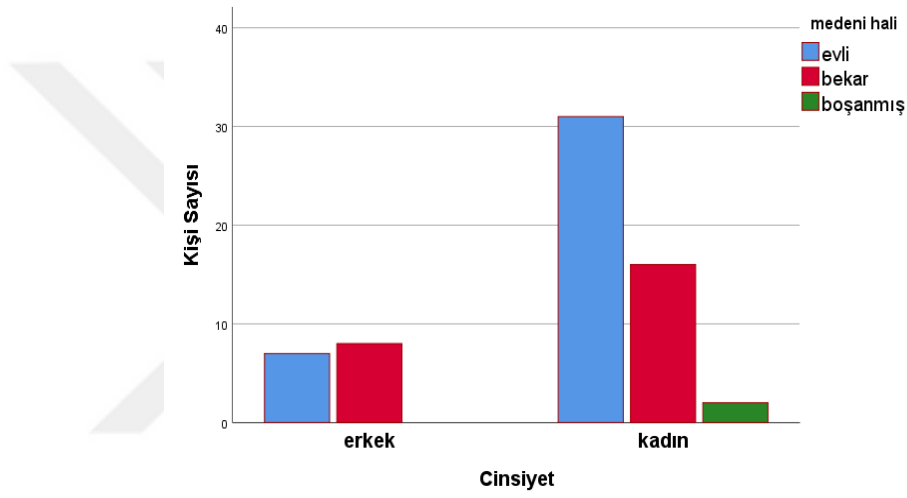


Şekil 4.1. Cinsiyetlere göre hasta sayıları

Hastaların yaşları 18-66 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $35,47 \pm 11$ bulundu. Erkeklerin yaş ortalaması $33,87 \pm 12,86$ iken, kadın hastaların yaş ortalaması

35,96±10,62 olarak bulundu. Hastaların yaş ortalaması cinsiyetler arasında benzer bulundu ($p>0,05$).

Hastaların medeni durumu incelendiğinde; %59,4 (n=38) hasta evli, %37,5 (n=24) hasta bekar, %3,1 (n=2) hasta boşanmış olarak bulundu. 15 erkek hastanın %46,6'sı (n=7) evli, %53,4 (n=8)'ü bekar olup; kadın hastaların ise %63,3'ü (n=31) evli, %32,7'si (n=16) bekardı. Medeni durum açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Şekil 4.2).

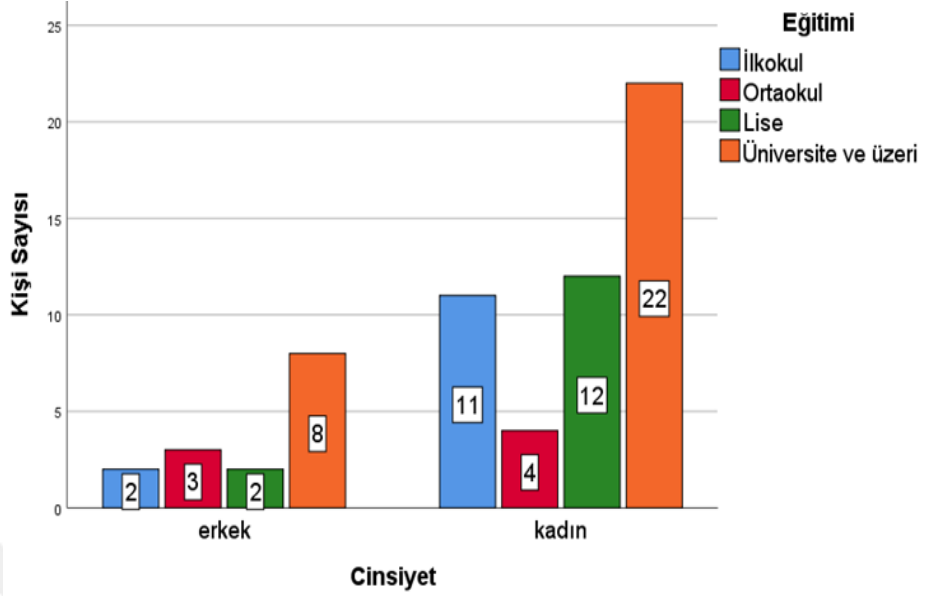


Şekil 4.2. Cinsiyet medeni durum ilişkisi

Hastaların %85,9'u (n=55) kentsel bölgede yaşarken %14,1'i (n=9) kırsal bölgede yaşıyordu.

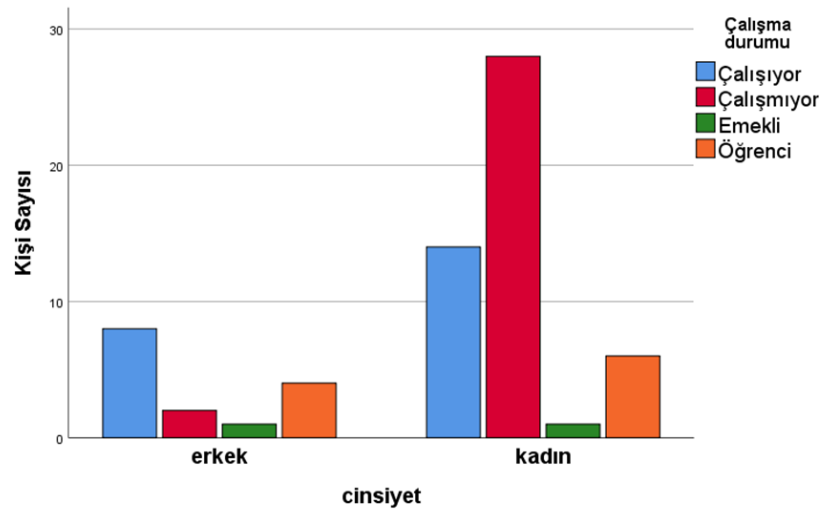
Hastaların %15,6'sının (n=10) gelir seviyesi düşük, %79,7'sinin (n=51) gelir seviyesi orta, %4,7'sinin (n=3) gelir seviyesinin yüksek olduğu görüldü.

Hastaların eğitim düzeyi incelendiğinde; %20,3'ünün (n=13) ilkokul mezunu olduğu, %10,9'unun (n=7) ortaokul mezunu olduğu, %21,9'unun (n=14) lise mezunu ve hastaların %46,9'unun ise (n=30) üniversite mezunu olduğu tespit edilmişken; cinsiyetler arasında eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Şekil 4.3).



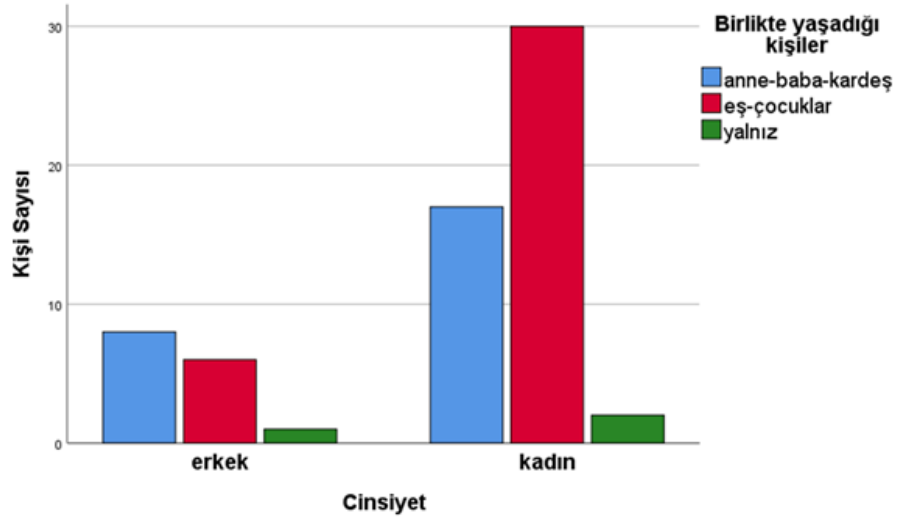
Şekil 4.3. Cinsiyet ve eğitim düzeyi ilişkisi

Çalışma durumları incelendiğinde hastaların %50,0'si (n=32) çalışmakta ya da çalışabilir durumda olup %50,0'si (n=32) ise çalışmıyordu. Erkeklerde çalışma oranı %80,00 iken kadınlarda bu oran %40,80 olarak bulundu. Erkek hastaların çalışma oranı kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,018$) (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Cinsiyet ve çalışma durumu ilişkisi

Birlikte yaşadıkları kişilere göre değerlendirdiklerinde erkeklerin %6,7'si (n=1) yalnız, %53,3'ü (n=8) anne-baba-kardeş ile birlikte, %40,0'ı (n=6) eşi ve çocuklarıyla yaşıyorken; kadınların %4,1'i (n=2) yalnız, %34,7'si (n=17) anne-baba ve kardeş ile birlikte, %61,2'si (n=30) eşi ve çocuklarıyla yaşıyordu. Cinsiyetler ile birlikte yaşadıkları kişiler karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Cinsiyetlere göre birlikte yaşanan kişiler

Hastaların temel sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1 de verilmiştir.

Hastalık başlangıç yaşı ortalama $22,41 \pm 8,62$ olup; erkeklerde ortalama $20,07 \pm 6,89$ yaş, kadınlarda ortalama $23,12 \pm 9,02$ yaş olarak bulundu. Hastalık başlangıç yaşı kadınlarda daha yüksek olarak görünüyorsa da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Katılımcıların hastalık süresi 1- 37 yıl arasında değişmekte olup, ortalama hastalık süresi $13,30 \pm 9,47$ yıl bulundu. Ortalama hastalık süresi erkeklerde $13,80 \pm 9,29$ yıl kadınlarda $13,14 \pm 9,61$ yıl olarak saptanmıştır. Cinsiyetlere göre bakıldığında hastalık süreleri benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler

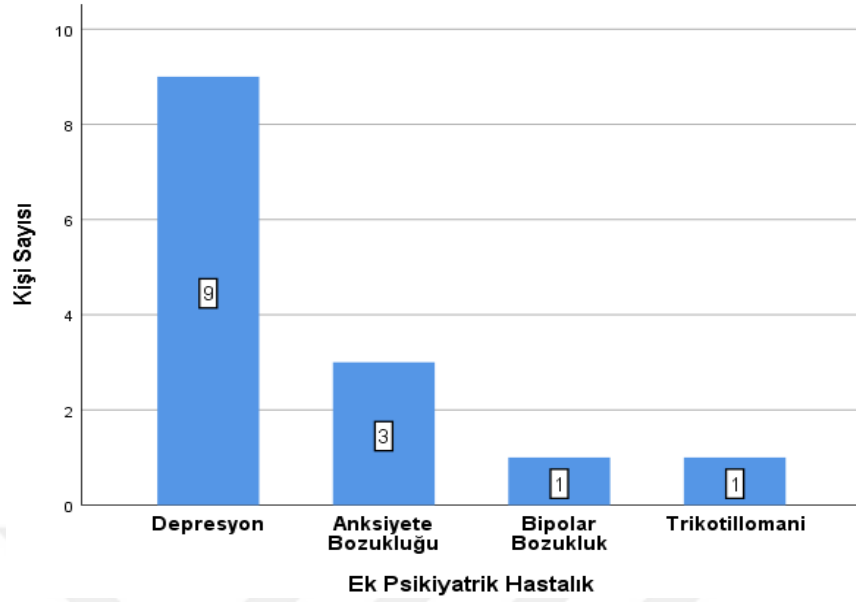
Sosyodemografik Özellikler	% (n=64)	
Yaş Ortalaması (yıl)	35±11 yaş	
	Erkek	33,87±12,86
	Kadın	35,96±10,62
Cinsiyet	Erkek	%23,4 (n=15)
	Kadın	%76,6 (n=49)
Medeni Durumu	Evli	%59,4 (n=38)
	Bekar/Boşanmış	%40,6 (n=26)
Eğitim Düzeyi	İlkokul	%20,3 (n=13)
	Ortaokul	%10,9 (n=7)
	Lise	%21,9 (n=14)
	Üniversite	%46,9 (n=30)
Çalışma Durumu	Çalışıyor/Çalışabilir	%50,0 (n=32)
	Çalışmıyor	%50,0 (n=32)

Hastaların %21,9’unda (n=14) ek psikiyatrik hastalık vardı. Bu hastaların %14,1’inin (n=9) majör depresyonu, %4,7’sinin (n=3) anksiyete bozukluğu, %1,6’sının (n=1) bipolar bozukluk ve %1,6’sının (n=1) trikotillomani ek tanısının bulunuyor olduğu görüldü (Şekil 4.6).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulandığında; %65,6’sının (n=42) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yokken, %34,4’ünün (n=22) ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu saptandı.

Hastaların %82,8’inde (n=53) ek tıbbi hastalık yokken, %17,2’sinin (n=11) ek tıbbi hastalığının olduğu görüldü.

Hastaneye yatış öyküsü incelendiğinde hastaların %93,7’sinin (n=60) hastaneye yatışı yokken, %6,3’ünün (n=4) hastanın hastane yatış öyküsü vardı. Erkeklerde hastaneye yatış öyküsü olmayıp, 4 hastanın hepsinin kadın olduğu görüldü.



Şekil 4.6. Hasta sayılarına göre ek psikiyatrik hastalıklar

İntihar girişimi sorgulandığında; erkeklerin %6'sında (n=1), kadınların ise %12,2'sinde (n=4) olmak üzere tüm hastaların %10,9'unda (n=7) intihar girişimi öyküsü mevcuttu. Cinsiyetler arasında kıyaslandığında kadın hastalarda intihar girişimi oranı daha yüksek görünse de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Hastaların %21,9'u (n=14) sigara kullanıyorken, %78,1'i (n=50) sigara kullanmıyordu. Cinsiyetler arasında sigara kullanımı incelendiğinde erkek hastaların %40'ı sigara kullanırken, kadın hastaların %16,3'ü sigara kullanıyor olup; erkek hastaların sigara kullanım oranları kadın hastalardan yüksek görünüyor olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Hastaların %40,6'sının (n=26) ailesinde sigara kullanımı varken %59,4'ünün (n=38) ailesinde sigara kullanımı olmadığı görüldü.

Alkol ve madde kullanımlarına bakıldığında 2 hastanın alkol, 1 hastanın ise madde kullandığı görüldü

Hastaların klinik özelliklerine göre sayı ve sıklığı Tablo 4.2 de verilmiştir.

Tablo 4.2. Klinik özelliklere göre hasta sıklığı ve sayısı

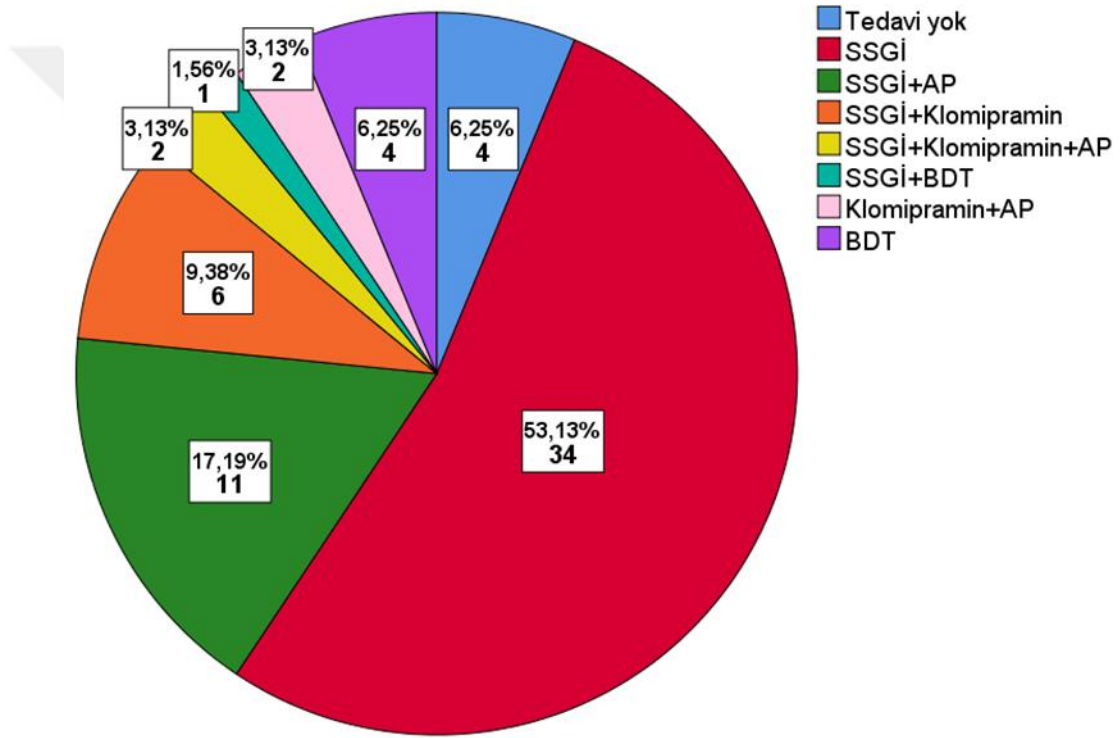
Klinik Özellikler	% (n=64)	
Hastalık başlangıç yaşı (yaş)	22±8 yaş	
	Kadın	23±9
	Erkek	20±6,8
Hastalık süresi (yıl)	13±9 yıl	
	Kadın	13,1±9,6
	Erkek	13,8±9,2
Tedavi öyküsü	BDT	%6,2 (n=4)
	İlaç	%85,9 (n=55)
	BDT+İlaç	%1,5 (n=1)
	Tedavi yok	%6,2 (n=4)
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	%34,4 (n=22)
	Yok	%65,6 (n=42)
Ek psikiyatrik hastalık	Toplam	%21,9 (n=14)
	Major Depresyon	%14,1 (n=9)
	Anksiyete Bozukluğu	%4,7 (n=3)
	Diğer*	%3,2 (n=2)
Ek tıbbi hastalık	Var	%17,2 (n=11)
	Yok	%82,8 (n=53)
Hastaneye yatış öyküsü	Var	%6,3 (n=4)
	Yok	%93,7 (n=60)
İntihar girişimi	Var	%10,9 (n=7)
	Yok	%89,1 (n=57)
Sigara	Evet	%21,9 (n=14)
	Hayır	%78,1 (n=50)
Alkol	Evet	%3,1 (n=2)
	Hayır	%96,9 (n=66)
Madde	Evet	%1,6 (n=1)
	Hayır	%98,4 (n=63)

*Bipolar Bozukluk, Trikotillomani



Hastaların mevcut tedavileri değerlendirildiğinde %6,25'inin (n=4) herhangi bir tedavi almadığı, %6,25'inin (n=4) sadece BDT ile takip edildiği görülmüştür. Geriye kalan hastaların tamamının (%87,5 (n=56)) SSGİ ve/veya klomipramin olmak üzere en az bir antidepresan kullandığı saptanmıştır. Kullanılan antipsikotiklerin tamamı atipik antipsikotik grubundandır.

Hastaların mevcut tedavileri Şekil 4.7 de pasta grafiği olarak verilmiştir.



Şekil 4.7. Hastaların mevcut tedavileri
(SSGİ:Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri, AP:Antipsikotik, BDT:Bilişsel Davranışçı Terapi)

Hastaların obsesyon ve kompulsyon tiplerini belirlemek için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği- Kontrol Listesi (YBOKÖ-KL) kullanılmıştır. En sık görülen belirtilerin kirlenme-temizleme olduğu, ikinci sıklıkta ise kuşku-kontrol belirtilerinin görüldüğü saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. YBOKÖ- KL'ye göre obsesyon ve kompulsiyon tiplerinin dağılımı

	Hasta Sayısı (%)		Hasta Sayısı(%)
Obsesyonlar		Kompulsiyonlar	
Kirlenme-Bulaş	23(%35,9)	Temizleme/Yıkama	24(%37,5)
Kuşku	13(%20,3)	Kontrol	15(%23,4)
Simetri/Düzen	2(%3,1)	Sıralama/Düzenleme	4(%6,3)
Biriktirme	1(%1,6)	Biriktirme/Toplama	1(%1,6)
Somatik	4(%6,3)	Sayma	3(%4,7)
Dini	10(%15,6)	Tekrarlayıcı törensel davranış	5(%7,8)
Cinsel	1(%1,6)	Diğer**	12(18,8)
Saldırganlık	3(%4,7)		
Diğer*	7(%10,9)		

*Bilme ihtiyacı, Uğursuz sayı, Batıl itikatlar **Sorma gereksinimi, Zihinsel törenler, Önlem alma

Hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarına göre belirti dağılımlarına bakıldığında da en yüksek puanın temizlik altölçeğinde, ikinci en yüksek puanın ise kuşku altölçeğinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. MOKSL puan ortalamaları

MOKSL	Ortalama±SS
Kontrol	4,19±2,39
Temizlik	5,91±2,62
Yavaşlık	3,13±1,51
Kuşku	4,75±1,77
Ruminasyon	2,55±1,35
Toplam	20,41±6,45

4.2. Klinik Ölçekler ve İçgörü Değerlendirme Ölçekleri

Obsesif kompulsif belirtilerin ve toplam sonuçla hastalık şiddetinin belirlendiği Yale–Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğine (YBOKÖ) göre; olguların hastalık şiddeti puanı en düşük 16 ve en yüksek 39 puan arasında değişmekte olup, ortalama $27,39 \pm 5,58$ puandı. Obsesyon puanı 20 ile 5 arasında değişmekte olup ortalaması $13,33 \pm 3,04$ puanken, kompulsiyon puanı da benzer şekilde en düşük 7, en yüksek 20 saptanmış ve ortalaması $14,06 \pm 3,14$ bulunmuştur.

Hastaların üstbiliş ölçeği (ÜBO-30) ile elde edilen üstbiliş puanlarına bakıldığında cezalandırılma, sorumluluk ve batıl inanç konuları çevresindeki olumsuz inanışları kontrol altında tutma ihtiyacına ilişkin maddelerle değerlendirilen düşüncelerin Kontrol İhtiyacı (DKİ) alt ölçeğinin en yüksek ortalama puanda olduğu görülmüştür ($16,08 \pm 4,32$).

Bu çalışmada; literatürde OKB ve içgörü temalı araştırmalarda içgörü değerlendirme aracı olarak en fazla kullanıldığı görülen Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ) ve aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği (ADDÖ) de dahil olmak üzere, 6 farklı içgörü ölçeği kullanılmıştır.

Hastaların Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği puanlarının 0 ile 22 arasında değiştiği ve ortalama $6,20 \pm 6,05$ olduğu tespit edildi.

Aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği skorunun 8,30 ile 2,20 arasında değiştiği ve ortalama $4,77 \pm 1,47$ puan olduğu görüldü.

Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11. maddesi puanı 0-4 arasında değişmekte olup 4 puan alan üç olgu olduğu ve ortalama puanın $0,8 \pm 1,2$ olduğu saptanmıştır.

İçgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği ortalama puanı $12,42 \pm 2,80$ olup en yüksek 14, en düşük 1 olduğu görülmüştür.

Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği puanlarına bakıldığında, 1 hastanın 15 tam puan aldığı ortalamanın ise $3,95 \pm 2,16$ olduğu görülmüştür.

Bilişsel içgörünün değerlendirilmesi için kullanılan Beck bilişsel içgörü ölçeğinin alt puanlarına bakıldığında; Kendinden Eminlik (KE) ortalama puanı $9,48 \pm 3,26$, Kendini İfade Etme (KİE) ortalama puanı $14,16 \pm 5,21$ ve toplam puan yani birleşik indeks (Bİ) ortalama puanı ise $4,67 \pm 6,20$ olarak saptanmıştır.

Hastalara uygulanan klinik ölçekler ve içgörü değerlendirme ölçeklerinin ortalama puanları Tablo 4.5 de verilmiştir.

Tablo 4.5. Uygulanan klinik ölçekler ve ortalama puanları

Klinik Ölçek	Ortalama $\pm$ SS
Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)	
YBOKÖ-Obsesyon (Obs.)	$13,33 \pm 3,04$
YBOKÖ-Kompulsiyon (Komp.)	$14,06 \pm 3,14$
YBOKÖ-Toplam (Top.)	$27,39 \pm 5,58$
Üst Biliş Ölçeği- 30 (ÜBÖ- 30)	
Olumlu İnançlar (OI)	$11,03 \pm 3,77$
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike (KET)	$14,53 \pm 5,62$
Bilişsel Güven (BG)	$12,03 \pm 4,91$
Bilişsel Farkındalık (BF)	$14,91 \pm 4,05$
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı (DKİ)	$16,08 \pm 4,32$
Toplam	$68,58 \pm 16,10$
İçgörü Değerlendirme Ölçekleri	
BİDÖ	$6,20 \pm 6,05$
ADDÖ	$4,77 \pm 1,47$
AHİÖ	$3,95 \pm 2,16$
İÜBDÖ	$12,42 \pm 2,80$

YBOKÖ-11. madde

0,89±1,23

Tablo 4.5. Uygulanan klinik ölçekler ve ortalama puanları (devam)

Klinik Ölçek	Ortalama±SS
Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)	
Kendinden Eminlik (KE)	6,20±6,05
Kendini İfade Etme (KİE)	4,77±1,47
Toplam	3,95±2,16

BİDÖ:Brown İçgörünün Değerlendirilmesi Ölçeği, ADDÖ:Aşırı Değerlendirilmiş Düşünceler Ölçeği, AHİÖ:Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, İÜBDÖ:İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

DSM-5 ve YBOKÖ- 11. madde ile yapılan kategorik değerlendirme sonuçlarına bakıldığında; DSM-5'e göre içgörüsü iyi/oldukça iyi olan hastaların oranı %76 (n=49), içgörüsü kötü olan olgular %16,6 (n=10) ve içgörüsü yok/sanrısız olarak değerlendirilen vaka oranı %7,8 (n=5) olarak bulunmuştur. YBOKÖ-11 in kategorik değerlendirmesine göre ise mükemmel içgörüye sahip hastalar %54,7 (n=35) oranında, iyi içgörülü hastalar %23,4 (n=15), zayıf içgörü %12,5 (n=8) ve içgörüsü olmayan hastaların oranı %4,7 (n=3) olarak bulunmuştur.

İçgörünün kategorik değerlendirilmesine ilişkin veriler Tablo 4.6 da verilmiştir.

Tablo 4.6. Kategorik içgörü puanlarının sıklığı

DSM-5	Hasta Sayısı (%)	YBOKÖ-11	Hasta Sayısı (%)
İçgörüsü iyi/Oldukça iyi	49 (%76,6)	Mükemmel içgörü	35 (%54,7)
İçgörüsü kötü	10 (%16,6)	İyi içgörü	15 (%23,4)
İçgörüsü yok- Sanrısız	5 (%7,8)	Orta derece içgörü	3 (%4,7)
		Zayıf içgörü	8 (%12,5)

4.3. Sosyodemografik ve Klinik Verilere Göre İçgörü Düzeyleri

Çalışmada erkek ve kadınların içgörü düzeyleri arasında hiçbir ölçüm aracına göre (BİDÖ, ADDÖ, YBOKÖ-11, AHIÖ, İÜBDÖ, BBIÖ) anlamlı fark saptanmamıştır.

Medeni durumlarına göre evli, bekar ve boşanmış hasta gruplarından elde edilen içgörü düzeyleri arasında da anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Cinsiyet ve medeni durumlarına göre içgörü ölçeklerinden alınan puanlar Tabo 4.7 de verilmiştir.

Olgular, hastalık başlangıç yaşına göre, obsesif kompulsif bozukluk semptomları 18 yaşından önce başlayanlar erken başlangıçlı, semptomları 18 yaşından sonra başlayanlar geç başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk olguları olarak gruplandırıldığında; hastaların %35,9'unun (n=23) erken başlangıçlı, %64,1'inin (n=41) geç başlangıçlı OKB olduğu görülmüştür. BİDÖ, ADDÖ, YBOKÖ-11, AHIÖ, İÜBDÖ, BBIÖ olmak üzere tüm içgörü ölçeklerinden alınan puanlar her iki grup arasında ayrı ayrı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ek psikiyatrik hastalığı olan 14 hasta ile ek psikiyatrik hastalığı olmayan 50 hastanın içgörü değerlendirme ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında yapılan karşılaştırmada da BİDÖ, ADDÖ, AHIÖ, YBOKÖ-11, İÜBDÖ ve BBIÖ toplam ve alt ölçeklerinden alınan içgörü puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Hastalık başlangıç yaşı ve ek psikiyatrik hastalık varlığına göre içgörü ölçeklerinden alınan puanlar Tabo 4.8 de verilmiştir.

Çalışmada herhangi bir ilaç tedavisi kullanan 56 hasta olduğu tespit edilmiştir. Farmakolojik tedavi alan 56 hasta, antipsikotik kullanımına göre gruplandırıldığında antipsikotik alan 15 hasta olduğu ve antipsikotik ilaç tedavisi almayan 41 hasta

olduğu görölmüştür. Gruplar arasında içgörü ölçeklerinden alınan puanlarda anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.7. Cinsiyet ve medeni duruma göre içgörü ölçeklerinden alınan puanlar

	Cinsiyet		Medeni Durum		
	Erkek n=15	Kadın n=49	Evli n=38	Bekar n=24	Boşanmış n=2
BİDÖ	4,00[2,00-7,00]	4,00[1,00-9,00]	4,00[0,00-6,25]	5,50[2,00-14,25]	12,50[9,00-]
	p=0,829			p=0,084	
ADDÖ	4,00[3,60-5,20]	4,30[3,80-6,10]	4,30[3,60-5,35]	4,10[3,80-6,22]	6,60[6,50-]
	p=0,379			p=0,170	
AHİÖ	3,00[3,00-4,00]	3,00[3,00-4,00]	3,00[3,00-4,00]	3,00[3,00-4,75]	3,50[3,00-]
	p=0,657			p=0,561	
YBOKÖ-11	0,00[0,00-1,00]	0,00[0,00-1,00]	0,00[0,00-1,00]	0,00[0,00-1,75]	2,50[2,00-]
	p=0,606			p=0,163	
İÜBDÖ	14,00[10,00-14,00]	14,00[12,00-14,00]	14,00[12,00-14,00]	14,00[10,00-14,00]	11,50[9,00-]
	p=0,675			p=0,435	
BİİÖ					
KE	8,00[6,00-10,00]	9,00[7,00-12,00]	9,00[7,00-12,00]	9,00[8,00-11,50]	7,00[6,00-]
	p=0,161			p=0,398	
KİE	14,27±5,21	14,12±5,27	14,84±5,15	12,79±5,30	17,50±0,70
	p=0,926			p=0,212	
Bİ	5,87±4,73	4,31±6,59	5,37±6,00	3,08±6,42	10,50±0,70
	p=0,399			p=0,149	

*Normal dağılıma uygun olan değerlerde ölçek puanı ortalama±standart sapma olarak gösterilmiş olup, normal dağılıma uymayan değerler ortanca [1.çeyrek-3.çeyrek] olarak gösterilmiştir

Tablo 4.8. Hastalık başlangıç yaşı ve ek psikiyatrik hastalık varlığına göre içgörü ölçeklerinden alınan puanlar

	Hastalık Başlangıç Yaşı		Ek Psikiyatrik Hastalık	
	Erken n=23	Geç n=41	Yok n=50	Var n=14
BİDÖ	4,00[2,00-9,00]	4,00[2,00-9,00]	4,00[1,50-7,50]	6,00 [2,75-15,25]
	p=0,983		p=0,122	
ADDÖ	4,60[4,00-6,30]	4,30[3,60-5,50]	4,05[3,60-5,62]	5,10[4,37-6,87]
	p=0,208		p=0,10	
AHİÖ	3,00[3,00-4,00]	3,00[3,00-4,00]	3,00[3,00-4,00]	3,00[3,00-4,25]
	p=0,727		p=0,621	
YBOKÖ-11	1,00[0,00-2,00]	0,00[0,00-1,00]	0,00[0,00-1,00]	1,00[1,00-3,00]
	p=0,362		p=0,213	
İÜBDÖ	14,00[10,00-14,00]	14,00[12,00-14,00]	14,00[12,00-14,00]	12,50[9,00-14,00]
	p=0,955		p=0,064	
BBiÖ				
KE	9,00[7,00-11,00]	9,00[7,00-12,00]	9,00[7,00-12,00]	8,50[6,00-12,25]
	p=0,752		p=0,535	
KİE	14,52±4,91	13,95±5,42	14,36±5,24	13,43±5,24
	p=0,744		p=0,559	
Bİ	5,22±5,86	4,37±6,44	4,74±6,01	4,43±7,09
	p=0,603		p=0,870	

*Normal dağılıma uygun olan değerlerde ölçek puanı ortalama±standart sapma olarak gösterilmiş olup, normal dağılıma uymayan değerler ortanca [1.çeyrek-3.çeyrek] olarak gösterilmiştir

Hastalar obsesyon tiplerine göre 2 gruba ayrılmıştır. Kirlenme, simetri, kuşku, somatik ve biriktirme obsesyonları reaktif obsesyonlar olarak; cinsel, dini ve saldırganlık temalı obsesyonlar ise otojen obsesyon olarak sınıflandırılmıştır (Lee ve Kwon, 2003). Hastaların 14'ünün otojen obsesyonu olduğu, 43 hastanın ise reaktif obsesyonu olduğu saptanmıştır.

Reaktif ve otojen obsesyonları olan hastalar içgörü ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlara göre karşılaştırıldığında, BİDÖ, ADDÖ, AHİÖ, YBOKÖ-11 ve İÜBD ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilememişken, BBİÖ KE alt ölçeği puanı otojen obsesyonu olan hastalarda ortalama 7,00[5,00-9,25], reaktif obsesyonlu hastalarda ortalama 9,00[7,00-12,00] olarak saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,007$).

Beck bilişsel içgörü ölçeği kendini ifade etme ve toplam puanlarına bakıldığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Hastaların obsesyon tiplerine göre, içgörü ölçeklerinden aldıkları puanlar Tablo 4.9 da verilmiştir.

Tablo 4.9. Obsesyon tiplerine göre içgörü puanları

	Otojen Obsesyon n=14	Reaktif Obsesyon n=43
BİDÖ	4,00[0,00-5,25]	5,00[2,00-15,00]
		$p=0,153$
ADDÖ	3,95[3,50-4,70]	4,50[3,80-6,30]
		$p=0,075$
AHİÖ	3,00[3,00-4,25]	3,00[3,00-4,00]
		$p=0,658$
YBOKÖ-11	0,00[0,00-1,00]	0,00[0,00-3,00]
		$p=0,188$
İÜBD	14,00[12,00-14,00]	14,00[12,00-14,00]
		$p=0,683$

Tablo 4.9. Obsesyon tiplerine göre içgörü puanları (devam)

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)	Otojen Obsesyon	Reaktif Obsesyon
Kendinden Eminlik (KE)	7,00[5,00-9,25]	9,00[7,00-12,00]
	p=0,007*	
Kendini İfade Etme (KİE)	14,12±5,20	13,79±6,26
	p=0,845	
BBİÖ Toplam	4,23±6,40	6,36±6,86
	p=0,294	

*Mann Whitney U Testi, Student T Testi (*p<0,05)

4.4. Semptom Şiddeti (YBOKÖ) ile Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları

Bu çalışmada semptom şiddetinin belirlenmesi için Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği (YBOKÖ) kullanılmıştır. Hastaların içgörü düzeylerinin, hastalık semptom şiddeti ile ilişkisini incelemek amacıyla, her bir içgörü ölçeğinden alınan puanlar (BİDÖ, ADDÖ, YBOKÖ-11, AHİÖ, İÜBDÖ, BBİÖ) ile ayrı ayrı olmak üzere; YBOKÖ-toplam puanı, YBOKÖ-obsesyon ve YBOKÖ-kompulsiyon alt puanlarının korelasyonlarına bakılmıştır.

Yapılan korelasyon analizlerinde YBOKÖ toplam ve obsesyon alt puanlarının BİDÖ, ADDÖ, YBOKÖ-11, AHİÖ, İÜBDÖ, BBİÖ ile korelasyon göstermediği ancak YBOKÖ-kompulsiyon alt puanının Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği ve Beck bilişsel içgörü ölçeği kendinden eminlik (KE) alt puanı ile negatif yönde zayıf korelasyonu olduğu saptanmıştır.

Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğine göre elde edilen semptom şiddeti puanları ile farklı içgörü ölçeklerinden (BİDÖ, ADDÖ, YBOKÖ-11, AHİÖ, İÜBDÖ, BBİÖ) alınan puanların korelasyonları Tablo 4.10 da verilmiştir.

Tablo 4.10. YBOKÖ ile içgörü ölçeklerinin korelasyonları

	BİDÖ	ADDÖ	YBOKÖ-11	İÜBDÖ	AHİÖ	BBIÖ KE	BBIÖ KİE	BBIÖ Toplam
YBOKÖ Obsesyon	r=-,186 p=0,142	r=-,049 p=0,700	r=-0,032 p=0,801	r=0,030 p=0,812	r=0,137 p=0,281	r=-,145 p=0,253	r=0,132 p=0,299	r=0,187 p=0,138
YBOKÖ Kompulsyon	r=-,267* p=0,033	r=-,139 p=0,273	r=-0,131 p=0,301	r=0,233 p=0,064	r=0,013 p=0,917	r=-,269* p=0,032	r=0,076 p=0,550	r=0,198 p=0,117
YBOKÖ Toplam	r=-,235 p=0,062	r=-,083 p=0,512	r=-0,074 p=0,560	r=0,128 p=0,312	r=0,101 p=0,427	r=-,210 p=0,096	r=0,110 p=0,385	r=0,200 p=0,113

Pearson Korelasyon testi, Spearman Korelasyon Testi (*p<0,05)

4.5. Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30) ile Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları

Üstbilişsel inançlar ve yargılar gibi üstbilişsel faktörler üstbiliş ölçeği (ÜBÖ-30) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında içgörü ölçümleri ile elde edilen skorlar ile üstbiliş ölçeği puanlarının korelasyon analizlerinde; üstbiliş ölçeği toplam puanı ile Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ), aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği (ADDÖ), Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11. maddesi (YBOKÖ-11), akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ), içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği (İÜBDÖ) ve Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBIÖ) toplam skorları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Üst biliş ölçeğinin alt itemleri (olumluz inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık, toplam puan) ile içgörü ölçeklerinin ilişkisine bakıldığında; olumlu inançlar (OI) alt puanının; BİDÖ, ADDÖ, YBOKÖ-11 skorları ile arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu, İÜBDÖ skoru ile ise negatif yönlü zayıf korelasyon olduğu bulunmuştur. Üstbiliş ölçeğinin düşünceleri kontrol ihtiyacı (DKİ) alt puanının ise Beck bilişsel içgörü

ölçeği kendini ifade etme (KİE) ve Beck bilişsel içgörü ölçeği toplam skorları ile pozitif yönde zayıf korelasyonu saptanmıştır

Ayrıca, hastalık şiddeti ile üstbilişsel faktörlerin ilişkisini saptamak için yapılan üstbiliş ölçeği toplam skorları ve Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği toplam skorlarının korelasyon analizinde, bu iki ölçüm arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,258$; $p=0,039$).

Üstbiliş ölçeği (ÜBÖ-30) ile farklı içgörü ölçeklerinin korelasyonları Tablo 4.11 de verilmiştir.

Tablo 4.11. ÜBÖ-30 ile içgörü ölçeklerinin korelasyonları

ÜBÖ-30	BİDÖ	ADDÖ	YBOKÖ-11	İÜBDÖ	AHİÖ	BBİÖ KE	BBİÖ KİE	BBİÖ Top.
Oİ	$r=0,266^*$ $p=0,034$	$r=,353^*$ $p=0,004$	$r=0,316^*$ $p=0,011$	$r=-,353^*$ $p=0,004$	$r=0,190$ $p=0,133$	$r=0,065$ $p=0,612$	$r=0,134$ $p=0,290$	$r=0,112$ $p=0,377$
KET	$r=0,083$ $p=0,514$	$r=-0,008$ $p=0,948$	$r=0,022$ $p=0,863$	$r=-0,220$ $p=0,080$	$r=0,212$ $p=0,093$	$r=0,180$ $p=0,154$	$r=0,208$ $p=0,099$	$r=0,087$ $p=0,493$
BG	$r=-0,092$ $p=0,468$	$r=0,221$ $p=0,079$	$r=0,162$ $p=0,202$	$r=-0,056$ $p=0,661$	$r=0,172$ $p=0,174$	$r=-0,008$ $p=0,949$	$r=0,062$ $p=0,625$	$r=0,009$ $p=0,944$
DKİ	$r=-0,079$ $p=0,536$	$r=-0,093$ $p=0,462$	$r=-0,058$ $p=0,651$	$r=0,013$ $p=0,916$	$r=0,040$ $p=0,754$	$r=0,121$ $p=0,342$	$r=0,380^*$ $p=0,002$	$r=0,275^*$ $p=0,028$
BF	$r=-0,050$ $p=0,697$	$r=-0,039$ $p=0,762$	$r=-0,118$ $p=0,353$	$r=0,017$ $p=0,895$	$r=0,226$ $p=0,072$	$r=-0,010$ $p=0,939$	$r=0,100$ $p=0,432$	$r=0,139$ $p=0,274$
Top.	$r=0,056$ $p=0,662$	$r=0,120$ $p=0,346$	$r=0,093$ $p=0,466$	$r=-,205$ $p=0,104$	$r=0,264$ $p=0,053$	$r=0,139$ $p=0,273$	$r=0,237$ $p=0,059$	$r=0,140$ $p=0,271$

Pearson Korelasyon testi, Spearman Korelasyon Testi (* $p<0,05$)

ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30; Oİ: Olumlu İnançlar, KET: Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, BG: Bilişsel Güven, DKİ: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı, BF: Bilişsel Farkındalık, Top:Toplam

4.6. Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları

Hastalara Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ), aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği (ADDÖ), Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11. maddesi (YBOKÖ-11), akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ), içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği (İÜBDÖ) ve Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) olmak üzere altı farklı içgörü değerlendirme yöntemi uygulanmıştır.

Elde edilen sonuçlar arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği, aşırı değer verilmiş düşünceler ölçeği ve Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği 11. Maddesinden elde edilen skorlar arasında pozitif yönlü güçlü korelasyon saptanmıştır.

Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin; aralarında güçlü korelasyon bulunan bu üç ölçek (BİDÖ, ADDÖ ve YBOKÖ-11) ile pozitif yönlü orta güçlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeğinin diğer ölçeklerle ilişkilerine bakıldığında; BİDÖ ve YBOKÖ-11 ile negatif yönde güçlü korelasyon, ADDÖ ve AHİÖ ile negatif yönlü orta güçlü korelasyon saptanmıştır.

Beck bilişsel içgörü ölçeği toplam puanının; güçlü korelasyon gösteren üç ölçek (BİDÖ, ADDÖ ve YBOKÖ-11) ile arasında negatif yönlü zayıf korelasyon olduğu saptanmış, BBİÖ toplam puanının İÜBDÖ ile arasında ise pozitif yönlü zayıf korelasyon olduğu görülmüştür.

Alt puanlarına ve toplam puana bakıldığında Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) ile akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır

Hastalara uygulanan altı farklı içgörü ölçüm yöntemi ile elde edilen skorların korelasyon analizleri Tablo 4.12 de verilmiştir.

Tablo 4.12. İlgörü ölçekleri arasındaki korelasyonlar

	BİDÖ	ADDÖ	YBOKÖ-11	İÜBDÖ	AHiÖ	BBiÖ Toplam
BİDÖ	r=1 p=1	r=0,777* p=0,000	r=0,881* p=0,000	r= -,789* p=0,000	r=0,516* p=0,000	r= -,261** p=0,037
ADDÖ		r=1 p=1	r= 0,888* p=0,000	r= -,670* p=0,000	r=0,471* p=0,000	r= -,309** p=0,013
YBOKÖ-11			r=1 p=1	r= -,792* p=0,000	r=0,532* p=0,000	r= -,307** p=0,014
İÜBDÖ				r=1 p=1	r= -,677* p=0,000	r=0,257** p=0,040
AHiÖ					r=1 p=1	r= -,229 p=0,068
BBiÖ Toplam						r=1 p=1

Pearson korelasyon testi, Spearman korelasyon testi (*p<0,001, **p<0,05)

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Literatürde, obsesif kompulsif bozukluk hastalarının içgörü düzeylerinin, demografik ve klinik özellikler ile ilişkilerinin incelendiği birçok çalışma olduğu ancak bu çalışmalar neticesinde farklı ve tartışmalı sonuçların elde edildiği görülmüştür (Catapano ve ark., 2010; Guillen-Font ve ark., 2021; Jacob ve ark., 2014; Marazziti ve ark., 2002).

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında içgörü ile üstbilişler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı ise kısıtlıdır (Ali ve Souilm, 2021; Yılmaz ve ark., 2020).

Literatürde farklı içgörü ölçeklerinin karşılaştırıldığı İspanya ve İsrail’de yapılmış iki çalışmaya rastlanmıştır (Guillen-Font ve ark., 2021; Shimshoni ve ark., 2011). Türkiye’de yapılmış böyle bir çalışma saptanmamıştır.

Bu çalışmada içgörü değerlendirme ölçeklerinin birbiriyle ve obsesif kompulsif bozukluk semptomları ile ilişkileri, ölçek farklılığının obsesif kompulsif bozukluk tiplerine göre, bulgularda farklılık gösterip göstermediği, ayrıca içgörü düzeylerinin, farklı demografik ve klinik değişkenlerle olan ilişkisi araştırılmıştır.

Bu bölümde bahsedilen çalışmalarda kullanılan içgörü ölçekleri Tablo 5.1 de verilmiştir.

Tablo 5.1. OKB’de içgörü konulu çalışmalar ve değerlendirme araçları

ÇALIŞMA YAZARI-YILI	İÇGÖRÜ DEĞERLENDİRME ARACI
Eisen ve ark. (2004) Ravi Kishore ve ark. (2004) Jakubovski ve ark. (2011) Fontenelle ve ark. (2013) De Avila ve ark. (2019) Ottoni ve ark. (2022)	BİDÖ

Grover ve ark. (2021)	BİDÖ, DSM IV, DSM 5
-----------------------	---------------------

Tablo 5.1. OKB’de içgörü konulu çalışmalar ve değerlendirme araçları (devam)

ÇALIŞMA YAZARI-YILI	İÇGÖRÜ DEĞERLENDİRME ARACI
Ali ve Souilm (2021) Yılmaz ve ark. (2020) Bellino ve ark. (2005)	ADDÖ
Türksoy ve ark. (2002)	YBOKÖ-11, DSM IV
Marazziti ve ark. (2002) De Berardis ve ark. (2008) Catapano ve ark. (2010) Cherian ve ark. (2012), Önen ve ark. (2013)	YBOKÖ-11
Guillen-Font ve ark. (2021)	BİDÖ, ADDÖ, YBOKÖ-11, AHİÖ
Shimshoni ve ark. (2011)	BİDÖ, ADDÖ, YBOKÖ-11, BBİÖ, DSM IV
Ekinci veEkinci (2016)	YBOKÖ-11, BBİÖ

5.1. Sosyodemografik- Klinik Özellikler ve İçgörü

Bu çalışmada farklı ölçekler (Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ), aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği (ADDÖ), Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11.maddesi (YBOKÖ-11), içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği (İÜBDÖ), akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ) ve Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ)) ile elde edilen içgörü puanlarının cinsiyet ve medeni durum farklılıklarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç (Cherian ve ark., 2012; Grover ve ark., 2021; Jakubovski ve ark., 2011; Ottoni ve ark., 2022) çalışmalarıyla benzer olsa da, yakın tarihli bir çalışmada YBOKÖ-11 e göre zayıf içgörünün erkeklerde daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Guillen-Font ve ark., 2021).

Hastalar hastalık başlangıç yaşı 18 yaşından önce ve sonra olanlar şeklinde iki gruba ayrılmış ve gruplar arasındaki içgörü puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Literatürde ulaştığımız bu sonuçla uyumlu sonuçlar olmakla birlikte (De Avila ve ark., 2019; Grover ve ark., 2021; Guillen-Font ve ark., 2021; Jakubovski ve ark., 2011) hastalık başlangıç yaşı ile içgörü düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Ottoni ve ark., 2022; Ravi Kishore ve ark., 2004).

Türksoy ve arkadaşlarının 2002 yılında Türkiye’de yaptığı “İyi ve kötü içgörülü obsesif-kompulsif bozuklukta klinik özelliklerin karşılaştırılması” başlıklı çalışmalarında da; cinsiyet, medeni durum, eğitim, hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Türksoy ve ark., 2002).

Bu çalışmada ek psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında yapılan karşılaştırmada ek hastalığı olan grubun aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeğine göre içgörülerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bununla uyumlu sonuçlar olmakla beraber (De Avila ve ark., 2019; Fontenelle ve ark., 2013; Shimshoni ve ark., 2011), gruplar arası anlamlı farklılık göstermeyen çalışmalar da mevcuttur (Jakubovski ve ark., 2011; Marazziti ve ark., 2002).

Antipsikotik kullanımı açısından incelendiğinde ise antipsikotik tedavi alan ve almayan hasta grupları arasında Catapano ve ark. (2010) çalışmasına benzer şekilde anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda en sık görülen obsesif kompulsif semptomlar kirlenme-temizlemedir (Tükel ve Demet, 2021).

Reaktif ve otojen obsesyonları olan hastalar içgörü ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlara göre karşılaştırıldığında, BİDÖ, ADDÖ, AHİÖ, YBOKÖ-11 ve İÜBDÖ ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. BBİÖ kendini ifade etme (KİE) alt ölçeği ve toplam puanına bakıldığında da iki grup arasında anlamlı bir fark görülmezken; BBİÖ kendinden eminlik (KE) alt ölçeği puanı otojen

obsesyonu olan hastalarda reaktif obsesyonlu hastalardan daha düşük saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Daha düşük kendinden eminlik puanının daha iyi içgörüyü ifade ettiği düşünüldüğünde otojen obsesyonları olan hastaların içgörülerinin reaktif obsesyonları olan hastalara göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşılabilir. Bu konuda ülkemizde yapılan bir çalışmada da bizimkine benzer bir sonuç elde edildiği görülmüştür (Çamlı ve ark., 2012). Ölçeğin geliştiricisi olan Beck ve arkadaşlarının makalesinde kendinden eminlik alt ölçeğinin psikotik hasta grubunda, psikotik olmayan gruba göre daha yüksek skorlara ulaştığı belirtilmektedir (Beck ve ark., 2004).

Lee ve Kwon bilişsel teori bağlamında otojen obsesyonları genellikle net bir uyarı olmadan zihne gelen, benliğe yabancı obsesyonlar olarak, reaktif obsesyonları ise genellikle belirgin bir dış uyaranın tetiklediği daha gerçekçi görünen obsesyonlar olarak tanımlamışlardır (Lee ve Kwon, 2003). Otojen tipte, benliğe yabancılık ve otomatik düşüncelerin ayırt edilebilirliğinin reaktif tipe göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Beşiroğlu ve ark., 2007). Bu bilgiler ışığında çalışmamızda bulduğumuz otojen tipte bilişsel içgörünün daha fazla olduğu bulgusu literatürle uyumlu bir sonuçtur.

Genel olarak bakıldığında, değerlendirmeye aldığımız klinik ve demografik değişkenlerin; ne psikiyatrik hastalıklar için genel içgörü ölçüm araçları olan akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği ve içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği ile, ne de obsesif kompulsif bozukluk hastalarında içgörüyü semptomla özel değerlendirme yapan Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği, aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği ve Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11.maddesi ile ilişkilerinin anlamlı olmadığı söylenebilir.

5.2. Semptom Şiddeti ve İçgörü

Çalışmaya alınan hastalar, Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği toplam semptom şiddeti puanlarına göre örneklemimiz “şiddetli” semptom aralığındadır. Benzer örüntüdeki İsrail ve İspanya çalışmalarındaki örneklemelerin toplam semptom

şiddeti puanları ise “orta şiddetli” aralıktadır. Buna göre örneklemimizdeki hastaların benzer diğer iki çalışmadaki hastalardan daha şiddetli semptomlara sahip olduğu söylenebilir (Guillen-Font ve ark., 2021; Shimshoni ve ark., 2011). Öte yandan içgörü ölçeklerinden alınan ortalama puanlara bakıldığında ise bahsedilen çalışmalarda elde edilen sonuçların bizim çalışmamızda elden edilen tüm içgörü ölçek puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmamızdan elde edilen veriler, semptom şiddeti ile içgörü arasında, kullandığımız hiçbir ölçüm aracına (Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ), aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği (ADDÖ), Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11.maddesi (YBOKÖ-11), içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği (İÜBDÖ), akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ) ve Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ)) göre korelasyon olmadığını göstermiştir.

Sonuç olarak bu çalışmada hastalık ve semptom şiddeti ile içgörü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı söylenebilir. Literatürde bu konudaki sonuçlar oldukça heterojendir. Ulaştığımız sonuçla uyumlu olarak semptom şiddeti ile içgörü arasında anlamlı ilişki saptanmayan çalışmalar olduğu gibi (Eisen ve ark., 2004; Grover ve ark., 2021; Marazziti ve ark., 2002; Shimshoni ve ark., 2011) Semptom şiddetinin zayıf içgörü ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da vardır (Ali ve Souilm, 2021; Catapano ve ark., 2010; Cherian ve ark., 2012; De Berardis ve ark., 2008; Guillen-Font ve ark., 2021; Ottoni ve ark., 2022; Türksoy ve ark., 2002). Ancak bu çalışmaların birçoğunda içgörü düzeyleri tek bir ölçümle değerlendirilmiştir

5.3. Üstbilişsel Faktörler ve İçgörü

Üstbilişsel inançlar ve süreçler gibi üstbilişsel faktörler üstbiliş ölçeği (ÜBÖ-30) kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçek sonucunu yüksek olması olumsuz üstbilişlerin fazla olduğu anlamına gelmektedir. Wells ve arkadaşlarına göre, üstbiliş sistemi kişinin bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyumlu çalışabilmesi için gereklidir ve bu sistemdeki bir aksaklık, kişide psikopatoloji gelişiminde rol oynayabilir (Wells ve Cartwright-Hatton 2004).

Elde ettiğimiz verilerle obsesif kompulsif bozukluk hastalarında genel olarak üstbilişler ile içgörü arasında anlamlı ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan alt itemlere bakıldığında; planlama yapmak ve sorunları çözebilmek için endişelenmenin faydalı olduğuna dair inançların (endişelere dair olumlu inançlar (OI) alt ölçeği ile ölçülür) içgörü azaldıkça arttığı bulunmuştur.

2020 yılında yayınlanan çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşan Yılmaz ve arkadaşları; üstbiliş ölçeği endişelere dair olumlu inançlar alt puanının zayıf içgörülü hastalarda daha yüksek olması hakkında; içgörüdeki azalmanın obsesyonların gerçekleşme ihtimalinin daha yüksek algılanmasına, dolayısıyla kişinin obsesyonlara karşı her an tetikte olarak hızlıca plan yapıp yanıt verme ihtimalinin artabileceği ve sonuç olarak kaygılanmanın faydalı olduğu hakkındaki inancın içgörü azaldıkça artabileceği şeklinde bir yorum getirmişlerdir (Yılmaz ve ark., 2020). Benzer yorum bizim çalışmamızın sonuçları için getirilebilir. Literatürde endişelere dair olumlu inançların işlevsiz başa çıkma yöntemlerinin sürdürülmesi ile alakalı olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur (Myers ve ark., 2008; Pérez Nieto ve ark., 2010).

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda içgörü, obsesif inançlar ile üstbilişlerin ilişkilerini ve belirtilerin şiddeti üzerine etkilerini araştırmak amacıyla düzenlenen bir çalışmanın sonucunda da üstbilişler ile içgörü (ADDÖ) arasında bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Ali ve Souilm, 2021).

Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı (DKİ); batıl inançlar ve cezalandırılma gibi konularda akla gelen olumsuz düşünceleri kontrol ihtiyacı ile ilgilidir, BBIÖ ölçülen kendini ifade etme (KİE) alt itemi; kişinin yanılabilceğini kabul etme ve farklı açıklamaları dikkate alma isteğini gösterir. Çalışmamızda DKİ arttıkça KİE nin artma eğilimde olduğu görülmüştür. Ekinci ve Ekinci (2016) OKB hastalarında bilişsel içgörü ve kendini ifade etmenin (öz-düşünümsellik) üstbilişlerle pozitif korelasyon gösterdiğini bildirmişlerdir.

5.4. Üstbilişsel Faktörler ve Semptom Şiddeti

Bu çalışmada; üstbilişler ile hastalık şiddetinin ilişkisi incelendiğinde, aralarında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır. Bulduğumuz bu sonuçla benzer şekilde Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği toplam puanı ve üstbiliş toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunan çalışmalar da literatürde mevcuttur (Teksin Bakır MG., 2017). Öte yandan; Türkiye’de yapılmış bir vaka-kontrol çalışmasında, üstbilişsel inançlar ile OKB semptom boyutları arasındaki korelasyonlarda, OKB ve sağlıklı kontrol grupları arasında fark olmadığı bulunmuştur (Tümekaya ve ark., 2018). Benzer bir sonuca Solem ve arkadaşlarının çalışmasında da ulaşılmıştır (Solem ve ark., 2010).

Üstbiliş ölçeği toplam puanının artması işlevsiz inançların fazlalığı anlamına gelmektedir. Sağlıklı kontroller ile obsesif kompulsif bozukluk hastalarının karşılaştırıldığı çalışmalarda hastaların üstbiliş puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Önen ve ark., 2013; Yılmaz ve ark., 2020).

Fisher ve Wells in “metakognitif terapi” için obsesif-kompulsif düşünceler yerine, bu düşünceler hakkındaki inançların üstünde çalışılması gerektiğini belirttikleri de göz önünde bulundurularak (Fisher ve Wells, 2005), işlevsiz üstbilişlerin; hastalık durumunda arttığı gibi, hastalığın şiddetinin artması durumunda da artabileceği vurgulanmıştır. Bizim sonuçlarımız hastalık şiddeti ile patolojik üstbiliş süreçlerinin arttığını göstermektedir.

5.5. Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları

Bu çalışmada hastaların içgörü düzeyleri Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ), aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği (ADDÖ), Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11.maddesi (YBOKÖ-11), içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği (İÜBDÖ), akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ) ve Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) olmak üzere altı farklı ölçek ile değerlendirilmiştir.

Yapılan korelasyon analizlerinde Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği, aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği, Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11.maddesi ve akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bahsi geçen ölçeklerden alınan puanlar arttıkça içgörü düzeyinin düştüğü düşünülür, içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği için ise bunun tam tersi geçerlidir ve ölçek puanı yükseldikçe içgörünün de yükseldiği düşünülmektedir. Aralarında anlamlı korelasyon bulunan dört ölçek (BİDÖ, ADDÖ, YBOKÖ-11 ve AHİÖ) ile içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon olması da tüm bu ölçeklerle içgörü ölçümünde yakın sonuçlara ulaşılabileceğini göstermektedir.

İçgörü ölçekleri için genel kanı, AHİÖ ve İÜBDÖ için, kişinin ruhsal bir hastalıktan muzdarip olması ile ilgili genel farkındalığını değerlendiren ölçekler olduğu iken, BİDÖ, ADDÖ ve YBOKÖ-11'in semptomlara yönelik içgörüyü ölçen yöntemler olduğu yönündedir. Spesifik ölçüm yöntemleri olan BİDÖ ve ADDÖ inançların çok boyutlu değerlendirilmesini sağlarken, YBOKÖ-11 obsesyon ve kompulsiyonları tek bir boyutta değerlendirmektedir.

İspanya'da yapılan yakın tarihli bir çalışmada, Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği, aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği, Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11.maddesi ve akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin ilişkilerine bakılmış ve semptomlara yönelik, çok boyutlu değerlendirme yapan Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği ve aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği arasında kuvvetli ilişki saptanırken, tek boyutlu değerlendirme yapan Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11.maddesi ile hastalığa dair genel farkındalığı değerlendiren akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin diğer ölçümlerle orta güçte ilişki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği ve Beck bilişsel içgörü ölçeği kullanılmamıştır (Guillen-Font ve ark., 2021).

Çalışmamızda içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği ile Beck bilişsel içgörü ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü, Beck kendinden eminlik alt puanı arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptanmış, Beck kendini ifade etme alt puanı ile

ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar Beck bilişsel içgörü ölçeğinin şizofreni hastalarında yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasından elde edilen sonuçlara benzer yöndedir (Aslan ve ark., 2005). Öte yandan bu çalışmada; Beck bilişsel içgörü ölçeğinin akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği ile ilişkili olmadığı, diğer dört ölçüm yöntemi ile ise alt sınırdan negatif yönde zayıf ilişki gösterdiği saptanmıştır ki bu ilişki göz ardı edilebilecek düzeydedir.

Beck bilişsel içgörü ölçeği dışındaki ölçümler ruhsal bozukluğa ve semptomlara yönelik içgörü hakkında sorular içermektedir, Beck bilişsel içgörü ölçeği ise kişinin bilişsel süreçleri hakkında genel bir içgörü değerlendirmesine yönelik sorulardan oluşmaktadır. Bu durum göz önüne alındığında bu iki fenomenin birbirinden bağımsız olduğu sonucuna ulaşılabilir.

2011 yılında İsrail’de yapılan, Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği, aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği, Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11.maddesi, Beck bilişsel içgörü ölçeği ve DSM-4 içgörü kriterinin ilişkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada da; Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği, aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği ve Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11.maddesi arasında güçlü korelasyon saptanmıştır ve bu sonuç bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur (Shimshoni ve ark., 2011). Öte yandan bahsedilen çalışmada içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği ve akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği kullanılmamıştır.

Sonuç olarak; obsesif kompulsif bozukluk olgularının Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği ile değerlendirilen hastalık şiddeti ile içgörü düzeyleri arasında, kullanılan hiçbir içgörü ölçüm aracına göre anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç, DSM-5’te öne sürüldüğü üzere içgörünün obsesif kompulsif bozukluk semptom şiddeti ile ilişkili olmadığı, içgörü düzeyinin bir şiddet belirleyicisi olarak değil, sadece bir ek belirteç olarak değerlendirilmesi gerektiği görüşünü desteklemektedir.

İçgörü değerlendirme araçlarının birbirleriyle ilişkilerine bakıldığında; Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği, aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği, Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11. maddesi, içgörünün üç bileşeninin

değerlendirilmesi ölçeği ve akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği arasında büyük ölçüde güçlü korelasyon olduğu saptanmıştır. Bahsedilen ölçeklerin; kavramsal temellerinin farklı olduğu vurgulanmıştır ve tek boyutlu ya da çok boyutlu (soru sayısı, alt ölçekler gibi) ölçümler şeklinde farklılıklar içermektedir. Buna rağmen aralarında yüksek korelasyon bulunmuştur.

Bu sonuçlar:

- 1- İçgörüyü alt bileşenlerine ayırıp daha ayrıntılı ölçtüğümüzde de aynı sonuçlara ulaştığımız ya da
- 2- Kavramsallaştırmalar farklı olsa bile, ölçüm aşamasında aslında aynı yapıyı ölçtüğümüz şeklinde yorumlanabilir.

Öte yandan Beck bilişsel içgörü ölçeği ile diğer ölçüm araçları arasında zayıf korelasyon olduğu saptanmıştır. Diğer ölçekler (Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği, aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği, Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğinin 11.maddesi, içgörünün üç bileşeninin değerlendirilmesi ölçeği, akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği) hastalık belirtilerine yönelik farkındalığı sorgulayan sorular içerir ve hastanın yanıtlarına ek, klinisyen tarafından gözleme dayalı olarak cevaplandırılır. Beck bilişsel içgörü ölçeği ise özbildirim ölçeği olması, semptomlara yönelik değil, genel olarak düşünce süreçlerine yönelik sorulardan oluşması ile kavramsal temel ve ölçek yapısı olarak bahsedilen ölçeklerden büyük oranda farklılık göstermektedir.

Obsesif kompulsif bozukluk tipleri arasında yapılan karşılaştırmada diğer ölçümlere göre farklılık bulunmazken, Beck bilişsel içgörü ölçeğine göre anlamlı farklılık tespit edilmiş, otojen obsesyonlara sahip olan hasta grubunun bilişsel içgörülerinin reaktif gruptan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre otojen grup zihinsel süreçleri hakkında daha bilinçli görünmekle birlikte, Beck bilişsel içgörü ölçeğinin bir özbildirim ölçeği olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Üstbilişler ile içgörü ölçekleri arasında korelasyon saptanmamıştır, öte yandan obsesif kompulsif bozukluk hastalık şiddetindeki artışın patolojik üstbiliş süreçlerindeki artışla korele olduğu görülmüştür.

Çalışmamızın en önemli avantajı; literatürde içgörü ölçeklerinin karşılaştırıldığı kısıtlı sayıda araştırma bulunmakta olup, Türkiye’de içgörü ölçeklerini kıyaslayan bir araştırmanın saptanmamış olmasıdır.

Son cümle olarak, obsesif kompulsif bozuklukta içgörü kavramı ve içgörü değerlendirme ölçekleri için; farklı tanımlamaları ve farklı ölçüm şekillerine rağmen ölçeklerin büyük oranda aynı sonuçları verdikleri söylenebilir.



6. KAYNAKLAR

Abramovitch A, Mittelman A, Henin A, Geller D. Neuroimaging and neuropsychological findings in pediatric obsessive-compulsive disorder: A review and developmental considerations. *Neuropsychiatry*. 2012;2:313-29.

Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, Timpano KR, Mcgrath PB, Riemann BC, Adams T, Björgvinsson T, Storch EA. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess*. 2010;22:180-98.

Akdoğan R, Türküm AS. Psikolojik Yardım Sürecinde Terapötik Bir Hedef Olarak İçgörü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6:375-88.

Ali S, Souilm N. Effects of Insight With Obsessive Beliefs and Metacognition Appraisal On Symptoms' Severity Among Patients With Obsessive Compulsive Disorder. 2021.

Alkın T, Altındağ A, Arısoy Ö, Beşiroğlu L, Çelikel F, Güleç M, Güler Ö, Karadağ F, Kartalcı Ş, Orhan F, Tabo A, Tiryaki A, Türkçapar H, Tüzer V, Uğuz F, Yazgan Y. Obsesif Kompulsif Bozuklukta klinik özellikler; çok merkezli bir ulusal veri çalışması. Sözel bildiri. 24-28 Eylül 49. Ulusal Psikiyatri Kongresi 2013 İzmir.

Allen AJ, Leonard H, Swedo SE. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:976-86.

Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, Labad J, Real E, Pertusa A, Vallejo J. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2008;49:305-12.

Alsobrook JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *Am J Med Genet*. 1999;88:669-75.

Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:826-36.

Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1185-8.

Amerikan Psikiyatri Birliği, DSMT. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Çeviren:Koroğlu E.Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2014.

Arnold PD, Sicard T, Burroughs E, Richter MA, Kennedy JL. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:769-76.

Aslan S , Altınöz A. İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *RCHP*. 2010;4:23-32.

Aslan S, Kılıç G, Karakılıç H. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi*. 2001;3:17-24.

Aslan S, Turkcapar H, Güney E, Eren N, Akkoca Y, Ugurlu M, Karakas Ugurlu, G. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar İçin Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2005;8:186-96.

Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, Tezcan E, Poyraz AK. Volumetric MRI study of key brain regions implicated in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;31:46-52.

Baier M, Deshay E, Owens K, Robinson M, Lasar K, Peterson K, Bland RS. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2000;14:259-65.

Barahona-Corrêa JB, Camacho M, Castro-Rodrigues P, Costa R , Oliveira-Maia AJ. From thought to action:How the interplay between neuroscience and phenomenology changed our understanding of obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychology*. 2015;6.

Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*. 2004;68:319-29.

Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry Res*. 2005;136:223-31.

Berridge KC, Aldridge JW, Houchard KR , Zhuang X. Sequential super-stereotypy of an instinctive fixed action pattern in hyper-dopaminergic mutant mice: a model of obsessive compulsive disorder and Tourette's. *BMC Biol*. 2005;3:4.

Berrios GE. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

Besiroglu L, Agargun MY, Ozbebit O, Aydin A. A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations. CNS Spectr. 2006;11:179-86.

Besiroglu L, Sozen M, Ozbebit O, Avcu S, Selvi Y, Bora A, Atli A, Unal O, Bulut, MD. The involvement of distinct neural systems in patients with obsessive-compulsive disorder with autogenous and reactive obsessions. Acta Psychiatr Scand. 2011;124:141-51.

Beşiroğlu L. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji: Tedavi Yanıtı İçin Önemli mi? . Psikiyatride Güncel. 2014;4.

Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Ağargün M, Aşkın R, Çilli A. Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip obsesif kompulsif hastalarda psikofarmakolojik tedaviye yanıt Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2007;17:1-8.

Beşiroğlu L, Özgür Özbebit MS, İmdat D, Güleç M. Streptokok enfeksiyonu ile ilişkili OKB ve tik bozukluğu olan dört olguda plazmaferez tedavisine yanıt. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18:270-76.

Blomstedt P, Sjöberg RL, Hansson M, Bodlund O, Hariz MI. Deep brain stimulation in the treatment of obsessive-compulsive disorder. World Neurosurg. 2013;80:e245-53.

Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. Eur Psychiatry. 1999;14:434-41.

Bora E, Özdemir F, Özaşkın S. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye’de Psikiyatri 2006;8:74-80.

Brennan BP, Rauch SL, Jensen JE, Pope HG, Jr. A critical review of magnetic resonance spectroscopy studies of obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry. 2013;73:24-31.

Bulut S, Fistikci N, Topcuoglu V. Obsessive Compulsive Disorder with Poor Insight. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry. 2014;6.

Burton CZ, Vella L, Twamley EW. Clinical and Cognitive Insight in a Compensatory Cognitive Training Intervention. American journal of psychiatric rehabilitation. 2011;14:307-26.

Calamari JE, Wiegartz PS, Janeck AS. Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. Behav Res Ther. 1999;37:113-25.

Calamari JE, Wiegartz PS, Riemann BC, Cohen RJ, Greer A, Jacobi DM, Jahn SC, Carmin C. Obsessive-compulsive disorder subtypes: an attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. *Behav Res Ther.* 2004;42:647-70.

Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord.* 1997;11:279-96.

Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, Maj M. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34:323-30.

Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005;29:399-419.

Chamberlain SR, Menzies L, Hampshire A, Suckling J, Fineberg NA, Del Campo N, Aitken M, Craig K, Owen AM, Bullmore ET, Robbins TW, Sahakian BJ. Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected relatives. *Science.* 2008;321:421-2.

Cherian AV, Narayanaswamy JC, Srinivasaraju R, Viswanath B, Math SB, Kandavel T, Reddy YC. Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD? *J Affect Disord.* 2012;138:352-9.

Cilli AS, Telcioglu M, Aşkin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry.* 2004;45:367-74.

Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York, NY, US: Guilford Press; 2004.

Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112:4-17.

Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. 9 ed. Pacific Grove California: Brooks/Cole 2012.

Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Psychopathological dimensions and lack of insight in schizophrenia. *Psychol Rep.* 1998;83:895-8.

Cuhadaroglu F, Who. ICD-10 Ruhsal ve davranssal bozukluklar siniflandirilmasi: Klinik tanimlamalar ve tani klavuzlari. Ankara: Turkiye Sinir ve Ruh Saglig Dernegi; 1993.

Çamlı K, Türkçapar H, Sargın AE. Reaktif ve Otojen Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü, Bilişsel İçgörü ve Sosyodemografik Özellikler. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2012;1:28-35.

David A, Buchanan A, Reed A, Almeida, O. The assessment of insight in psychosis. Br J Psychiatry. 1992;161:599-602.

David AS. Insight and psychosis. Br J Psychiatry. 1990;156:798-808.

David AS. "To see ourselves as others see us". Aubrey Lewis's insight. Br J Psychiatry. 1999;175:210-6.

David AS, Bedford N, Wiffen B, Gilleen J. Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences. 2012;367:1379-90.

De Avila RCS, Do Nascimento LG, Porto RLDM, Fontenelle L, Filho ECM, Brakoulis V, Ferrão YA. Level of Insight in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: An Exploratory Comparative Study Between Patients With "Good Insight" and "Poor Insight". Frontiers in psychiatry. 2019;10:413-.

De Berardis D, Campanella D, Serrone N, Gambi F, Carano A, La Rovere R, Nardella E, Pizzorno AM, Cotellassa C, Salerno RM, Ferro FM. Insight and Perceived Expressed Emotion among Adult Outpatients with Obsessive-Compulsive Disorder. Journal of Psychiatric Practice®. 2008;14.

Dębowska G, Grzywa A, Kucharska-Pietura K. Insight in paranoid schizophrenia Its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. Comprehensive Psychiatry. 1998;39:255-60.

Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessive-compulsive disorder and depression. A retrospective study on course and interaction. Psychopathology. 1993;26:145-50.

Demet M. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2005;15:45-52.

Doğan K, Solak ÖS, Özdel K, Türkçapar MH. Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinde ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Üstbilişlerin Karşılaştırılması. 2013.

Ducasse D, Boyer L, Michel P, Loundou A, Macgregor A, Micoulaud-Franchi JA, Courtet P, Abbar M, Leboyer M, Fon G. D2 and D3 dopamine receptor affinity predicts effectiveness of antipsychotic drugs in obsessive-compulsive disorders: metaregression analysis. Psychopharmacology (Berl). 2014;231:3765-70.

Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren S, Kültür S. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. Psychopathology. 1997;30:106-10.

Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD , Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry*. 1998;155:102-8.

Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2004;45:10-5.

Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB, Ninan P , Piggott T. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2001;42:494-7.

Ekinci O, Ekinci A. The relationship between clinical characteristics, metacognitive appraisals, and cognitive insight in patients with obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry*. 2016;70:591-8.

Elvish J, Simpson J, Ball LJ. Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions? *J Anxiety Disord*. 2010;24:231-7.

Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Türütgen Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Hizmetleri TCSBTS, Müdürlüğü, Ankara;. 1997.

Erol N SI. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı: Ankara, GATA Basımevi; 1988. 107-14 p.

Ertekin E. Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı terapi. Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi. 2014;4:290-305.

Ferentinos P, Preti A, Veroniki AA, Pitsalidis KG, Theofilidis AT, Antoniou A, Fountoulakis KN. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar spectrum disorders: Systematic review and meta-analysis of its prevalence. *J Affect Disord*. 2020;263:193-208.

Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behav Res Ther*. 2005;43:821-9.

Fistikci N, Keyvan A, Cesur E. The Concept of Insight in Psychiatric Disorders: A Review. *Yeni Symposium*. 2016;54:1.

Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA , Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:90-6.

Fontenelle JM, Harrison BJ, Santana L, Conceição Do Rosário M, Versiani M , Fontenelle LF. Correlates of insight into different symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2013;25:11-6.

Garvey MA, Giedd J, Swedo SE. PANDAS: the search for environmental triggers of pediatric neuropsychiatric disorders. Lessons from rheumatic fever. *J Child Neurol*. 1998;13:413-23.

Gershuny BS, Baer L, Parker H, Gentes EL, Infield AL, Jenike MA. Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25:69-71.

Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Khamseh A, Ebrahimkhani N, Issazadegan AA, Saif-Nobakht Z. Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *Int J Soc Psychiatry*. 2002;48:20-8.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger, GR, Charney, DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use and Reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1989;46:1006-11.

Greenfeld D, Strauss JS, Bowers MB, Mandelkern M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr Bull*. 1989;15:245-52.

Grover S, Ghosh A, Kate N, Sarkar S, Chakrabarti S, Avasthi A. Concordance of assessment of insight by different measures in obsessive-compulsive disorder: An outpatient-based study from India. *Indian J Psychiatry*. 2021;63:439-47.

Guillen-Font MA, Cervera M, Puigoriol E, Foguet-Boreu Q, Arrufat FX, Serra-Millas M. Insight in Obsessive-Compulsive Disorder: Relationship With Sociodemographic and Clinical Characteristics. *J Psychiatr Pract*. 2021;27:427-38.

Halaj A, Huppert JD. Clinical and Cognitive Insight in Pathological Anxiety: Relationship to Symptoms and Cognitive Factors. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021;14:671-86.

Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1568-78.

Himle Ja, Van Etten ML, Janeck As, Fischer Dj. Insight as a Predictor of Treatment Outcome in Behavioral Group Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2006;30:661-6.

Hodgson R, Rachman S. Obsessional-Compulsive Complaints. *Behaviour research and therapy*. 1977;15:389-95.

Hollander E, Fay M, Cohen B, Campeas R, Gorman JM, Liebowitz MR. Serotonergic and noradrenergic sensitivity in obsessive-compulsive disorder: behavioral findings. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1015-7.

Hollander E, Kaplan A, Allen A, Cartwright, C. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23:643-56.

Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein, CA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry.* 1996;57 Suppl 8:3-6.

Insel TR. Toward a neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:739-44.

Insel TR , Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry.* 1986;143:1527-33.

Isomura K, Brander G, Chang Z, Kuja-Halkola R, Rück C, Hellner C, Lichtenstein P, Larsson H, Mataix-Cols D , Fernández De La Cruz L. Metabolic and Cardiovascular Complications in Obsessive-Compulsive Disorder: A Total Population, Sibling Comparison Study With Long-Term Follow-up. *Biol Psychiatry.* 2018;84:324-31.

Işık E, Taner YI. Çocuk, Ergen ve Erişkinde Anksiyete Bozukluklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk. İstanbul: Golden Print; 2006. 443-62 p.

Jaafari N, Marková I. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2011;169:409-15.

Jacob ML, Larson MJ, Storch, EA. Insight in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 2014;55:896-903.

Jakubovski E, Pittenger C, Torres AR, Fontenelle LF, Do Rosario MC, Ferrao, YA, De Mathis MA, Miguel EC, Bloch MH. Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011;35:1677-81.

Jenike MA, Baer L, Minichiello W.E.. Obsessive-compulsive disorders: Theory and management: Medical Pub; 1990.

Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;55:623-7.

Kalogeraki L, Michopoulos I. [Hoarding Disorder in DSM-5: Clinical description and cognitive approach]. *Psychiatrike Psychiatriki.* 2017;28:131-41.

Karadağ F, Oguzhanoglu N, Ozdel O, Ateşci FC, Amuk T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depress Anxiety.* 2006;23:145-52.

Karamustafalıoğlu K, Ulusoy M, HE. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerlilik-güvenilirlik çalışması. . Ulusal Psikiyatri Kongresi özet bildiri kitabı Bursa Savaş Ofset; 1993. 86 p.

Karamustalıoğlu K. Obsesif Kompulsif Bozukluk. The Journal of Turkish Family Physician 2010;1:1-10.

Karlıoğlu E, Yüksel N. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri, 2007;10:3-13.

Khanna S, Rajendra P, Channabasavanna SM. Sociodemographic variables in obsessive compulsive neurosis in India. Int J Soc Psychiatry. 1986;32:47-54.

Kim CH, Cheon KA, Koo MS, Ryu YH, Lee JD, Chang JW, Lee HS. Dopamine transporter density in the basal ganglia in obsessive-compulsive disorder, measured with [123I]IPT SPECT before and after treatment with serotonin reuptake inhibitors. Neuropsychobiology. 2007;55:156-62.

Korkmaz S, Önalın E, Yüce HM., A. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında triptofanhidroksilaz gen polimorfizmi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2016;17:85-92.

Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1994;32:343-53.

Leckman JF, Deny D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, Miguel, EC, Rauch SL, Goodman WK, Phillips KA , Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. Depress Anxiety. 2010;27:507-27.

Lee HJ, Kwon, SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. Behav Res Ther. 2003;41:11-29.

Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsivedisorder.Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. Br J Psychiatry. 1996;169:101-7.

Libby S, Reynolds S, Derisley J , Clark S. Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. J Child Psychol Psychiatry. 2004;45:1076-84.

Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, Niehaus DJ, Nel DG, Corfield VA, Moolman-Smook, JC, Seedat, S , Stein, DJ. Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. Compr Psychiatry. 2005;46:14-9.

Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps, S, Vohs JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived

quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*. 2018;17:12-23.

Lysaker PH, Shea AM, Buck KD, Dimaggio G, Nicolò G, Procacci M, Salvatore G, Rand KL. Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122:405-13.

Macdonald PA, Antony MM, Macleod CM, Swinson RP. Negative priming for obsessive-compulsive checkers and noncheckers. *J Abnorm Psychol*. 1999;108:679-86.

Marazziti D, Dell'osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F, Cassano, GB. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry*. 2002;17:407-10.

Marková IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1992a;86:159-64.

Marková IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1992b;160:850-60.

Marková IS, Berrios, GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry*. 1995;36:367-76.

Marková IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology*. 2009;42:277-82.

Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:228-38.

Mataix-Cols D, Van Den Heuvel OA. Common and distinct neural correlates of obsessive-compulsive and related disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29:391-410, viii.

Mathews CA, Nievergelt CM, Azzam A, Garrido H, et al. Heritability and Clinical Features of Multigenerational Families With Obsessive-Compulsive Disorder and Hoarding. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. 2007. ;2:174-82.

Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Miyata A, Iwasaki Y, Fujimoto K, Kasai S, Kojima M. Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2000;41:266-72.

Mattina GF, Steiner M. The need for inclusion of sex and age of onset variables in genetic association studies of obsessive-compulsive disorder: Overview. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2016;67:107-16.

Mcdonough M, Kennedy N. Pharmacological management of obsessive-compulsive disorder: a review for clinicians. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10:127-37.

Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, Thelen SM, Sahakian BJ, Bullmore ET. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008;32:525-49.

Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I, Bourdel MC, Olié JP, Loo H, Hantouche EG. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord*. 2004;79:241-6.

Moore O, Cassidy E, Carr A, O'callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 1999;14:264-9.

Moritz S, Kloss M, Jahn H, Schick M, Hand I. Impact of comorbid depressive symptoms on nonverbal memory and visuospatial performance in obsessive-compulsive disorder. *Cogn Neuropsychiatry*. 2003;8:261-72.

Moritz S, Peters MJ, Larøi F, Lincoln TM. Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: a comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cogn Neuropsychiatry*. 2010;15:531-48.

Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, Jacobsen D. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*. 2005;46:453-9.

Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord*. 2008;22:475-84.

Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anxiety Disord*. 2009;23:436-42.

Nelson E, Rice J. Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry*. 1997;154:826-31.

Nestadt G, Di CZ, Riddle MA, Grados MA, Greenberg BD, Fyer AJ, Mccracken, JT, Rauch, SL, Murphy, DL, Rasmussen, SA, Cullen, B, Pinto A, Knowles JA, Piacentini J, Pauls DL, Bienvenu OJ, Wang Y, Liang KY, Samuels JF, Roche, KB. Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on co-morbidity. *Psychol Med*. 2009;39:1491-501.

Nestadt G, Samuels JF, Riddle MA, Bienvenu OJ, Liang KY, Grados MA , Cullen B. Obsessive-compulsive disorder: defining the phenotype. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 6:5-7.

Neziroglu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999;37:881-902.

OCCWG. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997;35:667-81.

Olatunji BO, Moretz MW, Wolitzky-Taylor KB, McKay D, McGrath, PB , Ciesielski BG. Disgust vulnerability and symptoms of contamination-based OCD: descriptive tests of incremental specificity. *Behav Ther*. 2010;41:475-90.

Orfei MD, Robinson RG, Bria P, Caltagirone C, Spalletta G. Unawareness of illness in neuropsychiatric disorders: phenomenological certainty versus etiopathogenic vagueness. *Neuroscientist*. 2008;14:203-22.

Otoni R, Pellegrini C, Mora L, Marchesi C, Tonna, M. Psychopathology of insight in obsessive-compulsive disorder. *Current Psychology*. 2022;1-9.

Önen S, Karakaş Uğurlu G, Çayköylü A. The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2013;54:541-8.

Özcan T, Kuru E, Şafak Y, Yavuz K. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2013;25-33.

Öztürk O, Uluşahin, A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapları; 2015.

Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2010;12:149-63.

Pérez Nieto M, Leticia M, Guerra N. Metacognitive Beliefs and Strategies of Control Thought in GAD and OCD. *Clínica y Salud*. 2010;21.

Pittenger C, Krystal JH, Coric V. Glutamate-modulating drugs as novel pharmacotherapeutic agents in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *NeuroRx: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*. 2006;3:69-81.

Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther*. 1993;31:149-54.

Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*. 1997;35:793-802.

- Rachman S. The Treatment of Obsessions: Oxford University Press; 2015 2015-10.
- Rachman S, De Silva, P. Abnormal and normal obsessions. Behav Res Ther. 1978;16:233-48.
- Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, Garcia F, Boulenger JP, Gely-Nargeot, MC. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique: Partie II : modèles explicatifs et hypothèses psychopathologiques. L'Encéphale. 2008a;34:511-6.
- Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, Garcia F, Boulenger JP, Gely-Nargeot, MC. [Lack of insight in schizophrenia: a review. Part I: theoretical concept, clinical aspects and Amador's model]. Encephale. 2008b;34:597-605.
- Rapoport JL, Ryland DH, Kriete M. Drug treatment of canine acral lick. An animal model of obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 1992;49:517-21.
- Rasmussen AR, Nordgaard J, Parnas J. Schizophrenia-spectrum psychopathology in obsessive-compulsive disorder: an empirical study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2020;270:993-1002.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1990;51 Suppl:10-3; discussion 4.
- Rasmussen SA , Eisen JL. The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder. Psychiatric Clinics of North America. 1992;15:743-58.
- Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar C, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. Eur Psychiatry. 2004;19:202-8.
- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry. 2010;15:53-63.
- Sadock BJ, Sadock VA , Kaplan, HI. Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10 ed. Philadelphia Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Sadock Bj., Sadock Va., Ruiz P. Psikiyatri,Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11 ed: Güneş Tıp Kitabevi; 2016.
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. Behav Res Ther. 1989;27:677-82; discussion 83-4.
- Salkovskis PM. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. Psychiatry. 2004;6:229-33.

Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med.* 1998;28:437-46.

Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23:563-86.

Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:376-8.

Senormancı O, Konkan R, Guclu OG, Sungur MZ. Metacognitive Model of Obsessive Compulsive Disorder/Obsesif Kompulsif Bozuklugun Metakognitif Modeli. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/Current Approaches to Psychiatry.* 2012;4:335+.

Sharma LP, Reddy YCJ. Obsessive-compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian J Psychiatry.* 2019;61:S140-s8.

Shimshoni Y, Reuven O, Dar R, Hermesh H. Insight in obsessive-compulsive disorder: a comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2011;42:389-96.

Shooka A, Al-Haddad MK, Raees A. OCD in Bahrain: a phenomenological profile. *Int J Soc Psychiatry.* 1998;44:147-54.

Snider LA, Swedo SE. PANDAS: current status and directions for research. *Mol Psychiatry.* 2004;9:900-7.

Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel P, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders.* 2010;24:79-86.

Solyom L, Dinicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is There an Obsessive Psychosis? Aetiological and Prognostic Factors of an Atypical Form of Obsessive-Compulsive Neurosis. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 1985;30:372-80.

Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques: John Wiley & Sons; 2018.

Stavrakaki C, Vargo B. The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. *Br J Psychiatry.* 1986;149:7-16.

Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet.* 2002;360:397-405.

Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, Van Den Heuvel OA, Simpson, HB. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;5:52.

Stewart SE, Yu D, Scharf JM, Neale BM, Fagerness JA, Mathews CA, Et Al. Genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2013;18:788-98.

Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, Richter MA, Swinson, RP. The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2004;42:1453-67.

Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, Lougee L, Dow S, Zamkoff J, Dubbert BK. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry*. 1998;155:264-71.

Şafak Y, Say Öcal D, Özdel K, Kuru E , Örsel S. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Boyutsal Yaklaşım: Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Türkçe'nin Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2017;28:122 - 30.

Tek C, Uluğ B, Rezaki BG, Tanriverdi N, Mercan S, Demir B, Vargel S. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91:410-3.

Teksin Bakır MG, Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Ve Alt Tiplerinde Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce Üstbiliş, Büyüsel İnançlar, Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Ve Diğer Klinik Özelliklerle İlişkisi. G.Ü.Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2017, Ankara (Danışman: Prof. Dr. S Aslan)

Tezcan E, Millet B , Kuloğlu M. The Comparison of Sociodemographic, Clinical and Phenomenological Characteristics of the Patients Diagnosed as Obsessive Compulsive Disorder in Turkey and France. *J Clin Psy*. 1998;1:35-41.

Thirioux B, Harika-Germaneau G, Langbour N, Jaafari N. The Relation Between Empathy and Insight in Psychiatric Disorders: Phenomenological, Etiological, and Neuro-Functional Mechanisms. *Frontiers in psychiatry*. 2020;10:966-.

Tolin DF, Abramowitz JS, Kozak MJ, Foa EB. Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2001;15:501-10.

Tonna M, Ottoni R, Paglia F, Monici A, Ossola PC, DEP Marchesi, C. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia and in Obsessive-Compulsive Disorder: Differences and Similarities. *J Psychiatr Pract*. 2016;22:111-6.

Topçuoğlu V. Psychoanalytic Views on Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psy*. 2003;6:46-50.

Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006.

Torresan RC, Ramos-Cerqueir AT, Shavitt RG, Do Rosário MC, De Mathis MA, Miguel EC, Torres AR. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2013;209:186-95.

Tosun A, Irak M. Üstbiliş ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. [Adaptation, validity, and reliability of the Metacognition Questionnaire-30 for the Turkish population, and its relationship to anxiety and obsessive-compulsive symptoms.]. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2008;19:67-80.

Trevizol AP, Shiozawa P, Cook IA, Sato IA, Kaku CB, Guimarães FB, Sachdev, P, Sarkhel S, Cordeiro Q. Transcranial Magnetic Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *J ect.* 2016;32:262-6.

Tükel R. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics.* 2010;3:70-80.

Tükel R, Demet M. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Ankara: TürkiyePsikiyatri Derneği Yayınları; 2021.

Tükel R, Gürvit H, Ertekin BA, Oflaz, S, Ertekin, E, Baran, B, Kalem, SA, Kandemir, PE, Ozdemiroğlu, FA , Atalay, F. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2012;53:167-75.

Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atli, H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2004;45:362-6.

Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2002;43:204-9.

Tümekaya S, Karadağ F, Yenigün EH, Özdel O, Kashyap H. Metacognitive Beliefs and Their Relation with Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder. *Noro Psikiyatr Ars.* 2018;55:358-63.

Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 2002;16:413-23.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S Et Al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 1994;55:5-10.

Wells A. Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy. Chichester: UK Wiley;2000.

Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. Behaviour Research and Therapy. 2004;42:385-96.

Williams MT, Farris SG, Turkheimer E, Pinto A, Ozanick K, Franklin ME, Liebowitz, M, Simpson, HB , Foa, EB. Myth of the pure obsessional type in obsessive--compulsive disorder. Depress Anxiety. 2011;28:495-500.

Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Et Al. Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. Am J Hum Genet. 2004;75:508-13.

Yılmaz O, Boyraz R, Kurtulmuş A, Parlakkaya F, Öztürk A. The relationship of insight with obsessive beliefs and metacognition in obsessive compulsive disorder. Journal of Psychiatric Nursing. 2020.

Zhou DD, Wang W, Wang GM, Li DQ, Kuang L. An updated meta-analysis: Short-term therapeutic effects of repeated transcranial magnetic stimulation in treating obsessive-compulsive disorder. J Affect Disord. 2017;215:187-96.

Zhu TH, Nakamura M, Farahnik B, Abrouk M, Reichenberg J, Bhutani T, Koo J. Obsessive-compulsive skin disorders: a novel classification based on degree of insight. Journal of Dermatological Treatment. 2017;28:342-6.

Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. J Clin Psychiatry. 2004;65 Suppl 14:18-21.

Zorlu KP, Bilgiç Ö, Şahin T, Zorlu N. Şizofrenide Klinik İçgörünün Semptomlar ve Bilişsel işlevler ile İlişkisi. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2017;30:79-85.

7. EKLER

EK-2: Sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU

Adı Soyadı:

Hasta No:

Yaş:

Cinsiyet: E/ K

Eğitim süresi: Yıl

Eğitimi: İlkokul/ Ortaokul/ Lise/ Üniversite

Medeni hal: Evli/ Bekar/ Boşanmış/ Eşi vefat etmiş

Çocuk sayısı: Yok/ Var tane

Birlikte yaşadığı kişiler: Anne-baba/kardeş: Eş/çocuklar: Yalnız

Yaşadığı yer: Kentsel/ Kırsal

Çalışma Durumu: Çalışıyor/ Çalışmıyor/ Emekli/ Öğrenci

Mesleği:

Ekonomik Düzey: Düşük/ Orta/ Yüksek

Hastalık başlangıç yaşı: Hastalık süresi (yıl): Hastane yatış sayısı:

Organik Beyin Hastalığı: var / yok

Sigara: var / yok Alkol: var / yok Madde : var / yok

Ailede Sigara: var / yok Ailede Alkol: var / yok Ailede Madde : var / yok

Ailede tanı almış psikiyatrik hastalık: var / yok

İntihar öyküsü: var / yok Ailede intihar öyküsü: var / yok

Adli öykü: var / yok

Ek psikiyatrik hastalık: var / yok varsa ne:

Ek diğer tıbbi hastalık: var / yok varsa ne:

Daha Önce psikiyatrik başvurusu: Var/ Yok

Daha önce psikiyatrik ilaç kullanımı: Var/ Yok

Son uygulanan tedavi:

Boy:

Kilo:

BMI:

Spor yapma durumu:



**EK-3: Yale brown obsesyon kompulsiyon ölçeği ve semptom kontrol listesi
(YBOKÖ, YBOKÖ-KL)**

**YALE–BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON ÖLÇEĞİ
(Y–BOCS)**

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

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "*" ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLENME OBSESYONLARI

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya incest ilişkisiyle ilgili
- Homoseksüel ilişkiyle ilgili*
- Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

DİNİ OBSESYONLAR

- Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- Doğaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini)
- Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

- Bilme veya hatırlama ihtiyacı
- Belirli şeyleri söyleme korkusu
- Doğru şeyi söylememe korkusu
- Birşeyler kaybetme korkusu
- İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
- Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
- Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
- Uğurlu veya uğursuz sayılar
- Özel anlamı olan renkler
- Batıl itikatlar
- Diğer

SOMATİK OBSESYONLAR

- Hastalık ile ilgili*
- Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)*
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- Aşırı veya törensel el yıkama
- Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin temizliği ile aşırı ilgili
- Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- Tekrar okuma veya yazma
- Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma / kalkma)
- Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobiler, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. (örneğin, eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)]

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama

- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer



EK-4: Maudsley obsesif- kompulsif soru listesi (MOKSL)

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. İlgili cümlenin yanına size uygunsa “DOĞRU” (D) uygun değilse “YANLIŞ” (Y) yazınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

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

EK-5: Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (ADDÖ)

AŞIRI DEĞER VERİLMİŞ DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ

Hastanın bugün de dahil olmak üzere geçen hafta içinde var olduğunu ifade ettiği obsesyon ve/veya kompulsiyonları için aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Hastada geçen hafta mevcut olan temel inancı belirtiniz. Bu, puanlamacı tarafından yapılan değerlendirmeye göre, hastada en yoğun sıkıntı ya da sosyal ve mesleki işlevsellikte en ciddi bozulmaya yol açmış olan bir inanç olmalıdır (örn; hastaneyi ziyaret ettikten sonra uygun biçimde yıkanmazsam AIDS olurum; evden çıkarken sobayı kontrol etmezsem evim yanabilir; topladıklarımı atarsam önemli bilgileri kaybedebilirim; çekici değilim; burnum şekilsiz; benim kompleksim sivilcelerimdir, vb.). Puanlar hastanın inançlarını yansıtmalıdır (örn; hasta inancını ne kadar mantıklı buluyor; korkulan sonuçları önlemede kompulsiyonlar ne kadar etkili, vb.).

Yalnız obsesif kompulsif bozuklukla ilgili olan inancı belirtiniz. Bütün maddeleri hastanın inancını değerlendirmenize göre puanlayınız. İnancın, şiddeti, mantıklı olup olmadığı gibi çeşitli yönlerini değerlendirmek için her kategorinin altında yer alan üç sorudan yararlanabilirsiniz.

Aşağıda, temel inancı belirtiniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hastayı her bir madde için puanlarken, hastanın özgül inancını gözönüne alın. Örn; hastaneye giderseniz, AIDS olacağımıza dair inancınız ne kadar güçlü?

1) İNANCIN ŞİDDETİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Bu inancın doğru olduğuna ne kadar kuvvetle inanıyorsunuz?

Bu inancın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?

İnancınız siz ya da başka birisi tarafından sarsılabilir mi?



(Çok zayıftan çok güçlüye doğru giden derecelendirme, inancın doğru olma olasılığına işaret etmektedir. Örn., çok zayıf düşük bir olasılığa; çok güçlü yüksek bir olasılığa karşılık gelir.)

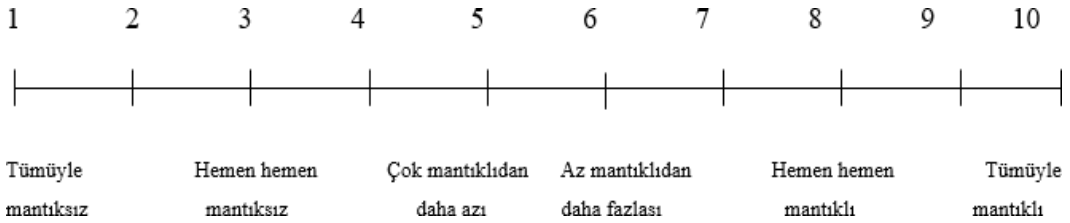
Puanlama maddesi 1: _____

2) İNANCIN AKLA UYGUNLUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta; İnancınız ne kadar akla uygun?

İnancınız doğrulanabilir ya da makul görülebilir mi?

İnancınız mantıklı ya da akla uygun görünüyor mu?



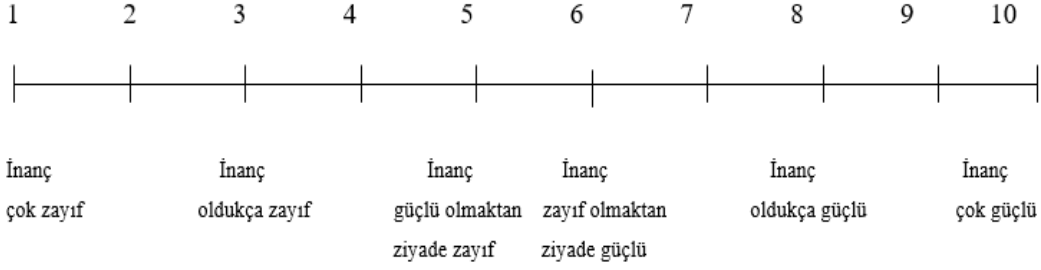
Puanlama maddesi 2: ____

3) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN DÜŞÜK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en düşük puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar zayıfladı?

Geçen hafta bir an için bile olsa, bu inancın doğru olup olmadığı konusunda kuşku duyduğunuz zamanlar oldu mu? Eğer öyleyse, bu konuda biraz daha fazla konuşun.



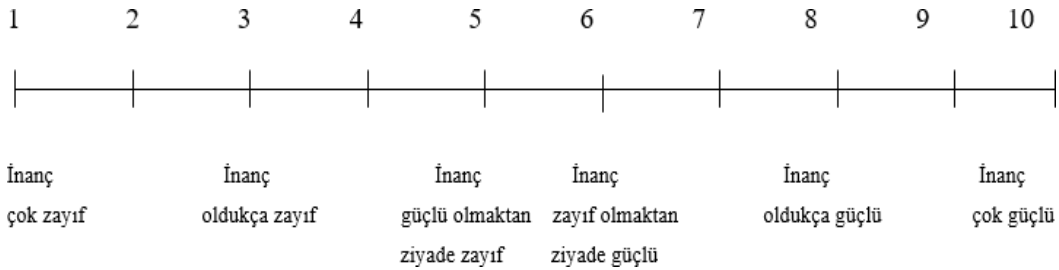
Puanlama maddesi 3: _____

4) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN YÜKSEK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en yüksek puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar kuvvetlendi?

Geçen hafta inancınızdan ne kadar emindiniz?



Puanlama maddesi 4: _____

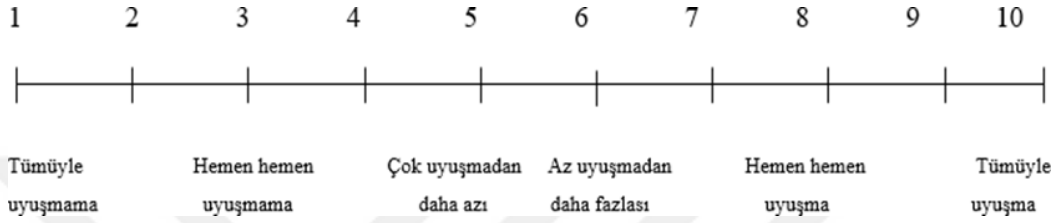
5) İNANCIN DOĞRULUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar kesin?

İnancınız ne kadar doğru?

İnancınız ne oranda yanlış?



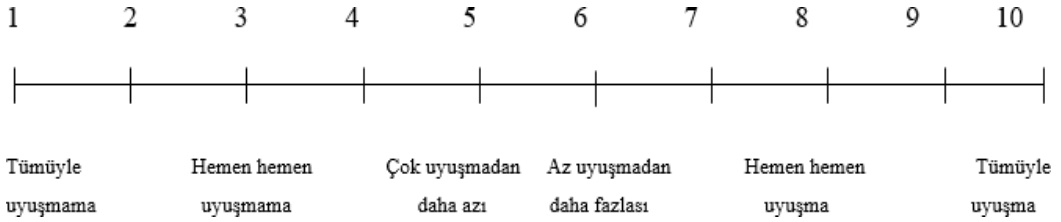
Puanlama maddesi 5:

6) İNANCIN BAŞKALARI TARAFINDAN PAYLAŞILMASININ BOYUTU

Toplumdaki diğer insanların sizinle aynı inanca sahip olmaları ne kadar mümkündür?

Başkaları inancınıza ne oranda katılmaktalar?

Başkaları inancınızı ne boyutta paylaşıyorlar?



Puanlama maddesi 6: _____

7) BAŞKALARININ BENZER YA DA FARKLI BİR İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkaları sizinle aynı inancı paylaşıyor mu? Evet _____ Hayır _____

Hasta evet yanıtı vermişse 7a'ya, hayır yanıtı vermişse 7b'ye geçiniz.

7a) BAŞKALARININ AYNİ İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkalarının inancınıza katıldığını düşündüğünüze göre, bu kişilerin inancınız hakkında sizin kadar bilgili olduğunu düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz?

Başkalarının bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna inanıyor musunuz?

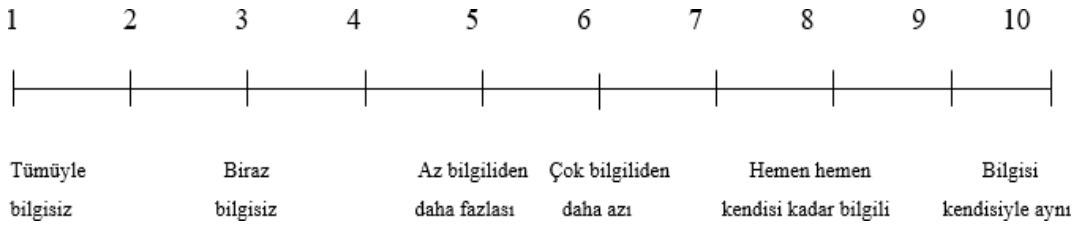
Puanlama maddesi 7a: _____

7b) BAŞKALARININ FARKLI İNANÇLARININ OLMASI

Başkalarının size katılmadıklarını düşündüğünüze göre, bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduklarını düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz?

Başkalarının bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna inanıyor musunuz?



Puanlama maddesi 7b: _____

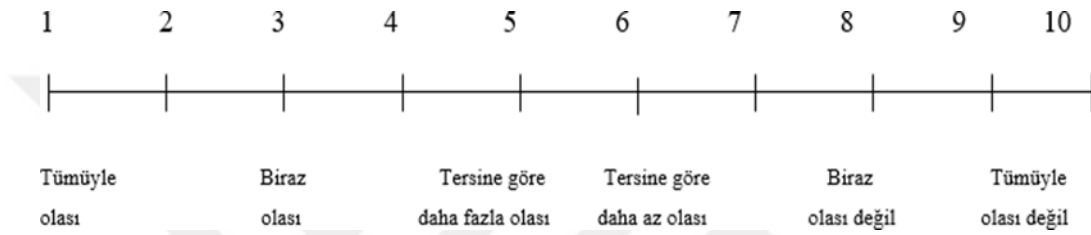
8) KOMPULSİYONLARIN ETKİLİLİĞİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Anksiyete dışındaki olumsuz sonuçları önlemede kompulsiyonlar/törenselle davranışlar ne kadar etkili?

Korkulan sonucu durdurmada kompulsiyonlarınızın herhangi bir etkisi var mı?

Kompulsiyonlarınızın olumsuz sonuçları önlemeye yardımcı olabilmesi mümkün mü?



Puanlama maddesi 8: _____

9) İÇGÖRÜ

Hastalığınızın bu inanca sahip olmanıza neden olduğunu ne oranda düşünüyorsunuz?

İnançlarınızın psikolojik ya da psikiyatrik nedenlere bağlı olma olasılığı ne kadardır?

İnancınızın bir hastalığa bağlı olduğunu düşünüyor musunuz?



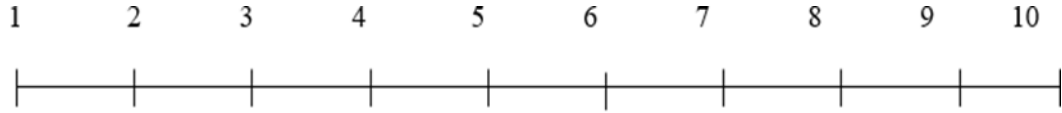
Puanlama maddesi 9: _____

10) DİRENCİN GÜCÜ

İnancınızı aklınızdan atmak için ne kadar enerji harcıyorsunuz?

İnancınızı değiştirmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

İnanacınıza direnmeye kalkışıyor musunuz?



Tümüyle
olası

Biraz
olası

Tersine göre
daha fazla olası

Tersine göre
daha az olası

Biraz
olası değil

Tümüyle
olası değil

Puanlama maddesi 10: _____

11) İNANCIN SÜRESİ

a) Bu inanca sahip olduğunuz zaman içinde hiç dalgalanma oldu mu? Eğer öyleyse hangi zaman dilimi içinde?

Aşağıdakilerden birini işaretleyin:

Gün_____Hafta_____Ay_____Yıl _____

b) Geriye dönüp baktığınızda ne kadar zamandır bu inancınız var?Aşağıdakilerden birini işaretleyin:

Gün_____Hafta_____Ay_____Yıl _____

EK-6: Brown içgörünün değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ)

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

1. **Son hafta içinde** sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu? Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz? (asıl inanç):
2. Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı ?

Her bir madde için hastayı en iyi şekilde karakterize eden cevabı saptayarak daire içine alın. Hastanın spesifik inançları sorularla bütünleştirilebilir -- Örneğin “ Kapı kollarına dokunmanın sizi hasta yapacağına ne kadar inanıyordunuz”. Tercihe bağlı sorular parantez içinde belirtilmiştir; görüşmeciye yönelik yönergeler italik olarak yazılmıştır.

1. İkna olma

Bu fikirlere veya inançlara ne kadar inanıyordunuz? Fikirlerinizin veya inançlarınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz? (Bu eminliğiniz neye dayanıyor?)

- 0- Kesinlikle bu inançların yanlışlığına inanıyor(%0 emin olma)
- 1- İnançlar doğru değil yada önemli derecede bir şüphe bulunmakta.
- 2- İnançlar doğru olabilir yada olmayabilir veya inançların doğru olup olmadığına karar veremiyor.
- 3- Bu inançların doğru olduğuna oldukça inanmış durumda fakat bir parça şüphe bulunmakta.
- 4- Var olan inançların gerçekliğiyle ilgili tamamıyla ikna olmuş durumda(%100 emin)

2. Diğerlerinin inançla ilgili bakış açıları konusundaki algı

Diğer insanların inançlarınızla ilgili olarak ne düşündüklerini (düşünebileceklerini) düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] İnsanların çoğunun inançlarınızı anlamlı buldukları konusunda ne kadar eminsiniz?

(Görüşmeci eğer gerekiyse hastaya bu soruyu cevaplarken diğer insanların dürüst bir şekilde fikrini açıkladığını varsayarak cevaplamasını söylemelidir)

- 0- İnsanların çoğunun bu inançları gerçek dışı düşündüğü konusunda tamamıyla emindir
- 1- İnsanların çoğunun bu inançların gerçek dışı olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğer insanlar bu inançların gerçek dışı olduğunu düşünebilirler veya düşünmeyebilirler veya bu inançlara ilişkin diğer insanların bakış açıları konusunda emin değildir.
- 3- Çoğu insanın bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 4- Çoğu insanların bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda tamamen emindir.

3. Farklı bakış açılarının açıklanması

Demıştiniz ki (...1. maddedeki cevabı buraya koyarak....) fakat (2. maddedeki cevabı buraya yaz....) dediniz? [DURUP BEKLE] inançlarımızın doğruluyla ilgili olarak sizin düşündüklerinizle diğer insanların düşündükleri arasındaki farkı nasıl açıklarsınız? (Kimin doğru olması daha muhtemeldir?)

(Görüşmeci eğer 1 ve 2. maddeler verilen cevaplar aynıysa bu soruyu sormamalıdır. Bu durumda 1 ve 2 deki skor ne ise o skoru vermelidir.)

- 0- Bu inançların gerçek dışı veya absürd olduğu konusunda tamamıyla emindir. (ör. Zihnim bana oyun oynuyor.)
- 1- Bu inançların gerçek dışı olduğu konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğerlerinin neden onunla aynı fikirde olmadığı konusunda emin değildir. inançlar gerçek dışı olabilir veya diğerleri yanılıyor olabilir.
- 3- İnançların doğru olduğu konusunda oldukça emindir; diğerlerinin bakış açıları daha az doğrudur.
- 4- İnançların doğru olduğu konusunda tamamıyla emindir; diğerlerinin inançları yanlıştır doğru değildi

4. Fikirlerin sabitliği

Eğer inançlarınızın doğruluğunu sorgularsam (veya karşı çıkarsam) tepkiniz ne olur? [DURUP BEKLE] Sizi yanıldığınıza ikna edebilir miyim?

(Eğer gerekliyse hastayı yüzeştirmeyen bir örnek veriniz.) (Hastanın ikna edilip edilemeyeceğini esas alarak derecelendirin. Onun kendisinin ikna edilip edilmemesi konusundaki arzusunu dikkate almayın.)

- 0- İnançların yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya istekli; bu olasılıkla ilgili olarak herhangi bir hoşnutsuzluk sergilemiyor.
- 1- İnançın yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya kolaylıkla istekli arzulu; buna olan hoşnutsuzluğu/isteksizliği minimal.
- 2- Bir şekilde inançların yanlış olabileceği olasılığını dikkate almaya istekli fakat orta derecede direnç var.
- 3- Çok açık bir şekilde inancın yanlış olabileceğini dikkate alma konusunda isteksiz; isteksizlik/hoşnutsuzluk belirgin.
- 4- İnançın yanlış olabileceği olasılığını dikkate alma konusunu dikkate almayı kesinlikle reddediyor—Ör: inanç sabi

5. Fikri yanlışlama girişimleri

İnançlarınızın yanlışlığını kanıtlamaya veya reddetmeye ne kadar aktif bir biçimde çalışıyorsunuz.? İnançlarınızın yanlış olabileceğine kendinizi ikna etmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?

(Görüşmeci hastanın kendisini bu inançtan kurtarmaya dönük çabalarını derecelendirmelidir. Bu düşünce veya fikirleri zihninden atmaya dönük veya başka bir şey düşünmeye dönük girişimlerini dikkate almamalıdır.)

- 0- Bu inancın yanlışlığını hep kanıtlamaya çalışıyor veya inançlar yanlış olduğu için böyle bir kanıtlama çabasına gerek duymuyor.
- 1- Genellikle bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor
- 2- Bazen bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 3- Nadiren bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 4- İnançların yanlışlığını kanıtlamak için herhangi bir girişimde bulunmuyor.

6. İlgörü

Bu inançlara neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE]
Bunların psikiyatrik veya psikolojik her hangi bir nedeni olabilir mi veya bunlar gerçekten doğru mu?

(Görüşmeci hastanın gerçekten inanıp inanmadığı konusunda karar vermelidir. Ona söyleneni veya gerçek olmasını umduğu şeyi değil. Psikolojik etyoloji psikiyatrik hastalıkla eşdeğer olarak görülmelidir)

(Düşüncelerin abartılı olduğunun bilinmesi—örneğin çok zaman aldığının- veya hasta için sorun oluşturduğunun bilinmesi psikiyatrik veya psikolojik

etyolojiyle aynı şeymiş gibi değerlendirilmemelidir. Bunun yerine hastanın bu inançlarının psikiyatrik veya psikolojik kaynağı veya nedeni olduğu konusundaki farkındalığını derecelendirin.)

0- İnançların kesinlikle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.

1- İnançların büyük ihtimalle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.

2- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni olma olasılığı var.

3- Muhtemelen inançların psikiyatrik veya psikolojik nedeni yok.

4- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni kesinlikle yok.

TOPLAM BABS SKORU =1 DEN 6'YA KADAR OLAN SORULARIN TOPLAMI

EK MADDE (toplam puana katmayınız)

7. referans fikirleri veya hezeyanları

İnancınız yüzünden insanların sizinle ilgili konuştukları veya size dikkat ettikleri oluyor mu? OPSİYONEL:
(inancını yazın) çevreden özel mesajlar aldığınız oluyor mu? (Bundan ne kadar eminsiniz?)

(Bu soru sadece BABS görüşmecisi tarafından değerlendirilen inançlarla ilgilidir—değerlendirilen inançla alakasız bir nedenle kendisine dikkat edildiğini düşünüyorsa bununla ilgili değil. Görüşmeci bu soruyu cevaplarken gözlenebilir eylem veya kompulsiyonları değil, bunun yerine temel inancı puanlamalıdır.)

0- Hayır, diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat etmiyorlar.

1- Diğerleri muhtemelen bana özel bir dikkat göstermiyorlar.

2- Diğerleri bana özel bir dikkat gösteriyor da olabilir göstermiyor da olabilir.

3- Diğerleri muhtemelen bana özellikle dikkat ediyor.

4- Diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat ediyor.

EK-7: Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ)

BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Hasta adı:

Yaşı:

Doldurma tarihi:

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısına ilgili sayıyı yazınız (0-1-2-3)

Hiç katılmıyorum(0) Çok az katılıyorum(1) Epeyce katılıyorum(2) Tamamen katılıyorum(3)

- (1) Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum
- (2) Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.
- (3) Diğer insanlar olağandışı yaşantılarımla nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.
- (4) Çok çabuk sonuca atlıyorum.
- (5) Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir
- (6) Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.
- (7) Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.
- (8) Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanılıyorum olabilirim.
- (9) Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.
- (10) İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.
- (11) Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.
- (12) Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.
- (13) Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.
- (14) İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.
- (15) Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.

EK-8: İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ)

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1a. Tedaviyi (Hastaneye başvurma/ ilaç tedavisi/ psikolojik tedaviler) kabul ediyor musunuz?

- Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- Hiçbir zaman =0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Tedaviyi teşvik edilmenize gerek kalmadan istiyor musunuz?

- o Sıklıkla =2
- o Bazen =1 (Unutkanlık nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)
- o Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

2a. Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ? yada Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz ?

- o Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok gün düşünmüş)
- o Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- o Hiç bir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

2b. Bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?

- o Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- o Hiç bir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

2c Hastalığınızı nasıl açıklarsınız ?

- o Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar = 2
ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar
- o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar yada “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlar =1
- o Delüzyonel açıklamalar = 0

3a. “.....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da “.....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz”

- o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)
- o Hiçbir zaman =0

Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları/ yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (..... konusundaki inancınız/sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

- o “Hastalığımın bir parçası” =2
- o “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıyorsa =1
- o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

Ek soru:durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)
0= “Yalan söylüyorlar.”

- 1= “Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissedirim.”
- 2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”
- 3= “Bende bir hata olduğunu düşünürüm.”
- 4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”

EK-9: Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHiÖ)

AKIL HASTALIĞINA İÇGÖRÜSÜZLÜK ÖLÇEĞİ

GENEL MADDELER

1.RUHSAL BOZUKLUĞUN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta bir ruhsal bozukluğu ya da psikiyatrik bir sorunu olduğunu kabu ediyor mu? (Ş-Şimdi G-Geçmişte)

Ş G

- | | |
|---|--|
| | Değerlendirilemedi |
| 1 | Farkında: hasta açık bir şekilde ruhsal hastalığı olduğuna inanıyor |
| 2 | Kısmi: Ruhsal bir hastalığı olabileceği konusunda şüpheli |
| 3 | ama bu fikri dikkate alabiliyor |
| 4 | Farkında değil: Bir ruhsal bozukluğu |
| 5 | Olmadığını düşünüyor |

2.İLAÇ TEDAVİSİNİN ETKİLERİNİN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta ilacın etkisiyle ilgili ne düşünüyor? Hasta ilaçların, semptomların yoğunluğunu ve sıklığını azalttığını düşünüyor mu?

Ş G

- | | |
|---|--|
| | Değerlendirilemedi ya da uygun değil |
| 1 | Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığını düşünüyor. |
| 2 | Kısmi: İlaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığı konusunda şüpheli |
| 3 | ama bu fikri dikkate alabiliyor |
| 4 | Farkında değil: İlaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını |
| 5 | azaltmadığını düşünüyor |

3.RUHSAL BOZUKLUĞUN SOSYAL SONUÇLARININ FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hastanın hastaneye yatırılması, isteği dışında tedavi edilmesi, tutuklanması, kovulması yaralanması ve yaşadığı diğer sosyal sorunlar hakkındaki düşüncesi nedir?

Ş G

- | | |
|---|---|
| | Değerlendirilemedi ya da uygun değil |
| 1 | Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanıyor. |
| 2 | Kısmi: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğu konusunda |
| 3 | şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor |
| 4 | Farkında değil: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu |
| 5 | olmadığını düşünüyor |

EK-10: Üstbiliş ölçeği (ÜBÖ-30)

ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30 (ÜBO-30)

Aşağıda insanların ifade ettikleri kendi düşünceleri hakkındaki bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun yere X işareti koyarak belirtiniz.

Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur.				
2. Endişelerim benim için tehlikelidir.				
3. Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm.				
4. Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim.				
5. Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum.				
6. Endişe verici bir düşüncüyü kontrol altına almazsam ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur.				
7. Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir.				
8. Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır.				
9. durdurmak için ne kadar uğraşsam da endişe verici düşüncelerim devam eder.				
10. Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur.				
11. Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir.				
12. Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım.				
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutabilmem gerekir.				
14. Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir.				
15. Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım.				
16. Endişelerim beni deliye döndürebilir.				
17. Düşüncelerimin sürekli farkındayım.				
18. Hafızam zayıftır.				

19. Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim.				
20. Endişelenmek yaşadıklarımla baş etmeme yardımcı olur				
21. Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir.				
22. Endişelenmeye başladığımda bunu durduramam.				
23. Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur.				
24. Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır.				
25. Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür.				
26. Hafızama güvenmem.				
27. Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam iş göremez hale gelirim.				
28. İyi çalışmak için endişelenmem gerekir.				
29. Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır.				
30. Düşüncelerimi sürekli incelerim.				