

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OTOJEN VE REAKTİF ÖZELLİKLER GÖSTEREN
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB) HASTALARINDA
NÖROBİLİŞSEL PROFİLİN ÜSTBİLİŞLER İLE İLİŞKİSİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Emel Uysal

Trabzon-2017

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OTOJEN VE REAKTİF ÖZELLİKLER GÖSTEREN
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB) HASTALARINDA
NÖROBİLİŞSEL PROFİLİN ÜSTBİLİŞLER İLE İLİŞKİSİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Emel Uysal

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Evrim ÖZKORUMAK KARAGÜZEL

Trabzon-2017

ÖNSÖZ

Tez danışmanım olarak çalışmam ve uzmanlık eğitimim süresince her aşamada yardımını, desteğini ve zamanını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Evrim Özkorumak Karagüzel'e,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmalarım boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, hoşgörü, sabır ve emeğini benden hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. İsmail Ak, Prof. Dr. Ahmet Tiryaki, Yrd. Doç. Dr. Filiz Civil Arslan ve Yrd. Doç. Dr. Demet Sağlam Aykut'a,

Rotasyon eğitimlerim sırasında katkılarından dolayı Nöroloji, Acil Tıp ve Çocuk-Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Asistanlık eğitimim boyunca her zaman desteklerini yanında hissettiğim sevgili asistan arkadaşlarıma, psikiyatri kliniği sağlık çalışanları ve sekreterlerine, psikolog arkadaşlarım Elif Şimşek Kaygusuz ve Oğuz Sarioğlu'na,

Çalışmama katılmayı kabul eden değerli hastalarım ve sağlıklı gönüllülere,

Sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim, karşıma çıkan güçlük ve engellerde beni cesaretlendiren, sabretmeyi ve azmetmeyi öğreten biricik annem Fatma Korkmaz ve canım babam Temel Korkmaz'a, her koşulda yanımda olan ve desteklerini hep hissettiğim sevgili kardeşlerim Onur, Burak ve Cemre'ye,

Her koşulda yanımda olduğunu bildiğim, sevgisini ve desteğini hep hissettiğim, bu heyecanlı, yorucu ve bir o kadar da gurur verici yolda hep yanımda olan biricik eşim Ahmet Taner Uysal'a teşekkür ederim.

Dr. Emel Uysal

ÖZET

Otojen ve reaktif özellikler gösteren obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarında nörobilişsel profilin üstbilişlerle ilişkisi.

Uysal E, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon, 2017.

Amaç: Bu çalışmada, OKB için daha yeni bir alt gruplandırma imkanı sunan otojen ve reaktif özelliklere sahip OKB hastalarında nörobilişsel özellikler ve üstbilişlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Böylelikle, bilişsel teori kapsamında yapılmış olan bu alt tiplendirmenin üstbilişsel ve nörobiyolojik açılardan da farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışma ile birbiri ile etkileşim içinde olduğu düşünülen üstbiliş ve nörobilişsel süreçlerin hem OKB hastalarında hem de OKB alt gruplarında birbirleri ile ilişkilerinin de incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2016 - Aralık 2016 arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 67 hasta alınmıştır. Bu hastalar primer obsesyonlarının içeriklerine 27 otojen obsesyonlara sahip hasta ve 40 reaktif obsesyonlara sahip hasta olarak gruplara ayrılmıştır. Bu hastalarla cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleşmiş 67 hasta da kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Tüm katılımcılara Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) ve nörobilişsel işlevlerini değerlendirmek üzere Stroop Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST), İz Sürme Testi (TMT) ve İşitsel Sözel Öğrenme Testi (AVLT) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda OKB, otojen, reaktif ve sağlıklı kişilerden oluşan gruplardan her biri yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum gibi özellikler açısından birbiri ile benzer bulundu. Otojen obsesyonlara sahip hastalarda içgörü düzeyinin reaktif gruptan daha az olduğu bulundu. Üstbilişler açısından, reaktif obsesyonlara sahip hastaların ÜBÖ-30 endişeye ilişkin olumlu inançlar alt boyutunda ortalama ölçek puanı otojen gruptan daha yüksek bulundu. OKB hastaları kontrol

grubuyla karşılaştırıldığında ise, ÜBÖ-30 kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt boyutlarında kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldıkları bulundu. Nörobilişsel test performansları açısından, TMT-A, B, B-A, Stroop testi performansı, AVL'T'de anlık bellek, sözel öğrenme, gecikmiş hatırlama ve tanıma, WCST'de toplam doğru sayısı, toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı, perseveratif olmayan hata sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı ve öğrenmeyi öğrenme puanı açısından otojen ve reaktif gruptaki hastaların birbiri ile benzer performans sergilerken kontrol grubuna göre daha kötü performans sergiledikleri bulunmuştur. OKB hastalarının tamamı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, TMT, Stroop Testi ve AVL'T'de otojen ve reaktif grupla benzer özellikler sergilerken, WCST'de otojen ve reaktif gruba ek olarak ilk kategoriyi tamamlamada kullanılan deneme sayısı ve kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı açısından da kontrol grubuna göre daha kötü performans sergiledikleri bulundu. Üstbilişler ile nörobilişsel performans arasındaki ilişki incelendiğinde ise, otojen obsesyonlara sahip grupta ÜBÖ-bilişsel güven alt boyutu ile AVL'T anlık bellek, sözel öğrenme ve tanıma skorları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmanın verilerine dayanarak üstbilişsel yapıların OKB ile sağlıklı kişiler arasında farklılaştığı ancak otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB alt tipleri arasında endişeye ilişkin olumlu inançlar dışında gruplar arasında fark saptanmadığı görülmüştür. Bu da, OKB alt tiplerinde benzer üstbilişsel patolojilerin rol oynadığına işaret ediyor olabilir. Nörobilişsel işlevler açısından, OKB ile sağlıklı kişilerin birbirinden farklılaştığı ancak otojen ve reaktif gruplar arasında fark saptanmaması da alt tipler arasında benzer nörobiyolojik patolojilerin rol oynadığına işaret ediyor olabilir. Çalışmamızda, otojen obsesyonlara sahip hasta sayısı sınırlı olduğu için, daha büyük örneklem büyüklüğünde gelecekte yapılacak araştırmalar, otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarında üstbilişler ve nörobilişsel özelliklerin açıklanmasında yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: Otojen obsesyonlar, reaktif obsesyonlar, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), nörobilişsel işlevler, üstbilişler.

SUMMARY

The relationship of metacognition and neurocognitive profile in obsessive compulsive disorder (OCD) presenting with autogenous and reactive features.

Uysal E, Karadeniz Technical University, Trabzon, 2017.

Aim: In this study, it was aimed to investigate neurocognitive features and metacognitions in OCD patients with autogenous and reactive features that provide a new subgrouping for OCD. Thus, it is aimed to investigate whether this subtype, which has been done within the scope of cognitive theory, is differentiated metacognitively and neurobiologically. It is also aimed to investigate the relationship between metacognition and neurocognitive processes that are thought to interact with each other in both OCD patients and OCD subgroups.

Method: From January 2016 to December 2016, 67 patients who applied to the psychiatry outpatient clinic of the Karadeniz Technical University Medical Faculty and accepted to participate in the study from the patients who were diagnosed with OCD according to the DSM-5 diagnostic criteria and who met inclusion criteria were taken into the study. These patients were divided into groups with 27 autogenous obsessions and 40 reactive obsessions to the contents of primer obsessions. 67 patients matched with these patients in terms of gender, age and educational level were included in the study as control group. Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30), Stroop Test, Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Trail Making Test (TMT) and Auditory Verbal Learning Test (AVLT) were used in our study.

Results: In our study, the groups consisting of OCD, autogenous, reactive and healthy individuals were found to be similar in terms of their age, educational level, gender and marital status. Insight was found lower in the patients with autogenous obsessions than reactive group. In terms of metacognition, the mean score of the MCQ-30 positive beliefs about worry subscale of patients with reactive obsessions was higher than the autogenous group. When the OCD patients were compared with the control group, it was found that the OCD group had higher scores on MCQ-30

negative beliefs about uncontrollability of thoughts, beliefs about need to control thoughts, and cognitive self-consciousness than the control group. In terms of neurocognitive test performances, about TMT-A, B, B-A, Stroop test performance, immediate memory, verbal learning, delayed recall and recognition in AVLT, total correct, total errors, perseverative errors, nonperseverative errors, conceptual level responses, learning to learn score in WCST, the patients in the autogenous and reactive groups showed similar performance compared to the control group but these patients were found to perform worse than the control group. Compared with the control group, all of the OCD patients had similar characteristics to the autogenous and reactive groups in the TMT, Stroop Test and AVLT, while the autogenous and reactive group in the WCST additionally had worse performance than the control group at trials to complete first category and failure to maintain set score. When the relationship between metacognition and neurocognitive performance was examined, it was found that there was a moderate correlation in the negative direction between the MCQ cognitive confidence subscale and immediate memory, verbal learning and recognition scores at AVLT in the group with autogenous obsessions.

Conclusion: Based on the data of this study, it was found that there was no difference between the groups except for the positive beliefs about worry subscale among the OCD subtypes with autogenous and reactive obsessions, although metacognitive structures differed between OCD and healthy individuals. This may indicate that similar metacognitive pathologies play a role in OCD subtypes. In terms of neurocognitive functions, the fact that healthy subjects differ from OCD but that there is no difference between autogenous and reactive groups may indicate that similar neurobiological pathologies play a role in subtypes. Due to limited number of patients with autogenous obsessions in current study, any future research with greater sample size will be helpful to explain the metacognitions and cognitive functions in OCD with autogenous and reactive obsessions.

Key words: Autogenous obsessions, reactive obsessions, obsessive compulsive disorder (OCD), neurocognitive functions, metacognitions.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
SUMMARY.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB).....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	5
2.1.4. Etiyoloji.....	7
2.1.4.1. Biyolojik Etkenler.....	7
2.1.4.2. Psikososyal Etkenler.....	14
2.1.5. Klinik Özellikler.....	19
2.1.6. Alt Tiplerin Belirlenmesi.....	22
2.1.7. Tanı.....	26
2.1.8. Eş tanı.....	28
2.1.9. Seyir ve Prognoz.....	29
2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli.....	30
2.2.1. Üstbilişsel Kuram ve Psikolojik Bozuklukların Üstbilişsel Modeli.....	30

2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli.....	34
2.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nörobilişsel Yaklaşım.....	38
2.3.1. Dikkat.....	39
2.3.2. Yürütücü İşlevler.....	40
2.3.3. İşlem Hızı.....	45
2.3.4. Çalışma Belleği.....	45
2.3.5. Görsel-Mekansal İşlevler.....	46
2.3.6. Bellek.....	47
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	51
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	51
3.2. Araştırmanın Aşamaları.....	52
3.3. İstatistiksel Analiz.....	53
3.4. Veri Toplama Araçları.....	54
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	54
3.4.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği.....	54
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	55
3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	55
3.4.5. Üstbiliş Ölçeği-30.....	55
3.4.6. İz Sürme Testi	56
3.4.7. Stroop Testi.....	56
3.4.8. İşitsel-Sözel Öğrenme Testi	58
3.4.9. Wisconsin Kart Eşleme Testi	59

4. BULGULAR.....	62
4.1. Sosyodemografik Özellikler	62
4.2. Klinik Özellikler	66
4.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırması	70
4.3.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)...	70
4.3.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKÖ).....	71
4.3.3. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30).....	72
4.4. Nörobilişsel Test Sonuçlarının Karşılaştırması.....	74
4.4.1. İz Sürme Testi (Trail Making Test, TMT)	74
4.4.2. Stroop Testi.....	74
4.4.3. İşitsel-Sözel Öğrenme Testi.....	75
4.4.4. Wisconsin Kart Eşleme Testi.....	76
4.5. Korelasyon Analizleri.....	78
4.5.1. Klinik Özelliklerle Ölçek ve Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi...	78
4.5.1.1. Y-BOKÖ, BDÖ, BAÖ.....	78
4.5.1.2. ÜBÖ-30.....	80
4.5.1.3. TMT.....	82
4.5.1.4. Stroop Testi.....	84
4.5.1.5. AVLT.....	86
4.5.1.6. WCST.....	88
4.5.2. Y-BOKÖ ile Diğer Ölçek ve Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi...	93

4.5.2.1. BDÖ ve BAÖ.....	93
4.5.2.2. ÜBÖ-30.....	94
4.5.2.3. TMT ve Stroop Testi.....	96
4.5.2.4. AVLT.....	97
4.5.2.5. WCST.....	99
4.5.3. ÜBÖ-30 ile Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi.....	103
5. TARTIŞMA.....	112
5.1. Sosyodemografik Özellikler.....	112
5.2. Klinik Özellikler.....	116
5.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	119
5.3.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)..	119
5.3.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKÖ).....	122
5.3.3. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30).....	124
5.4. Nörobilişsel Test Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	131
5.4.1. İz Sürme Testi (Trail Making Test, TMT).....	132
5.4.2. Stroop Testi.....	134
5.4.3. İşitsel-Sözel Öğrenme Testi (Auditory Verbal Learning Test, AVLT).....	136
5.4.4. Wisconsin Kart Eşleme Testi (Wisconsin Card Sorting Test, WCST).....	140
5.5. ÜBÖ-30 ile Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi.....	144
5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	146
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	148
7. KAYNAKLAR.....	151

8. EKLER.....	183
----------------------	------------



KISALTMALAR DİZİNİ

OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
DSM:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
SERT:	Serotonin taşıyıcı geni
DAT:	Dopamin taşıyıcısı
BOS:	Beyin omurilik sıvısı
5-HIAA:	5-hidroksi indol asetik asit
SGİ:	Serotonin Gerilim İnhibitörleri
KSTK:	Kortiko-striato-talamo-kortikal
MRS:	Manyetik Rezonans Spektroskopi
NMDA:	N-Metil-D-Aspartat
EAAC1/EAAT3:	Nöronal glutamat taşıyıcı eksituar amino asit taşıyıcı 1
GABA:	Gama amino butirik asit
MRG:	Manyetik rezonans görüntüleme
ACC:	Anterior singulat korteks
OFK:	Orbito-frontal korteks
PET:	Pozitron emisyon tomografi
OK:	Obsesif kompulsif
PANDAS:	Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediyatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık

Y-BOKÖ:	Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
ICD-10:	Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10
MDB:	Major depresyon bozukluğu
OKKB:	Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu
B-DYİ:	Benliği Düzenleyen Yürütücü İşlevler
BDS:	Bilişsel Dikkat Sendromu
ÜBÖ:	Üstbilişler Ölçeği
DEK:	Düşünce-eylem kaynaşması
CPT:	Sürekli Performans Testi
GNG:	Yap-Yapma Görevi
WAIS:	Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği
WCST:	Wisconsin Kart Eşleme Testi
OAT:	Nesne Değiştirme Testi
DAT:	Gecikmeli Nesne Değiştirme Testi
SST:	Dur İşareti Görevi
TOH:	Hanoi Kulesi Testi
TOL:	Londra Kulesi Testi
TMT:	İz Sürme Testi
CANTAB:	Cambridge Nöropsikolojik Test Bataryası
ROCF:	Rey-Osterrieth Karmaşık Desen Testi
AVLT:	İşitsel Sözel Öğrenme Testi

WMS-LM:	Wechsler Bellek Ölçeğinin mantıksal bellek alt
CVLT:	California Sözel Öğrenme Testi
ACTT:	İşitsel Üçlü Sessiz Harf Sıralama Testi
CWAT:	Kontrollü Kelime Çağrışım Testi
RAVLT:	Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi
KTÜ:	Karadeniz Teknik Üniversitesi
TBAG:	Temel Bilimler Araştırma Grubu
OKG:	OKB grubu
KG:	Kontrol grubu
OG:	Otojen obsesyonları olan grup
RG:	Reaktif obsesyonları olan grup
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
TSA:	Trisiklik antidepresan
YAB:	Yaygın anksiyete bozukluğu
PB:	Panik bozukluk

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo-1: Stroop Testi Görevleri.....	57
Tablo-2: OKB ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Dağılımı.....	63
Tablo-3: OKB ve Kontrol Grubunun Yaş, Eğitim yılı ve Aylık Gelir Miktarı Ortalamaları Açısından Dağılımı.....	64
Tablo-4: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Dağılımı.....	64
Tablo-5: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarının Yaş, Eğitim yılı ve Aylık Gelir Miktarı Ortalamaları Açısından Dağılımı.....	65
Tablo-6: OKB Grubunda Obsesyon Tiplerinin Dağılımı.....	66
Tablo-7: Otojen Grupta Obsesyon Tiplerinin Dağılımı.....	66
Tablo-8: Reaktif Grupta Obsesyon Tiplerinin Dağılımı.....	66
Tablo-9: OKB Grubunda Obsesyon Tiplerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	67
Tablo-10: OKB Grubunda Hastalık Başlangıç Yaşı, Hastalık Süresi ve Son Tedavi Süresi.....	68
Tablo-11: Otojen ve Reaktif Gruplarda Hastalık Başlangıç Yaşı, Hastalık Süresi ve Son Tedavi Süreleri.....	68
Tablo-12: Otojen ve Reaktif Grupların Diğer Klinik Özellikler Açısından Dağılımı.....	68
Tablo-13: OKB Grubu ile Kontrol Grubunun Aile Öyküsü Açısından Karşılaştırılması.....	69
Tablo-14: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarının Aile Öyküsü Açısından Karşılaştırılması.....	69
Tablo-15: OKB Grubunun Kullanmakta Olduğu Tedaviler Açısından Dağılımı...	70
Tablo-16: Otojen ve Reaktif Grupların Kullanmakta Olduğu Tedaviler Açısından Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	70
Tablo-17: OKB ve Kontrol Grubunun BDÖ ve BAÖ Puanları.....	71
Tablo-18: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarının BDÖ ve BAÖ Puanları.....	71

Tablo-19: OKB Grubunun Y-BOKÖ puanları.....	72
Tablo-20: Otojen ve Reaktif Gruplarda Y-BOKÖ puanları.....	72
Tablo-21: OKB ve Kontrol Gruplarının ÜBÖ-30 puanları.....	73
Tablo-22: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarının ÜBÖ-30 puanları.....	73
Tablo-23: OKB ve Kontrol Gruplarında İz Sürme Testi Süreleri.....	74
Tablo-24: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarında İz Sürme Testi Süreleri.....	74
Tablo-25: OKB ve Kontrol Gruplarında Stroop Testi Süreleri.....	75
Tablo-26: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarında Stroop Testi Süreleri.....	75
Tablo-27: OKB ve Kontrol Gruplarında İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Sonuçları....	76
Tablo-28: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarında İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Sonuçları.....	76
Tablo-29: OKB ve Kontrol Gruplarında Wisconsin Kart Eşleme Testi Sonuçları...	77
Tablo-30: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarında Wisconsin Kart Eşleme Testi Sonuçları.....	77
Tablo-31: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	79
Tablo-32: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	79
Tablo-33: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle Üstbilis Ölçeği-30 Puanlarının İlişkisi.....	80
Tablo-34: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle Üstbilis Ölçeği-30 Puanlarının İlişkisi.....	81
Tablo-35: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle TMT Sürelerinin İlişkisi.....	83
Tablo-36: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle TMT Sürelerinin İlişkisi.....	83
Tablo-37: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle Stroop Testi 5. Kartı Okuma Süresinin İlişkisi.....	85
Tablo-38: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle Stroop Testi 5. Kartı Okuma Süresinin İlişkisi.....	85
Tablo-39: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Skorlarının İlişkisi.....	86

Tablo-40: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Skorlarının İlişkisi.....	87
Tablo-41: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle Wisconsin Kart Eşleme Testi Skorlarının İlişkisi.....	89
Tablo-42: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle Wisconsin Kart Eşleme Testi Skorlarının İlişkisi.....	92
Tablo-43: Otojen Grupta Y-BOKÖ Puanları ile ÜBÖ-30 Puanlarının İlişkisi.....	95
Tablo-44: Reaktif Grupta Y-BOKÖ Puanları ile ÜBÖ-30 Puanlarının İlişkisi.....	95
Tablo-45: Otojen Grupta Y-BOKÖ Puanları ile İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Skorlarının İlişkisi.....	98
Tablo-46: Reaktif Grupta Y-BOKÖ Puanları ile İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Skorlarının İlişkisi.....	99
Tablo-47: Otojen Grupta Y-BOKÖ puanları ile Wisconsin Kart Eşleme Testi Skorlarının İlişkisi.....	100
Tablo-48: Reaktif Grupta Y-BOKÖ puanları ile Wisconsin Kart Eşleme Testi Skorlarının İlişkisi.....	101
Tablo-49: Otojen Grupta ÜBÖ-30 Puanları ile Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi.....	105
Tablo-50: Reaktif Grupta ÜBÖ-30 Puanları ile Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi.....	108

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen doğaya sahiptir. Bu nedenle hastalığın çeşitli özelliklerinin ilişkili olarak gruplaştığı, daha homojen özelliklere sahip alt tiplerini tanımlamaya yönelik çalışmalarda gözle görülür bir artış mevcuttur. Psikiyatride heterojen kabul edilen bozuklukların homojen alt tiplere ayrılması hastalığın tanısını, gidişini ve altta yatan psikopatolojik etmenleri tanımlayabilmenin yanı sıra başarılı bir tedavi düzenini oluşturabilmek için de yararlı olabilir. Alt kategorilerdeki özgüllüğün artırılmasındaki bir diğer amaç da tanıyı daha güvenilir kılmak olabilir.

OKB gibi oldukça heterojen doğaya sahip ve kronik seyirli bu ruhsal bozukluk için belirti yapısı ve klinik özelliklerle ilişkilendirilmiş tedaviye yanıt çalışmalarının sayısının giderek arttığı, böylelikle hastalık belirtilerini kontrol altına almada yeni bakış açıları oluşturulmaya çalışıldığı aşikardır. Bu çalışmanın amacı; OKB için daha yeni bir alt gruplandırma imkanı sunan otojen ve reaktif özelliklere sahip OKB hastalarında literatürde sınırlı sayıda çalışmanın olduğu üstbilişlerin ve nörobilişsel özelliklerin incelenmesidir. Böylelikle hem OKB ve alt gruplarının üstbilişsel özelliklerle ilişkileri incelenip diğer tedavi seçeneklerine bir alternatif olarak ortaya çıkan üstbilişsel terapinin kuramsal yapısına OKB ve alt grupları ile ilgi katkı sağlamak hem de üstbilişsel terapinin OKB'nin tedavisinde ümit vadeden bir terapi yöntemi olduğunu desteklemek amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra; OKB'de nörobilişsel işlev çalışmaları, kimi çelişkili sonuçlara karşın, yürütücü işlevler, bellek ve görsel-mekansal işlevler başta olmak üzere çeşitli nörobilişsel alanlarda eksikliklerin olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak bu çalışmaların da OKB alt gruplarında sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Bu gruplarda tanımlanabilecek farklı nörobilişsel işlev bozuklukları etiyoloji ve tedaviye yanıt bakımından farklı bakış açıları kazanılmasına katkıda bulunabilir. Ayrıca bu çalışma ile birbiri ile etkileşim içinde olduğu düşünülen üstbiliş ve nörobilişsel süreçlerin hem OKB hastalarında hem de OKB alt gruplarında birbirleri ile ilişkilerinin de incelenmesi amaçlanmıştır.

Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda bu çalışma ile OKB gibi oldukça heterojen özellikleri gösteren ve etiyoloji araştırma çalışmaları halen devam eden bu bozukluğun etiyoloji ve tedaviye yönelik araştırmalarına katkıda bulunması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB):

2.1.1. Tanım:

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyonların ve/veya kompülsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen ruhsal bir bozukluktur (1). Obsesyon (saplantı) kişinin rahatsız edici bulduğu, irade dışı gelen, sıkıntı yaratan, bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde yenileyen düşünce, dürtü ya da düşlemlerdir (2). Bunlar kişinin mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına, inançlarına ters düşer ve kabul edilemezdir. Bir başka deyişle obsesyonlar benliğe yabancıdır (ego-dystonic) (1). Kompülsiyon (zorlantı) ise çoğu kez obsesyonları kovmak için yapılan, irade dışı yinelenen düşünce ya da davranışlardır. Önce obsesyonun doğurduğu rahatsızlığı azaltmak için başlar, ancak bu durum denetlenemez düzeye ulaşır ve bu yinelenen eylemin kendisi sıkıntı yaratmaya başlar (1). Kişi tarafından aşırı ya da anlamsız olduğu bilinmesine rağmen obsesyonları etkisizleştirmeye ya da olması korkulan şeyi önlemeye, anksiyeteyi azaltmaya yönelik yapılan kompulsif davranışların, bu amaçla gerçekçi bir ilişkisi bulunmamaktadır ya da bu davranışlar açıkça abartılıdır (2).

OKB etiyoloji, klinik özellikler, tedaviye yanıt gibi birçok özellik açısından heterojen bir doğaya sahiptir ve bu ruhsal bozukluğun daha homojen özelliklere sahip alt tiplerini tanımlamaya yönelik çalışmalar giderek artmaktadır. Alt tiplere ayırma çalışmaları arasında sıklıkla kullanılanlardan biri belirti yapısına dayanan ve kompülsiyonlara göre yapılan sınıflandırmalardır (3). Lee ve Kwon ise obsesyonlar üzerinden yaptıkları sınıflandırmada, bilişsel teori bağlamında obsesyonları otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar olmak üzere iki alt grupta sınıflandıran bir alt tiplendirme önermiştir (12). Buna göre, otojen obsesyonlar daha tekrarlayıcı, daha fazla rahatsız edici, kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyulan obsesyonlar olarak tanımlanır. Saldırganlık, dini ve cinsel

temalı obsesyonlar bu gruba girmektedir. Reaktif obsesyonlar ise daha çok bir dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde olan, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, otojen obsesyonlara oranla daha az rahatsızlık uyandıran obsesyonlardır. Kirlenme, kuşku, simetri, biriktirme obsesyonları bu grupta yer alır (3).

2.1.2. Tarihçe:

Obsesyon ve kompulsiyonların varlığı insanlık tarihi kadar eskiye dayanır. Din kitaplarında obsesyon ve kompulsiyonları işaret eden davranış örneklerine rastlanmaktadır (1). İÖ 11. yüzyılda İsrail kralı Saul'un şeytandan gelen zararlı düşüncelere yakalandığı ve arp sesiyle rahatladığından bahsedilmektedir. Orta Çağ'da bir din adamı tarafından yazılan Malleus Maleficarum (Şeytanın Çekici) isimli kitapta bir papazın herhangi bir kilisenin önünden geçerken ve dua ederken şeytanın etkisiyle sürekli dilini çıkardığından, kendini rahibi dinlemeye verdikçe şeytanın daha da fazla etkilediğinden söz edilmektedir (4). 17. yüzyılda ise Shakespeare, Lady Macbeth karakteriyle suçluluktan kurtulmak için sürekli el yıkama davranışı sergileyen karakteriyle obsesyon ve kompulsiyonları örneklendirmiştir (5).

19. yüzyıla kadar ruhsal bir bozukluk olmaktan çok dini ve büyüsel yorumlarla ele alınmış olan OKB, psikiyatri literatüründe ise ilk kez Esquirol tarafından 1838'de tanımlanmıştır (6). Obsesyon terimi ise ilk kez 1866'da Morel tarafından kullanmıştır (7). Du Jalle'in 1875 yılında "içgörülü delilik" olarak isimlendirdiği OKB o yıllarda depresyon ya da melankolinin bir belirtisi olarak düşünülmekteydi (8).

20. yüzyıl başlarına gelindiğinde OKB, artık ayrı bir klinik sendrom olarak ele alınmaya başlanmıştır (6). Obsesyonları depresyon belirtilerinden ayıran ilk hekim 1878 yılında Westpahl olmuştur. Yine bu yüzyılda Pierre Janet, obsesyon ve kompulsiyonları fobilerle birlikte 'psikasteni' başlığı altında toplamıştır (49). Freud ise analitik yaklaşım ile fobik nevroz ve obsesif kompulsif nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak incelemiş ve bozukluğun psikodinamik temellerini ortaya koymuştur (1). 20.

yüzyılda öğrenme kuramları ile obsesif kompulsif nevroz etiyolojisine ve sağaltımına önemli katkılar sağlanmıştır (8).

Hastalığın tedavisi ile ilgili ilk aşama ise 1967 yılında klorpraminin bulunması ve antiobsesyonel özelliğinin gösterilmesi ile olmuş, bunu bilişsel davranışçı terapilerin tedavideki özgün etkinliğinin gösterilmesi izlemiştir (9).

OKB yüzyılı aşkın süredir iyi tanımlanan bir ruhsal bozukluk olmasına rağmen, ayrı bir bozukluk olarak tanı sistemlerine girmesi oldukça geç olmuş ve ancak 1980 yılından sonra Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-III (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III, DSM-III) ile DSM sınıflaması içindeki yerini almıştır (10).

Günümüzde ise etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen bir doğaya sahip olduğu kabul edilen bu bozukluk için daha homojen alt tipler tanımlama çabaları mevcuttur. Bu bağlamda, belirti yapısına sıklıkla da kompulsiyon tipine dayanan bu sınıflandırma çalışmalarından farklı olarak Lee ve Kwon, 2003 yılında obsesyonları otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar olarak iki alt grupta sınıflandırmıştır (12).

2.1.3. Epidemiyoloji:

OKB, kişi tarafından tanımlanmadıkça, yakınma ve hastalık belirtisi olarak getirilmedikçe tanınması hemen hemen olanaksızdır ve bu yüzden OKB'nin sıklık ve yaygınlığını saptamak son derece güçtür (1). Hastaların semptomlarını unuttukları veya “deli” olarak yorumlanacakları endişesiyle gizleme eğiliminde olmaları, soruna ilişkin doğrudan sorular sorulmadıkça yakınmalarını dile getirmemeleri, ağır işlev bozukluğu ortaya çıkıncaya kadar tedavi için başvuruda bulunmamaları, durumlarını düzeltilemeyecek bir alışkanlık olarak yorumlamaları gibi nedenler bozukluğun ortaya çıkarılmasını güçleştirmekte, gizli kalmasına yol açmaktadır (13).

OKB, 1980'li yıllara dek çok nadir görülen bir hastalık olarak kabul görmüştür (9). OKB ile ilgili bugünkü epidemiyolojik durumu ortaya koyan çalışma ise Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1984 yılında yapılan “Epidemiyolojik Tarama Çalışması” olmuştur. Bu çalışmada OKB majör depresyon, fobiler ve alkol/madde kötüye kullanımından sonra 4. sıklıkta görülen ruhsal bozukluk olarak

bildirilmiştir (1). Çalışma sonuçlarına göre OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı (prevalans) % 2.5-3, yıllık yaygınlığı ise % 1.5 olarak bulunmuştur (9). 1994'de ABD, Kanada, Puerto Rico, Almanya, Tayvan, Kore ve Yeni Zelanda'nın yer aldığı uluslararası bir epidemiyolojik çalışmada, OKB'nin yaygınlık oranı % 2 olarak bildirilmiştir (16). Ülkemizde ise 2006 yılında Tükel ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının % 1.9-3.3 arasında olduğu tespit edilmiştir (6). Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada OKB'nin bir yıllık yaygınlık oranı % 3 olarak bildirilmiştir (17).

Cinsiyetler arası bimodal dağılım gösteren OKB, çocukluk çağında erkeklerde daha fazla görülürken, erişkin dönemde kadın erkek oranının yaklaşık olarak aynı olduğu ya da kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (19) (20). Her ne kadar OKB'nin genel olarak kadın ve erkeklerde görülme sıklığının benzer olduğu düşünülse de cinsiyet farklılığının esas olarak belirti alt tiplerinde gözlemlendiği bilinmektedir (21). Belirti farklılığı açısından değerlendirildiğinde, birçok çalışmada kadınlarda reaktif obsesyon grubuna giren kirlenme-bulaşma obsesyonları ile temizlik kompülsiyonlarının, erkeklerde ise otojen obsesyon grubuna giren cinsel, dini obsesyonlar ile simetri, düzen kompülsiyonlarının daha sık görüldüğünü bildirilmiştir (22) (23).

OKB, tipik olarak geç ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlamaktadır (21). Ortalama başlangıç yaşı 18-25 yaş arasındadır (1). Erkeklerde başlangıç yaşı biraz daha erken olup 15-23 yaşları arası, kadınlarda ise 21-24 yaşları arasındadır (21). OKB çocukluk çağında da başlayabileceği gibi bu dönemde ortalama başlangıç yaşı 7-12 yaş arasındadır (30). Otojen ve reaktif obsesyonu olan hastalarda ise, Beşiroğlu ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada otojen grupta reaktif ve miks gruba göre hastalığın başlangıç yaşının daha geç olduğu bildirilmiştir (28).

OKB'nin medeni durum ile ilişkisi açısından, yurtdışı çalışmaları yüksek bekar hasta oranları bildirirken ülkemizde yapılan bir çalışmada çalışmaya dahil edilen hastaların 2/3'ünün evli olduğu bildirilmiştir (32). Eğitim durumu açısından, eğitim seviyesinin düşüklüğü ile OKB yaygınlık oranı arasında ilişki bulunmasına karşın ilişki saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır (17) (34). Otojen ve reaktif özellikler açısından ise, Fontenelle ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada iki

grup arasında medeni durum ve eğitim durumu gibi özellikler bakımından anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (33).

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalardan elde edilen verilerde işsizlik, düşük ekonomik gelir OKB ile ilişkilendirilmiştir (33).

Hastalık başlangıcında ise genellikle stresli yaşam olayları rapor edilmektedir. Bu olayların başında özellikle kadınlarda hamilelik ve çocuk sahibi olmak, işten çıkarılma, yeni işe girme veya işte ilerleme ve ciddi fiziksel rahatsızlıklar gelmektedir (23). Ülkemizde yapılan ve otojen ve reaktif özellikler gösteren OKB’de sosyodemografik özelliklerin incelendiği bir çalışmada gruplar arasında hastalık öncesi stresör varlığı açısından anlamlı fark tespit edilememiştir (26).

2.1.4. Etiyoloji:

OKB’nin etiyojisi; genetik, nörokimyasal, nöroanatomik, nöropsikolojik, nöroimmun ve nöroendokrin çalışmaların sonuçları üzerine kurulu nörobiyolojik etkenler ve psikodinamik etkenler, bilişsel ve davranışsal etkenler gibi psikososyal etkenlerle açıklanmaya çalışılmıştır.

Lee ve Kwon tarafından 2003 yılında bilişsel kuram üzerinden tanımlanan otojen ve reaktif özelliklere sahip OKB alt tiplerine ilişkin ise, bu sınıflandırmanın nörobiyolojik etkenlerle ilişkisine yönelik araştırmalar mevcuttur.

2.1.4.1. Biyolojik Etkenler:

Genetik:

Günümüzde OKB etiyojisine araştırmaların önemli bir kısmını genetik araştırmalar oluşturmaktadır. OKB’de genetik geçiş, 1930’lardan bu yana araştırılmakta olan bir konudur (35). OKB genetiği çalışmaları da klasik aile ve ikiz araştırmaları ile başlamış, sonrasında bağlantı ve ilişki analizi gibi temel moleküler genetik çalışmalar ile devam etmiş ve son yıllarda tüm genomun aynı anda incelendiği araştırmalar ve epigenetik çalışmalarla sürmektedir (36) (37).

Aile çalışmalarında genetik geçişi destekleyen sonuçlar daha çok erken başlangıçlı olan ve tik bozukluğu ile birlikte giden OKB olgularında elde edilmektedir (39). OKB tanısı olan çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda; ailede OKB'li birey oranını Leonard ve arkadaşları (40) % 30, ülkemizde yapılan bir çalışmada Vural ve arkadaşları (41) % 11 olarak bildirmiştir. Bu sonuçlar, özellikle çocukluk çağı başlangıçlı OKB olgularında ailesel yüklülüğün olabileceğini göstermektedir. Ailesel yüklülüğün başlangıç yaşından bağımsız olduğu sonucuna varan çalışmalar da mevcuttur (42) (43). OKB hastalarının akrabalarında tik bozuklukları, beden dismorfik bozukluğu, hipokondriyazis, yeme bozuklukları görülme oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (40) (44). Nestdat ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, OKB olgularının birinci derece yakınlarında kontrol grubuna göre yaklaşık 5 kat daha fazla OKB tanısı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, obsesyonların kompulsiyonlara göre daha yüksek ailesel geçiş özelliği gösterdiği de bildirilmiştir (46). OKB'de genetik etkilerin ikiz çalışmaları ile gösterildiği çalışmalar da mevcuttur. İkiz gruplarında yapılan araştırmalarda monozygot ikizlerde OKB için eş hastalanma (konkordans) oranının diziyot ikizlere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (21) (47). Aouizerate ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, monozygot ikizlerin % 67.5'inde, diziyot ikizlerin ise % 31'inde eş hastalanma oranları saptanmıştır (84). Andrews ve arkadaşları OKB için % 26'lık kalıtım oranı saptamıştır (49). Cavallini ve Bellodi ise monozygot ikizlerde bulunan yüksek eş hastalanma oranının OKB'de genetik temel varsayımını desteklediğini ancak teorik olarak monozygot ikizlerde eş hastalanma oranının %100 olması beklendiğini belirtmiştir (51). Öte yandan eş hastalanma oranı belirlemediğini bildiren ikiz çalışmaları da mevcuttur (50).

Hastalıklara yatkınlık oluşturan olası Mendeliyan (monogenetik) mekanizmaların doğasını araştırmak üzere yapılan segregasyon çalışmalarında, OKB etiyolojisinde hem Mendeliyan (monogenetik) hem de poligenetik geçişin olduğu sonucuna varılmıştır (36). Aile ve segregasyon çalışmalarında OKB ile Tourette sendromu arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (53). Tourette sendromu olan hastaların birinci derece akrabalarında OKB görülme oranı % 6-26 olarak bildirilmiştir (54).

Aile ve ikiz çalışmalarında genetik geçişin gösterilmesinin ardından bu geçişten sorumlu olan gen lokusları tespit edilmeye çalışılmıştır (38). OKB olguları ile yapılmış bağlantı (linkage) çalışmalarında özellikle 9p24 üzerinde bir aday bölgenin daha ileri araştırmalarla incelenmesi gerektiği üzerinde durulmuştur (55).

OKB ile ilgili yapılan ilişkilendirme (asosiyasyon) çalışmalarında başta serotonerjik ve dopaminerjik sistem olmak üzere farklı nörotransmitter sistemlerinde görülen genetik farklılıkların OKB ile ilişkisi araştırılmıştır (36). Serotonin taşıyıcı geninde (SERT) gözlenen polimorfizmler ve bu polimorfizmlerin OKB ile ilişkisini ele alan çalışmalarda, SERT 1s genotipini taşıyanlarla OKB arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (84). Serotonin reseptörlerinde gözlenen polimorfizmlerin de OKB ile ilişkisi üzerine çalışmalar yapılmıştır. 5HT1B, 5HT2A ve 5HT2C üzerinde en çok durulan reseptörlerdendir (38). Dopaminerjik sistemle ilgili dopamin taşıyıcısı (DAT) ve dopamin reseptörlerinde (DRD1, DRD2, DRD3 ve DRD4) gözlenen genetik polimorfizmlerin, NMDA reseptörleri ve glutamat taşıyıcılarında gözlenen polimorfizmlerin, nörotransmitterler metabolizmasında rol oynayan genlerden COMT ve MAO-A genlerindeki polimorfizmlerin ve bunlara ek olarak BDNF, GABA, mu opiyat, Apo E ve Olig2 gibi genlerde gözlenen polimorfizmlerin de OKB ile ilişkisi üzerine araştırmalar mevcuttur (38).

Hem çalışma sonuçlarının çelişkili olması hem de OKB gibi karışık ve çoklu nörobiyolojik mekanizmaların rol oynadığı bir hastalık için tek bir polimorfizmine dayanan ilişkilendirme çalışmaları OKB'yi açıklamada yetersiz kalmıştır (58). Bu bağlamda tek bir polimorfizme dayanan çalışmalar yerini tüm genomun incelendiği ilişkilendirme ve bağlantı çalışmalarına bırakmıştır (38). Bu çalışmalarda 1, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 14 ve 15 numaralı kromozomlarda OKB ile bağlantılı bölgeler bulunmuştur (59) (83).

Son yıllarda epigenetik araştırmaların da OKB genetiğini aydınlatmada önemli role sahip olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda hastalığın gelişiminden sorumlu tutulan genleri hedef alan miRNA'ların hastalığın oluşumunda etkisi olduğu düşünülmektedir (61).

Bilindiği kadarıyla literatürde otojen ve reaktif özelliklere sahip OKB hastalarında yapılmış genetik çalışma yoktur.

Nörobiyolojik:

i)Serotonin Hipotezi

OKB’de serotonin hipotezinin kökenleri daha çok farmakolojik tedavi çalışmalarına dayanmaktadır. OKB tedavisinde serotonin gerialımı üzerine etkili olduğu bilinen klomipramin ile serotonerjik gerialım özelliği olmayan ilaçları karşılaştıran çalışmalarda klomipramin etkinliğinin daha fazla olmasından yola çıkılarak OKB etiyojisinde serotonerjik mekanizmaların önemi üzerinde durulmuştur (63) (64). Bunun yanı sıra bir grup çalışmada OKB hastalarının beyin omurilik sıvısında (BOS), serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (2) ve 5-HIAA düzeyi yüksek olanlarda tedaviye yanıtın daha iyi olduğu gösterilmiştir (65). Serotonin reseptörü düzeyindeki çalışmalarda ise, 5-HT1A, 5-HT1D ve 5-HT2C reseptörlerine yüksek afiniteli bir serotonin agonisti olan meta-klorofenilpirazin (m-CCP) ile yapılan serotonerjik zorlama (challenge) çalışmalarında m-CCP ile OKB belirtilerinde artış bildirilmiştir (66). OKB’de serotoninin rolüyle ilgili yapılan diğer bazı araştırmalarda ise serotonin taşıyıcı protein, orbitofrontal kortekste serotonin serotonerjik sistemlerin ve 5-HT1D gibi otoresptörlerin etkilerine odaklanılmıştır (68).

Otojen ve reaktif obsesyonlar bağlamında ele aldığımızda ise, Beşiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan, klomipramin ya da herhangi bir serotonin gerialım inhibitörü (SGİ) kullanan hastalarda otojen obsesyonlara sahip OKB hastalarının tedavi yanıtının reaktif gruptan daha iyi olduğunu gösteren bir çalışma mevcuttur (69).

ii)Dopamin Hipotezi

OKB’de dopaminin rolüne ilişkin kanıtlar yapılan gözlem ve çalışmalara dayanır (70). Sinaptik dopamin seviyelerini ve dopamin taşıyıcısı yoğunluğunu arttırdığı bilinen kokaini kullanan kişilerde obsesyon ve kompulsyonların görüldüğü ve ilerleyen yaşlarda bu kişilerde OKB ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (71). Metilfenidat ve amfetamin kullanımının da OKB belirtilerini tetiklediği ya da

artırdığı gözlenmiştir (97). Dopamin taşıyıcı sisteminin mutasyonla azaltıldığı ve ekstrasellüler dopamin oranının artırıldığı sıçanlarda gözlenen stereotipik davranışlar da OKB’de hiperdopaminerjik bir durumun varlığını desteklemektedir (72). Bir başka çalışmada, D2/3 reseptör agonisti quinpirole maruz bırakılan sıçanlarda OKB hastalarındaki kontrol etme davranışlarına benzer belirtiler ortaya çıkmış ve quinpirolün kesilmesiyle kompulsiyon benzeri bu davranışların geriye döndüğü gösterilmiştir (73). Dopamin reseptör agonisti olan bromokriptin ile hayvanlarda yapılan bir çalışmada stereotipik hareketlerde artışa neden olduğu gösterilmiştir (74). OKB ve dopamin ile ilişkili bir diğer bağlantı da, SGI ile tedavi edilen OKB hastalarında tedaviye dopamin reseptör blokerlerinin eklenmesiyle OKB belirtilerinde azalma gözlenmesidir (63). Yine dopaminin yaygın olarak bulunduğu bazal gangliyon hastalıklarında obsesyon ve kompulsiyonların görülmesi de OKB patofizyolojisinde dopaminin rolünü desteklemektedir (70).

iii)Glutamat Hipotezi

Kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) yolakta glutamaterjik disfonksiyonla OKB ilişkisini ele alan çalışmalar her geçen gün artmaktadır (70). OKB’nin bu beyin bölgesindeki hiperglutamaterjik bir durumla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (64). OKB hastalarının çeşitli beyin bölgelerinde, manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) ile anormal glutamat ve glutamin ölçümleri bildirilmiştir (75). OKB hastalarında, KSTK döngünün artmış metabolizmasını, striatumundaki glutamat ve glutamin artışı destekler. OKB hastalarında aşırı glutamaterjik etkinlik olduğuna dair başka bir kanıt ise, BOS glutamat düzeylerinin artmış olmasıdır (76). Genetik çalışmalarda da glutamaterjik nörotransmisyonla bağlantılı genler OKB genetik ilişkilendirme çalışmaları için aday genler olarak değerlendirilmektedir (70). N-Metil-D-Aspartat (NMDA) reseptör 2B alt birimi kodlayan GRIN 2B (77), iyonotropik glutamat reseptör ailesi altbirimlerinde kainat reseptörlerinin 2 ve 3 alt birimlerini kodlayan GRIK-2 ve GRIK-3 (78), nöronal glutamat taşıyıcı eksitatuvar amino asit taşıyıcı 1 (EAAC1/EAAT3)’i kodlayan SLC1A1 (79) genlerinin polimorfizmleri ile OKB arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

Santral sinir sisteminin ana inhibitör maddesi olan Gama amino butirik asit (GABA) ise OKB de çok az çalışılmış nörotransmitterlerdendir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında anterior singulat korteks (ACC) dahil olmak üzere prefrontal kortekste GABA seviyelerinde düşme saptanmıştır (85).

Nöroanatomik:

OKB'nin nöroanatomik etiolojisine dair bulgular ilk kez 20. yüzyılın ilk çeyreğinde Von Economo'nun postensefalit parkinsonizmlili vakalarda bazal gangliyon ile OKB arasındaki ilişkiyi tanımlamasıyla elde edilmeye başlanmıştır (86). OKB ile ilgili yapısal ve fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarının, orbitofrontal-kortikostriatal devreler ve özellikle singulat girus, temporal amigdala gibi limbik bağlantılar üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir (87). Yapısal çalışmaların çoğunda orbito-frontal korteks (OFK), medial frontal girus ve ACC'de gri ve beyaz madde volümünde azalma; ventral putamen volümünde ise artma olduğu gösterilmiştir (88). Garber ve arkadaşları, yetişkin OKB hastaları ile sağlıklı kontrolleri MRG ile karşılaştırdıkları çalışmalarında frontal korteks, singulat girus ve lentiküler nükleusta anormallikler bildirmiştir (89).

Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları da benzer bölgelere odaklanmış ve bulguların çoğunda orbitofrontal-kortikostriatal devrenin metabolik aktivitesinde artış saptanmıştır (88) (90). Bilateral kaudat nükleus hiperaktivasyonunun da OKB etiolojisinde yer aldığı bildirilmiştir (91) (92). Bir fonksiyonel MRG çalışmasında, sağlıklı kontrollerle karşılaştırılan OKB hastalarında artmış ACC aktivasyonu ve bu artışında OKB şiddetiyle korele olduğu bildirilmiştir (93). Watkins ve arkadaşları tarafından yapılan ve OKB hastaları ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmasında da, hasta grupta frontal bölgeler (OFK ve dorsolateral korteks), singulat girus, insula ve parietal girus glukoz metabolizmasında ve aktivasyonunda artış saptanmıştır (94).

Otojen ve reaktif obsesyona sahip OKB hastaları ile yapılmış sınırlı sayıda nörogörüntüleme çalışmasında otojen obsesyonların limbik patolojilerle daha fazla ilişkili olduğu ve bu patolojilerin SGI tedavisi ile geri dönme eğiliminde olduğu bildirilmiştir (80) (81).

Nöropsikolojik:

Orbitofrontal korteks, anterior singulat girus, bazal gangliyon ve talamus bölgelerinde yapısal ve fonksiyonel anormalliklerin olduğu gösterilen OKB hastalarında, bu beyin bölgelerini gösteren nörobilişsel testlerde hastaların düşük performans sergileyebilecekleri hipotezi kurulmuştur (96). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda, OKB’de dikkat kaydırma, bellek, yanıt inhibisyonu, dikkati işleme ve görsel-mekansal işlevler gibi alanlarda eksiklikler olduğu gösterilmiştir.

Otojen ve reaktif özelliklere sahip OKB hastalarının nörobilişsel işlevleri açısından değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma mevcuttur (98) (99).

Nöroimmünolojik:

Streptokok enfeksiyonları ile çocuk çağı başlangıçlı OKB arasındaki olası bağlantılar OKB gelişiminde nöroimmunolojinin de etkisinin olabileceğini düşündürmektedir (100). Swedo ve arkadaşları 1998 yılında, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonunu takiben duygusal dalgalanma, ayrılma anksiyetesi, dikkat bozuklukları ve obsesif kompulsif (OK) belirtilerle seyreden otoimmün bir hastalık olarak PANDAS (Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pedyatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık)’ı tanımlamış ve OKB’li çocukların bazılarında bu enfeksiyonun etiyolojik faktör olabileceğini öne sürmüşlerdir (102). Bu hastalıkta, antikor aracılığı ile olan inflamasyon bazal gangliyonlar, kaudat nukleus, putamen ve globus pallidusta hacim artışına yol açmaktadır (102).

Nöropsikiyatrik bir sendrom olan Sydenham Koresi’nde de, önde giden ve sık görülen psikiyatrik tablonun OK belirtiler olması, bu belirtilerin antibakteriyel ve steroid tedavisi ile düzelme göstermesi de OKB ve immünoloji arasındaki bağlantıyı desteklemektedir (103).

Nöroendokrinolojik:

Çoğu araştırma, hormonal bozukluğun OKB'ye ikincil olduğu yönüne odaklansa da olgu sunumları ve anekdotal deneyimler, hormonal bozuklukla OKB arasında etiyolojik bir ilişki olabileceğine işaret etmektedir (104). OKB belirtileri sıklıkla ergenlik döneminde başlamakta ve bazı kadın hastalarda menstrüel dönemde şiddetlenmektedir (104). Postmenopozal dönemde hastalığa daha sık rastlanılması ve antiandrojen tedaviye olumlu yanıt alınması da bu ilişkiye işaret eden diğer bulgular olarak sayılabilir. (21) (105). Östrojen ve progesteronun serotonerjik nörosalınım üzerine etkisi olduğu bilinmektedir (106). Bu bağlamda, OKB hastalarında doğumun hastalık belirtilerini tetikleyici etken olarak etiyolojideki yerini araştıran çalışmalar mevcuttur. Doğum sonrası akut hastalık başlangıcından gonadal steroid hormonların dramatik olarak azalması ve buna bağlı ortaya çıkan serotonerjik disfonksiyon sorumlu tutulmaktadır (107). Mc Dougle ve arkadaşları da gebeliğin sonlanmasından hemen sonra ya da puerperium döneminde hızla yüksek düzeylere çıkan oksitosinin, OKB'nin başlamasına veya alevlenmesine yol açabileceğine dikkat çekmiştir (107). Bu görüş gebe olmayan OKB hastalarının patogenezinde de oksitosinin rol oynayabileceğini düşündürmüştür (108). Leckman ve arkadaşları tedavi edilmemiş OKB hastalarında, hastalık şiddeti ile BOS oksitosin düzeyleri arasında korelasyon olduğunu göstermiştir (109). Ayrıca gonadotropin salgılatıcı hormon ve prolaktin gibi diğer reproduktif hormon değişikliklerinin de OKB etyopatogenezinde rol oynadığı öne sürülmüştür (108).

2.1.4.2. Psikososyal Etkenler:

Psikodinamik:

Son yıllarda nörobiyolojik çalışmaların ağırlık kazanmasıyla OKB için önerilen psikoanalitik kuramın geçerli olmadığına dair görüşler artmaktadır (1). Psikoanalitik tedavinin OKB'deki başarısızlığı kanıtlanmış olsa da psikoanalitik kuramın OKB için getirdiği özgün açıklama ve düzeneklerin tümünden geçersiz olduğunu söylemek kolay değildir (1).

Freud, 1909 yılında hastalıkların psikoanalitik tedavi yöntemlerini tanımlamış ve obsesif kompulsif bozukluğu, nevrozların prototipi ve psikanalizin en ilgi çekici

ve verimli alanlarından biri olarak görmüştür. Freud, obsesyonel nevrozda anal döneme sapanma ve gerileme görülmesi, yer değiştirme, yalıtma, yapma-bozma gibi kendine özgü savunma mekanizmalarının ve ego ile süperego arasındaki sadomazoşistik ilişki gibi gözlemlerini bir araya getirerek bu nevrozun özgün bir bozukluk olduğundan bahsetmiştir (110). Psikanalitik kuram, saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullanılan ve anal döneme özgü 3 temel savunma mekanizması tanımlamaktadır. Bunlar; yalıtma (izolasyon), yapma-bozma (doing-undoing) ve karşıt tepki kurma (reaksiyon formasyon)'dır (111). OK belirtilerin şeklini ve niteliğini belirleyen de bu savunma mekanizmaları olduğu kabul edilmiştir. Yalıtma tam olarak gerçekleştiğinde dürtünün duygusal bileşeni, düşünsel içeriğinden ayrılarak bilinç dışına itilmektedir. Yapma-bozma mekanizmasıyla dürtünün denetimi ve anksiyetenin yatıştırılması amaçlanır. Bu mekanizmayla, eylem bir ikincisiyle iptal edilerek sanki hiç yapılmamış gibi kabul edilmesini sağlayan kompulsif eylemlerin ortaya çıktığı kabul görmüştür. Karşıt tepki oluşturma mekanizmasını kullanan kişi, dürtüsel bir tehlikenin tehdidi karşısında bu tehlike sürekli varmışçasına kişilik yapısını değiştirerek her an tehlikeye hazırlıklı olunan bir tutumu benimser, böylelikle bu kişiler, bilinç düzeyinde altta yatan dürtünün tam tersi bir tutum içindedir (6) (8).

Anna Freud, karşıt tepki oluşturma benzeri özgül savunmaların OKB'yi tekrarlayıcı davranışlar görülen diğer bozukluklardan ayırdığını savunmuştur. Anna Freud, ayrıca nesne ilişkilerindeki başarısızlık ile anal özelliklerin artışı arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüştür (112). Klein ise, obsesyonları içsel iyi nesnenin tahribi arzusunun karşı kullanılan savunmalar olarak görmüştür. Çocuk sevdiği nesneyi tahrip ettiğinden korkmakta ve onu geri dönüşümsüz onarımı mümkün olmayan şekilde tahrip etmemek için kontrol etmektedir (113). Mallinger ve Salzman, obsesiflerin yaşamlarının her alanında kontrol ihtiyacının hakim olduğunu vurgulamışlardır (114) (115). Leib, OKB hastalarının analizinde anne-çocuk ilişkisinin incelenmesinin çok önemli olduğunu ve bu hastaların çoğunda despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin hastalığın gelişiminde rol oynadığını vurgulamıştır (116).

Bilişsel ve Davranışsal:

Davranışçı model, OKB'nin oluşumu ve devamını açıklamak için, Mowrer'in fobik korkunun oluşumunu açıklayan “iki basamaklı öğrenme kuramı”nı kullanılmıştır (101). Bu kurama göre, temelde korkutucu olmayan ve herkesin aklına gelebilecek düşünceler klasik koşullanma yoluyla anksiyete, suçluluk, tikslenme gibi duygularla bağlantılandırılır. Edimsel koşullanma yoluyla da, bu düşüncelerle duygular arasındaki bağlantı artarak pekiştirilir. Öğrenme ilkelerine göre obsesyonlar koşullanmış uyarılardır ve anksiyete oluştururlar. Bu anksiyeteyi azaltmak için kaçma, kaçınma ve tekrarlama gibi stratejiler kullanılır ve anksiyete azaltılır. Böylece kırılması zor bir kısır döngü oluşur. Kişinin kullandığı stratejiler yaşam alanını daraltır ve işlevselliğini bozar (117) (118).

OKB'nin etiyolojisi incelendiğinde; bilişsel etkenler OKB'nin anlaşılmasında uzun süredir yaygın olarak kullanılmaktadır (119). Bilişsel kurama göre obsesyonların temelini, istenmeyen ve sıkıntı yaratan düşünce, dürtü ve imgelerin katastrofik yorumlanması oluşturmaktadır (87). Söz konusu yanlış yorumlamaların neden olduğu anksiyete ise düşünsel ya da davranışsal ritüeller, ruminasyonlar ya da kaçınmalarla azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu azalma kısa süreli olup, hastanın bir süre sonra anksiyetesi tekrar yükselmektedir (87). OKB'nin etiyolojisini açıklamaya yönelik tanımlanan çeşitli bilişsel modeller vardır:

i) Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli

“Abartılı sorumluluk algısı” modeli, OKB belirtilerini açıklamak için Salkovskis tarafından ileri sürülmüştür (101). Bu modele göre, normal popülasyonda da kişilerin zihninden OKB hastalarında görülen, benzer içerikli girici düşünce, dürtü ya da imgeler geçmektedir. OKB'de hastaların sıkıntı yaşamasına neden olan bu girici düşüncelerin kendisi değil, bu düşünceler hakkında yaptıkları değerlendirmelerdir. OKB hastaları, sıkıntı verici bu düşünceler üzerinde kişisel sorumlulukları olduğu yönünde hatalı değerlendirmelere sahip olduklarından bu abartılmış sorumluk duygusunu ortadan kaldırmak ya da yansızlaştırmak adına işlevsel olmayan çabalar gösterir (101).

Girici düşünce ile obsesyon arasındaki fark oluşumu, içeriği ya da kontrol edilemezliği değil; girici düşüncenin değerlendirilme ya da yorumlanma farklılığıdır (101). Girici düşünceler ilk ortaya çıktığında duygusal olarak yansızdır. Bunlara, kişinin daha önceki yaşantı ya da düşüncelerine paralel olarak olumlu, olumsuz ya da yansız duygusal bir anlam yüklenir. Herhangi bir girici düşünce, birey tarafından yüksek kişisel sorumluluk ve anlam taşıdığı biçiminde yorumlanırsa, obsesyona dönüşme potansiyeli olur (6). Bu modele göre obsesyonun gelişiminde sorumluluğun değerlendirilmesi ve yansızlaştırma etkinlikleri olmak üzere iki kritik aşama vardır. Modelin temelini girici bir düşünceye yüklenen anlam oluşturur. Girici düşünce, dürtü ya da imge bireyin kişisel sorumluluğunu artırdığı şeklinde yanlış yorumlandığında anksiyeteye yol açar. Bu bağlamda, sorumluluktan kaçma ya da kaçınmaya yönelik çabalar olan yansızlaştırma yanıtları ortaya çıkar. OKB'nin gelişiminde, yansızlaştırma yanıtlarının ortaya çıkması önemli bir etkidir. Yansızlaştırma yanıtları, algılanan sorumluluğu azaltmak amacıyla istemli olarak başlatılan etkinliklerdir ve kendini kompulsif davranışlar ya da düşünce ritüelleri olarak ortaya koyar (101). Yansızlaştırma yanıtlarının pekiştirilmesiyle kişi yansızlaştırma yanıtının, sorumluluklarını yerine getirmesine yardımcı olarak, sıkıntısında azalmaya yol açtığı şeklindeki algısı nedeniyle bunları sürdürmeye devam eder (101). Girici düşünceleri baskılamak için ortaya konan ve başarısızlıkla sonuçlanacak olan çaba ise, obsesyonlarla ilişkili sıkıntının artmasına neden olur. Böylece artmış sorumluluk ve bu sorumluluğun obsesyonların sıkı biçimde kontrol edilmeye çalışılarak sürdürülmesinin OKB'ye neden olduğu düşünülmektedir (6) (101).

Bu konuda yapılan çalışmalar da, abartılı sorumluluk algısı ile OK belirtiler arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Foa ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, OKB hastalarının kontrol grubuna durumların olumsuz sonuçlarına yönelik daha fazla sorumluluk hissettikleri ve önleyemedikleri olumsuz sonuçlar nedeniyle daha çok rahatsızlık duydukları gösterilmiştir. Aynı çalışmada, OKB grubu için algılanan sorumluluk düzeyi ile OK belirtilerin şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (121). Salkovskis ve arkadaşlarının (2000) daha sonraki bir çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş, OK ile sorumluluk bilişlerinin birbirleriyle ilişkili oldukları görülmüştür (101).

ii)Anlamanın Yanlış Yorumlanması Modeli

OKB'yi açıklamak için ortaya konan bir diğer model de Rachman'ın "anlamanın yanlış yorumlanması" modelidir (122). Bu modelde, hastalar cinsellik, saldırganlık, kutsal değerlere hakaret gibi rahatsız edici içeriklere sahip girici düşünce, dürtü ve imgelerin anlamını hatalı yorumlayarak; kendi ahlak sistemleri içerisinde, bu düşüncelerden ötürü kendilerini günahkar, ahlaksız, tehlikeli olarak görür (122). Girici düşünceler üzerine yapılan bu felaketleştirici ve hatalı yorumlamalar da, OKB belirtilerinin şiddetlenmesine neden olur. Obsesyonlar anlamanın yanlış yorumlaması sürdükçe devam eder (6). Rachman, yanlış yorumlamaya katkıda bulunduğunu ifade ettiği ve hastanın düşüncesinin korkulan olayın olabilirliğini artırdığını hissetmesi şeklinde tanımladığı "düşünce-eylem kaynaşması" kavramından da bahsetmiştir (122). Düşünce-eylem kaynaşmasına eğilimi olan kişiler, girici düşüncelere yanıt olarak, olayların kişisel anlamını yanlış yorumlayarak aşırı sorumlulukları olduğu biçiminde yanlış bir değerlendirme yapar (122). Rachman, abartılı sorumluluğun, girici düşünceler için, anlamanın felaketleştirilerek yanlış yorumlanmasına katkıda bulunduğunu belirtmiştir. Öte yandan, abartılı sorumluluğun, düşünce-eylem kaynaşmasının hem bir nedeni hem de bir sonucu olabileceği de öne sürmüştür (122).

iii)Bilişsel Kontrol Modeli

Obsesif kompulsif bozukluğun belirtilerini açıklayan bir başka model de Clark tarafından öne sürülen "bilişsel kontrol" modelidir. Düşüncelerin kontrolü temelinde şekillenen bu modele göre, bilinç düzeyinde girici düşünce, imge ya da dürtülerinin ortadan kaldırılması gerektiğine inanan hastanın, düşüncelerini kontrol etmeye yönelik işlevsel olmayan bu çabası, bu istenilmeyen düşünce, imge ya da dürtülerin daha yoğun yaşanmasına neden olmaktadır (123).

iv)İşlevsel Olmayan İnanç Alanları

OKB etiyolojisini açıklamaya yönelik yukarıda bahsedilen bilişsel modeller temel alınarak geliştirilen, altı inanç alanı ortaya konmuştur. Bunlar, abartılmış sorumluluk, düşünceye aşırı önem verme, düşüncelerin kontrolü, tehlikeyi büyük görme, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçiliktir. Abartılmış sorumluluk kişinin, olumsuz olasılıkları engellemeye gücü olduğuna inanması olarak açıklanabilir (123). Bir düşüncenin varlığına aşırı önem atfedilmesi de düşünceye aşırı önem verilmesi olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, “ahlak dışı bir şey düşünmek bunu yapmakla aynı şeydir”, “ahlak dışı bir şey düşünüyorsam olsun istiyorum demektir”, “eğer doğruluk olmasa o düşünce aklıma gelmezdi” gibi düşünce içerikleri, düşünceye aşırı önem verme kategorisinde yer almaktadır (123). Düşüncelerin kontrolü; girici düşünce, imge ve dürtüleri kontrol etmeye aşırı değer verilmesi, bunları kontrol etmenin gerekliliğine olan inanç olarak açıklanabilir. Tehlikeyi büyük görme, zararın olasılığının ya da ciddiyetinin abartılması olarak tanımlanmaktadır (123). Tahmin edilemeyen değişimlerle baş edebilme becerisi yoksunluğu, kesinlik gereksinimi, belirsiz durumlarda işlev görme zorluğu belirsizliğe tahammülsüzlük olarak tanımlanmaktadır. Mükemmeliyetçilik bir şeyi mükemmel yapmanın hem mümkün hem de gerekli olduğu, en küçük hatanın bile ciddi sonuçlara yol açacağı inancı olarak açıklanmaktadır (123).

Bilişsel teori bağlamında Lee ve Kwon tarafından tanımlanan otojen ve reaktif obsesyonlar açısından ele alındığında; otojen obsesyonların daha çok suçluluk duygularına yol açtığı, reaktif obsesyonlara göre düşüncenin kendisinin oldukça tehlikeli olarak algılandığı ve bu düşünceleri kontrol etme ihtiyacının daha çok olduğu; buna karşılık reaktif obsesyonların daha çok kaygı ortaya çıkardığı ve daha çok sorumluluk hissiyle tehlikeyi önlemek adına açık ritüeller sergilemeye neden olduğu bildirilmiştir (142).

2.1.5. Klinik Özellikler:

OKB’de hastalar, genellikle temiz giyimli ve resmi bir tavır içindedir. Kullandıkları cümleler genellikle uzun ve ayrıntılı olup, sıklıkla deyimler, resmi terimler ya da kalıplaşmış ifadeleri içermektedir. Düşüncelerindeki ambivalans belirgin olarak izlenebilir ve kararsızlık içerisinde oldukları hissedilir. Uğur kavramı

gibi büyüsel düşünce içeriklerine bu hastalarda sık rastlanmaktadır (125). OKB semptom olarak oldukça zengindir ve semptomlardaki bu çeşitlilik, bozukluğun heterojen olduğunu düşündürür (2). Obsesyon ve kompulsiyonlar sıklıkla bir arada bulunmaktadır. Hastaların yaklaşık % 90'ı hem obsesyon hem de kompulsiyonlardan yakınırken, % 28'i sadece obsesyonlardan, % 20'si ise sadece kompulsiyonlardan yakınmaktadır (128).

OKB kliniğinde 3 önemli öge vardır. Bunlardan ilki; kişide tekrarlayıcı ve girici nitelikte düşünce, dürtü ve imgelerin bulunmasıdır (obsesyon). Obsesyonlar; girici (intruziv), uygunsuz, ısrarlıdır ve belirgin anksiyeteye yol açar. İkinci olarak bu düşünce ve eylemlerin bilişsel ve davranışsal olarak kontrol edilme çabası mevcuttur (kompulsiyon). Kompulsiyonlar; anksiyete ve gerginliğin azaltılmasına yönelik olup, bunlardan haz alma yoktur. Kişi kompulsiyonlarla bazen ustalıkla baş edebilirken, bazen de bunları engellemeye çalışmaksızın teslimiyet gösterir (129). Üçüncü olarak kişi obsesyonların kendisinden kaynaklandığını, içsel olduğunu bilir fakat belirtilerden rahatsızlık duyar yani belirtiler egodistoniktir (112).

Başlıca obsesyon tipleri;

1) Kirlenme/bulaşma obsesyonları: Kişinin kirli olduğunu düşündüğü yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni gibi şeylerin temasla ya da temasa olmadan bulaşabileceği endişesi vardır. Çeşitli çalışmalarda en sık karşılaşılan obsesyon bulaşma obsesyonu olup hastaların yaklaşık %45-55'inde görülmektedir. Kaçınma sık görülür. Eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınırlar (126).

2) Kuşku obsesyonları: Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumudur. Ütüyü prizden çekip çekmediğinden, kapıyı kilitleyip kilitlemediğinden emin olamaz. Genellikle ardından kontrol etme kompulsiyonları görülür. Kirlenme/bulaş obsesyonlarından sonra en sık karşılaşılan obsesyonlardır (24).

3) Simetri/düzen obsesyonları: Nesnelerin ve olayların belli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla ilişkili obsesyonlardır. Bu hastaların ya obsesif yavaşlığı ya da büyüsel düşünceleri ön plandır (2).

4) Saldırganlık obsesyonları: Saldırganlık obsesyonları kendine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, zarar verme düşünceleri şeklinde görülür. Kişiler bıçak, makas gibi sivri nesnelerle zarar verebileceklerini düşündükleri için, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan kaçınabilir. Bazı hastalar ise daha çok kendilerine zarar vermekten korkar, bu kişilerde sıklıkla arabaların önüne atlama, kendini yüksekten atma şeklinde düşünceler görülür. Saldırganlık obsesyonlarının yaygınlık oranı %10-20 arasındadır (126).

5) Cinsel obsesyonlar: İçeriği kişi için sıklıkla utanç verici ve kabul edilemez nitelikteki cinsel öğelerdir. Kişi çocuklarıyla, ebeveyniyle ya da kendi cinsi ile cinsel ilişkiye girdiği düşünce ya da imgelerine sahip olabilir. Bu obsesyonlara çoğunlukla anlatma ve sorma kompulsiyonları eşlik eder (2). Hastaların yaklaşık % 13-26'sında görülmektedir (126).

6) Dini obsesyonlar: Dini ve ahlaki değerlere küfür etme, karşı gelme ve doğru/yanlış kavramları ile aşırı ilgilenmeyle ilgilidir (126). Dini obsesyonların sıklığı kültürel olarak değişebilir. Batı ve Asya ülkelerinde % 4-10 arasında bildirilirken (130) dindarlığın daha yaygın olduğu Arap ve Yahudi toplumlarında % 40-60 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir (131). Türk toplumunda ise sıklığı %11-42 arasında değişmektedir (126).

7) Somatik obsesyonlar: Kanser, AIDS, kuduz gibi hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanma ile ilgilidir. Böyle durumlarda kişi sürekli olarak bu hastalıklara yakalanma korkusu içindedir ve korunmak için çeşitli önlemler alır. Somatik obsesyonlar en sık kontrol etme ve güvence arama ritüelleriyle birlikte görülür (2).

Başlıca kompulsiyon tipleri;

1) Temizleme kompulsiyonları: Kişi kendini, eşyalarını ya da çevresini kirli ve pis hissetmesinin üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Yineleyen tarzda el yıkama, banyo yapma, sürekli evi ve eşyaları temizleme, saatlerce bulaşıkları ve çamaşır yıkama şeklindedir (2). Görülme sıklığı %45-52 arasında değişmektedir (24).

2) Kontrol etme kompulsiyonları: Sıklıkla güvenliği sağlamakla ilişkili olarak ortaya çıkar. Hava gazı musluğunun kapalı olup olmadığı ya da ütünün prizde unutulup unutulmadığının defalarca kontrol edilebilmesi şeklindedir (2). OKB hastalarında görülme oranı % 28-45 arasında değişmektedir (24).

3) Sıralama veya simetri kompulsiyonları: Bir sıra veya simetri sağlamak üzere eşyaları belli bir düzen içinde tutmaya çalışma tarzında görülür (2). OKB hastalarında sıralama kompulsiyonlarının görülme oranı % 5.9 iken simetri kompulsiyonlarının görülme oranı % 13.5 olarak bulunmuştur (132).

4) Tekrarlama kompulsiyonları: Bir takım davranışların belli bir tarzda ve sayıda yinelandığı kompulsiyonlar olarak ortaya çıkar (2).

5) Sayma kompulsiyonları: Otomobil plakalarını, apartman katlarını ya da belli bir sayıya kadar sayma tarzında görülür (2).

6) Biriktirme/toplama kompulsiyonları: Bir şeyi gereksinim duyulmadığı halde satın alma, sahip olunan hiçbir şeyi atamama tarzında ortaya çıkar (2).

2.1.6. Alt Tiplerin Belirlenmesi:

OKB’de homojen alt grupların belirlenmesi bu hastalardaki patofizyolojik mekanizmaları aydınlatmak, prognozun belirlenmesine yardımcı olmak, tedaviye yanıt farklılıklarını anlayabilmek ve yeni tedavi yöntemleri geliştirmek açısından önemlidir (103).

OKB’de alt tiplendirme çalışmaları başlangıç yaşı (133) (134), cinsiyet (135), aile hikayesi (136), belirti içeriği (137) (138), içgörü düzeyi (139), tedaviye yanıt (140) ve eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıklar (141) gibi özelliklere dayanmaktadır. Alt tiplere ayırma çalışmaları arasında sıklıkla kullanılan uygulamalardan biri belirti yapısına dayanan ayırımdır. OKB, obsesyon ve kompulsiyonların içeriği açısından çok zengin bir dağılıma sahiptir. Belirti yapısı ile ilgili alt tiplendirme çalışmaları başlangıçta yalnızca kompulsiyonlara dayanarak yapılmıştır (142). Daha sonra genellikle faktör analizlerine dayanan çalışmalarda ilişkili belirtilerin kümелendiği 3 ile 5 arasında benzer faktör yapısı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalarda 1) simetri obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları, 2) biriktirme obsesyon ve kompulsiyonları, 3) kirlenme obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları 4) saldırganlık obsesyonları ve kontrol etme kompulsiyonları ve 5) cinsel/dini obsesyonlar ve ilişkili obsesyonlar OKB’nin olası fenomenolojik alt grupları olarak tanımlanmıştır (142).

Lee ve Kwon ise, 2003 yılında bilişsel teori bağlamında obsesyonların otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılabilceğini önermiştir (12).

Otojen ve Reaktif Obsesyonlar:

Lee ve Kwon bilişsel teori bağlamında obsesyonların otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılabilceğini önermiştir. Otojen obsesyonlar daha tekrarlayıcı, daha fazla rahatsız edici, kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyan obsesyonlardır. Saldırganlık, dini ve cinsel temalı obsesyonlar bu gruba girmektedir. Reaktif obsesyonlar ise daha fazla bir dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, diğerlerine oranla daha az rahatsızlık uyandıran obsesyonlardır. Kirlenme/bulaşma, kuşku, simetri/düzen, biriktirme obsesyonları bu grupta yer alır (12).

Lee ve arkadaşları, otojen ve reaktif obsesyon alt grupları arasındaki bilişsel değerlendirme ve kontrol stratejileri arasındaki farkları klinik örneklerle desteklemek amacıyla hastaların birincil obsesyonlarına karşılık verdikleri duygusal tepkiler, bilişsel değerlendirme ve kontrol stratejilerini otojen ve reaktif alt tipler arasında karşılaştırılmıştır (124). Çalışmaya göre, otojen obsesyonların daha çok suçluluk duygularına yol açtığı ve reaktif obsesyonlara göre düşüncenin kendisinin oldukça tehlikeli algılandığı, otojen obsesyonu olan katılımcıların bu obsesif düşünceleri yok etmeye (bastırma) daha çok önem verdikleri, daha çok düşünce kontrol stratejilerini kullandıkları ve öncelikli olarak dikkati düşüncelerden uzaklaştırmaya hedeflendikleri ileri sürülmüştür (124). Bu nedenle otojen obsesyonlara dışarıdan fark edilmesi zor olan zihinsel ritüeller ya da kaçınma davranışları eşlik etmektedir. Buna karşılık birincil reaktif obsesyonu olan hastalarda obsesyonun daha çok endişeye yol açtığı, daha çok bu obsesif düşüncelerin gerçekleşmesiyle ilişkili endişeler bulunduğu, bu kişilerin de bu olası tehlikeyi önlemek adına daha çok sorumluluk hissi taşıdığı ve bu yüzden de açık ritüellere sahip olduğu ileri sürülmüştür. Bu açık ritüeller düşüncelerle ilgili durumu düzeltmek ya da düşüncenin gerçekliğini kontrole yönelik yapılmaktadır (124). Abartılmış

sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik gibi işlevsel olmayan inançların daha çok reaktif obsesyonlarla, düşünceye aşırı önem vermenin ise daha çok otojen obsesyonlarla ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (145).

Bilişsel modele dayanan bu alt tiplendirmenin klinik ve nörobiyolojik özelliklerini tanımlamaya yönelik çalışmalar da yapılmıştır. Beşiroğlu ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada otojen ve reaktif obsesyonu olan hastalarda cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı, eştanı farklılıklarını değerlendirmiş; sonuç olarak otojen grupta reaktif ve miks gruba göre erkek hasta sayısının daha fazla, otojen grupta hastalık başlangıç yaşının daha geç, eştanı olarak dissosyatif bozukluk görülme durumunun otojen grupta daha az sıklıkta olduğunu rapor etmişlerdir. İki grup klinik görünüm açısından değerlendirildiğinde ise; otojen grupta temizleme kompulsiyonu, reaktif grupta ise zihinsel kompulsiyon daha az bulunmuş; otojen grupta en yaygın kompulsiyon zihinsel kompulsiyon (% 46.9) iken reaktif grupta temizleme (% 75.3), kontrol etme (% 44.2) olarak bulunmuştur (28). Sınıflandırmanın kişilik özellikleri ile ilişkisine yönelik yapılan çalışmalarda ise, reaktif obsesyonların mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ile (124), otojen obsesyonların ise büyüsel düşünce ve olağan olmayan algılar gibi şizotipal kişilik özellikleri ile çok güçlü bir ilişki içinde olduğu öne sürülmüştür (143). Sonuç olarak, bu sınıflandırma ile obsesyonların gelişimi ve sürdürülmesinde bilişsel açıdan farklılıkların yanı sıra semptom profilleri ve kişilik özellikleri arasında da farklılıklar olduğu gösterilmiştir (124).

Alt tiplendirmeye ilişkin sınırlı sayıda nörobiyolojik çalışma mevcuttur. Otojen ve reaktif obsesyona sahip hastalarda motor yanıtın değerlendirildiği bir çalışmada, otojen obsesyonlu hastalarda reaktif ve kontrol grubundakilere göre yanıt inhibisyonunda bozulma olduğu bildirilmiştir (99). Beşiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, katılımcılar 16 haftalık fluoksetin tedavisi öncesi ve sonrası tekli voksel MRS ile değerlendirilmiş ve otojen obsesyona sahip OKB hastalarında mesiotemporal lobda enerji metabolizmasında bozulma olduğu, tedavi sonrası ise bu bozulmanın geri dönem eğiliminde olduğu bildirilmiştir (80). Başka bir nörogörüntüleme çalışmasında da, reaktif obsesyona sahip hastaların otojen gruba göre sağ Rolandik operkulumda artmış gri cevher hacmi gösterdiği, kontrollerle karşılaştırıldığında da daha büyük bir kaudal putamene sahip oldukları gösterilmiştir.

Otojen obsesyona sahip hastaların ise, daha küçük bir sol ön temporal loba sahip oldukları gösterilmiştir (81).

Araştırmacılar önerilen bu sınıflandırmanın psikoterapi ve farmakoterapiye yanıtı öngörmede kullanışlı olabileceğini ileri sürmektedir. Bu sınıflandırma, obsesyonlara karşı açık kompulsiyonu olmayan obsesif ruminasyonlarla giden hastalarda alıştırma ve tepki engelleme gibi davranışçı tekniklerin niçin başarılı olmadığını açıklamada yardımcı olabilir. Etkinliği temizleme ve kontrol etme gibi açık kompulsiyonu olan OKB tiplerinde gösterilmiş olan alıştırma ve tepki engelleme tekniklerinin; reaktif obsesyona sahip OKB hastalarında daha çok yarar sağlayacağı, alıştırma tekniği için hedef tehditlerin ve tepki engelleme tekniği için engellenecek hedef davranışların belirlenmesinin güçlüğü otojen obsesyonları olan hastalarda ise tedavi yanıtının daha kötü olacağı varsayılmaktadır. Otojen obsesyonları olan hastalarda olağan olmayan düşünce ve algıları hedef alan bilişsel yaklaşımların daha etkili olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda yapılan çalışmalarda, otojen obsesyonlar için bilişsel müdahale teknikleri daha etkili bulunurken, reaktif obsesyonların alıştırma ve tepki engelleme gibi davranışçı tekniklere daha iyi yanıt verdiği gösterilmiştir (12) (145). Belloch ve arkadaşlarının otojen ve reaktif obsesyona sahip OKB hastalarının bilişsel terapi sonrası ve 1 yıllık izlemleri sonrası yaptıkları değerlendirme çalışmasında, bilişsel terapi ile otojen obsesyonlara sahip hastalarda hem tedavi sonrası hem de 1 yıl sonrasında daha iyi sonuçlar alındığı bildirilmiştir (146). Farmakoterapiye yanıtı yordama adına otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hastalarla yapılan çalışmalar da mevcuttur. Hastalık başlangıç yaşı, kişilik özellikleri, içgörü durumu, hastalık şiddeti gibi klinik özelliklerin yanı sıra belirti içeriğinin tedavi yanıtını yordaması temeline dayanan bu çalışmaların birinde Beşiroğlu ve arkadaşları, 12 haftalık SGİ tedavisine yanıtı Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) ile değerlendirmiş ve her iki grupta da ölçek puanlarında anlamlı azalma saptamışlardır; ek olarak otojen grupta obsesyon şiddeti açısından bu azalmanın daha anlamlı olduğunu göstermişlerdir (142). Ortalama 36 ay süren bir doğal izlem çalışmasında da, otojen obsesyonların daha fazla remisyona girme eğiliminde oldukları gösterilmiştir (69).

Özetle; obsesyonları otojen ve reaktif gibi bilişsel gelişim dizgelerini temel alarak ayırmanın teorik bir kategorilendirme olarak kalmadığı, bu ayırımın tedavi

uygulamaları açısından fark yarattığı ve nörobiyolojik temellerinin de olabileceği ileri sürülmektedir (80) (81).

2.1.7. Tanı:

OKB, yapılandırılmış sınıflandırma sistemlerine ilk kez 1980’de yayınlanan DSM-III ile girmiştir. DSM-III-R ve DSM-IV’de “Anksiyete Bozuklukları” arasında yer alan OKB 2013 yılında kullanıma giren DSM’nin son sürümü olan DSM-5’te “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında yer almıştır. OKB’nin ayrı bir başlık altında incelenmesi farklı bir etioloji ve gidişata sahip olmasından kaynaklanmaktadır.

DSM-5’te OKB aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (11):

A. Takıntılar (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 aldırılmamaya 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 veya bunları azaltma ya da korkulan bir olay yahut durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar veya zihinsel eylemler,

yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, 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 veya 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 davranın 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 açılımı 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 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.

Obsesif kompulsif bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı “Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10 (International Classification of Disease-10, ICD-10) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” sınıflandırmasında F-42 kodu ile yer almıştır. ICD-10'a göre tanı koyabilmek için kısaca, belirtilerin en az iki hafta süre ile bulunması, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olması gerekmektedir. Obsesyonel belirtilerin aşağıdaki özelliklerinin de olması gerekir:

1. Bunlar kişilerin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanır. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Kişinin artık karşı koyamadığı başka düşünce ve hareketler de bulunabilir.
2. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır.
3. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır (148).

2.1.8. Eştanı:

OKB hastalarında en yüksek oranda görülen ek psikiyatrik bozukluğun major depresyon bozukluk (MDB) olduğu, epidemiyolojik ve klinik birçok çalışmanın ortak bulgusudur (45). MDB ile yaşam boyu birliktelik % 65, eşzamanlı birliktelik % 30 olarak bildirilmiştir (149). Bunların % 85 kadarı OKB'ye ikincildir (2).

Yapılan çalışmalar, OKB'de başka bir anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranını % 40-60 olarak belirtmektedir (150). Tükel ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, OKB'de % 17.7 oranında özgül fobi, %15.6 oranında sosyal fobi, % 12.2 oranında yaygın anksiyete bozukluğu ve % 9.5 oranında panik bozukluğu görüldüğünü belirtmiştir (151).

Obsesif kompulsif bozuklukla bipolar bozukluğun yaşam boyu birliktelik sıklığı epidemiyolojik çalışmalarda % 14-21, klinik çalışmalarda % 10-35 olarak belirtilmiştir (152). Eştanılı bipolar bozukluğun, epizodik gidiş gösteren OKB olgularında daha sık görüldüğü belirtilmiştir (153).

Klinik gözlemlerde OKB’de zaman zaman şizofreni benzeri özelliklerin ortaya çıkması veya kronik şizofreni hastalarında OK belirtilerin görülmesi sık karşılaşılan bir durumdur. OK belirtiler şizofreninin prodromal döneminde de ortaya çıkabilmektedir. Spitzer ve arkadaşları, OKB ve şizofreni arasındaki eştanı oranını % 10-12.2 olarak bulmuştur (154).

OKB hastalarında kişilik bozukluğu eştanısı söz konusu olduğunda semptomların şiddetinde artma olur. Çekingen, bağımlı, histrionik ve pasif agresif kişilik bozuklukları ile birlikteliği sıktır (155). Bazı çalışmalarda şizotipal özelliklerin beklenildiğinden daha sık olduğuna ilişkin veriler gösterilmiştir (2). OKB, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ile bazı yüzeysel benzerlikler gösterse de, yapılan çalışmalarda özgül bir premorbid kişilik bozukluğu ve OKKB ile OKB arasında bir ilişki tespit edilememiştir (156).

OKB, ayrıca Tourette Sendromu, Sydenham Koresi, Huntington ve Parkinson hastalığı gibi bazal gangliyon hastalıkları ile de ilginç bir birliktelik gösterir (45).

OKB hastalarında, görece daha az sıklıkla görülen diğer eştanılı bozukluklar arasında yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, beden dismorfik bozukluğu, trikotilomani ve hipokondriyazis yer alır (157).

Otojen ve reaktif obsesyona sahip hastalar bağlamında, Beşiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan ve hasta gruplarının cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı ve eştanı farklılıkları açısından değerlendirdikleri çalışmalarında, otojen grupta reaktif ve miks gruba göre eştanı olarak dissosiyatif bozukluğun daha az sıklıkta görüldüğünü bildirilmiştir (28). Otojen obsesyonlarla şizotipal kişilik özellikleri arasında güçlü bir ilişki olduğu da gösterilmiştir (143).

2.1.9. Seyir ve Prognoz:

OKB, süregelen ve inatçı bir hastalıktır (1). OKB’de belirtiler genellikle yavaş bir başlangıç göstermekte, belirtilerin klinik olarak anlamlı bir düzeye gelmesi uzun

zaman almaktadır (1). Bir kısım hasta da ise belirtiler bir yakının kaybı veya gebelik gibi durumlarda ani başlayabilir (6). Zaman içinde belirtilerin şiddeti ve biçimi değişebilir. Bazı hastalarda dönemsel alevlenmeler görülmektedir (1). OKB izlem çalışmalarında; en yüksek tedavi yanıtı ve iyileşme % 20, kısmi veya tam iyileşme ile alevlenmenin dalgalanma göstermesi % 2-47, hastalığın ilerlemesi ve kötüye gidiş % 5-14 oranında bulunmuştur (158).

Hastalığın çocukluk çağında başlaması, evli olmama, başlangıçta hastalığın şiddetli olması, hastalığın uzun ve süreğen olması, belirgin büyüsel düşüncenin bulunması, depresyonun eşlik etmesi, hastaneye yatırılma, OKB'nin kişilik bozuklukları (özellikle paranoid, şizotipal ve sınır kişilik bozuklukları), bipolar bozukluk ve yeme bozuklukları ile birlikteliği, kötü sosyal uyum ve sosyal becerilerin yetersiz olması kötü prognoz belirleyicileridir (159).

2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli:

2.2.1. Üstbilişsel Kuram ve Psikolojik Bozuklukların Üstbilişsel Modeli:

Üstbilişler, düşünme süreciyle ilgili bilgi ve inançları, düşünce sürecini değerlendirmeye, yorumlamaya, izlemeye, düzenlemeye ve kontrol etmeye yönelik stratejileri içermekte olup “bilişler hakkındaki bilişler” olarak tanımlanmaktadır (160) (161). Bir başka deyişle, üstbilişler bilgi işleme sisteminin kendi içindeki süreçleri gözleyen, yorumlayan, değerlendiren ve düzenleyen boyutudur (162). Birçok bilişsel süreç, bu süreçleri kontrol eden ve izleyen üstbilişsel etmenlere bağlıdır. Bu nedenle, zihnin işlevsel ve işlevsel olmayan kontrolünden üstbilişsel inançların sorumlu olduğu kabul edilir (163). Üstbilişsel inançlar neye dikkat ettiğimizi ve nelerin bilince dahil olduğunu belirler, düşünce ve duyguların düzenlenmesinde kullanılan yöntemleri etkiler. Bu doğrultuda, üstbilişsel modele göre psikolojik bozukluklar düşünceler/bilişler hakkındaki işlevsel olmayan olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanç kategorileriyle ilişkilidir (162) (164).

Üstbilişsel kurama göre, bilişsel modelin öne sürdüğü olumsuz düşünceler üstbilişsel inançların sonucunda ortaya çıkmaktadır. Wells'e göre birçok insanın olumsuz düşüncesi olabilir, ancak bireyler üstbilişsel inançlarına göre bu düşüncelere

tepkide bulunurlar. Psikolojik bozukluklar, olumsuz düşüncelere yönelik esnek olmayan ve tekrarlayıcı düşünce biçimlerine yol açan üstbilişler ve üstbilişsel süreçler sonucunda ortaya çıkmaktadır (164).

Nelson ve Narens, üstbilişsel süreçleri üst-düzey ve nesne düzeyi olmak üzere iki düzeyde tanımlamıştır (165). Bu iki düzey arasında iki yönlü bir bilgi akışı söz konusudur. Eğer akış nesne düzeyinden üst-düzeğe ise “üstbilişsel gözlem” olarak adlandırılmaktadır. Kişilerin öfke gibi bir duygunun veya uyarıcı bir maddenin etkisinde olduğu geçici durumlar veya kişilerdeki belli kişisel özellikler (ör. hafızaya olan aşırı güven) üstbilişsel gözlemde yanlılığa, bilişsel çarpıtmalara neden olabilmektedir. “Üstbilişsel kontrol”de ise üst-düzeyden nesne düzeyine bilgi akışı gerçekleşmektedir. Bu bilgi akışıyla bilişler kontrol edilir. Üst-düzeyin nesne düzeyine gönderdiği bilgi ile yeni bir faaliyet başlamakta veya mevcut faaliyet sonlanmaktadır (165). Bu iki yönlü bilgi akışı üstbilişi oluşturmaktadır (162).

Wells’e göre üstbilişler üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyimler ve üstbilişsel kontrol yöntemleri olmak üzere üç farklı boyutta ele alınmaktadır (162). Üstbilişsel bilgi, kişinin düşüncelerinin anlamı, bellek ve bilişsel kontrolün etkinliğine yönelik inançlarını içermektedir. Üstbilişsel bilgi, bilinçli ve sözel olarak açıkça ifade edilebilir olabileceği gibi (ör. “endişelenmek tehlikelidir” gibi) dikkatin paylaştırılması, belleğin araştırılması ve deneyimlerin kullanılmasına rehberlik eden yöntem ve tasarımlar gibi örtük biçimde de olabilmektedir. Üstbilişin ikinci boyutu olan üstbilişsel deneyimler zihinsel olayların (ör. düşünceler) değerlendirilmesini, üstbilişsel duyguları ve kişinin bilişsel durumuna yönelik yargısını içermektedir. Bellekte kodlandığından emin olunan ancak o an için bir türlü hatırlanamayan “dilimin ucunda” etkisi öznel olarak yaşanan üstbilişsel bir deneyimdir (162). Üstbilişsel kontrol yöntemleri ise, kişilerin bilişsel sistemlerindeki aktiviteleri kontrol etme tepkileri olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, bir kişi hazırlıklı olmak amacıyla dikkatini tehdide yoğunlaştırabilir veya sıkıntı veren düşünceleri bastırabilir veya bunların yerine olumlu şeyler düşünmeye çalışabilir (162). Üstbilişlerin üç boyutu olarak aktarılan üstbilişsel bilgi, deneyimler ve yöntemler birbirleriyle etkileşim halinde olup psikolojik bozukluklara birlikte etki etmektedir.

Psikolojik bozuklukların üstbilişsel modeli, Wells ve Matthews’ın geliştirdiği Benliği Düzenleyen Yürütücü İşlevler, B-DYİ (Self-regulatory executive function

model, S-REF) modeline dayanmaktadır (161). Beck'in bilişsel modelinin üstbiliş, işleme ve dikkat gibi bilişin diğer alanlarını dışarıda bıraktığını vurgulayan Wells ve Matthews B-DYİ modelini geliştirmiştir. Bu model, psikolojik bozuklukların gelişiminde üstbilişlerin, düşünce hakkındaki inançların ve kontrol stratejilerinin rolünü vurgulamaktadır (166). Model, bilişin birbirleriyle etkileşim halinde olan üç düzeyinden oluşur. Bilinçli olmayan, otomatik ve refleksif alt düzey; olayların bilinçli değerlendirmelerini ve eylem ve düşüncelerin kontrolünü içeren çevrimiçi işleme düzeyi ve uzun süreli bellekte depolanan benlik bilgisidir (162). Otomatik bir düzey olan alt düzey girici düşüncelerin seçici dikkat ile bilinçli hale gelmesinden sorumlu iken bilinçli bir düzey olan çevrimiçi işleme düzeyi ise uyarıların değerlendirilmeleri ve kontrol stratejilerinin seçimi ile ilgilidir (167).

Wells'e göre kişinin doğru ya da hatalı işlev görmesi, üstbilişsel süreçlerin kişide yarattığı deneyime bağlıdır. Deneyim, üstbilişsel yorumlama sürecinin kişiye yaşattığı "gerçekliktir". Wells, deneyimlemeyi 'nesne mod' ve 'üstbilişsel mod' olarak adlandırdığı iki farklı seviye arasındaki farka değinerek açıklamıştır (163). Nesne modunda kişi düşüncelerini ve algılarını olayların tam ve kesin temsilleri olarak görmekte ve değerlendirilemez olarak kabul etmektedir. Kişi, içsel ve dışsal olaylar arasında, düşünceler ve algılar arasında hiç ayırım yapmayan, farklılaşmamış bir bilinç deneyimlenmektedir. Düşüncelerini ve inançlarını içsel olaylar olarak görmek yerine, gerçeklerle kaynaştırır. Dış dünyayı ve kendini onların içinden görür, düşünceler ve inançlar her şeyle ilgili modelini renklendiren filtre gibidir. Üstbilişsel modda ise kişi düşüncelerinin ve algılarını değerlendirebileceğinin ve düşünce ve algılarının gerçekliği doğrudan temsil edemeyebileceğinin farkındadır. Düşünceler, benlik ve dünyadan ayrı olaylar olarak bilinçli bir şekilde gözlenebilir. Bu olaylar sadece değişik doğruluk dereceleri olan temsil şekilleridir. Bu modda kişinin düşüncelerle olan ilişkisi: kişinin geriye çekilmesi ve düşüncelerini bilinçli deneyimin çok yönlü büyük manzarasının birer parçası olarak gözlemlemesi şeklindedir (163). Kişinin nesne moddan üstbilişsel moda geçişi fonksiyonel olmayan başa çıkma stratejilerinin aktive olmasının önlenmesine ve olumsuz inançlar ve uyarılarla başa çıkmaya olanak sağlamaktadır (163). B-DYİ etkinliği kişiler için tehdit ifade eden uyarılara tepki olarak, kendi düşüncelerinin anlamlarını

değerlendirerek düşünme ve başa çıkma stratejilerinden birini uygulamalarına olanak sağlamaktadır (168).

B-DYİ modeli, Bilişsel Dikkat Sendromu, BDS (Cognitive Attentional Syndrome, CAS)'nın psikolojik bozuklukların ortaya çıkışı ve devamında önemli olduğunu vurgular. BDS endişe ve ruminasyon temelli düşünce biçimlerini, dikkati tehdit içeren uyaranlara odaklamayı ve düşüncelerin ve duyguların etkili bir şekilde düzenlenmesini önleyen işlevsel olmayan düşünce kontrol yöntemlerini ve başa çıkma davranışlarını (ör. kaçınma) içermektedir (163). BDS'nin harekete geçmesi ve sürdürülmesi işlevsel olmayan üstbilişsel bilgiye bağlıdır. Tüm bu kavramsal ve dikkate yönelik süreçler bireyin tehditle başa çıkma yöntemidir, ancak işlevsel süreçleri içermemesi nedeniyle BDS, tehdit algısının sürdürülmesine neden olmaktadır. BDS süreci bilişsel içerikten bağımsız olup endişelenme, ruminasyon ve dikkat ile ilişkili üstbilişsel bilginin aktive olması sonucu ortaya çıkmaktadır (163).

Fisher ve Wells ruminasyonun “neden” sorusuna cevap aradığını ve daha çok geçmişe odaklandığını diğer taraftan endişenin ise geleceğe odaklanarak “ya olursa” sorusuna cevap aradığını belirtmiştir (164). Her iki tip kavramsal süreç de olumsuz düşünce ve duyguların ve tehdit algısının sürdürülmesine yol açmaktadır. Diğer taraftan, ruminasyon ve endişe temelli düşünce biçimleri olumlu (ruminasyon endişelenmenin avantajlarına yönelik inançlar) ve olumsuz üstbilişsel inançlar (endişenin kontrol edilemez olduğu ve tehlikeli sonuçlar doğuracağı inancı) tarafından tetiklenerek BDS'ye yol açmaktadır, yani BDS hatalı üstbilişsel inançlar tarafından kontrol edilmektedir. Olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ise düşünceleri bastırmaya çalışma gibi işlevsel olmayan bilişsel benliği düzenleme örüntülerini açığa çıkarmaktadır (164). Düşünce bastırma istenmeyen düşüncelerin engellenmesinde etkili bir yöntem olmamakla birlikte, düşünce bastırmadaki başarısızlık kontrol kaybı olarak da yorumlanabilmektedir (163). Kaçınma ve madde kullanımı gibi diğer başa çıkma davranışları da kişiyi gerçek durumlarla başa çıkma olanaklarından alıkoyarak sorunun sürdürülmesine yol açmaktadır. BDS modelinin bir başka temel özelliği olan dikkatin kendine ve tehdit içeren uyaranlara odaklanması, olumsuz bilgiye erişimi arttırmakta ve tehdit algısının sürdürülmesine neden olmaktadır (163).

Özetle, B-DYİ modeline göre psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasına ve sürdürülmesine etki eden temel faktör tekrar eden olumsuz düşünme biçimini (ör. endişe ve ruminasyon), dikkatin tehdide yönlendirilmesini ve düşünce bastırma gibi işlevsel olmayan başa çıkma biçimlerini içeren BDS olarak adlandırılan bir süreçtir. BDS olumlu ve olumsuz üstbilişlerin aktive olması sonucunda devreye girmekte ve kişinin olumsuz benlik ve tehdit algısını sürdürmesine neden olmaktadır (163).

Cartwright-Hatton ve Wells geliştirdikleri Üstbilişler Ölçeği (ÜBÖ) ile psikolojik bozuklukların oluşumuna ve sürmesine etki eden üstbilişsel faktörleri beş alt boyutta tanımlamaktadırlar (166). Birinci boyut endişelenmek hakkında olumlu inançlar boyutudur. Bu boyut kişilerin endişelenmenin problem çözmede faydalı olduğuna yönelik inançlarını kapsamaktadır. Endişelenmek hakkında olumlu inançlar alt boyutunda endişeli olmak arzu edilen bir kişilik özelliği olarak kabul edilmektedir. İkinci alt boyut kişilerin endişelenmenin zararlı olduğu ve düşünce ve tehlikenin kontrol edilemez olduğuna yönelik inançlarını kapsayan düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz inançlar boyutudur. Üçüncü boyut kişilerin bilişsel yeterliliklerini içeren bilişsel güven boyutudur. Bu boyuttaki maddeler kişinin hafıza ve dikkat yeteneklerine yönelik güveninin eksik olması ile ilişkilidir. Dördüncü boyut düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz inançlar boyutudur. Bu boyut kişilerin bazı düşüncelere sahip olmanın yaratabileceği olumsuz sonuçlara yönelik inançlarını içermektedir. Beşinci alt boyut ise kişinin düşünce süreçlerine odaklanma eğilimini içeren bilişsel farkındalıktır. Bilişsel farkındalık boyutu kişinin kendi düşünce süreçleri hakkındaki farkındalığını ve meşguliyetini içermektedir.

Üstbilişsel model, psikolojik bozukluklar çerçevesinde incelenmiş ve yaygın anksiyete bozukluğu (161), obsesif kompulsif bozukluk (164), depresyon (169), travma sonrası stres bozukluğu (170) ve şizofreni (171) için desteklenmiştir.

2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli:

OKB için üstbilişsel model B-DYİ modelinden yola çıkılarak geliştirilmiştir (172). Modele göre, obsesif inançların olumsuz bir biçimde yorumlanmasının nedeni, o düşünceye sahip olmanın anlamı ve tehlikeli sonuçları ile ilişkili üstbilişsel

inançlardır (161). Üstbilişler, kişinin dikkatini bozuklukla ilişkili bilgiye odaklamasına ve endişe/ruminasyon, düşünce bastırma gibi işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri kullanmasına yol açar (162).

OKB'nin üstbilişsel modelinde iki temel düşünce alanı üzerinde durulmaktadır: (1) düşüncelerin önemi/anlamı ve gücüyle ilgili inançlar ve (2) düşünceyi kontrol etme gerekliliğiyle ilgili inançlar ve/veya ritüeller (törenselle davranışlar) yapma gerekliliğiyle ilgili inançlar (163). İlk alanda girici düşüncelerle ilgili düşünce-eylem kaynaşması, düşünce-olay kaynaşması ve düşünce-nesne kaynaşması gibi bilişsel hatalar yer alırken ikinci alanda obsesif düşünceyle ilişkili olumsuz sonuçları engellemek için yapılan törenselle davranışlarla veya düşünceyi kontrol etme gerekliliğiyle ilgili inançlar yer almaktadır (163).

OKB'nin üstbilişsel modelinde Rachman tarafından geliştirilen düşünce-eylem kaynaşması kavramı üstbilişsel bir faktör olarak yer almaktadır (162) (164). Ancak, burada düşünce kaynaşması inançları düşünce-eylem, düşünce-olay ve düşünce-nesne kaynaşması olmak üzere üç boyutta ele alınmaktadır (162). Düşünce-eylem kaynaşması (DEK) bir düşünceye sahip olmanın o eylemi yapmakla eşdeğer olduğuna ya da yönelik inançları tanımlamak için kullanılmaktadır (173). Düşünce-eylem kaynaşmasının iki boyutu bulunmaktadır. Bunlardan ilki DEK Olabilirlik'tir. Bu boyut bir durum hakkında istenmeyen bir girici düşünceye sahip olmanın o durumun gerçekleşme olasılığını arttırdığı inancını içermektedir. DEK Olabilirlik boyutu kendi içinde de DEK Olabilirlik Kendisi ve DEK Olabilirlik Diğerleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. DEK Olabilirlik Kendisi'nde kişi girici düşüncelerinin kendine yönelik sonuçlar doğurabileceği inancında olmaktadır. DEK Olabilirlik Diğerleri'nde ise girici düşüncelerinin diğer kişilere yönelik olumsuz sonuçlara neden olabileceği inancını taşımaktadır. DEK Olabilirlik'e örnek olarak; "Bir kişinin kaza geçirdiğine dair düşüncem o kişinin kaza geçirme olasılığını arttırır." inancı verilebilmektedir. Düşünce-eylem kaynaşmasının ikinci boyutu DEK Ahlak'tır. Bu boyutta kişiler bir eylemle ilişkili olarak istenmeyen girici düşünceye sahip olmanın o eylemi gerçekleştirmek kadar kötü olduğu inancı içindedirler. Kişinin çocuğu ile cinsel ilişkiye girdiğini düşünmesinin gerçekten çocuğu ile cinsel ilişkiye girmek kadar kötü olduğuna yönelik inancı DEK Ahlak'a örnektir (173). Düşüncelerin anlamı ve gücü hakkındaki bilişsel yanlılıklardan ikincisi olan düşünce-olay

kaynaşması ise bir olay hakkında girici düşünceye sahip olmanın o olaya neden olabileceği veya o olayın gerçekte meydana gelmiş olduğu anlamına geldiğine yönelik inançlardır (ör. “kaza hakkında düşünmek kaza olmasına yol açacaktır”). Üçüncü bilişsel yanlılık olan düşünce-nesne kaynaşması ise duygu veya düşüncelerin nesnelere transfer edilebileceği inancıdır (ör. “nesneler hatıralarla kirlenebilir”) (162).

OKB’nin üstbilişsel modelinde tetikleyici (genellikle girici bir düşünce), girici düşüncenin anlamı ve önemiyle ilgili üstbilişsel inançları harekete geçirmektedir. İşlevsel olmayan bu üstbilişsel inançlar girici düşünceye yönelik değerlendirmeleri etkileyerek, OK belirtilere etki eden üstbilişsel inançların ikinci boyutunda yer alan davranışsal tepkilere (ritüeller ve yansızlaştırıcı davranışlar) yönelik inançlarla ilgili değerlendirmeleri etkilemektedir (174). Davranışsal tepkilere yönelik inançlar olumlu (ör. “ritüeli yapmazsam bu his hiçbir zaman gitmeyecek, “kötü şeyler düşünmeden yıkarsam, kötü şeyler olmaz”) ve olumsuz inançlar (ör. “ritüellerim kontrolden çıktı”) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (161). Ritüellere yönelik olumlu ve olumsuz bu değerlendirmeler davranışsal tepkiyi ve ilişkili duyguları açığa çıkarmaktadır. Ritüellerle ilgili inanç ve kuralların harekete geçmesi de açık (ör. kontrol etme, sıralama) veya örtük (ör. dua etme, sayı sayma) davranışsal sonuçlara yol açmaktadır (174). Bu davranışsal tepkiler (ritüeller ve yansızlaştırıcı davranışlar), içsel bir kriter karşılanana kadar veya bir tür algısal mükemmeliyetçilik olana kadar ya da durma sinyali verilene kadar sürmektedir (161). Davranışsal tepkiler işlevsiz değerlendirme sonucu oluşan üstbilişsel yanlılıkların yanlış olduğunun görülmesini engeller ve kişi olumsuz sonucun gerçekleşmemesini ritüelleri yerine getirmesine bağlar. Bu geri bildirim döngüsü tekrarlayıcıları alevlendirir (161). Girici düşünceyi kontrol etme gerekliliğiyle ilgili inançlar da kişinin girici düşüncelerle baş etmek ve yaşanan sıkıntıdan kurtulmak için bazı düşünce kontrol yöntemleri (ör. dikkat dağıtma) kullanmasına neden olmaktadır (162). Özetle, üstbilişsel süreçler algılanan tehditle başa çıkmak için ritüeller, yansızlaştırma, dikkat dağıtma gibi bazı başa çıkma yöntemlerini harekete geçirmektedir. Hangi stratejinin uygulanacağı belirli bir durumdaki düşüncenin nasıl değerlendireceğine göre değişiklik göstermektedir (162).

Düşünce kaynaşması ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ile ilişkili üstbilişsel inançların yanı sıra modelde endişeye ilişkin olumlu inançlar (ör. endişelenmenin sorunları çözmeye yardımcı olacağına dair inanç), endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna ilişkin inançlar (endişe ile ilgili olumsuz inançlar), bilişsel farkındalık (kendi düşüncelerini izleme ve farkına varma) ve bilişsel güvensizlik (bellek süreçlerine yönelik güven) diğer üstbilişsel inanç alanlarıdır (162).

OKB'nin üstbilişsel modeli birçok çalışma tarafından desteklenmiştir. Cartwright-Hatton ve Wells üstbilişleri değerlendiren alt boyutlardan endişeye ilişkin olumlu inançlar, endişeye ilişkin olumsuz inançlar ve bilişsel farkındalık alanlarında OKB hastalarının kontrol grubundan ayırttığını ortaya koymuştur (166). Cucchi ve arkadaşları endişeyle ilgili olumsuz inançların ve düşünceleri kontrol ihtiyacının OKB hasta grubunda karşılaştırma grubuna göre daha yüksek düzeylerde olduğunu göstermiştir (175). Solem ve arkadaşları ise OKB'nin üstbilişsel modelini OKB tanısı olan bir grupta kontrol grubunu karşılaştırarak incelemişler ve düşünce kaynaşması inançlarının ve ritüellerle ilgili inançların OKB belirtilerini yordadığını ortaya koymuşlardır (176).

Klinik olmayan örneklerle yapılan çalışmalar da hasta gruplarıyla yapılan çalışma bulgularıyla tutarlı sonuçlar göstermektedir. Bu bağlamda, üstbilişlerden endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna ilişkin endişeyle ilgili olumsuz inançların OKB belirtilerini yordadığı gösterilmiştir (177).

Bazı araştırmalar ise belirli üstbilişsel boyutların OKB ile ilişkilerini ayrı ayrı incelemiştir. Bu bağlamda, bilişsel farkındalık ve bilişsel güvensizlik en sık incelenen üstbilişsel etmenler olmuştur. Düşünceleri gözlemlene ve dikkati içe yöneltme olarak tanımlanan bilişsel farkındalığın OKB'deki rolünü araştıran çalışma bulguları yüksek düzey bilişsel farkındalığın OKB tanısı olan kişileri diğer kaygı bozukluğu tanısı olan gruplardan ayırttığını göstermiştir (178). Bilişsel güvensizlik ve OKB belirtileri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar ise endişe kontrol edildiğinde bilişsel güvensizlik ve OKB arasındaki ilişkinin gücünü yitirdiğini göstermektedir (161).

Üstbilişsel model çerçevesinde girici düşüncelerle baş etmede kullanılan düşünce kontrol yöntemlerinin (üstbilişsel kontrol stratejileri) OKB belirtileriyle olan

ilişkileri de incelenmiştir. Depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu hastalarıyla OKB hastalarını karşılaştıran çalışmalar, girici düşünceleri kontrol etmede kullanılan kendini cezalandırma ve endişe etme yöntemlerinin OKB olan hastalar tarafından diğer tanı gruplarına göre daha fazla kullanılan üstbilişsel stratejiler olduğunu göstermiştir (106) (179).

Üstbilişler bağlamında otojen ve reaktif obsesyonların değerlendirildiği bir çalışma da Doğan ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Çalışmada, otojen obsesyonlu kişilerin düşünceleri bastırma ya da gizli, büyüsel doğada kompulsif davranışlar gibi kontrol stratejileri kullanma eğiliminde olmaları, reaktif obsesyonlu kişiler ise düşünceyi bastırmaktansa düşüncenin istenmeyen olası sonuçlarını engellemeye yönelik baş etme stratejilerine eğilimli olmaları göz önünde bulundurularak bu farklılığın üstbilişlere yansiyabileceği düşünülmüştür. Bu bağlamda, Doğan ve arkadaşları, ÜBÖ-30 ile değerlendirdikleri 30 otojen ve 31 reaktif obsesyonlara sahip OKB hastası arasında ÜBÖ-30 alt ölçeklerinin hiçbirinde ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmediklerini bildirmiştir. ÜBÖ-30 puan ortalamalarının yüksek ve birbirine yaklaşık olması ise her iki grup arasında benzer üstbilişsel patolojilerin olduğunu düşündürmüştür (180).

2.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nörobilişsel Yaklaşım:

OKB, nöropsikolojik kusurlarla ilişkilidir (181). Bu durum obsesyonlara yol açan yapısal veya nörokimyasal anormalliklerle ilişkili olabileceği gibi OKB semptomlarına ikincil olarak gelişen düşünce bozukluklarından da kaynaklanıyor olabilir (103). Bu açıdan nörobilişsel yaklaşım OKB süreçlerine yol açan farklı beyin bölgelerinin potansiyel rolünü değerlendirmede kullanışlı bir araçtır.

Nörobilişsel test performansının, beyin hasarı ağırlıklı olmak üzere nörobiyolojik anormallikleri yansıttığı düşünülmektedir (182). Bu bağlamda, orbitofrontal korteks, anterior singulat girus, bazal gangliyon ve talamus bölgelerinde yapısal ve fonksiyonel anormalliklerin olduğu bilinen OKB hastalarının, bu beyin bölgelerini gösteren nörobilişsel testlerde düşük performans gösterebileceği hipotezi kurulmuştur (183). Ancak sıklıkla OKB ile ilgili nöropsikolojik çalışmalarda, değişken sonuçlar elde edilmiştir (184) (185). Bulgular arasındaki bu çelişkili

sonuçlar kullanılan nörobilişsel testlerin sonuçları karşılaştırmayı zorlaştıracak şekilde farklılıklar içermesi, bazı çalışmalarda eştanıları olan OKB hastaları çalışmaya alınırken bazılarında eştanı bulunmasının dışlama kriteri olması, kontrol grubu olması veya olmaması gibi nedenlerle kısmen açıklanabilir. Ayrıca denek sayısının yetersiz olması, zeka ve semptomların heterojenitesi de farklı sonuçlara neden olabilir. Araştırmalarda kullanılan istatistik modellerinin farklılık göstermesi de dikkate alınmalıdır.

Nörobilişsel performans dikkat, yürütücü işlevler, görsel-mekansal işlevler, bellek, işlem hızı, çalışma belleği başlıkları altında değeriendirilebilir.

2.3.1. Dikkat:

Dikkat, geçerli, daha önemli bilginin saptanması, bu uyaranlar üzerine odaklanmanın devamı ve bunlarla yarışan geçersiz uyarının göz ardı edilmesi süreçlerini kapsar (186). Seçici dikkat, bölünmüş dikkat, değışken dikkat ve sürdürülen dikkati içermektedir. OKB’de genel dikkatin Sürekli Performans Testi (Continuous Performance Test, CPT) ve Yap-Yapma Görevi (Go/No-Go Task, GNG) ile değeriendirildiği çalışmaların az bir kısmında OKB hastalarında sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında artmış hata sayısı bildirilmiştir (187). Dikkat süresini ve dikkatin sürdürülmesini ölçen bir test olan Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (Wechsler Intelligence Scale for Adults, WAIS) Sayı Dizisi Testinin (Digit Span Test) OKB’de etkilenmediği birçok çalışmada bulunmuştur (188) (189) (190).

OKB’de dikkat işlevleri söz konusu olduğunda, OKB hastalarının dikkat işlevinde bir sorun olmadığı, buna karşılık seçici dikkat yanlılıkları olabileceği düşünölmektedir. Sözü edilen seçici dikkat yanlılığı, dikkatin genel olarak çevredeki uyaranların seçici özellikleri üzerinde toplanması ve bunun dışında kalan uyaranların ihmal edilmesidir (185). Ayrıca, yanlı hatırlama, semptom provakasyonu boyunca OKB’de lateral orbitofrontal kortekste anormal nöral aktiviteye sebep olduğundan bu bulguların nörobilişsel testlerle de gösterilebileceği göz önünde bulundurulmuştur (191). Bu konuda yapılan ilk çalışmaların birinde Grayson ve arkadaşları, OKB hastalarının tehdit ile ilişkili kelimeleri nötr kelimelere göre daha fazla fark ettiklerini bildirmiştir (192). Martinot ve arkadaşları yaptıkları çalışmada OKB hastalarında

seçici dikkati değerlendirmede en çok kullanılan testlerden biri olan Stroop Testini kullanmışlardır. Stroop Testinde OKB hastalarının skorları sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (193). Ancak sonraki çalışmalarda bu sonuç doğrulanmamıştır (140) (194) (195) (196).

OKB hastalarında sıklıkla ilgisiz uyarın nedeniyle kolayca dikkat dağınıklığı görülebildiğinden çalışmaların çoğunda ilgisiz uyarını ihmal ederek verilen uyarana odaklanan dikkati sürdürme becerisi de araştırılmıştır. CPT ve GNG ile sürdürülen dikkatin değerlendirildiği diğer çalışmalarda OKB ve kontrol grupları arasında hiçbir fark bulunamamıştır (189). Yürütücü işlevleri değerlendirmek üzere kullanılan Wisconsin Kart Eşleme Testinde (Wisconsin Card Sorting Task, WCST) bazı bozuklukların dikkat işlevleriyle ilgili olabileceği öne sürülmüştür. WCST’de kurulumu sürdürmede başarısızlık sayısının fazla olması ile ilk denemede düşük puan almasının hastanın dikkat süresi ve dikkatini sürdürmede çektiği zorluk hakkında bilgi verebileceği düşünülmektedir (197). Hastalık şiddeti ile WCST’de kurulumu sürdürmede başarısızlık sayısı karşılıklı olarak bağlantılı bulunmuştur, belirtileri daha şiddetli olan kişilerde dikkat bozukluğunun daha fazla olduğu düşünülmüştür (185). Ancak WCST’de kurulumu sürdürmenin birçok bilişsel işleve bağlı olduğu bilindiğinden yalnızca dikkatle ilgili sonuçlar çıkarmak doğru olmayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, bilişsel performansta yaşanan güçlüklerin anksiyete ile yakından ilişkili olduğu, bunun da bilişsel süreçteki akıcılığı engelleyen ve bilinci meşgul eden bozucu etkilerin ve araya girici düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olduğu vurgulanmaktadır (198).

2.3.2. Yürütücü İşlevler:

Yürütücü işlevler denildiğinde kurulumu değiştirme, sözel akıcılık, problem çözme, bozucu etkiye karşı koyabilme, yanıt inhibisyonu, kavramsallaştırma ve planlama gibi yüksek bilişsel işlevler akla gelmektedir. Yüksek bilişsel işlevler temel bilişsel işlevleri koordine etmekte ve entegrasyonunu sağlamaktadır. Bu işlevler frontal korteks bütünlüğüne bağlıdır (182). OKB’nin frontostriatal döngüdeki bozuklukla yakından ilişkili olduğu varsayımına dayanarak bu döngüyle düzenlenen yürütücü işlevler yoğun bir şekilde araştırılmaktadır (199) (200) (201) (202).

Kurulumu Değiştirme:

Kurulumu değiştirme, kişinin sürdürdüğü bir görevde, dikkatini bir uyarandan ötekine yöneltme becerisini gösterir. Kurulumu değiştirmedeki bozulmaların perseverasyona neden olması beklenebilir. Kompulsiyon gibi perseveratif davranışlar, frontal lob döngülerinin bazal gangliyon motor veya bilişsel programlarını inhibe edememesi ile ilişkilendirilmiştir (201). Bu nedenle OKB hastalarında belirtiler ile kurulumu değiştirme becerisi arasında örtüşme olduğu ve temel sorunların kişinin uygunsuz cevabı önleyememesi, uygun cevaba geçememesi ve uyarılar arasında önem derecesine göre öncelik sırası yapamaması olduğu düşünülmektedir (200).

WCST, kurulumu değiştirme yeteneğini değerlendirmede en fazla kullanılan testlerden biridir. WCST’de frontal lob işlev bozukluğu olan hastalar ilk kategoriye bulabilirken daha sonra verilen kategoriye soyutlama becerilerinde bir kayıp olmamasına rağmen bulamamaktadır. WCST’de yeni bir kategori arama ve doğru kategoriye bulma ve sürdürebilme kurulumu değiştirebilme becerisiyle yakından ilişkilidir (203). Bazı alışmalar, OKB’de toplam hata (204), perseveratif hata ve tamamlanan kategori sayısında (205) belirgin bozulma olduğunu bildirirken, bu tür bozuklukların saptanmadığı çalışmalar da mevcuttur (206) (207) (208) (209). Kuelz ve arkadaşlarının 2004’te yürüttüğü bir metaanaliz çalışmasında, araştırmacılar OKB’de kurulumu değiştirme becerisinin bozulup bozulmadığı sorusunun cevabının net olmadığı sonucuna varmışlardır (185).

Kişinin WCST’de gösterdiği başarının en çok dorsolateral prefrontal korteksle ilişkili olduğu düşünülmektedir (210). Ancak bir uyarandan diğerine kurulumu değiştirirken beynin birçok bölgesi arasındaki karmaşık bir etkileşim olduğu unutulmamalıdır. Bu bağlamda, Monchi ve arkadaşları WCST sırasında testi uygulayan kişi deneğe yanlış cevabı verdiği uyarısında bulunduğunda, sağlıklı bireylerde anterior singulat korteks dorsal kısmında faaliyet artışı olduğunu tespit etmiştir (210), bu da WCST performansında bozulmanın anterior singulat korteks hipermetabolizmasından kaynaklanabileceği varsayımına neden olmuştur (211). Anterior singulat korteks belirsiz şartlarda uygun davranış biçiminin belirlenmesi,

kendi davranışını gözlemlene ve hata tespiti gibi işlevlerde önemli rol oynamaktadır (203). OKB’de bu bölgenin aşırı aktivasyon göstermesi sonucu kişinin kendini gözlemlene süresinin uzadığı ve buna bağlı olarak kişinin hata yaptığına dair şüphesinin artarak kontrol etme davranışına yol açtığı ileri sürülmüştür (212) (213).

Son çalışmalarda, OKB hastalarının kurulumu değiştirme becerisini değerlendiren ve orbitofrontal hasara hassas olduğu düşünülen Nesne Değiştirme Testi (Object Alternation Test, OAT) ve Gecikmeli Nesne Değiştirme Testinde (Delayed Alternation Test, DAT) azalmış performans sergilediğini bildiren çalışmaların yanısıra (214) (215), hastalar ile sağlıklı kontroller arasında benzer sonuçlar elde edildiğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (171) (216) (217).

Yanıt İnhibisyonu:

Yanıt inhibisyonu, değişen durumsal taleplerle uyumlu olarak, pre-potent motor yanıtlar üzerindeki yürütücü kontrole izin veren bilişsel süreçlere gönderme yapar (95). Yanıt inhibisyonu, dorsolateral prefrontal korteks, inferior frontal korteks ve orbitofrontal korteksi içeren nöral substratlarla bağıntılı bulunmuştur (218). Yanıt inhibisyonu ile ilgili giderek artan çalışmaların temelinde davranışsal dürtüsellik ile bilinen ilişkisi yatmaktadır (219). OKB’nin davranışsal dürtüsellikle ilişkisi olmamasına rağmen bazı yazarlar obsesif düşüncelerin durdurulamamasının ve özellikle de devam eden tekrarlayıcı ritüellerin bozulmuş yanıt inhibisyonu ile ilişkili olabileceğini öne sürmüştür (191).

Yanıt inhibisyonu en sık CPT, GNG ve Dur İşareti Görevi (Stop Signal Test, SST) ile değerlendirilir. OKB hastalarının Dur İşareti Görevinde bozulmuş performans sergiledikleri bildirilmiştir (220) (221) (222). CPT ve GNG kullanılarak yapılan çalışmaların ise çok az bir kısmında OKB hastalarının bozulmuş performans sergiledikleri gösterilirken (220) (223) çalışmaların çoğunda hasta ve sağlıklı kontroller arasında fark bulunamamıştır (224) (225) (226). SST, CPT ve GNG’ye göre daha fazla görev yüküne sahip bir test olup bu sonuçlar, OKB’nin yanıt inhibisyonunun SST gibi daha fazla görev yüküne sahip bir testle değerlendirildiğinde bozulmuş performansla, CPT ve GNG testi gibi daha az görev

yüküne sahip testlerle değerlendirildiğinde ise bozulmamış görev performansı ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür (227).

OKB hastalarında, karmaşık seçici dikkat ve bir yürütücü işlev olarak bozucu etkinin (interference) kontrolünü değerlendiren Stroop Testinde, inhibisyon eksiklikleri olduğu yönünde tutarlı olmayan sonuçlar elde edilmiştir (95). OKB hastalarında Stroop Testinde bilişsel inhibisyonun bozulduğuna ilişkin kanıtlar elde eden çalışmalar olduğu gibi (223) (228), OKB hastaları ile kontroller arasında farklılık olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (196) (229).

2015 yılında OKB’de nöropsikolojik test performansı üzerine yapılmış bir metaanalizde, OKB’de yanıt inhibisyonu için azalmış test performansının orta etki boyutuna sahip olduğu bulunmuştur (227).

Sözel Akıcılık:

Sözel akıcılık testleri kelimelerin çağrışımlara dayanarak bulunması ve fonemik veya semantik kriterlere göre zihne geri çağırılmasını içermektedir. Sözel akıcılığı ölçen testlerde gösterilen başarı, sözel geri çağırma ve hatırlama organizasyonundan sorumlu yürütücü işlevler kadar bilişin kendini değerlendirme/izleme, uygun cevabı başlatma ve durdurma gibi özelliklerine de bağlıdır. Ayrıca bu testin hızlı ve spontan düşünme ve eylemi başlatma kadar esnek davranışı da yansıttığı ileri sürülmektedir (230). Sözel akıcılık testlerinin prefrontal bölgenin özellikle de medial ve orbitofrontal bölgelerin işlevlerindeki bozukluğa hassas olduğu bildirilmektedir. Sağlıklı bireylerde sözel akıcılık testleri sırasında anterior singulat kortekste aktivasyon gösteren PET çalışmaları da mevcuttur (232).

OKB’de sözel akıcılık üzerine yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar OKB’de fonemik ve semantik akıcılığın etkilendiğini iddia ederken (230) (231), diğerleri bozuklukla ilgili kanıt bulamamıştır (232) (215). Fonemik ve semantik akıcılığın eşit olarak etkilenip etkilenmedikleri net değildir (231); bazı çalışmalarda fonemik akıcılığın daha fazla etkilendiğini, bazılarının da semantik akıcılığın daha fazla etkilendiği bulunmuştur (233).

Sözel Akıcılık Testleri (Verbal Fluency Test) ve WCST yürütücü işlevleri değerlendirmede geçerli ve sık kullanılan testlerdir. İlginç olarak Henry tarafından

yapılan bir metaanaliz çalışmasında, OKB hastalarında kontrollerle karşılaştırıldığında, fonemik ve semantik akıcılık performansının WCST performansından daha düşük bulunduğu bildirilmiş ve bu sonuca dayanarak da akıcılıkla ilgili ölçümlerin, WCST'e göre, OKB hastalarındaki frontal işlev bozukluğuna daha duyarlı olabileceği bildirmiştir (234). Ancak Sözel Akıcılık Testlerindeki başarısızlığın yalnızca yürütücü işlev bozukluğundan kaynaklanmayabileceği, bilişsel becerilerde yavaşlamayı yansıtabilen psikomotor hızdaki yavaşlamanın da testlerin başarısını olumsuz etkileyebileceği akılda tutulmalıdır (203).

Planlama:

Planlama, problem çözme gibi yüksek bilişsel işlevlerin ana unsurlarından biridir ve aynı zamanda bir hedefe ulaşmak için ara adımları uygulama becerisini gerektirir. Problem çözme ve planlama becerisi için en çok kullanılan iki test Hanoi Kulesi (Tower of Hanoi, TOH) ve Londra Kulesi Testidir (Tower of London, TOL).

OKB'de planlama yeteneğinin TOL ve TOH Testleri ile değerlendirildiği çalışmaların çoğunda OKB hastalarında planlama yeteneğinde azalma olduğu bildirilmiştir (205) (207) (235) (238); daha az sayıdaki çalışmada ise, hastalar ve sağlıklı kontroller arasında fark bildirilmemiştir (195) (236). Van den Heuvel ve arkadaşları TOL Testini kullanarak yaptıkları çalışmalarında, OKB hastalarının sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında planlama becerisinde belirgin bozukluk olduğunu göstermiştir (237). Planlama sırasında OKB hastalarında özellikle dorsolateral prefrontal korteks ve kaudat nükleusta frontostriatal aktivasyonun azaldığı bulunmuştur. Buna karşın performans gözlenmesi ve çalışma belleği ile ilgili olduğu düşünülen anterior singulat, ventrolateral prefrontal ve parahipokampal korteks gibi bölgelerde aktivasyonda artış görülmüştür ve bunun öteki alanlarda azalmış aktivasyonu telafi etmeye yarayan bir mekanizmadan kaynaklandığı düşünülmüştür. Araştırmacılar bu bulguların OKB hastalarında planlama becerisinde bozulmanın önemine işaret ettiğini hatta OKB'de tanımlanan frontostriatal işlev bozukluğunun durum anksiyetesi ve hastalık şiddetinden bağımsız olduğunu ileri sürerek OKB'de yürütücü işlevlerde bozulmanın temel özellik olduğu sonucuna

varmışlardır (237). Veale ve arkadaşları, OKB hastalarının hata yaptıkları zaman alternatif çözüm üretmek ya da sonraki cevabı kontrol etmek için kontrol grubuna göre daha fazla zaman harcadığını belirtmiştir. Yazarlar bu zorluğun denemenin geri kalanında aşırı kontrol etmeye bağlı olarak gelişebileceğini ileri sürmüştür (200). Schmidtke ve arkadaşları ise, HOL Testini kullanarak yaptıkları çalışmalarında OKB hastaları ile kontroller arasında planlama yeteneği açısından fark bulamamıştır (195).

OKB hastalarında planlama becerisinin değerlendirildiği mevcut çalışmalarda çelişkili bulgulara rağmen yakın zamanda yapılmış iki metaanaliz çalışması sonuçları OKB'nin planlama yeteneğindeki yetersizlikle anlamlı derecede ilişkili olduğuna dair kanıtlar sunmuştur (227) (239).

2.3.3. İşlem Hızı:

OKB'de 'obsesyonel yavaşlık' kavramı uzun zaman önce tanımlanmış olmasına rağmen (240) ancak daha sonraları yapılan çalışmalar işlem hızı gibi obsesyonel yavaşlığın nörobilişsel yönlerine odaklanmaya başlamıştır (227). OKB hastaları, WAIS Sayı Sembol Kodlama (Digit Symbol Coding) ve İz Sürme Testinde (Trail Making Test, TMT) azalmış işlem hızı performansı göstermiştir (241) (242). Ek olarak, OKB hastaları GNG ve Stroop Testi ortalama reaksiyon sürelerinde de azalmış işlem hızı göstermiştir (223) (242).

Azalmış işlem hızının OK semptomlardan kaynaklanan bir epifenomen olup olmadığı ya da durumdan bağımsız olarak OKB'ye neden olup olmadığı konusu halen tartışmalıdır (227).

2.3.4. Çalışma Belleği:

Çalışma belleği, bilgiyi kısa süreliğine depolama, işleme ve entegrasyon yeteneği olarak tanımlanabilir. Çalışma belleği işlevleri, bilgilerin uzun vadeli hatıralarla entegrasyonunu kolaylaştırır ve yürütücü işlevleri desteklemede kritik öneme sahiptir. Çalışma belleği, parietal korteks ve prefrontal korteks (özellikle de dorsolateral prefrontal korteks) ile ilgili olup, bu alanlar bilgiyi güncel tutan

yapılardır. Sözel çalışma belleği ve görsel-mekansal çalışma belleği olmak üzere iki alt alandan oluşur (227).

Sözel çalışma belleğini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan WAIS Sayı Dizisi Testi ile yapılan çalışmaların çok az bir kısmında, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında OKB hastalarının azalmış performans sergiledikleri gösterilmiştir (95) (243). Çalışmaların çoğunda ise bu testte gruplar arasında fark bulunamamıştır (244) (245) (246).

Görsel-mekansal çalışma belleğini değerlendiren çalışmalarda da çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. WAIS Sayı Dizisi Testinin uzamsal analogu olan WAIS Uzamsal Sıralama Testi (Spatial Span Task) performansında, OKB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında benzer sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir (224) (247). Bununla birlikte, WAIS Uzamsal Sıralama Testine göre daha karmaşık ve zor olan ve bu testin bilgisayarlı analogu olan Cambridge Nöropsikolojik Test Bataryası (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery, CANTAB) Uzamsal Sıralama Testinde ise OKB hastalarında kontrol grubuna göre azalmış test performansı bildirilmiştir (Nedeljkovic M2009) (Purcell R1998b). Bu sonuçlar OKB'nin, daha fazla görev yüküne sahip sözel ve görsel-mekansal çalışma belleği testlerinde bozulmuş performansla ilişkili olduğu varsayımına neden olabilir (227).

2.3.5. Görsel-Mekansal İşlevler:

Görsel-mekansal beceri kişinin uzayda nesneleri algılayabilme, kullanabilme ve idare edebilme kapasitesini gösterir. OKB'de görsel-mekansal işlevlerin değerlendirilmesi için kullanılan en yaygın testler Rey-Osterrieth Karmaşık Desen Testi (The Rey–Osterrieth Complex Figure Test, ROCF) ve WAIS Küp Desen Testi (Block Design Test)'dir. WAIS Küp Desen Testinin kullanıldığı çalışmaların çoğu, OKB hastalarında bozulmuş test performansı bildirirken (95) (171) (196), daha az sayıdaki çalışmada ise sağlıklı kontrollerle benzer test sonuçları elde edildiği bildirilmiştir (232) (248). Buna karşın ROCF'nin kullanıldığı çalışmaların çoğunda OKB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında benzer test performansı bildirilirken (171) (230) (248) daha az sayıdaki çalışmada ise OKB hastalarında bozulmuş test performansı bildirilmiştir (231) (249). OKB hastalarında, WAIS Küp Desen Testinde

bozulmuş test performansı bildirilmesine karşın ROCF’de kontrollerle benzer sonuçlar alınması, WAIS Küp Desen Testi puanlama sürecinde yer alan işlem hızı performansındaki azalmayla ilişkili olabilir (227).

Yapılan çalışmalarda, OKB hastalarında gözlenen görsel-mekansal işlevlerdeki bozulmanın, elementer bir görsel-mekansal bozukluk olarak sağ temporo-parietal işlev bozukluğunu mu gösterdiği, yoksa görsel-mekansal bir görevde başarılı bir performansa frontal katkıyı kesintiye uğratan bir frontostriatal işlev bozukluğuna ikincil olarak mı ortaya çıktığına karar vermenin kolay olmadığı belirtilmektedir (185) (201).

2.3.6. Bellek:

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların eylemi doğru şekilde yapıp yapmadıkları hususunda, eylemi doğru şekilde yapmış olmalarını düşünmelerine karşılık kararsız olmaları oldukça yaygındır. Görünüşe göre, bu kararsızlığın bir sonucu olarak, OKB hastaları sıklıkla tekrarlayıcı ritüellerle meşguldürler. Bu klinik gözlemlerin sonucunda, araştırmacılar OKB hastalarının bellek fonksiyonları ile ilgilenmeye başlamışlardır. Bunun dikkat problemi ile ilgili ya da kendi hareketini kodlamada başarısızlıktan kaynaklanabileceği fikri sunulmuştur (191). Özellikle, OKB hastalarında olası bellek bozulmalarını ya da yanılmalarını araştırmaya yönelik çalışmalar yapılmıştır (250).

Bellek, bir uyarının algılanması ile onun yeniden anımsanması arasında gerçekleşen özgün fizyolojik ve psikolojik süreçlere dayanır. Algılama, dikkat, emosyonel durum, uyarının içeriği ve süreci gibi bazı faktörlere bağlıdır (251). Bellek fonksiyonları; zamansal olarak çok kısa süreli (anlık) ya da uzun süreli bellek olarak, içeriğine göre ise semantik ya da epizodik bellek olarak sınıflandırılabilir (227). Bu kısımda sözel ve sözel olmayan (görsel) bellek üzerine yapılmış çalışmalar ele alınmıştır.

Sözel bellek, sözel bilgileri öğrenme ve hatırlamayla ilgili bellek türüdür. OKB hastalarında özellikle kontrol etme kompulsiyonları olan hastalarda bir bellek sorununun varlığından şüphe edilmiştir. Bazı çalışmalar bunu desteklese de (252) neredeyse bütün çalışmalarda OKB hastalarının sözel bellek ile ilgili testlerde normal

kişiler kadar başarılı olduğu ileri sürülmektedir (232) (233) (243) (250). OKB hastalarında İşitsel Sözel Öğrenme Testi (Auditory Verbal Learning Test, AVLT) veya Wechsler Bellek Ölçeğinin mantıksal bellek alt testi (Memory Scale's Logical Memory test, WMS-LM) ile değerlendirilen deklaratif sözel bellek işlevlerinde bozukluk bildirilmemiştir (140) (206) (232). Lezak ve arkadaşlarının çalışmasında da, California Sözel Öğrenme Testinde (California Verbal Learning Tests, CVLT) hafif yavaş öğrenme eğrisi dışında sözel bellekte sorun olmadığı bildirilmiştir. OKB hastaları ilk denemede dikkat sorunundan ötürü yeterli başarıyı gösterememiş, ancak daha sonraki denemelerde kontrol grubuyla benzer başarı göstermişlerdir (182). Bununla birlikte bazı yazarlar California Sözel Öğrenme Testi gibi uyaranların küme halinde verildiği testlerde sözel bellek işlevlerinde bozukluk bulmuşlardır (188) (253). Bu bulgularla uyumlu olarak Cabrera ve arkadaşları OKB hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırdığı çalışmalarında, hastaların karmaşık cümlelerin öğelerinin entegrasyonunda başarılı olamadıklarını saptamıştır. Bununla birlikte tek verilen cümleler veya tanıma açısından farklılık görülmemiştir (254). Bu bulgular OKB hastalarında sıklıkla ön plana çıkan organizasyonel stratejilerin kullanımında sorun olduğu düşüncesi dikkate alınarak yorumlanabilir. Bu yaklaşımla sözel bellek becerileri ile ilgili şu sonuç ortaya çıkabilir; bu hastalarda basit ve tek tek verilen uyaranların tersine sunulan bilgiyi başarılı şekilde sıralamak için sözel uyaranları gruplama uğraşısı gerektiren sözel bellek işlemlerinde kusurlar görülebilmektedir ve bu da sözel bellek işlemlerindeki bozukluğun strateji kullanmadaki başarısızlıktan kaynaklandığı düşüncesini doğrulamaktadır (203).

Sözel olmayan (görsel) bellek, daha önceden görülen görsel uyarıcıları, biçim, ayrıntı, konum ya da diğer önemli özellikleriyle görsel olarak hatırlayabilme yetisidir. Sözel olmayan bellek, OKB'de en çok araştırılan nörobilişsel alan olup, hemen hemen tüm çalışmalarda ROCF kullanılmıştır (227). ROCF kullanılarak yapılan bu çalışmaların büyük çoğunluğunda OKB hastalarında çok kısa süreli ve uzun süreli bellekte bozulma bildirilirken (228) (236) (239) yalnızca birkaç çalışma hastalar ile kontrol grubu arasında fark bulamamıştır (255). Savage ve arkadaşları tarafından sözel olmayan belleğin ROCF ile değerlendirildiği bir çalışmada, OKB hastalarının figürü kopyalama sırasında kullandıkları stratejilerdeki problemlerin (ör. hastalar bölünmemiş birimler olarak asıl yapıyı oluşturan şekil elemanlarından

ziyade ilgisiz detaylara odaklanmıştır) sözel olmayan bellekte bozukluğa yol açtığı öne sürülmüştür. Bu bağlamda araştırmacılar, birincil sorunun yürütücü işlevlerden kaynaklandığını ve sözel olmayan belleğin ikincil olarak etkilendiğini, bu bulgunun ise OKB’de fronto-striatal sistemin etkilenmesinden kaynaklandığı görüşünü desteklediğini bildirmişlerdir (188). Huntington hastalığı gibi fronto-striatal işlevlerinin etkilendiği hastalıklarda veya frontal lob lezyonları olan nörolojik hastalarda benzer bir bellek bozukluğunun (belleğin stratejik yönüyle ilgili anormallik) görülmesi bu görüşü desteklemektedir (203). Penades ve arkadaşları da Savage’nin önermesinde yola çıkarak, OKB hastalarında bulunan bellek bozukluğunun primer bilişsel işlev bozukluğunun sebep olduğu stratejik işleme problemi ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (228).

Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarında yapılan nöropsikolojik temelli çalışmalar literatürde sınırlı sayıda mevcuttur. Aydın ve arkadaşları, otojen obsesyonlara sahip OKB hastalarının büyüsel düşünce ve olağan olmayan algılar gibi şizotipal kişilik özellikleri ile ilişkisinin gösterildiği çalışmalara dayanarak (143), bu hastaların bilişsel işlevlerinde reaktif obsesyona sahip hastalara göre daha ciddi bir bozulma olduğu hipotezinden yola çıkarak, 30 reaktif obsesyonlara sahip OKB hastası ile 32 otojen ve miks özellikte obsesyonlara sahip (14otojen+18miks) OKB hastasını karşılaştırmıştır. Çalışmada hastalar WCST, İşitsel Üçlü Sessiz Harf Sıralama Testi (Auditory Consonant Trigram Test, ACTT), Kontrollü Kelime Çağırışım Testi (Controlled Word Association Test, CWAT), Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi (Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT) ve Sayı Dizisi Testi kullanılarak yürütücü işlevler ve sözel bellek işlevleri açısından karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak yazarlar, otojen obsesyonlara sahip grupla reaktif obsesyonlara sahip grup arasında yürütücü işlevler ve sözel bellek performansı arasında fark bulamadıklarını bildirmiştir (98). Yapılan bir diğer çalışmada araştırmacılar, otojen obsesyonlara sahip hastalarda disfonksiyonel bilişsel kontrolün nedeninin, dikkatin önemsiz, alakasız ve istenmeyen sıkıntı yaratan uyarılardan uygun hedefe yöneltme ve sürdürme becerisindeki yetersizlikle ilgili olduğu görüşünden yola çıkmışlardır (144). Bu beceri, aynı zamanda latent inhibisyon süreçlerinin merkezinde yer aldığı düşünülen seçici dikkat süreçleri için gerekli ve

kritiktir. Latent inhibisyon, kişinin daha önceki öğrenimlerine dayanarak ilgisiz olarak etiketlediği bilgileri göz ardı ederken/filtrelerken ilgili görev uyaranlarına seçici olarak dikkatini vermesini sağlayan, uyumsal normal dikkat-ilişkili öğrenme sürecinin bir göstergesi olarak tanımlanabilir (144). Bu bağlamda araştırmacılar, otojen (n=21) ve reaktif (n=24) obsesyonlara sahip OKB hastalar ile sağlıklı kontrolleri (n=25) Bilgisayarlı Görsel Latent İnhibisyon Görevi (Computerized Visual Latent Inhibition Task) ile latent inhibisyon etkileri açısından değerlendirdikleri çalışmalarında, otojen obsesyonlara sahip hastaların, reaktif obsesyonlara sahip olan hastalar ve kontrol grubuna göre daha düşük latent inhibisyon etkilerine sahip olduklarını göstermiştir (144). Aynı yazarların bir başka çalışmasında, otojen (n=20) ve reaktif (n=20) obsesyonlara sahip OKB hastaları ile sağlıklı kontrol grubu (n=24), Görsel Yap/Yapma Testi ile yanıt inhibisyonu açısından karşılaştırıldığında otojen obsesyonlara sahip hastaların bozulmuş yanıt inhibisyonuna sahip olduğu, reaktif grupla kontrol grubu arasında ise fark tespit edilmediği bildirilmiştir (99).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmada hasta grubu olarak, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Ocak 2016 - Aralık 2016 arasında ayaktan başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan hastalar alınmıştır. Ocak 2016 - Aralık 2016 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine ayaktan başvuran ve OKB tanısı olan 122 hasta olmuştur. 122 hastadan 17'si çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Geriye kalan 105 hastanın 2'si 65 yaşından büyük olduğu için, 4'ü 18 yaşından küçük olduğu için, 3'ü de okur-yazar olmadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Geriye kalan 96 hastanın 8'i DSM-5 tanı kriterlerine göre yapılan klinik görüşmede eşlik eden majör depresyon bozukluğu, 5'i eşlik eden anksiyete bozukluğu, 5'i eşlik eden psikotik bozukluk, 1'i eşlik eden alkol kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyor olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 77 hastanın 2'sinde mental retardasyon, 1'inde epilepsi ve 1'inde intrakraniyal kitle tanısı olması nedeniyle bu hastalar da çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen 73 OKB hastasından 6'i, primer obsesyonları Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) ile tarandığında, hem otojen hem reaktif obsesyonlara sahip olmaları nedeniyle baskın obsesyonu hakkında karar verilemediğinden çalışmadan çıkarılmıştır. Geriye kalan 67 OKB tanılı katılımcı hasta grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta grup ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından benzer özelliklere sahip 67 kişi de sağlıklı kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Hasta grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanı kriterlerini karşılıyor olması
2. En az ilkokul mezunu olması
3. 18–65 yaş aralığında olması
4. Sağ el tercihi olması
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Sağ el tercihi olması
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Hasta grubu için çalışma dışı tutulma kriterleri:

1. Mental retardasyon, kafa travması, nörolojik hastalık gibi hastanın kooperasyonunu, gerçeği değerlendirme yetisini ve bilişsel fonksiyonlarını bozan durumların bulunması

2. Son altı ay içinde alkol veya madde kötüye kullanım veya bağımlılığı bulunması

3. Psikiyatrik hastalığı dışında sonuçları etkileyebilecek ciddi tıbbi rahatsızlığının veya ilaç kullanımının olması

4. Beyin cerrahi girişim öyküsü olması ve son altı ay elektrokonvülsif tedavi uygulanmış olması

5. Renk körlüğünün olması

6. Klinik görüşmede DSM-5'e göre herhangi bir eksen 1 tanısının olması

Kontrol grubu için çalışma dışı tutulma kriterleri:

1. Geçmişte ve/veya halen herhangi bir psikiyatrik tanı ölçütünü karşılaması

2. Merkezi sinir sistemiyle ilişkili nörolojik bir hastalığa sahip olması

3. Mental retardasyonun olması

4. Renk körlüğünün olması

5. Klinik görüşmede DSM-5'e göre herhangi bir eksen 1 tanısının olması

3.2. Araştırmanın Aşamaları:

Araştırmanın etik kurul onayı, 2015-116 nolu etik kurul dosyası ile 11.01.2016 tarihinde KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Araştırma Ocak 2016 - Aralık 2016 arasında veri toplanan tanımlayıcı bir çalışmadır. DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan hastalardan çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan hastalara ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılara araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel ve yazılı bilgi verildikten sonra sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

Hasta grubu, ilgili literatür doğrultusunda (12) primer obsesyonlarına göre alt gruplara ayrılmıştır. Primer obsesyon olarak saldırganlık, dini ya da cinsel obsesyonlardan birine ya da birkaçına sahip olan hastalar otojen gruba dahil edilmiştir. Primer obsesyon olarak kirlenme/bulaşma, kuşku, simetri/düzen veya biriktirme obsesyonlarından birine ya da birkaçına sahip hastalar ise reaktif gruba dahil edilmiştir. Obsesyon tipleri arasında yer alan kuşku obsesyonu Y-BOKÖ semptom listesinde bulunmamaktadır, ancak bu obsesyonun araştırmamızdaki hastalarda görülmesi nedeniyle bulgular arasında değerlendirmeye dahil edilmiştir. Bu bağlamda, araştırmaya dahil edilen 67 OKB hastasında 27'si otojen obsesyonlara sahip OKB grubu, 40'ı reaktif obsesyonlara sahip OKB grubu olarak tanımlanmıştır. Bu hastalarla yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından benzerlik gösteren 67 kişi de sağlıklı kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu hastane personelinden, üniversite öğrencilerinden ve yakın çevreden gönüllü olanlarla oluşturulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) uygulanmıştır. Katılımcıların nörobilişsel işlevlerini değerlendirmek için tüm katılımcılara görüşmeci tarafından Stroop Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi, İz Sürme Testi ve İşitsel Sözel Öğrenme Testi uygulanmıştır. Bütün ölçek ve testler aynı görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

Otojen ve reaktif özelliklere sahip OKB hastaları ile sağlıklı kontrol grupları sosyodemografik veriler, klinik özellikler, Y-BOKÖ, BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30, Stroop Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi, İz Sürme Testi ve İşitsel Sözel Öğrenme Testlerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmıştır.

3.3. İstatistiksel Analiz:

Çalışmaya dahil edilecek hasta sayısı benzer çalışmalar göz önünde bulundurularak belirlenmiştir (81) (98) (99). Araştırmanın verileri normallik testlerinden Shapiro-Wilk testi ile test edilmiş parametrik varsayımları sağlayan iki grup karşılaştırmalarında sürekli verilere bağımsız örneklem t-testi ve One-way

ANOVA testi, korelasyon analizlerinde Pearson testi; parametrik varsayımları sağlamayan sürekli değişkenlere Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi, korelasyon analizlerinde Spearman testi ve kategorik verilere Ki-Kare testi uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları:

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği ve gelir durumu, eğitim durumu, yaşadığı çevre, ek psikiyatrik öyküsü, aile öyküsü ve OKB ile ilişkili olabilecek diğer durumları kapsamaktadır.

3.4.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKÖ):

Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (25). Değerlendirmede hasta bildirimi esas alınmaktaysa da puanlama görüşmeyi yapan kişinin klinik kanaatine dayanmaktadır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır fakat toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde (Madde 1b ve 6b dışında) kullanılır. İçgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, yavaşlama, patolojik kuşku, genel şiddet, genel düzelme ve güvenilirliğin yer aldığı maddeler ise toplam puana katılmamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde obsesyon ve kompulsiyonlar 5'er madde ile ve her bir madde 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılmakta, obsesyon ve kompulsiyon alt toplam puanları ve en fazla 40 puan üzerinden toplam bir puan elde edilmektedir. Ölçekten elde edilen puanların karşılıkları ise şu şekilde olmaktadır: 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli. Semptom şiddetleri değerlendirilirken semptom tipi, sayısı ya da içeriği dikkate alınmaz. Her bir semptomun hastanın ne derecede zamanını aldığına, normal yaşamını nasıl etkilediğine, ne ölçüde öznel rahatsızlığa neden olduğuna, bunlara hastanın ne oranda aktif direnç gösterdiğine ve ne kadar

kontrol edebildiğine göre puanlanır. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (256).

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, depresyon belirtilerinin şiddetini değerlendiren, 21 sorudan oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir (257). Her sorunun puanı 0-3 arasında değişmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (258).

3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ve şiddetini ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir öz-bildirim ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup (259) ülkemizde geçerlilik-güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (260).

3.4.5. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30):

Psikolojik bozuklukların üstbilişsel modelinde yer alan çeşitli üstbilişsel inanç ve süreçleri değerlendirmek amacıyla Wells ve Cartwright tarafından geliştirilmiştir (162). Ölçeğin ilk formunda 65 madde yer alırken daha sonra 30 maddeden oluşan ve ölçeğin kısa formu olan ÜBÖ-30 oluşturmuştur. ÜBÖ-30, 4'lü likert tipi derecelendirmeye dayanmaktadır. Ölçekte, birbiri ile ilişkili ancak kavramsal olarak birbirinden farklı beş boyut yer almaktadır: (1) kişinin endişenin işlevsel olduğuna ne derece inandığını ölçen endişe ile ilgili "olumlu inançlar", (2) kişinin, endişenin ne derece kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna yönelik inançlarını değerlendiren endişe ile ilgili "olumsuz inançlar", (3) kişinin belleğine

olan güvenini ölçen “bilişsel güvensizlik”, (4) kişinin, düşüncelerini kontrol etme gerekliliğine ve kendi düşüncelerini kontrol etmemesinin sonuçlarına ilişkin inançlarını değerlendiren “düşünceleri kontrol ihtiyacı” ve (5) kişinin kendi düşüncelerini izleme ve farkına varma eğilimini ve dikkatin içedönük odaklanmasını değerlendiren “bilişsel farkındalık”. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 30 ile 120 arasında değişmekte olup yüksek puanlar üstbilişsel inanç ve süreçlerde patolojik bir yükselme olduğunu göstermektedir. Üstbiliş Ölçeği-30’un Türkçe uyarlaması Tosun ve Irak tarafından yapılmıştır (261).

3.4.6. İz Sürme Testi:

Bu test dikkat hızını, zihinsel esnekliği, görsel tarama ve motor hızı değerlendirir (262). A bölümünde 1–25 arası noktalar tek sürekli bir çizgiyle birleştirilir, B bölümünde ise değişimli olarak bir harf bir sayı ile birleştirilir. B bölümünün aynı zamanda yürütücü işlevlerin bir göstergesi olduğu da bildirilmiştir. Testin değerlendirmesinde literatürde süre ve hata sayıları kullanılmış ancak hata yapılan son itemde hatasız geline son noktaya döndürmek suretiyle hatanın süre puanına etkisi ile sadece sürenin kullanılabileceği de bildirilmiştir. Ayrıca türetilmiş alt test puanlarının ($A+B$, $B-A$, B/A) kullanıldığı çalışmalar da mevcuttur (263). Çalışmamızda her iki bölüm için ayrı ayrı sadece süre puanları ve her iki bölüm arasındaki süre farkı değerlendirmeye dahil edilmiştir. Testin Türkçe geçerlilik-güvenirlik çalışması Türkeş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (263).

3.4.7. Stroop Testi:

İlk kez Stroop tarafından 1935 yılında geliştirilmiş olan bu testin daha sonra pek çok modifikasyonu ortaya çıkmıştır (264). Temel olarak zamana ve verilen işe bağlı olarak dikkatin yoğunlaştırılması ve sürdürülebilmesini değerlendirir. Ayrıca algıların birbiri üzerindeki bozucu etkilerini ortaya koyabilmektedir. Stroop görevinin en fazla ilgi çeken etkisi, algı hedefinin veya algısal kurulumun değiştirilmesiyle ilgili olanıdır. Stroop görevi, kişinin algısal kurulumunu değişen talepler doğrultusunda ve özellikle de bir “bozucu etki (interference effect)” altında

değiştirebilme kolaylığını, alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme ve olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini ortaya koyar. Bu ise zihinsel esneklik ve algısal kurulum, dikkat ve davranışı kaydırabilme yetenekleri ile ilgilidir. Bu yeteneğin zayıfladığı durumda perseveratif, stereotipik, uyumsuz olmayan davranışlar ortaya çıkar ve motor hareketleri düzenleme ve kontrol etme güçlüğü söz konusu olur. Stroop testinde renk söyleme eğilimi ile okuma eğilimi pekiştirildikten sonra, okuma cevabının bastırılıp ketlenmesi beklenir. Kaldı ki, görülen bir yazının okunması çok yerleşmiş, otomatikleşmiş bir eğilim olduğundan, bunun durdurulması daha da zordur (265). Buna göre Stroop performansı, bireyin bilişsel katılık-esneklik derecesini yansıtır. Tüm bu işlevler ise, temelde, beynin frontal lob faaliyetleri ile ilgilidir. Nitekim bu gibi işlevlerde ve genelde davranışı programlama yetisinde aşırı bozulmalar beyinde özellikle frontal bölgelerindeki bir bozukluğa doğrudan işaret etmektedir (265). Testin Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması Karakaş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (265).

Testin pek çok modifikasyonu olup çalışmamızda Stroop Testi TBAG (Temel Bilimler Araştırma Grubu) formu kullanılmıştır. Stroop Testi TBAG Formu beş bölüm halinde uygulanmaktadır. Kartlar 14x21.5 cm boyutunda olup, dört adettir. Her kartta altı satır ve her satırda dört madde bulunur. Bu kartlar testin uyarıcı maddeleridir. Bu kartlar ve deneğin yerine getirmesi gereken görevler Tablo-1’de gösterilmiştir. Denek her bir bölümdeki görevi bitince tamamlama süresi, hata ve düzeltme sayısı kaydedilir. Puanlamada her bir bölümün tamamlama süresi kullanılabilir. Stroop TBAG formu için hata ve düzeltilen tepki sayısı puanlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları düşük bulunmuş ve değerlerin genelde anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Stroop Testinin ölçtüğü en geçerli özelliğin bozucu etki (ikinci karttaki renklerin söylendiği beşinci bölüm) olduğu bulunmuştur (265).

Tablo-1: Stroop Testi Görevleri			
Bölümler	Uyarıcılar	Uyarıcı kart kapsamı	Görev
1. Bölüm	1. Kart	Siyah basılmış renk isimleri	Renk isimleri okuma
2. Bölüm	2. Kart	Farklı renkte basılmış renk isimleri	Renk isimleri okuma
3. Bölüm	3. Kart	Renkli basılmış daireler	Rengi söyleme

4. Bölüm	4. Kart	Renkli basılmış nötr kelimeler	Rengi söyleme
5. Bölüm	5. Kart	Farklı renkte basılmış renk isimleri	Rengi söyleme

Stroop Testi TBAG Formunun bilgi işleme hızı, değişen talepler doğrultusunda algı hedefini değiştirebilme ve otomatik süreçlerin bozucu etkisine karşı koyabilme, dikkat edilen uyarıcılarla edilmeyenlerin paralel işlenmesi gibi süreçleri ölçtüğü ve dikkat için “altın standart” niteliğinde olduğu belirtilmiştir (265).

3.4.8. İşitsel-Sözel Öğrenme Testi:

Kelime listelerinden oluşan İşitsel-Sözel Öğrenme Testinin orijinal formu Rey tarafından geliştirilmiştir (266). Bu testin amacı sözel öğrenmeyi ve belleği değerlendirmektir. Yaşla azalan, zekayla artan ve kadınlarda daha yüksek bulunan test performansının düşük bulunması, sol hemisfer hasarları için güvenilir bir bulgu niteliğindedir. Testin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması Açıkgoz tarafından yapılmıştır (267).

Uygulamada testin birinci bölümünde kelime listesi her kelime ortalama 1 saniyede okunur ve her okuma sonunda deneğin tekrarlama istenir ve uygulama 5 kez tekrar edilir. 6. ve 7. denemede deneğe liste okunmaz ve hatırladığı kelimeleri söylemesi istenir. 6. deneme, 5. denemeden sonra farklı kelimelerden oluşan B listesinin okunup tekrar edilmesini takiben yapılır. 7. deneme, test tamamlandıktan 20 dakika sonra deneğe listeden hatırladığı kelimeleri söylemesi istenerek gerçekleştirilir. Deneğin kelimeleri söylerken okunan sıraya uyması gerekli değildir. Her tekrardan sonra deneğin hatırlayabildiği kelime sayısı ve 5 okuma için toplam hatırlanan kelime sayısı hesaplanır. İlk 5 okumada hatırlanan toplam kelime sayısı anlık belleği ve öğrenmeyi değerlendirmekte, 6. ve 7. okumalarda hatırlanan kelime sayısı ise öğrenmeyle birlikte yakın belleği değerlendirmektedir. Testin ikinci bölümünde ise; deneğe hedef listedeki 15 kelimeyi, karıştırıcı listedeki kelimeleri ve iki listede de olmayan kelimeleri içeren toplam 50 kelimedenden oluşan bir kelime listesi verilir ve bunların içinden 5 kez okunan ilk listedeki 15 kelimeyi işaretlemesi istenir (251).

3.4.9. Wisconsin Kart Eşleme Testi:

Berg tarafından 1948 yılında geliştirilmiş (268), 1981 ve 1993 yıllarında Heaton ve arkadaşları tarafından değişiklikler yapılarak testin el kitabı hazırlanmıştır (269). Wisconsin Kart Eşleme Testi (Wisconsin Card Sorting Test, WCST) soyut düşünme ve kategori ya da kurulumu değiştirme davranışını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Soyutlama ve kavramsallaştırma becerisini değerlendirdiği gibi, kişinin oluşturduğu kurulumu sürdürebilme, gerektiğinde bu kurulumu değiştirebilme gibi frontal karmaşık dikkat sisteminin değerlendirilmesinde de yararlı bir testtir. Gerek soyutlama, akıl yürütme ve kavramsallaştırma becerisi, gerekse karmaşık dikkat (dikkati sürdürme, devamlılık, amaca yönelik davranışı sürdürme, enterferans/çeldiricilere direnç, uygun olmayan tepki eğilimini ketleme), frontal hasarlar sonucu bozulur. WCST dikkat, özellik belirleme, perseverasyon, çalışma belleği, yürütücü işlevler, kavramsallaştırma ve soyut düşünme gibi özelliklerle ilişkilendirilmektedir. Bir frontal lob işlev testi olarak kullanılan WCST, sağ frontal lobda dorsolateral prefrontal korteksi de içeren bir yayılımı sahiptir (Fatma tez). Testin Türkçe adaptasyon çalışmaları Karakaş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (270).

Test, dört adet uyarıcı kart ve 64 adet tepki kartını içeren iki kart destesi ile uygulanır. Kartların her birinde değişik renk ve sayıda şekiller bulunur. Kullanılan şekiller artı, daire, yıldız ve üçgen; şekillerin sayısı bir, iki, üç ve dört; şekillerin renkleri ise kırmızı, yeşil, mavi ve sarıdır. Wisconsin kart eşleme testinde denekten istenen, destedeki her bir tepki kartını doğru olduğunu düşündüğü uyarıcı kart ile eşlemesidir. Doğru eşleme kategorisi renk, şekil, sayı olarak sıralanır, denek aynı anda art arda 10 defa doğru eşleme yaptığında bir sonraki kategoriye geçilir. Her tepkiden sonra deneğe tepkisinin doğru veya yanlış olduğu bildirilir, ancak doğru eşleme kategorisinin ne olduğu konusunda bilgi verilmez. Denek altı kategorinin tümünü tamamladığında veya her iki destedeki kartların tümünü kullandığında teste son verilir (270).

Wisconsin Kart Eşleme Testi değerlendirmesinde 13 farklı puan hesaplanır (270):

1- Toplam tepki sayısı: Testin tamamlanması sırasında kullanılan kart sayısıdır.

2- Toplam yanlış sayısı: Doğru eşlemenin yapılamadığı kartların toplam sayısıdır.

3- Toplam doğru sayısı: Doğru eşlemenin yapıldığı kartların toplam sayısıdır.

4- Tamamlanan kategori sayısı: Art arda on defa doğru tepkilerin verilmiş olduğu kategorilerin toplam sayısıdır.

5- Perseveratif tepki sayısı: Ardışık on doğru tepkiden sonra da, bir önceki kategori için doğru olan eşleme ilkesine göre veya birey tarafından geliştirilmiş bir perseverasyon ilkesine göre tekrarlanan tepkilerin toplam sayısıdır.

6- Perseveratif hata sayısı: Perseveratif olan tepkilerden aynı zamanda yanlış olanların sayısıdır.

7- Perseveratif olmayan hata sayısı: Toplam hata sayısından perseveratif hata sayısının çıkarılması ile elde edilir.

8- Perseveratif hata yüzdesi: Toplam perseveratif hata sayısının testteki toplam tepki sayısına bölünüp yüzle çarpılması ile elde edilir.

9- İlk kategoriye tamamlamada kullanılan tepki sayısı: İlk kategoriye ilişkin tepkilerin toplamıdır.

10-Kavramsal düzey tepki sayısı: En az üç tanesi birbirini izleyen doğru tepkilerin toplamıdır.

11-Kavramsal düzey tepki yüzdesi: Kavramsal düzey tepki sayısının toplam cevap sayısına bölünerek, yüzle çarpılması ile elde edilir.

12-Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı: Deneğin art arda 5-9 doğru tepki verdiği, ancak 10 doğru tekrar ölçütüne ulaşamadığı tepki bloklarının sayısıdır.

13-Öğrenmeyi öğrenme puanı: En az 3 kategoriye tamamlayan deneklerde

hesaplanır. Her bir kategorideki hata sayısı o kategorideki toplam tepki sayısına bölünüp 100 ile çarpılmakta ve her kategorinin hata yüzdesi hesaplanmaktadır. Daha sonra bir önceki kategorinin hata yüzdesinden bir sonraki kategorinin hata yüzdesi çıkarılarak fark puanları hesaplanmakta ve fark puanlarının ortalaması öğrenmeyi öğrenme puanını oluşturmaktadır.

Çalışmamızda WCST'nin bilgisayarlı uygulaması (WCST-64 Computer Version 2 Research Edition) kullanılmıştır. Bilgisayarlı uygulamaların klasik uygulama ile aynı özellikleri ölçüp ölçmediği ile ilgili Bekçi ve arkadaşları yürüttükleri çalışmalarında, her iki uygulamanın sonuçlarının örtüştüğü bildirmiştir (271).

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler:

Katılımcılardan OKB grubunun (OKG) yaş ortalaması $28,08 \pm 10,85$, kontrol grubunun (KG) yaş ortalaması ise $28,08 \pm 10,91$ 'dir. Gruplar arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,938$). OKB grubunu otojen obsesyonları olan grup (OG) ve reaktif obsesyonları olan grup (RG) olarak incelediğimizde ise; OG yaş ortalaması $28,0 \pm 10,83$ (min18 max55), RG yaş ortalaması ise $28,13 \pm 11,11$ (min18 max53)'dir. OG, RG ve KG arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,954$).

Grupları cinsiyetler açısından incelediğimizde, hem OKG'nin hem KG'nin 40'ı (%59,7) kadın, 27'si (%40,3) erkektir. Gruplar arasında cinsiyetler açısından istatistiksel olarak fark yoktur ($p=1,000$). Alt tipler açısından incelediğimizde, OG'nin 16'sı (%59,3) kadın, 11'i (%40,7) erkek; RG'nin 24'ü (%60,0) kadın, 16'sı (%40,0) erkektir. OG, RG ve KG arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,998$).

Eğitim süresi ortalamaları açısından; OKG'nin eğitim süresi ortalaması $12,46 \pm 3,41$, KG'nin ise $12,49 \pm 3,38$ 'dir. Gruplar arasında eğitim süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,914$). Alt tipler açısından incelediğimizde, OG'nin eğitim süresi ortalaması $13,37 \pm 3,02$; RG'nin $11,85 \pm 3,55$ 'dir. OG, RG ve KG arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,201$).

Medeni durum açısından, OKG'nin 48'i (%71,6) bekar, 19'u (%28,4) evli; KG'nin 19'u (%67,2) bekar, 22'si (%32,8) evlidir. Her iki grupta medeni durum açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,574$). Alt tipler açısından; OG'de 19 kişi (%70,4) bekar, 8 kişi (%29,6) evli, RG'de 29 kişi (%72,5) bekar, 11 kişi (%27,5) evlidir. OG, RG ve KG arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,839$).

Katılımcılar yaşadıkları yer bakımından değerlendirildiğinde; OKG'de şehirde yaşayanların sayısı 44 (% 65,7), ilçede yaşayanların sayısı 23 (%34,3) iken KG'de şehirde yaşayanların sayısı 65 (%97,0), ilçede yaşayanların sayısı ise 2

(%3,0)'dir. Gruplar arasında yaşadıkları yer bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). OKG kendi içinde değerlendirildiğinde; OG'de şehirde yaşayanların sayısı 15'i (%55,6), ilçede yaşayanların sayısı 12 (%44,4)'dir. RG'de şehirde yaşayanların sayısı 29 (%72,5), ilçede yaşayanların sayısı 11 (%29,4)'dir. OG, RG ve KG arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). OG ile KG birbiri ile benzerken KG'den farklıdırlar.

Aylık gelir düzeyleri açısından; OKG'de 52 kişi (%77,6) asgari ücret altı, 15 kişi (%22,4) asgari ücret üstü gelir düzeyine sahipken, KG'de 42 kişi (%62,7) asgari ücret altı, 25 kişi (%37,3) asgari ücret üstü gelir düzeyine sahiptir. Gruplar arasında gelir düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,089$). Alt tipler açısından ise; OG'de 21 kişi (%77,8) asgari ücret altı, 6 kişi (%22,3) asgari ücret üstü gelir düzeyine sahipken, RG'de 31 kişi (%77,5) asgari ücret altı, 9 kişi (%22,5) asgari ücret üstü gelir düzeyine sahiptir. OG, RG ve KG arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanamamıştır ($p=0,101$).

Tablo-2: OKB ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Dağılımı			
	OKB <i>n</i> (%)	Kontrol <i>n</i> (%)	<i>p</i>
Cinsiyet			
Kadın	40(59,7)	40(59,7)	1,000
Erkek	27(40,3)	27(40,3)	
Medeni durum			
Bekar	48(71,6)	45(67,2)	0,574
Evli	19(28,4)	22(32,8)	
Çocuk varlığı			
Var	17(25,4)	21(68,7)	0,443
Yok	50(74,6)	46(68,7)	
Eğitim düzeyi			
İlkokul	6(9,0)	6(9,0)	1,000
Ortaokul	5(7,5)	5(7,5)	
Lise	29(43,3)	29(43,3)	
Yüksek ö.	27(40,3)	27(40,3)	
Meslek			

Öğrenci	31(46,3)	35(52,2)	0,184
İşçi	6(9,0)	12(17,9)	
Memur	7(10,4)	9(13,4)	
Serbest m.	2(3,0)	2(3,0)	
İşsiz	18(26,9)	7(10,4)	
Emekli	3(4,5)	2(3,0)	
Aylık gelir düzeyi			0,089
Asgari altı	52(77,6)	42(62,7)	
Asgari üstü	15(22,4)	25(37,3)	
Yasadığı yer			<0,001*
Şehir	44(35,7)	65(97,0)	
İlçe	23(34,3)	2(3,0)	
Köy	0(0,0)	0(0,0)	

Tablo-3: OKB ve Kontrol Grubunun Yaş, Eğitim yılı ve Aylık Gelir Miktarı Ortalamaları Açısından Dağılımı

	OKB Medyan (min-max) $\bar{x} \pm ss$	Kontrol Medyan (min-max) $\bar{x} \pm ss$	<i>p</i>
Yaş (yıl)	24,0(18-55) 28,07±10,92	24,0(18-55) 28,07±10,87	0,938
Eğitim süresi (yıl)	12,0(5-18) 12,46±3,41	12,0(5-17) 12,49±3,38	0,914
Aylık gelir (TL)	1550,0(900-4000) 1966,67±965,80	2000,0(1300-4000) 2244,0±1014,90	0,372

Tablo-4: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Dağılımı

	Otojen <i>n</i> (%)	Reaktif <i>n</i> (%)	Kontrol <i>n</i> (%)	<i>p</i>
Cinsiyet				0,998
Kadın	16(59,3)	24(60,0)	40(59,7)	
Erkek	11(40,7)	16(40,0)	27(40,3)	
Medeni durum				

Bekar	19(70,4)	29(72,5)	45(67,2)	0,839
Evli	8(29,6)	11(27,5)	22(32,8)	
Çocuk				
Var	7(25,9)	10(25,0)	21(31,3)	0,743
Yok	20(74,1)	30(75,0)	46(68,7)	
Eğitim düzeyi				
İlkokul	1(3,7)	5(12,5)	6(9,0)	0,539
Ortaokul	2(7,4)	3(7,5)	5(7,5)	
Lise	9(33,3)	20(50,0)	29(43,3)	
Yüksek ö.	15(55,6)	12(30,0)	27(40,3)	
Meslek				
Öğrenci	12(44,4)	19(47,5)	35(52,2)	0,481
İşçi	1(3,7)	5(12,5)	12(17,9)	
Memur	4(14,8)	3(7,5)	9(13,4)	
Serbest s.	1(3,7)	1(2,5)	2(3,0)	
İşsiz	8(29,6)	10(25,0)	7(10,4)	
Emekli	1(3,7)	2(5,0)	2(3,0)	
Aylık gelir düzeyi				
Asgari altı	21(77,8)	31(77,5)	42(62,7)	0,168
Asgari üstü	6(22,2)	9(22,5)	25(37,3)	
Yaşadığı yer				
Şehir	15 ^a (55,6)	29 ^a (72,5)	65 ^b (97,0)	<0,001*
İlçe	12 ^a (44,4)	11 ^a (27,5)	2 ^b (3,0)	
Köy	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	

Tablo-5: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarının Yaş, Eğitim yılı ve Aylık Gelir Miktarı Ortalamaları Açısından Dağılımı

	Otojen Medyan (min-max) $\bar{x} \pm ss$	Reaktif Medyan (min-max) $\bar{x} \pm ss$	Kontrol Medyan (min-max) $\bar{x} \pm ss$	<i>p</i>
Yaş (yıl)	24(18-55) 28,00±10,83	40(18-53) 28,13±11,1	24(18-55) 28,07±10,8	0,954

Eğitim süresi (yıl)	14(5-17) 13,37±3,02	12(5-18) 11,85±3,55	12(5-17) 12,5±3,37	0,201
Aylık gelir (TL)	2400,0(1000-4000) 2342,90±1181,60	1500,0(900-3500) 1727,20±765,60	2000,0(1300-4000) 2244,0±1014,90	0,395

4.2. Klinik Özellikler:

Hasta grubu obsesyon tiplerine göre değerlendirildiğinde, OKG’de %35,8 oranla en yüksek oranda tespit edilen obsesyon tipi kirlenme/bulaşma obsesyonları olmuştur. Alt tipler göz önünde bulundurulduğunda; OG’de en yüksek oranda tespit edilen obsesyon tipi dini içerikli obsesyonlar (%55,6), RG’de ise kirlenme/bulaşma obsesyonları (%60,0) olmuştur.

Tablo-6: OKB Grubunda Obsesyon Tiplerinin Dağılımı

Belirti içeriği	Oran(%)	Sayı
Dini	22,4	15
Kirlenme/bulaşma	35,8	24
Kuşku	31,3	21
Simetri/düzen	11,9	8
Cinsel	16,4	11
Saldırganlık	14,9	10

Tablo-7: Otojen Grupta Obsesyon Tiplerinin Dağılımı

Belirti içeriği	Oran(%)	Sayı
Dini	55,6	15
Cinsel	40,7	11
Saldırganlık	37,0	10

Tablo-8: Reaktif Grupta Obsesyon Tiplerinin Dağılımı

Belirti içeriği	Oran(%)	Sayı
Kirlenme/bulaşma	60,0	24
Kuşku	52,5	21

Simetri/düzen	20,0	8
----------------------	------	---

Cinsiyetler açısından obsesyon tipleri incelendiğinde, kadınlarda %42,5 oranla en sık tespit edilen obsesyon tipi kirlenme/bulaşma obsesyonları olup, erkeklerde ise %33,3 oranla kuşku obsesyonları en sık tespit edilen obsesyon tipi olmuştur. Cinsiyetler arasında obsesyon tipleri açısından, aralarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo-9: OKB Grubunda Obsesyon Tiplerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı				
Belirti içeriği	Kadın		Erkek	
	Oran(%)	Sayı	Oran(%)	Sayı
Dini	17,5	7	29,6	8
Kirlenme/bulaşma	42,5	17	25,9	7
Kuşku	30,0	12	33,3	9
Simetri/düzen	7,5	3	18,5	5
Cinsel	15,0	6	18,5	5
Saldırganlık	15,0	6	14,8	4

Hastalık başlangıç yaşı açısından değerlendirildiğinde; OKG’de hastalık başlangıç yaşı $18,54 \pm 8,00$ olarak, OG’de $18,67 \pm 7,25$ ve RG’de $18,33 \pm 9,11$ olarak tespit edilmiştir. OG ile RG arasında hastalık başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p=0,517$). Cinsiyetler açısından ele alındığında ise; OKG’de kadınlarda hastalık başlangıç yaşı $18,40 \pm 7,63$, erkeklerde ise $18,74 \pm 8,66$ olarak bulunmuştur ve cinsiyetler arası anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. OG’de kadınlarda hastalık başlangıç yaşı $17,43 \pm 7,95$, RG’de $19,63 \pm 10,83$ olarak tespit edilmiştir. RG için ise kadınlarda hastalık başlangıç yaşı $19,04 \pm 7,50$, RG için $18,12 \pm 7,13$ olarak bulunmuştur. Hem OG hem RG’de cinsiyetler arasında hastalık başlangıç yaşı açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Hastalık süresi açısından değerlendirildiğinde, OKG’de hastalık süresi $9,98 \pm 8,26$ yıl olarak tespit edilmiştir. Alt tipler açısından hastalık süresi OG’de $10,04 \pm 6,86$ yıl, RG’de $9,95 \pm 9,14$ yıl olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,347$).

Son tedavi süresi açısından OKG’de ortalama tedavi süresi $12,71 \pm 14,41$ ’dir. OG ve RG arasında ise son tedavi süresi açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,099$).

Tablo-10: OKB Grubunda Hastalık Başlangıç Yaşı, Hastalık Süresi ve Son Tedavi Süresi	
Hastalığın başlangıç yaşı (yıl)	18,54±8,00
Hastalık süresi (yıl)	9,98±8,26
Son tedavi süresi (ay)	12,71±14,41

Tablo-11: Otojen ve Reaktif Gruplarda Hastalık Başlangıç Yaşı, Hastalık Süresi ve Son Tedavi Süreleri			
	Otojen $\bar{x} \pm ss$	Reaktif $\bar{x} \pm ss$	p
Hastalığın başlangıç yaşı (yıl)	18,33±9,11	18,67±7,25	0,517
Hastalık süresi (yıl)	10,04±6,86	9,95±9,14	0,347
Son tedavi süresi (ay)	14,26±14,24	10,00±14,67	0,099

OG ve RG psikiyatrik yatış öyküsü, intihar girişimi öyküsü, hastalık öncesi stresör varlığı ve son hastalık dönemi öncesi stresör varlığı durumları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo-12: Otojen ve Reaktif Grupların Diğer Klinik Özellikler Açısından Dağılımı			
	Otojen n(%)	Reaktif n(%)	p
Psikiyatrik yatış öyküsü			
Var	3(11,1)	2(5,0)	0,350
Yok	24(88,9)	38(95,0)	
İntihar girişimi öyküsü			
Var	3(11,1)	2(5,0)	0,350
Yok	24(88,9)	38(95,0)	
Hastalık öncesi stresör			
Var	13(48,1)	15(37,5)	0,386

Yok	14(51,9)	25(62,5)	
Son hastalık döneminden önce stresör			
Var	15(55,6)	23(57,5)	0,875
Yok	12(44,4)	17(42,5)	

Katılımcılar ailedeki psikiyatrik hastalık öyküsü açısından değerlendirildiğinde, aile öyküsünde OKB olanlar açısından hem OKG ile KG arasında hem de OG, RG ve KG arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.001$). OG ile RG birbirleri ile benzerken KG'den farklıdır.

Tablo-13: OKB Grubu ile Kontrol Grubunun Aile Öyküsü Açısından Karşılaştırılması			
	OKB <i>n</i> (%)	Kontrol <i>n</i> (%)	<i>p</i>
Depresyon	12(17,9)	8(11,9)	0,467
OKB	23(34,3)	2(3,0)	<0,001*
Anksiyete b.	2(3,0)	3(4,5)	1,000
Şizofreni	4(6,0)	1(1,5)	0,177
Tik bozukluğu	2(3,0)	0(0,0)	0,157

Tablo-14: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarının Aile Öyküsü Açısından Karşılaştırılması				
	Otojen <i>n</i> (%)	Reaktif <i>n</i> (%)	Kontrol <i>n</i> (%)	<i>p</i>
Depresyon	7(25,9)	5(12,5)	8(11,9)	0,199
OKB	7 ^a (25,9)	16 ^a (40,0)	2 ^b (3,0)	<0,001*
Anksiyete b.	1(3,7)	1(2,5)	3(4,5)	0,873
Şizofreni	1(3,7)	3(7,5)	1(1,5)	0,291
Tik bozukluğu	1(3,7)	1(2,5)	0(0,00)	0,340

*Aile öyküsünde OKB olanlar açısından OG ile RG birbirleri ile benzerken KG'den farklıdırlar.

Gruplar tedavi altında olup olmamaları açısından incelendiğinde, OKB grubundaki hastaların 55'inin (%82,1) herhangi bir tedavi altında olduğu, 12'sinin (%17,9) ise yeni tanı almış olduğu ya da herhangi bir tedavi altında olmadığı

saptanmıştır. OG’de ise hastaların 20’si (%74,1) bir tedavi altında iken, 7’si (%25,9) herhangi bir tedavi altında değildir. RG’de ise hastaların 35’i (%87,5) tedavi altında iken 5’i (%12,5) herhangi bir tedavi altında değildir.

Gruplar kullanmakta oldukları tedaviler açısından incelendiğinde, OKB grubunda hastaların 32’sinin (%58,2) sadece antidepresan tedavi altında olduğu, 23’ünün (%41,8) ise antidepresan+antipsikotik tedavi kullanmakta olduğu saptanmıştır. OKB hastalarının 30’u (%46,3) SGI kullanırken, 2’si (%3,0) ise TSA kullanmaktadır. OG’de herhangi bir tedavi altında olan hastaların 10’u (%50,0) sadece antidepresan tedavi kullanmakta iken geriye kalan 10 (%50,0) hastanın da antidepresan+antipsikotik tedavi kullanmakta olduğu saptanmıştır. OG’de antidepresan kullananlardan 8’i (%33,3) SGI kullanırken, 2’si (%7,4) ise TSA kullanmaktadır. RG’de ise, herhangi bir tedavi altında olan hastaların 22’si (%62,9) sadece antidepresan tedavi kullanmakta iken 13 (%37,1) hastanın da antidepresan+antipsikotik tedavi kullanmakta olduğu saptanmıştır. RG’de antidepresan kullanan hastalardan 22’sinin (%55,8) SGI kullanırken, hastaların hiçbirinin TSA kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo-15: OKB Grubunun Kullanmakta Olduğu Tedaviler Açısından Dağılımı	
	n(%)
Sadece antidepresan	32 (58,2)
Antidepresan+Antipsikotik	23 (41,8)

Tablo-16: Otojen ve Reaktif Grupların Kullanmakta Olduğu Tedaviler Açısından Dağılımı ve Karşılaştırılması			
	Otojen n(%)	Reaktif n(%)	p
Sadece antidepresan	10 (50,0)	22 (62,9)	0,643
Antidepresan+Antipsikotik	10 (50,0)	13 (37,1)	0,227

4.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırması:

4.3.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):

Gruplar BDÖ ve BAÖ açısından karşılaştırıldığında, OKG ile KG arasından hem BDÖ ($p<0,001$) hem de BAÖ puanları ($p=0,010$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. OKG’de ortalama BDÖ puanı $13,77\pm7,9$ iken KG’de $4,12\pm1,4$ puan olarak bulunmuştur. OKG’de ortalama BAÖ puanı $11,69\pm8,6$ iken KG’de $3,6\pm1,3$ olarak tespit edilmiştir. Alt tipler açısından incelendiğinde ise OG, RG ve KG arasında BDÖ puanları açısından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Ortalama BDÖ puanları OG ve RG arasından benzerlik gösterirken, her iki grubun ortalama BDI puanları KG’den farklı bulunmuştur. Alt tiplerin ortalama BAÖ puanları açısından ise OG ile RG, RG ile KG benzer bulunurken OG ile KG arasında fark vardır ($p=0,012$).

Tablo-17: OKB ve Kontrol Grubunun BDÖ ve BAÖ Puanları			
	OKB $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	<i>p</i>
BDÖ	13,77±7,9	4,12±1,4	<0,001*
BAÖ	11,69±8,6	3,6±1,3	0,010*

Tablo-18: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarının BDÖ ve BAÖ Puanları					
	n	Otojen $\bar{x} \pm ss$	Reaktif $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	<i>p</i>
BDÖ	92	15,96±8,0 ^a	12,30±7,7 ^a	4,12±1,5 ^b	<0,001*
BAÖ	73	13,15±8,2 ^a	10,69±8,8 ^{a,c}	3,57±1,3 ^{b,c}	0,012*

*Aynı harfler benzerliği ifade ederken farklı harfler farklılığı göstermektedir.

4.3.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKÖ):

Y-BOKÖ puanları açısından OKB grubunda Y-BOKÖ-toplam puanı $27,48\pm10,362$, Y-BOKÖ-içgörü puanı $2,25\pm0,934$ ve Y-BOKÖ-genel şiddet puanı $3,42\pm1,426$ olarak bulunmuştur. Y-BOKÖ açısından alt tipler incelendiğinde, OG ile

RG arasında Y-BOKÖ içgörü puanı ($p=0,041$) ve Y-BOKÖ güvenilirlik puanı ($p=0,003$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo-19: OKB Grubunun Y-BOKÖ puanları

	OKB $\bar{x} \pm ss$
Y-BOKÖ-Obsesyon	13,84±5,212
Y-BOKÖ-Kompulsiyon	13,64±5,236
Y-BOKÖ-Toplam	27,48±10,362
Y-BOKÖ-İçgörü	2,25±0,934
Y-BOKÖ-Şiddet	3,42±1,426
Y-BOKÖ-Güvenilirlik	2,06±0,694

Tablo-20: Otojen ve Reaktif Gruplarda Y-BOKÖ puanları

	Otojen $\bar{x} \pm ss$	Reaktif $\bar{x} \pm ss$	<i>p</i>
Y-BOKÖ-Obsesyon	15,00±5,5	13,05±5,2	0,136
Y-BOKÖ-Kompulsiyon	14,67±5,5	12,95±5,0	0,183
Y-BOKÖ-Toplam	29,67±10,9	26,00±9,8	0,142
Y-BOKÖ-İçgörü	2,59±0,84	2,08±0,9	0,041*
Y-BOKÖ-Şiddet	3,74±1,5	3,20±1,3	0,134
Y-BOKÖ-Güvenilirlik	2,37±0,5	1,85±0,6	0,003*

4.3.3. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30):

ÜBÖ puanları açısından OKG ve KG arasında ÜBÖ-kontrol edilemezlik ve tehlike ($p<0,001$), ÜBÖ-düşünceleri kontrol ihtiyacı ($p<0,001$), ÜBÖ-bilişsel farkındalık ($p=0,001$) ve ÜBÖ-toplam ($p<0,001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Alt tipler arasında yapılan değerlendirmede ÜBÖ-olumlu inanç puanları açısından OG, RG ve KG arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,017$). Burada, OG ve RG ölçek puanları farklı iken her iki grup ile KG arasında anlamlı fark saptanmamıştır. OG, RG ve KG arasında ÜBÖ-kontrol edilemezlik ve

tehlike ($p<0,001$), ÜBÖ-düşünceleri kontrol ihtiyacı ($p<0,001$), ÜBÖ-bilişsel farkındalık ($p=0,001$) ve ÜBÖ-toplam ($p<0,001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Burada, OG ve RG birbirleri ile benzer bulunurken KG'den farklı bulunmuştur.

Tablo-21: OKB ve Kontrol Gruplarının ÜBÖ-30 puanları			
	OKB $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	p
ÜBO-Oİ	11,19±4,636	11,03±4,053	0,954
ÜBO-KET	16,42±4,359	12,81±4,057	<0,001*
ÜBO-BG	14,13±5,471	13,01±3,816	0,440
ÜBO-DKİ	16,91±4,195	12,52±3,565	<0,001*
ÜBO-BF	16,93±3,086	14,75±3,747	0,001*
ÜBO-T	75,58±15,468	63,93±12,749	<0,001*

Tablo-22: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarının ÜBÖ-30 puanları				
	Otojen $\bar{x} \pm ss$	Reaktif $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	p
ÜBO-Oİ	9,62±5,01 ^{a,c}	12,25±4,09 ^{b,c}	11,03±4,05 ^c	0,017*
ÜBO-KET	17,89±4,64 ^a	15,43±3,9 ^a	12,81±4,1 ^b	<0,001*
ÜBO-BG	15,56±6,1	13,18±4,9	13,02±3,8	0,222
ÜBO-DKİ	18,52±3,9 ^a	15,83±4,04 ^a	12,52±3,6 ^b	<0,001*
ÜBO-BF	17,26±2,9 ^a	16,70±3,22 ^a	14,74±3,8 ^b	0,001*

ÜBO-T	16,70±3,2 ^a	73,37±14,30 ^a	63,93±12,8 ^b	<0,001*
--------------	------------------------	--------------------------	-------------------------	---------

*Aynı harfler benzerliği ifade ederken farklı harfler farklılığı göstermektedir.

4.4. Nörobilişsel Test Sonuçlarının Karşılaştırması:

4.4.1. İz Sürme Testi (Trail Making Test, TMT):

OKG ve KG, TMT süreleri açısından karşılaştırıldığında her iki grup arasında TMT-A ($p=0,001$), TMT-B ($p<0,001$) ve TMT B-A ($p<0,001$) süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Alt tipler açısından ise, yine hem TMT-A ($p=0,003$) hem TMT-B ($p<0,001$) hem de TMT B-A ($p<0,001$) süreleri arasında OG, RG ve KG arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Burada, OG ve RG grupları birbiri ile benzer iken KG'den farklıdırlar.

Tablo-23: OKB ve Kontrol Gruplarında İz Sürme Testi Süreleri			
	OKB $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	<i>p</i>
TMT-A süresi (sn)	37,64±19,9	29,25±16,4	0,001*
TMT-B süresi (sn)	93,84±44,7	59,70±30,2	<0,001*
TMT B-A süresi (sn)	56,15±31,1	30,42±17,0	<0,001*

Tablo-24: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarında İz Sürme Testi Süreleri				
	Otojen $\bar{x} \pm ss$	Reaktif $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	<i>p</i>
TMT-A süresi (sn)	40,11±20,2 ^a	35,97±19,9 ^a	55,03±22,5 ^b	0,003*
TMT-B süresi (sn)	95,15±38,4 ^a	92,95±48,9 ^a	56,90±35,9 ^b	<0,001*
TMT B-A süresi (sn)	55,03±22,5 ^a	59,70±30,3 ^a	30,42±17,1 ^b	<0,001*

*Aynı harfler benzerliği ifade ederken farklı harfler farklılığı göstermektedir.

4.4.2. Stroop Testi:

OKG ve KG arasında Stroop Test süreleri açısından 1., 2., 3., 4. Ve 5. kart süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Alt tipler arasında ise, yine tüm kart süreleri arasında OG, RG ve KG arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup OG ile RG birbirlerine benzer iken KG'den farklıdırlar.

Tablo-25: OKB ve Kontrol Gruplarında Stroop Testi Süreleri			
	OKB $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	p
1.kart süre	9,16±2,1	8,50±1,93	0,018*
2.kart süre	10,37±2,9	9,40±3,0	0,008*
3.kart süre	12,63±3,1	10,98±2,57	<0,001*
4.kart süre	16,34±5,4	14,06±4,7	0,001*
5.kart süre	25,00±8,2	20,38±6,2	0,001*

Tablo-26: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarında Stroop Testi Süreleri				
	Otojen $\bar{x} \pm ss$	Reaktif $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	p
1.kart süre	9,22±1,6 ^a	9,13±2,4 ^a	8,5±1,9 ^b	0,036*
2.kart süre	10,22±2,3 ^a	10,48±3,2 ^a	9,40±3,0 ^b	0,026*
3.kart süre	12,66±2,8 ^a	12,60±3,3 ^a	10,99±2,6 ^b	0,001*
4.kart süre	16,78±5,5 ^a	16,05±5,5 ^a	14,06±4,7 ^b	0,002*
5.kart süre	25,89±8,3 ^a	24,4±8,3 ^a	20,39±6,17 ^b	0,002*

*Aynı harfler benzerliği ifade ederken farklı harfler farklılığı göstermektedir.

4.4.3. İşitsel-Sözel Öğrenme Testi (Auditory Verbal Learning Test, AVL T) :

OKG ve KG arasında İşitsel-Sözel Öğrenme Test skorları açısından anlık bellek, sözel öğrenme, bozucu etki, hatırd tutma, gecikmiş hatırlama ve tanıma skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Alt tipler arasında da anlık bellek, sözel öğrenme, bozucu etki, hatırd tutma, gecikmiş hatırlama ve tanıma skorları arasında OG, RG ve KG arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark tespit edilmiş olup OG ile RG birbirlerine benzer iken KG'den farklıdırlar.

Tablo-27: OKB ve Kontrol Gruplarında İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Sonuçları			
	OKB $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	p
Anlık bellek	7,28±2,0	8,61±1,8	<0,001*
Sözel öğrenme	51,85±9,9	61,08±6,1	<0,001*
Bozucu etki	6,31±2,2	7,94±2,4	<0,001*
Hatırda tutma	10,67±2,7	12,97±1,8	<0,001*
Gecikmiş hatırlama	10,27±2,8	12,79±1,8	<0,001*
Tanıma	13,15±2,5	14,11±1,2	0,011*

Tablo-28: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarında İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Sonuçları				
	Otojen $\bar{x} \pm ss$	Reaktif $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	p
Anlık bellek	7,07±2,2 ^a	7,43±1,97 ^a	8,62±1,8 ^b	0,001*
Sözel öğrenme	50,07±11 ^a	53,05±8,5 ^a	61,08±6,2 ^b	<0,001*
Bozucu etki	5,7±2,2 ^a	6,73±2,15 ^a	7,94±2,5 ^b	<0,001*
Hatırda tutma	9,96±3,0 ^a	11,15±2,3 ^a	12,97±1,8 ^b	<0,001*
Gecikmiş hatırlama	9,74±3,6 ^a	10,62±2,2 ^a	12,79±1,8 ^b	<0,001*
Tanıma	12,93±3,4 ^a	13,30±1,6 ^a	14,12±1,2 ^b	0,010*

*Aynı harfler benzerliği ifade ederken farklı harfler farklılığı göstermektedir.

4.4.4. Wisconsin Kart Eşleme Testi (Wisconsin Card Sorting Test, WCST):

OKG ve KG arasında Wisconsin Kart Eşleme Test skorları açısından toplam doğru sayısı, toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı, perseveratif olmayan hata sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı, tamamlanan kategori sayısı, ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı ve öğrenmeyi öğrenme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Alt tipler arasında da toplam doğru sayısı, toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı, perseveratif olmayan hata sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı, tamamlanan kategori sayısı, ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı ve öğrenmeyi öğrenme puanı arasında OG, RG ve KG arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş olup OG ile RG birbirlerine benzer iken KG'den farklıdır.

Tablo-29: OKB ve Kontrol Gruplarında Wisconsin Kart Eşleme Testi Sonuçları			
	OKB $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	p
Toplam doğru sayısı	45,5±6,7	52,52±4,07	<0,001*
Toplam hata sayısı	18,54±6,7	11,47±4,1	<0,001*
Perseveratif tepki sayısı	10,45±6,3	6,13±2,8	<0,001*
Perseveratif hata sayısı	9,46±4,9	5,70±2,2	<0,001*
Perseveratif olmayan hata sayısı	9,07±3,7	5,78±2,6	<0,001*
Kavramsal düzey tepki sayısı	41,24±9,4	50,00±6,0	<0,001*
Tamamlanan kategori sayısı	3,19±1,1	0,98±4,0	<0,001*
İlk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı	14,16±4,7	3,52±12,8	0,028*
Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı	0,49±0,66	0,37±0,76	0,077
Öğrenmeyi öğrenme puanı	-3,90±9,2	-1,33±3,9	0,265

Tablo-30: Otojen, Reaktif ve Kontrol Gruplarında Wisconsin Kart Eşleme Testi Sonuçları				
	Otojen $\bar{x} \pm ss$	Reaktif $\bar{x} \pm ss$	Kontrol $\bar{x} \pm ss$	p
Toplam doğru sayısı	45,33±6,5 ^a	45,55±6,9 ^a	52,52±4,1 ^b	<0,001*
Toplam hata sayısı	18,67±6,5 ^a	18,45±6,9 ^a	11,48±4,1 ^b	<0,001*
Perseveratif tepki sayısı	11,11±7,6 ^a	10,00±5,5 ^a	6,13±2,8 ^b	<0,001*
Perseveratif hata sayısı	10,00±5,8 ^a	9,1±4,3 ^a	5,70±2,2 ^b	<0,001*
Perseveratif olmayan hata sayısı	8,67±3,8 ^a	9,35±3,8 ^a	5,78±2,6 ^b	<0,001*
Kavramsal düzey tepki sayısı	41,63±8,4 ^a	40,97±10,1 ^a	50,00±6,0 ^b	<0,001*

Tamamlanan kategori sayısı	3,15±0,9 ^a	3,23±1,23 ^a	4,03±0,98 ^b	<0,001*
İlk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı	13,78±3,9	14,43±5,2	12,84±3,5	0,080
Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı	0,48±0,6	0,50±0,7	0,37±0,8	0,205
Öğrenmeyi öğrenme puanı	-7,28±9,2 ^a	8,45±-1,6 ^a	-1,33±3,9 ^b	0,015*

*Aynı harfler benzerliği ifade ederken farklı harfler farklılığı göstermektedir.

4.5. Korelasyon Analizleri:

4.5.1. Klinik Özelliklerle Ölçek ve Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi:

4.5.1.1. Y-BOKÖ, BDÖ, BAÖ:

OKB grubu:

OKB grubunda yaş ile BDÖ puanları arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon mevcuttur. OKB hastalarında yaş arttıkça BDÖ puanları azalmaktadır (rho=-0,283; p<0,020).

Son tedavi süresi ile Y-BOKÖ-toplam puanları arasında orta düzeyde negatif korelasyon mevcuttur (rho=-0,424; p<0,001). Hastalarda son tedavi süresi uzadıkça Y-BOKÖ-toplam puanları düşmektedir. Son tedavi süresi ile Y-BOKÖ-içgörü (rho=-0,289; p<0,033) ve Y-BOKÖ-şiddet puanları (rho=-0,285; p<0,035) arasında da zayıf düzeyde negatif korelasyon vardır. Hastalarda son tedavi süresi uzadıkça ölçek puanları düşmektedir.

Otojen grup:

Yapılan korelasyon analizlerine göre OG yaşları ile Y-BOKÖ-toplam puanları arasında orta düzeyde negatif korelasyon mevcuttur (rho=-0,535; p<0,004). Hastaların yaşları arttıkça ölçek puanları düşmektedir. Hastaların yaşları ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında da orta düzeyde negatif korelasyon mevcuttur (rho=-0,535; -0,512). Hastaların yaşları arttıkça ölçek puanları düşmektedir.

Hastalık süresi ile hem Y-BOKÖ-toplam ve Y-BOKÖ-genel şiddet hem de BDÖ ve BAÖ puanları arasında da negatif yönde orta düzeyde korelasyon mevcuttur ($\rho=-0,466$; $-0,498$; $0,394$; $-0,441$). Hastalık süresi uzadıkça ölçek puanları düşmektedir.

Tablo-31: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle Ölçek Puanlarının İlişkisi					
	Y-BOKÖ Toplam	Y-BOKÖ İçgörü	Y-BOKÖ Şiddet	BDÖ	BAÖ
Yaş					
<i>rho</i>	-0,535*	-0,111	-0,298	-0,535*	-0,512*
<i>p</i>	0,004	0,581	0,131	0,004	0,006
Eğitim süresi					
<i>rho</i>	-0,021	-0,256	-0,213	0,127	-0,217
<i>p</i>	0,919	0,197	0,286	0,529	0,278
Hastalık başlangıç yaşı					
<i>rho</i>	-0,257	0,007	-0,014	-0,267	-0,173
<i>p</i>	0,195	0,972	0,946	0,178	0,388
Son tedavi süresi					
<i>rho</i>	-0,425	-0,165	-0,154	-0,131	-0,027
<i>p</i>	0,062	0,488	0,518	0,581	0,910
Hastalık süresi					
<i>rho</i>	-0,466*	-0,252	-0,498*	-0,394*	-0,441*
<i>p</i>	0,016	0,215	0,010	0,046	0,024

Reaktif grup:

RG'de son tedavi süresi ile Y-BOKÖ-toplam puanları arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon mevcuttur ($\rho=-0,361$; $p=0,033$). Hastaların tedavi süreleri uzadıkça Y-BOKÖ puanları azalmaktadır.

Hastalık süresi ile Y-BOKÖ-toplam puanları arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon mevcuttur ($\rho=0,321$; $p=0,043$). Hastalık süresi uzadıkça Y-BOKÖ-toplam puanları artmaktadır.

Tablo-32: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle Ölçek Puanlarının İlişkisi					
	Y-BOKÖ Toplam	Y-BOKÖ İçgörü	Y-BOKÖ Şiddet	BDÖ	BAÖ
Yaş					
<i>rho</i>	0,218	0,086	0,109	-0,115	0,088
<i>p</i>	0,177	0,596	0,503	0,480	0,592
Eğitim süresi					
<i>rho</i>	-0,249	-0,233	-0,155	0,164	0,061
<i>p</i>	0,122	0,148	0,341	0,313	0,710
Hastalık başlangıç yaşı					
<i>rho</i>	-0,003	-0,094	-0,003	-0,140	-0,028
<i>p</i>	0,983	0,564	0,986	0,390	0,867
Son tedavi süresi					
<i>rho</i>	-0,361*	-0,251	-0,292	0,035	-0,095
<i>p</i>	0,033	0,143	0,088	0,840	0,595
Hastalık süresi					
<i>rho</i>	0,321*	0,220	0,192	-0,056	0,105
<i>p</i>	0,043	0,172	0,236	0,732	0,525

4.5.1.2. ÜBÖ-30:

OKB grubu:

OKG'de hastaların yaş, eğitim süresi, hastalık başlangıç yaşı, son tedavi süresi ve hastalık süresi ile ÜBÖ-30 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Otojen grup:

OG'de hastaların yaşları ile ÜBÖ-düşünceleri kontrol ihtiyacı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır, hastaların yaşları arttıkça ÜBÖ-düşünceleri kontrol ihtiyacı puanı düşmektedir ($\rho=-0,405$; $p=0,036$).

Tablo-33: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle Üstbilis Ölçeği-30 Puanlarının İlişkisi						
	ÜBÖ Oİ	ÜBÖ KET	ÜBÖ BG	ÜBÖ DKE	ÜBÖ BF Übo-5	ÜBÖ Toplam
Yaş						
<i>rho</i>	0,067	-0,097	0,042	-0,405*	-0,151	-0,077
<i>p</i>	0,741	0,630	0,835	0,036	0,452	0,704
Eğitim süresi						
<i>rho</i>	0,049	0,023	-0,158	-0,183	0,136	-0,006
<i>p</i>	0,808	0,909	0,432	0,361	0,500	0,978
Hastalık başlangıç yaşı						
<i>rho</i>	-0,065	-0,033	-0,019	-0,210	-0,037	-0,071
<i>p</i>	0,749	0,871	0,924	0,293	0,854	0,726
Son tedavi süresi						
<i>rho</i>	0,356	-0,281	-0,071	-0,268	0,101	-0,038
<i>p</i>	0,124	0,230	0,765	0,253	0,671	0,872
Hastalık süresi						
<i>rho</i>	0,096	-0,070	0,097	-0,238	-0,121	0,013
<i>p</i>	0,640	0,735	0,636	0,241	0,556	0,951

Reaktif grup:

RG'de hastaların yaş, eğitim süresi, hastalık başlangıç yaşı, son tedavi süresi ve hastalık süresi ile ÜBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo-34: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle Üstbilis Ölçeği-30 Puanlarının İlişkisi						
	ÜBÖ Oİ	ÜBÖ KET	ÜBÖ BG	ÜBÖ DKE	ÜBÖ BF Übo-5	ÜBÖ Toplam
Yaş						
<i>rho</i>	0,074	0,140	-0,156	0,213	0,049	0,045
<i>p</i>	0,650	0,388	0,337	0,187	0,763	0,781
Eğitim süresi						

<i>rho</i>	0,041	0,136	0,071	0,061	0,122	0,132
<i>p</i>	0,800	0,403	0,662	0,710	0,453	0,416
Hastalık başlangıç yaşı						
<i>rho</i>	0,007	0,152	-0,013	-0,063	-0,124	-0,015
<i>p</i>	0,968	0,348	0,934	0,698	0,444	0,927
Son tedavi süresi						
<i>rho</i>	-0,090	-0,064	0,108	0,014	-0,302	-0,008
<i>p</i>	0,608	0,714	0,539	0,935	0,078	0,962
Hastalık süresi						
<i>rho</i>	-0,028	-0,225	-0,258	0,197	0,065	-0,112
<i>p</i>	0,865	0,163	0,108	0,222	0,692	0,491

4.5.1.3. TMT:

OKB grubu:

OKG'de hastaların yaşı ile TMT-A, TMT-B ve TMT B-A süreleri arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,450$; $0,528$; $0,508$). Hastaların yaşı arttıkça test süreleri de artmaktadır.

Hastalarda eğitim süresi ile TMT-A ve TMT B-A süreleri arasında negatif yönde zayıf ($\rho=-0,393$; $-0,359$), TMT-B süresi ile negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,412$). Eğitim süresi arttıkça test süreleri azalmaktadır.

Hastalık başlangıç yaşı ile TMT-A, TMT-B ve TMT B-A süreleri arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır ($\rho=0,283$; $0,342$; $0,312$). Hastalık başlangıç yaşı arttıkça test süreleri uzamaktadır.

Hastalık süresi ile TMT-A, TMT-B ve TMT B-A süreleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır ($\rho=0,365$; $0,365$; $0,327$). Hastalık süresi uzadıkça test süreleri artmaktadır.

Otojen grup:

OKG’de hastaların yaşı ile TMT-B ve TMT B-A süreleri arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki vardır ($\rho=0,414$; $0,476$). Hastaların yaşı arttıkça TMT-B ve TMT B-A süreleri uzamaktadır.

Hastaların son tedavi süreleri ile TMT-B süresi arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki vardır ($\rho=0,458$; $p=0,042$). Tedavi süresi uzadıkça TMT-B süresi de uzamaktadır.

Tablo-35: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle TMT Sürelerinin İlişkisi					
	Yaş	Eğitim süresi	Hastalık başlangıç yaşı	Son tedavi süresi	Hastalık süresi
TMT-A					
<i>rho</i>	0,303	-0,319	0,187	0,378	0,281
<i>p</i>	0,125	0,105	0,349	0,100	0,164
TMT-B					
<i>rho</i>	0,414*	-0,274	0,311	0,458*	0,232
<i>p</i>	0,032	0,166	0,114	0,042	0,254
TMT B-A					
<i>rho</i>	0,476*	-0,235	0,393*	0,398	0,173
<i>p</i>	0,012	0,239	0,043	0,082	0,397

Reaktif grup:

RG’de hastaların yaşı ile TMT-A ve TMT B-A arasında pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,555$; $0,513$), TMT-B ile pozitif yönde iyi düzeyde ($\rho=0,619$) bir ilişki vardır. Hastaların yaşı arttıkça test süreleri uzamaktadır.

Eğitim süresi ile TMT-A, TMT-B ve TMT B-A süreleri arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,494$; $-0,513$; $-0,477$). Hastaların eğitim süreleri arttıkça test süreleri azalmaktadır.

Son tedavi süresi ile TMT-A süresi arasında pozitif yönde zayıf düzey ilişki vardır ($\rho=0,355$). Tedavi süresi uzadıkça TMT-A süresi de uzamaktadır.

Hastalık süresi ile TMT-A süresi arasında pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,410$), TMT B-A süresi ile ise zayıf düzeyde ($\rho=0,364$) bir ilişki vardır. Hastalık süresi uzadıkça TMT-A ve TMT B-A süreleri uzamaktadır.

Tablo-36: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle TMT Sürelerinin İlişkisi

	Yaş	Eğitim süresi	Hastalık başlangıç yaşı	Son tedavi süresi	Hastalık süresi
TMT-A					
<i>rho</i>	0,555*	-0,494*	0,349*	0,355*	0,410*
<i>p</i>	0,001	0,001	0,027	0,037	0,009
TMT-B					
<i>rho</i>	0,619*	-0,513*	0,362*	0,075	0,417
<i>p</i>	0,001	0,001	0,022	0,669	0,007
TMT B-A					
<i>rho</i>	0,513*	-0,477*	0,263	-0,044	0,364*
<i>p</i>	0,001	0,002	0,101	0,800	0,021

4.5.1.4. Stroop Testi:

OKB grubu:

OKG'de hastaların yaşı ile 5. kart süresi arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,402$; $p=0,001$). Hastaların yaşı arttıkça kart süresi artmaktadır.

Eğitim süresi ile 5. kart süresi arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. ($\rho=-0,484$; $p=0,001$). Hastaların eğitim süresi arttıkça kart süresi azalmaktadır.

Hastalık başlangıç yaşı ile 5. Kart süresi arasında pozitif yönde zayıf düzey ilişki vardır ($\rho=0,326$; $p=0,007$). Hastalık başlangıç yaşı yükseldikçe kartı okuma süresi artmaktadır.

Hastalık süresi ile kartı okuma süresi arasında pozitif yönde zayıf düzey ilişki vardır ($\rho=0,264$; $p=0,032$). Hastalık süresi uzadıkça kartı okuma süresi artmaktadır.

Otojen grup:

OG'de hastaların eğitim süreleri ile 5. kartı okuma süresi arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,561$; $p=0,002$). Eğitim süresi arttıkça kartı okuma süresi azalmaktadır.

Tablo-37: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle Stroop Testi 5. Kartı Okuma Süresinin İlişkisi					
	Yaş	Eğitim süresi	Hastalık başlangıç yaşı	Son tedavi süresi	Hastalık süresi
5. kart süresi					
ρ	0,219	-0,561*	0,362	-0,169	0,000
p	0,272	0,002	0,063	0,400	0,999

Reaktif grup:

RG'de hastaların yaşı ile 5. kartı okuma süresi arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,543$; $p=0,001$). Hastaların yaşı arttıkça kartı okuma süresi artmaktadır.

Eğitim süresi ile 5. kartı okuma süresi arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,514$; $p=0,001$). Hastaların eğitim süresi arttıkça kartı okuma süresi azalmaktadır.

Hastalık süresi ile 5. kartı okuma süresi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,392$; $p=0,012$). Hastalık süresi uzadıkça kartı okuma süresi artmaktadır.

Tablo-38: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle Stroop Testi 5. Kartı Okuma Süresinin İlişkisi					
	Yaş	Eğitim süresi	Hastalık başlangıç yaşı	Son tedavi süresi	Hastalık süresi

5. kart süresi					
<i>rho</i>	0,543*	-0,514*	0,305	0,118	0,392*
<i>p</i>	0,001	0,001	0,056	0,468	0,012

4.5.1.5. AVL T:

OKB grubu:

OKG’de hastaların yaşları ile anlık bellek, sözel öğrenme, bozucu etki ve hatırd tutma skorları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,264$; $-0,269$; $-0,282$; $-0,251$). Hastaların yaşı arttıkça testte bu skorlarda aldıkları puan düşmektedir.

Eğitim süresi ile sözel öğrenme, hatırd tutma, gecikmiş hatırlama ve tanıma skorları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,360$; $0,295$; $0,283$; $0,285$). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça bu skorlarda artış olmaktadır.

Otojen grup:

OG’de hastaların eğitim süresi ile bozucu etki arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. ($\rho=0,422$; $p=0,028$). Eğitim süresi arttıkça bozucu etki skorunda artma olmaktadır.

Hastalık başlangıç yaşı ile sözel öğrenme skoru arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($\rho=-0,390$), anlık bellek ve hatırd tutma skorları arasında negatif yönde orta düzeyde ($\rho=-0,463$; $-0,419$) bir ilişki mevcuttur. Hastalık başlangıç yaşı büyüdükçe anlık bellek, sözel öğrenme ve hatırd tutma skorlarında düşme olmaktadır.

Tablo-39: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Skorlarının İlişkisi					
	Yaş	Eğitim süresi	Hastalık başlangıç yaşı	Son tedavi süresi	Hastalık süresi
Anlık bellek					

<i>rho</i>	-0,174	0,247	-0,463*	-0,107	0,224
<i>p</i>	0,385	0,215	0,015	0,653	0,270
Sözel öğrenme					
<i>rho</i>	-0,256	0,316	-0,390*	0,008	0,052
<i>p</i>	0,198	0,109	0,044	0,972	0,800
Bozucu etki					
<i>rho</i>	-0,345	0,422*	-0,326	-0,432	-0,052
<i>p</i>	0,078	0,028	0,097	0,057	0,800
Hatırda tutma					
<i>rho</i>	-0,238	0,253	-0,419*	-0,095	0,213
<i>p</i>	0,233	0,203	0,030	0,690	0,293
Gecikmiş hatırlama					
<i>rho</i>	-0,105	0,134	-0,261	-0,037	0,222
<i>p</i>	0,610	0,505	0,189	0,876	0,275
Tanıma					
<i>rho</i>	-0,271	0,223	-0,284	0,242	-0,046
<i>p</i>	0,172	0,263	0,151	0,304	0,822

Reaktif grup:

RG’de hastaların yaşı ile anlık bellek ve sözel öğrenme skorları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır ($\rho=-0,337$; $-0,327$). Hastaların yaşı arttıkça test skorları azalmaktadır.

Hastaların eğitim süresi ile hatırd tutma skoru arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($\rho=0,373$), sözel öğrenme ve gecikmiş hatırlama skorları arasında pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,426$; $0,420$) bir ilişki vardır. Hastaların eğitim süresi arttıkça test skorlarında artma olmaktadır.

Son tedavi süresi ile hatırd tutma ve gecikmiş hatırlama skorları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,384$; $0,384$). Hastaların son tedavi süresi uzadıkça test skorları azalmaktadır.

Hastalık süresi ile sözel öğrenme, hatırd tutma ve gecikmiş hatırlama skorları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,313$; $-0,339$; $-0,400$). Hastalık süresi uzadıkça test skorlarında azalma olmaktadır.

Tablo-40: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Skorlarının İlişkisi					
	Yaş	Eğitim süresi	Hastalık başlangıç yaşı	Son tedavi süresi	Hastalık süresi
Anlık bellek					
<i>rho</i>	-0,337*	0,281	-0,174	-0,214	-0,239
<i>p</i>	0,033	0,079	0,283	0,217	0,138
Sözel öğrenme					
<i>rho</i>	-0,327*	0,426*	-0,147	-0,166	-0,313*
<i>p</i>	0,040	0,006	0,364	0,342	0,049
Bozucu etki					
<i>rho</i>	-0,244	0,216	-0,039	-0,007	-0,281
<i>p</i>	0,130	0,182	0,811	0,967	0,079
Hatırda tutma					
<i>rho</i>	-0,271	0,373*	-0,143	-0,384*	-0,339*
<i>p</i>	0,090	0,018	0,378	0,023	0,032
Gecikmiş hatırlama					
<i>rho</i>	-0,257	0,420*	-0,046	-0,384*	-0,400*
<i>p</i>	0,110	0,007	0,776	0,023	0,011
Tanıma					
<i>rho</i>	-0,064	0,262	-0,038	-0,006	-0,079
<i>p</i>	0,694	0,102	0,814	0,971	0,628

4.5.1.6. WCST:

OKB grubu:

OKG’de hastaların yaşı ile toplam doğru sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı ve tamamlanan kategori sayısı arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($\rho=-0,341$; $-0,365$; $-0,385$). Hastaların yaşı arttıkça bu test skorlarında azalma olmaktadır. Hastaların yaşı ile toplam hata sayısı, perseveratif

tepki sayısı, perseveratif hata sayısı ve kurulumu sürdürmede başarısızlık puanları arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,341; 0,392; 0,374; 0,250$). Hastaların yaşı arttıkça bu test skorlarında artma olmaktadır. Eğitim süresi ile toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı ve perseveratif olmayan hata sayısı arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,369; -0,284; -0,282; -0,326$).

Hastaların eğitim süreleri arttıkça bu skorlarda düşme olmaktadır. Eğitim süresi ile toplam doğru sayısı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($\rho=0,369$), kavramsal düzey tepki sayısı ve tamamlanan kategori sayısı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,444; 0,415$) bir ilişki vardır. Hastaların eğitim süresi arttıkça bu skorlarda artma olmaktadır.

Hastalık başlangıç yaşı ile toplam doğru sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı ve tamamlanan kategori arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,347; -0,342; -0,262$). Hastalık başlangıç yaşı büyüdükçe bu skorlarda düşme olmaktadır. Hastalık başlangıç yaşı ile toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı ve perseveratif olmayan hata sayısı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho= 0,347; 0,256; 0,270; 0,303$).

Otojen grup:

OG’de eğitim süresi ile ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,394; p=0,042$). Hastaların eğitim süresi arttıkça ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı azalmaktadır.

Tablo-41: Otojen Grupta Klinik Özelliklerle Wisconsin Kart Eşleme Testi Skorlarının İlişkisi					
	Yaş	Eğitim süresi	Hastalık başlangıç yaşı	Son tedavi süresi	Hastalık süresi
Toplam doğru sayısı					
<i>rho</i>	-0,155	0,379	-0,333	-0,044	0,199
<i>p</i>	0,439	0,051	0,089	0,855	0,330

Toplam hata sayısı					
<i>rho</i>	0,155	-0,379	0,333	0,044	-0,199
<i>p</i>	0,439	0,051	0,089	0,855	0,330
Perseveratif tepki sayısı					
<i>rho</i>	0,231	-0,214	0,285	0,127	-0,151
<i>p</i>	0,246	0,284	0,150	0,595	0,461
Perseveratif hata sayısı					
<i>rho</i>	0,204	-0,214	0,323	0,099	-0,217
<i>p</i>	0,307	0,285	0,100	0,677	0,286
Perseveratif olmayan hata sayısı					
<i>rho</i>	-0,166	-0,274	0,030	-0,151	-0,212
<i>p</i>	0,409	0,167	0,880	0,526	0,299
Kavramsal düzey tepki sayısı					
<i>rho</i>	-0,133	0,380	-0,299	0,009	0,185
<i>p</i>	0,507	0,051	0,130	0,971	0,365
Tamamlanan kategori sayısı					
<i>rho</i>	-0,074	0,373	-0,203	0,016	0,174
<i>p</i>	0,714	0,055	0,311	0,948	0,394
İlk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı					
<i>rho</i>	0,074	-0,394*	0,103	-0,043	-0,038
<i>p</i>	0,713	0,042	0,611	0,856	0,855
Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı					
<i>rho</i>	0,069	0,109	0,165	0,088	-0,104
<i>p</i>	0,732	0,598	0,410	0,711	0,615
Öğrenmeyi öğrenme					

puanı	-0,086	0,111	-0,246	-0,182	0,153
rho	0,670	0,583	0,216	0,443	0,457
p					

Reaktif grup:

RG'de hastaların yaşı ile toplam doğru sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı ve tamamlanan kategori sayısı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,478$; $-0,528$; $-0,539$). Hastaların yaşı arttıkça test skorlarında düşme olmaktadır. Hastaların yaşları ile perseveratif olmayan hata sayısı ve kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($\rho=0,384$; $0,371$), toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı ve perseveratif hata sayısı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,478$; $0,518$; $0,495$) bir ilişki bulunmaktadır. Hastaların yaşları arttıkça test skorlarında artış olmaktadır.

Eğitim süresi ile toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı ve perseveratif olmayan hata sayısı arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,385$; $-0,334$; $-0,326$; $-0,391$). Hastaların eğitim süresi arttıkça test skorlarında düşme olmaktadır. Eğitim süresi ile toplam doğru sayısı ve öğrenmeyi öğrenme puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($\rho=0,385$; $0,322$), kavramsal düzey tepki sayısı ve tamamlanan kategori sayısı arasında ise pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,478$; $0,473$). Hastaların eğitim süresi arttıkça test skorlarında artma olmaktadır.

Hastalık başlangıç yaşı ile toplam doğru sayısı ve kavramsal düzey tepki sayısı arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,368$; $0,398$). Hastalık başlangıç yaşı arttıkça test skorlarında azalma olmaktadır. Hastalık başlangıç yaşı ile toplam hata sayısı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($\rho=0,368$), perseveratif olmayan hata sayısı ile pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,512$) bir ilişki vardır. Hastalık başlangıç yaşı arttıkça test skorları da artmaktadır.

Hastalık süresi ile öğrenmeyi öğrenme puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,396$). Hastalık süresi arttıkça öğrenmeyi öğrenme puanı düşmektedir. Hastalık süresi ile perseveratif tepki sayısı arasında pozitif yönde

zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,339$). Hastalık süresi uzadıkça perseveratif tepki sayısı artmaktadır.

Tablo-42: Reaktif Grupta Klinik Özelliklerle Wisconsin Kart Eşleme Testi Skorlarının İlişkisi					
	Yaş	Eğitim süresi	Hastalık başlangıç yaşı	Son tedavi süresi	Hastalık süresi
Toplam doğru sayısı					
<i>rho</i>	-0,478*	0,385*	-0,368*	-0,282	-0,230
<i>p</i>	0,002	0,014	0,019	0,100	0,154
Toplam hata sayısı					
<i>rho</i>	0,478*	-0,385*	0,368*	0,282	0,230
<i>p</i>	0,002	0,014	0,019	0,100	0,154
Perseveratif tepki sayısı					
<i>rho</i>	0,518*	-0,334*	0,223	0,236	0,339*
<i>p</i>	0,001	0,035	0,168	0,173	0,032
Perseveratif hata sayısı					
<i>rho</i>	0,495*	-0,326*	0,214	0,275	0,330*
<i>p</i>	0,001	0,040	0,184	0,109	0,032
Perseveratif olmayan hata sayısı					
<i>rho</i>	0,384*	-0,391*	0,512*	0,182	0,061
<i>p</i>	0,014	0,013	0,001	0,297	0,710
Kavramsal düzey tepki sayısı					
<i>rho</i>	-0,528*	0,478*	-0,398*	-0,218	-0,263
<i>p</i>	0,001	0,002	0,011	0,209	0,101
Tamamlanan kategori sayısı					
<i>rho</i>	-0,539*	0,473*	-0,305	-0,269	-0,299
<i>p</i>	0,001	0,002	0,055	0,117	0,061

İlk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı					
<i>rho</i>	0,226	-0,124	0,231	0,171	0,194
<i>p</i>	0,161	0,445	0,152	0,326	0,230
Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı					
<i>rho</i>	0,371*	-0,239	0,204	0,187	0,135
<i>p</i>	0,018	0,138	0,208	0,282	0,405
Öğrenmeyi öğrenme puanı					
<i>rho</i>	-0,290	0,322*	-0,008	-0,067	-0,396*
<i>p</i>	0,070	0,043	0,963	0,700	0,011

4.5.2. Y-BOKÖ ile Diğer Ölçek ve Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi:

4.5.2.1. BDÖ ve BAÖ:

OKB grubu:

OKG'de Y-BOKÖ-toplam puanı ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,444$), BAÖ puanı ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($\rho=0,358$) bir ilişki vardır.

Y-BOKÖ-genel şiddet puanı ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardır ($\rho=0,398$; $0,308$).

Y-BOKÖ-içgörü puanı ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır.

Otojen grup:

OG'de Y-BOKÖ-toplam puanı ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,593$), BAÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır ($\rho=0,393$).

Y-BOKÖ-genel şiddet puanı ile BAÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf korelasyon saptanmıştır ($\rho=0,395$).

Y-BOKÖ-içgörü puanı ile BDÖ ve BAÖ arasında ilişki saptanmamıştır.

Reaktif grup:

RG'de Y-BOKÖ-toplam puanı ile BAÖ arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır ($\rho=0,335$). Y-BOKÖ-genel şiddet puanı ile BDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon vardır ($\rho=0,415$).

4.5.2.2. ÜBÖ-30:

OKB grubu:

OKG'de Y-BOKÖ-toplam puanı ile ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,426$), bilişsel farkındalık ve toplam puan arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır ($\rho=0,303$; $0,342$).

Y-BOKÖ-genel şiddet puanı ile düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık ve toplam puan arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır ($\rho=0,343$; $0,286$; $0,346$).

Y-BOKÖ-içgörü puanı ile ÜBÖ-30 puanları arasında ilişki saptanmamıştır.

Otojen grup:

OG'de Y-BOKÖ-toplam puanı ile ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve toplam puan arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon vardır ($\rho=0,526$; $0,506$; $0,433$).

Y-BOKÖ-içgörü puanı ile olumlu inanç ve kontrol edilemezlik ve tehlike puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,426$; 0,459), düşünceleri kontrol ihtiyacı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($\rho=0,396$) korelasyon vardır.

Y-BOKÖ-genel şiddet puanı ile olumlu inanç ve kontrol edilemezlik ve tehlike puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ($\rho=0,421$; 0,412), toplam puan ile arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($\rho=0,382$) korelasyon vardır.

Tablo-43: Otojen Grupta Y-BOKÖ Puanları ile ÜBÖ-30 Puanlarının İlişkisi			
	Y-BOKÖ Toplam	Y-BOKÖ İçgörü	Y-BOKÖ Şiddet
ÜBO-Oİ			
<i>rho</i>	0,105	0,426*	0,421*
<i>p</i>	0,601	0,027	0,029
ÜBO-KET			
<i>rho</i>	0,526*	0,459*	0,412*
<i>p</i>	0,005	0,016	0,032
ÜBO-BG			
<i>rho</i>	0,342	0,234	0,287
<i>p</i>	0,081	0,239	0,147
ÜBO-DKİ			
<i>rho</i>	0,506*	0,396*	0,346
<i>p</i>	0,007	0,041	0,078
ÜBO-BF			
<i>rho</i>	0,374	0,190	0,304
<i>p</i>	0,055	0,342	0,123
ÜBO-T			
<i>rho</i>	0,433*	0,377	0,382*
<i>p</i>	0,024	0,053	0,049

Reaktif grup:

RG'de Y-BOKÖ ile ÜBÖ-30 puanları arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Tablo-44: Reaktif Grupta Y-BOKÖ Puanları ile ÜBÖ-30 Puanlarının İlişkisi			
	Y-BOKÖ Toplam	Y-BOKÖ İçgörü	Y-BOKÖ Şiddet
ÜBO-Oİ			
<i>rho</i>	0,164	0,010	0,232
<i>p</i>	0,311	0,951	0,151
ÜBO-KET			
<i>rho</i>	-0,167	-0,275	-0,079
<i>p</i>	0,303	0,086	0,629
ÜBO-BG			
<i>rho</i>	-0,109	-0,115	0,054
<i>p</i>	0,502	0,482	0,742
ÜBO-DKİ			
<i>rho</i>	0,254	-0,064	0,236
<i>p</i>	0,114	0,693	0,142
ÜBO-BF			
<i>rho</i>	0,289	-0,037	0,207
<i>p</i>	0,070	0,822	0,200
ÜBO-T			
<i>rho</i>	0,111	-0,138	0,203
<i>p</i>	0,495	0,396	0,210

4.5.2.3. TMT ve Stroop Testi:

OKB grubu:

OKG'de Y-BOKÖ puanları ile TMT süreleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Y-BOKÖ ile Stroop Testi 5. kart süresi arasında da anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Otojen grup:

OG'de Y-BOKÖ puanları ile TMT süreleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Y-BOKÖ ile Stroop Testi 5. kart süresi arasında da anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Reaktif grup:

RG'de Y-BOKÖ-içgörü puanı ile TMT B-A süresi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardır ($\rho=0,324$; $p=0,041$).

Y-BOKÖ ile Stroop Testi 5. Kart süresi arasında da anlamlı ilişki saptanmamıştır.

4.5.2.4. AVLT:

OKB grubu:

OKG'de Y-BOKÖ-toplam puanı ile sözel öğrenme skoru arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır ($\rho=-0,241$; $p=0,050$).

Y-BOKÖ-içgörü puanı ile anlık bellek, hatırd tutma, gecikmiş hatırlama ve tanıma skorları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($\rho=-0,308$; $-0,343$; $-0,332$; $-0,250$), sözel öğrenme skoru ile negatif yönde orta düzeyde ($\rho=-0,452$) korelasyon vardır.

Y-BOKÖ-genel şiddet puanı ile anlık bellek, bozucu etki, hatırd tutma ve gecikmiş hatırlama skorları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($\rho=-0,328$; $-0,279$; $-0,328$; $-0,281$), sözel öğrenme skoru ile negatif yönde orta düzeyde ($\rho=-0,404$) korelasyon vardır.

Otojen grup:

OG’de Y-BOKÖ-içgörü puanı ile anlık bellek, sözel öğrenme, hatırd tutma, gecikmiş hatırlama ve tanıma skorları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=-0,418$; 0, 575; 0,558; 0,539; 0,531).

Y-BOKÖ-genel şiddet puanı ile anlık bellek, sözel öğrenme, hatırd tutma ve gecikmiş hatırlama skorları arasında negatif yönde orta düzeyde ($\rho=-0,414$; 0,456; 0,456; 0,415), tanıma skoru ile negatif yönde zayıf düzeyde ($\rho=-0,382$) bir ilişki vardır.

Y-BOKÖ-içgörü puanı ile İşitsel-Sözel Öğrenme Testi skorları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo-45: Otojen Grupta Y-BOKÖ Puanları ile İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Skorlarının İlişkisi			
	Y-BOKÖ Toplam	Y-BOKÖ İçgörü	Y-BOKÖ Şiddet
Anlık bellek			
<i>rho</i>	-0,167	-0,418*	-0,414*
<i>p</i>	0,404	0,030	0,032
Sözel öğrenme			
<i>rho</i>	-0,170	-0,575*	-0,456*
<i>p</i>	0,396	0,002	0,017
Bozucu etki			
<i>rho</i>	0,045	-0,375	-0,369
<i>p</i>	0,822	0,054	0,058
Hatırd tutma			
<i>rho</i>	-0,151	-0,558*	-0,456*
<i>p</i>	0,451	0,003	0,017
Gecikmiş hatırlama			
<i>rho</i>	-0,217	-0,539*	-0,415*
<i>p</i>	0,276	0,004	0,031
Tanım			
<i>rho</i>	-0,181	-0,531*	-0,382*
<i>p</i>	0,366	0,004	0,049

Reaktif grup:

RG’de Y-BOKÖ-toplam puanı ile sözel öğrenme ve bozucu etki skorları arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardır ($\rho=-0,334$; $0,338$).

Y-BOKÖ-içgörü ve genel şiddet puanları ile İşitsel-Sözel Öğrenme Testi skorları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo-46: Reaktif Grupta Y-BOKÖ Puanları ile İşitsel-Sözel Öğrenme Testi Skorlarının İlişkisi			
	Y-BOKÖ Toplam	Y-BOKÖ İçgörü	Y-BOKÖ Şiddet
Anlık bellek			
<i>rho</i>	-0,184	-0,156	-0,176
<i>p</i>	0,255	0,337	0,279
Sözel öğrenme			
<i>rho</i>	-0,334*	-0,284	-0,295
<i>p</i>	0,035	0,076	0,065
Bozucu etki			
<i>rho</i>	-0,338*	-0,019	-0,249
<i>p</i>	0,033	0,240	0,121
Hatırda tutma			
<i>rho</i>	-0,100	-0,018	-0,094
<i>p</i>	0,539	0,912	0,563
Gecikmiş hatırlama			
<i>rho</i>	0,002	-0,015	0,053
<i>p</i>	0,990	0,928	0,745
Tanıma			
<i>rho</i>	0,022	0,191	0,140
<i>p</i>	0,891	0,237	0,389

4.5.2.5. WCST:

OKB grubu:

OKG’de Y-BOKÖ-toplam puanı ile Wisconsin Kart Eşleme Testinde perseveratif tepki sayısı ve perseveratif hata sayısı skorları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,243$; $0,248$). Y-BOKÖ-toplam puanı ile öğrenmeyi öğrenme puanı arasında ise negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon mevcuttur ($\rho=-0,263$).

Y-BOKÖ-içgörü ve genel şiddet puanları ile Wisconsin Kart Eşleme Testi skorları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Otojen grup:

OG’de Y-BOKÖ-içgörü puanı ile ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,395$; $p=0,042$).

Y-BOKÖ-toplam puanı ve genel şiddet puanı ile Wisconsin Kart Eşleme Testi skorları arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Tablo-47: Otojen Grupta Y-BOKÖ puanları ile Wisconsin Kart Eşleme Testi Skorlarının İlişkisi			
	Y-BOKÖ Toplam	Y-BOKÖ İçgörü	Y-BOKÖ Şiddet
Toplam doğru sayısı			
<i>rho</i>	-0,060	-0,340	-0,181
<i>p</i>	0,768	0,083	0,366
Toplam hata sayısı			
<i>rho</i>	0,060	0,340	0,181
<i>p</i>	0,768	0,083	0,366
Perseveratif tepki sayısı			
<i>rho</i>	0,119	0,317	0,215
<i>p</i>	0,555	0,107	0,280
Perseveratif hata sayısı			
<i>rho</i>	0,139	0,343	0,238
<i>p</i>	0,489	0,080	0,231

Perseveratif olmayan hata sayısı			
<i>rho</i>	0,039	0,108	-0,008
<i>p</i>	0,860	0,590	0,968
Kavramsal düzey tepki sayısı			
<i>rho</i>	-0,064	-0,279	-0,133
<i>p</i>	0,749	0,158	0,510
Tamamlanan kategori sayısı			
<i>rho</i>	-0,162	-0,204	-0,105
<i>p</i>	0,420	0,308	0,603
İlk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı			
<i>rho</i>	0,011	0,395*	0,242
<i>p</i>	0,955	0,042	0,224
Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı			
<i>rho</i>	-0,094	-0,266	-0,133
<i>p</i>	0,639	0,180	0,509
Öğrenmeyi öğrenme puanı			
<i>rho</i>	0,130	-0,002	0,089
<i>p</i>	0,518	0,990	0,659

Reaktif grup:

RG'de Y-BOKÖ-toplam puanı ile öğrenmeyi öğrenme puanı arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon vardır ($\rho=-0,459$; $p=0,003$).

Y-BOKÖ-genel şiddet puanı ile öğrenmeyi öğrenme puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişiki vardır ($\rho=-0,330$; $p=0,038$).

Y-BOKÖ-içgörü puanı ile Wisconsin Kart Eşleme Testi skorları arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Tablo-48: Reaktif Grupta Y-BOKÖ puanları ile Wisconsin Kart Eşleme Testi Skorlarının İlişkisi			
	Y-BOKÖ Toplam	Y-BOKÖ İçgörü	Y-BOKÖ Şiddet
Toplam doğru sayısı			
<i>rho</i>	-0,076	-0,082	-0,019
<i>p</i>	0,643	0,614	0,909
Toplam hata sayısı			
<i>rho</i>	0,076	0,082	0,019
<i>p</i>	0,643	0,614	0,909
Perseveratif tepki sayısı			
<i>rho</i>	0,198	0,174	0,120
<i>p</i>	0,220	0,284	0,459
Perseveratif hata sayısı			
<i>rho</i>	0,154	0,163	0,079
<i>p</i>	0,344	0,316	0,630
Perseveratif olmayan hata sayısı			
<i>rho</i>	-0,088	-0,075	-0,100
<i>p</i>	0,588	0,647	0,537
Kavramsal düzey tepki sayısı			
<i>rho</i>	-0,112	-0,095	-0,022
<i>p</i>	0,492	0,558	0,892
Tamamlanan kategori sayısı			
<i>rho</i>	-0,123	-0,177	-0,101
<i>p</i>	0,450	0,275	0,536
İlk kategoriyi			

tamamlamada kullanılan deneme sayısı			
<i>rho</i>	0,018	0,014	0,095
<i>p</i>	0,910	0,934	0,560
Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı			
<i>rho</i>	-0,051	0,008	0,026
<i>p</i>	0,756	0,962	0,871
Öğrenmeyi öğrenme puanı			
<i>rho</i>	-0,459*	-0,298	-0,330*
<i>p</i>	0,003	0,062	0,038

4.5.3. ÜBÖ-30 ile Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi:

OKB grubu:

ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike puanı ile AVLT tanıma skoru arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($\rho=-0,299$; $p=0,014$). ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike puanı arttıkça AVLT tanıma skoru düşmektedir. ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike puanı ile WCST perseveratif tepki sayısı ve perseveratif hata sayısı skorları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($\rho=0,268$; $p=0,261$). ÜBÖ ölçek puanı arttıkça WCST skorları artmaktadır. ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike puanı ile WCST tamamlanan kategori sayısı skorları arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardır ($\rho=-0,279$). Ölçek puanı arttıkça test skoru düşmektedir.

ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı puanı ile WCST ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardır ($\rho=-0,313$; $p=0,010$). Ölçek puanı arttıkça test puanı düşmektedir.

OKG’de ÜBÖ olumlu inanç, bilişsel güven, bilişsel farkındalık ve toplam puanları ile nörobilişsel test skorları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Otojen grup:

OG’de ÜBÖ olumlu inanç puanı ile TMT-B süresi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardır ($\rho=0,392$). Ölçek puanı artarken TMT-B süresi de artmaktadır. Olumlu inanç puanı ile diğer nörobilişsel test skorları arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike puanı ile TMT-A süresi arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon tespit edilmiştir ($\rho=0,411$). Ölçek puanı artarken TMT-A süresi de uzamaktadır. Kontrol edilemezlik ve tehlike puanı ile AVLT sözel öğrenme ve tanıma skorları arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon vardır ($\rho=-0,425$; $-0,435$). Test puanı artarken ölçek skorlarında düşme olmaktadır. Kontrol edilemezlik ve tehlike puanı ile diğer test skorları arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

ÜBÖ bilişsel güven puanı ile TMT-A ve TMT-B süreleri arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,554$; $0,416$). Ölçek puanı arttıkça test sürelerinde de artış olmaktadır. Bilişsel güven puanı ile AVLT anlık bellek, sözel öğrenme ve tanıma skorları arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon vardır ($\rho=-0,429$; $-0,453$; $-0,452$). Ölçek puanı arttıkça test skorlarında düşme olmaktadır. Bilişsel güven puanı ile WCST toplam doğru sayısı skoru arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardır ($\rho=-0,386$). Ölçek puanı arttıkça test skoru düşmektedir. Bilişsel güven puanı ile WCST toplam hata sayısı skoru arasında pozitif yönde zayıf korelasyon vardır ($\rho=0,386$). Ölçek puanı arttıkça test skoru da artmaktadır.

ÜBÖ düşünceleri kontrol isteği ile nörobilişsel test skorları arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

ÜBÖ bilişsel farkındalık puanı ile WCST öğrenmeyi öğrenme puanı arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon vardır ($\rho=-0,455$). Ölçek puanı arttıkça öğrenmeyi öğrenme puanı düşmektedir. Bilişsel farkındalık puanı ile diğer nörobilişsel test skorları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

ÜBÖ toplam puanı ile TMT-A ve TMT-B süreleri arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ($\rho=0,544$; $0,429$). Ölçek puanı arttıkça test sürelerinde düşme olmaktadır. Toplam puan ile AVLT sözel öğrenme skoru arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardır ($\rho=-0,381$). Ölçek puanı arttıkça sözel öğrenme skoru düşmektedir. ÜBÖ toplam puanı ile diğer nörobilişsel test skorları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo-49: Otojen Grupta ÜBÖ-30 Puanları ile Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi						
	ÜBÖ-Oİ	ÜBÖ-KET	ÜBÖ-BG	ÜBÖ-DKİ	ÜBÖ-BF	ÜBÖ-T
TMT-A						
<i>rho</i>	0,343	0,411*	0,554*	0,328	0,219	0,544*
<i>p</i>	0,080	0,033	0,003	0,095	0,273	0,003
TMT-B						
<i>rho</i>	0,392*	0,298	0,416*	0,227	0,201	0,429*
<i>p</i>	0,042	0,131	0,031	0,255	0,315	0,026
TMT B-A						
<i>rho</i>	0,248	0,168	0,204	0,103	0,147	0,210
<i>p</i>	0,212	0,402	0,307	0,610	0,464	0,294
Stroop Testi						
5. kart süresi						
<i>rho</i>	0,189	0,128	0,328	0,185	-0,052	0,217
<i>p</i>	0,344	0,524	0,095	0,356	0,796	0,277
AVLT						
Anlık bellek						
<i>rho</i>	-0,298	-0,368	-0,429*	-0,070	-0,235	-0,365
<i>p</i>	0,131	0,059	0,026	0,729	0,237	0,061
AVLT						
Sözel öğrenme						
<i>rho</i>	-0,285	-0,425*	-0,453*	-0,121	-0,150	-0,381*
<i>p</i>	0,149	0,027	0,018	0,547	0,456	0,050
AVLT						
Bozucu etki						

<i>rho</i>	-0,324	-0,061	-0,262	0,040	-0,250	-0,207
<i>p</i>	0,099	0,763	0,186	0,842	0,208	0,301
AVLT Hatırda tutma						
<i>rho</i>	-0,110	-0,221	-0,236	0,020	-0,009	-0,140
<i>p</i>	0,584	0,269	0,235	0,919	0,964	0,485
AVLT Gecikmiş hatırlama						
<i>rho</i>	-0,091	-0,236	-0,319	-0,058	-0,119	-0,231
<i>p</i>	0,651	0,236	0,105	0,773	0,554	0,247
AVLT Tanıma						
<i>rho</i>	-0,220	-0,435*	-0,452*	-0,150	0,071	-0,345
<i>p</i>	0,270	0,023	0,018	0,455	0,725	0,078
WCST Toplam doğru sayısı						
<i>rho</i>	-0,139	-0,234	-0,386*	-0,213	-0,156	-0,294
<i>p</i>	0,489	0,239	0,047	0,286	0,438	0,136
WCST Toplam hata sayısı						
<i>rho</i>	0,139	0,234	0,386*	0,213	0,156	0,294
<i>p</i>	0,489	0,239	0,047	0,286	0,438	0,136
WCST Perseveratif tepki sayısı						
<i>rho</i>	0,148	0,190	0,332	0,180	0,104	0,271
<i>p</i>	0,462	0,344	0,091	0,369	0,606	0,172
WCST Perseveratif hata sayısı						
<i>rho</i>	0,108	0,224	0,286	0,214	0,115	0,253

<i>p</i>	0,593	0,262	0,148	0,284	0,567	0,203
WCST Perseveratif olmayan hata sayısı						
<i>rho</i>	-0,001	0,180	0,264	0,243	0,330	0,226
<i>p</i>	0,995	0,368	0,183	0,222	0,093	0,257
WCST Kavramsal düzey tepki sayısı						
<i>rho</i>	-0,094	-0,137	-0,329	-0,175	-0,147	-0,229
<i>p</i>	0,642	0,494	0,094	0,382	0,465	0,251
WCST Tamamlanan kategori sayısı						
<i>rho</i>	0,056	-0,288	-0,200	-0,296	-0,208	-0,225
<i>p</i>	0,781	0,145	0,316	0,134	0,298	0,260
WCST İlk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı						
<i>rho</i>	0,082	0,220	0,050	0,252	-0,186	0,076
<i>p</i>	0,684	0,270	0,805	0,205	0,353	0,707
WCST Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı						
<i>rho</i>	-0,238	-0,128	-0,272	-0,118	-0,043	-0,205
<i>p</i>	0,233	0,524	0,170	0,559	0,830	0,304
WCST Öğrenmeyi öğrenme						

puanı						
rho	0,051	0,001	-0,082	0,124	-0,455*	-0,070
p	0,800	0,997	0,686	0,538	0,017	0,730

Reaktif grup:

Bilişsel güven puanı ile WCST toplam doğru sayısı ve öğrenmeyi öğrenme puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardır ($\rho=0,379$; $0,316$). Ölçek puanı arttıkça test skorları da artmaktadır. Bilişsel güven puanı ile WCST toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı ve kavramsal düzey tepki sayısı skorları arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardır ($\rho=-0,379$; $-0,354$; $-0,358$; $-0,350$). Ölçek puanı arttıkça test skorlarında düşme olmaktadır. ÜBÖ bilişsel güven puanı ile diğer nörobilişsel test skorları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

ÜBÖ olumlu inanç, kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık ve toplam puan ile nörobilişsel test skorları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

Tablo-50: Reaktif Grupta ÜBÖ-30 Puanları ile Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi						
	ÜBÖ-Oİ	ÜBÖ-KET	ÜBÖ-BG	ÜBÖ-DKİ	ÜBÖ-BF	ÜBÖ-T
TMT-A						
rho	-0,082	0,019	-0,122	0,164	0,015	-0,001
p	0,616	0,907	0,453	0,312	0,926	0,955
TMT-B						
rho	-0,094	-0,219	-0,208	-0,101	-0,180	-0,253
p	0,565	0,175	0,197	0,535	0,267	0,116
TMT B-A						
rho	-0,067	-0,273	-0,190	-0,145	0,147	-0,264
p	0,679	0,089	0,241	0,373	0,464	0,100
Stroop Testi						
5. kart süresi						
rho	-0,153	-0,136	-0,193	0,063	-0,022	-0,162

<i>p</i>	0,346	0,404	0,233	0,701	0,893	0,318
AVLT Anlık bellek						
<i>rho</i>	0,191	0,057	0,153	-0,100	0,122	0,106
<i>p</i>	0,239	0,727	0,346	0,539	0,453	0,517
AVLT Sözel öğrenme						
<i>rho</i>	0,009	0,065	0,211	-0,068	0,060	0,082
<i>p</i>	0,958	0,691	0,191	0,676	0,714	0,615
AVLT Bozucu etki						
<i>rho</i>	0,086	0,037	-0,094	-0,122	-0,094	-0,073
<i>p</i>	0,597	0,821	0,563	0,452	0,563	0,657
AVLT Hatırda tutma						
<i>rho</i>	0,149	0,084	0,091	-0,044	0,150	0,106
<i>p</i>	0,360	0,606	0,577	0,787	0,355	0,517
AVLT Gecikmiş hatırlama						
<i>rho</i>	0,162	0,050	0,141	-0,060	0,127	0,117
<i>p</i>	0,317	0,759	0,386	0,712	0,436	0,473
AVLT Tanıma						
<i>rho</i>	-0,029	0,189	0,118	-0,032	0,022	0,007
<i>p</i>	0,857	0,242	0,468	0,847	0,894	0,967
WCST Toplam doğru sayısı						
<i>rho</i>	0,014	-0,138	0,379*	-0,029	-0,019	0,074
<i>p</i>	0,932	0,397	0,016	0,858	0,906	0,648
WCST Toplam hata						

sayısı						
<i>rho</i>	-0,014	0,138	-0,379*	0,029	0,019	-0,074
<i>p</i>	0,932	0,397	0,016	0,858	0,906	0,648
WCST						
Perseveratif						
tepki sayısı						
<i>rho</i>	-0,029	0,242	-0,354*	0,136	0,229	0,026
<i>p</i>	0,858	0,133	0,025	0,401	0,155	0,874
WCST						
Perseveratif						
hata sayısı						
<i>rho</i>	-0,071	0,215	-0,358*	0,095	0,190	-0,015
<i>p</i>	0,662	0,183	0,023	0,558	0,240	0,925
WCST						
Perseveratif						
olmayan hata						
sayısı						
<i>rho</i>	0,044	0,048	-0,276	-0,071	-0,168	-0,106
<i>p</i>	0,786	0,768	0,085	0,664	0,300	0,514
WCST						
Kavramsal						
düzey tepki						
sayısı						
<i>rho</i>	-0,016	-0,134	-0,350*	-0,044	-0,027	0,062
<i>p</i>	0,922	0,411	0,027	0,788	0,870	0,706
WCST						
Tamamlanan						
kategori sayısı						
<i>rho</i>	-0,107	-0,189	0,248	-0,130	0,019	-0,048
<i>p</i>	0,510	0,243	0,123	0,423	0,908	0,767
WCST						
İlk kategoriye						
tamamlamada						
kullanılan						
deneme sayısı						

<i>rho</i>	-0,177	-0,026	-0,040	0,272	0,039	0,030
<i>p</i>	0,275	0,873	0,804	0,089	0,810	0,853
WCST Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı						
<i>rho</i>	0,190	0,275	0,167	0,152	-0,065	0,233
<i>p</i>	0,240	0,086	0,303	0,350	0,688	0,148
WCST Öğrenmeyi öğrenme puanı						
<i>rho</i>	0,004	0,205	0,316*	0,055	-0,114	0,171
<i>p</i>	0,979	0,205	0,047	0,736	0,484	0,290

5. TARTIŞMA

Etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen doğaya sahip OKB ile ilişkili, bu ruhsal bozukluğun alt tiplerini tanımlamaya yönelik çalışmalarda gözle görülür bir artış mevcuttur. OKB hastalarının homojen alt gruplarının belirlenmesi bu hastalardaki patofizyolojik mekanizmaları anlamak, tedaviye verilen cevaplar arasındaki farkları anlayabilmek ve yeni tedavi yöntemleri geliştirme açısından önemlidir.

Çalışmamızda, bilişsel teori bağlamında obsesyonları otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı grupta tanımlayan sınıflandırma temelinde, bu sınıflandırmanın üstbilişsel ve nörobilişsel özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra OKB hastalarına ilişkin de üstbilişsel ve nörobilişsel özellikler incelenmiştir.

5.1. Sosyodemografik Özellikler:

Çalışmamızda, OKB grubunun (OKG) yaş ortalaması $28,08 \pm 10,85$, kontrol grubunun (KG) yaş ortalaması ise $28,08 \pm 10,91$ 'dir. Bu açıdan gruplar arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak fark yoktur. 1999 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen OKB hastalarının ortalama yaşı $28,78 \pm 11,07$ olarak bildirilmiştir (126). Daha güncel farklı bir çalışmada da hastaların ortalama yaşı $30,14 \pm 12,38$ olarak bildirilmiştir (26). Hindistan'da yapılan bir çalışmada da, hasta grubun yaş ortalaması $29,32 \pm 10,56$ idi (272). Bulgularımız ilgili literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Otojen, reaktif ve kontrol grubu yaş ortalamaları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark yoktur. Otojen obsesyonları olan grubun (OG) yaş ortalaması $28,0 \pm 10,83$, reaktif obsesyonları olan grubun (RG) yaş ortalaması ise $28,13 \pm 11,11$ olarak tespit edilmiştir. Beşiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada OG ve RG arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı fark bulunamamış ve OG'nin ortalama yaşı $31,1 \pm 7,5$, RG'nin ise $33,1 \pm 9,7$ olarak bildirilmiştir (80). Ülkemizde yapılmış bir tez çalışmasında da OG ve RG arasında yaş ortalaması açısından anlamlı

fark bulunamamış ve OG'nin yaş ortalaması $34,61 \pm 8,67$, RG'nin ise $34,86 \pm 8,58$ olarak bildirilmiştir (273). Çalışma bulgularımız bu verilerle benzer olarak değerlendirilmiştir.

Cinsiyetler açısından OKG ile KG arasında anlamlı fark yoktur. Hem OKG'nin hem KG'nin 40'ı (%59,7) kadın, 27'si (%40,3) erkektir. Bizim bulgularımızla benzer şekilde, Lapsekili ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, OKB hastaları ve sağlıklı kontroller karşılaştırılmış aralarında cinsiyet açısından anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (274). Yine Doğan ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada da, OKB ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunamamıştır (180).

Geniş örneklemlili bir çalışmada, OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı, kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunmuştur (16). Pazvantoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise, hasta grupta kadın sayısının erkeklerden fazla olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (275). Tezcan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, Türk ve Fransız OKB tanıli hastalar cinsiyet yönünden birbirleriyle karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (13). Literatürde OKB'nin kadın ve erkeklerde görülme sıklığının benzer olduğuna ilişkin bulgularla (21) (69) uyumlu olarak bizim çalışmamızda da OKG'de kadın sayısı (n=40) erkek sayısına (n=27) göre fazla olmakla birlikte aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir. Çalışmamızda, her ne kadar cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da kadın hasta sayısının erkeklerden fazla olmasının, polikliniğimize başvuran hastaların çoğunun kadın olması, kadınların erkeklerden daha çok yardım arayışı içinde olmaları ya da kadınların sorunlarını daha iyi anlayıp tanımaları ve bu nedenle sağlık hizmetlerinden erkeklere göre daha çok faydalanmaları ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Alt tipler açısından incelediğimizde ise, çalışmamızda OG'nin 16'sı (%59,3) kadın, 11'i (%40,7) erkek; RG'nin 24'ü (%60,0) kadın, 16'sı (%40,0) erkek olup gruplar arasında cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Beşiroğlu ve arkadaşları tarafından 177 hasta ile yapılan bir çalışmada otojen grupta yer alan hastalar arasında erkek cinsiyet daha fazla belirlenmesine (28) rağmen bizim çalışmamızda herhangi bir fark bulunamamıştır. Bu farklılık bizim çalışmamızda hasta sayısının daha az olmasına bağlı olarak, cinsiyetler arasındaki farkın ortaya

çıkmamış olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızla benzer şekilde, otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarında psikofarmakolojik tedaviye yanıt ile ilişkili yapılmış bir çalışmada, OG ve RG arasında cinsiyet açısından anlamlı fark tespit edilememiştir (142). Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarında bilişsel farklılıkların incelendiği bir tez çalışmasında da cinsiyetler arasında anlamlı fark tespit edilememiştir (273). Bununla birlikte, çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hem OG (%59,3) hem RG’de (%60,0) kadın hastaların oranı erkeklerden fazladır. Bu durumun, çalışma genelinde kadın hasta sayısının erkeklerden fazla olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Ortalama eğitim yılı OKG’de $12,46 \pm 3,41$ iken KG’de $12,49 \pm 3,38$ ’dir. Gruplar arasında ortalama eğitim yılı açısından istatistiksel olarak anlamlılık yoktur. Alt tipler açısından incelediğimizde, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumlu (26) (80) (142) şekilde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda grupların yaş ve eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak aralarında fark olmayacak şekilde eşleşmiş olması nöropsikolojik testlerin yaş ve eğitim düzeyinden oldukça etkilendiği göz önüne alındığında, verilerimizin güvenilirliğini arttırmıştır.

Çalışmamızda medeni durum açısından, OKG ile KG arasında fark yoktur. OKB’nin klinik özelliklerinin yol açtığı uyum sorunları ve hastaların medeni durumlarının ilişkisi hakkında farklı veriler olmakla birlikte literatürde, OKB hastalarının evlilik durumu ile ilgili farklı sonuçlar da yer almaktadır (142). Farklı kültürlerdeki 15 çalışmanın derlendiği bir makalede OKB hastalarında evli olma oranının %69,2’yi bulabildiği gösterilmiştir (276). Lapsekili ve arkadaşları OKB hastalarında evli olma oranının bekar olma oranından daha fazla olduğunu bildirilmiştir (274). Bu bulgulara karşı, bizim bulgularımızla da benzer şekilde, Beşiroğlu ve arkadaşlarının OKB ve sağlıklı kontrol gruplarıyla birlikte yaptıkları bir çalışmada her iki grup arasında medeni durum açısından anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir (142). Bu sonucun, üniversite hastanesinde yapılmış bir çalışma olması ve öğrenci sayısının diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sayıca fazla olması ve öğrencilerin de bekar olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Medeni durum açısından alt tipler ve KG arasında da fark bulunamamıştır. Bulgularımızla benzer şekilde Çamlı ve arkadaşlarının çalışmasında, bekar hastaların

oranı otojen alt tipte 19 (% 63,3), reaktif alt tipte 17 (% 54,8) olacak şekilde daha yüksekti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (26). Belloch ve arkadaşlarının çalışmasında da, OG ve RG arasında medeni durum açısından anlamlı fark bulunamamıştır (146). Bulgularımız literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Yaşadıkları yer açısından KG'de şehirde yaşayanların sayısı anlamlı olarak OKG'den yüksek bulunmuştur. Tatlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, hasta ve kontrol gurubu arasında 'yaşadığı yer parametreleri' açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (277). Çalışmamızdaki bu farkın KG'nin hastane personeli, üniversite öğrencileri ve yakın çevreden gönüllülerden oluşmasıyla ilgili olduğu düşünülmüştür. Aynı şekilde, KG'de şehirde yaşayanların sayısının anlamlı düzeyde OG ve RG'de şehirde yaşayanların sayısından fazla olması da benzer gerekçeyle ilişkilendirilmiştir.

Aylık gelir düzeyleri asgari ücrete göre gruplandığında, OKG'nin %77,6'sı, KG'nin %62,7'si ve OG'nin %77,8'i, RG'nin ise %77,5'i gelir düzeyi asgari ücret altındadır. Asgari ücrete göre gruplandığında gruplar arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. Çalışmamızda asgari ücret net olarak 1300 TL olarak kabul edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 verilerine göre aylık açlık sınırı 1481 TL, yoksulluk sınırı ise 4823 TL'dir. Bu bağlamda katılımcıların büyük çoğunluğunun aylık gelirinin açlık sınırı altında olduğu görülmüştür. Bunun nedeni katılımcıların ağırlıklı olarak çalışmayan öğrencilerden oluşmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Gelir düzeyi ile OKB'nin bağlantılı olabileceğini savunan çok az sayıda çalışma vardır (43) (278). Karamustafalıoğlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada OKB hastalarının %86'sında gelir düzeyinin alt-orta seviyesinde olduğu bildirilmiştir (129). Abay ve arkadaşları OKB hastalarının %67,5'inin aylık 1829 TL ve altında gelir düzeyine sahip olduklarını bildirmiştir (279). Aynı çalışmada, bizim çalışmamızda olduğu gibi OKB ve kontrol grupları arasında gelir durumu açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Belloch ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada da, bizim bulgularımızla benzer şekilde OG ve RG arasında gelir düzeyi açısından anlamlı fark saptanmamıştır (146).

5.2. Klinik Özellikler:

Obsesyon tiplerine göre OKG’de %35,8 oranla en yüksek oranda tespit edilen obsesyon tipi kirlenme/bulaşma obsesyonları olup bu bulgu literatürle uyumlu olarak en sık karşılaşılan obsesyon tipinin kirlenme/bulaşma obsesyonu olduğu bilgisiyle uyumludur (126). Alt tipler göz önünde bulundurulduğunda ise, OG’de en yüksek oranda tespit edilen obsesyon tipi dini içerikli obsesyonlar (%55,6) olup RG’de ise kirlenme/bulaşma obsesyonları (%60,0) en yüksek oranda tespit edilen obsesyonlar olmuştur. OG’de en sık gözlenen obsesyon tipinin dini içerikli obsesyonlar olması, Müslüman ve Yahudi toplumlarında dini içerikli obsesyon görülme sıklığının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar (276) (280) bağlamında, bu çalışmanın ülkemiz gibi Müslüman bir toplumda yapılmış olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür. RG’de en sık obsesyon tipinin kirlenme/bulaşma obsesyonu olması ise OKB genelinde en sık rastlanan obsesyon tipinin kirlenme/bulaşma tipi obsesyonlar olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Hastalık başlangıç yaşı açısından değerlendirildiğinde; OKG’de hastalık başlangıç yaşı $18,54 \pm 8,00$ olarak, OG’de $18,67 \pm 7,25$ ve RG’de $18,33 \pm 9,11$ olarak tespit edilmiştir ve OG ile RG arasında hastalık başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Demet ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada OKB’nin başlangıç yaşı $23,89 \pm 11,3$ olarak bildirilmiştir (32). Deniz de yapmış olduğu tez çalışmasında hastalık başlangıç yaşını $21,54 \pm 11,81$ olarak bildirmiştir (281). Bulgumuz, literatürdeki hastalık başlangıç yaşının tipik olarak geç ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başladığına ilişkin verilerle (21) uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Alt tipler açısından, Beşiroğlu ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada OG’de RG ve miks gruba göre hastalığın başlangıç yaşının daha geç olduğu bildirilmiştir (28). Buna karşı, Subira ve arkadaşlarının çalışmasında OG’de hastalık başlangıç yaşı 17,37, RG’de 22,92 olarak bildirilmiş ve hastalık başlangıç yaşı açısından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (81). Bulgularımız bu çalışma verileriyle benzer olarak değerlendirilmiştir.

Hastalık süresi açısından değerlendirildiğinde, OKG’de hastalık süresi $9,98 \pm 8,26$ yıl olarak tespit edilmiştir. Alt tipler açısından hastalık süresi OG’de $10,04 \pm 6,86$ yıl, RG’de $9,95 \pm 9,14$ yıl olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Deniz'in tez çalışmasında OKB hastalarının ortalama hastalık süresi 13.25 ± 0.29 yıl olarak bildirilmiştir (281). Aydın ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada, ortalama hastalık süresi $8,04 \pm 6,8$ yıl olarak bildirilmiştir (98). OKB ortalama hastalık süresine ilişkin bulgumuz mevcut literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Alt tipler açısından, Beşiroğlu ve arkadaşlarının otojen ve reaktif obsesyona sahip OKB hastaları ile yürüttükleri çalışmalarında ortalama hastalık süresi OG'de $6,8 \pm 3,2$ yıl, RG'de $8,1 \pm 3,7$ yıl olarak bildirilmiş ve aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (142). Çalışmamızdan farklı olarak hastalık süresinin bu çalışmada daha kısa olması, bizim hasta örneklemimizin hastalık başlangıç yaşının ortalama başlangıç yaşının alt sınırına yakın olması ile ilişkili olabilir. Ancak Beşiroğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama hastalık başlangıç yaşına ilişkin veriye ulaşılamamıştır.

Aile öyküsü açısından, ailede OKB öyküsü pozitifliği OKG (%34,3), OG (%25,9) ve RG (%40,0)'de KG'den anlamlı derecede fazla bulunmuştur. OKB hastalarının 1. derece akrabalarında OKB görülme oranı %12-25 arasında bildirilmiştir (156). Ülkemizde yapılan bir uzmanlık tezinde OKB grubunun birinci derece akrabalarında OKB görülme öyküsü %22,4 oranındaydı (282). Demet ve arkadaşlarının çalışmasında örneklemin %28'inin birinci derece akrabalarında OKB tanısı bulunduğu belirlenmiştir (32). Seedat ve Stein OKB hastalarının %40'ında birinci derece akrabalarında OKB öyküsü bildirmişlerdir (283). Bu yüksek oranlara karşı Eğrilmez ve arkadaşları hastaların %17,8'inde, Juang ve Liu %6'sında, Lensi ve arkadaşları %7.6'sında ailede OKB pozitifliği bildirmiştir (27) (284). Subira ve arkadaşlarının çalışmalarında ise, bizim bulgularımızla benzer şekilde, OG ve RG arasında ailede OKB görülme oranları arasında anlamlı fark tespit edilmediği bildirilmiştir (81). Lensi ve arkadaşlarının çalışması dışında, bizim çalışmamız da dahil olmak üzere bu çalışmaların tümünde aile öyküsü ya hastadan klasik görüşme yolu ile ya da veri toplamaya yönelik oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile elde edilmiştir ve çalışmaların hiçbirisi OKB tanılı hastaların akrabalarında OKB sıklığını belirlemeye yönelik özgün çalışmalar olmayıp bu amaca uygun yöntem uygulanmamıştır. Bu amaca yönelik olarak akrabalar ile doğrudan görüşme yapılarak elde edilen sonuçların daha gerçekçi olacağı düşünülmüştür.

Gruplar kullanmakta oldukları tedaviler açısından incelendiğinde, OKB grubunda 12 kişinin (%17,9) yeni tanı almış olması ya da daha önce tanı almış olsa bile hali hazırda ilaç kullanımı olmadığı için herhangi bir tedavi almadığı ve geriye kalan 55 kişinin (%82,1) ise çalışmaya katıldıkları sırada düzenli psikiyatrik ilaç kullanımı olduğu saptandı. Bir başka çalışmada, çalışmaya katılmış olan OKB hastalarının %96'sında düzenli ilaç kullanımı saptanmıştır (285). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada OKB tanısı olan grubun %12,9'unun yeni tanı konulan, %87,1'inin ise bu tanıyla takip edilmekte olan olgulardan oluştuğu bildirilmiştir (282). Ülkemizde yapılan başka bir tez çalışmasında hastaların %88' inin çalışmaya katıldıkları dönemde herhangi bir psikiyatrik ilaç tedavisi kullandıkları bildirilmiştir (277). Bu bağlamda çalışma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde yapılmış bir tez çalışmasında, farmakolojik tedavi gören OKB hastalarının %68,89'unun SGİ grubu bir ilaç kullanırken, %13,33'ünün ise trisiklik antidepressan (TSA) kullandığı bildirilmiştir (277). Bizim çalışmamızda, OKB hastalarının %46,3'ü SGİ grubu, %3,0'ı ise TSA grubu bir ilaç kullanmaktadır. Bu veriler TSA'ların daha potent bir antiobsesyonel ilaç olmasına rağmen olası yan etkileri nedeniyle SGİ'lerin tercih edilmesi yönündeki bilgilerle uyumludur (285).

Çalışmamızda OKG'de %46,3 hastanın SGİ kullanırken, %3,0 oranında hastanın da TSA kullandığı, %41,8 hastanın da antidepressan tedaviye ek olarak antipsikotik tedavi kullandığı görülmüştür. Daha önce kliniğimizde yapılmış Altun'un tez çalışmasında, OKB hastalarının %40,6'sının SGİ kullanırken, %3,4 oranında hastanın TSA, %46,9 hastanın da antidepressan tedaviye ek olarak antipsikotik tedavi kullandığı bildirilmiştir (286). Bu bulgulara karşı, farklı merkezde yapılmış bir başka tez çalışmasında ise, OKB hastalarının %68,89'unun tek başına SGİ kullanırken, bizim çalışmamızdan farklı olarak daha yüksek oranda TSA (%13,33) kullanımı, daha düşük oranda antidepressan tedaviye ek olarak antipsikotik (%8,89) kullanımı oranı bildirilmiştir (277). Antipsikotik ilaçlar OKB'de birinci sıra tedavi önerisi olan SGİ ve TSA'lara dirençli vakalarda güçlendirme tedavisi olarak sıklıkla tercih edilmektedir (147). Örneklemimizin ortalama Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKÖ) puanı $27,48 \pm 10,362$ olarak bulunmuştur ve bunun da örneklem hastalık şiddetinin şiddetli düzeyde olduğuna işaret ettiği söylenebilir. Bu bağlamda, yüksek antipsikotik ekleme tedavisi oranı,

şiddetli hastalığa sahip örneklemle ilişkili olabilir. Çalışmamızın bölgesel çapta bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiş olup, sıklıkla çevre hastanelerden daha şiddetli hastalığa sahip hastaların tarafımıza yönlendiriliyor olmasının da bu sonuçta etkisi olabileceği düşünülmüştür.

Alt tipler açısından ise, OG ile RG arasında tercih edilen tedaviler açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Buna karşı, OG’de SGI’ye antipsikotik ekleme tedavi oranı %50,0, TSA kullanım oranı %7,4’dür, RG’de ise SGI’ye antipsikotik ekleme tedavi oranı %37,1 olup TSA kullanan hasta ise hiç yoktur. Biriktirme, cinsel, dini içerikli ve somatik obsesyonlara sahip hastaların SGI tedavilerinden daha az fayda sağladığı bildirilmiştir (288). Bununla ilişkili, dini içerikli obsesyonlara sahip hastaların fazla olduğu OG’de istatistiksel olarak anlamlı olmasa da antipsikotik eklenen ve TSA kullanım oranlarının yüksek olması dikkat çekicidir. Lee’nin bir çalışmasında, otojen obsesyonu olanlarda, düşünce bozukluğuna daha sık rastlandığı ve antipsikotik tedaviye daha fazla maruz kaldıkları öne sürülmüştür (142). Çamlı ve arkadaşlarının çalışmasında da, reaktif obsesyonu olanlara göre otojen obsesyonu olanlarda tedaviye antipsikotik eklenmesi anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (26). Bu doğrultuda çalışmamız, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, OG’de RG’ye göre antipsikotik kullanımının daha yüksek oranda olduğu görüşünü desteklemektedir. Bunun sebebi otojen obsesyon grubuna dahil olan dini obsesyonlar, cinsel ve saldırganlık içerikli obsesyonların sanrı ile benzerlik göstermesi olabilir. Bu gruptaki hastalar, obsesyonlarını gerçek dışı algılamakla birlikte, dürtüye karşı koyma konusunda başarısız kalmakta ve belirtileriyle başa çıkamamaktadırlar. Otojen obsesyonu olan hastaların obsesyonel dürtü veya düşünceye karşı direnç göstermemeleri veya gösterdikleri direncin patolojik olması nedeniyle psikotik bir görünümeleri olmaktadır (287).

5.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması:

5.3.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):

OKB’de depresyon semptomları sıktır ve OKB’li hastaların 2/3’ünde major depresyon bozukluğu tanı kriterlerinin karşılayacak düzeyde depresyon semptomu görülebilmektedir (286). Eş tanı olarak depresyon varlığı kronikleşmeye, tedaviye

düşük yanıt ve kötü prognoza neden olabilir. Aynı zamanda, depresyondaki bireylerin nöropsikolojik değerlendirmelerinde sağlıklı kontrollere göre psikomotor hız, dikkat, bellek ve yönetici işlevler gibi nörobilişsel alanlarda bozulmalar olabileceği de bildirilmiştir (286). Bu bağlamda çalışmamızda, nörobilişsel test performansına yansıtılabilecek bu etkileri en aza indirebilmek adına, yalnızca DSM-5 tanı kriterlerine göre yapılan klinik görüşmede majör depresyon bozukluğu tanısı düşünülen hastalar çalışma dışı tutulmuştur. Çalışmamızda, OKG’de BDÖ puan ortalaması hasta grupta $13,77 \pm 7,9$ iken KG’de $4,12 \pm 1,4$ puan olarak bulunmuştur. BDÖ’de kesme puanı 17 puan olup, bu puan altında puana sahip hastalar klinik düzeyde depresyona sahip olarak kabul edilmez (259). Bu bağlamda, çalışma bulgularımız daha çok OKB’ye eşlik eden işlevsellikteki azalma ve yaşam kalitesindeki düşüşe bağlı olarak gelişen reaktif depresyon semptomları olarak değerlendirilmiştir.

Obsesyonlar günlük yaşamla ilgili endişelerden farklılık gösteren, kontrol edilemeyen, yineleyici, girici düşünce, dürtü veya imgelerdir. Bu düşünce, duygu ve imgeler benliğe yabancıdırlar (1). Bu değerlendirmeler kaygı ve sıkıntı ortaya çıkmasına neden olurlar. Obsesyonlara kaygı ve sıkıntı ile birlikte utanç, suçluluk, tikslenme ve öfke de eşlik eder (101). Çalışmamızda, OKG’nin ortalama BAÖ puanı $11,69 \pm 8,6$, KG’nin ise $3,6 \pm 1,3$ olarak bulunmuş ve OKG’nin ortalama BAÖ puanı anlamlı olarak KG’den yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, OKB hastalarında sağlıklı kişilere göre artmış kaygı ve sıkıntı düzeyi bilgisi ile uyumludur.

Alt tipler açısından incelendiğinde; ortalama BDÖ puanları OG ve RG arasından benzerlik gösterirken, her iki grubun ortalama BDI puanları KG’den farklı bulunmuştur. OG’de ortalama BDÖ puanı $15,96 \pm 8,0$, RG’de $12,30 \pm 7,7$ ve KG’de ise $4,12 \pm 1,5$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde, Lee ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, OG’de ortalama BDÖ puanı $16,05 \pm 12,86$, RG’de $12,45 \pm 6,61$, KG’de ise $2,29 \pm 2,51$ olarak bildirilmiş ve OG ile RG arasında anlamlı fark bildirilmezken her iki grubun KG’den anlamlı derecede yüksek ortalama BDÖ puanına sahip olduğu bildirilmiştir (99). Otojen obsesyonlar içeriklerinden ötürü (dini, cinsellik ve saldırganlık) hoşnutsuzluk ve suçluluk duygularına yol açarken aynı zamanda bu obsesyonlara sahip hastalar zihne zorla giren bu düşünceleri, reaktif obsesyonları olan hastalara göre daha fazla bilinçli olarak bastırma eğiliminde

olurlar. Düşünceleri bilinçli bastırma çabası ise paradoksal olarak otojen obsesyonların daha da artmasına neden olmaktadır (289). İstenmeyen düşünceleri bilinçli olarak bastırma eğilimi ile çökkün duygudurum arasında bir ilişki bulunmaktadır (273). Öte yandan, reaktif obsesyonların içeriği otojen gruba göre daha az negatif duygusal reaksiyonlarla ilişkili, daha az nahoş ve daha az suçluluk uyandırmakta ancak, reaktif gruptaki hastalar da negatif olasılıkların gerçek hayatta gerçekleşmesi ile ilgili yaşadıkları endişeler nedeniyle düşüncenin kendisinden ziyade korkulan negatif sonuçların gerçekleşmesiyle ilgili üzüntü ve endişe yaşamaktadır (124). Tüm bu bilgiler, çalışmamızda ortaya çıkan OG ve RG’de KG’ye göre daha yüksek ortalama BDÖ puanlarına açıklık getirmektedir.

Ortalama BAÖ puanları açısından ise çalışmamızda, OG’nin ortalama BAÖ puanı $13,15 \pm 8,2$, RG’nin $10,69 \pm 8,8$, KG’nin ise $3,57 \pm 1,3$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, anksiyete puan ortalaması daha fazla suçluluk uyandıran, daha kabul edilemez ve ifade edilemez olarak nitelendirilen otojen obsesyonları olan grupta RG’ye göre KG’den anlamlı olarak yüksektir, OG ile RG arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızla benzer şekilde, Lee ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada OG’de BAÖ puanı $11,06 \pm 8,56$, RG’de $10,37 \pm 8,82$ olarak bulunmuş ve gruplar arasında fark olmadığı bildirilmiştir (99). Ancak bu çalışmada kontrol grubu olmadığından bu açıdan karşılaştırma yapılmamıştır. Başka bir çalışmada Lee ve arkadaşlarının, otojen obsesyonları daha çok hoşnutsuzluk ve suçluluk duyguları ile, reaktif obsesyonları ise daha çok kaygı ve endişe ile ilişkili bulmasına rağmen (Lee HJ2005), çalışmamızda OG’nin ortalama anksiyete puanının KG’den anlamlı olarak yüksek çıkması ve benzer farkın RG ile KG arasında gözlenmemiş olması, OG’deki obsesyonların içeriğinin daha yüksek anksiyete düzeyine işaret etmesi açısından dikkat çekici bulunmuştur.

Yapılan korelasyon analizlerinde; OG’de hastaların yaşları ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında orta düzeyde negatif korelasyon olduğu görülmüştür. Yani, hastaların yaşı arttıkça ölçek puanları düşmektedir. Benzer bulgular RG’de elde edilmemiştir. Bu bulgular dini, cinsellik ya da saldırganlık içerikli obsesyonların daha erken yaşlarda kişilere daha rahatsız edici gelmesi, kişilerin bu düşüncelerin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyması ve bu konuda kendisini daha fazla suçlaması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda, Beşiroğlu

ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, 12 haftalık SGI tedavisi sonrası ortalama Y-BOKÖ puanlarında OG'de RG'ye göre daha anlamlı bir azalma gözlemlediklerini bildirilmiştir. Bu çalışmada aynı zamanda, Y-BOKÖ-obsesyon puanı ile depresyon ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon mevcuttur (142). Bu bulgularla ilişkili olarak, yaş ilerledikçe medikal tedavi kullanma olasılığının arttığı göz önünde bulundurulursa, OG'nin medikal tedavi ile hastalık şiddetinde ve dolayısıyla depresyon ve anksiyete bulgularının şiddetinde daha anlamlı azalma olmuş olması çalışmamızdaki bu bulgulara neden olmuş olabilir. Çalışmamızda ayrıca, OG'de hastalık süresi ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında da negatif yönde orta düzeyde korelasyon olması da, hastalık süresi uzadıkça hastaların ilaç tedavisine ulaşma ihtimalinin artması, tedaviden RG'ye göre daha fazla yarar görmeleri ve dolaylı olarak depresyon ve anksiyete bulgularının şiddetinde RG'ye göre daha anlamlı bir azalma olmuş olmasıyla ilişkili olabilir. Ancak, daha geniş örneklemle bu bulguların anlamlılıklarının doğrulanmasına ihtiyaç vardır.

5.3.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKÖ):

OG ile RG arasında Y-BOKÖ-içgörü puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Y-BOKÖ 11. maddesi hastalığa bakış açısı ve içgörüyü ölçmektedir. Düşük puanlar iyi bir içgörüyü ifade etmektedir. OG'de ortalama puan $2,59 \pm 0,84$ olarak bulunmuşken RG'de $2,08 \pm 0,9$ olarak belirlenmiş ve OG'de içgörünün daha az olduğu belirlenmiştir. Bizim bulgularımıza benzer şekilde, Çamlı ve arkadaşları otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hastalarda Y-BOKÖ 11.maddesi ile içgörüyü değerlendirdikleri çalışmalarında 11.madde ortalama puanını otojen grupta $1,73 \pm 0,82$ puan, reaktif grupta ise $1,29 \pm 0,86$ olarak bildirmiş ve OG'de içgörünün istatistiksel olarak RG'ye göre daha az olduğunu belirtmişlerdir (26). Bu konuda yapılan bir diğer çalışmada, otojen obsesyonu olan hastalarda daha fazla düşünce bozukluğu olduğu öne sürülmüştür (124), bu da daha kötü içgörü düzeyi ile ilişkilendirilebilir. Bunların yanı sıra, Catapano ve arkadaşları, içgörüyü düşünce içeriğinin bizar olmasıyla ilişkilendirmemiş ve içgörüsü olmayan hastaların da normal sayılabilecek obsesyonlara sahip olabileceklerini öne sürmüşlerdir (290).

Sonuç olarak bizim bulgularımız, otojen obsesyonlara sahip hastalarda içgörünün RG'ye göre daha kötü olduğu yönündeki bulguları destekleyici niteliktedir.

Türksoy ve arkadaşları, yaptıkları araştırmada obsesyon gruplarını ayırmaksızın hasta gruplarını içgörüsü olan ve olmayan şeklinde iki başlıkta toplamış; içgörüsü olmayan hastalarda Y-BOKÖ-obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlarını yüksek olarak saptamıştır (291). Buna karşı, Marazziti ve arkadaşları, içgörü düzeyi ile Y-BOKÖ puanları arasında bir korelasyon olmadığını savunmuştur (292). Çamlı ve arkadaşları da, içgörü düzeyinde OG ve RG arasında Y-BOKÖ-toplam puanları açısından anlamlı fark bulamadıklarını bildirmiştir (26). Bu bulgularla uyumlu olarak bizim çalışmamızda da, içgörüsü anlamlı olarak RG'den daha kötü olan OG ile RG arasında Y-BOKÖ-obsesyon, kompulsiyon, toplam ve şiddet puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu, içgörü düzeyi ile Y-BOKÖ puanları arasında bir ilişki olmadığı görüşünü destekler niteliktedir.

Beşiroğlu ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, OG'nin kompulsiyon puanı RG'den anlamı olarak düşük bulurken, obsesyon ve toplam puanlar arası anlamlı fark tespit edilememiştir (28). Belloch ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, RG'nin kompulsiyon puanları OG'ye göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (289). Yine benzer sonuç Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da saptanmış ve RG'nin kompulsiyon şiddeti daha yüksek bulunmuştur (12). Ancak bu çalışmalarda kullanılan ölçek olan Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri'nde reaktif kompulsiyonlar iyi temsil edilirken otojen içeriğin zayıf temsil edildiği gözlenmiştir (273). Bizim çalışmamızla benzer şekilde, Beşiroğlu ve arkadaşlarının farklı bir çalışmada, OG ve RG arasında Y-BOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanları arasında anlamlı fark bulunamadığı bildirilmiştir (80). Litaretürde reaktif obsesyonların kompulsif belirtilerle daha fazla ilişki olabileceği önermesine karşı bizim çalışmamızda ortaya çıkan bu farksızlık, çalışmamızda OG'yi oluşturan hastaların çoğunluğunun dini (%55,6) ve cinsel (%40,7) içerikli obsesyonlara sahip olması ve bu obsesyon tiplerinin de geleneksel olarak saf obsesyonlar olarak tanımlanmasına rağmen tek başına kompulsiyon olmaksızın görülme sıklıklarının nispeten düşük olmasıyla (289) ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan korelasyon analizlerinde; OG'de hastaların yaşı ile Y-BOKÖ-toplam puanı arasında orta düzeyde negatif yönde ilişki saptanmıştır. Benzer bir ilişki RG

için saptanmamıştır. Bu bulgular daha önce bahsettiğimiz gibi, OG'de yaş ilerledikçe medikal tedavi kullanma olasılığının artması ve Beşiroğlu ve arkadaşlarının çalışma bulgularını (69) destekler biçimde OG'nin ilaç tedavisi ile Y-BOKÖ puanlarında daha anlamlı düşüş olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. İçgörü düzeyi RG'ye göre daha düşük olan OG'de yine de bu önermemizin farklı çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Korelasyon analizlerinde ayrıca, OG'de hastalık süresi ile Y-BOKÖ-toplam puanı arasında negatif yönde ilişki saptanırken RG'de ise pozitif yönde ilişki saptanmıştır. OKB ile ilgili çalışmalarda sıklıkla uzun hastalık süresi, ilaç tedavisine daha kötü yanıtla (289) ve kötü prognozla ilişkilendirilmektedir (251). Moritz, daha uzun hastalık süresine sahip hastalarda anlamlı olarak yükselmiş Y-BOKÖ puanları bildirmiştir (171). Bu bağlamda çalışmamızda RG'de hastalık süresinin uzamasıyla Y-BOKÖ-toplam puanında artış olması literatürle uyumlu olarak değerlendirilebilir. Ancak OG'de hastalık süresinin uzamasıyla Y-BOKÖ puanlarında azalma olmasına ilişkin literatürde herhangi bir bilgiye rastlanamamıştır. Bu bulgu, daha önce bahsedildiği gibi OG'de ilaç tedavisine daha iyi yanıtla açıklanabileceği gibi, hastaların otojen obsesyonlarının daha rahatsız edici içeriğinden ötürü hastalık şiddetini saklamaya yönelik bulgularını daha hafif ifade etmelerinden de kaynaklanıyor olabilir. Ancak tüm bu varsayımların, daha geniş örneklemli çalışmalarla desteklenmeye ihtiyacı vardır.

5.3.3. Üstbilis Ölçeği-30 (ÜBÖ-30):

Üstbilis bilişin değerlendirilmesini, gözlenmesini veya kontrol edilmesini içeren herhangi bir bilgi veya bilişsel süreçtir. Wells, bilişsel inançların, üstbilislerin yan ürünü olduğunu ve üstbilişsel inançların obsesif kompulsif (OK) belirti örüntüsüne katkıda daha önemli rol oynadığını ileri sürmüştür (161). Bu bağlamda, Wells ve Matthews benliği düzenleyen yürütücü işlevler (B-DYİ) modelinden yola çıkarak OK belirtileri için üstbilişsel modeli geliştirmişlerdir. Modele göre kişiler obsesyonel düşüncelere sahip olmayı kendileri için anlamı ve beraberinde getirdiği düşünülen olumsuz sonuçları nedeniyle olumsuz olarak değerlendirmektedir (293). Girici düşünceler, üstbilişsel inançların tetiklenmesi ile düşüncelerin anlamı, önemi

ve sonuçları hakkında olumsuz değerlendirmelere neden olmaktadır. Bu olumsuz değerlendirmeler korku, kaygı, suçluluk ve sıkıntı duygularını ve ritüel gerçekleştirme gibi davranışsal tepkileri beraberinde getirmektedir (294). Modele göre ayrıca, kaygı ve sıkıntı yaratan uyarıcıya tepki olarak bilişsel dikkat sendromu (BDS) gelişmektedir. BDS abartılmış benlik odaklı dikkate, tehdit gözlemlemeye yol açmakta; fonksiyonel olmayan, olumsuz benlik inançlarının düzeltilmesini engellemekte; olumsuz duygu ve düşüncelerin sürmesine neden olmakta ve psikolojik bozuklukların gelişimine etki etmektedir (295).

Girici düşünceler hakkındaki inançlar ile dikkati odaklama eğilimi ve düşünceyi izleme gibi üstbilişsel süreçleri değerlendirmek için çalışmamızda ÜBÖ-30 kullanılmıştır. Ölçeğin 5 alt boyutu vardır. Bunlar; endişe hakkında olumlu inançlar, endişelenmenin zararlı olduğu ve düşünce ve tehlikenin kontrol edilemez olduğuna yönelik inançlar, kişilerin bilişsel yeterlilikleri ile ilgili bilişsel güven boyutu, düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz inançlar, kişinin düşünce süreçlerine odaklanma eğilimini içeren bilişsel farkındalık boyutudur.

Çalışmamızda OKG ile KG arasında, ÜBÖ-30 ile değerlendirilen üstbilişsel süreçlerden kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık alanlarında ve ölçek toplam puanında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Endişe hakkında olumlu inançlar ve bilişsel güven alt boyutlarında ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutuna ilişkin Cucchi ve arkadaşları, sağlıklı kontrollere göre OKB hastalarında kontrol edilemezlik ve tehlike ile düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutu puanlarını anlamlı olarak daha yüksek bulduklarını bildirmiştir (175). Moritz ve arkadaşları, OKB hastalarındaki kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutunun yüksekliğinin obsesyonların ciddiyeti ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (171). Irak ve Tosun, Türkiye'den 850 üniversite öğrencisiyle yürüttükleri çalışmada üstbilişlerin, özellikle kontrol edilemezlik tehlike boyutuna dair üstbilişsel inançların, OK belirtileri ve sürekli kaygıyı birbirinden bağımsız olarak güçlü bir şekilde yordadığını göstermiştir (261). Sica ve arkadaşlarının, İtalya'da klinik olmayan 80 kişilik örnekleme hem üstbilişsel inançlar hem de üstbilişsel kontrol stratejilerinin incelendiği çalışmasında; kontrol edilemezlik ve tehlike boyutunun endişe ve OK belirtilerini yordadığı, endişeye dair inançların da

uyum bozucu başa çıkma stratejilerinin sürdürülmesiyle ilişkili olduğuna dair bulgular elde edilmiştir (177). Çalışmamızdan elde edilen bulgular mevcut literatür bulgularını desteklemektedir. Bu bağlamda bu hastalar endişenin tehlikeli ve kontrol edilemez olduğuna dair olumsuz inançlara ve sürekli düşünmenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair inançlara sahiptir. Çalışmamızda OKB hastalarında kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeğinin yüksekliği; hastaların obsesyonlarını düşünmemeye çalışsalar da, sürmesi veya akıllarından geçenlerle ilgili sürekli endişe duymaları ve kuşkuya kapılmaları gibi klinik belirtilerle ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Öte yandan depresyon ve anksiyete düzeylerinin kontrol edildiği bazı çalışmalarda ise kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutunun OKB belirtilerini yordamadığına ilişkin veriler de vardır (174) (296).

Düşünceleri kontrol ihtiyacı ise batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir (177). Düşünceleri kontrol ihtiyacının, OKB belirtilerinin yordayıcısı olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır (127) (297). Türk örneklemiyle yapılan bir çalışmada düşünceleri kontrol ihtiyacının OKB'ye özgü olduğu ve OKB belirtilerinin en güçlü yordayıcısı olduğu bulunmuştur (296). Irak ve Tosun'un çalışması da düşünceleri kontrol etme ihtiyacının OK belirtilerinin temel üstbilişsel faktörü olduğunu belirterek bu görüşü desteklemektedir (261). OKB hastalarının düşünce kontrolünün önemi ve girici düşünceleri kontrol etmede başarısız olunmasıyla oluşacak sonuçların olumsuz olarak değerlendirilmesi hakkındaki hatalı inançları göz önünde bulundurulduğunda obsesyonların oluşması ve sürdürülmesinde düşünceleri kontrol ihtiyacının kuramsal olarak da önemi anlaşılabılır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular hem OKB'nin üstbilişsel modeliyle kuramsal alanda hem de düşünceleri kontrol ihtiyacının OKB belirtilerinin yordayıcısı olduğunu gösteren araştırma sonuçlarıyla tutarlıdır. Ayrıca, çalışmamızda yapılan korelasyon analizlerinde OKB hastalarında düşünceleri kontrol ihtiyacı ile Y-BOKÖ-şiddet puanı ile ise pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Y-BOKÖ şiddet puanı ile diğer üstbilişsel alt boyutlar arasında ise benzer bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgunun, düşünceleri kontrol ihtiyacının OK belirtilerinin temel üstbilişsel faktörü olduğuna ilişkin kabulleri desteklediği düşünülmüştür. Bu bulgumuzla tutarlı şekilde, Gwilliam ve arkadaşlarının üstbilişlerin OK belirtileri ile ilişkisini

araştırdıkları çalışmalarında, düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz üstbilişsel inançların OK belirtilerinin şiddetini arttırdığını bildirmiştir (293). Tüm bu verilere karşı, düşünceleri kontrol ihtiyacının OKB belirtilerini yordamadığı birkaç çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalarda ÜBO-30 alt ölçeklerinden düşünceleri kontrol ihtiyacı OKB ve OKB'nin hiçbir belirti alt tipiyle ilişkili bulunmamıştır (177) (161).

Çalışmamızda OKG'nin bilişsel farkındalık alt boyutu puanı anlamlı olarak KG'den yüksektir. Çalışmamızla benzer şekilde, Janeck ve arkadaşları, OKB hastalarının bilişsel farkındalık ölçek puanlarının diğer kaygı hastaları kontrol grubundan güvenilir olarak farklılaştığını bulmuşlardır (178). Cohen ve Calamari bilişsel farkındalığın, düşüncelerle ilgili olumsuz değerlendirmeden ayırt edilebileceğini ve normal girici düşünceleri obsesyonlara dönüştürme süreciyle bağlantılı olabileceğini öne sürmüştür (298). Cartwright-Hatton ve Wells, yaptıkları çalışmada, OKB hastalarının ÜBÖ-bilişsel farkındalık alt ölçek puanlarının yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) hastalarından belirgin olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir (166). Bilişsel farkındalık, kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade eder. Tüm bu bilgiler ışığında, OKB'de kişinin bilişsel süreçleri üzerine aşırı şekilde düşünme eğiliminin girici düşüncelerini olumsuz değerlendirme ihtimalini arttırabileceğini, düşüncelerle ilgili inançlarına aşırı önem vermesine teşvik edebileceğini ve OKB geliştirme olasılığını arttırabileceğini söyleyebiliriz. Ayrıca, düşüncelerin aşırı farkında olmanın, çeşitli düşünce inançlarının (düşünce-eylem kaynaşması, belirsizlik, sorumluluk gibi) gelişmesini teşvik edeceği de söylenebilir.

Son olarak çalışmamızda OKG'de ÜBÖ-toplam puanı KG'den anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. OKB hastalarında yapılan benzer çalışmalarda da ÜBÖ-toplam puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (180) (299).

Üstbilişin olumlu inanç alt boyutu, endişelenmenin kişinin kendisi için olumlu ya da kurtarıcı bir durum olup olmadığını sorgulamaktadır. Bizim bulgularımıza göre, OKG ile KG arasında olumlu inanç alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bu durum, OKB hastalarının endişelenmeyi kendileri için olumlu ya da kurtarıcı bir durum olarak görmediklerini ortaya koymaktadır. Bunun nedeninin, OKB'de endişeden çok girici düşüncelerle ilgili üstbilişlerin rol oynaması ve dolayısıyla hastaların endişeden çok girici düşüncelere

odaklanmış olmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Nieto ve arkadaşları, YAB ve OKB tanılı hastalarda ÜBÖ-olumlu inanç alt boyutunda sağlıklı kontrollere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır (295). Benzer şekilde, Cuchii ve arkadaşları panik bozukluk (PB) ve OKB hastalarında yaptıkları çalışmalarında, olumlu inanç alt boyutunu anlamlı olarak değerlendirmemişlerdir (175). Barahmand, YAB hastalarında olumlu inançlar, OKB hastalarında kontrol edilemezlik ve tehlike ile düşünceleri kontrol ihtiyacı, depresyon bozukluğu hastalarında ise bilişsel güven alt boyutunu kontrol grubundan yüksek değerlendirmiştir (300). Bu bulguların aksine, çeşitli çalışmalarda üstbilişsel inançlardan endişeyle ilgili olumlu inançların obsesif inançların üzerinde ve ötesinde OKB belirtilerini ve tüm belirti alt tiplerini yordadığı gösterilmiştir (161) (293).

Çalışmamızda, üstbilişin bilişsel güven olarak adlandırılan ve kişilerin hafızalarına olan güvensizliklerini ya da yaşadıkları hafıza problemlerini, unutkanlıklarını değerlendiren alt boyutu açısından OKG ile KG arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatür bulguları incelendiğinde bilişsel güvensizlik ve OKB belirtileri arasındaki ilişkilere yönelik de çelişkili sonuçlar olduğu görülmektedir. Moritz ve arkadaşları, bilişsel güvensizliğin OKB hasta grubunda belirti düzeyiyle ilişkili olmadığını göstermiştir (171). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da bilişsel güvensizliğin OKB belirtilerini yordamadığı gösterilmiştir (296). Benzer şekilde hem Türkiye’de hem de yabancı literatürdeki çalışmalarda bilişsel güvensizliğin OKB’den ziyade depresyon, kaygı ve patolojik endişeye özgü bir üstbilişsel faktör olduğunu ortaya konmuştur (161) (296). Bizim bulgularımız mevcut literatürle paralellik göstermektedir. Buna karşı, özellikle son yıllarda kendini bildirime dayalı ölçek değerlendirmeleri yerine hafızayla ilgili deneysel yöntemlerle, söz konusu üstbilişsel değişkenin farklı boyutlarının da ölçüldüğü çalışmalarda bilişsel güvensizliğin OKB belirtileriyle ilişkili olduğunu gösteren tutarlı sonuçlar bildirilmiştir (252) (301). Bu çelişkinin nedeni çalışmalar arasındaki yöntemsel farklılıklar olabilir.

Alt tipler açısından incelediğimizde; OG ve RG arasında ÜBÖ-olumlu inanç alt boyutunda her iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır. RG’de endişeyle ilgili olumlu inanç puanları OG’den anlamı olarak yüksek bulunmuştur. ÜBÖ’nun diğer alt boyutlarında ise her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun yanı

sıra, ÜBÖ-kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık ve toplam puanları açısından OG ve RG'nin KG'den anlamlı olarak farklılaştığı, hastaların bu alt ölçekler KG'ye göre daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Literatür incelendiğinde OKB alt tiplerinde üstbilişlerin araştırıldığı çalışma sayısının oldukça az olduğu görülmüştür. Otojen obsesyonlara sahip kişiler düşüncelerini benliğe yabancı ve mantıksız algılamaya, onları bilinçlerinden uzaklaştırmaya ve bastırmaya ya da sık sık gizli, büyüsel doğada kompulsif davranışlarla kontrol stratejileri kullanmaya eğilimlidirler (180). Diğer taraftan, klinisyenlere sık sık düşüncelerini akla aykırı veya tuhaf olarak tanımlasalar da reaktif obsesyonlara sahip kişiler, düşüncelerin görece gerçekçi ve akla yatkın olduğuna inanmaya eğilimlidir. Bu yüzden, kendilerini düşünceyi savuşturmaktaansa obsesif düşüncenin istenmeyen olası sonuçlarını engellemek için asıl baş etme davranışına adanmışlardır (12) (124). Çalışmamızda bu farklılığın üstbilişlere yansıtılabileceği düşünülerek otojen ve reaktif grupların üstbilişleri karşılaştırılmıştır.

Literatür incelendiğinde, RG'de endişeyle ilgili olumlu inanç puanlarının OG'den anlamlı olarak yüksek bulunduğu yönünde bir bulguya rastlanmamıştır. Ancak Wells ve Papageorgiou yaptıkları çalışmalarında, kuşku obsesyonları ve kontrol etme kompulsiyonlarının endişeyle ilgili olumlu inançlar tarafından yordandığını göstermiştir (161). Emin olamama obsesyonları reaktif obsesyonlar grubunda yer alır. Bu bağlamda, çalışmamızda ortaya çıkan endişeye ilişkin olumlu inançların RG'de OG'ye göre anlamlı olarak yüksek olması sonucunun Wells'in bulgularıyla uyumlu olduğu düşünülmüştür. Daha öncede bahsedildiği gibi üstbilişin olumlu inanç alt boyutu, endişelenmenin kişinin kendisi için olumlu ya da kurtarıcı bir durum olup olmadığını sorgulamaktadır. Bizim bulgularımız, RG'deki hastaların OG'dekilere göre endişelenmeyi kendileri için olumlu ya da kurtarıcı bir durum olarak gördüklerini ortaya koymaktadır. Otojen obsesyonlu kişiler düşüncelerini benliğe yabancı ve mantıksız algılamaya, onları bilinçlerinden uzaklaştırmaya ve bastırmaya ya da sık sık gizli, büyüsel doğada kompulsif davranışlarla kontrol stratejileri kullanmaya eğilimlidirler. Bu bağlamda, otojen obsesyonların endişeden çok girici düşüncelerle ve onları zihinden uzaklaştırmayla ilgili olduğunu söyleyebiliriz. Öte yandan, klinisyenlere sık sık düşüncelerini akla aykırı veya tuhaf olarak tanımlasalar da reaktif obsesyonlu kişiler, düşüncelerin görece gerçekçi ve

akla yatkın olduğuna inanmaya eğilimlidir. Bu yüzden, kendilerini düşünceyi savuşturmaktansa obsesif düşüncenin istenmeyen olası sonuçlarını engellemek için asıl baş etme davranışına adarlar. Bu açıdan reaktif obsesyonlara sahip kişiler, endişelenmenin kendilerini istenmeyen olası sonuçları engellemek için koruyucu olduğuna daha fazla inanıyor olabilir. Özetle, otojen obsesyonların daha çok girici düşüncelerle ilgili olmasının, reaktif obsesyonların ise daha çok obsesif düşüncenin istenmeyen olası sonuçlarına ilişkin endişe ile ilgili olmasının, çalışma bulgumuzun nedeni olabileceği düşünülmüştür. Öte yandan, girici düşüncelerle daha fazla ilgili olduğu düşünülen ve onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan sorumlu olacağına daha fazla inanan ve bu yönde bu düşünceleri zihninden uzaklaştırmaya ya da bastırmaya çalışan OG'de ÜBÖ-düşünceleri kontrol ihtiyacı ortalama puanı RG'ye göre daha yüksek olsa da istatistiksel olarak bu fark anlamlı değildir. RG'de endişeye yönelik olumlu inançların OG'den anlamlı olarak farklılaşması göz önünde bulundurulduğunda, benzer bir durumun OG için düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutunda gözlenmesi beklenebilir. Ancak çalışma bulgularımız da bu yönde bir sonuç alınamamıştır. Öte yandan, yapılan korelasyon analizlerinde OG'de Y-BOKÖ-toplam puanı ile ÜBÖ-düşünceleri kontrol ihtiyacı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Benzer bir ilişki RG'de saptanmamıştır. Bu bulgu, düşünceleri kontrol ihtiyacına yönelik üstbilişlerin OG'de hastalık şiddeti üzerinde doğrudan etkisinin RG'ye göre anlamlı olduğunu gösterir. OG'de düşünceleri kontrol ihtiyacına yönelik üstbilişlerin daha fazla olması hastalık şiddetini anlamlı olarak arttırmaktadır. Bu da, düşünceleri kontrol ihtiyacına yönelik üstbilişlerin otojen obsesyonlarla daha çok ilgili olduğuna işaret edebilir. Ancak, bulgularımızın farklı çalışmalarla desteklenmeye ihtiyacı vardır.

Doğan ve arkadaşları, OKB alt tipleri ve sağlıklı kontrollerde üstbilişleri karşılaştırdıkları çalışmalarında, OG ve RG arasında ÜBÖ-30 alt ölçeklerinin hiçbirinde ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemediklerini bildirmiştir (180). Bizim çalışmamızda da endişeyle ilgili olumlu inanç dışında diğer üstbilişsel boyutlarda OG ile RG arasında anlamlı fark saptanmamış olması da göz önünde bulundurulduğunda, otojen ve reaktif obsesyonlarda benzer üstbilişsel patolojilerin rol oynadığı düşünülebilir. Reaktif obsesyonlu kişiler, düşüncelerinin görece gerçekçi olduğuna inanmaya eğilimlidir fakat klinik görüşmelerde

düşüncelerinin mantıksız olduğunu da dile getirirler. Öte yandan, otojen obsesyonlar her ne kadar benliğe yabancı olsalar da bu kişiler obsesyonlarını saklama eğilimindedirler. Bu durum üstbilişsel patolojilerin her iki grupta aynı derecede ortaya çıkışını ve arada fark olmayışını açıklayabilir.

Çalışma bulgularımızdan farklı olarak, otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarında bilişsel farklılıkların incelendiği bir tez çalışmasında, ÜBÖ-kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık boyutlarında, otojen grubun ortalama puanlarının reaktif gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (273). Üstbilişsel boyutların OKB belirti alt tiplerini yordamasına yönelik çalışmadan elde edilen bir diğer bulgu da bilişsel güvensizliğin sadece kirlenme/temizlik alt tipini yordamasıdır (301). Bu bağlamda, tekrar eden temizleme kompulsiyonlarına karşın kirlenme obsesyonlarının sürdürülmesinin belleğe güvensizlikten kaynaklandığı ileri sürülmüştür. Ancak çalışmamızda bu bulguları destekleyecek şekilde kirlenme obsesyonlarını içine alan RG’de ÜBÖ-bilişsel güven alt boyutunda OG’ye göre anlamlı fark saptanmamıştır. Bir başka çalışmada, endişenin kontrol edilemeyeceği ve tehlikeli olduğuna ilişkin inançların başkalarına ve kendine zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri yordadığı göstermiştir (174). Bizim çalışmamızda ise, ÜBÖ-kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutunda OG ve RG KG’den anlamlı olarak yüksek puanlar almış olmalarına rağmen her iki grup arasında farklılaşma olmamıştır. Farklı bir çalışmada ise, zarar vermeye yönelik obsesyonların hem endişeyle ilgili olumlu inançlar hem de endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğu ile ilgili inançlar tarafından yordandığı göstermiştir (161). Bu çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda endişeye ilişkin olumlu inanç dışında ÜBÖ’nun diğer alt ölçeklerinde OG ile RG arasında fark saptanmamasının örneklemin küçüklüğü ya da öz bildirime dayalı verilerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ancak bulgularımız, her iki grupta da benzer üstbilişsel patolojilerin varlığına işaret ediyor da olabilir. Tüm bu çelişkili bulgular, bu konuda daha geniş örneklemlili çalışmaların gerekliliğine işaret etmektedir.

5.4. Nörobilişsel Test Sonuçlarının Karşılaştırılması:

5.4.1. İz Sürme Testi (Trail Making Test, TMT):

TMT-A psikomotor hız ve dikkati, B bölümü ise yürütücü işlevlerden kurulumu değiştirme ve görsel tarama hızı ve görsel uyanıklığı ölçmektedir. Her iki bölümü tamamlama süresinin farkına dayalı B-A süresi ile de hız bileşeninin etkisi ortadan kaldırılarak dikkat, esneklik ve kurulumu değiştirmenin dakik bir şekilde ölçümü (302) amaçlanmıştır. TMT performansı, yaş ve eğitim düzeyinden etkilenmektedir (263). Çalışmamızda karşılaştırılan gruplar arasında yaş ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmamasının bu yönden sonuçları daha güvenilir kıldığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda OKG ile KG arasında TMT-A, TMT-B ve TMT-B-A süreleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. OKG'deki hastalar anlamlı olarak KG'deki katılımcılardan daha uzun sürede testleri tamamlamıştır. Bu sonuçlara göre, OKB hastalarında hem psikomotor hız ve dikkat hem de kurulumu değiştirme ve görsel tarama ve görsel uyanıklıkta bozulma vardır.

Bulgularımızla benzer şekilde çeşitli çalışmalarda, OKB hastalarının TMT-A performanslarının kontrol grubundakilerden daha kötü olduğu bildirilmiştir (95) (196) (241). Ancak burada dikkat edilmesi gereken bir nokta, SĞİ ya da benzodiazepin tedavisi alıyor olmanın bilgi işleme hızı üzerine olan bozucu etkisinin daha önce gösterilmiş olmasıdır (185). Bizim hastalarımız da dahil olmak üzere OKB hastalarında TMT-A performansında bozulma olduğunu gösteren çalışmaların çoğunda hastalar ilaç tedavisi altındaydı. Bu bilgiler ışığında, hastalarımızın TMT-A performans sonuçlarının güvenilirliği etkilenmiş olabilir. Bunun yanı sıra, Tükel ve arkadaşlarının OKB hastalarında nörobilişsel işlevleri değerlendirdikleri çalışmalarında, çalışmaya dahil edilen hastalar en az 6 haftadır ilaçsızdı ya da daha önce hiçbir ilaç tedavisi kullanmamışlardı. Ve bu çalışmanın sonuçları da, OKB hastalarında TMT-A performansının sağlıklı katılımcılardan anlamlı olarak düşük olduğunu göstermiştir (95). Aynı çalışmada OKB hastalarının TMT-B ve TMT-B-A performanslarının da sağlıklı katılımcılardan anlamlı olarak düşük olduğu gösterilmiştir (95). Bu bulgular da bizim çalışma sonuçlarımızla uyumludur ve OKB hastalarında hız kontrol edildiğinde de kurulumu değiştirmede bozulma olduğuna işaret eder. Hashimoto ve arkadaşları da, OKB hastalarında TMT B-A test performansında bozulma bildirmiştir (242). Öte yandan, Penades ve arkadaşları

TMT-B’de OKB grubunun sağlıklı katılımcılara göre anlamlı olarak daha kötü performans sergilediğini bildirmiş ancak söz konusu farkın TMT-B-A görevinde kaybolması nedeniyle, OKB hastalarının bu alanda gösterdikleri yetersizliğin kurulumu değiştirmeye değil, hızla ilişkili olabileceğini ileri sürülmüşlerdir (228). TMT performansında, OKB hastaları ile sağlıklı katılımcılar arasında fark bulunmadığını bildiren çalışmalar da vardır (185) (233).

Yapılan korelasyon analizlerinde, literatürle uyumlu şekilde OKB hastalarında yaş ile TMT-A, B ve B-A performansı arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Yaşlanma süreçleri psikomotor hızı etkilemekte olup TMT-A ve B bölümleri de bundan etkilenmektedir (303). A ve B bölümlerini tamamlama süresi eğitim düzeyinden de etkilenmektedir ve eğitim düzeyi etkisi alt testlere göre farklılık göstermektedir. Eğitimin B bölümü süre puanları üzerindeki etkisi daha fazladır (304). Bu bilgilerle uyumlu şekilde çalışmamızda TMT-A ile eğitim süresi arasında negatif yönde zayıf düzeyde, TMT-B performansı ile ise orta düzeyde bir ilişki vardır. Bu da eğitim süresinin azalması ile TMT-B performansının daha fazla bozulduğu bilgisini desteklemektedir. TMT performansı ile Y-BOKÖ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu da TMT performansının hastalık şiddeti ya da içgörü gibi parametrelerden etkilenmediğini düşündürmektedir.

Alt tipler açısından incelendiğinde, OG ve RG’de TMT-A, B, B-A performansları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Ancak her iki grup test performansları KG’den anlamlı olarak düşük bulundu. Literatür incelendiğinde OG ve RG arasında TMT performansına dayalı bir çalışmaya rastlanmamıştır. OKB’de semptom boyutuna dayalı yapılan çalışmalarda saldırganlık boyutu ile TMT performans düşüklüğü ilişkili bulunmuştur. Simetri/düzen boyutu da sözel bellek ve TMT’deki daha düşük performansla ilişkili bulunmuştur (242). Çalışmamızda bu bulguları yordayacak sonuçlar elde edilmemiştir. Bunun nedeni hasta sayısının yeterli olmaması olabileceği gibi, saldırganlık obsesyonlarının OG’de, simetri/düzen obsesyonlarının ise RG’de yer alması ve farkın birbirinin dengelemesi olabileceği düşünülmüştür. Öte yandan, bir çok çalışma OKB’de semptom boyutu ile nörobilişsel test performansları arasında fark olmadığını bildirmiştir (305) (306). Sonuç olarak bulgularımız, otojen ve reaktif obsesyonlara

sahip bireylerde sağlıklı kişilere göre TMT-A, B ve B-A performansında benzer düzeyde bir bozulmaya işaret etmektedir.

Alt tiplerde yapılan korelasyon analizlerinde ise, RG'de yaş ile TMT-A, B ve B-A performansı arasındaki ilişki OG'ye göre daha güçlü olarak bulunmuştur. Ayrıca eğitim düzeyi ile TMT performansı arasında olması beklenen ilişki OG'de gözlenmezken RG'de eğitim düzeyi ile TMT-A, B, B-A performansı arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu farkın OG'nin hasta sayısının (n=27) RG'den (n=40) az olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

5.4.2. Stroop Testi:

Çalışmamızda karmaşık seçici dikkat ve bir yürütücü işlev olarak bozucu etkinin (interference) kontrolünün belirlenmesinde Stroop Testi kullanılmıştır. Stroop testi hem dikkat ölçümlerinin altın standardı olarak kabul edilir (265) hem de kişinin algısal kurulumunu değişen talepler doğrultusunda ve özellikle de bir “bozucu etki” altında değiştirebilme kolaylığını, alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme ve olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini ortaya koyar (262). Bu ise esneklik ve algısal kurulum, dikkat ve davranışı kaydırabilme yetenekleri ile ilgilidir. Bu yeteneğin olmadığı durumda perseveratif, stereotipik, uyumsuz olmayan davranışlar ve motor hareketleri düzenleme ve kontrol etme güçlüğü söz konusu olur. Buna göre Stroop performansı, bireyin bilişsel katılık-esneklik derecesini yansıtır. Bu bilgiler ışığında OKB'nin zihinsel esneklikten yoksun, yeni durumlar karşısında tedirgin, aşırı öğrenilmiş cevapları tekrarlama ve değişen koşullara uyum güçlüğü gösteren doğasını (267) göz önünde bulundurduğumuzda, OKB hastalarının otomatik temelli bir kurulumla karşı koymayı ölçen Stroop Testinde daha düşük puanlar almasını bekleyebiliriz. Bu varsayıma uygun olarak çalışmamızda, Stroop Testi'nin tüm görevlerinde OKB hastaları KG'den anlamlı olarak daha kötü performans sergilemiştir. Bunun da, OKB hastalarının hem seçici dikkatlerini sürdürmede hem de bilişsel karışmayı (interference) inhibe etmede sağlıklı kişilere göre daha fazla zorlandıklarına işaret ettiği söylenebilir.

OKB hastalarında Stroop Testinde bozulma olduğuna ilişkin kanıtlar elde eden çalışmalar (95) (228) olduğu gibi, OKB hastaları ile kontroller arasında farklılık

olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (194) (195) (307). Bu çalışmalara baktığımızda örneklem büyüklüğü, örneklemin homojen olmayışı, psikotrop ilaç kullanımının dışlanmamış olması gibi nedenler Stroop Testi ile ilgili çelişkili sonuçları açıklayabilir.

Yapılan korelasyon analizlerinde; Stroop performansının yaş ile pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki sergilerken eğitim düzeyi ile negatif yönde orta düzeyde bir ilişki sergilediği ortaya koyulmuştur. Bulgularımız Stroop performansının yaş ve eğitim düzeyinden etkilendiğini bildiren literatür ile uyumludur. Buna göre test performansı yaşa bağlı artış gösterirken, eğitim düzeyine bağlı olarak ise azalma göstermektedir (265). Öte yandan, hastalık şiddeti ile test performansı arasında ilişki bildiren literatürün (185) aksine çalışmamızda Stroop performansı ile Y-BOKÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Alt tipler açısından incelendiğinde; OG ile RG arasında Stroop Testi görev performansları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Öte yandan, her iki grup da anlamlı olarak kontrol grubundakilerden daha kötü performans sergilemiştir. Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarında nörobilişsel işlevlerin incelendiği bir çalışmada da, bizim bulgularımızla uyumlu şekilde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (308). Bu da, otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hastalarda hem seçici dikkati sürdürme hem de bilişsel karışmayı (interference) inhibe etmede benzer düzeyde bir bozulma olduğunu göstermektedir. OKB’de semptom boyutunda yapılan bazı çalışmalarda simetri/düzen boyutu ile Stroop Testindeki performans düşüklüğü ilişkili bulunmuştur (242) (309). Çalışmamızda ise, bu bulguları yordayacak biçimde simetri/düzen obsesyonlarını içeren RG ile OG arasında test performansları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Öte yandan şizotipal kişilik özellikleri olan OKB hastalarında Stroop Test performansında bozukluk olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (310). Otojen obsesyonlara sahip OKB hastalarının büyüsel düşünce ve olağan olmayan algılar gibi şizotipal kişilik özellikleri ile ilişkisinin gösterildiği çalışmalara dayanarak (124), çalışmamızda OG’nin RG’den daha kötü Stroop performansı sergilemesi beklenebilirdi. Ancak çalışmamızda bu yönde bir bulgu saptanmadı.

Alt tiplerde yapılan korelasyon analizlerinde, OKG'ye benzer şekilde hem OG hem RG'de Stroop performansının eğitim düzeyi ile negatif yönde orta düzeyde bir ilişki sergilediği görülmüştür.

5.4.3. İşitsel-Sözel Öğrenme Testi (Auditory Verbal Learning Test, AVLT):

OKB hastalarında sıklıkla bir eylemi gerçekten yapıp yapmadıkları veya sadece yapmayı mı düşündükleri konusunda emin olamamaları obsesyonlara dönüşebilir; kapı, ocak kontrol etme gibi kompulsiyonlarla sonuçlanabilir. Bilgi işleme açısından bu şüphelerin altında ne yattığı, kontrol etme kompulsiyonu olanlarda bu şüphelere yol açabilecek özgül bellek sorunları olup olmadığı soruları yanıt beklemektedir. Bu doğrultuda, çalışmamızda sözel bellek işlevlerinin değerlendirmesi amacıyla İşitsel-Sözel Öğrenme Testi (Auditory Verbal Learning Test, AVLT) kullanılmıştır.

Çalışmamızda AVLT anlık bellek, sözel öğrenme, hatırd tutma (6.), gecikmiş hatırlama (7.) ve tanıma alt bölümlerinin hepsinde OKB hastaları kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak daha kötü performans sergilemiştir. AVLT'nin 6.-7. okumalarla ilgili puanları yakın bellek ve öğrenmeyi birlikte değerlendirmekte ve tanıma alt testi puanları bellek ve öğrenme üzerinde geri çağırma fonksiyonunun (recall) etkisini dışlayarak kayıt belleğini, geç hatırlama ve öğrenmeyi doğrudan değerlendirmeyi sağlamaktadır. Bu bağlamda, çalışmamızda OKB hastalarının anlık bellek, sözel öğrenme, yakın bellek ve öğrenme ile geç hatırlama ve öğrenme performanslarında bozulma olduğu söylenebilir. Rajender ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, ilaç almayan OKB hastaları sağlıklı kontroller ve hastaların birinci derece akrabaları ile karşılaştırılarak gruplar arasında nörobilişsel endofenotip araştırılmıştır. Sözü geçen çalışmada 30 OKB hastası, 30 OKB hastasının akrabaları ve 30 sağlıklı kontrol sözel bellek performansı AVLT ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada da, OKB hastalarının sözel bellek performansı sağlıklı kontrol grubundan daha kötü olarak bulunmuştur (236). Tükel ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, 72 OKB tanılı hasta 54 sağlıklı kontrol ile nörobilişsel işlevler açısından karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada sözel belleği değerlendirmek için California Sözel Bellek Testi kullanılmıştır ve OKB hastalarının sözel bellek performansının

bozulmuş olduğu bulunmuştur (95). Bu sonuç, kötü bellek performansının semantik olarak sınıflandırma gibi organizasyonel strateji geliştirme yeteneğinin zayıf olmasına bağlanmış olup, limbik epizodik bellekteki problemten kaynaklanmaması ile açıklanmıştır (95). Benzer şekilde OKB'li hastaların sözel bellek performansının sağlıklılardan daha düşük olduğunu gösteren başka çalışmalar da vardır (188) (205) (306) (311). Bu çalışmaların sonuçları, bizim bulgularımız ile uyumludur. Hasta grubunun sıklıkla unutkanlık şikayetinden yakınmaları, bize bu durumun bellek fonksiyonlarındaki bozulma ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Yapılan testler sonucunda hasta grubunun bellek performansında bozulma olduğunun saptanması da, bu önermemizi desteklemiştir. Bu durum, hastaların hafızalarına duydukları güvensizlikten kaynaklanabileceği gibi, OKB semptomları nedeniyle yeterli öğrenme stratejisi kullanamamalarından da kaynaklanıyor olabilir (185). Hastaların kontrol grubuna göre test performanslarında daha fazla tekrarlama yaptıkları gözlenmiştir. Bu durum, limbik sistem kaynaklı bellek bozukluğuna benzememektedir (95). OKB'de etkili öğrenme stratejilerini kullanmada zorluk yaşanması, bu bilgiyi geri çağırma yetersizlikle sonuçlanabilir. Bu da, sözel bellek bozukluğunun frontostriatal sistemdeki bir bozukluktan kaynaklandığını gösterebilir (185). Son yapılan çalışmalar, OKB'de organizasyonel yöntem eksikliklerinin ve yetersiz zihinsel esnekliğin sözel bellekte bozukluk olduğu izlenimine yol açtığını ileri sürmektedir (188) (253). Kuelz ve arkadaşları, stratejilerin etkili şekilde kullanılmasındaki yetersizliğin, OKB hastalarının çaba gerektiren sözel bellek görevlerinde bozuk performans göstermelerini açıkladığını ve bu görevler konusundaki eksikliklerin altta yatan bir yürütücü işlev bozukluğuna ikincil olduğunu ileri sürmüşlerdir (185).

Literatürde OKB hastalarında bellek bozukluğu olmadığını savunan çalışmalar da vardır (312) (313) (314). Bazı çalışmalar da ise, OKB hastalarının tehdit edici uyaranlara ilişkin bellek performanslarının, kontrol grubundakilerden daha yüksek olduğu göstermiştir (315) (316). Örneklem büyüklüğü, kullanılan nörobilişsel testlerin farklılığı, testlerin uygulandığı dönemde hastaların ilaç kullanıyor olmaları, depresyon bozuklukları başta olmak üzere diğer ruhsal bozuklukların varlığı çalışmalar arasında farklı sonuçlar bulunmasının nedenleri olabilir. Bizim çalışmamızda diğer ruhsal bozuklukları açısından hastalar klinik

olarak değerlendirilmiş, test performansını olumsuz etkileyecek bu faktörün dışlanması amaçlanarak bu hastalar çalışma dışında tutulmuştur.

AVLT performansı en fazla yaş ve eğitim yılı, daha az olarak da zeka düzeyi ve cinsiyet gibi demografik değişkenlerden anlamlı düzeyde etkilenmektedir (266). Bu literatür bilgisiyle uyumlu olarak biz de yaptığımız korelasyon analizlerinde, OKG’de hastaların yaşları ile AVLT performansları arasında negatif yönde, eğitim düzeyleri ile ise pozitif yönde ilişki saptadık. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça daha etkili öğrenme stratejileri geliştirebildiklerini söyleyebiliriz.

OKB’de hastalık şiddetinin sözel bellek performansı ile negatif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (228). Yapılan bir çalışmada da, OKB semptomlarının şiddeti ile hastaların belleklerine güveni arasında negatif ilişki saptanmıştır. Araştırmacılar hastaların belleklerine güvenememelerini, belleklerinin genellikle kötü olduğu şeklindeki üstbilişsel inançlarla ilişkilendirmiştir (317). Bizim çalışmamızda ise yapılan korelasyon analizlerinde, Y-BOKÖ-şiddet puanı ile AVLT performansı (anlık bellek, sözel öğrenme, hatırd tutma, gecikmiş hatırlama) arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Benzer bir ilişki kişilerin hafızalarına olan güvensizliklerini ya da yaşadıkları hafıza problemlerini, unutkanlıklarını değerlendiren ÜBÖ-bilişsel güven alt ölçeği ile Y-BOKÖ skorları arasında saptanmamıştır. Bu da, OKB’de kişilerin yaşadıkları bellek sorunlarının üstbilişsel inançlardan çok sözel bellek bozukluğuyla ilişkili olarak frontostriatal sistemdeki bir bozukluktan kaynaklanıyor olabileceğine işaret ediyor olabilir. Bulgularımız sonucunda ayrıca, OKB’de hastalık şiddetinin sözel belleğin bazı kısımlarında bozulmayla ilişkili olduğunu da söyleyebiliriz.

Yapılan korelasyon analizlerinde ayrıca, Y-BOKÖ-içgörü puanı ile AVLT sözel öğrenme performansı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. OKB’de içgörü düzeyi ile bilişsel işlevlerin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda içgörü azaldıkça dikkat, bellek, görsel mekansal işlevler ve yürütücü fonksiyonlar gibi bilişsel alanlarda bozulmanın arttığı yönünde bulgular elde edilmiştir (318). Çalışmamızda bu bulguları destekler biçimde, hastaların içgörü düzeyi azaldıkça sözel öğrenme performansının azaldığı görülmektedir.

Alt tipler açısından incelediğimizde, OG ile RG arasında AVLT performansları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Öte yandan, her iki grup

anlamli olarak kontrol grubundakilerden daha kötü performans sergilemiştir. Sonuç olarak, otojen ve reaktif özellikte obsesyonlara sahip hastalarda benzer düzeyde bir sözel bellek bozukluğunun olduğunu söyleyebiliriz. Aydın ve arkadaşları tarafından otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarının yürütücü işlev ve belleklerinin değerlendirildiği bir çalışmada 30 reaktif obsesyonlara sahip hasta, 32 otojen ve miks özellikte obsesyonlara sahip hasta ile karşılaştırılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, gruplar arasında AVL T performansları açısından anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir (98). Bu bulgular bizim çalışmamızla uyumludur. Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarında bellek işlevlerinin değerlendirildiği çalışmaların azlığı nedeniyle tüm bu bulguların daha geniş örneklemlilerle desteklenmesi önerilir.

Her ne kadar OG ve RG arasında sözel bellek performansı açısından anlamlı bir fark saptanmamış olsa da hem bizim çalışmamız hem de Aydın ve arkadaşlarının çalışmalarında OG’de AVL T skorlarının RG’den düşük olduğu görülmektedir (98). Bu bulgunun, OG’de sözel bellek performansında daha fazla bozulmaya işaret ettiği düşünülmüştür. OG’de Y-BOKÖ-içgörü puanı anlamlı olarak RG’den yüksek gelmiştir, bu da OG’de daha kötü içgörü düzeyini gösterir. OKB’de içgörü azaldıkça bellek işlevlerinde bozulmanın artacağını bildiren çalışmalar (318) göz önüne alındığında, OG’de ortaya çıkan daha düşük AVL T performansının nedeninin bu olabileceği düşünülmüştür.

Literatürde OKB alt gruplarını bilişsel işlevler açısından karşılaştıran az sayıda çalışma vardır. Yapılan bir çalışmada simetri/düzen boyutu sözel bellek testlerindeki daha düşük performansla ilişkili bulunmuştur (242). Mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri de emin olamama/kontrol etme boyutu ve bellek testlerinde başarısızlık ile ilişkili bulunmuştur (319) (320). Reaktif obsesyonların abartılmış sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik gibi işlevsel olmayan inançlarla daha ilişkili olduğu gösterilmiştir (3). Bu bağlamda, çalışmamızda RG’nin OG’ye göre daha kötü bellek performansı sergilemesi beklenebilir ancak tersine RG’nin AVL T performansının anlamlı düzeyde olmasa da OG’den daha iyi olduğu görülmüştür. Bu bulgular bizim sonuçlarımızla çelişmektedir. Öte yandan farklı değerlendirme yöntemi kullanan başka çalışmalarda bu hastalarda, bellek farklılığına rastlanmadığı bildirilmiştir (184). Çalışmalar

arasındaki bu farklılık örneklem büyüklüğü, kullanılan nörobilişsel testlerin farklılığı gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir.

5.4.4. Wisconsin Kart Eşleme Testi (Wisconsin Card Sorting Test, WCST):

Yürütücü işlevler kişinin planlama, amaçlı etkinlikleri yürütebilme ve bu amaçlı davranışlarda etkin performans gösterebilme, problem çözebilme ve bilişsel esneklik gösterebilme yetilerini kapsar. Özellikle prefrontal bölge olmak üzere frontal lobun etkilenmesi ile yürütücü işlevler bozulur. Yürütücü işlevler aynı zamanda çalışma belleği ve dikkat gibi diğer bilişsel işlevlerin koordinasyonunu da sağlar. Birçok çalışmada, OKB hastalarının yürütücü işlevlerinde sorun olduğu vurgulanmaktadır (103) (242).

Çalışmamızda yürütücü işlevler; karmaşık dikkat (dikkati sürdürme, çeldiricilere direnç, uygun olmayan tepki eğilimini önleme), özellik belirleme, perseverasyon, çalışma belleği, kavramsallaştırma, soyut düşünme, kurulumu değiştirme gibi bilişsel becerileri ölçen (270) WCST ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, WCST’de toplam doğru sayısı, toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı, perseveratif olmayan hata sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı, ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı ve öğrenmeyi öğrenme puanı açısından OKG ile KG arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Tüm bu parametrelerde OKB hastaları kontrol grubuna göre daha kötü performans sergilemiştir. WCST performansı, temelde davranışın doğruluğu konusunda verilen geri bildirimden yararlanarak sınıflama ilkesini çıkarma, uyarıcının bir yönüne seçici olarak dikkat edebilme, geçerli olduğu sürece bu ilkeyi kullanma, yanlış davranışa yol açtığı anda ise ilkeden vazgeçebilme yani davranış kurulumunu değiştirebilmeyi içerir (251). WCST’te bozuk performans, davranım ilkesi değiştiği halde bireyin daha önceki ilkeler doğrultusundaki davranımında ısrar etmesi yani perseverasyon olarak tanımlanmaktadır (251). Bunun da OKB ritüelleri ile uyumlu olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda OKB hastalarının, WCST performansları istatistiksel olarak anlamlı düzeyinde kontrol grubuna göre daha kötüdür. Bu sonucun, çalışmaya dahil edilen hastaların ritüelleri ile ilgili uyumlu olarak kurulumu

değiştirme yeteneklerindeki bozulma ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Perseverasyon oranlarının yüksek olması ayrıca, hastaların bilişsel esneklikte zorlandıkları ve daha zayıf soyutlama yeteneğine sahip oldukları yönünde de bir bulgu olarak yorumlanmıştır.

Yürütücü işlevler, bozucu etkiye karşı koyabilme ve tepki ketlemesi, problem çözme, planlama, yaratıcılık, ilişkisiz uyaranların elenmesi, zihinsel esneklik, çalışma belleği ve perseverasyon gibi üst düzey bilişsel işlevleri içerir (184). Sözü edilen bu üst düzey fonksiyonlar daha alt düzeydeki temel bilişsel fonksiyonların koordinasyonu ve entegrasyonunu da sağlamaktadır. Örneğin OKB’de bellek ve dikkat probleminin olmadığı, bunun yerine OKB hastalarının yanı sıra bir bellek ve dikkat işleyişine sahip oldukları yönündeki çalışmalar, OKB hastalarının yürütücü işlevlerinde sorun olduğunu vurgulanmaktadır (171). Genel olarak yürütücü işlevler frontal bölge ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte, yürütücü işlevlerin birçok beyin bölgesinin kompleks etkileşimi içerisinde gerçekleştiği bilindiğinden, uygulanan nörobilişsel testlerdeki performans bozulmasını tek bir beyin bölgesinin disfonksiyonuna bağlamak aşırı indirgemeci bir yaklaşım olabilir. Bu nedenle bilişsel işlevleri lokalize etmeye çalışırken, uygulanan testlerin henüz tek tek bilişsel komponentleri izole etmekten uzak olduğunu akılda tutarak sonuçları değerlendirmenin uygun olduğunu düşünmekteyiz.

Literatürde kurulumu değiştirme, planlama ve perseverasyon gibi yürütücü işlevlerle ilgili yapılan çalışmalarda (216) OKB hastaları sözü edilen yürütücü işlevleri ölçmede kullanılan test puanlarının çoğunda sağlıklı kişilere göre daha düşük performans sergilemişlerdir. Bulgularımızla benzer şekilde ise, literatürde OKB hastalarında WCST’de bozukluk bildiren çok sayıda çalışma vardır (171) (190) (205) (321). Bohne ve arkadaşları, OKB hastalarının WCST uygulaması sırasında verilen geribildirime göre değişen kategorileri öğrenme yeteneklerinin azaldığını bildirmiştir (216). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında, OKB hastalarının WCST toplam hata sayısı, toplam perseveratif tepki sayısı, toplam perseveratif hata sayısı, perseveratif hata yüzdesi ve kavramsal düzey tepki yüzdesi ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklı olduğu bildirilmiştir. OKB hastaları bu alanlarda kontrol grubuna göre daha kötü performans sergilemiştir (322).

Literatürde OKB tanılı hastaların WCST’de sağlıklılara benzer performans gösterdiğini saptayan çalışmalar da vardır (171) (184) (314) (323) . Literatürdeki bu farklılıklara dikkat çeken Kuelz ve arkadaşları, gruplar arasında eğitim düzeyi, eş tanı ve ilaç kullanma durumu açısından yapılan yetersiz eşleştirmelerin bu duruma neden olabileceğini belirtmiştir (185). Ancak bizim çalışmamızda grupların yaş, eğitim, cinsiyet gibi faktörler açısından aralarında anlamlı fark olmaması ve herhangi bir eş tanısı olmayan bireylerden oluşması bu çelişkili durumları ortadan kaldırmaktadır. Buna rağmen hastalarımızın bazılarının ilaç tedavisi altında olması bu açıdan bir kısıtlılıktır. Çalışmalar arasındaki farklılığın bir diğer nedeni de, WCST ve ölçtüğü bilişsel işlevler ile ilgili olabilir. WCST’nin kavramsallaştırma, akıl yürütme, soyut düşünme, kurulumu değiştirme ve karmaşık dikkati ölçtüğü düşünülmektedir. Ancak uygulamada WCST’nin hangi işlevleri ölçtüğü ile ilgili tartışmalar vardır. WCST’nin diğer yürütücü işlev testlerine göre daha karmaşık olduğu ve aynı anda birçok alt işlevi içerdiğinden sonuçları daha genel değerlendiriliyor olabileceği ve bu nedenle duyarlılığının düşük olabileceği iddia edilmiştir (185).

Alt tipler açısından incelendiğinde, OG ve RG WCST’de toplam doğru sayısı, toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı, perseveratif olmayan hata sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı ve öğrenmeyi öğrenme puanı açısından anlamlı olarak KG’den daha kötü performans sergilemiştir. OG ve RG’nin bu alanlardaki test performansları ise birbirleri ile benzerdir. Bunun yanı sıra, ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı ve kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı ise OG, RG ve KG arasında benzer olarak bulunmuştur. Bu bulgular, otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarının karmaşık dikkat, perseverasyon, kavramsallaştırma, soyut düşünme ve kurulumu değiştirme gibi WCST ile değerlendirilen yürütücü işlevlerde benzer düzeyde bir bozulmaya işaret etmektedir.

Otojen obsesyonlara sahip OKB hastalarının büyüsel düşünce ve olağan olmayan algılar gibi şizotipal kişilik özellikleri ile ilişkisi daha önce gösterilmiştir (124). Bir çalışmada, şizotipal özelliklere sahip OKB hastaları ve şizofreni hastalarının WCST performansının anlamlı olarak, şizotipal özelliklere sahip olmayan OKB hastaları ve sağlıklı kontrol grubundakilerden kötü olduğu

gösterilmiştir (239). Şizotipal özelliklere sahip olmayan OKB hastaları ile sağlıklı katılımcılar arasında ise, WCST performansı açısından fark bulunmamıştır. Araştırmacılar OKB hastalarında şizotipal kişilik özelliklerinin, frontal lob ile ilgili bilişsel işlev bozukluğunda belirleyici olduğunu ifade etmiştir (239). Bir başka çalışmada, OKB ve şizofreni hastaları ile sağlıklı katılımcılar sözel bellek, yürütücü işlevler, sözel akıcılık, çalışma belleği ve dikkat gibi bilişsel işlevler açısından karşılaştırılmış ve şizofreni grubunun bu testlerde OKB ve sağlıklı katılımcılara göre anlamlı olarak daha kötü performans sergilediği bildirilmiştir (3247). Bununla birlikte, aşırı değer verilmiş düşüncelerin bir ölçekle değerlendirildiği (Overwhelmed Idea Scale) ve bu ölçekte yüksek puan alan OKB hastalarının bilişsel işlev performansları ile şizofreni hastaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Aşırı değer verilmiş düşüncelere sahip OKB hastalarının psikotik özellikli OKB'yi temsil edebileceği ve bunun da OKB'nin “şizo-obsesif alt tipi” ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (324). Tüm bu bilgiler göz önüne alındığında biz de, şizotipal özelliklere sahip olduğu gösterilen (124) otojen obsesyonlara sahip OKB hastalarının WCST ile değerlendirilen yürütücü işlevlerde reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarına göre daha kötü performans göstermelerini beklemekteydik ancak bulgularımız bu hipotezimizi desteklemedi. Çalışmamızda ortaya çıkan bu farksızlık, örneklemimiz az olması ve hastaların bazılarının ilaç tedavisi altında olmasıyla ilgili olabilir. Bu önermenin daha geniş örneklemli ve herhangi bir tedavi almayan OKB hastalarında tekrarlanması bu konuda daha kesin kanaat bildirmek için gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Literatür incelendiğinde, çalışmamızla benzer şekilde, Aydın ve arkadaşlarının OKB hastalarında yürütücü işlevler ve belleği inceledikleri çalışmalarında da, WCST ile değerlendirilen yürütücü işlevlerde OG ile RG arasından anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir (98). Otojen ve reaktif özelliklere sahip OKB hastalarında, yürütücü özelliklerden bir başkasının incelendiği bir çalışmada ise, yanıt inhibisyonu Görsel Yap/Yapma Testi ile değerlendirilmiş ve otojen obsesyonlara sahip hastaların bozulmuş yanıt inhibisyonuna sahip olduğu, reaktif grupla kontrol grubu arasında ise fark olmadığı bildirilmiştir (144). Bu bağlamda literatürde otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hastaların nörobilişsel

açından değerlendirilmeleri açısından daha geniş örneklemler, daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu söylenebilir.

5.5. ÜBÖ-30 ile Nörobilişsel Test Skorlarının İlişkisi:

Üstbiliş, bireyin kendi bilişsel süreçlerini fark etmesi, izlemesi, denetlemesi ve düzenlemesi için yaptığı işlemleri ifade etmek üzere kullanılan bir terimdir (165) (325). Üstbiliş öğrenme, problem çözme, kavrama, akıl yürütme, bellek gibi bilişsel süreçleri izlemek ve düzenlemek için kullanılır. Bu bakımdan üstbiliş ile öğrenme, bellek, düşünme, problem çözme ve akıl yürütme gibi süreçlerin bağlantıları ve üstbilişin bu tür süreçler üzerindeki rolü hakkında çeşitli araştırmalar yürütülmektedir (126).

Bu bağlamda çalışmamızda, OKB hastalarında ve otojen ve reaktif alt gruplarında üstbilişler ile yürütücü işlevler, bellek ve dikkat süreçleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hastalarda ÜBÖ-30 ile değerlendirilen üstbilişsel alt boyutların WCST, Stroop Testi, TMT ve AVLT ile ilişkisi incelenmiştir. Değerlendirme sonucunda, OKB hastaları genel olarak ele alındığında üstbilişler ile bilişsel işlevler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. OG'de ise, ÜBÖ-bilişsel güven alt boyutu ile AVLT anlık bellek, sözel öğrenme ve tanıma skorları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. RG'de ise OKB hastalarının geneline benzer şekilde üstbilişler ile bilişsel işlevler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular doğrultusunda, otojen obsesyonlara sahip OKB hastalarının hafızalarına güvenleri ne kadar azsa anlık bellek, sözel öğrenme ve tanıma belleği işlevlerinde performans kaybının o kadar fazla olduğunu söyleyebiliriz. Ancak burada, otojen obsesyonlara sahip hastalarda belleğe güvensizliğin nedeninin bir kayıt, sözel öğrenme ya da tanıma belleği kusuru mu olduğu yoksa bu hastalarda mevcut bellek işlevleri normal olduğu halde belleklerine olan güvensizlik ve bu güvensizliğin neden olduğu bir yanılgı mı söz konusu sorusu karşımıza çıkmaktadır.

Literatür incelendiğinde, OKB hastalarında sözel bellek bozukluğunun varlığını destekleyen veriler olduğu gibi (95) (236), tersine OKB hastalarının sözel bellek performansı ile sağlıklı kontroller arasında fark olmadığını bildiren

çalışmalarda vardır (313) (314). Özellikle, bir eylemi yapıp yapmadıklarına emin olmayan ve sık sık kontrol eden OKB hastalarında bir bellek probleminin varlığı düşünölebilir ve bu durum bireyin bellekle ilgili kodlama ya da hatırlama sorununa işaret ediyor olabilir (327). Öte yandan, OKB hastalarında var olan sözel bellek bozukluğunun hastaların bilgiyi kodlamak için iyi bir yöntem geliştirememeleri gibi organizasyonel sorunlarla yani yürütücü işlevlerle ilgili olduğu da ileri sürölmektedir (98).

OKB’de bellek bozukluğu olduğu görüşünün aksine bazı araştırmacılar, hastaların belleklerinin zayıf olmadığını ancak hastaların belleklerine olan güvenleri zayıf olduğu için patolojik şüpheyi sürdürdüklerini ileri sürmektedir (328). Üstbiliş alanında yapılan çalışmaların büyük kısmında, üstbiliş bir biliş türü olarak belleği içermektedir (329). Üst bellek, hatırlamakta güçlük çektiğimiz bir şeyi daha sonra hatırlayıp hatırlamayacağımızı tahmin etmemizdir (330). Üst belleği işaret eden güven yargılarını (hatırlanan materyalin doğruluğuna olan güveni) konu alan bazı araştırmalar, OKB hastalarının normal bireylere göre belleklerine daha az güvendiklerini göstermiştir. OKB’de en temel sorunun üst bellek bozukluğu olduğunu öne süren çalışmalar vardır (312) (317). Sonuçlar birbiriyle oldukça tutarlıdır. Ek olarak, Van den Hout ve Kindt sağlıklı bireylerden oluşan iki gruptan birine ocak, bilgisayar gibi nesneleri tekrarlı olarak kontrol etme görevi vermiş, diğer gruba ise böyle bir görev vermemiştir. Tekrarlı kontrol görevi yapan araştırma grubunun bellek güveni, son kontrole ilişkin detayları hatırlamada, karşılaştırma grubundan düşük çıkmıştır. Bu bulgu, OKB tanılı kişilerin sorununun bellek bozukluğu olmaktan ziyade, yaptıkları aşırı kontrolün belleklerine duydukları güveni azaltmış olabileceği görüşünü desteklemektedir (331). Aynı sonuç klinik örneklemlerden de elde edilmiştir (329).

Sonuç olarak, otojen obsesyonlara sahip hastalarda, hastaların belleklerine olan güvensizlikleri ile sözel bellek performansı düşöklüğu arasında bir ilişki vardır. Ancak burada hastalar belleklerine güvenmedikleri için mi bellek testinde düşük performans sergilemiştir, yoksa belleklerinde gerçekten bir bozulma olduğu için mi belleklerine güvenleri azalmıştır, bu konuda bir kesinlik yoktur. Ancak, otojen obsesyonlara sahip OKB hastalarında, belleklerine güvensizlikle ilgili üstbilişsel patolojiler ile frontostriatal sistem bozukluklarıyla ilgili olduğu öne sürölen sözel

bellek bozukluğu (185) arasında ortaya çıkan bu ilişki, bu hastalarda bellekle ilgili üstbilişsel sorunların biyolojik bir temeli olduğuna işaret ediyor olabilir. Ve bu ilişkinin reaktif obsesyonlara sahip hastalarda gözlenmemesi de, bu durumun otojen obsesyonlara sahip hastalara özgü olduğunu düşündürmüştür. Ancak sonuçlarımızın, daha geniş örneklemler ve test sonuçlarını etkileyebilecek durumların daha çok kontrol altına alındığı daha çok çalışma ile desteklenmesi gerekmektedir.

Bizim çalışmamızda, OKB hastalarında yürütücü işlevler ile üstbilişler arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak literatürde bazı araştırmacılar, yürütücü işlevler ile üstbilişler arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu bildirmiştir (332). Üstbilişin yürütücü işlevlerle ilişkisinin gösterilmesi, biyolojik temellerine ışık tutmuş ve frontal korteks ile ilişkisine işaret etmiştir (332). Öte yandan, üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, üstbiliş ile yürütücü işlevler arasında düşük ve az sayıda anlamlı ilişki gösterilmiştir ve bu sonuçlar üstbiliş ve yürütücü işlevlerin benzer süreçler olmadığını düşündürmüştür (333). Bizim bulgularımızda, bu çalışmayı destekler niteliktedir.

5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları:

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. İlk olarak hastaların önemli bir kısmı çalışmaya katıldıkları esnada ilaç tedavisi ya da psikoterapi almaktaydı. Bu da, OK belirtilerini etkileyebileceği gibi üstbilişler ve nörobilişsel performansı da etkileyebileceğinden önemli bir kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir. Entellektüel kapasitenin yalnızca klinik olarak değerlendirilmesi ve zeka testi uygulanmamış olması da özellikle zekanın nörobilişsel performans üzerine etkisi açısından çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır. Bir başka kısıtlılık da örneklemin küçük oluşudur, daha büyük bir örnekleimde belirtilerin dağılımı ve birbirleriyle ilişkisinin istatistiksel geçerlilikleri daha yüksek olacaktır. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı, obsesyon tipleri arasında yer alan kuşku obsesyonunun Y-BOKÖ semptom listesinde bulunmaması ancak çalışmamızda yer almasıdır ki bu da ek olarak farklı bir semptom tarama ölçeği kullanmamızın daha yararlı olacağını düşündürmektedir. Otojen ve reaktif grupları tam olarak belirleyecek yeterli ve net bir enstrüman bulunmaması, verilen ölçeklerin çoğunun öz bildirime dayalı olması, hastaların tek

görüşmeci ile ve kesitsel olarak değerlendirilmesi de çalışmamızın diğer kısıtlılıklarıdır. Çalışmamızda sözel olmayan bellek ya da yürütücü işlevlerin bir kısmının değerlendirme dışı bırakılması da çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

OKB gibi oldukça heterojen doğaya sahip ve kronik seyirli bu ruhsal bozukluk için belirti yapısı ve klinik özelliklerle ilişkilendirilmiş tedaviye yanıt çalışmalarının sayısının giderek arttığı ve böylelikle hastalık belirtilerini kontrol altına almada yeni bakış açılarının oluşturulmaya çalışıldığı aşıkardır. Bu amaçla biz de çalışmamızda, OKB için daha yeni bir alt gruplandırma imkanı sunan otojen ve reaktif özelliklere sahip OKB hastalarının, literatürde sınırlı sayıda çalışmanın olduğu üstbilişsel ve nörobilişsel özelliklerini incelemeyi amaçladık. Çalışmamızda aynı zamanda, OKB hastalarının da üstbilişsel ve nörobilişsel açıdan sağlıklı kontrollerle karşılaştırması yapılmıştır.

Çalışmamızda OKB, otojen, reaktif ve sağlıklı kişilerden oluşan gruplardan her biri yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum, depresyon ölçek puanları gibi özellikler açısından birbiri ile eşleşmiştir. Hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi açısından otojen ve reaktif gruplar arasında fark saptanmamıştır. Obsesyon tiplerine göre yapılan değerlendirmede, otojen obsesyonlara sahip OKB hastalarında en yüksek oranda tespit edilen obsesyon tipi dini içerikli obsesyonlar olurken, reaktif obsesyonlara sahip hastalarda ise kirlenme/bulaşma obsesyonları olmuştur. OKB hastaları genel olarak değerlendirildiğinde ise, en yüksek oranda saptanan obsesyon tipi kirlenme/bulaşma obsesyonları olmuştur. Otojen obsesyonlara sahip hastalarda içgörü düzeyinin reaktif gruptan daha az olduğu bulunmuştur.

Üstbilişler açısından yapılan incelemede, otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hastalar yalnızca ÜBÖ-30'un endişeye ilişkin olumlu inançlar alt boyutunda birbirinden farklılık göstermiştir. Bu boyut için, reaktif obsesyonlara sahip hastaların ortalama ölçek puanı otojen gruptan daha yüksektir. Bununla birlikte, hem otojen obsesyonlara sahip hastalar hem reaktif obsesyonlara sahip hastalar ÜBÖ-30 kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt boyutlarında kontrol grubuna göre yüksek puanlar almıştır. OKB hastaları genel olarak değerlendirildiğinde ÜBÖ-30 kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt boyutlarında kontrol grubuna göre yüksek puanlar almıştır.

Nörobilişsel test performansları açısından yapılan değerlendirmede, TMT-A, B, B-A performansının hepsinde otojen ve reaktif gruptaki hastalar birbiri ile benzer performans sergilerken kontrol grubuna göre daha kötü performans sergilemiştir. Benzer şekilde, OKB hastalarının geneli için yapılan değerlendirmede de hastaların TMT-A, B ve B-A performansları kontrol grubuna göre daha kötü bulunmuştur. Stroop testi ile değerlendirilen Stroop performansı otojen ve reaktif OKB hastalarında birbirleri ile benzerken sağlıklı katılımcılara göre daha kötüdür. OKB hastalarının tamamı da, sağlıklı kontrollere göre daha kötü Stroop performansı sergilemiştir. AVL T ile değerlendirilen anlık bellek, sözel öğrenme, hatırd tutma, gecikmiş hatırlama ve tanıma açısından, otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hastalar birbirleri ile benzer özellikler gösterirken kontrol grubuna göre, bu alt testlerde kötü performans sergilemişlerdir. OKB hastalarının tamamı da, sağlıklı katılımcılara göre AVL T'nin tüm alt testlerinde daha kötü performans sergilemiştir. Yürütücü işlevlerin WCST ile değerlendirildiği çalışmamızda, otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastaları WCST'de toplam doğru sayısı, toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı, perseveratif olmayan hata sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı ve öğrenmeyi öğrenme puanı açısından birbirleri ile benzer özellikler gösterip kontrol grubuna göre kötü performans sergilemiştir. Her üç grup arasında ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı ve kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı açısından ise fark bulunamamıştır. OKB hastalarının tamamı ele alındığında ise hastalar, WCST'de toplam doğru sayısı, toplam hata sayısı, perseveratif tepki sayısı, perseveratif hata sayısı, perseveratif olmayan hata sayısı, kavramsal düzey tepki sayısı, ilk kategoriye tamamlamada kullanılan deneme sayısı, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı ve öğrenmeyi öğrenme puanı açısından kontrol grubuna göre daha kötü performans sergilemiştir.

Üstbilişler ile nörobilişsel performans arasındaki ilişki incelendiğinde ise, otojen obsesyonlara sahip grupta ÜBÖ-bilişsel güven alt boyutu ile AVL T anlık bellek, sözel öğrenme ve tanıma skorları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Reaktif obsesyonlara sahip hastalar ve OKB hastalarının tamamında yapılan değerlendirme ise ÜBÖ-30 ile TMT, Stroop Testi, AVL T ve WCST arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Bu alt tiplendirme OKB'nin gelişimini anlamak, semptomları tanımlamak ve etkin tedavinin kullanılmasına olanak vermesi açısından önemli görünmektedir. OKB alt tiplerinde üstbilişsel farklılıkları incelemek ve alt tiplendirmenin klinik ve nörobiyolojik özelliklerini tanımlamaya yönelik, daha önce bahsettiğimiz kısıtlılıkların kontrol altına alındığı yeni çalışmalar yapılmasını önerebiliriz.



7. KAYNAKLAR

1. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2015.
2. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
3. Beşiroğlu L. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: Tedavi yanıtı için önemli mi? Psikiyatri Güncel. 2014; 3: 221-29.
4. Zitterl W, Lenz G, Mairhofer A, Zapotoczky HG. Obsessive-Compulsive Disorder: Course Interaction with Depression. Psychopathology. 1990; 23: 73–80.
5. Akgün N. Obsesyonel nevroz saplantı zorlantı bozukluğu. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1989.
6. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Anksiyete Bozuklukları. In: R. Tükel, editör. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006. s.277-98.
7. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. New York: American Psychiatric Publish; 2005.
8. Işık U, Şener Ş. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. In: Aysev AS, Taner YI, editörler. Obsesif Kompulsif Bozukluk. İstanbul: Golden Print; 2007. s.507-19.
9. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel psikiyatri. 2. Baskı. Ankara; 2008. s.177.
10. Berksun OE. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Turgut Yayıncılık; 2003.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
12. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. Behav Res Ther. 2003; 41(1): 11-29.
13. Tezcan EA, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye ve Fransa'da Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 1998; 1: 35-41.

- 14.** Merikangas KR. Comprehensive Textbook of Psychiatry. In: BJ Sadock, VA Sadock, editors. Anxiety Disorders: Epidemiology. 8. Edition. Philadelphia: Lippincott/Williams&Wilkins; 2005.
- 15.** Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 1997.
- 16.** Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group J Clin Psych. 1994; 55: 5-10.
- 17.** Cilli AS, Telcioglu M, Askin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. Comp. Psychiatry. 2004; 45: 367-74.
- 18.** Altıntaş E, Özçürümez G. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların Cinsiyet Farklılığı Açısından Değerlendirilmesi. Çukurova Medical Journal. 2015; 40(3): 409-17.
- 19.** Torres AR, Lima MCP. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27: 237-42.
- 20.** Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. Arch Gen Psychiatry. 1989; 46: 335-41.
- 21.** Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psych Clin North America 1992; 15(4): 743-58.
- 22.** Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina A, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. Eur Psychiatry. 1999; 14: 434-41.
- 23.** Albert U, Maina G, Bogetto F. Obsessive-compulsive disorder and triggering life events. CNS Spectr. 2000; 5(12): 44-50.
- 24.** Matsunaga H, Kirike N, Matsui T, et al. Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry. 2000; 41: 266-72.
- 25.** Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, Use, and Reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989; 46(11): 1006-11.

- 26.** amlı K, Türkçapar MH, A. Emre Sargın AE. Reaktif ve Otojen zellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İr, Bilişsel İr ve Sosyodemografik zellikler. JCBPR. 2012; 1(1): 28-35.
- 27.** Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci. 2001; 55: 623-27.
- 28.** Besiroglu L, Agargn MY, Ozbebit O, Aydın A. A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations. CNS Spectr. 2006; 11(3): 179-86.
- 29.** Veale D. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. Psychiatry. 2004; 3: 65-72.
- 30.** ner P, Aysev A. ocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk. Sted. 2001; 11: 409-11.
- 31.** Penzel F. Obsessive-compulsive disorders: a complete guide to getting well and staying well and staying well. England: Oxford University Press; 2000.
- 32.** Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın O, Şimşek E, Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6: 133-44.
- 33.** Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Clinical subtypes of obsessive-compulsive disorder based on the presence of checking and washing compulsions. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27: 201-07.
- 34.** Nestad G, Samuels JF, Romanoski AJ, Folstein M, McHugh P. Obsessions and compulsions in the community. Acta Psychiatrica Scandinavica.1994; 89(4): 219-24.
- 35.** Pauls DL, Alsobrook JP II, Goodman W, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1995; 512: 76-79.
- 36.** Nicolini H, Arnold P, Nestadt G, Lanzagorta N, Kennedy JL. Overview of genetics and obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2009; 170(1): 7-14.
- 37.** Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. Dialogues Clin Neurosci. 2010; 12(2): 149-63.
- 38.** Şengl C, Herken H. Obsesif Kompulsif Bozukluk Genetiği. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2012; 5(3): 38-42.
- 39.** Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette Syndrome. Am J Hum Genet. 1991; 48: 154-63.

- 40.** Leonard HL, Leane MC, Swedo SE, et. al. Tics and Tourette's disorder: A 2 to 7 follow-up 54 obsessive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 50: 429-39.
- 41.** Vural P, Taneli S, Taneli Y. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerde ailesel özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2002; 9: 172-77.
- 42.** Insel TR, Hoover C, Murphy DL. Parents of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 1983; 13: 807-11.
- 43.** McKeon P, Murray R. Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry*. 1987; 151: 528-34.
- 44.** Riddle MA, Scahill L, King R, et al. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29: 766-72.
- 45.** Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Anksiyete Bozuklukları. In: Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. 8. Baskı. İstanbul: Güneş Kitapevi; 2007. s.1718-88.
- 46.** Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R. A family study of obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57: 358-63.
- 47.** McGuffin P, Mawson D. Obsessive compulsive neurosis: Two identical twin pairs. *Br J Psychiatry*. 1980; 137: 285-87.
- 48.** Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive-compulsive disorder. In Klein D, Rabkin J, editors. *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York: Raven Press; 1981. p117-36.
- 49.** Andrews G, Stewart G, Allen R, Henderson AS. The genetics of six neurotic disorders: a twin study. *J Affect Disord*. 1990; 19: 23-29.
- 50.** Torgersen S. Genetic factor in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1983; 40: 1085-89.
- 51.** Cavallini MC, Bellodi L. Genetics of anxiety disorder: Part I. In: Griez E, Faravelli C, Nutt D, Zohar D, editors. *Anxiety Disorder*. John Wiley & Sons Ltd.; 2001.
- 52.** Grados MA, Walkup J, Walford S. Genetics of obsessive-compulsive disorders: new findings and challenges. *Brain & Development*. 2003; 25:55-61.

- 53.** Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2005; 15: 45-52.
- 54.** Grad LR, Pelcovitz D, Olson M, Matthews M, Grad JL. Obsessive compulsive symptomatology in children with Tourette's syndrome. J Am Acad Child Psychiatry. 1989; 26:69-73.
- 55.** Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu OJ, Wang Y, Liang KY, Valle D, Hoehn-Saric R, Riddle M, Nestadt G. Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. Am J Hum Genet. 2004; 75: 508-13.
- 56.** Lin PY. Meta-analysis of the association of serotonin transporter gene polymorphism with obsessive-compulsive disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2007; 31:683-9.
- 57.** Millet B, Chabane N, Delorme R, Leboyer M, Leroy S, Poirier MF, et al. Association between the dopamine receptor D4 (DRD4) gene and obsessive-compulsive disorder. American Journal of Medical Genetics. 2003; 116: 55-59.
- 58.** Hemmings SM, Stein DJ. The current status of association studies in obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am. 2006; 29:411-44.
- 59.** Ross J, Badner J, Garrido H, Sheppard B, Chavira DA, Grados M, et al. Genomewide linkage analysis in Costa Rican families implicates chromosome 15q14 as a candidate region for OCD. Hum Genet. 2011; 130:795-805.
- 60.** Shugart YY, Samuels J, Willour VL, Grados MA, Greenberg BD, Knowles JA, et al. Genomewide linkage scan for obsessive-compulsive disorder: evidence for susceptibility loci on chromosomes 3q, 7p, 1q, 15q, and 6q. Mol Psychiatry. 2006; 11: 763-70.
- 61.** Erdal ME, Görücü Yılmaz Ş. mikroRNA Çalışmaları ve Psikiyatriye Yansıması. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2016; 9: 16-24.
- 62.** Alsobrook II 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; 15: 669-75.
- 63.** Stahl S. Temel Psikofarmakoloji. Obsesif-kompulsif bozukluk, panik ve fobik bozukluklar için ilaç tedavisi. Cambridge University Pres; 2000. p.337-41.

- 64.** Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biological psychiatry*. 2000; 47: 296-304.
- 65.** Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJP, et al. Cerebrospinal fluid neurochemistry of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 29-36.
- 66.** Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive compulsive disorder: an update, *J. Clin. Psychiatry*. 2004; 65: 18-21.
- 67.** Koran LM, Pallanti S, Quercioli L. Sumatriptan, 5-HT1D receptors and obsessive compulsive disorder. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2001; 11: 169-72.
- 68.** Mundo E, Richter MA, Zai G, Sam F, McBride J, Macciardi F, Kennedy JL. 5HT1D beta receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive compulsive disorder: further evidence from a family based association study. *Mol Psychiatr*. 2002; 7: 805-09.
- 69.** Besiroglu L, Uguz F, Ozbebit O, Guler O, Cilli AS, et al. Longitudinal assessment of symptom and subtype categories in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2007; 24: 461-67.
- 70.** Işıklı S, Gönül AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2012; 5(3): 24-32.
- 71.** Rosse RB, McCarthy MF, Alim TN, Deutsch SI. Saccadic distractibility in cocaine dependent patients: a preliminary laboratory exploration of the cocaine-OCD hypothesis. *Drug Alcohol Depend*. 1994; 35(1): 25-30.
- 72.** Berridge KC, Aldridge JW, Houchard KR, et al. Sequential super-stereotypy of an instinctive fixed action pattern in hiper-dopaminergic mutant mice: a model of compulsive disorder and Tourette's. *British Medical Biolgy*. 2005; 14(3): 4.
- 73.** Szechtman H, Sulis W, Eilam D. Quinpirole induces compulsive checking behavior in rats: A potential animal model of obsessive-compulsive disorder (OCD) *Behav Neurosci*. 1998; 112(6): 1475-85.
- 74.** Ceccherini-Nelli A, Guazzelli M. Treatment of refractory OCD with the dopamine agonist bromocriptine. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55(9): 415-21.
- 75.** Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan M, et al. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *J Am Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39: 1096-1103.

- 76.** Bhattacharyya S, Khanna S, Chakrabarty K, Mahadevan A, Christopher R, Shankar S. Antibrain autoantibodies and altered excitatory neurotransmitters in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2009; 34(12): 2489-96.
- 77.** Arnold PD, Rosenberg DR, Mundo E, Tharmalingam S, Kennedy JL, Richter MA. Association of a glutamate (NMDA) subunit receptor gene (GRIN2B) with obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004; 174(4): 530-38.
- 78.** Sampaio AS, Fagerness J, Crane J, Leboyer M, Delorme R, Pauls DL, et al. Association between polymorphisms in GRIK2 gene and obsessive-compulsive disorder: a family-based study. *CNS Neurosci Ther*. 2011; 17(3): 141-48.
- 79.** Stewart SE, Fagerness JA, Platko J, Smoller JW, Scharf JM, Illmann C, et al. Association of the SLC1A1 glutamate transporter gene and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2007; 144(8): 1027-33.
- 80.** 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.
- 81.** Subira M, Alonso P, Segala C, Real E, Lopez-Sola C, Pujol J, Martinez-Zalacain I, Harrison BJ, Menchon JM, Cardoner N, SorianoMas C. Brain Structural Alterations in Obsessive-Compulsive Disorder Patients with Autogenous and Reactive Obsessions. 2013; 8(9): e75273.
- 82.** Aouizerate B, Guehl D, Cuny E, Rougier A, Bioulac B, Tignol J, et al. Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Prog Neurobiol*. 2004; 72: 195-221.
- 83.** Samuels JF. Recent advances in the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2009; 11: 277-82.
- 84.** Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive metaanalysis of genetic association studies. *Mol Psychiatry*. 2013; 18(7): 799-805.
- 85.** Simpson HB, Shungu DC, Bender J, Mao X, Xu X, Slifstein M, et al. Investigation of cortical glutamate-glutamine and γ -aminobutyric acid in obsessive-

compulsive disorder by proton magnetic resonance spectroscopy. *Neuropsychopharmacology*. 2012; 37: 2684-92.

86. Schilder P. The organic background of obsessions and compulsions. *Am J Psychiatry*. 1938; 94: 1397-414.

87. Gökçen C, Karadağ M. Obsesif Kompulsif Bozuklukların Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2016; 2(3): 14-9.

88. Pena-Garijo J, Ruipérez-Rodríguez MA, Barros-Loscertales A. The neurobiology of obsessive-compulsive disorder: new findings from functional magnetic resonance imaging. *Rev Neurol*. 2010; 50: 477-85.

89. Garber HJ, Ananth JV, Chiu LC, Griswold VJ, Oldendorf WH. Nuclear magnetic resonance study of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1989; 146(8): 1001.

90. Westenberg HG, Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond. *CNS Spectr*. 2007; 12(3): 14-27.

91. Whiteside SP, Port JD, Abramowitz JS. A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2004; 132:69-79.

92. Abramovitch A, Mittelman A, Henin A, Geller DA. Neuroimaging and neuropsychological findings in pediatric obsessive-compulsive disorder: a review and developmental considerations. *Neuropsychiatry*. 2012; 2(4): 313-29.

93. Ursu S, Stenger VA, Shear MK, Jones MR, Carter CS. Overactive action monitoring in obsessive-compulsive disorder evidence from functional magnetic resonance imaging. *Psychological Science*. 2003; 14(4): 347-53.

94. Watkins LH, Sahakian BJ, Robertson MM, Veale DM, Rogers RD, Pickard KM, et al. Executive function in Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 2005; 35:5 71-82.

95. Tükel R. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel İşlevler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2012; 5(3): 43-8.

96. Saxena S, Bota RG, Brody AL. Brain-behavior relationships in obsessive-compulsive disorder. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*. 2001; 6(2): 82-101.

97. Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları. In: Tükel R, Alkın T, editörler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*; 2006. s.298-381.

- 98.** Aydın PC, Koybasi GP, Sert E, Mete L, Oyekcin DG. Executive functions and memory in autogenous and reactive subtype of obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55: 904–11.
- 99.** Lee HJ, Yost BP, Telch MJ. Differential performance on the go/no-go task as a function of the autogenous-reactive taxonomy of obsessions: findings from a non-treatment seeking sample. *Behav Res Ther*. 2009; 47: 294-300.
- 100.** Giedd JN, Rapoport JL, Garvey MA, Perlmutter S, Swedo SE. MRI assessment of children with obsessive compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 281-83.
- 101.** Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000; 38(4): 347–72.
- 102.** Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *The American Journal of Psychiatry*. 1998; 155(2): 264.
- 103.** Otto MW. Normal ve abnormal information processing. A neuropsychological perspective on obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992; 15(4): 825-31.
- 104.** Karşlıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2007; 10: 3-13.
- 105.** Casas ME, Alvarez P, Duro C, et al. Antiandrogenic treatment of obsessive-compulsive disorder neurosis. *Acta Psychiatr Scand*, 1986; 73: 221-22.
- 106.** Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of anxiety disorders*. 2003; 17(4): 461-78.

- 107.** McDougle CJ, Barr LC, Goodman WK, Price LH. Possible role of neuropeptides in obsessive compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 1999; 24(1): 1-24.
- 108.** Brandes M, Soares CN, Cohen LS. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Arch Womens Ment Health*. 2004; 7(2): 99-110.
- 109.** Leckman JF, Goodman WK, North WG, et al. The role of central oxytocin in obsessive-compulsive disorder and related normal behavior. *Psychoneuroendocrinology*. 1994; 19: 723-49.
- 110.** Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*. 2003; 6: 46-50.
- 111.** Öznur T, Erdem M. Analizden nörobiyolojiye obsesif kompulsif bozukluk. *Anatol J Clin Investig*. 2015; 9(3): 153-160.
- 112.** Freud A. Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder. In: Stein DJ, Stone M, editors. *Obsessional neurosis: A summary of psychoanalytic views as presented at the congress*. New York: New York University Press; 1997.
- 113.** Klein M. Mourning and its relation to manic depressive states. London: Love, Guilt and Reoperation and Other Works; 1998 p.344-370.
- 114.** Mallinger A. The obsessive myth of control. *J Am Acad Psychoanal*. 1984; 12: 147-65.
- 115.** Salzman L. Psychoanalytic therapy of the obsessional patient. *Curr. Psychiatr. Ther*. 1983; (22): 53-9.
- 116.** Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*. 2001; 21: 222-42.
- 117.** Sungur MZ. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Klavuzu. In: Tükel R, editör. *Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Terapisi*. 1.Baskı. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları; 2004. s.171-89.
- 118.** Salzman L, Thaler FH. Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 1981; 138(3): 286-96.

- 119.** Clark DA. Cognitive Behavioural Therapy for OCD. New York: The Guilford Press; 2007.
- 120.** Türkçapar MH, Şafak Y. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Özellikler ve Bilişsel Tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2012; 5(3): 69-75.
- 121.** Foa EB, Amir N, Bogert KVA, Molnar C, Przeworski A. Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*. 2001; 15(4): 259-75.
- 122.** Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther*. 1998; 36: 385-401.
- 123.** Ebert H, Loosen P, Barry N. *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Ankara: Güneş Kitapevi; 2003.
- 124.** Lee HJ, Kwon SM, Kwon JS, Telch MJ. Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depress Anxiety*. 2005; 21(3): 118-29.
- 125.** Karaca E, Doksat MK. Klinik açıdan Obsesif-kompulsif bozukluk. *Yeni Symposium*. 1998; 36(3-4): 59-68.
- 126.** Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 1999; 9(3): 142-47.
- 127.** Clark D. Obsesif-Kompulsif Bozukluk: Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım, Terapi ve Sık Kullanılan Ölçekler. In: Karancı AN, Gençöz T, Yorulmaz O, İnözü M, editörler. *OKB ve Bilişsel Davranışçı Terapi Çalıştayı Özeti*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği; 2012. p.2-29.
- 128.** Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152(1): 90-96.
- 129.** Karamustafalıoğlu O, Ceylan CY, Bakım B, Toker SG, Bozkurt S, Göksan B, Ötçen Ö, Akpınar A. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *E.E.A.H. Tıp Bülteni*. 2009; 43; 112-16.
- 130.** Shooka A, Al-Haddad MK, Raees A. OCD in Bahrain: A phenomenological profile. *Int J Soc Psychiatry*. 1998; 44(2): 147–54.

- 131.** Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Khamseh A, Ebrahimkhani N, Issazadegan A, Saif- Nobakht Z. Symptoms of obsessive–compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *Int J Soc Psychiatry*. 2002; 48(1): 20–28.
- 132.** Baer L. Factor-analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994; 55: 18-23.
- 133.** Sobin C, Blundell ML, Karayiorgou M. Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2000; 41: 373-79.
- 134.** Jaisoorya TS, Janardhan Reddy YC, Srinath S. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? Findings from an Indian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 12: 290-97.
- 135.** Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, Moolman-Smook JC, Corfield VA, Knowles JA, Niehaus DJ, Stein DJ. Gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004; 14: 105-13.
- 136.** Albert U, Maina G, Ravizza L, Bogetto F. An exploratory study on obsessive-compulsive disorder with and without a familial component: are there any phenomenological differences? *Psychopathology* 2002; 35: 8-16.
- 137.** Calamari JE, Wiegartz PS, Janeck AS. Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behav Res Ther*. 1999; 37: 113-25.
- 138.** Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 228-38.
- 139.** Turksoy N, Tukul R, Ozdemir O, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2002; 16: 413-23.
- 140.** Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive–compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with response to behavior therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2002; 171: 255-62.
- 141.** Nestadt G, Addington A, Samuels J, Liang KY, Bienvenu OJ, Riddle M, Grados M, Hoehn-Saric R, Cullen B. The identification of OCD related subgroups based on comorbidity. *Biol Psychiatry*. 2003; 53: 914–20.

- 142.** Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Ağargün MY, Aşkın R, Çilli AŞ. Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip obsesif kompulsif hastalarda psikofarmakolojik tedaviye yanıt. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2007; 17: 1-8.
- 143.** Lee HJ and Telch MC, Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. Journal of Anxiety Disorders. 2005; 19: 793-805.
- 144.** Lee HJ, Telch MJ. Differences in latent inhibition as a function of the autogenous-reactive OCD subtype. Behav Res Ther. 2010; 48: 571-80.
- 145.** Moulding R, Kyrios M, Doron G, Nedeljkovic M. Autogenous and reactive obsessions: further evidence for a two-factor model of obsessions. J Anxiety Disord. 2007; 21(5): 677-90.
- 146.** Belloch A, Cabedo E, Carrió C, Larsson C. Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. J Anxiety Disord. 2010; 24(6): 573-80.
- 147.** McDonough M, Kennedy N. Pharmacological management of obsessive-compulsive disorder: a review for clinicians. Harv Rev Psychiatry. 2002; 10: 127-37.
- 148.** ICD–10. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması. Öztürk O, Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1992.
- 149.** Crino RD, Andrews G. Obsessive compulsive disorder and Axis I comorbidity. J Anxiety Disorders. 1996; 10: 37-46.
- 150.** Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessive compulsive disorder and depression. Psychopathology. 1993; 26: 145-50.
- 151.** Tükel R, Polat A, Özdemir O, Aksut D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiat. 2002; 43(3): 204-09.
- 152.** Kruger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. J Affect Disord. 1995; 34(2): 117-20.
- 153.** Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive compulsive disorder. J Affect Disord. 1997; 46(1): 15-23.

- 154.** Spitzer RR, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: Instrument No.58. New York: New York State Psychiatric Institute; 1975.
- 155.** Abramowitz JS. Understanding and treating Obsessive-Compulsive Disorder: A cognitive behavioral approach. New Jersey: Lawrence Erlbaum Assoc. Inc.; 2006. p.3-53.
- 156.** Black DW, Noyes R, Pfohl B, et al. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first degree relatives. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 1226–32.
- 157.** Yaryura-Tobias J.A, Grunes M.S, Todaro J, McKay D, Neziroglu F.A, Stockman R. Nosological insertion of Axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2000; 14(1): 19-30.
- 158.** Skoog G, Skoog I. A 40-year follow of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56: 121-27.
- 159.** Steketee G, Eisen J, Dyck I, et al. Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 1999; 89: 229-38.
- 160.** Flavell J. H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979; 34: 906-11.
- 161.** Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*. 1998; 36: 899-913.
- 162.** Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*. 2004; 42: 385- 96.
- 163.** Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford Press; 2011.
- 164.** Fisher PL, Wells A. *Metacognitive therapy: distinctive features*. New York: Routledge; 2009.

- 165.** Nelson TO, Stuart RB, Howard C, Crowley M. Metacognition and clinical psychology: a preliminary framework for research and practice. *Clin Psychol Psychother.* 1999; 6: 73-79.
- 166.** Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Metacognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders,* 1997; 11(3): 279-96.
- 167.** Maher-Edwards L, Fernie BA, Murphy G, Wells A, Spada MM. Metacognitions and negative emotions as predictors of symptom severity in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research.* 2011; 70(4): 311-17.
- 168.** Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Pers Individ Dif.* 2008; 44: 1172-81.
- 169.** Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research.* 2003; 27: 261-73.
- 170.** Bouman TK, Meijer KJ. A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy.* 1999; 6: 96-101.
- 171.** Moritz S, Peters MJV, Laro F, Lincoln TM. Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: a comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognitive Neuropsychiatry.* 2010; 15: 531-48.
- 172.** Nedeljkovic M, Moulding R, Kyrios M, Doron G. The relationship of cognitive confidence to OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders.* 2009; 23(4): 463-68.
- 173.** Rachman S, Shafran R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy.* 1999; 6: 80-85.
- 174.** Panayırıcı PB. Obsesif kompulsif belirtilerin yordanmasında algılanan ebeveynlik biçimleri, üstbilişsel inançlar ve düşünce kontrol yöntemlerinin rolü: Üstbilişsel model çerçevesinde bir inceleme [tez]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.
- 175.** Cucchi M, Bottelli V, Cavadini D, Ricci L, Conca V, Ronchi P, Smeraldi E. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic

disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53(5): 546-53.

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

177. Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini S. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms, coping styles: a preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample *Clin Psychol Psychother*. 2007; 14: 258-68.

178. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2003; 17: 181-95.

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

180. Doğan K, Solak ÖS, Özdel K, Türkçapar MH. Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2013; 2: 34-40.

181. Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder on tests of frontal-striatal function. *Biol. Psychiatry*. 1998; 43: 348-57.

182. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. *Neuropsychological assessment*. 5th ed. Oxford; New York: Oxford University Press; 2012.

183. Trivedi JK, Dhyani M, Goel D, Sharma S, Singh AP, Sinha PK, et al. Neurocognitive dysfunction in patients with obsessive compulsive disorder. *Afr J Psychiatry*. 2008; 11: 204-09.

184. Abbruzzese M, Ferr S, Scarone S. Wisconsin Card Sorting Test performance in obsessive compulsive disorder: no evidence for involvement of dorsolateral

prefrontal cortex. *Psychiatry Research*. 1995; 58 (1): 37– 43.

185. Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological psychology*. 2004; 65(3): 185-236.

186. Eysenck MW, Keane MT. *Cognitive Psychology. A Student's Handbook*. 4th ed. London: Psychology Press; 2000.

187. da Rocha FF, Alvarenga NB, Malloy-Diniz L, Correa H. Decisionmaking impairment in obsessive-compulsive disorder as measured by the Iowa Gambling Task. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2011; 69(4): 642–47.

188. Savage CR, Deckersbach T, Wilhelm S, Rauch SL, Baer L, Reid T, Jenike MA. Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychology*. 2000; 14: 141-51.

189. Millierey M, Bouvard M, Aupetit J, Cottraux J. Sustained attention in patients with obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Psychiatry Research*. 2000; 96(3): 199–209.

190. Okasha A, Rafaat M, Mahallawy N, El Nahas G, El Dawla AS, Sayed M, et al. Cognitive dysfunction in obsessive–compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000; 101: 281–85.

191. Chamberlain S, Blackwell A, Fineberg N, Robbins T, Sahakian B. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2005; 29(3): 399-419.

192. Grayson JB, Foa EB, Steketee GS. Exposure in vivo of obsessive-compulsives under distracting and attention-focusing conditions: replication and extension. *Behav Res Ther*. 1986; 24 (4): 475-79.

193. Martinot JL, Allilaire JF, Mazoyer BM et al. Obsessive-compulsive disorder: a clinical, neuropsychological and positron emission tomography study. *Acta*

Psychiatr. Scand. 1990; 82: 233-42.

194. Hollander E, Cohen L, Richards M, Mullen L, De Caria C, Stern Y. A pilot study of the Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder and Parkinson's disease: basal ganglia disorders. *Journal of Neuropsychology and Clinical Neurosciences*. 1993; 5: 104-07.

195. Schmidtke K, Schorb A, Winkelmann G, Hohagen F. Cognitive frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*. 1998; 43(9): 666-73.

196. Moritz S, Hottenrott B, Jelinek L, Brooks AM, Scheurich A. Effects of obsessive-compulsive symptoms on neuropsychological test performance: Complicating an already complicated story. *Clinical Neuropsychologist*. 2012; 26(1): 31-44.

197. Greve KW, Ingram F, Bianchini KJ. Latent structure of the Wisconsin Card Sorting Test in a clinical sample. *Arch. Clin. Neuropsychol*. 1998; 13: 597-609.

198. Eysenck MV. *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. Hove: Psychology Press; 1997. p.53-88.

199. Alarcon RD, Libb JW, Boll TJ. Neuropsychological testing in obsessive compulsive disorder: A clinical review. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1994; 6: 217-28.

200. Veale DM, Sahakian BJ, Owen AM, Marks IM. Specific cognitive deficits in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 1996; 26: 1261-69.

201. Anderson KE, Savage CR. Cognitive and neurobiological findings in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2004; 27: 37-47.

202. Kwon JS, Kim JJ, Lee DW, Lee JS, Lee DS, Kim MS, Loo IK, Cho MJ, Lee MC. Neural correlates of clinical symptoms and cognitive dysfunctions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2003; 122: 37-47.

- 203.** Özdemir A. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş hastaların nöropsikiyatrik değerlendirilmesi ve klinik belirtilere göre sınıflandırılmış OKB alt grupları arasında bilişsel işlevlerin karşılaştırılması [tez]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2007.
- 204.** Gambini O, Abbruzzese M, Scarone S. Smooth-pursuit and saccadic eye movements and Wisconsin Card Sorting Test performance in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 1993; 48: 191-200.
- 205.** Tükel R, Gurvit H, Ertekin BA, Oflaz S, Ertekin E, Baran B, et al. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53(2): 167–75.
- 206.** Boone KB, Ananth J, Philpott L, Kaur A, Djenderedjian A. Neuropsychological characteristics of non-depressed adults with obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*. 1991; 4: 96-109.
- 207.** Cavallaro R, Cavedini P, Mistretta P. Basal-corticofrontal circuits in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: A controlled, double dissociation study. *Biological Psychiatry*. 2003; 54: 437-43.
- 208.** Simpson HB, Rosen W, Huppert JD, Lin SH, Foa EB, Liebowitz MR. Are there reliable neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder? *Journal of Psychiatric Research*. 2006; 40(3): 247–57.
- 209.** Nakao T, Nakagawa A, Nakatani E, Nabeyama M, Sanematsu H, Yoshiura T, et al. Working memory dysfunction in obsessive-compulsive disorder: A neuropsychological and functional MRI study. *Journal of Psychiatric Research*. 2009; 43(8): 784–91.
- 210.** Monchi O, Petrides M, Petre V, et al. Wisconsin Card Sorting revisited: distinct neural circuits participating in different stages of the task identified by event-related functional magnetic resonance imaging. *J. Neurosci*. 2001; 21: 7733–41.
- 211.** Van Veen V, Carter CS. The anterior cingulate as a conflict monitor: fMRI and ERP studies. *Physiol. Behav*. 2002; 77: 477-82.

- 212.** Gehring WJ, Himle J, Nisenson LG. Action-monitoring dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Psychol. Sci.* 2000; 11: 1-6.
- 213.** Johannes S, Wieringa BM, Nager W, et al. Discrepant target detection and action monitoring in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2001; 108: 101-10.
- 214.** Spitznagel MB, Suhr JA. Executive function deficits associated with symptoms of schizotypy and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research.* 2002; 110: 151-63.
- 215.** Aycicegi A, Dinn WM, Harris CL, Erkmen H. Neuropsychological function in obsessive compulsive disorder: Effects of comorbid conditions on task performance. *European Psychiatry.* 2003; 18: 241-48.
- 216.** Bohne A, Savage CR, Deckersbach T, Keuthen NJ, Jenike MA, TuschenCaffier B, et al. Visuospatial abilities, memory, and executive functioning in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology.* 2005; 27(4): 385–99.
- 217.** Kashyap H, Kumar JK, Kandavel T, Reddy YC. Neuropsychological functioning in obsessive-compulsive disorder: Are executive functions the key deficit? *Comprehensive Psychiatry.* 2013; 54(5): 533–40.
- 218.** Burdick KE, Robinson DG, Malhotra A, Szeszko PR. Neurocognitive profile analysis in obsessive compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society.* 2008; 14: 640–45.
- 219.** Keilp JG, Sackeim HA, Mann JJ. Correlates of trait impulsiveness in performance measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Research,* 2005; 135(3): 191–201.
- 220.** Penades R, Catalan R, Rubia K, Andres S, Salamero M, Gasto C. Impaired response inhibition in obsessive compulsive disorder. *European Psychiatry.* 2007; 22(6): 404–10.

- 221.** Menzies L, Achard S, Chamberlain SR, Fineberg N, Chen CH, del Campo N, et al. Neurocognitive endophenotypes of obsessive-compulsive disorder. *Brain*. 2007; 130(12): 3223–36.
- 222.** de Wit SJ, de Vries FE, van der Werf YD, Cath DC, Heslenfeld DJ, Veltman EM, et al. Presupplementary motor area hyperactivity during response inhibition: A candidate endophenotype of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2012; 169(10): 1100–08.
- 223.** Abramovitch A, Dar R, Schweiger A, Hermesh H. Neuropsychological impairments and their association with obsessive-compulsive symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2011; 26(4): 364–76.
- 224.** Krishna R, Udupa S, George CM, Kumar KJ, Viswanath B, Kandavel T, et al. Neuropsychological performance in OCD: A study in medication-naïve patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2011; 35(8): 1969–76.
- 225.** Thomas S J, Gonsalvez CJ, Johnstone SJ. How specific are inhibitory deficits to obsessive-compulsive disorder? A neurophysiological comparison with panic disorder. *Clinical Neurophysiology*. 2014;125(3): 463-75.
- 226.** Page LA, Rubia K, Deeley Q, Daly E, Toal F, Mataix-Cols D, et al. A functional magnetic resonance imaging study of inhibitory control in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2009; 174(3): 202–09.
- 227.** Abramovitch A, Cooperman A. The cognitive neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2015; 5: 24–36.
- 228.** Penades R, Catalan R, Andres S, Salamero M, Gasto C. Executive function and nonverbal memory in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2005; 133: 81– 90.

- 229.** Rao NP, Reddy YC, Kumar KJ, Kandavel T, Chandrashekar CR. Are neuropsychological deficits trait markers in OCD? Progress in NeuroPsychopharmacology and Biological Psychiatry. 2008; 32(6): 1574–79.
- 230.** Kim MS, Park SJ, Shin MS, Kwon JS. Neuropsychological profile in patients with obsessive-compulsive disorder over a period of 4-month treatment. J. Psychiatr. Res. 2002; 36: 257-65.
- 231.** Choi J, Kang D, Kim JJ, Ha TH, Lee JE, Youn T, Kim IY, Kim SI, Kwon JS. Left anterior subregion of orbitofrontal cortex volume reduction and impaired organizational strategies in obsessive-compulsive disorder. Journal of Psychiatric Research. 2004; 38: 193-99.
- 232.** Martin A, Pigott JA, Lalonde F M, Dalton I, Dubbert B, Murphy DL . Lack of evidence for Huntington’s disease-like cognitive function in obsessive-compulsive disorder. Biological Psychiatry. 1993; 33: 345-53.
- 233.** Jurado MA, Junque C, Vallejo J, Salgado P, Grafman J. Obsessive-compulsive disorder (OCD) patients are impaired in remembering temporal order and in judging their own performance. J. Clin. Exp. Neuropsychol. 2002; 24: 261-69.
- 234.** Henry JD. A meta-analytic review of Wisconsin Card Sorting Test and verbal fluency performance in obsessive-compulsive disorder. Cogn Neuropsychiatry. 2006; 11(2): 156-76.
- 235.** Cavedini P, Zorzi C, Piccinni M, Cavallini MC, Bellodi L. Executive dysfunctions in obsessive-compulsive patients and unaffected relatives: Searching for a new intermediate phenotype. Biological Psychiatry. 2010; 67(12): 1178–84.
- 236.** Rajender G, Bhatia MS, Kanwal K, Malhotra S, Singh TB, Chaudhary D. Study of neurocognitive endophenotypes in drug-naive obsessive-compulsive disorder patients, their first-degree relatives and healthy controls. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2011; 124(2): 152–61.
- 237.** Van den Heuvel OA, Veltman DJ, Groenewegen HJ ve ark. Frontal-striatal dysfunction during planning in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(3): 301-10.

- 238.** Lennertz L, Rampacher F, Vogeley A, Schulze-Rauschenbach S, Pukrop R, Ruhrmann S, et al. Antisaccade performance in patients with obsessive-compulsive disorder and unaffected relatives: Further evidence for impaired response inhibition as a candidate endophenotype. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2012; 262(7): 625–34.
- 239.** Shin NY, Lee TY, Kim E, Kwon JS. Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2014; 44(6): 1121–30.
- 240.** Rachman S. Primary obsessional slowness. *Behaviour Research and Therapy*. 1974; 12(1): 9–18.
- 241.** Basso MR, Bornstein RA, Carona F, Morton R. Depression accounts for executive function deficits in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatry Neuropsychology and Behavioral Neurol*. 2001; 14(4): 241–45.
- 242.** Hashimoto N, Nakaaki S, Omori IM, Fujioi J, Noguchi Y, Murata Y, et al. Distinct neuropsychological profiles of three major symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2011; 187(1–2): 166–73.
- 243.** Sayin A, Oral N, Utku C, Baysak E, Candansayar S. (2010). Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls. *European Psychiatry*. 2010; 25(2): 116–22.
- 244.** Segalàs C, Alonso P, Labad J, Real E, Pertusa A, Jaurrieta N, et al. A case-control study of sex differences in strategic processing and episodic memory in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2010; 51(3): 303–11.
- 245.** Hashimoto T, Shimizu E, Koike K, Orita Y, Suzuki T, Kanahara N, et al. Deficits in auditory P50 inhibition in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2008; 32(1): 288–96.
- 246.** Boldrini M, Del Pace L, Placidi G P, Keilp J, Ellis SP, Signori S, et al. Selective cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder compared to panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005; 111(2): 150–58.

- 247.** Nakao T, Nakagawa A, Yoshiura T, Nakatani E, Nabeyama M, Yoshizato C, et al. Brain activation of patients with obsessive-compulsive disorder during neuropsychological and symptom provocation tasks before and after symptom improvement: A functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*. 2005; 57(8): 901–10.
- 248.** Roth RM, Milovan D, Baribeau J, O'Connor K. Neuropsychological functioning in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005; 17(2): 208–13.
- 249.** Lacerda AL, Dalgarrondo P, Caetano D, Camargo EE, Etchebehere EC, Soares JC. Elevated thalamic and prefrontal regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder: A SPECT study. *Psychiatry Research*. 2003; 123(2): 125–34.
- 250.** Muller J, Roberts JE. Memory and attention in obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005; 19: 1-28.
- 251.** Okutucu FT. Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel işlevler ve oksidatif metabolizma ile ilişkisi [tez]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2011.
- 252.** Hermans D, Engelen U, Grouwels L, Joos E, Lemmens J, Pieters G. Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: distrusting perception, attention and memory. *Behaviour Research and Therapy*. 2008; 46: 98-113.
- 253.** Deckersbach T, Savage CR, Dougherty DD, et al. Spontaneous and directed application of verbal learning strategies in bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder. *Bipolar Disord*. 2005; 7: 166-75.
- 254.** Cabrera AR, McNally RJ, Savage C. Missing the forest for the trees? Deficient memory for linguistic gist in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*. 2001; 31: 1089-94.
- 255.** Exner C, Martin V, Rief W. Self-focused ruminations and memory deficits in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2009; 33(2): 163–74.
- 256.** Karamustafalıoğlu KO, Üçılık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale Brown

Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerlilik-güvenilirlik çalışması. Bursa: Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Bildiri Kitabı; 1993.

257. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961; 4: 561-71.

258. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeğinin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği, psikoloji Dergisi. 1988; 6: 118-22.

259. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Cogn Psychother. 1998; 56: 893-900.

260. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother. 1998; 12: 163-72.

261. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg. 2008; 19: 67-80.

262. Spreen O, Strauss E. A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary. New York: Oxford University Press; 1991.

263. Türkeş N, Can H, Kurt M, Dikeç BE. İz Sürme Testi'nin 20-49 Yaş Aralığında Türkiye İçin Norm Belirleme Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2014; 25: 189-196.

264. Stroop RS. Studies of interference in serial verbal reactions. Journal of experimental Psychology. 1935; 18(6): 643-61.

265. Karakaş, S, Erdoğan E, Sak L, Soysal AŞ, Ulusoy T, Yüceyurt Ulusoy İ, Alkan S. Stroop Testi TBAG Formu: Türk kültürüne standardizasyon çalışmaları, güvenilirlik ve geçerlik. Klinik Psikiyatri Dergisi. 1999; 2: 75-88.

266. Schmidt M. Rey Auditory Verbal Learning Test: A Handbook Western Psychological Services, Los Angeles; 1986.

- 267.** Açıkgöz DG. Bellek ve dikkat fonksiyonlarını ölçen nöropsikolojik testlerin faktör yapısının görgül ve istatistiksel yollardan değerlendirilmesi [tez]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1995.
- 268.** Berg EA. A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *Journal of General Psychology* 1948; 39: 15-22.
- 269.** Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL, Kay GG, Curtis CG. Wisconsin card sorting test manual: Revised and expanded. Florida: Psychological Assessment Resources; 1993.
- 270.** Karakaş S. Bilnot bataryası el kitabı: Nöropsikolojik testler için araştırma ve geliştirme çalışmaları. Ankara: Dizayn ofset; 2004.
- 271.** Bekçi B, Baran Z, Özkan A, Karakaş S. Does the computerized and conventional presentation of neuropsychological tests represent similar cognitive processes? 13th World Congress of Psychophysiology (IOP). *International Journal of Psychophysiology*. 2006; 61: 344.
- 272.** Narayanaswamy JC, Viswanath B, Veshnal Cherian A, Bada Math S, Kandavel T, Janardhan Reddy YC. Impact of age of onset of illness on clinical phenotype in OCD. *Psychiatry Res*. 2012; 200(2-3): 554-63.
- 273.** Şimşek NG. Obsesif Kompulsif Bozuklukta (OKB) Otojen ve Reaktif Obsesyonlara Sahip Hastalarda Bilişsel Farklılıklar [tez]. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH; 2011.
- 274.** Lapsekili N, Uzun Ö, Ak M. Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. *Klinik Psikiyatri*. 2010; 13: 170-76.
- 275.** Pazvantoğlu O, Algül A, Ateş M.A, Sarısoy G, Ebrinç S. Metacognitive Functions in Obsessive Compulsive Disorder in a Turkish Clinical Population: The Relationship Between Symptom Types and Metacognition Subdimensions. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2013; 23(1): 65-71.
- 276.** Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects

of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiat Res.* 2004; 38(4): 403-11.

277. Tatlı M. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bu bozukluğun gelişimi ve belirti şiddetiyle ilişkisi [tez]. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH; 2012.

278. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British Nationwide Survey of Child Mental Health. *Int Rev Psychiatry.* 2003; 15(1-2): 178-84.

279. Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N. Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 2010; 23: 230-237.

280. Zohar AH, Goldman E, Calamary R, Mashiah M. Religiosity and obsessive-compulsive behavior in Israeli Jews. *Behav Res Ther.* 2005; 43(7): 857-68.

281. Deniz F. Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi [tez]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi; 2005.

282. Şenormancı Ö. Obsesif kompulsif bozuklukta obsesif inançlar semptom ölçümleriyle ilişkisi [tez]. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2012.

283. Seedat S, Stein DJ. Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 56:17-23.

284. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive- compulsive disorder familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry.* 1996; 169: 101-08.

- 285.** Kaşer M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda karar verme yetilerinin klinik özellikler ve semptom boyutlarıyla ilişkisi [tez]. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2011.
- 286.** Altun İK. Obsesif kompulsif bozuklukta metakognisyonlar ve otomatik düşünceler. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2014.
- 287.** Örsel S, Göka E, Yurt MS. Psikotik özellikleri olan Obsesif- kompulsif bozukluk. 3P Dergisi. 1996; 4 (1): 54-58.
- 288.** Tükel R. Dirençli obsesif kompulsif bozukluğun tedavisi. Psikiyatride Güncel. 2014; 4: 249-59.
- 289.** Belloch A, Morillo C, Soriano GG. Obsessive themes, evaluative appraisals, and thought control strategies: testing the autogenous/reactive model of obsessions. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2007; 7: 5-20.
- 290.** Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, et al. Obsessive compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2010; 34: 323–30.
- 291.** Türksöy N, Tükel R, Özdemir O ve ark. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. 2002; 16(4): 413-23.
- 292.** Marazziti D, Dell’Osso L, Di Nasso E, et al. Insight in Obsessive-compulsive disorder: A study of an Italian sample. Eur Psychiatry. 2002; 17(7): 407- 10.
- 293.** Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2004; 11: 137-44.
- 294.** Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. Clinical Psychology and Psychotherapy. 1999; 6: 102-10.
- 295.** Nieto MAP, Delgado MMR, Mateos LL, Bueno N. Cognitive control and anxiety disorders: Metacognitive beliefs and strategies of control thought in GAD and OCD. Clinica y Salud. 2010; 21: 159-66.
- 296.** Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. Psychometric characteristics of the Penn State

Worry Questionnaire and Meta-Cognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish Sample. *Clin Psychol Psychother.* 2008; 15: 424–39.

297. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders.* 2005; 19: 806-17.

298. Cohen RJ, Calamari JE. Thought-focused attention and obsessive-compulsive symptoms: an evaluation of cognitive selfconsciousness in a nonclinical sample. *Cognit Ther Res.* 2004; 28: 457–71.

299. Önen S, Uğurlu KG, Çayköylü A. The Relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Comp Psych.* 2013; 54(5): 541-48.

300. Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research.* 2009; 169: 240-43.

301. Fowle HJ, Boschen MJ. The impact of compulsive cleaning on confidence in memory and cleanliness. *Journal of Anxiety Disorders.* 2011; 25: 237-43.

302. Holtzer R, Stern Y, Rakitin BC. Predicting age-related dual-task effects with individual differences on neuropsychological tests. *Neuropsychology.* 2005; 19: 18–27.

303. Steinberg BA, Bieliauskas LA, Smith GE, et al. Mayo's older African Americans Normative studies: age- and IQ-adjusted norms for Trail Making Test, Stroop Test, and MAE Controlled Oral Word Association Test. *Clin Neuropsychol.* 2005; 19: 329–77.

304. Tombaugh TN. Trail Making Test A and B: Normative data stratified by age and education. *Arch Clin Neuropsychol.* 2004; 19: 203-14.

305. Mataix-Cols D, Pertusa A, Snowden J. Neuropsychological and neural correlates of hoarding: A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology.* 2011; 67(5): 467–76.

306. Tallis F, Pratt P, Jamani N. Obsessive compulsive disorder, checking, and non-verbal memory: A neuropsychological investigation. *Behaviour Research and Therapy.* 1999; 37(2): 161–66.

307. Bannon S, Gonsalvez CJ, Croft RJ, Boyce PM. Response inhibition deficits in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2002; 110(2): 165-74.

- 308.** Aydın PÇ, Öyekçin DG. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel İşlevler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2013; 24(4): 266-74.
- 309.** Omori IM, Murata Y, Yamanishi T, Nakaaki S, Akechi T, Mikuni M, Furukawa TA. The differential impact of executive attention dysfunction on episodic memory in obsessive-compulsive disorder patients with checking symptoms vs. those with washing symptoms. Journal of Psychiatric Research. 2007; 4 (9): 776-84.
- 310.** Harris CL, Dinn WM. Subtyping obsessive-compulsive disorder: neuropsychological correlates. Behav Neurol. 2003; 14: 75-87.
- 311.** Zitterl W, Urban C, Linzmayer L, et al. Memory deficits in patients with DSM-IV obsessive-compulsive disorder. Psychopathology. 2001; 34: 113-20.
- 312.** Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, et al. Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 2001; 39: 913-27.
- 313.** Ceschi G, Van der Linden M, Dunker D, et al. Further exploration memory bias in compulsive washers. Behav Res Ther. 2003; 41: 737-48.
- 314.** Akdede BBK, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgular ile İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005; 16(1): 13-19.
- 315.** Sawamura K, Nakashima Y, Inoue M, Kurita H. Short-term verbal memory deficits in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 2005; 59(5): 527-32.
- 316.** Randsky AS, Rachman S, Hammond D, et al. Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. Behav Res Ther. 2001; 39: 813-22.
- 317.** Tuna S, Tekcan AI, Topçuoğlu V. Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 2005; 43: 15-27.
- 318.** Satan Y. Obsesif kompulsif bozuklukta içgörü düzeyi ile bilişsel fonksiyonların ilişkisi [tez]. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2014.
- 319.** Gershuny B, Sher KJ. Compulsive checking and anxiety in a nonclinical sample: Differences in cognition, behaviour, personality and affect. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 1995; 17: 19-38.
- 320.** Sher KJ, Mann B, Frost RO. Cognitive dysfunction in compulsive checkers: further explorations. Behaviour Research and Therapy. 1984; 22: 493-502.

- 321.** de Geus F, Denys DA, Sitskoorn MM, et al. Attention and cognition in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2007; 61: 45-53.
- 322.** Korkmaz IZ. Obsesif kompulsif bozukluklu hastaların bilişsel işlevlerindeki olası bozuklukların yaşam kalitesi ile ilişkisi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2012.
- 323.** Fenger MM, Gade A, Adams KH, et al. Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder on tests of frontal lobe functions. *Nord J Psychiatry.* 2005; 59: 39-44.
- 324.** Kitis A, Akdede BBK, Alptekin K, Akvardar Y, Arkar H, Erol A, et al. Cognitive dysfunctions in patients with obsessive-compulsive disorder compared to the patients with schizophrenia patients: relation to overvalued ideas. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2007; 31: 254-61.
- 325.** Flavell JH. Speculation about the nature and development of metacognition. In: F Weinert, R Kluwe, editors. *Metacognition, motivation, and understanding.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1987.
- 326.** Karakelle S. Üst Bilişsel Farkındalık, Zeka, Problem Çözme Algısı ve Düşünme İhtiyacı Arasındaki Bağlantılar. *Eğitim ve Bilim.* 2012; 164: 237-50.
- 327.** Irak M. Psikopatolojilerde bilgi işleme süreçleri. In: Irak M, editör. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2009.
- 328.** Karadağ F, Oguzhanoglu NK, Ozdel O, Ateşci FC, Amuk T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depress Anxiety* 2006; 23(3): 145-52.
- 329.** Kılınç S. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin bellek süreçlerinin bellek yanılgıları açısından karşılaştırılması [tez]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2010.
- 330.** Parkin AJ. *Memory and amnesia an introduction.* USA: Blackwell Publishers; 1997.
- 331.** Van den Hout M, Kindt M. Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy.* 2003; 41: 301-16.
- 332.** Fernandez-Duque D, Baird JA, Posner MI. Executive attention and metacognitive regulation. *Consciousness and Cognition.* 2000; 9: 288–307.

333. Irak M. İnsanda Dikkatlilik, Üst-Biliş Performansı ve Bellek Türlerinin Oluşturduğu İlişkiler Örüntüsünün İncelenmesi [tez]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2004.



8. EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

Adı Soyadı :

Yaşı :

Cinsiyet :

Medeni durumu/Süre/Varsa çocuk sayısı :

Eğitim süresi :

Mesleği/Aylık geliri :

Yaşadığı yer/Kişiler :

Kardeş sayısı/Sırası :

Alışkanlıkları:

Sigara (paket/yıl):

Alkol:

Madde:

Başka alışkanlıklar:

Hastalığın başlangıç yaşı :

Son hastalık döneminin başlangıç süresi :

Son tedavisi/Süresi:

Tedaviye yanıtta geçen süre ve dozlar (hastalığın her tekrarlaması için ayrı ayrı belirtilmesi):

Antipsikotik tedavi eklenmesi:

Varsa psikiyatrik yatış sayısı ve tarihleri:

İntihar öyküsü:

Hastalık öncesi stresör varlığı:

Son hastalık dönemi öncesi stresör varlığı:

Ek psikiyatrik hastalık öyküsü:

Ek sistemik hastalık öyküsü:

Diğer ilaçları:

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:

Varsa ek bilgiler:

BDI:

BAI:

YBOKÖ:

Obsesyon:

Kompulsyon:

Toplam:

İçgörü (11. soru):

Genel şiddet (17.soru):

Güvenilirlik (19. soru):

Hedef belirti listesi

Obsesyon:

1)

2)

3)

Kompulsyon:

1)

2)

3)

Kaçınma :

- 1)
- 2)
- 3)

ÜBÖ-30:

Olumlu inançlar:
Kontrol edilemezlik ve Tehlike:
Bilişsel güven:
Düşünceleri kontrol etme inancı:
Bilişsel farkındalık:
Toplam:



Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi

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

Saldırganlık Obsesyonları

- 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)

Kirlenme Obsesyonları

- 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

Cinsel Obsesyonlar

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya inest ilişkiye ile ilgili
- Homoseksüel ilişki ile ilgili*
- Başkalarına karşı cinsel davranış(saldırgan)*
- Diğer

Biriktirme / Saklama Obsesyonları

Dini Obsesyonlar

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

Eşyaların Simetrikliği Ve Düzeni İle İlgili Obsesyonlar

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

Diğer 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

Somatik Obsesyonlar

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

Temizleme/Yıkama Kompulsiyonları

- Aşırı veya törensel el yıkama
- Aşırı veya törensel duş, banyo, dişfırçalama 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

Tekrarlayıcı Törensel Davranışlar

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

Sayma Kompulsiyonları

Sıralama / Düzenleme Kompulsiyonları

Biriktirme / Toplama Kompulsiyonları

Diğer Kompulsiyonlar

- 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 gelmişyemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer



Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BCOS)

1. Obsesif Düşüncelerle Geçen Zaman

0: Yok

1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.

2: Orta, günde 1 – 3 saat veya sık.

3: Ciddi, günde 3 – 8 saat veya çok sık.

4: İleri boyutlarda, günde 8 saatten fazla veya yaklaşık sürekli.

2. Obsesif Düşüncelerden Etkilenme

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.

2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ başa çıkılabilir durumda.

3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.

4: İleri derecede, işgöremez durumda.

3. Obsesif Düşüncelere Karşı Duyulan Rahatsızlık Hissi

0: Hiç

1: Hafif, fazla rahatsızlık vermeyen.

2: Orta derecede, rahatsız edici, fakat başedilebilir.

3: Ciddi, çok fazla rahatsız edici.

4: İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık.

4. Obsesif Düşüncelere Direnç Gösterme

0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. Obsesif Düşünceleri Kontrol Etme Derecesi

0: Tam olarak kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor, genellikle biraz çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada veya aklından çıkarmada nadiren başarılı oluyor. Dikkatini sadece zorlukla başka konulara yönltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak obsesyonlar mevcuttur. Bir an bile aklından çıkaramamaktadır.

6. Kompulsif Davranışlar İçin Harcanan Zaman

0: Hiç

- 1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.
- 2: Orta, günde 1 – 3 saat veya sık sık kompulsif davranışlar.
- 3: Ciddi, günde 3 – 8 saat veya çok sık kompulsif davranışlar.
- 4: İleri derecede, günde 8 saatten fazla veya neredeyse sürekli olarak kompulsif davranışlar (sayılamayacak kadar fazla).

7. Kompulsif Davranışların Yaşamı Etkilemesi

0: Hiç

- 1: Hafif, sosyal ve mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.
- 2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hala başa çıkılabilir durumda.
- 3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.
- 4: İleri derecede, işgöremez durumda.

8. Kompulsif Davranışlara Karşı Duyulan Rahatsızlık

0: Hiç.

- 1: Hafif. Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi esnasında hafif anksiyete.
- 2: Orta derecede, Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntı duyduğunu, fakat başedilebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyonun gerçekleştirilmesi sırasında anksiyetenin artabildiğini fakat başa çıkabildiğini bildirmektedir.
- 3: Ciddi, kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında, anksiyete belirgin şekilde artmaktadır.
- 4: İleri derecede, kompulsif davranışa en ufak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında işgöremez duruma sokan anksiyete.

9. Kompulsif Davranışlara Karşı Direnme

0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

- 1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.
- 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3: Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuş durumdadır , fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.
- 4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. Kompulsif Davranışları Kontrol Etme Derecesi

0: Tam olarak kontrol edebiliyor.

- 1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için bir miktar baskı hissediyor, fakat genellikle kontrol edebiliyor.
- 2: Orta derecede kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için büyük baskı hissediyor, zorlukla kontrol edebiliyor.
- 3: Az miktarda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için çok büyük baskı hissediyor, tamamlamak zorunda kalıyor, sadece güçle geciktirebiliyor.
- 4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleştirmektedir, bir an için bile geciktirememektedir.

11. Hastanın Obsesyon ve Kompulsiyonlarına Hakkında İçgörüsü

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığını ve aşırılığını Kabul etmekle birlikte anksiyete dışında dikkate alınacak bir şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değil (örn.uzun süre şüpheleri vardır).

2: Orta derecede bir içgörü. İsteksizce de olsa düşünce ve davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değişmeyen inançları yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığına inanmaktadır.

4: İçgörüsü kaybolmuş, hayal dünyasında. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.

12. Kaçınma

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, en alt düzeyde kaçınma davranışı var.

2: Orta, görülen, açık bir kaçınması var.

3: Ciddi, çok fazla kaçınma davranışı var.

4: İleri derecede, aşırı boyutlarda kaçınma, semptomları başlatabilecek olan hemen her şeyi yapmaktan kaçınmaktadır.

13. Kararsızlık Derecesi

0: Yok.

1: Hafif, bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü.

2: Orta, başkalarının ikinci bir kez düşünmeyecekleri şeyler hakkında bile karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir.

3: Ciddi, önemli olmayan konularda bile sürekli yarar/zarar değerlendirmesi yapmaktadır.

4: İleri derecede, karar verme yetisi kaybolmuş, işgöremez durumdadır.

14. Aşırı Sorumluluk Hissi

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı.

2: Orta, hastanın kendiliğinden bahsettiği , açıkca görünen düşünceler; hasta kendi kontrol edebileceği olayların dışında kalanlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir.

3: Ciddi, bu tür duygular yaygındır ve önde gelmektedir; kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendini sorumlu hissetmektedir. Kendini anlamsız, hatta saçam bir şekilde suçlamaktadır.

4: İleri, delilik derecesinde sorumluluk (örn. Kompulsiyonlarını gerçekleştiremediği için, binlerce kilometre ötede olan bir depremden kendini suçlu hissetmek)

15. Hareketlerde Belirgin Yavaşlama ve Rahatsızlık Hissi

0: Yok.

1: Hafif, bazen başlarken bitirirken gecikme.

2: Orta, sıklıkla olağan işlerin uzun sürmesi, ancak genellikle tamamlanması. Sıklıkla geç olması.

3: Ciddi, olağan görevlerin başlamasında ve bitirilmesinde yaygın ve belirgin zorlanma. Genellikle geç olması.

4: İleri derecede, işlerin tümünde yardım görmeden, olağan işlemlere başlayamama

ve tamamlayamama.

16. Patolojik Kuşku

0: Hiç.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman bahsedilen hafif patolojik kuşku. Verilen örnekler normal sınırlar içinde olabilir.

2: Orta, hasta bu düşünceleri kendisi belirtir, hastanın bazı davranışlarında açık olarak vardır; hasta patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte başedilebilir boyutlardadır.

3: Ciddi, algıları hakkında kuşkuları belirgindir; patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir.

4: İleri derecede, algıları hakkındaki kuşkuları sürekli; patolojik kuşkuları hemen her tür faaliyetini belirgin olarak etkilemektedir. İşgöremez durumdadır (örneğin hasta “Gördüklerime aklım güvenmiyor” diye belirtir).

17. Global Ciddiyet

0: Hastalık yok.

1: Hafif, şüpheli, gelip geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.

2: Hafif belirtiler, işlevsel bozukluk az.

3: Orta derecede semptomlar, Çabayla işlevsel olabiliyor.

4: Orta –ciddi derecede semptomlar, işlevsellik kısıtlanmış.

5: Ciddi semptomlar, büyük oranda yardımla işlevsel olabiliyor.

6: İleri boyutlarda ciddi semptomlar, işgöremez durumda.

18. Genel Düzelmeye

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye.

2: Biraz daha kötü.

3: Değişiklik yok.

4: Bir miktar iyileşme var.

5: Daha iyi

6: Çok daha iyi.

19. Güvenilirlik

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin şüphelenmek için neden yok.

1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyebilecek faktör(ler) var.

2: Orta. Güvenilirliği kesin olarak azaltan faktör(ler) var.

3: Zayıf. Güvenirlik çok az.

ÜSTBİLİŞLER ÖLÇEĞİ-30

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

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

BDI

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlamaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) *Gelecekte umutsuz değilim.*
(b) *Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.*
(c) *Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.*
(d) *Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.*
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) *Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.*
(b) *Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.*
(c) *Artık hiçbir şeyden zevk alamıyorum.*
(d) *Bana zevk veren hiçbir şey yok. Herşey çok sıkıcı.*
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) *Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.*
(b) *Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.*
(c) *Cezalandırılmayı bekliyorum.*
(d) *Cezalandırıldığımı hissediyorum.*
7. (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) *Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.*
(b) *Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.*
(c) *Kendimi hatalarımı için çoğu zaman suçluyorum.*
(d) *Her kötü olayda kendimi suçluyorum.*
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşünmüyorum.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam, kendimi öldürürdüm.
10. (a) *Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.*
(b) *Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.*
(c) *Şu sıralarda her an ağlıyorum.*
(d) *Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.*

11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet() Hayır()
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni ney endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Beck Anksiyete Ölçeği

Adınız - soyadınız :

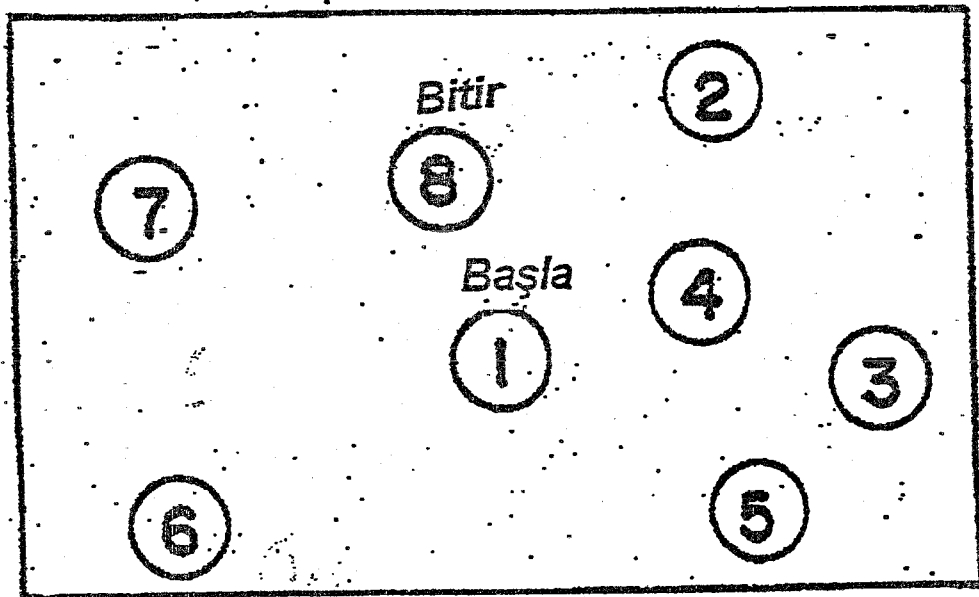
Test tarihi :

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç (0)	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi (1)	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlandım (2)	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım (3)
1. BEDENİNİZİN HERHANGİ BİR YERİNDE UYUŞMA VEYA KARINCALANMA	☐	☐	☐	☐
2. SICAK/ATEŞ BASMALARI	☐	☐	☐	☐
3. BACAKLARDA HALSİZLİK, TİTREME	☐	☐	☐	☐
4. GEVŞEYEMEME	☐	☐	☐	☐
5. ÇOK KÖTÜ ŞEYLER OLACAK KORKUSU	☐	☐	☐	☐
6. BAŞ DÖNMESİ VEYA SERSEMLİK	☐	☐	☐	☐
7. KALP ÇARPINTISI	☐	☐	☐	☐
8. DENGENİZİ KAYBEDECEĞİNİZ DUYGUSU	☐	☐	☐	☐
9. DEHŞETE KAPILMA	☐	☐	☐	☐
10. SİNİRLİLİK	☐	☐	☐	☐
11. BOĞULUYORMUŞ GİBİ OLMA HİSSİ	☐	☐	☐	☐
12. ELLERDE TİTREME	☐	☐	☐	☐
13. TİTREKLİK	☐	☐	☐	☐
14. KONTROLÜ KAYBETME DUYGUSU	☐	☐	☐	☐
15. NEFES ALMADA GÜÇLÜK	☐	☐	☐	☐
16. ÖLÜM KORKUSU	☐	☐	☐	☐
17. KORKUYA KAPILMA	☐	☐	☐	☐
18. MİDEDE HAZİMSİZLİK VEYA RAHATSIZLIK HİSSİ	☐	☐	☐	☐
19. BAYGİNLİK	☐	☐	☐	☐
20. YÜZÜN KIZARMASI	☐	☐	☐	☐
21. TERLEME, (SICAKLIĞA BAĞLI DEĞİL)	☐	☐	☐	☐
TOPLAM İŞARET SAYISI	☐	☐	☐	☐

Trail Making A

ÖRNEK



15

17

21

20

19

16

18

5

4

22

13

6

Başla

7

1

24

14

2

8

10

3

9

Bitir

11

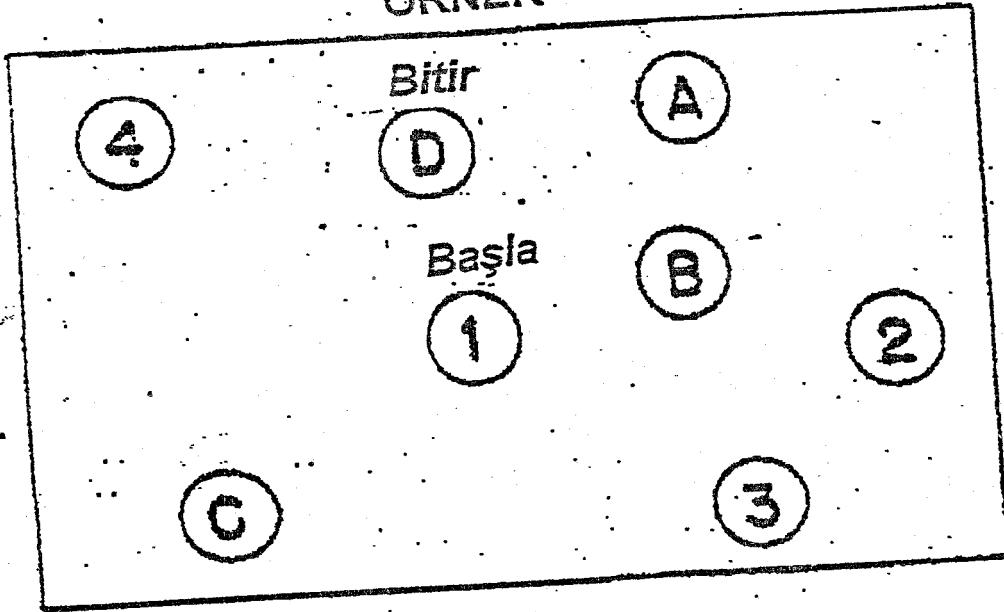
25

12

2

Trail Making B

ÖRNEK



Bitir

13

8

9

B

4

I

D

10

3

Basla

7

1

5

H

C

12

G

A

J

2

6

L

E

F

K

11

STROOP TESTİ TBAG FORMU*

KAYIT FORMU

Adı Soyadı : Uygulayıcının
 Doğum Tarihi :/...../..... Adı Soyadı :
 Yaşı : Uygulama Tarihi :/...../.....
 Cinsiyeti : Uygulama Yeri :
 Eğitim Düzeyi :

**Bölüm I: Siyah Basılmış
Renk İsmi Okuma**

M S K Y
 Y M S K
 Y K M S
 K Y S M
 S K Y M
 K M S Y

**Bölüm II: Renkli Basılmış
Renk İsmi Okuma**

M S K Y
 Y M S K
 Y K M S
 K Y S M
 S K Y M
 K M S Y

Bölüm III: Şekil Rengi Söyleme

Y M S K
 S K Y M
 M Y S K
 M S K Y
 K Y M S
 S Y M K

**Bölüm IV: Renk İsmi Olmayan
Kelime Rengi Söyleme**

Y M S K
 S K Y M
 M Y S K
 M S K Y
 K Y M S
 S Y M K

	TOPLAM SÜRE	HATA SAYISI	DÜZELTME SAYISI
BÖLÜM I			
BÖLÜM II			
BÖLÜM III			
BÖLÜM IV			
BÖLÜM V			

**Bölüm V: Renk İsmi Olan
Kelime Rengi Söyleme**

Y M S K
 S K Y M
 M Y S K
 M S K Y
 K Y M S
 S Y M K

*BİLNOT Bataryasının araştırma ve geliştirme çalışmaları TBAG-Ü / 17-2 sayılı proje ile TÜBİTAK tarafından desteklenmiştir.

TANIMA LİSTESİ

BAHÇE	DAĞ	PİL	KİTAP	GÖZLÜK
ZİL,	KASA	AYAKKABI	KİLİT	BAĞ
SÖZLÜK	KALEM	ÖĞRENCİ	ARMUT	BUZ
PARMAK	BULUT	YAĞMUR	OKUL	ALTIN
BABA	EV	PERDE	BURUN	DENİZ
HAVLU	HALI	FIRIN	ANAHTAR	KEPEK
YALI	ÇİÇEK	RENK	KAHVE	EL
ELMA	EKMEK	DÜĞME	MASA	İLİK
BANYO	DEFTER	AY	TUŞ	ANNE
KÖPEK	BÖCEK	TUZ	BALIK	KUŞ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 05)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı'nda "Otojen ve Reaktif Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) Hastalarında Nörobilişsel Profilin Üstbilişlerle İlişkisi" isimli bir araştırma yürütülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk halk arasında bilenen ismi ile "takıntı hastalığı" oldukça farklı belirtilerle ortaya çıkabilen ve hayat boyu süren ruhsal bir bozukluktur. Obsesyonlar kişinin aklına gelen tekrarlayıcı ve engel olamadığı düşüncelerdir, kompulsiyonlar ise kişinin aklına gelen bu düşüncelerden dolayı duyduğu sıkıntı hissini azaltmak için yaptığı tekrarlayıcı davranışlardır. Obsesif Kompulsif Bozukluk pek çok farklı belirtiyle ortaya çıkabilir. Örneğin bazı hastalarda aşırı temizlik yapma, bazılarında emin olamama ve yaptığı şeyi defalarca kontrol etme, bazı hastalarda ise istemeden aklına, kişiye kendini kötü ve suçlu hissettirebilen dini, cinsel ya da saldırganlıkla ilgili düşünceler olabilir. Obsesif Kompulsif Bozukluk için hastalığın ortaya çıktığı belirti türü ile ilişkili tedaviye yanıt çalışmalarının sayısının giderek arttığı, böylelikle hastalık belirtilerini kontrol altına almada ve hastalığın ortaya çıkışına ilişkin etkenlere yönelik yeni bakış açıları oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu bağlamda araştırmamız Obsesif Kompulsif Bozukluk için daha yeni bir alt gruplama olan, farklı belirtiler sunan 'otojen' ve 'reaktif' özellikler gösteren Obsesif Kompulsif Bozukluk hastaları ile yapılacaktır. Otojen obsesyonlar kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, hakkında daha az konuşulmak isteyeceği ve bu düşüncelerin kişinin zihninde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyulan obsesyonlardır. Saldırganlık, dini ve cinsel içerikli obsesyonlar bu gruba girmektedir. Reaktif obsesyonlar ise daha ziyade dışarıdan bir uyarana tetiklenme eğiliminde, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, diğerlerine oranla daha az rahatsızlık uyandıran obsesyonlardır. Kirlenme, kuşku, simetri, biriktirme obsesyonları bu grupta yer alır. Çalışmamızda otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hasta grupları kontrol gruplarıyla karşılaştırılacaktır.

Bu karşılaştırmalardan biri nörobilişsel testler olarak isimlendirilen bir takım testlerle yapılacaktır. Nörobilişsel testler karmaşık davranışlarımız aracılığıyla bunların sinir sisteminde karşılık geldiği bölgelerdeki sorunlar hakkında bilgi verir ve muayene aracı olarak kullanılabilirler. Genellikle testi uygulayan tarafından katılımcıya kurallar anlatılır ve katılımcının bu kurallara uygun şekilde testi yapması beklenir. Hasta ve kontrol grubundaki katılımcılara nörobilişsel değerlendirme amacıyla Wisconsin Kart Eşleme Testi, Stroop Testi, Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi ve İz Sürme Testleri uygulanacaktır.

Bir başka karşılaştırmada üstbilişler üzerinden yapılacaktır. Üstbiliş, kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını bir başka deyişle kişinin kendi zihnini izlemesini ifade eder. Üstbilişlerle ilgili meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, psikolojik bozuklukların gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir. Farklı ruhsal hastalıklar için farklı üstbilişlerin ön plana çıktığı düşünülmektedir. Araştırmamızda üstbilişlerin değerlendirilmesi amacıyla hasta ve kontrol grubundaki katılımcıların kendisi tarafından doldurulacak olan Üstbiliş Ölçeği-30 uygulanacaktır.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu araştırma; Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında, hastalığın klinik belirtilerine göre tanımlanmış otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hasta gruplarının üstbiliş ve nörobilişlerinin incelenmesi esasına dayanır. Obsesif Kompulsif Bozukluk, hastalığa neden olan etkenler, hastalığın ortaya çıkış belirtileri ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça çeşitliliğe sahip bir bozukluktur. Bu nedenle hastalığın birbirine daha benzer özelliklere sahip alt tiplerini tanımlamaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Çünkü bu sayede hastalığın tanısını, gidişini ve altta yatan etmenleri tanımlayabilmek ve

başarılı bir tedavi düzenini oluşturabilmek daha mümkündür. Bu çalışmanın amacı; Obsesif Kompulsif Bozukluk için daha yeni bir alt gruplandırma imkanı sunan otojen ve reaktif özelliklere sahip hastalarda üstbilişlerin ve nörobilişsel özelliklerin incelenmesidir. Böylelikle hem hastalığa neden olabilecek etkenler hem de tedaviye ilişkin özelliklerle ilgili bilgi edinilmesi ve bu açılardan bilim dünyasına katkı sağlanması amaçlanmaktadır. Eğer kabul ederseniz sizi bu araştırmaya dahil etmek istiyoruz.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için ya hasta grubu kapsamında Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış olmanız ya da kontrol grubu kapsamında herhangi başka bir ruhsal ya da tıbbi hastalığınızın bulunmaması gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmaya katılmak isterseniz size uygulanacak işlemler şu şekilde olacaktır. Her katılımcı ile bir kereye mahsus olmak üzere görüşmeci tarafından doldurulan ve soru cevap şeklinde olan Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) isimli bir klinik değerlendirme ölçeği de kullanılarak psikiyatrik bir değerlendirme görüşmesi yapılacaktır. Ardından katılımcılar tarafından doldurulacak Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği isminde öz bildirim ölçekleri doldurmaları istenmektedir. Ardından nörobilişsel test değerlendirmeleri için yine bir kereye mahsus olmak üzere Stroop Testi denilen üzerlerinde çeşitli renk isimlerinin yazılı olduğu farklı renklerdeki kartların isimlendirmesinden oluşan bir test, Wisconsin Kart Eşleşme Testi denilen kendi içinde katılımcının bulmasının beklendiği bir kural barındıran belli kartları seçmeye dayalı bir test, İz Sürme Testi denilen belli sayıdaki rakamı uygun sıra ile takip etmeye dayalı bir test ve Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi denilen ve belli sayıdaki sözlüğün katılımcıya sayılarak katılımcının hangilerini hatırladığını değerlendiren testler tüm katılımcılara uygulanacaktır. Sonrasında üstbilişlerin değerlendirilmesi için her bir katılımcıya yine kendileri tarafından doldurulacak Üstbiliş Ölçeği-30 verilir doldurmaları istenmektedir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma kesitsel (takibi olmayan) bir çalışma olduğundan araştırma ile ilgili olarak herhangi bir sorumluluğunuz yoktur.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada kontrol grubu ile otojen ve reaktif özellikleri gösteren Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hasta gruplarının her biri için en az 40'ar katılımcının çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Böylelikle toplam katılımcı sayısının en az 120 olması hedeflenmektedir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Araştırma kesitsel olarak planlanmıştır. Sadece bir kereye mahsus araştırmacı tarafından psikiyatrik değerlendirme yapılması, araştırmacının doldurduğu ölçekler, öz bildirim ölçeklerinin doldurulması, nörobilişsel testlerin uygulanması gerekmektedir. Takibi yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmanın size ek tıbbi bir yararı olmayacaktır ancak çıkan sonuçlar dünya çapında benzer hastalığı olan kişiler için yararlı bilgiler ortaya koyabilir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu araştırmada sizinle psikiyatrik görüşme yapılacak, size öz bildirim ölçekleri ve nörobilişsel testler uygulanacaktır. Bu uygulamaların bilinen herhangi bir riski yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur. Bu nedenle ilaç ya da besin kısıtlaması yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Klinik görüşme, uygulanması gereken test ya da doldurulması gerek ölçeklerden birisi eksik olan katılımcılar çalışma için değerlendirmeye alınmayacaktır. Bunun dışında

çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamanız durumunda başka herhangi bir çalışma dışı bırakılma durumu söz konusu değildir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmada kullanılan ölçekler ve testler sıkça kullanılan ve bilinen yan etkileri olmayan uygulamalardır. Bu nedenle, bu ölçek ve testlere bağlı bir zarar görmenizi beklenmemektedir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Çalışma kesitsel (takibi olmayan) ve herhangi bir girişimsel tedavi veya ilaç tedavisi içermediğinden önemli bir sorun çıkması beklenmemektedir. Bununla birlikte, ilgili tetkikler esnasında oluşabilecek sorunlar için 0 462 377 53 91 no.lu telefondan Dr.Emel Uysal'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		