

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

SANRILI BOZUKLUK VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK
HASTALARINDA ÜSTBİLİŞ İŞLEVLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Neslihan ÇAĞLAR

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Osman MERMİ

ELAZIĞ
2014

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan ORHAN

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Murad ATMACA

Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Osman MERMİ

Danışman

Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri

..... _____
..... _____
..... _____
..... _____
..... _____

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde çok büyük katkıları olan tez danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Osman Mermi'ye, sayın Prof. Dr. Murad Atmaca 'ya, sayın Prof. Dr. Murat Kuloğlu'na, sayın Yrd. Doç. Dr. Sevda Korkmaz'a; bu süreçte hep yanımda olan sevgili eşim Altuğ Çağlar'a ve uzmanlık eğitimi sırasında hayatımıza katılan tatlı oğlum Hasan Furkan'a; elbette bugünlere gelmeme vesile olan ve en büyük teşekkürü hak eden anneme, babama, kardeşlerime; asistanlık süresi boyunca birlikte çalıştığım tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

ÖZET

Çalışmamızda; Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Sanrılı Bozukluk (SB) tanısı alan hastaların üstbiliş işlevlerinin ve klinik özelliklerinin kontrol grubuyla karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran yatarak ya da ayaktan tedavi gören ve çalışma ölçütlerine uyan, OKB tanılı 50 hasta, SB tanılı 40 hasta ile hasta gruplarıyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 50 sağlıklı kontrol alındı. Hasta ve kontrol grubuna DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ), OKB hasta grubuna ek olarak Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) ile Obsesif İnanışlar Ölçeği 44 (OIÖ-44), SB hastalarına ise Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) ile Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) uygulandı.

Sonuç olarak; OKB ve SB hastalarının, üstbiliş toplam puanları kontrol grubuna göre yüksekti fakat istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar sadece OKB hastalarında saptandı. OKB hastalarında; üstbiliş kontrol edilmezlik tehlike ile kontrol ihtiyacı alt boyutları, SB hastalarında ise; bilişsel güven alt boyutu kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlıydı. Ayrıca OKB hastalarında; Y-BOKÖ'nin kompulsiyonları değerlendiren alt boyutu ile kontrol ihtiyacı, OIÖ-44'ün mükemmeliyetçilik/kesinlik ile kontrol edilmezlik tehlike alt boyutları arasında, SB hastalarında ise; BBİÖ'nin kendini ifade etme ile bilişsel güven ve kendinden eminlik ile olumlu inanç alt boyutları arasında pozitif korelasyon saptandı.

Araştırmamızın sonuçları; OKB ve SB hasta grupları ile kontrol grubunun ÜBÖ parametreleri açısından farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu farklılıklar ile OKB ve SB hastalıklarının nedensel ilişkisini saptamaya yönelik daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Sanrılı Bozukluk, üstbiliş.

ABSTRACT

Our study aims to evaluate metacognitive functions and clinical characteristics of the patients diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and Delusional Disorder (SB) in comparison with the control group .

Patients, complying with the inclusion criteria, were chosen from inpatients and outpatients admitted to Firat University Hospital, Mental Health and Illness Clinic. 50 patients with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and 40 patients with Delusional Disorder (DD) and 50 healthy controls who were matched with patient groups in terms of age and gender were included into study.

Structured Clinical Interview Scale for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), sociodemographical and clinical interview form, metacognition assessment scale -30 (MAS), for OCD patient group additionally Yale-Brown Obsessions and Compulsions Inventory (Y-BOCS) and Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44), for DD patients the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) were administered to patient and control groups.

As a result, although metacognition total scores of OCD and DD patients were higher than control group, statistically significant results were determined merely in OCD patients. In OCD patients metacognition uncontrollability and danger together with control need sub dimensions, in DD patients cognitive confidence sub dimension were statistically significant in comparison to control group. Moreover, in OCD patients a positive correlation between Y-BOCS's sub dimension evaluating compulsions and control need, between OBQ-44's sub dimensions perfectionism/precision uncontrollability danger; in DD patients a positive correlation between BCIS's self-expression and cognitive confidence, self-assurance and positive belief sub dimensions were detected.

Results of our study put forward that OCD and DD patient groups and control group present differences in terms of MAS parameters. More and more researches need to be carried out in order to determine casual relation between these differences and OCD and DD illnesses.

Key Words: obsessive compulsive disorder, delusional disorder, metacognition, metacognition assessment scale

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Genel Bilgiler	2
1.1.1. Sanırlı Bozukluk	2
1.1.1.1. Tanım	2
1.1.1.2. Tarihçe	2
1.1.1.3. Epidemiyoloji	2
1.1.1.4. Etyoloji	3
1.1.1.4.1. Biyolojik Yaklaşımlar	3
1.1.1.4.2. Psikolojik Yaklaşımlar	4
1.1.1.5. Klinik	5
1.1.1.5.1. Sınıflandırma ve Tanı Ölçütleri	5
1.1.1.5.2. Belirti ve Bulgular	6
1.1.1.6. Ayırıcı tanı	9
1.1.1.7. Gidiş ve sonlanış	9
1.1.1.8. Tedavi	10
1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk	11
1.1.2.1. Tanım	11
1.1.2.3. Epidemiyoloji	12
1.1.2.4. Etyoloji	12
1.1.2.4.1. Genetik etkenler	12
1.1.2.4.2. Biyolojik etkenler	13
1.1.2.4.2.1. Nörotransmitterler	13
1.1.2.4.2.2. Nöroimmünoloji	14

1.1.2.4.2.3. Nöropsikoloji	15
1.1.2.4.2.4. Beyin görüntüleme çalışmaları	15
1.1.2.4.3. Psikopatolojik Yaklaşımlar	15
1.1.2.4.3.1. Psikoanalitik Görüş	15
1.1.2.4.3.2. Davranışçı görüş	16
1.1.2.5.1. Sınıflandırma ve Tanı Ölçütleri	16
Obsesif kompulsif bozukluğun DSM-IV-TR tanı kriterleri	16
1.1.2.5.2. Belirti ve Bulgular	19
1.1.2.6. Eşlik Eden Bozukluklar	20
1.1.2.7. Ayırıcı tanı	20
1.1.2.8. Tedavi	21
1.1.2.8.1. İlaç Tedavisi	21
1.1.2.8.2. Psikoterapötik Yaklaşım:	22
1.1.3. Üstbiliş	22
1.1.3.1. Tanım	22
1.1.3.2. Üstbilişin Gelişimi	22
1.1.3.3. Üstbilişin Değerlendirilmesi	23
2. GEREÇ VE YÖNTEM	25
2.1. Verilerin toplanması	25
2.2. Kullanılan ölçekler	26
2.2.1. DSM–IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID–I) Ölçeği	26
2.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ)	26
2.2.4. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)	27
2.2.5. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)	27
2.2.6. Üst-Biliş-Ölçeği-30 (ÜBÖ)	27
2.3. İstatistiksel Değerlendirme	28
3. BULGULAR	29
3.1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri	29
3.2. Hasta ve kontrol grubunun ölçek puanları	30
3.3. Hasta ve kontrol grubunun korelasyon analizleri	32

4. TARTIŞMA	34
5. KAYNAKLAR	40
6. EKLER	48
7. ÖZGEÇMİŞ	62

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri*	29
Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun ÜBÖ sonuçları	31
Tablo 3. Grupların ÜBÖ sonuçlarının istatistiksel olarak karşılaştırılması	31
Tablo 4. ÜBÖ ile Y-BOKÖ ve OİÖ-44 korelasyon sonuçları	33
Tablo 5. ÜBÖ ile BBİÖ ve Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği korelasyon sonuçları	33

KISALTMALAR LİSTESİ

BBiÖ	: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
COMT	: Katekolamin-o-metil Transferaz
DSM-III	: Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı
DSM-IV	: Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition
EKT	: Elektrokonvulzif Tedavi
ICD-10	: Dünya Sağlık Örgütü Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması
KPDÖ	: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
oiÖ	: Obsesif İnanışlar Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
SB	: Sanrısız Bozukluk
SCID-I	: DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
SERT	: Platelet Serotonin Taşıyıcısı
SPECT	: Tek Foton Emisyonu Bilgisayarlı Tomografisi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
ÜBÖ	: Üstbiliş Ölçeği
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
Y-BOKÖ	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

1. GİRİŞ

Sanrılı (paranoid) bozukluk (SB), gerçek yaşamla ilişkili olabilecek, tuhaf kaçmayan sistemli sanrılarının olduğu, nispeten az görülen bir psikotik bozukluktur. Sanrılar dışında başka bir düşünce bozukluğu olmaz ve işlevsellik sanrısız alan dışında genellikle bozulmaz (1).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), anksiyete bozuklukları içinde değerlendirilen ve obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize bir rahatsızlıktır. Obsesyon, kişiye sıkıntı veren, rahatsız edici, girici ve yineleyici dürtü, düşünce ya da düşümlerdir. Kompulsiyon ise, bir obsesyona tepki olarak ya da belli katı kurallara göre yapılan mental ya da motor eylemlerdir (2).

Üstbilis (metacognition), bilişleri kontrol edip düzenleyen üst düzey bilişsel yapı ve süreçler olarak tanımlanabilir. Ayrıca, kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (3). İnsanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rolü olan üstbilis sisteminde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli olacağı düşünülmektedir (4). Buna göre, psikiyatrik rahatsızlıklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üstbilisel işlevler yol açmaktadır. Yani, kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen işlevsel olmayan bilişleri hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üstbilislere) sahiptirler. Bu tarzdaki üstbilisler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır (5).

Sanrılı bozukluk ve OKB hastalarında üstbilis ölçeği (ÜBÖ) kullanılarak yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Morrison ve Wells'in üstbilis ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, işitsel varsanıları olan hastalarda üstbilis skorlarını perseküsyon sanrılı ve Panik bozukluğu (PB) olan hastalar ve kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Aynı çalışmada yine PB hastaları ve perseküsyon sanrılı olan psikotik hastalarda ÜBÖ skorları kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur (6). Yine Laroi ve Van der Linden varsanı ve sanrı yatkınlığı olanlarda ÜBÖ skorlarını herhangi bir yatkınlığı olmayan kişilere göre daha yüksek bulmuşlardır (7). Exner ve ark.'nın (8) , OKB tanılı hastalardaki hafıza kusurlarının, bilişsel modellerle izah edilebileceği düşüncesinden yola çıkarak yaptıkları

çalışmalarında; üst biliş puanlarının sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslandığında daha yüksek olduğu bulunmuştur .

Çalışmamızda; SB ve OKB hastalarında üstbilişsel işlevlerin sağlıklı kontrol grubuyla farklılıkları ile hastalıkların ortaya çıkışı ve seyrini ne derece etkilediğini incelemek amaçlandı.

1.1. Genel Bilgiler

1.1.1. Sanrılı Bozukluk

1.1.1.1. Tanım

Sanrılı bozukluk (SB); acayip kaçmayan yani gerçek yaşamda olabilecek ancak kişi için o anda gerçek olmayan sanrılarının olduğu bir rahatsızlıktır. Paranoid bozukluk olarak da adlandırılan bu hastalıkta, kötülük görme (perseküsyon), alınma (referans), büyüklük (grandiyöz), aşk (erotomani), kıskançlık (jaluzik) ve bedensel (somatik) hastalık gibi diğer sanrısız düşünceler de görülebilir (1).

1.1.1.2. Tarihçe

Paranoya sözcüğü Yunanca'da para (dış) ve nous (akıl) kelimelerinden köken almaktadır ve "akıl dışı, delice" anlamına gelmektedir. 18. yüzyılda yaygın olarak kullanılmış ve 19. yüzyılda ise şimdiki anlamına yakın büyüklük ya da kötülük görme sanrılarını ile giden bir bozukluk için kullanılmıştır (9).

Kahlbaum paranoyayı süregelen sanrılarla giden bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Krapelin ise, dementia precox, parafreni, paranoya olmak üzere üç tip paranoid bozukluk olduğunu savunmuştur. Bleuler, paranoyanın ayrı bir hastalık olduğunu, paranoid şizofreniden ayırıcı tanısının yapılması gerektiğini ve beraberinde varsanılarının da görülebildiğini ileri sürmüştür (1).

Freud, Screeber vakasında paranoya oluşumunda psikolojik savunma mekanizmalarının rolüne değinmiştir. Ancak günümüzde Freud'un eş cinsellikle paranoya arasında bağlantı kuran teorisi geçerliliğini yitirmiştir (10).

Sanrılı bozukluk modern tanımlama sistemlerine 1987 yılında DSM-III-R ile birlikte girmiştir ve DSM-IV'te de varlığını sürdürmüştür. DSM-IV-TR ve ICD-10'da Sanrılı bozukluklar olarak yer almıştır (11).

1.1.1.3. Epidemiyoloji

Sanrılı bozukluk, sık görülen bir rahatsızlık değildir. Yapılan çalışmalar, psikiyatri kliniklerine yatırılan hastaların %1-2'sinde SB bulunduğunu

düşündürmektedir. SB'ta ilk başvuruların yıllık insidansı 0.7-3/100.000 olarak tahmin edilmektedir. Şizofreninin %1'lik prevalans oranı göz önüne alınca ne kadar nadir bir hastalık olduğu anlaşılabilir (12).

Yıllık ortaya çıkma olasılığı 1-3/100.000 ve toplumsal yaygınlığı 2-3/10.000 olarak tahmin edilmektedir. Yaşam boyu görülme sıklığı ise %0.05-0.1 arasındadır. Bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 34-45 arasında değişmektedir ve ilk başvuruda kadınlarda biraz daha yüksek oranlar verilmektedir. Özgül alt tipler için oranlar değişmektedir. Örneğin; kadınlarda aşk tipi, erkeklerde ise kötülük görme tipi daha sık görülmektedir (1).

1.1.1.4. Etyoloji

1.1.1.4.1. Biyolojik Yaklaşımlar

Etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, ileri yaş, duyu kusuru ya da sosyal izolasyon, aile öyküsü, kişiler arası ilişkilerde aşırı hassasiyet gibi kişilik özellikleri ve yakın dönemde göç etme risk etmenleri olarak bulunmuştur. Boşanmış kişilerde ya da bekarlarda bozukluğun daha fazla görüldüğüne ilişkin veriler vardır (1). Aile çalışmaları, SB'ü olanların akrabaları arasında bu bozukluğu gösterenlerin ve bu bozuklukla ilişkili kişilik özelliklerinin yüksek oranlarda bulunduğunu göstermiştir. Yapılan çalışmalarda paranoid tip SB'ta; DRD2, DRD3 ve/veya TH gen polimorfizminin etken olabileceği ileri sürülmüştür (13). Catalan ve ark.'nın (14), yaptıkları bir çalışmada ise; DRD4 gen polimorfizminin SB'a bir yatkınlık oluşturabileceği bildirilmiştir .

Beynin yapısal ve işlevsel bozulmaları daha çok ileri yaşta ortaya çıkan olgularda ortaya konmuştur (1). Bazal gangliyonları ve limbik sistemi etkileyen nörolojik hastalıkların ve ilaçların sanrılara neden olması SB'un etyolojisinde biyolojik etkenleri akla getirmiştir. Haloperidol, pimozid gibi dopaminerjik blokaj yapan ilaçların SB'un tedavisinde etkili olması da bu görüşü desteklemiştir (13).

Hastalığın başlama yaşı şizofreniye göre daha geçtir. Erkeklerde başlama yaşı kadınlardan daha erkendir. Hastaların birinci derece akrabalarında paranoid kişilik bozukluğunun sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu bozukluğun dopamin D4 reseptör gen polimorfizmi ile ilişkili olduğu bildirilmişse de kesinlik kazanmış bir bulgu değildir (15).

1.1.1.4.2. Psikolojik Yaklaşımlar

Psikanalitik ekole göre; Freud eşcinsel dürtülerin yadsıma, karşıt tepki kurma ve yansıtma savunma düzenekleri ile paranoid sanrılara dönüştüğünü ileri sürmüştür. Benzer olarak aşağılık duygularının karşıt tepki kurma ve yansıtma düzenekleri ile üstünlük ve büyüklük duygularına yol açtığını, erotomanik sanrılarının ise reddedilme duygularının inkarı ile oluştuğunu öne sürmüştür (16).

Sanrılı bozuklukta, psikososyal etkenlerin rolü oldukça önemlidir. Ağır ruhsal ve toplumsal stres etmenleri bazı kişilerde hastalığı ortaya çıkarabilir. Örneğin; hapisanede ya da göç edenlerde kötülük görme sanrıları ortaya çıkabilir (1).

Bilişsel ekole göre; alınma ve kötülük görme hezeyanları diğer insanların düşünceleri, niyetleri ve inançlarını anlamadaki bir yetersizlikten ortaya çıktığı öne sürülmüş ve bu “zihin yetersizliği kuramı” olarak tanımlanmıştır. Alınma ve kötülük görme hezeyanlarının doğasında, diğer insanların davranış ve niyetlerini yanlış yorumlama vardır. Bu belirtiler, zihinde diğer insanlarla ilgili doğru çıkarımlar yapmamızı sağlayan bir sistemin yetersizliği sonucu ortaya çıkmaktadır (17).

Başka bir yaklaşım ise; “akıl yürütme” varsayımdır. Burada, psikoz hastalarında kıyaslama yoluyla yapılan akıl yürütmede bir bozukluk olduğunu öne sürmektedir. Burada iki özne arasında yükleme bağlı özdeşim kurulup, yanlış bir varsayım yapılması söz konusudur. Çalışmacılar, bu gibi hataların normal kontrollerde de sık olarak yapıldığını belirtmektedir (18).

“Olasılık yargısı” varsayımına göre; hezeyanların bazı alt tiplerinin oluşumunda geçmiş deneyim, duygulanım ve dürtülerin rol oynadığı, bazılarında ise algı ve yargı ile ilgili yetersizliklerin rol aldığı çok faktörlü bir model ortaya konmuştur (18).

Depresif hastalarda olduğu gibi SB hastalarının da kendilikleri hakkında olumsuz inançları olduğu ve olumsuz yaşam olayları ile aktive olarak tehdit algısına sebep olduğu düşünülmektedir. Ancak SB hastalarındaki farklılık, tehdit algısı yaratan olayları başkalarının eylemlerine atfetmeleri ve kendilik hakkında olumsuz inançların aktive edilmesinden kaçındıkları düşünülmektedir (19).

1.1.1.5. Klinik

1.1.1.5.1. Sınıflandırma ve Tanı Ölçütleri

Psikiyatrik hastalıkların uluslararası sınıflandırılması amacıyla, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-IV-TR ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması (ICD-10) kullanılmaktadır.

Sanrılı bozukluğun DSM-IV Tanı Kriterleri

A. En az bir ay süren, bizar olmayan sanrılar (yani gerçek yaşamda görülebilecek türden; izleniyor, zehirleniyor, hastalık bulaştırıyor, uzaktan seviliyor, eşi ya da sevgilisi tarafından aldatılıyor olma ya da bir hastalığı olma gibi)

B. Şizofreni için A tanı kriterlerini hiçbir zaman karşılanmamıştır. Not: Sanrılı bozuklukta, sanrının içeriği ile ilişkili ise taktil (dokunma) ve olfaktor (koku) varsanları bulunabilir.

C. Sanrı(lar)ın etkisi ve bunun uzantıları dışarıda bırakılacak olursa işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranış aşırı acayip ya da bizar değildir.

D. Sanrılarla birlikte duygudurum dönemleri de ortaya çıkmışsa bunların toplam süresi sanrılı dönemlerin toplam süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Tipini belirtiniz (Önde gelen sanrının içeriğine göre aşağıdaki tiplerden birine karşılık gelir):

Erotomanik tip: Genellikle daha yüksek bir konumu olan başka bir kişinin kendisine aşık olduğuna ilişkin sanrılar.

Grandiyöz tip: Çok değerli, güçlü, bilgili, kutsal bir güç ya da ünlü bir kişi ile özel bir ilişkisi olduğuna ilişkin sanrılar.

Kıskançık tipi: Cinsel eşinin sadakatsizlik gösterdiğine ilişkin sanrılar.

Persekütuar tip: Kendisine (ya da kendisine yakın olan birine) bir şekilde kötü niyetli davranıldığına ilişkin sanrılar.

Somatik tip: Fizik kusurunun ya da genel tıbbi bir durumun olduğuna ilişkin sanrılar.

Karma tip: Yukarıdaki tiplerin birden fazlası için karakteristik olan sanrılar vardır, ancak bunlardan hiç biri daha belirgin değildir.

Belirlenmemiş tip (11).

Sanrılı bozukluğun ICD-10 Tanı Kriterleri

A. Kriter G1(b)'de tipik olarak şizofrenik ya da paranoid, hebefrenik veya katatonik şizofreni (yani tümünden olanaksız veya kültürel olarak uygun olmayan) için d'de sıralananlar dışındaki bir sanrı ya da sanrılar grubu bulunmalıdır. En sık örnekler persekütuar, grandiyöz, hipokondriyak, kıskançlık ya da erotomanik sanrılardır.

B. A kriterlerindeki sanrılar en az 1 aydır bulunmalı.

C. Şizofreni için genel kriterler tam olarak karşılanmamalı.

D. Herhangi bir tipte inatçı varsanılar olmamalı (üçüncü kişiyi içermeyen veya komut vermeyen geçici ya da ara sıra olan işitsel varsanılar bulunabilir).

E. Duygudurum bozukluğu olmadığında sanrılarının devam etmesi koşuluyla depresif semptomlar (hatta depresif bir dönem) aralıklı olarak bulunabilir.

F. Semptomatik dahil organik mental bozukluklar ya da psikoaktif madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklar altında listelenmiş birincil veya ikincil organik mental bozukluğa dair bulgu olmamalı.

Olası alt tipler

İstenirse şu tiplerde belirlenebilir; Persekütuar, dava açma, kendini referans gösterme,

grandiyöz, hipokondriyak (somatik), kıskançlık, erotomanik.

Diğer inatçı sanrılı bozukluklar

Sanrılı bozukluk kriterlerine uymayan inatçı sanrılı bozukluklar için geri kalan bir kategoridir. İnatçı işitsel varsanı seslerinin ya da şizofreni kriterleri için yetersiz kalan şizofrenik semptomların eşlik ettiği sanrılarının bulunduğu bozukluklar bu grupta kodlanabilir.

Bununla birlikte üç aydan az süren sanrılı bozukluklar en azından geçici olarak akut ve geçici psikotik bozukluklar altında kodlanmalıdır (20).

1.1.1.5.2. Belirti ve Bulgular

Hastaların en az bir ay süreli, bizar olmayan sanrılarının olması ile karakterize bir hastalıktır. Hastaların sanrılarının ile ilgili içgörüsü yoktur. Ancak psikiyatristle görüşme konusunda genellikle zorluk çıkarmazlar ve bu görüşmeyi sanrılarını kanıtlamak için bir fırsat gibi görürler. Görüşmede sanrılarının içeriğine girilmedikçe

hasta sakin ve uyumludur. Ancak sanruların içeriğine girilince aniden öfkelenirler ve uyumsuz davranışlar gösterebilirler. Sanruların etkisiyle intihar düşünce ve planları ya da başkalarına zarar verme düşünceleri olabilir (9).

Sanrılı bozukluğu DSM-IV; erotomanik, grandiyöz, kıskançlık, perseküsyon, somatik, mikst ve belirlenmemiş tip olarak yedi alt tipe ayırmıştır.

Erotomanik tip

De Clerambault sendromu olarak da adlandırılır. Tanım olarak, kişi kendinden daha yüksek statüde başka birinin kendisine aşık olduğuna inanır. Bu tür hastalar genellikle yalnız veya sosyal yönden geri çekilmiş, mesleki işlevsellik bakımından başarısız kişilerdir. Bir süre sonra hastalar aşık oldukları kişinin kendisine aşık olduğuna inanmaya başlar ve bu düşünce hastaya gurur verir. Hastalar aşık oldukları kişiye çiçek ve hediyeler yollamaya başlayabilirler ve bu nedenle adli sorunlar yaşayabilirler. Erotomani tanısında; aşık olunan kişi kendisinden çok daha yüksek mevkide, ulaşılması güç ve evlidir. Hasta bu aşka sarsılmaz bir şekilde inanır, aşık olunan kişi değişmeden kalır ve hasta aşık olduğu kişinin reddedici davranışlarını akla uydurur. Süreğen bir gidiş gösterir ve varsanı yoktur.

Erotomanik semptomlar; SB'un erotomanik alt tipine ek olarak diğer psikiyatrik bozukluklarda da görülebilir. Erotomanik semptomlar; şizofreni, şizoaffektif bozukluk ya da duygudurum bozukluklarının bir parçası olabilir (21).

Grandiyöz tip

Megalomani olarak da adlandırılan bu tipte; sanrının başlıca teması bilinmeyen bir yeteneği, önemli bir buluşu olduğuna inanma, bazen kutsal güçlerle ilişki kurabildiği ya da onlardan mesaj alabildiğine inanma şeklinde de olabilir (16). Hasta cumhurbaşkanı, ülkenin kurucusu, peygamber ya da önemli bir bilim adamı olduğuna inanabilir. Kendisini büyük bir din adamı ya da düşünür olarak görebilir (1).

Kıskançlık tipi

Othello sendromu, jaluzik tip ya da evlilik paranoyası olarak da adlandırılır. Tanım olarak; cinsel eşinin sadakatsizliğine, kendisini aldattığına inanmadır. Erkeklerde daha sık görülür. Hasta inandığı bu sadakatsizliği ortaya çıkarmak için eşini takip edebilir, kullandığı eşyaları inceleyip belli belirsiz kanıtlarla düşüncesini

doğrulamaya çalışabilir. Hasta bazen bu düşüncesiyle eşine ya da başkalarına da zarar vermeye çalışabilir (16).

Persekütuar tip

Sanrılı bozukluğun en sık görülen tipidir. Ana teması, kendisine kötülük edileceği ve bu amaçla takip edildiği, komplo kurulduğu, kendisine iftira atıldığı, zehirlenmek, öldürülmek istendiği yok edilmek istendiği şeklinde başkaları tarafından kendisinin aleyhinde planlar yapıldığına inanır (16). Bu hastalar aşırı alınganlık gösterir ve uğradıkları haksızlıkları gidermek için yasal yollara başvururlar. Hastalar genelde kızgın, öfke doludurlar, şiddete başvurma eğilimleri vardır (1). Şizofrenideki düşmanlık sanrılarında göre, bu sanrılar sistemik, tutarlıdır ve bizar değildir. Bu hastalar kendi sanrısıyla ilgili olmayan işlevsellik alanında sorun yaşamaz (16).

Somatik (bedensel) tip

Monosemptomatik hipokondriyak psikoz olarak adlandırılır. Ana tema, hipokondriyak ya da somatik özelliklerdir. Hasta vücudundan ya da ağzından kötü kokular yayıldığına, vücudunun bazı parçalarının orantısız olduğuna, derisinde parazit enfeksiyonu olduğuna ya da görünüşünün çirkin olduğuna (dismorfofobi) inanır (16). Somatik tip SB'ta hastalar psikiyatrik muayeneye seyrek olarak gelirler. Hastalar çoğunlukla diğer uzmanlık alanlarında değerlendirilirler. Dolayısıyla bu hastalarda gereksiz pek çok tıbbi tetkik ve cerrahi işlemler yapılabilir (1).

Karma tip

Bahsedilen tiplerin birden fazlasının aynı anda görülmesidir.

Belirlenmemiş tip

Önde gelen sanrısız inanış açıkça belirlenemiyorsa ya da özgül tiplerden herhangi biri olarak tanımlanamıyorsa bu alt tip uygulanır. Capgras sendromu, Fregoli sendromu veya Cotard Sendromu örnek olarak verilebilir. Capgras sendromu; hasta çevresindekilerin gerçek kişilerle yer değiştirmiş başkaları olduğuna inanır. Fregoli sendromu; hasta karşılaştığı insanlarda hep aynı kişiyi görür (binbir surat), fiziksel olarak benzemese de ruhsal olarak benzediğini iddia eder. Cotard Sendromu; hasta her şeyinin yok olduğuna inanır, organlarını yoksayar, dünyanın hiçliğine inanır (1).

1.1.1.6. Ayırıcı tanı

Sanrılı bozuklukta beyni etkileyen çeşitli hastalıklar sonucu sanrılar ortaya çıkabilir. SB tanısı ancak sanrılarının tıbbi bir hastalığın ya da madde kullanımının sonucu olmadığı ortaya çıktığı durumlarda konulabilir (1). Bu nedenle ayrıntılı tıbbi ve psikiyatrik öykü alınmalı, alkol ve başka madde kullanımı sorgulanmalı, nörolojik ve mental durum muayenesi ve kapsamlı laboratuvar incelemesi yapılmalıdır. Genel tıbbi duruma bağlı olan psikotik bozuklukta tabloya genellikle algılama bozuklukları, özellikle görsel hallüsinasyonlar eşlik eder (16).

Şizofreni, şizofreniform bozuklukta tuhaf sanrılar, görme ve işitme varsanıları, dağınık konuşma ve davranışlar gibi bulguların SB'ta olmaması ile ayırıcı tanı yapılabilir. Beraberinde şizofrenide olan işlevsellik bozulması SB'ta görülmez. SB'ta işlevsellik sanrısız alan dışında bozulma göstermez (1).

Duygudurum bozukluklarında varsanılar olmadan tuhaf olmayan sanrılar olur. Sanrılar sadece duygudurum bozulmalarının olduğu dönemlerde oluyorsa tanı psikotik özellikli duygudurum bozukluğu olur. SB'ta depresif belirtiler olabilir, genelde hafif düzeydedir ve sanrılar devam etse de bu belirtiler bir süre sonra geçer (1).

Hipokondriaziste ciddi bir hastalığı olduğu kaygısı sanrısız yoğunluktan azdır ve hasta bir dönem hastalığı olmayabileceği gerçeğini de kabul eder. OKB'de genel olarak takıntıların yoğunluğu sanrısız düzeyde değildir. Ancak özellikle içgörüsü az olan OKB'de ayırıcı tanı zorluklara yol açabilir. Hastanın gerçeği değerlendirme yetisi yitirilmiş ve obsesyonlar sanrısız niteliğe ulaşmış olduğu durumda her iki tanı birden konulmalıdır (16).

Paranoid kişilik bozukluğunda sanrısız yoğunlukta düşünceler yerine aşırı değer verilmiş düşünceler vardır. Hastanın bu yapısı ergenlik döneminden itibaren sürer, SB ise genç ergenlik yıllarında başlar (16).

1.1.1.7. Gidiş ve sonlanış

Sanrılı bozukluk değişken bir gidiş gösterir. Tam iyilik dönemlerini yinelemeler izleyebilir, ya da yineleme olmadan iyileşebilir (1). Genel olarak prognoz şizofreniden iyi, duygudurum bozukluklarından ise kötüdür. Evli olmak, kadın cinsiyet, erken yaşta başlangıç, stres etkeninin ardından başlaması, hastalık

öncesi ruhsal ve toplumsal işlevselliğin iyi olması ve ani başlangıç iyi prognoz göstergeleridir (16).

Sanrılı bozukluk az değişen bir tanıdır, 1/4'ten azı şizofreniye değişirken, 1/10'dan azı ise duygudurum bozukluğuna değişir. Hastaların yaklaşık %50'si zamanla düzelir, %20'sinin belirtilerinin şiddetinde azalma, %30'un ise belirtilerinin şiddetinde değişme olmadan devam eder. Yaşam boyu yaklaşık %72 oranında psikiyatrik ek tanı konulur ve en sık depresif bozukluk eklenir (1). İntihar girişiminin yaşam boyu oranı yaklaşık %8 civarındadır (16). Kıskançlık tipi daha stabil seyrederek ve prognozu daha iyidir, kötülük görme tipinde ise ek tanı oranı yüksektir ve prognoz da diğer tiplere göre daha kötüdür (1).

1.1.1.8. Tedavi

Öncelikle ayaktan mı yatırılarak mı tedavi yapılacağına karar verilir. SB'ta genelde ayaktan tedavi yapılır. Eğer hastanın sanrılarının genel tıbbi durumu ya da madde kullanımının yol açtığından şüpheleniliyorsa, hastanın sanrılarının içeriğine göre eğer başkalarına karşı saldırgan davranışlar gösterme olasılığı varsa, intihar düşünceleri varsa ve işlevsellik bozulmuşsa hasta yatırılarak tedavi edilir (1).

Tedavide hastayla güven ilişkisi kurulmalı, hasta sanrılarının dolaylı kınanmamalı, suçlanmamalıdır. Hastaya konuşulanların gizliliği konusunda güvence verilmeli, önce sanrılardan bahsetmek yerine bu düşüncelerden dolayı yaşadığı olumsuzluklardan konuşulmalıdır. Güvene dayalı ve sabırlı bir işbirliği kurulmalıdır. Ancak bazen de hastayla böyle bir ilişki kurmak akut dönemde zor olabilir, bu durumda hasta ikna edilebiliyorsa ağızdan edilemiyorsa kas içi ilaç tedavisi yapılmalıdır (1).

Yapılan çalışmalarda SB'un genellikle antipsikotik ilaç tedavisine olumlu yanıt verdiği gösterilmiştir (16). SB'ta kullanılan antipsikotik ilaçların dozları genel olarak psikotik bozukluktaki kadardır. Somatik alt tipte, pimozid 4-8 mg/gün dozunda diğer antipsikotiklere göre daha etkilidir (1). Bu konudaki çalışmalar sınırlı olmakla birlikte yan etkileri daha az olduğu için ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar tercih edilir. Klozapin, risperidon, olanzapin, aripipirazol gibi ikinci kuşak ilaçlara iyi yanıt veren olgular bildirilmiştir. Antipsikotik ilaçlara yanıt vermeyen olgularda; seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), lityum, antikönlülzanlar da denenebilir (16). Elektrokonvülsif tedaviye (EKT) olumlu yanıt veren olgu

bildirimleri olmakla birlikte, ancak tedaviye dirençli ya da tedaviyi tolere edemeyen olgularda ya da SB'a depresif bozukluk eklendiğinde yapılmalıdır (22).

1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk

1.1.2.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), istem dışı gelen, kişiyi belirgin olarak rahatsız eden, anksiyeteye neden olan, benliğe yabancı, inatçı biçimde yineleyen düşünce, dürtü ya da imgelerle karakterize obsesyonlar ve bunlara tepki olarak yapılan, istem dışı tekrarlayan hareket ya da mental eylemler şeklinde tanımlanan kompulsiyonlarla karakterize bir anksiyete bozukluğudur (23). Obsesyonlar, kişide belirgin anksiyeteye neden olan, tekrarlayıcı, inatçı ve rahatsız edici düşünce, duygu, his veya dürtüler olarak tarif edilir. Kişi gerçek yaşam sorunlarıyla ilişkisi olmayan ve kendi zihninin bir ürünü olarak gördüğü bu düşünce, dürtü ve düşümlere önem vermemeye, baskılamaya veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır. Kompulsiyonlar ise obsesyonların oluşturduğu kaygıyı azaltmak ya da korkulan sonuçların olmasını engellemek ya da bu sonuçlardan korunmak için belli katı kurallara göre yapılan tekrarlayıcı davranış veya zihinsel eylemlerdir (11).

1.1.2.2. Tarihçe

Eski çağlarda kötü güçlerce ele geçirildiği kabul edilen, din karşıtı ya da cinsel içerikli tekrarlayıcı düşünceleri olan insanlara o dönemlerde bu kötü güçleri içlerinden çıkarmak amacıyla işkencenin de kullanıldığı şeytan çıkarma ayinleri düzenlenmiştir. El yıkama ritüeli ve obsesif düşünce 17. yüzyılda Shakespeare'in yazdığı Macbeth'de ölümsüzleşmiştir (23). Obsesyonlara yönelik dini bakış açısı, zaman içinde ruhsal hastalıkların tanımlanması ve tedavi yöntemlerinin denenmeye başlanması ile birlikte tıbbi bakış açısına kaymıştır. 20. yüzyılda Pierre Janet fobi, obsesyon ve kompulsiyonları "psikastenî" başlığı altında toplamıştır. Freud ise obsesif kompulsif bozukluktaki düzeneklerin fobilerden farklı olduğunu görerek bu iki rahatsızlığı ayrı ayrı incelemiştir (24).

Obsesif kompulsif bozukluk, yapılandırılmış sınıflandırma sistemlerine 1980 yılında, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir. DSM-III-R'de ise en az bir saat süren ve günlük yaşamı kesintiye uğratan obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak

tanımlanmıştır. OKB, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hazırladığı DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) sınıflandırma sisteminde anksiyete bozuklukları başlığı altında yer almıştır (24).

1.1.2.3. Epidemiyoloji

1980'li yıllara kadar OKB nadir görülen bir hastalık olarak kabul edilirdi. Bu konuda yapılan ilk çalışmalarda, yatırılarak tedavi edilen psikiyatrik hastalardaki OKB oranı %0.5-4.0 olarak bulunmuştur (25). Ancak daha sonra ABD'de yapılan çalışmalarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2.5 olarak bulunmuştur (26).

Genel nüfus içindeki yaşam boyu prevalans oranları çeşitli toplumlarda %1.1-3.3 arasında değişen sıklıkta bildirilmektedir (27). Kadınlarda biraz daha fazla görüldüğü (28) bildirilen çalışmalar olmakla birlikte, her iki cinsiyette eşit (29) dağılım gösterdiğini bildiren çalışmalar da vardır. OKB genel olarak kronik gidişli ve kişinin işlevselliğini bozan bir rahatsızlıktır (26). Ülkemizde, Ankara'da yapılan bir çalışmada, OKB prevalansı %0.5 olarak bulunmuş ve kadınlarda erkeklere göre 3 kat daha fazla oranda hastalığın olduğu belirlenmiştir (30). Yapılan çalışmalarda, OKB ile ırk, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, din gibi bileşenler arasında bir ilişki kurulamamıştır (31).

Obsesif kompulsif bozukluk genellikle geç ergenlik veya erken erişkinlikte başlamaktadır. Başlangıç yaşı genellikle 20'li yaşlar olarak bildirilir (32, 33). %65'den fazla hastada 25 yaşından önce hastalık geliştiği, %5'den azında ise 40 yaşından sonra başladığı bildirilmiştir (34). OKB'li hastalarda bekar olma oranları %68'i bulunurken (35) çeşitli çalışmalarda kadın hastalarda evli olma oranı, erkeklerden anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (36, 37).

1.1.2.4. Etyoloji

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yapılan pek çok çalışmaya rağmen etyopatogenez tam olarak aydınlatılabilmemiş değildir.

1.1.2.4.1. Genetik etkenler

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yapılan çalışmalar, etyolojide ve semptomların ortaya çıkışında genetik ve çevresel etmenlerin birlikte rol oynadığını göstermektedir. Çalışmalarda, OKB'ü olan kişilerin birinci derece akrabalarında %20-25 oranında OKB olduğu ve obsesyonların kompulsiyonlara göre daha fazla geçiş gösterdiği bildirilmiştir (38). Yapılan az sayıdaki ikiz çalışmalarında ise;

monozygotik konkordans oranları %53-87 arasında ve dizyotik konkordans oranları %22-47 arasında bildirilmiştir (39). Başka bir ikiz çalışmasında ise; OKB için yüksek konkordans oranları bildirilmiştir (40). Ayrıca belirtilerin doğası ve terapötik ajanlara cevabın monozygotik ikizlerde dizyotik ikizlere göre daha benzer olduğu da bulunmuştur (41).

Bağlantı (linkage) analizi çalışmaları ile ilişkili gen ya da genler belirlenmeye çalışılmış ve OKB'da pek çok genin rol oynadığı kabul edilmiştir (42). SSRI'lar için hedef bölge olan SLC 6 A4-serotonin taşıyıcısı promotör bölgesinde (5-HTTLPR), 5HT2A reseptör geni promotör bölgesinde (1438 G/A, T102C, C516T), 5-HT2B polimorfizminin OKB ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (38, 43). Dopamin sistemi ile ilgili yapılan çalışmalarda; yalnızca DRD4 varyantı ile OKB arasında bir ilişki bulunmuştur ve bunun da çok erken aşamada rolü olabileceği öne sürülmüştür (38).

Katekol-o-metil transferaz (COMT) geni ile ilgili çelişkili sonuçlar olmakla birlikte, varyasyonlarının OKB'a yatkınlığa neden olabileceği bildirilmiştir (38).

1.1.2.4.2. Biyolojik etkenler

1.1.2.4.2.1. Nörotransmitterler

Serotonin hipotezi: Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında beyin omurilik sıvısında (BOS) serotonin yıkım ürünü olan 5-HIAA düzeyinde ve trombosit serotonin düzeylerinde izlenen azalma bu hastalıkta serotoninin rolünü göstermektedir (24).

Klomipramin gibi güçlü serotonin geri alım blokajı yapan ilaçların OKB tedavisinde daha etkili olduğunun gösterilmesi ve benzer antidepresan etkinliğe sahip olmasına rağmen desipraminle OKB belirtilerinde düzelme olmazken klomipramine iyi yanıt alınmaktadır (24).

Obsesif kompulsif bozuklukta, platelet serotonin taşıyıcısı (SERT) bağlama kapasitesinin azaldığı gösterilmiştir. Trombosit 5-HT2A alanı açısından kontrol ve OKB grupları arasında fark izlenmemesi, santral ve periferik serotonin taşıyıcısı bağlama alanı arasında farklılık olabileceğini düşündürmektedir (24).

Dopamin hipotezi: İşlevlerinde dopaminin önemli rol oynadığı bazal ganglion bozukluklarında obsesif kompulsif belirtiler olmaktadır. Yüksek doz stimülan kullanımını takiben belirtilerin oluşması ve antidopaminerjik ilaçlarla da belirtilerin düzelmesi patogeneizde dopaminin rolünü düşündürmektedir. Benzer

şekilde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda amfetaminle tedavi sırasında kompulsif belirtiler izlenmiştir.

Yapılan hayvan çalışmalarında; amfetamin, bromokriptin, apomorfin ve L-Dopa gibi dopaminerjik ajanların yüksek dozlarda insanlardaki kompulsif davranışlara benzer stereotipik hareketleri tetiklediği gösterilmiştir (44).

Dopamin varsayımını destekleyen başka bir kanıt ise serotonin resptör geri alım blokörü ile tedavi edilen olgulara dopamin reseptör blokerlerinin eklenmesiyle OKB belirtilerinde belli ölçüde azalma görülmesidir (45).

Glutamat hipotezi: Obsesif kompulsif bozukluk etyolojisinde son dönemde prefrontal glutamat sisteminin rolü üzerinde durulmaktadır ve OKB'nin buradaki hiperglutamerjik bir durumla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (46).

Yapılan bir çalışmada OKB'de serotonin-glutamat etkileşiminin anormal olduğu hipotezi öne sürülmüştür. Kortikostriatal glutamatın, kaudat çekirdekte serotonin salınımını azalttığı ve serotonerjik nöronların glutamaterjik aşırımda rol aldığı bilinmektedir. Bu çalışmada glutamat konsantrasyonu bakımından OKB hastaları kontrollerle kıyaslandığında, oksipital kortekste fark bulunmazken, kaudat çekirdekte ise glutamat konsantrasyonunun arttığı bulunmuştur ve 12 haftalık paroksetin tedavisi ile glutamat konsantrasyonunun düştüğü gözlenmiştir (47).

Hayvan deneylerinde ise beynin farklı bölgelerinde glutamaterjik aşırım arttırılmış ve sonrasında OKB ve Tourette sendromuna benzer davranışların ortaya çıktığı görülmüştür (47).

Ayrıca beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları da OKB nörobiyolojisinde kaudat çekirdeğin önemli bir merkez olduğunu göstermiştir. BOS'da glutamat düzeyinin incelendiği çalışmalarda, OKB'lu hastaların glutamat düzeyleri sağlıklı kontrollere oranla daha yüksek bulunmuştur (24).

1.1.2.4.2.2. Nöroimmünoloji

Sydenham Koresi vakalarının önemli bir kısmında OKB tespit edilmesi, OKB patogenezinde otoimmunitenin rolü olabileceğini düşündürmüştür. A grubu Beta Hemolitik Streptokok enfeksiyonundan sonra olan Sydenham Koresinde merkezi sinir sistemindeki nöronlara karşı gelişen otoimmün bir yanıt söz konusudur (2).

1.1.2.4.2.3. Nöropsikoloji

Obsesif kompulsif bozuklukta yapısal veya nörokimyasal bozukluğa bağlı olarak nöropsikolojik defisitler bildirilmiştir. En temel ve en fazla tekrarlanan bulgu, yürütücü işlevlerdeki ve sözel olmayan bellekteki bozulmadır. Parietal korteks ve parietookspital bileşkedeki aktivasyon azlığının bu işlev bozukluğundan sorumlu olduğu ileri sürülmüştür (2).

1.1.2.4.2.4. Beyin görüntüleme çalışmaları

Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ile yapılan çalışmalarda OKB hastalarında kontrollere göre ventrikül beyin parankim oranında artış olduğu bildirilmiştir.

Çoğu Tek foton emisyonu bilgisayarlı tomografi (SPECT) çalışmasında frontal bölgeler ve talamusta kontrollere göre kanlanma artışı, bazal gangliyonlarda ise kanlanma artışı ya da azalması şeklinde sonuçlar bildirilmiştir (48). Ayrıca Pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmalarında OKB hastalarının orbitofrontal bölge ve bazal gangliyonlarında kontrollere göre metabolizma artışı olduğu da gösterilmiştir (49, 50).

1.1.2.4.3. Psikopatolojik Yaklaşımlar

1.1.2.4.3.1. Psikoanalitik Görüş

Freud OKB hastalığını “obsesyonel nevroz” olarak adlandırmıştır ve tanımını da şu şekilde yapmıştır: “Hastanın zihni gerçekte kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; arada bir karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Bu düşünceler, aslında hiçbir zaman eyleme dönüşmezse de hastanın, bu düşünceleri anımsatan durumlardan sürekli kaçmasına neden olurlar. Hastanın kendi istemi dışında yaptığı davranışlar, günlük yaşamın olağan etkinlikleri olan yıkanma gibi eylemlerin abartılmış ve törensel biçimlerinden öteye gitmez; ne var ki, obsesif eylem veya kompulsiyon denilen bu zararsız davranışlar kişinin istemi dışında yapılırlar” (51, 52).

Psikanalitik teori; OKB’da merkezi rolü ego üzerine kurgulamış ve egonun gerileme (regresyon) yoluyla kişinin saplandığı nesne ya da doyum biçimine geri döndüğünü ifade etmiştir. Ödipal döneme ait dürtü ve isteklerin yarattığı anksiyeteye bu istekler kısmen veya tamamen terk edilir ve bir önceki psikoseksüel gelişim basamağı olan anal döneme geri dönülmektedir. Anal dönemin özelliği ise,

“iki değerlilik (ambivalans)”dır. Bu durum kendini kararsızlık ile gösterir (53). Obsesif kompulsif kişi, anal erotik ve saldırgan dürtülerini karşıt tepki oluşturma, yalıtma ve yapma-bozma savunma düzenekleri ile bilinç dışında tutmaya çalışır. Freud, OKB’nin karşıt tepki kurma, yalıtma ve yapma-bozma savunma düzeneklerini temel savunmalar olarak tanımlamıştır (54).

Klein’a göre, içsel iyi nesnenin tahribi arzusuna karşı kullanılan savunmalar sonucu obsesyonlar ortaya çıkmaktadır. Çocuk sevdiği bir nesneyi tahrip ettiği zaman korku duyuyor ve bu nesneyi onarımı mümkün olmayan şekilde tahrip etmemek için kontrol ediyor. Klein, obsesif semptomatoloji bir tamir gayreti olarak açıklamıştır (55). Salzman ise, OKB’nin dinamiğinde utanç, onur kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıkışını önleme çabasının olduğunu öne sürmüştür (56). OKB hastalarının analizinde bir başka yaklaşım ise; anne-çocuk ilişkisinin incelenmesidir. Bu hastaların çoğunda despot ve aşırı koruyucu olarak işselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin hastalığın gelişiminde rol oynadığını bildiren çalışmalar da vardır (57, 58).

1.1.2.4.3.2. Davranışçı görüş

Obsesyonlar, davranışçı kurama göre koşullu uyaranlardır. Normal şartlarda her insanın aklına gelebilecek, aslında korkutucu olmayan düşünceler, koşullanma ile kişide anksiyete gibi duygularla ilişkilendir ve rahatsız edici özellikler kazanırlar. Sonrasında bu düşüncelerin akla gelmesiyle oluşan anksiyeteden korunmak için, bireyde kaçma ve kaçınma gibi davranışlar gelişir (2).

1.1.2.4.3.3. Bilişsel model

Hemen herkesin aklına gelebilecek zorlayıcı düşünceler OKB hastalarındaki bir takım bilişsel hataların etkisi ile obsesyonlara dönüşmektedir. Bu bilişsel hatalar şu şekilde özetlenebilir; hep veya hiç biçiminde düşünme, aşırı kontrol ve mükemmeliyetçilik, büyüsel düşünce, düşünce ile eylemin kaynaşması, düşünceye aşırı değer verme, belirsizliğe tahammülsüzlük, felaketleştirme, abartılmış sorumluluk duygusu ve kötümser yönde yanlılıktır (59).

1.1.2.5. Klinik

1.1.2.5.1. Sınıflandırma ve Tanı Ölçütleri

Obsesif kompulsif bozukluğun DSM-IV-TR tanı kriterleri

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3), (4) ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

4. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder (Not: Bu durum çocuklar için geçerli değildir).

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde bir saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış

görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç veya tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü Az Olan: O sıradaki epizoda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa (11).

Obsesif kompulsif bozukluğun ICD-10 tanı kriterleri

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı ve sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

A- Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.

B- Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır; hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ya da hareketler bulunabilir.

C- Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da anksiyetenin giderilmesi söz konusudur).

D- Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

Obsesif kompulsif bozukluğun ICD-10'da başlıca beş tipi tanımlanmıştır:

a. F42.0: Obsesyonel düşünceler veya kurlmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip

b. F42.1: Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip

c. F42.2: Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte bulunduğu tip

d. F42.8: Başka obsesif ve kompulsif bozukluklar

e. F42.9: OKB, belirlenmemiş (20).

1.1.2.5.2. Belirti ve Bulgular

Hastaların düzenli, titiz ve kontrollü görünüşleri dikkat çekicidir. Ellerinde aşırı yıkamaya bağlı kontakt dermatit görülebilir. Konuşmaları düzgün ve denetimlidir, ayrıntıcılık belirgindir. İlişkilerinde saygılı ve kuralcıdırlar. Obsesyon ve kompulsiyonlar hastada belirgin anksiyeteye neden olur ve hastayı tedirgin eder. Kompulsiyonlar anksiyeteyi azaltmak için yapılır ama çoğu zaman hastanın kaygısını daha da çok artırır (60).

Obsesif kompulsif bozukluk hastalığında çok farklı obsesyonlar ve kompulsiyonlar vardır. Bulaşma obsesyonu; en sık karşılaşılan obsesyon çeşididir. Kişi mikrop, pislik, kir bulaşmasından endişe duyar ve bulaştırıcı olduğunu düşündüğü nesnelere kaçınma davranışları sergileyebilir veya aşırı miktarda yıkama ve temizleme ile bulaşma hissini azaltmaya çalışırlar. Kuşku obsesyonu; ikinci sıklıkta görülen obsesyon türüdür ve genellikle kontrol etme-denetleme kompulsiyonlarıyla birlikte. Hastada yapılan şeyden ya da ihmalden, kişinin kendisine veya başkalarına zarar gelme endişesi olur. Yaşanılan duygu ise, daha çok hata ve suçluluktur. Saldırganlık ve cinsel obsesyonlara; çoğunlukla anlatma, sorma ve kontrol etme kompulsiyonları eşlik eder. Hastalar kendisine ya da başkalarına zarar vermektense, ahlak değerlerine aykırı cinsel ya da saldırgan eylemlere gireceklerinden korkarlar. Simetri ve düzen obsesyonu; olayların veya nesnelere tam istedikleri düzende, yerli yerinde, mükemmel olması gerektiği obsesyonudur. Bu obsesyonlara düzeltme, sıraya koyma, yapma-bozma, sayma gibi kompulsif davranışlar eşlik edebilir. Somatik obsesyon; diğer OKB'li hastalardan farklı olarak, kendi sağlıkları veya ölüm olasılıklarından endişe ederler. Somatik uğraşları genellikle güncel hastalıklarla ilgili olup, kontrol etme ve güvence arama ritüelleriyle birlikte. Biriktirme, saklama obsesyonu; Kişinin kendisi için maddi ya da manevi değeri olmayan eşyaları saklaması ile ilgili obsesyonlardır. Bir şeyin kaybolmadığından veya yanlışlıkla atılmadığından emin olmak için kontrol etme kompulsiyonu siktir. Diğer obsesyonlar; Yukarıda sayılanların dışında bilme ve hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme korkusu, doğru şeyleri söylememe korkusu, bir şeyleri kaybetme korkusu, uğurlu ve uğursuz sayılar, özel anlamı olan renkler vb. obsesyonlar da vardır (2).

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında anksiyeteye özgü fizyolojik belirtiler görülebilir. Aşırı el yıkamaya bağlı hastaların ellerinin derisi soyulabilir, sabun ve deterjan izleri olabilir. OKB hastaları obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı olduğunu bilir yani hastalığa karşı içgörüleridir. Fakat obsesyonlarını saçma bulmayan ve bunlara karşı fazla direnmeyen hastalar da vardır. Bu hastalar içgörünün zayıf olduğu hastalar olarak adlandırılır (60).

1.1.2.6. Eşlik Eden Bozukluklar

Klinik çalışmalarda, hastaların %50-75'inin en az bir ek hastalık tanısı aldıkları saptanmıştır. Majör depresif bozukluk (MDB) en sık eşlik eden hastalıktır (%67). Diğer psikiyatrik hastalıklardan ise basit fobi (%22), sosyal fobi (%18), yeme bozukluğu (%17), alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı (%14), PB (%12) ve Tourette hastalığı (%7)'dir (29).

Obsesif kompulsif bozukluk ile obsesif kompulsif kişilik bozukluğu bazı çalışmalarda anlamlı olarak daha sık bir arada bulunurken (61), başka çalışmalarda ise böyle bir ilişkinin olmadığı ileri sürülmüştür. Beraberinde OKB'li hastalarda çekingen, borderline, bağımlı ve şizotipal kişilik bozuklukları da sık rastlanılmaktadır (2).

1.1.2.7. Ayırıcı tanı

Obsesyonlar başka birçok mental bozuklukta olabilir ancak kompulsiyonların eşlik ettiği nadirdir. Obsesyonlarla endişeleri birbirinden ayırt etmek gerekir. Yaygın anksiyete bozukluğunda (YAB) endişeler, OKB'deki obsesyonlara göre daha gerçekçidir. OKB hastalarında panik atakları olabilse de bunların çoğu obsesyonlara ikincil gelişir. Panik bozukluğunda (PB) ise; yineleyen beklenmedik olur. Ayrıca YAB ve PB hastalarında OKB'deki gibi ritüellere pek rastlanılmaz. Ölüm ve intiharla ilişkili obsesif ruminasyonlarla giden MDB ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Depresyondaki obsesif düşünceler, depresyon tedavisi ile kaybolmaktadır.

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında psikotik belirtiler olduğunda, ayırıcı tanıyı yapmak hem verilecek ek tedavi açısından hem de hastalığın prognozunun öngörülmesi açısından önemlidir. Özellikle gençlik yıllarında başlayan şizofrenide obsesif kompulsif belirtiler sık izlenmektedir. Ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken, OKB'de obsesyonun içeriği ne kadar garip olursa olsun

kişinin kendi düşüncesi olmasıdır. Oysa şizofrenide ise düşünceler sanrı halindedir ve dış güçlere yüklenilmektedir.

Ciddi bir hastalığa yakalanma korkusu olan somatik obsesyonları hipokondriazisten ayırmak zor olabilir. Hastanın daha önceki öyküsünde obsesyon ve kompulsiyonların bulunması, OKB lehinedir. Dürtü kontrol bozukluğunda yapılan eylemden haz alma söz konusudur. Yeme bozuklukları ve beden dismorfik bozukluğunda beden imgesinde bozulma vardır. Özgül fobi ve sosyal fobide kaçınmanın belli ve sınırlı koşullara bağlı olması ile ayrılır. SB'ta düşünceler sanrı niteliğindedir ve içgörüsü zayıf OKB ile ayrımı zorluk oluşturabilir (2).

1.1.2.8. Tedavi

Obsesif kompulsif bozuklukta olası etyolojide göz önüne alınarak, çok çeşitli tedavi seçenekleri denenmektedir; ancak bugüne kadar çok etkenli bu bozukluğun kesin ve net tedavisi açıklığa kavuşturulamamıştır. Ayrıca ilaçlar obsesyonlar üzerine etkili olsa da kaçınma davranışlarını değiştirmemektedir, bu nedenle ilaç tedavisi ve davranışçı yaklaşımlar bir arada kullanılmalıdır (2).

1.1.2.8.1. İlaç Tedavisi

Serotonin geri alım inhibitörleri: Trisiklik antidepresanlardan klomipramin diğer trisiklik ilaçlara göre daha potent bir serotonerjik aktiviteye sahiptir ve OKB tedavisinde etkili olan bir ajandır. OKB tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılan seçici serotonin geri alım inhibitörleridir (SSRI) (fluvoksamin, fluoksetin, sertralin, paroksetin ve sitalopram). Fakat hastaların %40-60'ı tedaviye direnç göstermekte ve yeterince yanıt vermemektedir. Tedaviye yanıtın değerlendirilmesi için en az 10 hafta beklemek gerekir.

Serotonin geri alım inhibitörlerine yeterli yanıt alınamayan OKB hastalarında; tedaviye atipik antipsikotikler (risperidon, ketiapin, aripipirazol gibi), benzodiazepin, buspiron, lityum, pindolol eklenebilir ya da biri klomipramin olmak üzere iki serotonin geri alım inhibitörü birlikte kullanılabilir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile tedavi güçlendirilebilir. Tüm bu yaklaşımlara yanıt alınamazsa derin beyin uyarımı ya da cerrahi yaklaşımlar gibi somatik tedavi yöntemleri kullanılabilir (60).

1.1.2.8.2. Psikoterapötik Yaklaşım:

Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT); OKB tedavisinde en az farmakolojik tedaviler kadar etkilidir. BDT’de hastanın temel inançları ve olumsuz düşünceleri bulunup bunları çürütmeye yarayan davranışçı yöntemler uygulanır. Kullanılan davranışçı yöntemler arasında en sık kullanılan; gerçek yaşamda yüzleştirme (in vivo exposure) ve tepki engelleme (response prevention) tekniğidir. Hastanın obsesyonları ile aşamalı bir şekilde yüzleştirilmesi ve beraberinde eşlik eden kompulsiyonları da engellemeye yönelik bir tekniktir. Ayrıca gerçek yaşamda yüzleşme olasılığının zor ya da hemen hemen imkansız olduğu obsesyonlar için hayali yüzleştirme tekniği (imaginary exposure) kullanılır. Paradoxal intension, obsesif düşüncelerin sözel hale getirilmesi gibi başka tekniklerde vardır (60).

1.1.3. Üstbilis

1.1.3.1. Tanım

Üstbilis (metecognition) kavramı; bilişleri düzenleyen, kontrol eden ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Kişinin kendi zihnindeki olayların farkında olmasını ve bunları amaçlı olarak yönlendirebilmesini içeren üst düzey bir sistemdir. Başka bir ifade ile kişinin kendi bilişsel süreci üzerine çevrilmiş iç gözü, ne düşündüğü hakkındaki düşüncesi ve ne bildiği hakkındaki bilgisidir (3, 62). Üstbilis sistemi; aslında bir öğrenmeyi öğrenme yoludur ve kendi kendine öğrenmenin oluşmasını sağlayan becerileri kapsamaktadır (63).

1.1.3.2. Üstbilisin Gelişimi

Üstbilis ilk olarak John Flavell tarafından 1970 yılında tanımlanmıştır. Flavell’in yaptığı çalışmaların sonucu olarak araştırmacılar üstbilisi incelemeye başlamış ve birçok araştırmacı üstbilisi çeşitli şekillerde tanımlamıştır. Flavell’den sonra üstbilis ile ilgili araştırma yapan Brown, öğrencilerin planlanmış öğrenme ve problem çözme durumlarında kullandıkları, düşünme süreçlerinin farkındalığı ve düzenlenmesi olarak tanımını yapmıştır (64).

Forrest bilis tanımını; kişilerin kullandığı gerçek işlem ve stratejiler olarak; üstbilisi ise, bireyin bilisi hakkında bildikleri ve bu bilişleri kontrol yeteneğini ifade eden bir terim olarak tanımlamıştır (65). Wellman ise düşünme hakkında düşünme veya bireyin bilis hakkındaki bilisi olarak tanımlamıştır (66). Başka bir tanımda ise

düşünceler hakkında düşünce, bilgi hakkında bilgi ve eylemler hakkında düşünceler olarak yapılmıştır (67). Hacker ise tüm bu tanımları geliştirerek üstbilişi; “bireyin bilgisinin, süreçlerinin ve bilişsel ve duygusal durumlarının bilgisi ve bireyin bilgisini, süreçlerini ve bilişsel ve duygusal durumlarını amaçlı biçimde izleme ve düzenleme” olarak tanımlamıştır (68). Hanten 2004 yılında üstbilişi; “mevcut görüşlerin farkında olma bu görüşleri değerlendirme ve yeniden düzenlemenin gerekli olduğu durumları bilip düzenleyebilme” olarak tanımlamıştır (69).

1.1.3.3. Üstbilişin Değerlendirilmesi

İnsanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rolü olan üstbiliş sisteminde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli olacağı düşünülmektedir (4). Buna göre, psikiyatrik rahatsızlıklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üstbilişsel işlevler yol açmaktadır. Yani; kişiler, “üstbilişsel kütüphanelerinden” aldıkları etikete göre belirledikleri, o anda sahip olduklarını (üstbilişsel izleme yoluyla) düşündükleri duygudurum ile istenen duygudurum arasında bir karşılaştırma yaparlar. Eğer bu iki düzey arasında bir çelişki varsa; üstbilişsel kontrol devreye girmektedir. Buna göre de, yine üstbilişsel kütüphaneden seçilecek bir strateji ile istenen duruma gelene kadar üstbilişsel kontrol sürdürülür. Eğer bu işleyişin içinde duygunun etiketlenmesi ve/veya strateji seçiminde uyum bozucu bir örüntü oluşmaya başladığında psikopatoloji için üstbilişsel bir zemin oluşmuş olacaktır (5). Örneğin; Papageorgiou ve Wells (70) depresyonun üstbilişsel modelini; depresyon hastalarında hastalığın devam etmesinde önemli olan ve tedavide de odaklanılması gereken tekrarlayıcı ve inatçı olumsuz ruminasyonlar şeklinde yapmışlardır .

Üstbilişlerin psikolojik bozukluklarla ilişkisi incelenirken kişilerin bilişlerine dair olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançları ve bunlara dair beş boyut ele alınmıştır (5). Bu beş boyuttan ilki; bilişlere dair “Endişelenmek gelecekte problemlerden kaçınmama yardım eder”, “İyi çalışabilmek için endişelenmem gereklidir” gibi düşüncelerin oluşturduğu “Olumlu İnançlar” boyutudur. Bu boyut, kişinin bilişlerini problem çözme yöntemi olarak görmesi, normal veya “iyi” olarak değerlendirmesiyle ilgilidir. İkinci boyut; “Kontrol Edilmezlik Tehlike” boyutudur; “Düşüncelerimi kontrol etmeyi zor buluyorum”, “Endişelenmeye başlayınca

durduramıyorum” ve “Benim için endişelenmek tehlikelidir” gibi üstbilişsel inançlardan meydana gelir. Bu boyuta göre kişiler kendi düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiği görüşündedir. Üçüncü boyut; “Bilişsel Güven” boyutudur; “Kötü bir hafızam vardır”, “Belli bir şeyi uzun süre aklımda tutmakta zorlanıyorum” gibi üstbilişsel inançlardan oluşur. Bir diğer boyut; “Kontrol İhtiyacı” boyutudur. Kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan korkması ve bunların sorumluluğunu aşırı derecede üstlenmesi ile ilişkilidir; “Endişeli düşüncelerimi kontrol etmezsem ve bu gerçekleşirse bu benim hatamdır”, “Belli düşüncelere sahip değilsem cezalandırılırım” gibi üstbilişsel inançları içerir. Beşinci boyut ise; kişinin kendi düşüncelerini izlemesi ve düşünce sürecine odaklanmasına dair olan “Bilişsel Farkındalık” boyutudur. Bu boyut da “Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm”, “Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm” gibi görüşleri içerir (5).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Verilerin toplanması

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran yatarak ya da ayaktan tedavi gören ve çalışma ölçütlerine uyan, OKB tanılı 50 hasta, SB tanılı 40 hasta ile hasta gruplarıyla yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş 50 sağlıklı kontrol alındı.

Hastalar için çalışmaya dahil edilme kriterleri: DSM-IV (American Psychiatric Association 1994)'e göre, SB ve OKB tanısı konması, 18-65 yaşları arası olması, başka bir eksen I bozukluğunun eşlik etmemesi, okur-yazar olması ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamış olmasıdır.

Hastalar için çalışmadan dışlama kriterleri: Geçmiş veya şimdiki öyküsünde psikoaktif madde kötüye kullanımı olması, 18 yaş altı, 65 yaş üstü olması, mental retardasyon olması, beyin fonksiyonlarını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir nörolojik veya sistemik hastalığının olmasıdır.

Kontrol grubu ise hasta grupları ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, geçmiş veya şimdiki öyküsünde psikiyatrik bir hastalık tablosu veya mental retardasyonu, psikoaktif madde kötüye kullanımı ve beyin fonksiyonlarını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir nörolojik veya sistemik hastalığı olmayan kişiler arasından seçildi.

Çalışmaya alınan tüm hastalar ve sağlıklı kontrol grubuna, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel ve yazılı bilgi verildikten sonra yazılı onamları alındı. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya başlandı.

Prosedür

Çalışma hastalarının ayrıntılı anamnezleri alınarak, tedavinin başlangıcında DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID–I) ile tüm olgulara klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak tarafımızca hazırlanmış yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik bilgileri ve hastalık süresi, atak sayısı, hastalık başlangıç yaşı gibi klinik verileri içeren yarı yapılandırılmış Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu uygulandı.

Obsesif kompulsif bozukluk ve SB tanısı konan hasta gruplarına ilk görüşme sırasında hasta onam formları açıklanıp imzalı onayları alındı. OKB tanısı konulan hastaların obsesyon ve kompulsiyonlarını değerlendirmek için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ), hastaların obsesyonlarının katılık düzeyini belirlemek amacıyla Obsesif İnanışlar Ölçeği 44 (OIÖ-44) uygulandı. SB hastalarında hastalığın şiddetini değerlendirmek için Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), içgörü düzeyinin değerlendirilmesi için Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) uygulandı. Tüm hastaların bilişsel işlevlerini değerlendirmek için Üst-Biliş-Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) kullanıldı. Çalışma ile ilgili tüm görüşmeler aynı kişi tarafından yapıldı.

2.2. Kullanılan ölçekler

2.2.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) Ölçeği

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV Eksen I tanılarının konulması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan, ajitasyon ve ağır psikotik belirtileri olmayan 18 yaşından büyük kişilere, bu görüşmenin eğitimini almış görüşmeci tarafından uygulanabilir. Altı modülden oluşan ölçek, toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Hastada tanı “şu anda” ve “hayat boyu” göz önüne alınarak araştırılır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve Aydemir (71) tarafından yapılmıştır.

2.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ)

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda belirtilerin niteliğinin belirlenerek semptom şiddetinin ölçülmesi ve tedavi sonrası değişimin değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir araçtır. Ölçek, Uluğ ve Savaşır tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, Karamustafaloğlu ve ark. (72) tarafından 1993 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Toplam 19 maddeden oluşan ölçekte değerlendirmeye ilk 10 maddenin puanları dahil edilmektedir. İlk 5 madde obsesyonları, 6-10. maddeler kompulsiyonları değerlendirir. Obsesyon ve kompulsiyonlarla ilgili olarak, her bir semptomun hastanın ne kadar zamanını aldığına, işlevselliğini ne derecede etkilediğine, kişide ne derecede sıkıntı yarattığına, bunlara hastanın ne oranda aktif

direnç gösterdiğine ve ne kadar kontrol edebildiğine göre puanlama yapılır. Puanlamayı, görüşmeyi yapan klinisyen yapar ve toplam puan 0-40 arasında değişir. Ölçekten elde edilen puanların semptom şiddetine göre derecelendirilmesi; 0-7 subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24-31 şiddetli, 32-40 ise çok şiddetli şeklindedir.

2.2.3. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44)

Obsesif inanışları değerlendirmek üzere hazırlanan Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ-44); 44 maddeden oluşan ve yedili derecelendirme (1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum ve 7= kesinlikle katılıyorum gibi) ile hazırlanan ifadelerle katılımcının ne kadar katıldığını belirtmeleri istenen bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek üç faktör yapısına sahiptir: sorumluluk/tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncelerin ve kontrolün önemsenmesi. Türkçe uyarlaması Boysan ve arkadaşları (73) tarafından yapılmıştır.

2.2.4. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda tablonun şiddetini değerlendirmek için geliştirilen ölçek 18 maddeden oluşur ve semptomlar “yok=0 puan ila aşırı derecede şiddetli=6 puan” arasında puanlandırılır. Anksiyete, depresyon, düşünce bozukluğu, saldırganlık ve ajitasyonla ilgili de bilgi verir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Soykan (74) tarafından yapılmıştır.

2.2.5. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)

İçgörünün değerlendirilmesi için hazırlanmış ölçek, 15 maddeden oluşur ve bir öz-bildirim ölçeğidir. Dörtlü derecelendirme(0=hiç katılmıyorum, 1=çok az katılıyorum, 2=epeyce katılıyorum, 3=tamamen katılıyorum) ile hazırlanan ifadelerle katılımcıların ne kadar katıldıklarını belirtmeleri istenir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Türkçe uyarlaması Aslan ve arkadaşları (75) tarafından yapılmıştır.

2.2.6. Üst-Biliş-Ölçeği-30 (ÜBÖ)

Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilen ve psikometrik çalışmaları yapılan ÜBÖ, kavramsal olarak birbirinden farklı, fakat birbiriyle ilişki içinde olan beş faktörden oluşmaktadır. Bu beş faktör, (1) olumlu inançlar, (2) bilişsel güven, (3) kontrol edilemezlik ve tehlike, (4) bilişsel farkındalık ve (5) kontrol ihtiyacı şeklindedir. Tüm faktörler, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar (yapılar) ile üstbilişsel süreçler (seçici dikkat, içsel bilişsel süreçlerin gözlenmesi) şeklinde

güvenirligi .72 ile .89 arasında değiştiği bulunmuştur. ÜBÖ kullanılarak yapılan çalışmalar, dūřünceler hakkındaki olumsuz inançların yaygın kaygı bozukluğu hastalarını diğer kaygı bozukluklarından ayırt ettiğini göstermektedir (76). Türkçe geçerlilik-güvenilirlik alışması Tosun ve Irak (77) tarafından yapılmıştır.

2.3. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15 programı kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde; değişkenler arasındaki ilişkilerin analizi ile hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri için ki-kare testi, kullanılan ölçekler yönünden hasta ve kontrol gruplarından elde edilen puanlar arasındaki farkların değerlendirilmesi için t-testi (parametric test) kulanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizlerinden yararlanıldı.

3. BULGULAR

3.1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

Çalışmaya alınan grupların yaşlarının ortalaması; OKB için 32.78 ± 11.77 , SB için 33.88 ± 11.77 ve kontrol grubunun ise 32.38 ± 10.65 idi. Çalışmaya alınan OKB hasta grubunun 28'i kadın (%41.8), 22'si erkek (%66.7), SB hastalarının 13'ü kadın (%32.5), 26'sı erkek (%67.5), kontrol grubunun ise 26'sı kadın (%27.4), 24'ü erkek (%43.6) idi. OKB ve SB hasta grupları ile sağlıklı kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri*

	OKB (n=50)	SB (n=40)	Kontrol (n=50)
Yaş	32.78±11.77	33.88±11.77	32.38±10.65
Cins (E/K)	22/28	26/13	24/26
Eğitim Durumu			
Okuryazar-ilkokul	13	18	8
Ortaokul	4	6	7
Lise	18	8	20
Üniversite	15	8	15
Medeni Durum			
Evli		24	36
Bekar	26	12	14
Boşanmış	24	1	-
Dul	-	3	-
Yaşadığı Yer			
Köy	3	4	1
Kasaba	1	3	-
Şehir	46	33	49
Meslek			
Ev hanımı	20	12	7
Öğrenci	13	2	5
Memur	6	7	13
İşçi	1	5	21
Özel sektör	1	1	3
İşsiz	5	3	-
Emekli	2	8	1
Diğer	2	2	-

* $p > 0.05$, Tüm değişkenlerde hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

3.2. Hasta ve kontrol grubunun ölçek puanları

Hasta ve kontrol grubuna uygulanan ÜBÖ sonuçları:

Total puanlar; OKB hasta grubunun total puanlarının ortalaması 85.36 ± 9.64 , SB hasta grubunun 73.05 ± 15.85 ve kontrol grubunun ise 71.22 ± 14.67 idi. OKB hastalarının total puan sonuçları sağlıklı kontrollere kıyasla istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.05$). Hasta grupları kendi aralarında kıyaslandığında da sonuçlar anlamlıydı (SB ve OKB hastaları kıyaslandığında $p = 0.000$, OKB hastaları kontrollerle kıyaslandığında $p = 0.005$, SB hastaları kontrollerle kıyaslanınca $p = 0.285$ idi).

Üstbiliş ölçeği olumlu inanç alt boyutu; kontrol grubunun bu alt boyuta ait puanlarının ortalaması 14.26 ± 4.33 , OKB hastalarında 15.26 ± 3.47 , SB hastalarında ise 13.15 ± 4.05 olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyut açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Kontrol grubu OKB hastaları ile kıyaslandığında $p = 0.075$, SB hastaları ile kıyaslandığında $p = 0.677$ idi. Hasta grupları kendi aralarında kıyaslandığında ise $p = 0.186$ idi). Bilişsel güven alt boyutu; kontrol grubunun bilişsel güven puanlarının ortalaması 12.52 ± 3.85 , OKB hastalarının 16.6 ± 4.53 ve SB hastalarının 12.42 ± 5.66 olarak hesaplanmıştır. OKB hastalarının kontrol grubuna kıyasla bu alt boyuta ait puanları istatistiksel olarak anlamlıydı, SB hastalarının ise sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi. Hasta grupları kendi aralarında kıyaslandığında da sonuçlar anlamlıydı (Kontrollerle SB hastaları kıyaslandığında $p = 0.002$, OKB hastaları kıyaslandığında $p = 0.804$ ve hasta grupları kendi aralarında kıyaslandığında ise $p = 0.019$ idi). Kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutu; kontrol grubunun bu alt boyuta ait puanlarının ortalaması 17.24 ± 4.56 , OKB hastalarının 20.28 ± 3.17 ve SB hastalarının ise 18.35 ± 5.45 olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubuna kıyasla OKB hastalarında bu alt boyut istatistiksel olarak anlamlıydı, SB hastalarında anlamlı değildi. Hasta grupları kendi aralarında kıyaslandığında da sonuçlar anlamlıydı (Kontrol grubu ile OKB hastaları kıyaslandığında $p = 0.011$, SB hastaları kıyaslandığında $p = 0.186$ ve hasta grupları kendi aralarında kıyaslandığında $p = 0.000$ idi). Bilişsel farkındalık alt boyutu; kontrol grubunun bu alt boyuta ait puanlarının ortalaması 16.20 ± 4.28 , OKB hastalarının 17.56 ± 3.48 , SB hastalarının ise 16.32 ± 4.16 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (OKB hastaları ve kontroller kıyaslandığında $p = 0.103$, SB

hastaları kontrollerle kıyaslandığında $p=0.755$ ve hasta grupları kendi aralarında kıyaslandığında $p=0.225$ saptandı). Kontrol ihtiyacı alt boyutu; kontrol grubunun bu alt boyuta ait puanlarının ortalaması 11.54 ± 3.48 , OKB hastalarının ise 15.36 ± 2.03 , SB hastalarının ise 12.55 ± 2.96 olarak hesaplanmıştır. OKB hastalarının bu alt boyuta ait sonuçları hem kontrollere hem de SB hastalarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlıydı. SB hastalarında ise sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildi (Kontrollerle OKB hastaları kıyaslandığında $p=0.001$, SB hastaları kıyaslandığında $p=0.378$ ve hasta grupları kendi aralarında kıyaslandığında ise $p=0.006$ idi). Hasta ve kontrol grubunun ÜBÖ sonuçlarına ait veriler Tablo 2 ve 3’de verilmiştir.

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun ÜBÖ sonuçları

ÜBÖ	Kontrol (n:50)	SB (n:40)	OKB (n:50)	Hasta gruplarının kıyaslanması	İstatistik	
					f	P
Total puan	71.22±14.67	73.05±15.85	85.36±9.64	OKB>SB=kontrol	15.903*	0.000
Olumlu inanç	14.26±1.23	13.15±4.05	15.26±0.49	OKB=SB=kontrol	4.156	0.080
Bilişsel güven	12.52±1.09	12.42±5.66	16.6±0.64	SB>OKB=kontrol	12.525*	0.000
Kontrol edilmezlik ve tehlike	17.24±1.29	18.35±5.45	20.28±0.44	OKB>SB=kontrol	6.036*	0.003
Bilişsel farkındalık	16.20±1.21	16.32±4.16	17.56±0.49	OKB=SB=kontrol	1.738	0.180
Kontrol ihtiyacı	11.54±0.98	12.55±2.96	15.36±0.28	OKB>SB=kontrol	23.314*	0.000

* $p<0.05$

Tablo 3. Grupların ÜBÖ sonuçlarının istatistiksel olarak karşılaştırılması

ÜBÖ	Toplam puan	Olumlu inanç	Bilişsel güven	Kontrol edilmezlik ve tehlike	Bilişsel farkındalık	Kontrol ihtiyacı
OKB-Kontrol	8.078*	3.242	0.062	6.689*	2.709	12.512**
SB-Kontrol	1.155	0.175	9.733*	1.781	0.098	0.786
SB-OKB	17.696**	1.777	5.724*	14.451**	1.493	7.979*

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

3.3. Hasta ve kontrol grubunun korelasyon analizleri

Hasta gruplarına uygulanan ve hastalıkların şiddetini değerlendirmemizi sağlayan ölçeklerle üstbilis̄ arasındaki iliŒki incelendiğinde:

Obsesif kompulsif bozukluk hastaları için; Y-BOKÖ'nin toplam puanları ve obsesyonları değerlendiren soruları ile ÜBÖ hem total puanları hem de alt boyutları arasında istatistiksel hiçbir anlamlılık tespit edilmedi ($p>0.05$). Y-BOKÖ'nin kompulsiyonları değerlendiren soruları ve ÜBÖ'nin sadece kontrol ihtiyacı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ($p=0.037$ idi). OİÖ-44'ün toplam puanları ve sorumluluk/tehlile beklentisi alt faktörü arasında ÜBÖ'nin hem toplam puanları hem de alt boyutları arasında istatistiksel herhangi bir anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$). OİÖ-44 mükemmelliyetçilik/kesinlik faktörü ile ÜBÖ kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutu arasında ve OİÖ-44 önem verme/düşünceleri kontrol etme faktörü ile de ÜBÖ bilişsel farkındalık arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Mükemmelliyetçilik/kesinlik faktörü için $p=0.022$, önem verme/düşünceleri kontrol etme için $p=0.029$ idi). ÜBÖ ile Y-BOKÖ ve OİÖ-44 arasındaki korelasyon sonuçlarına ait veriler Tablo 4'te verilmiştir.

Sanrısıl bozukluk hastaları için; BBIÖ'nin kendini ifade etme alt boyutu ÜBÖ'nin toplam skorları ve bilişsel güven alt boyutu ile, BBIÖ'nin kendinden eminlik alt boyutu ise olumlu inanç ve ÜBÖ toplam skorlar ile istatistiksel olarak koreleydi ($p<0.05$). Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği ile ÜBÖ'nin hem toplam puanları hem de alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir iliŒki saptanmadı. ÜBÖ ile BBIÖ ve kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği korelasyon sonuçlarına ait veriler Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 4. ÜBÖ ile Y-BOKÖ ve OİÖ-44 korelasyon sonuçları

ÜBÖ		Toplam puan	Olumlu inanç	Bilişsel güven	Kontrol edilmezlik ve tehlike	Bilişsel farkındalık	Kontrol ihtiyacı
	Obs	0.001	0.056	0.102	-0.104	0.002	-0.157
Y-BOKÖ	Komp	-0.061	0.199	-0.035	-0.216	0.048	0.295*
	Total puan	-0.033	0.141	0.033	-0.175	0.028	-0.247
OKB	1. faktör	-0.085	0.037	-0.151	-0.056	0.098	0.644
	2. faktör	0.167	-0.105	0.091	0.324*	0.308*	0.091
OİÖ-44	3. faktör	0.211	0.047	0.066	0.177	0.200	-0.032
	Total puan	0.128	-0.018	-0.018	0.219	0.200	-0.010

1. faktör=Sorumluluk/tehlike beklentisi, 2. faktör=Mükemmeliyetçilik/kesinlik, 3. faktör=Önem verme/düşünceleri kontrol etme, *P<0.05

Tablo 5. ÜBÖ ile BBİÖ ve Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği korelasyon sonuçları

ÜBÖ		Total puan	Olumlu İnanç	Bilişsel güven	Kontrol edilmezlik ve tehlike	Bilişsel farkındalık	Kontrol ihtiyacı
Beck bilişsel içgörü ölçeği	Kendini ifade etme	0.397*	0.279	0.352*	0.254	0.257	0.165
	Kendinden eminlik	0.371*	0.348*	0.136	0.252	0.282	0.263
Kısa değerlendirme ölçeği	psikiyatrik değerlendirme ölçeği	0.101	0.143	0.059	0.025	-0.018	0.156

*P<0.05

4. TARTIŞMA

İnsanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rolü olan üstbiliş sisteminde meydana gelebilecek herhangi bir sapma, pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli olabilmektedir (4). Buna göre, psikiyatrik rahatsızlıklardaki işlevsel olmayan bazı düşünce ve başa çıkma tarzlarına üstbilişsel işlevler yol açmaktadır. Yani, kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen işlevsel olmayan bilişleri hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üstbilişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üstbilişler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır (5). Örneğin; Papageorgiou ve Wells depresyonun üstbilişsel modelini; depresyon hastalarında hastalığın devam etmesinde önemli olan ve tedavide de odaklanılması gereken tekrarlayıcı ve inatçı olumsuz ruminasyonlar şeklinde yapmışlardır (70). Bir başka örnek ise Morrison ve Wells'in (6) PB hastaları ve psikotik hastaların üstbiliş sistemini değerlendirdikleri çalışmalarında; işitsel hallüsinasyonu olan hastalarda ÜBÖ skorlarını perseküsyon sanrıları, PB olan hastalar ve kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Aynı çalışmada PB hastaları ve perseküsyon sanrıları olan psikotik hastalarda ÜBÖ skorları kontrol grubundan yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda ise; OKB hastalarında ÜBÖ total skorları, kontrol edilmezlik tehlike ve kontrol ihtiyacı, SB hastalarında ise; bilişsel güven alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Laroi ve Van der Linden (7) varsanı ve sanrı yatkınlığı olan kişilerde üstbiliş ölçeği skorlarını herhangi bir yatkınlığı olmayan kişilere göre daha yüksek bulmuşlardır . Yine başka bir çalışmada da işitsel hallüsinasyonu ve perseküsyon sanrıları olan hastalarda ÜBÖ total skorları sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (6). Çalışmamızda ise her iki hastalık grubunda da ÜBÖ total skorları sağlıklı kontrollerden yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar sadece OKB hastalarında saptandı. Ayrıca SB hastalarının içgörülerini değerlendirmek amacıyla uygulanan BBIÖ'nin her iki alt faktörüyle de total skorlar pozitif yönde koreleydi.

Üstbilişin bilişsel güven alt boyutu, SB hastalarında anlamlıydı ve BBIÖ'nin kendini ifade etme alt boyutu ile de pozitif yönde koreleydi. Bilişsel güven alt boyutunda kişilerin hafızalarına olan güvensizlikleri ya da yaşadıkları hafıza

problemleri, unutkanlıkları değerlendirilmektedir. SB hastalarında bu alt boyutun anlamlılığı, hastaların hafızalarına olan güvensizlikleri ya da unutkanlık beraberinde şüphe duyma ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca hastaların diğer insanların kendilerine karşı tutumlarını yanlış anlayıp anlamadıklarını, diğer insanların olağandışı yaşantılarının nedenlerini kendi anladıklarından daha iyi anlamalarını ve sanrılarının varlığından emin olmayı değerlendiren BBİÖ kendini ifade etme boyutu ile de pozitif yönde korelasyon saptandı. Bu da hastaların unutkanlıkları, hafıza problemleri arttıkça sanrılarında duydukları şüphelerinin de arttığını düşündürmüştür. Depresif bozukluk hastalarında yapılan bir çalışmada hastalardaki hafıza problemleri ve tanı konduğu andan itibaren nöropsikolojik testlerde bozulma olduğu ortaya konmuştur (78). Yine depresif bozukluk hastalarında yapılan bir çalışmada; hastalığın şiddetinin artması ile sözel bellek ve hafıza problemlerinin arttığı bulunmuştur (79). Depresif bozukluk hastalarında yapılan başka bir çalışmada ise; antidepresan tedavi kullanımının bilişsel fonksiyonları iyileştirdiği bulunmuştur (80). Khodarahimi ve Rasti (81) koroner arter hastalarında yaptıkları çalışmalarında; depresif semptomlarla hafıza problemlerinin ilişkisi ve depresyonun şiddeti arttıkça hafıza problemlerinin de arttığını göstermişlerdir . OKB hastalarında ÜBÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada; olumlu inanç, bilişsel güven ve kontrol edilmezlik tehlike alt boyutları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bilişsel güven alt boyutunun anlamlılığı hastaların hafızalarına olan güvensizlikleri ve sonrasında ortaya çıkan kuşku, kontrol ihtiyacı ve obsesyonlarla ilişkilendirilmiştir (82). Hermans ve ark. (83) OKB hastalarının bilişsel güvenlerinin normal gruba oranla daha düşük olduğunu belirtmişlerdir . Bruin, Muris ve Rassin (84) klinik olmayan bir örneklemeden aldıkları ölçümler sonucunda kişilerin kendi düşüncelerine dair farkındalıklarının ve girici düşüncelere dair olumsuz değerlendirmelerinin obsesif düşünceleri ve düşünceyi bastırma çabasının da endişeyi yordadığına dair bulgular elde etmişlerdir .

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında anlamlı olarak değerlendirdiğimiz kontrol edilmezlik tehlike alt boyutu ile sorgulanan; sürekli her konuda endişelenmek, engellenmek istense de endişe verici düşüncelerin devam edip etmediğidir. OKB hastalarında bu alt boyutun anlamlılığı; hastaların düşünceleri ile ilgili sürekli endişe duymaları, yaptım mı yapmadım mı gibi kuşkuya kapılmaları ve

engellemek isteseler obsesyonların devam etmesi ve obsesyonların da anksiyeteye neden olması gibi klinik belirtilerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Cuchii ve ark. (85) OKB hastalarında kontrol edilmezlik tehlike ve kontrol ihtiyacı alt boyutlarını anlamlı olarak yüksek saptamıştır ve hastaların endişelenmek konusunda sağlıklı kontrollerden daha olumsuz inanışlarının olduğunu da vurgulamışlardır . Moritz ve ark. (86) OKB hastalarındaki kontrol edilmezlik tehlike alt boyutununun yüksekliğinin obsesyonların ciddiyeti ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır . Sica ve ark. (87) OKB hastalarında obsesif-kompulsif semptomlar ve patolojik endişe ile üstbilişin kontrol edilmezlik tehlike alt boyutunun ve hastaların ritüelleri ile ise kontrol ihtiyacı alt boyutunun ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır . Myers ve ark. (88) OKB hastalarının metakognitif modelini ortaya koydukları çalışmalarında; hastaların üstbilişsel çarpıtmalarının hastalığın ortaya çıkmasında ve devamında önemli rol oynadığını ortaya koymuşlardır . Grotte'nin (89) çalışmasında ise; obsesyonların sorumluluk ve mükemmeliyetçilik duygusu ile ilişkili olduğu ve OKB hastalarında üstbilişsel çarpıtmalar olduğu bildirilmiştir . Irak ve Tosun (77); Türkiye'den 850 üniversite öğrencisiyle yürüttükleri çalışmada üstbilişlerin, özellikle kontrol edilmezlik tehlike boyutuna dair üstbilişsel inançların, obsesif-kompulsif belirtiler ve sürekli kaygıyı birbirinden bağımsız olarak güçlü bir şekilde yordadığını göstermişlerdir . Corcoran ve Woody (90) de yine normal örnekleme çalışmaları araştırmalarında, saldırganlık, cinsellik ve günahkarlığa dair, sosyal kabul görmeyecek düşünceleri katılımcıların değerlendirmesini istemişler ve düşüncelerin kendini kötü karakteri olan bir kişi olarak görme, zihinsel bir bozuklukla ilişkilendirme, ahlaksızlık gibi değerlendirmelerin obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkili olduğuna dair sonuçlar elde etmişlerdir. Buna bağlı olarak düşüncenin içeriğinden çok kişi için anlamının önemine vurgu yapmışlardır; örneğin birine vurmayla ilgili düşünce, eğer saldırganlıkla ilişkilendiriliyorsa farklı, kendini savunmayla bağlantılı olarak düşünülüyorsa farklı üstbilişsel değerlendirmeyle sonuçlanacaktır . Ayrıca, OİÖ-44'ün mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutu ve kontrol edilmezlik tehlike alt boyutu arasında da pozitif bir korelasyon saptandı. OİÖ-44'ün bu alt boyutunda en ufak hata yapmanın bile korkunç şekilde sonuçlanacağı ya da yapılan her işin mükemmel olması gerektiği gibi düşünceler sorgulanmaktadır. Bu iki alt boyut arasındaki anlamlılığı; hastaların sürekli

mükemmel olabilmek için duydukları endişe ve bu endişelerini kontrol edememeleri ile ilişkilendirilmiştir.

Üstbilişin olumlu inanç alt boyutu; endişelenmenin kişinin kendisi için olumlu ya da kurtarıcı bir durum olup olmadığını sorgulamaktadır. Bizim sonuçlarımıza göre, hem OKB hem de SB hastalarında olumlu inanç alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu durum, her iki hastalıkta da hastaların endişelenmeyi kendileri için olumlu ya da kurtarıcı bir durum olarak görmediklerini düşündürmüştür. Ancak, SB hastalarına uygulanan BBIÖ'nin kendinden eminlik alt boyutu ve olumlu inanç alt boyutu arasında pozitif korelasyon saptandı. BBIÖ'nin hastaların yaşantıları ile ilgili yorumlarının kesinliği gibi düşüncelerine olan güvenlerinin sorgulandığı kendinden eminlik alt boyutunun olumlu inanç ile olan korelasyonu hastaların sanrıları yoğunlaştıkça daha az endişe duydukları ya da endişelenmeyi olumlu olarak gördükleri veya rahatsız edici olarak görmedikleri şeklinde yorumlanmıştır. Nieto ve ark. (91) YAB ve OKB tanılı hastalarda; ÜBÖ olumlu inanç alt boyutunda sağlıklı kontrollere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır. Benzer şekilde, Cuchii ve ark. (85) PB ve OKB hastalarında yaptıkları çalışmalarında, olumlu inanç alt boyutunu anlamlı olarak değerlendirmemişlerdir. Başka bir çalışmada ise; depresif bozukluk hastalarında üstbiliş total skorlarının yüksekliği ve endişelenmekle ilgili olumlu inançların da depresif belirtiler şiddetlendikçe arttığını saptanmıştır. Ek olarak, bilişsel güvensizlik arttıkça günlük hayatta yaşanan sorunların artması ve beraberinde kaygı düzeylerinin de arttığı vurgulanmıştır (76).

Çalışmamızda kişilerin aklından geçenlerle uğraşmaları ve düşüncelerini sürekli gözden geçirip takip etmelerinin değerlendirildiği bilişsel farkındalık alt boyutu; hem SB hem de OKB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ancak OKB hastalarına uygulanan OİÖ-44'ün önem verme/düşünceleri kontrol etme alt boyutu ile pozitif yönde korelasyon mevcuttu. OİÖ-44'ün önem verme/düşünceleri kontrol etme alt boyutunda sorgulanan, bir şeyi düşünmenin yapmakla eşdeğer olup olmaması ve kötü düşüncelere sahip olmanın düşünülen şeyi yapmakla eşdeğer olarak görülüp görülmediğidir. Çalışmamızda bu iki alt boyut arasında saptadığımız anlamlılık OKB hastalarının yaşadıkları kuşku ve kontrol etme ihtiyacı duymaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Safrancı (92) üniversite öğrencilerinde yaptığı

çalışmasında; üstbilgi bilişsel farkındalık alt boyutunun endişe duyma, sosyal kaçınma ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuştur . Başka bir çalışmada ise; obsesyonların ve bilişsel farkındalığın sorumluluk ve mükemmeliyetçilik duygusu ile olan ilişkisi ortaya koyulmuştur (89).

Kontrol ihtiyacı alt boyutunda ise; kişilerin düşüncelerini sürekli kontrol etmeleri ve belli şeylerin düşünülmesinin kötülüğüne olan inançları sorgulanmaktadır. Çalışmamızda; SB hastalarında bu alt boyut istatistiksel olarak anlamlı değildi, OKB hastalarında ise anlamlı olarak yükseldi. Ayrıca OKB hastalarına uygulanan ve hastaların semptomlarının şiddetini değerlendirmemize yardımcı olan Y-BOKÖ'nin kompulsiyonları değerlendiren soruları ile pozitif yönde korelasyon saptandı. Bu sonuç da OKB hastalarının pek çok şeyi tekrar tekrar kontrol etmesi ya da yaşadıkları kuşular ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Cartwright-Hatton ve Wells'in ve Matthews ve ark.'nın (5, 93) OKB hastalarında yaptıkları farklı çalışmalarda da hastaların kontrol ihtiyacı alt boyutunu anlamlı olarak değerlendirmişlerdir . Gwilliam ve ark. (94) OKB hastalarında kontrol ihtiyacı alt boyutunu obsesyonların katılığı ile ilişkilendirmişlerdir . Başka bir çalışmada; OKB hastalarında kontrol edilmezlik tehlike ile kontrol ihtiyacı, YAB hastalarında olumlu inanç, depresif bozukluk hastalarında ise bilişsel güven alt boyutu anlamlı olarak değerlendirilmiştir (95). Garcia-Montes ve ark. (96) OKB hastalarında kontrol ihtiyacı alt boyutunu anksiyete bozukluğu olan diğer hastalardan anlamlı yüksek olarak değerlendirmişlerdir. Ayrıca, düşünceleri kontrol ihtiyacı ile anksiyetenin ilişkili olduğunu da saptamışlardır . Yine Myers ve Wells (97), OKB hastalarında kontrol ihtiyacı ile kontrol edilmezlik tehlike alt boyutlarını anlamlı olarak bulmuşlardır .

Sonuç olarak; OKB ve SB hastalarının, üstbilgi toplam puanları kontrol grubuna göre yükseldi fakat istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar sadece OKB hastalarında saptandı. Ayrıca OKB hastalarında; üstbilginin kontrol edilmezlik tehlike ve kontrol ihtiyacı alt boyutları, SB hastalarında ise; bilişsel güven alt boyutları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlıydı. Ayrıca OKB hastalarına uygulanan ve obsesyon ve kompulsiyonların şiddetini değerlendirmemize yardımcı olan Y-BOKÖ'nin kompulsiyonları değerlendiren alt boyutu ile kontrol ihtiyacı, obsesyonların katılığını değerlendirmemize yardımcı olan OİÖ-44'ün

mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutu ve kontrol edilmezlik tehlike alt boyutu arasında pozitif korelasyon saptandı. SB hastalarında ise BBIÖ'nin kendini ifade etme alt boyutu ile bilişsel güven ve kendinden eminlik ile olumlu inanç arasında pozitif korelasyon saptadık. Bununla birlikte, çalışmamız bir dizi kısıtlılıklar içermektedir. Çalışmanın kesitsel olması, örneklem sayısının yeterli olmaması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılıyor olmasının kısıtlılık oluşturduğunu söyleyebiliriz. Bu durum çalışmamızda elde ettiğimiz bulguları yorumlamayı ve genellemeyi kısıtlamaktadır. Bulgularımızın önem kazanabilmesi için daha büyük örneklem gruplarında daha ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5. KAYNAKLAR

1. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007: 226-232.
2. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007: 343-351
3. Crick F. Şaşkırtan Varsayım. Say S (Çeviren) s. 151, Ankara, TÜBİTAK Yayınları, 2000.
4. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. Behav Res Ther 2004; 42: 385–396.
5. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. J Anxiety Disord 1997; 11: 279–296.
6. Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. Behav Res Therapy 2003; 41: 251–256.
7. Laroi F, Van der Linden M. Metacognition in proneness towards hallucinations and delusions. Behav Res Therapy 2005; 43: 1425-1441.
8. Exner C, Kohl A, Zaudig M, Langs G, Lincoln TM, Rief W. Metacognition and episodic memory in obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disorders 2009; 23: 624-631.
9. Manschreck TC. Delusional disorder and shred psychotic disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia PA: Lipincott Williams & Wilkins; 2000.
10. Freud S. Psychoanalytic Notes Upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia. In: Standart Edition of Complete Work of Sigmund Freud, London; 1996:12
11. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Köroğlu E (Çeviren), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
12. Hsiao MC, Liu CY, Yang YY. Delusional disorder: retrospektive analysis of Chinese outpatients. Psychiatry Clinical Neurosciences 1999; 53: 673-676.

13. Moritomo K, Miyatake R, Nakamura M, Watanabe T, Hirao T, Suwaki H. Delusional disorder: molecular genetic evidence for dopamine psychosis. *Neropsychop* 2002; 26: 794-801.
14. Catalano M, Nobile M, Novelli E, Nothen MM, Smeraldi E. Distribution of a novel mutation in the first exon of the human dopamine D4 receptor gene in psychotic patients. *Biol Psychiatry* 1993; 34: 459-464.
15. Fennig S, Fochtmann U, Carlson GA. Delusional disorder and shared psychotic disorder. *Lippincott Williams and Wilkins*, 2005: 1525-1533.
16. Soygür H, Köksal A, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 1. Baskı, Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007; 330-350.
17. Concoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Schizoph Res* 1995; 17: 5-13.
18. Roberts G. The origins of delusions. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 298-308.
19. Kemp R, Chua S, Mc Kenna P. Reasoning and delusions. *British J Psychiatry* 1997; 170: 398-405.
20. Öztürk MO, Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü: ICD-10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
21. Rudden M, Sweney J, Frances A. Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *Am J Psychiatry* 1990; 147(5): 625-628.
22. Ota M, Mizukami K, Katano T, Sato S, Takeda T, Asada T. A case of delusional disorder, somatic type with remarkable improvement of clinical symptoms and single photon emission chopharmacol. *Biol Psychiatry* 2003; 27: 881-884.
23. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008; 480-506.
24. Işık E, Işık YT. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print Matbaası, 2006; 240-241.
25. Rasmussen SA, Tsuang MT. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 450-457.
26. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-1099.

27. Nicolini H, Cruz C, Camerena B, Paez F, Fuente JR. Understanding the genetic basis of obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums* 1999; 4: 32-48.
28. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 317-322.
29. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 743-758.
30. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yetiyitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları, Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998.
31. Angst J. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. Hollender E, Zohar J, Marazziti D (editors). *Current Insight in Obsessive Compulsive Disorder*. England: John Wiley and Sons, 1994: 93-104.
32. 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: 101-107.
33. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B, et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21: 112-117.
34. Riggs DS. Treatment of concurrent PTSD and OCD. A commentary on the case of Howard. *Cognitive Behavioral Practice* 2000; 7: 130-132.
35. Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksüt D, Türksöy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 204-209.
36. Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 362-366.
37. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 434-441.
38. Demet MM. Obsesif- kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005; 15: 45-52.
39. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(1): 76-84.

40. Skre I, Onstad S, Torgersen S, Lygren S, Kringlen E. A twin study of DSM- III-R anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88(2): 85-92.
41. Kim SW, Dysken MW, Kline MD. Monozygotik twins with obsessive compulsive disorders. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 435-8.
42. Lombroso PJ, Mecedante MT, Scahill L. Obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome. *The Molecular and genetic Basic of Neurologic and Psychiatric Disease*. Rosenberg RN, Prusiner Sb, Dimauro S ve ark. (Ed). Philadelphia, Butterworth Heinemann: 2003.
43. Westenberg HGM, Fienberg NA, Denys D. Neurobiology of Obsessive-compulsive disorder: Serotonin and beyond. *CNS Spectrums* 2007; 12: 14-27.
44. Berridge KC, Aldridge JW, Houchard KR. Sequential super-stereotypy of an instinctive fixed action pattern in hiper-dopaminergic mutant mica: a model of compulsive disorder and Tourette's. *Br Med Biol* 2005; 14(3): 4.
45. Stahl SM. Dopamine system stabilizers, aripiprazole, and the next generation of antipsychotics: Part 1. 'Goldilocks' actions at dopamine receptors. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 841-842.
46. Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 47(8): 296-304.
47. Rosenberg DR, Hanna GL. Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry* 2000; 15: 1210-22.
48. Lacerda LM, Dalgalarondo 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 Res* 2003; 123: 125-34.
49. Sawle GV, Hymans NF, Lees AJ. Obsessional slowness: functional studies with positron emission tomography. *Brain* 1991; 114: 2191-202.
50. Swedo SE, Schapiro MB, Grady CL. Cerebral glucose metabolism in childhood onset obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 518-523.
51. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Tuncer S (Çeviren) s.246-284, İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası, 1945.
52. Geçtan E. Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1989; 220-221.

53. Jones E. Hate and Anal Erotism in the Obsessional Neurosis. *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: New York University Pres, 1999: 65-72.
54. Judd L. Obsessive-compulsive neurosis in children. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 136-143
55. Klein M. Mourning and Its Relation to Manic Depressive States. *Love, Guilt and Reparation and Other Works*. London: Vintage, 1999: 344-370.
56. Salzman L. Treatment of the Obsessive Personality. New York, 1985: 182-184.
57. Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: a case study. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 222-242.
58. Meares R. A specific developmental deficit in obsessive disorder: The example of the wolf man. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 289-320.
59. Hyman BM, Pedrick C. *The OCD Workbook: Your Guide to Breaking Free from Obsessive-Compulsive Disorder*. Oakland: New Harbinger, 1999.
60. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008: 480-506.
61. Diaferia G, Bianchi I, Bianchi ML, Cavedini P, Erzegovesi S, Bellodi L. Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 1997; 38: 1-42.
62. Dienes Z, Perner J. *A Theory of Implicit and Explicit Knowledge*. Cambridge: Cambridge University Pres, 1999.
63. Doğanay A. Ders dinleme sırasında bilişsel farkındalık ile ilgili bilgilerin kullanımı. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1997; 1: 11.
64. Brown AL. Knowing When, Where and how to remember: a problem of metacognition. Galaser (Editor). *Adv Inst Psychol* 1978: 225- 223.
65. Forrest PDL, Waller TG. *Cognition, metacognition and reading*, New York: Springer-Verlag, 1984.
66. Wellman H. *The child's theory of mind: The development of conscious cognition. The growth of reflection in children*, San Diego: Academic Pres, 1985.
67. Weinert FE. *Metacognition and Motivation as Determinants of Effective Learning and Understanding*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum, 1987: 1-16

68. Hacker DJ. Metacognition: definitions and empirical foundations. Dunlosky J (editors). *Metacognition in Educational Theory and Practice*. Orlando: Academic Pres, 1998: 1–24.
69. Hanten G, Dennis M, Zhang, L, Barnes M, Roberson G, Archibald J, Song, J, Levin SH. Childhood head injury and metacognitive processes in language and memory. *Develop Neuropsychol* 2004; 25: 85-106.
70. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res* 2003; 27: 261–273.
71. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme–Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Birliği Yayınevi, 1999: 73–75.
72. Karamustafalıoğlu KO, Üçılık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik-güvenilirlik Çalışması. 29.Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, 1993; 86.
73. Boysan M, Beşiroğlu L, Çetinkaya N, Atlı A, Aydın A. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44, Türkçe uyarlaması. *Nöropsik Arşivi* 2010; 47: 216-222.
74. Soykan C. Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. Master tezi, ODTÜ, Ankara, 1989.
75. Aslan S, Türkçapar H, Güney E, Eren N, Akkoca Y, Uğurlu M, Karakaş G. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar için Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8: 186-19.
76. Yılmaz E, Gençöz T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: a prospective study. *J Anxiety Disord* 2011; 25 (Suppl. 3): 389-396.
77. Tosun A, Irak M. Üst-Biliş-Ölçeği Türkçe uyarlaması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19: 67-80.
78. Lee R, Hermens D, Porter M, Redoblado-Hodge M. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *J Affect Disord* 2012; 113-124.
79. McDermott LM, Ebmeier KP. A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *J Affect Disord* 2009; 119: 1–8.
80. Gualtieri CT, Johnson LG, Benedict KB. Neurocognition in depression: patients on and off medication versus healthy comparison subjects. *J Neuropsychiatry Clin Neurosciences* 2006; 18: 217–225.

81. Khodarahimi S, Rasti A. The roles of implicit memory bias, depression, and metacognitions in men and women with coronary artery disease. *Am J Men's Health* 2012; 6: 519-527.
82. Hermans D, Engelen U, Grouwels L, Joos E, Lemmens J, Pieters G. Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behav Res Ther* 2008; 98–113.
83. Hermans D, Martens K, DeCort K, Pieters G, Eelen P. Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Therapy* 2003; 41: 383-401.
84. Buruin GO, Muris P, Rassin E. Are there specific metacognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessive thoughts? *Personality and Individual Differences* 2004; 42: 689-699.
85. Cuchii M, Vittoria B, Daniele C, Ricci L, Conca V, Ronchi P, Smeraldi E. An exploratory study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comp Psych* 2012; 546-53.
86. Moritz S, Peters M, Larøi F, Lincoln T. Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: a comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cogn Neuropsychiatry* 2010; 15: 531-548.
87. Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini S. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive–compulsive symptoms and coping styles: a preliminary prospective study on an Italian nonclinical sample. *Clin Psychol Psychother* 2007; 14: 258-268.
88. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 436-442.
89. Grotte T. Metacognitions, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *Norwegian Uni Sci Technol* 2011; 39.
90. Corcoran KM, Woody SR. Appraisals of obsessional thoughts in normal samples. *Behav Res Therapy* 2008; 46: 71-83.
91. Nieto PA, Delgado RM, Mateos LL, Bueno N. Cognitive control and anxiety disorders: metacognitive beliefs and strategies of control thought in GAD and OCD. *Clin and Health* 2010; 21: 159-166.

92. Safrancı B. The association between metacognitions and psychological symptoms: moderator role of coping strategies Uzmanlık Tezi, Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, 2010.
93. Matthews G, Hillyard EJ, Campbell SE. Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1999; 6: 111–125.
94. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clin Psychol Psychother* 2004; 11: 137–144.
95. Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psych Res* 2009; 240-243.
96. García-Montes JM, Pérez-Álvarez M, Balbuena CS, Garcelán SP and Cangas AJ. Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: the superstition factor. *Behav Res Ther* 2006; 44: 1091-1104.
97. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *J Anxiety Disord* 2005; 19: 806-817.

6. EKLER

EK-A

Üst biliş Ölçeği-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.

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 gelmeye 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)

EK-B

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Hasta adı:

Yaşı:

Doldurma tarihi:

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana X işareti koyarak belirtiniz (Hiç katılmıyorum, çok az katılıyorum, epeyce katılıyorum, tamamen katılıyorum).

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

EK-C

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

- 1.Somatik uğraşlar; Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriazis
- 2.Anksiyete; Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku
- 3.Duygusal içe kapanma; Spontan interaksyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik
- 4.Düşünce çözülmesi; Konfü, kopuk, bağlantısız dezorganize düşünce süreçleri
- 5.Suçluluk duyguları; Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma
- 6.Gerginlik; Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik ve motor belirtileri
- 7.Manyerizm ve postür; Tuhaf, acaip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)
- 8.Grandiyozite; Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı
- 9.Depresif duygudurum; Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik
- 10.Düşmanca davranış; Başkalarına karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret
- 11.Kuşkuculuk; Güvensizlik, başkalarının kasıtlı olarak kötülük yapacağına inanma
- 12.Hallüsinatuvar davranış; Normal dışı, uyaran olmaksızın algılama
- 13.Motor yavaşlama;Yavaşlamış, zayıflamış hareket ve konuşma, beden kuvvetinde azalma
- 14.İşbirliği kurmama; Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme
- 15.Olağan dışı düşünceler; Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı
- 16.Duygusal küntlük; Azalmış duygusal ton,duyguların normal şiddetinde azalma
- 17.Taşkınlık; Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma
- 18.Dezoryantasyon; Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı

EK-D

Obsesif İnanışlar Ölçeği-44

Bu envanter insanların kapıldıkları farklı tutum ve inançları sıralamaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Her bir ifade için sizin *düşüncenizi en iyi tanımlayan* rakamı işaretleyiniz. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur.

Verilen ifadenin sizin genel bakış açınızı temsil edip etmediğine karar verirken *çoğu zaman* nasıl düşündüğünüzü gözünüzün önüne getiriniz.

Cevaplarken aşağıdaki ölçeği kullanınız:

(1)	2	3	4	5	6	7		
Kesinlikle katılmıyorum	Orta düzeyde katılmıyorum	Çok katılmıyorum	az katılıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Çok katılıyorum	az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum

Soruları puanlarken ölçekteki orta noktayı (4) işaretlemekten kaçınınız. Daha çok kendi inanç ve tutumlarınıza göre genellikle ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

1. Çevremdeki şeylerin genellikle tehlikeli olduklarını düşünürüm. 1 2 3 4 5 6 7
2. Bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır. 1 2 3 4 5 6 7
3. Benim kendi ölçütlerime göre her şey mükemmel olmak zorundadır. 1 2 3 4 5 6 7
4. Değerli bir insan olabilmek için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım. 1 2 3 4 5 6 7
5. Fırsatını bulduğum zaman kötü şeylerin olmasını engellemek için harekete geçmem gerekir. 1 2 3 4 5 6 7
6. Zarar görme olasılığı olmasa bile her ne pahasına olursa olsun zararı engellemeye çalışmam gerekir. 1 2 3 4 5 6 7
7. Bana göre kötü isteklere sahip olmak, onları gerçekten yapmak kadar kötüdür. 1 2 3 4 5 6 7
8. Tehlikeyi önceden gördüğümde harekete geçmezsem her türlü sonuçtan ben sorumlu olurum. 1 2 3 4 5 6 7

9. Bir şeyi mükemmel şekilde yapamayacaksam onu hiçbir şekilde yapmamalıyım. 1 2 3 4 5 6 7
10. Her zaman bütün potansiyelimi kullanmak zorundayım. 1 2 3 4 5 6 7
11. Bir duruma ilişkin olası bütün sonuçları dikkate almak benim için önemlidir. 1 2 3 4 5 6 7
12. Küçük hatalar bile bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir. 1 2 3 4 5 6 7
13. Sevdiklerim hakkında saldırgan düşüncelere ve dürtülere sahipsem, bu benim içten içe onlara zarar vermek isteyebileceğim anlamına gelir. 1 2 3 4 5 6 7
14. Kararlarımdan emin olmak zorundayım. 1 2 3 4 5 6 7
15. Gündelik karşılaşılabilecek her türlü durumda, zarara engel olamamak kasten zarara sebep olmak kadar kötüdür. 1 2 3 4 5 6 7
16. Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli çaba harcamayı gerektirir. 1 2 3 4 5 6 7
17. Benim için bir zararı engellemek zarara neden olmak kadar kötüdür. 1 2 3 4 5 6 7
18. Bir hata yaparsam üzüntü duymam gerekir. 1 2 3 4 5 6 7
19. Benim kararlarımın veya yaptıklarımın olumsuz sonuçlarının başkalarına herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmam gerekir. 1 2 3 4 5 6 7
20. Bana göre mükemmel olmayan şeyler doğru değildir. 1 2 3 4 5 6 7
21. Müstehcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir. 1 2 3 4 5 6 7
22. Ekstra önlemler almazsam, ciddi bir kaza geçirme veya ciddi bir kazaya neden olma olasılığım bir başkasına göre çok daha fazladır. 1 2 3 4 5 6 7
23. Kendimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye olabildiğince hazırlıklı olmak zorundayım. 1 2 3 4 5 6 7
24. Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalı. 1 2 3 4 5 6 7
25. Benim için bir hata yapmak tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür. 1 2 3 4 5 6 7
26. Küçük meselelerde bile her şeyin açıkça belirlenmiş olması önemlidir. 1 2 3 4 5 6 7

27. Dine aykırı bir düşünceye sahip olmak din dışı bir şey yapmak kadar günahtır. 1 2 3 4 5 6
7
28. Zihnimi istenmeyen düşüncelerden uzak tutabilmeliyim. 1 2 3 4 5 6
7
29. Kendime veya başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınım. 1 2 3 4 5 6
7
30. Kötü düşüncelere sahip olmak benim acayip veya anormal biri olduğum anlamına gelir. 1 2 3 4 5 6
7
31. Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmak zorundayım. 1 2 3 4 5 6
7
32. İstenilmeyen bir cinsel düşünce veya hayale sahip olmak onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir. 1 2 3 4 5 6
7
33. Muhtemel bir felaketin yaşanmasında yaptıklarımın az bir etkisi bile olsa ortaya çıkacak sonuçtan ben sorumlu olurum. 1 2 3 4 5 6
7
34. Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılırım. 1 2 3 4 5 6
7
35. İstem dışı gelen düşüncelere sahip olmak kontrolden çıktığım anlamına gelir. 1 2 3 4 5 6
7
36. Çok dikkatli olmazsam zarara sebep olacak olaylar meydana gelecektir. 1 2 3 4 5 6
7
37. Bir şeyler tam olarak doğru bir şekilde yapılanaya kadar üzerinde çalışmam gerekir. 1 2 3 4 5 6
7
38. Saldırgan düşüncelere sahip olmak kontrolü kaybedeceğim ve saldırganlaşacağım anlamına gelir. 1 2 3 4 5 6
7
39. Bana göre bir felakete engel olamamak ona neden olmak kadar kötüdür. 1 2 3 4 5 6
7
40. Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam insanlar bana saygı göstermezler. 1 2 3 4 5 6
7
41. Hayatımdaki sıradan deneyimler bile risk doludur. 1 2 3 4 5 6
7
42. Kötü bir düşünceye sahip olmak ahlaki olarak kötü bir iş yapmaktan farklı değildir. 1 2 3 4 5 6
7
43. Ne yaparsam yapayım yeterince iyi olmayacak. 1 2 3 4 5 6
7
44. Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım. 1 2 3 4 5 6
7

Obsesif İnançlar Ölçeği 44 (OIÖ-44) Dereceleme Anahtarı

Sorumluluk/ Tehlike Beklentisi (Responsibility/ Threat Estimation)

1, 5, 6, 8, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 29, 33, 34, 36, 39, 41

Mükemmeliyetçilik/ Kesinlik (Perfectionism/Certainty)

2, 3, 4, 9, 10,11, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 31, 37, 40, 43

Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme (Importance/Control of Thoughts)

7, 13, 21, 24, 27, 28, 30, 32, 35, 38, 42, 44

EK-E

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, iş göremez 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 çabaharcama 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 yöneltebiliyor.

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 hâlâ başa çıkılabilir durumda.

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

4: İleri derecede, iş göremez 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 iş göremez 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 güçlkle geciktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleştirmektedir, bir an için bile geciktirememektedir.

11. Hastanın Obsesyon ve Kompulsiyonlarına Hakkında İlgörüsü

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, iş göremez 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. İş göremez 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, iş göremez 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.

7. ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Kahramanmaraş'ta doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Kahramanmaraş'ta tamamladıktan sonra 2006 yılında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2010 Nisan TUS sınavını kazanarak Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD'da başladığım eğitimime halen devam etmekteyim.