



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

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA DÜŞÜNCE EYLEM
KAYNAŞMASI, BÜYÜSEL DÜŞÜNCE VE ŞİZOTİPAL KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Çağlar ÇETİN

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA
2019**



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

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA DÜŞÜNCE EYLEM
KAYNAŞMASI, BÜYÜSEL DÜŞÜNCE VE ŞİZOTİPAL KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Çağlar ÇETİN

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Başaran DEMİR

**ANKARA
2019**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince, bilgi, birikim ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkıda bulunan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum tez danışmanım Prof. Dr. Başaran Demir'e teşekkürlerimi iletirim.

Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler sırasında bilgi ve tecrübesiyle katkıda bulunan Prof. Dr. Elif Barışkın'a ve Hacettepe Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Pınar Özdemir'e teşekkürü borç bilirim.

Uzmanlık eğitimimin ilk gününden beri bilgi ve deneyimini sabırla ve içtenlikle paylaşan, yardımını ve zamanını esirgemeyen Doç. Dr. Ş. Özlem Erden Aki'ye, Doç. Dr. Yavuz Ayhan'a, Doç. Dr. Koray Başar'a, Doç. Dr. Sertaç Ak'a ve Dr. Öğr. Üyesi Şeref Can Gürel'e ayrıca teşekkür borçluyum.

Asistanlık hayatım boyunca, mesleki kimliğimin oluşmasında emekleri olan, eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini aktaran, nitelikli eğitim almamı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Berna Uluğ'a, Prof. Dr. M. Kâzım Yazıcı'ya, Prof. Dr. Aylin Uluşahin'e, Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu'na, Prof. Dr. Aygün Ertuğrul'a, Prof. Dr. Suzan Özer'e, Prof. Dr. Cengiz Kılıç'a, Doç. Dr. Emine Eren Koçak'a, Dr. Öğr. Üyesi İrem Yıldız'a, Dr. Öğr. Üyesi Elçin Özçelik Eroğlu'na ve Dr. Öğr. Üyesi Talat Demirsöz'e teşekkürlerimi sunarım.

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Nöroloji rotasyonlarım sırasında mesleki eğitimime katkı sağlayan tüm değerli hocalarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım boyunca birlikte çalıştığımız, birlikte öğrendiğimiz, bilgi ve deneyimlerimizi, duygularımızı paylaştığımız asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm psikolog, hemşire, sekreter ve yardımcı sağlık personeli arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Desteklerini, sevgilerini, anlayışlarını esirgemeyen aileme, arkadaşlarıma ve biricik eşim Fatma Genç Çetin'e bilhassa teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Çağlar ÇETİN

ÖZET

Çetin Ç., Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2019.

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastalarda düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce gibi bilişsel yanlılık hatalarının ve şizotipal kişilik özelliklerinin hastalık gelişiminde ve süreğenliğinde rolü olduğuna dair literatürde çeşitli bulgular yer almaktadır. Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan kişilerde; kesitsel olarak düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özelliklerinin sağlıklı kişilerle karşılaştırılması, tüm grupta ve ayrı olarak hasta ve kontrol gruplarında ilgili parametrelerinin obsesif kompulsif belirtilerle ve kendi aralarındaki ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ekim 2018 – Mayıs 2019 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurmuş ya da Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi almış, obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulmuş olan 37 katılımcı, araştırma grubu olarak; herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 36 sağlıklı katılımcı ise kontrol grubu olarak araştırmaya alınmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna alınacak katılımcılara *DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)* uygulanmış, tüm katılımcılar *Sosyodemografik Bilgi Formu*, *Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEK-Ö)*, *Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE)*, *Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)*, *Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ)*, *Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ)*, *Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)* ve *Beck Depresyon Envanteri (BDE)* ile değerlendirilmişlerdir. Hasta grubu katılımcılarının Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (*DEK-Ö*) toplam puan ve tüm alt boyutlarının puanları bakımından, büyüsel düşünce ölçeğinden (*BDÖ*) ve şizotipal kişilik ölçeğinden (*ŞKÖ*) aldıkları puanlar bakımından, kontrol grubu katılımcılarının aldıkları puanlara göre anlamlı olarak yüksek değerler sergiledikleri saptanmıştır. *DEK-Ö* ve alt boyutlarının *BDÖ* ve *ŞKÖ* ile ilişkilerine bakıldığında hasta grubunda büyüsel düşünceyi ölçen *BDÖ* ile *DEK*'in tüm alt boyutları arasında; şizotipal özellikleri değerlendiren *ŞKÖ* ile *DEK-Olabilirlik* (*DEK-O*) ve *DEK-Olabilirlik Diğerleri* (*DEK-OD*) alt boyutlarıyla anlamlı pozitif yönde ilişkileri olduğu saptanmıştır. Tüm örnekleme ve hasta grubunda yapılan analizlerde, *DEK-O* alt boyutu ve *DEK-Ahlâk* (*DEK-A*) alt boyutu ve *BDÖ*'den ve *ŞKÖ*'den alınan puanlar ile Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (*VOKE*)'nin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Hasta grubunda yapılan korelasyon analizlerinde büyüsel düşünce ile; *VOKE*-Obsesyonlar, *VOKE*-Kontrol Etme, *VOKE*-Biriktirme, *VOKE*-Kararsızlık, *VOKE*-Sadece Doğru Hissetme alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler saptanmış; ancak, *VOKE*-Bulaşma Kirlenme alt boyutu ile aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların sağlıklı kontrollere göre düşünce eylem kaynaşması ve büyüsel düşünce gibi bilişsel yanlılık hatalarını daha fazla yaptıkları ve bu kişilerde şizotipal kişilik özelliklerinin daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastalarda büyüsel düşünce ile *DEK*'in tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler saptanmış olmasına rağmen, kontrol grubu katılımcılarında büyüsel düşünceyle sadece *DEK*-Toplam puanı ve *DEK*-Ahlâk alt boyutu arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. *DEK-A*, *DEK-O*, *DEK-Olabilirlik Kendisi* (*DEK-OK*), büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özelliklerinin *cinsel*, *dini*, ve *zarar verme* obsesyonlarıyla; *kontrol etme* kompulsiyonlarıyla ve *biriktirme/istifleme* obsesyonları ve kompulsiyonları ile anlamlı derecede pozitif ilişki içerisinde oldukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce, şizotipal kişilik özellikleri, obsesif kompulsif belirtiler

ABSTRACT

Çetin Ç., *Investigation of the Relationships Between Thought-Action Fusion, Magical Thinking and Schizotypal Personality Characteristics in Obsessive-Compulsive Disorder. Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Dissertation Thesis, Ankara, 2019.* In this cross sectional study; thought-action fusion, magical thinking and schizotypal personality traits were compared in obsessive compulsive patients and healthy subjects. Between October 2018 and May 2019, thirty-seven participants who applied to the Psychiatry Outpatient and Inpatient Clinics of Hacettepe University, Department of Psychiatry and diagnosed as obsessive compulsive disorder were included in this study. Thirty-six healthy subjects without any psychiatric disease were included in as the control group. Participants who are in the control group were assessed by means of a *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)* and all the participants were required to fill out *sociodemographic information form, Thought Action Fusion Scale (TAF-S), Vancouver Obsessive Compulsive Inventory (VOCI), Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI), Magical Ideation Scale (MIS), Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI)*. It was found that OCD patients has showed significantly higher values than control subjects in terms of Thought Action Fusion Scale (*TAF-S*) total score and the scores of all sub-dimensions, Magical Ideation Scale (*MIS*), and Schizotypal Personality Questionnaire (*SPQ*). In the whole sample and patient group analysis, *TAF-Likelihood* and *TAF-Moral* subdimensions and the scores obtained from *MIS* and *SPQ* were significantly correlated with all subscales of the *VOCI*. According to the results of the analysis in the patient group, there was a positive correlation between *MIS* and all sub-dimensions of *TAF-S*, and, there was a positive correlation between *SPQ* and *TAF-Likelihood (TAF-L)* and *TAF-Likelihood Others (TAF-LO)* subscales. Correlation analyzes in the patient group has revealed that, there are significant positive relationships between magical thinking and *VOCI-Checking, VOCI-Obsessions, VOCI-Hoarding, VOCI-Just Right* and *VOCI-Indecisiveness* subdimensions. However no significant relationship has been found between magical thinking and *VOCI-Contamination* sub-dimension scores. It was found that the patients with obsessive-compulsive disorder had more cognitive biases such as thought-action fusion and magical thinking and more schizotypal personality traits than the healthy subjects. While there was a significant relationship between magical thought and all sub-dimensions of *TAF* in patients with obsessive compulsive disorder, significant differences were found only between magical thought and *TAF-Total score* and *TAF-Moral* sub-dimension in the control group participants. In this study, *TAF-Moral, TAF-Likelihood* and *TAF-Likelihood-Self* sub-dimensions, *magical thinking* and *schizotypal personality traits* were found to be significantly associated with *sexual, religious, aggression obsessions, checking compulsions* and *hoarding obsessions* and *compulsions*.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, thought-action fusion, magical thinking, schizotypal personality traits, obsessive-compulsive symptoms

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR.....	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2. 1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihçesi.....	3
2. 2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanı Sistemlerinde Sınıflandırılması.....	4
2. 3. Obsesif Kompulsif Bozuklukla İlgili Psikanalitik Görüşler.....	8
2. 4. Obsesif Kompulsif Bozuklukla İlişkili Bilişsel Davranışçı Modeller.....	11
2. 5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması.....	14
2. 6. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Düşünce Eylem Kaynaşması Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Çalışmalar.....	18
2. 7. Düşünce Eylem Kaynaşması ile Diğer Psikopatolojiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	19
2. 8. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri.....	20
2. 9. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkileri Araştıran Çalışmalar.....	22
3. AMAÇ VE SORULAR	
3. 1. Araştırmanın Amaç ve Soruları.....	26
4. GEREÇLER VE YÖNTEM.....	27
4. 1. Araştırmanın Örneklemi.....	27
4. 1. 1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri.....	27
4. 2. Araştırmanın Deseni.....	27

4. 3. Araştırmada Kullanılan Ölçekler, Testler ve Diğer Değerlendirme Araçları.....	28
4. 3. 1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	28
4. 3. 2. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEK-Ö).....	28
4. 3. 3. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE).....	29
4. 3. 4. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL).....	29
4. 3. 5. Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ).....	30
4. 3. 6. Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ).....	30
4. 3. 7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	30
4. 3. 8. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	30
4. 3. 9. DSM-IV 1. Eksen Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).....	31
4. 4. İstatistiksel Yöntemler.....	31
4. 5. Etik Kurul İzni.....	31
5. BULGULAR.....	32
5. 1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler	32
5. 1. 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri.....	32
5. 1. 2. Örneklemin Klinik Özellikleri.....	33
5. 2. Hasta ve Kontrol Gruplarının Klinik Değerlendirme Ölçeklerinde Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular.....	34
5. 3. Tüm Örnekleimde DEK ve DEK'in Alt Boyutları İle Büyüsel Düşünce Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	36
5. 4. OKB Belirtileri İle DEK, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	40
5. 5. Mevcut Çalışma Hipotezlerine Ek Olarak Yapılan İstatistiksel Analizler.....	46
6. TARTIŞMA.....	49
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
8. KAYNAKLAR.....	60
9. EKLER.....	67
EK-1: Sosyodemografik Bilgi Formu.....	67
EK-2: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEK-Ö).....	68

EK-3: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE).....	70
EK-4: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL).....	74
EK-5: Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ).....	76
EK-6: Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ).....	78
EK-7: Beck Depresyon Envanteri (BDE)	82
EK-8: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	83
EK-9: Bilgilendirilmiş Onam Formu	85

KISALTMALAR

BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDE	Beck Depresyon Envanteri
BDÖ	Büyüsel Düşünce Ölçeği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DEK	Düşünce Eylem Kaynaşması
DEK-A	Düşünce Eylem Kaynaşması-Ahlâk
DEK-O	Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik
DEK-OD	Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Diğerleri
DEK-OK	Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Kendisi
DEK-TOP	Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği Toplam Puanı
DEK-Ö	Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
MOKSL	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
MOKSL-KE	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Kontrol Etme
MOKSL-KU	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Kuşku
MOKSL-RU	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Ruminasyonlar
MOKSL-TE	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Temizlik
MOKSL-TOP	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Toplam Puanı
MOKSL-YA	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Yavaşlık
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SCID-I	DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV)
SSGİ	Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
ŞKÖ	Şizotipal Kişilik Ölçeği

VOKE	Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri
VOKE-Bİ	Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Biriktirme
VOKE-BK	Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Bulaşma Kirlenme
VOKE-KAR	Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Kararsızlık
VOKE-KE	Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Kontrol Etme
VOKE-OB	Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Obsesyonlar
VOKE-SDH	Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Sadece Doğru Hissetme
VOKE-TOP	Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Toplam Puanı

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa No
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	33
5.2. Klinik Değerlendirme Ölçeklerine İlişkin Bulgular	35
5.3. Tüm Örneklemde DEK ve Alt Boyutları, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	37
5.4. Hasta Grubunda DEK ve Alt Boyutları, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	38
5.5. Kontrol Grubunda DEK ve Alt Boyutları, Büyüsel Düşünce Ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	39
5.6. Tüm Örneklemde DEK ve Alt Boyutları, Büyüsel Düşünce, Şizotipal Kişilik Özelliklerinin VOKE Alt Boyutları ile Aralarındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	42
5.7. Hasta Grubunda DEK ve Alt Boyutları, Büyüsel Düşünce, Şizotipal Kişilik Özelliklerinin VOKE Alt Boyutları ile Aralarındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	45
5.8. Tüm Örneklemde Katılımcıların Cinsiyetleri Açısından Büyüsel Düşünce Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	46
5.9. Hasta grubunda En Az 3 Ay Süreyle BDT Alanlar ile En az 3 Ay Süreyle BDT Almayanlar ve Daha Önce Hiç BDT Almayanlar Arasında Büyüsel Düşünce Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	47
5.10. Kontrol Grubunda Tıp Öğrencileri ve Tıp Doktorları ile Diğer Meslek Grupları Arasında Büyüsel Düşünce Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması	48

1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), bireyde belirgin bir bunaltıya sebebiyet veren obsesyonlar ve obsesyonların yarattığı bu bunaltıyı azaltmayı amaçlayan ya da korkulan sonuçları engellemek için gerçekleştirilen davranışlar (ya da zihinsel eylemler) olarak tanımlanan kompülsiyonlar ile karakterize bir ruhsal rahatsızlıktır. Yapılan çeşitli çalışmalarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı % 2.3, 12 aylık yaygınlığı ise % 1.2 olarak hesaplanmıştır (1). Erişkin yaşamda kadınlardaki yaygınlık oranı erkeklere göre hafifçe daha fazla iken, çocukluk döneminde erkeklerdeki yaygınlığının kadınlara göre kısmen daha yüksek olduğu saptanmıştır (2).

OKB'nin oluş nedenlerine dair çeşitli nörobiyolojik, psikanalitik ve bilişsel hipotezler, görüşler ileri sürülmüştür. İlgili nörobiyolojik çalışmalar ve hastalığın oluşuna ve doğasına dair psikanalitik ve bilişsel hipotezler hastalığın tedavisiyle ilgili yeni birtakım gelişmelere yol açabilmektedir. Bunlara rağmen OKB tedavisinde halen düşük olmayan bir oranda tedaviye direnç ya da yanıtızlık durumu söz konusu olagelmektedir.

Yapılan çalışmalarda OKB hastalarında bir selektif serotonin gerialım inhibitörü (*SSGİ*) tedavisine; kullanılan doza, tedaviye yanıt ölçütlerindeki farklılıklara da bağlı olarak, % 40-60 oranları arasında yanıt alınabilmektedir (3). Bir SSGİ tedavisine yanıt vermeyen olguların %20'si ikinci bir SSGİ tedavisine yanıt verebilmektedir (4). İlk basamakta ya da dirençli hastalarda bilişsel davranışçı tedaviler (BDT) de etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemleri arasındadır (5).

OKB hastalarının BDT'sinde bilişsel süreçlerin değerlendirilmesi önem taşır. OKB'nin bilişsel davranışçı modellerini anlamaya çalışırken “Düşünce Eylem Kaynaşması” ve “Büyüsel Düşünce” gibi bilişsel yanlılık hatalarını değerlendirmek hastalığın doğasını anlamak, ve tedavisini düzenlemek bakımından önem arz etmektedir (6). OKB'de şizotipal özelliklerin yüksek oranlarda olması (7), eşlik eden şizotipal özelliklerin tedavi yanıtını olumsuz etkilemesi (8) sebebiyle; şizotipal özelliklerin bir yansıması olarak da kabul edilebilen büyüsel düşünce (9) ve büyüsel düşüncenin özel bir formu olduğu düşünülen düşünce eylem kaynaşması (10) OKB'de normal zorlayıcı girici düşüncelerden obsesyona ve kompulsiyona giden süreci anlamak açısından önemlidir.

Bu arařtırmanın amacı, obsesif kompulsif bozuklukta dūřünce eylem kaynařması, büyüsel dūřünce ve řizotipal kiřilik özellikleri arasındaki iliřkileri arařtırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihçesi

Klinik görünüm olarak obsesyon ve kompulsiyonların oluşturduğu hastalık tablosu, yaklaşık 300 yılı aşkın bir süredir bilinmesine rağmen bugüne değin değişik adlarla tanımlanmıştır. Eski din kitaplarında buna işaret eden davranış örnekleri bulunmaktadır. Dinsel ve büyüsel törenlerin kaynağında büyük oranda obsesif-kompulsif nevrozda benzer psikolojik düzeneklerinin rol oynadığı ileri sürülmektedir (11). Shakespeare'in Lady Machbeth eserinde olduğu gibi, edebi karakterlerde de obsesif kompulsif belirtilere rastlanmaktadır. Lady Machbeth'in etkilemesi ile kocası, Kral Duncan'ı öldürdükten sonra Lady Macbeth, hissettiği suçluluk duygusunu sürekli ellerini yıkayarak gidermeye çalışmakta ve ellerinin pis olduğu düşüncesini bir türlü zihninden çıkaramamaktadır (12). On dokuzuncu yüzyılda klinisyenler farklı isimlerle bu klinik durumu tanımlamaya çalışmışlardır. Pinel'in mevcut tabloyu "*folie raisonnée*" ismiyle tanımlamasından sonra 1838'de Esquirol'un "*monomanier*" tanımlaması; izleyen yıllarda Delasiauve'in "*pseudomonomanies*", Trelat'ın "*folie lucide*", J. Falret (1864)'in "*folie du doute*" (tereddüt manisi/deliliği) , Legrand du Saulle'ün "*folie du doute avec delire du toucher*" gibi kavramları ile hastalık isimlendirmeye çalışılmıştır (7). Tıp literatüründe ilk kez hastalığı tanımlayan ise 1838 yılında Jean Etienne Dominique Esquirol'dur (13). Daha sonra Westphal OKB'deki temel patolojinin akıl dışı düşünceler olduğunu ileri sürerek bu düşünceleri "*mental tikler*" olarak tanımlamıştır (13). Freud'a göre de mevcut tablo nörotik olarak adlandırılrsa da eski tanımlamalarda obsesif kompulsif belirtiler ile psikotik belirtiler arasında yakın bir ilişki olduğu düşünülmekteydi. Alman ve İtalyan psikiyatristlerinin obsesyonlar ve paranoya arasında yakın bir ilişki görmesiyle alakalı olarak Morselli'nin "*paranoia rudimentaire*" isimlendirmesi buna örnek verilebilir (7). 19. yüzyıl boyunca obsesyonlar ve paranoya arasında ilişki bulunduğu, obsesyon aşırı değer verilmiş düşünce ve sanrı arasında yalnızca birer derece farkı olduğu düşünülmüştür. 20. yüzyılda obsesif kompulsif nevrozun nozolojik olarak ayrı bir kavram olarak sınıflandırılması, Janet ve Schneider'in tanımlamalarına göre şu şekilde oluşmuştur (7, 13):

1. Belli bir şeyi düşünmeye, hissetmeye veya yapmaya yönelik öznel bir zorlanmışlık hissi
2. Obsesyonun içeriği saçma veya “benliğe yabancı” algılanır, içgörü korunmuştur.
3. Obsesyona karşı bir direnme mevcuttur.

İlerleyen yıllarda araştırmacıların yeni çalışmaları ile obsesif kompulsif nevroz bünyesinde değişen ölçülerle nevrotik veya psikotik belirtiler barındırabileceği sonucu bulunmuştur. Bu yaklaşım obsesyonu oluşturan tanımlamaya neden az sayıda hastanın uyduğu sonucunu açıklayabilir. Aslında OKB hastalarının tümü kendilerini kendilerini belli bir kalıp içinde düşünmeye, hissetmeye ya da davranmaya zorlayan, benliğe yabancı bir gücün öznel deneyimini yaşamazlar. Benzer biçimde OKB hastalarının tümünde semptomlar “benliğe yabancı” olarak da hissedilmeyebilir ya da semptomlarıyla alakalı olarak “saçma ve akıl dışı” şeklinde bir adlandırma da yapamayabilirler (13). “İçgörü” varlığı temelinde başlayan bu tartışmalarda ilerleyen dönemlerde Aubrey Lewis yeni bir boyut katmıştır ve Lewis’a göre obsesyonun temel özelliği anlamsız olması değil, hastanın buna direnmek zorunda olduğunu hissetmesi yani “*öznel zorlantı deneyimi*”dir (7, 13). Çünkü obsesyon içsel kökenli olup içgörü ve direnç bu kökenin iki temel ögesidir; fakat sanrının dışarıdan geldiğine inanılır bu nedenle hasta sanrıya direnmez (13). İzleyen yıllarda başka araştırmacılar OKB’nin içgörü ekseninde değişkenlik gösteren bir psikopatolojik yelpaze gibi düşünebileceğini öne sürmüşlerdir (13, 14). Yelpazenin bir ucundaki “zayıf içgörüsü olan” hastaların durumu “*Obsesif Kompulsif Psikoz*” olarak sınıflandırılmış, İnsel ve Akiskal bu durumu rahatsız edici düşünceye karşı direnme bırakıldığında veya içgörü yitiminde obsesyon sanrıya dönüşebileceği şeklinde yorumlamışlardır. Aynı yazarlar bu durumu “*Psikotik Özellikli OKB*” olarak isimlendirmişlerdir (13, 14).

2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanı Sistemlerinde Sınıflandırılması

Tanım olarak obsesyonlar; istenmeden akla gelen, kişiyi belirgin olarak rahatsız eden, bireyin iradesi ile uzaklaştıramadığı, inatçı biçimde tekrarlayan, benliğe yabancı (*ego-distonik*) düşünceler, dürtüler ya da imgelerdir. Kompulsiyonlar ise haz amacı olmayan, çoğu zaman obsesyonların yarattığı kaygıyı azaltmayı amaçlayan ya da korkulan sonuçları engellemek için yapılan davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir

(15). Tipik obsesyonlar arasında bulaşma, kendine ya da başkasına zarar verme düşünceleri, cinsel-dini içerikli obsesyonlar, simetri-sayma-sıralama obsesyonları, biriktirme-istifleme obsesyonları sayılabilir (15).

Kompülsiyonlar, ritüeller olarak bilinir ve tekrar tekrar yapılan görünür davranışları ya da dışardan fark edilmeyen zihinsel eylemleri kapsar. Hastaların çoğunda hem obsesyon hem de kompülsiyon bir arada bulunur. Yalnızca obsesyonlarla gittiği düşünülen hastalar incelendiğinde, çoğunda obsesyonlarının yarattığı anksiyeteden kurtulmak için yaptıkları zihinsel eylemlerin bulunduğu görülmüştür (15).

Hastalığın belirti yapısı ile ilgili çeşitliliği tanımlamak üzere yola çıkan çalışmalar, ilk vadede büyük oranda kompülsiyonlara bakılarak yapılsa da; son 20 yıldır faktör analizlerine dayanarak yapılan çalışmalarda OKB'de fenomenolojik açıdan en temel 6 belirti grubu tanımlanmıştır (16);

- Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompülsiyonlar
- Cinsel/dini obsesyonlar ve ilişkili kompülsiyonlar
- Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompülsiyonları
- Simetri-düzen obsesyonları ve sayma/tekrarlama/sıralama kompülsiyonları
- İstifleme obsesyon ve kompülsiyonları
- Diğer obsesyonlar ve kompülsiyonlar

Hastalığın sınıflandırma sistemlerindeki durumuna bakacak olursak; Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (*American Psychiatric Association, APA*) 1952 yılında yayınlamış olduğu Ruh Hastalıkları I Tanı ve İstatistik Kılavuzunda (*DSM-I*), mevcut tablo Obsesif Kompulsif Reaksiyon; 1968'de *DSM-II*'de Obsesif Kompulsif Nevroz, 1978'de yayımlanan *DSM-III*'te Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) olarak isimlendirilmiştir (15). *DSM-IV-TR*'de ise OKB, anksiyete bozuklukları içerisinde yer almaktadır, bu sınıflandırma daha çok obsesyonlarla anksiyetenin ortaya çıkması, kompülsiyonlarla anksiyetenin giderilmeye çalışılması temelinde olmuştur (17). Son olarak da 2013 yılında yayınlanan *DSM-5*'te OKB, anksiyete bozuklukları adı altında

sınıflandırılmaktan çıkarılmış ve yeni bir başlık olan “*Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar*” başlığı altında sınıflandırılmıştır (18).

DSM-5'e göre OKB tanı kriterlerine bakacak olursak (18);

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar aşağıdakilerden [1] ve [2] ile tanımlanır:

- 1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide belirgin bir anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgeler.
- 2) Kişi bu düşüncelere, dürtülere ya da imgelere önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden [1] ve [2] ile tanımlanır:

- 1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı, kendisini zorlanmış gibi hissettiği yineleyici davranışlar (örneğin, el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin, 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. Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilir.

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar klinik açıdan kişide belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanının harcanmasına yol açar (örneğin; günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitile

ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C. Bu bozukluk bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal hastalığın belirtileri ile daha iyi açıklanamaz. (örneğin; bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı endişeler; trikotillomaninin olması durumunda saç yolma davranışı üzerinde durma; beden dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hastalık bunaltısı bozukluğunda olduğu gibi ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine sürekli düşünme; şizofreni spektrumu ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm spektrumu bozukluklarında olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif kompulsif bozukluğu ile ilgili inanışlarının kesinlikle ya da büyük olasılıkla gerçek olmadığını ya da olmayabileceğinin farkındadır.

İç görüşü kötü: Kişi obsesif kompulsif bozuklukla ilgili inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi obsesif kompulsif bozuklukla ilgili inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

DSM-5'te OKB'nin artık anksiyete bozuklukları adı altında sınıflandırılmamasının yanı sıra "uygunsuz" terimi yerine "istenmeyen" terimi kullanılmakta; bununla değişik kültürler açısından *ego-distonik* niteliğin daha iyi tanımlanması amaçlanmaktadır. Ayrıca obsesyonların anksiyete ve stres yaratıcı özelliğini ifade ederken "çoğu kişide" sözcüğü eklenmiş, bu durumun çoğu zaman görülse de herkes için aynı olmayabileceği belirtilmiştir. "Aşırı" ya da "mantıksız" gibi ifadelerin tanımı güç olduğundan bunların yer aldığı *DSM-IV-B* ölçütü kaldırılmıştır. Obsesyonların bazı hastalarda sanrısız özellik kazanabileceği düşünülerek sanrılı tipin *DSM*'nin psikotik bozukluk bölümünden çıkarılması ve OKB için düşük içgörülü şeklindeki ek tanımlayıcının daha geniş bir belirti yelpazesini kapsamaması amaçlanmıştır: iyi içgörü, kötü içgörü, sanrısallık gibi. Tik ile ilgili bir ek tanımlayıcı daha getirilmesi yine *DSM-5*'te yapılan değişiklikler arasındadır (19).

2.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukla İlgili Psikanalitik Görüşler

Freud, OKB ile ilişkili olarak psikanalitik görüşleri ilk ortaya atan kişilerden birisi olmuştur. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar Freud'dan çok önceleri tanımlanmış olmasına rağmen ayrı bir nozolojik tanımlamadan ziyade Janet'in tanımlamasıyla "*Psikastenî*" "*Psişik Zayıflık*" ya da "*Mental Dejenerasyon*" olarak tanımlanmaya çalışılmıştır. Freud'a göre ise bu hastalık nörozların prototipidir (20).

Freud, "*Obsesyonel Nöroz*" olarak tanımladığı bu hastalıkta anal döneme regresyon ve saplanma, yer değiştirme, yalıtma, yapma-bozma gibi hastalığa özgün savunma düzeneklerini gözlemlemiş ve ego-süperego arasındaki ilişkide sadomazoşistik özelliklere dikkat çekmiştir. Freud'a göre obsesyonel nöroz ödipal istekler sonucunda ortaya çıkar (20). Ödipal döneme ait dürtü ve isteklerin yarattığı ciddi çatışmaya bağlı olarak anksiyete ortaya çıkar ve hasta anksiyeteye baş edemediği için libido daha önceki psikoseksüel gelişim evresi olan anal-sadistik organizasyon evresine geriler (20, 21). Gerilemenin yaşandığı anal-sadistik evrede libidinal dürtü, nesnesine karşı hem sevgi hem de nefret gibi karşıt ve birbiriyle çatışan dürtüleri birlikte yaşar, buna *ambivalans* adı verilir (20). Bu özellik nedeniyle her eylemde bu karşıtlık hali yaşanmakta, bu durum eyleme geçme aşamasında yaşanan tereddütlerle ve kararsızlıklarla kendisini göstermektedir (21). Obsesyonel nörozda gerileme de sorunu çözmeye yetmemektedir. Anal sadistik dürtüler de birey için

rahatsızlık verici olmaya başladığından ve bu evreye gerilemekle ödipal çatışmaların verdiği rahatsızlık hissinden de tam olarak kurtulunamadığından birey çatışmaların yarattığı anksiyeteyi hissetmeye devam etmektedir (20).

Obsesyonel nörozda kişi, anal erotik ve sadistik dürtüleri yalıtma, karşıt tepki oluşturma ve yapma-bozma savunma düzeneklerinin yardımıyla bilinçdışında tutmaya çalışır (20, 21). Karşıt tepki oluşturmada çatışma halindeki iki dürtüden birisi diğerini baskı altında tutmak için aşırı derecede yoğunlaşırsa diğeri bastırılarak ortadan kaybolur, görünürde olan ise kaybolmuş olanın zıttıdır. Obsesyonel nörozda bu düzenekle ileri derecede güçlü olan öfke bastırılmaya ve bilinçdışında tutulmaya çalışılır ve karşıtını bastırmak için sevgi büyük bir yoğunluk kazanır (20). Böylece ortadan kaybolan tutumun bilinçdışı sürmesine karşın, nefretin yerini sevgi, zalimliğin ve kabalığın yerini nezaket, inatçılığın yerini itaatkarlık, pislikten ve kirden zevk almanın yerini ise temizliğe düşkünlük almıştır.

Düşüncelerin, onlara eşlik eden duygulardan yalıtılması ve böylece benlik için daha kabul edilebilir hale getirilmeye çalışılmaları, obsesyonel nörozların savunmalarından birisi olarak tanımlanmıştır. Yalıtma, bastırmanın işlevini yerine getirmekte zorlandığı durumlarda yardımcı ve yerine geçici bir işlev görebilir. Örnek vermek gerekirse, bir yakınının kaza geçireceğine dair obsesif bir düşüncenin bilinç düzeyine ulaşması, eşlik ettiği duyguların yalıtılmasıyla mümkün olabilir. Bu durumda kişi duygunun eşlik etmediği bu düşünceyi kendine yabancı olarak görür ve isteği dışında akına zorla girdiği biçiminde yaşar ve benlik sıkıntı verici bu düşünceyi bilinç düzeyinden uzaklaştıramadığında yalıtma vasıtasıyla duygusal yükü girici düşünceden uzaklaştırmış olur. Böylece zayıflatılmış düşünce bilinç düzeyinde kalmıştır fakat çağrışımlardan ayrılmıştır. Sonuç olarak bakılırsa yalıtma vasıtasıyla dürtünün duygusal bileşeni düşünce içeriğinden ayrılarak bilinçdışına itilmekte ve kişi sadece duygusal komponentinden ayrılmış arındırılmış düşünceyi bilinç düzeyinde farketmektedir (21).

Yapma-bozma düzeneği, kompulsif eylemlerde dürtünün denetiminin ve anksiyetenin yatıştırılmasını amaçlayan ve kompulsif eylemlerle ilişkisi olduğu düşünülen bir savunma düzeneğidir. Yapma-bozma, bastırmanın işlevini yerine getirmekte zorlukla karşılaştığı durumlarda, yardımcı ve yerine geçici bir düzenektir.

Psikanalitik görüşe göre yapma-bozma düzeneğini obsesif nörozlarda belirtilerde iki aşamalı olarak görülebilir. Bir eylem, başka bir ikinci eylemle bozulmakta, böylece sanki birince eylem hiç yapılmamış gibi olmaktadır. Yineleyici olarak yapma-bozma hem dürtüsel arzunun hem de ona savunma olarak karşı koyma arzusunun doyurulmasını ifade eder, böylece eş zamanlı olarak birbirlerine zıt konumdaki iki amaca hizmet etmiş olur (21). Yapma-bozma eylemi sırasında bir kişi cinsel dürtülerini ya da saldırgan içerikli dürtüleri sebebiyle, bilinçdışı olarak oluşabileceğini hayal ettiği zararı ortadan kaldırmayı amaçlayan bir eylem yapar, büyüsel kökenli olan bu düzenekle benliğin tehlikeli bulunduğu birtakım dürtülerin etkileri yok sayılmak amaçlanmaktadır. Bu düzenek, bazı olayların olmasını ya da yinelenmesini engellemek için önlemlerin alınmasını amaçlamakla beraber, bir taraftan da mantık dışı ve büyüsel bir şekilde, sanki olmamış gibi kılarak bir şeyden ya da sonuçlarından kurtulmayı amaçlar. Çocuklardaki ya da erişkinlerdeki bir takım törenselle davranışlar bu düzenekle açıklanabilecek içerikler taşır (21). Yapma-bozma düzeneğine örnek olarak yineleme kompulsiyonları örnek verilebilir. İki aşamalı ve ikinci aşamanın birincisini etkisiz hale getirdiği ve yansızlaştırdığı bu türden kompulsif eylemler, obsesif nörozlar için tipiktir. Libido ile saldırgan dürtüler çatışmada, yapma-bozma eylemi vasıtasıyla bu iki zıt dürtünün önce birisi sonra diğeri doyum bulmaktadır (21).

Freud'dan sonraki dönemde OKB ile alakalı psikanalitik görüşlere bakılacak olursa, Meares'in teoreminden bahsetmek yerinde olacaktır. Meares, kontaminasyon obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları olan OKB hastalarıyla ilişkili görüşlerinde "*düşüncelerin omnipotansının*" bu semptomatolojide temel rollerden birisini oynadığını iletmektedir. Meares'e göre "*düşüncelerin omnipotansı*" yaşamın ilk 4 yılında çocuğun içsel yaşantıları ile dış dünya arasındaki ayrımı fark edememesi temeline dayanır, bu dönemde baskın olan düşünce şekli *büyüsel düşüncedir*. İlerleyen zamanlarda oluşan kendilik sınırı iç ve dış dünyayı ayırır. Kendilik sınırının henüz oluşmadığı ve *büyüsel düşüncenin* baskın olduğu ilk 4 yılda çocuk düşüncelerinin, duygularının, arzularının dış dünyayı ve çevreyi etkileyebildiğini, dış dünya ve çevrenin de kendisine nüfuz edip kendisinin üzerinde etkili olabileceğine inanır ve bu inanç sonucunda büyüsel bir bulaşma hali söz konusudur. Meares'e göre de OKB hastalarının kendilik sınırları gelişmediği için hasta mikrop, kir gibi dış tehlike olarak adlandırdığı etmenlere karşı açık iken ek olarak da sevdiklerine zarar verme korkusu

taşımaktadır ve bunu da bir tehdit olarak görmektedir, bu sebeple her iki durumun da yarattığı anksiyeteyele başedebilmek için obsesif kompulsif ritüellerden oluşan bir sistem geliştirir. (20, 22).

Psikanalitik görüşlere göre genel olarak bakıldığında, OKB'nin temel özellikleri olan obsesyonlar ve kompulsiyonlar bilinçdışı dürtülerin, bunlara karşı olan savunmaların , süperegonun dürtülere karşı olan katı tutumunun ikâmeleridir (20).

2.4. Obsesif Kompulsif Bozuklukla İlişkili Bilişsel Davranışçı Modeller

OKB ile ilişkili olarak ilk dönemlerde ortaya atılan davranışçı görüşlere göre Mowrer, obsesyonlarda fobilere benzer şekilde hem klasik hem de edimsel koşullanmayı içeren iki aşamalı bir model oluşturmuştur (21). Mowrer, bu şekildeki anksiyete temelli sorunlarda organizmanın korkuyla ilişkilendirilmiş koşullu uyaranlardan başlangıçta kaçarak, sonra da kaçınma yoluyla uyaranların oluşturduğu sıkıntı hissini azaltmayı öğrendiğini; bu noktada korkunun klasik koşullanma yoluyla kazanıldığını fakat korkunun sürdürülmesinde edimsel koşullanmanın katkısı olduğunu ileri sürmüştür (21, 23). Mowrer'in ileri sürdüğü klasik ve edimsel koşullanma kuramı OKB'ye de uygulandığında ortaya şu sonuç çıkabilir: İlk aşamada yansız nesne veya düşüncelerin, anksiyete yaratma yeteneğine sahip uyaranlarla koşullanmasıyla koşullu uyaran olarak obsesyonlar ortaya çıkmaktadır. Obsesif belirtilerin gelişimini tamamladığı ikinci aşamada anksiyete yaratan obsesif düşünceler, anksiyeteyi ortadan kaldırmak üzere ortaya çıkan kaçınma davranışlarını yani kompulsiyon olarak değerlendirilebilecek yanıtları ortaya çıkarmaktadır. Kompulsiyonlar sonucunda da anksiyetenin ve sıkıntı hissini azalması kaçınma davranışlarını yani kompulsif fenomenleri güçlendirmektedir. Kuram açısından değerlendirilirse bu modele göre obsesyonlar anksiyete ortaya çıkaran koşullu uyaranlar; kompulsiyonlar ise anksiyeteyi gidermek, azaltmak ya da yansızlaştırmak amacıyla ortaya çıkan ve pekiştirilen eylemler olarak değerlendirilmektedir (21, 23).

OKB'nin bilişsel davranışçı kuramına göre, obsesif düşüncelerin kökeninde niteliksel olarak farklı olandan ziyade, normal olarak her bireyde bulunabilen zorlayıcı ve girici düşüncelerin yer aldığı belirtilir. Buna göre, obsesif düşünceler, klinik olarak hastalarda görülen obsesyonlardan içerik olarak farklı değildir ve toplumun %90'ında

bulunmaktadır (21, 24). Fakat normal zorlayıcı ve girici düşünceler ile klinik olarak hastalarda görülen obsesyonlar arasındaki fark, obsesif hastaların normal zorlayıcı düşünceleri yorumlamalarında yatmaktadır. Klinik olarak obsesyonların temelinde yatan yapı kişilerin bu zorlayıcı ve girici düşünceleri katastrofik olarak yorumlama eğiliminde ve düşüncelere aşırı önem atfetmesi temelinde yatmaktadır (24, 25). Obsesif hastalar normal zorlayıcı ve girici düşünceleri zarar ve zararın önlenmesinden sorumlu olabilecekleri şeklinde yorumlamaktadır. Normal ve girici zorlayıcı düşünceler, imgeler ve dürtüler esasen normal zihinsel etkinlikler olmasına rağmen, kendi zihinsel etkinlikleri hakkında kişisel sorumluluğunun bir göstergesi olarak yanlış ve adaptif olmayan yorumlarda bulunmak klinik olarak obsesyonların gelişmesine yol açabilir, bu durum da OKB'nin yansızlaştırma örüntüsünü geliştirebilir (26).

OKB'nin bilişsel davranışçı modeli ile alakalı olarak ortaya atılan birçok görüşte, istenmeyen zorlayıcı düşünceler, dürtüler ve imgeler obsesyonların patogenezinde başlangıç noktası olarak görünmektedir. Genellikle bu zorlayıcı düşünceler, imgeler ve dürtüler oluşuktan sonra klinik olarak obsesyona dönüşüp dönüşmeyeceği kişinin bunları değerlendirme şekline bağlıdır (24). Çeşitli yazarların ortaya koyduğu bilişsel davranışçı kuramlar, hatalı değerlendirmelerden hangilerinin obsesyonlar için belirleyici olduğu konusunda farklılıklar göstermesine rağmen, hemen hepsi obsesyonların oluşumu için hatalı değerlendirmelerin gerekli fakat yeterli olmadığı konusunda hemfikirdir (21). Geneline baktığımızda zorlayıcı düşünceler ile alakalı olarak yapılan hatalı değerlendirilmeler, düşüncenin kontrolü çabaları, sıkıntının ya da düşünce, imge ya da dürtülerle ilişkili olarak beklenen olumsuz sonuçların yansızlaştırılması yönünde çabalara yol açabilir. Hatalı yorumlamalar ve yansızlaştırma stratejilerinin kullanımı, kompülsiyonlar veya diğer kontrol etme stratejileri, istenmeyen zorlayıcı düşüncelerin obsesyonlara dönüşmesinde sonuca giden iki temel süreçtir. Bu durum sonucunda kısa dönemde kompülsiyonlar veya yansızlaştırma denemeleri anksiyete hissinde azalmaya yol açsa da, uzun dönemde hatalı değerlendirmeler ve kontrol stratejileri zorlayıcı düşüncelerin, dürtülerin veya imgelerin hem belirginliğinin hem de sıklığının artmasına neden olur (21).

Salkovskis'e göre klinik olarak sıkıntı hissi yaşayan yani klinik olarak obsesyonları olan hastalarda sıkıntının temel kaynağı düşüncenin içeriğinde değil,

değerlendirilmesinde olduğunu ileri sürer ve bu tür değerlendirmelerin sorumluluk kavramı ile ilişkili olduğunu ortaya koyar. “Abartılı Sorumluluk Modeli” olarak isimlendirdiği bu modeline göre obsesif hastalar zorlayıcı düşüncelerin ortaya çıkışını, olası zararlardan sorumlu olabileceklerinin bir göstergesi olarak yorumlarlar (27). Gene Salkovkis’e göre düşünceyi rahatsız edici yapan ve OKB’deki döngüsellüğün başlamasına yol açan etmenlerden birisi de kişinin bu zorlayıcı düşünceler konusundaki inancıdır. Salkovkis’e göre “*Eylem hakkında düşünce sahibi olmak o eylemi yapmakla eşdeğerdir.*” yargısını obsesif kompulsif bozukluğun döngüsellüğünün sürmesinde temel faktörlerden birisi olarak görmektedir. Hastalar olumsuz olayların meydana gelme ihtimalini, alacakları sorumluluğu, sonuçta ortaya çıkabilecek zararları ve sorumlu tutulmaktan doğacak sonuçları abartma eğilimindedir (27, 28). Normal genel toplumda da görülebilen bir zorlayıcı düşünce ile klinik olarak ortaya çıkmış bir obsesyon arasındaki fark onun oluşumu, içeriği ya da kontrol edilemezliğinden ziyade, değerlendirilme ya da yorumlanma şeklidir (29). Zorlayıcı düşünceler ilk olarak ortaya çıktığında yansızdır, kişinin geçmiş yaşantıları ya da düşünceleriyle bağlantılı olarak olumlu, olumsuz ya da yansız bir anlam kazanır. Fakat bir düşünce abartılmış bir kişisel sorumluluk ya da anlam ifade eder biçimde yorumlanırsa klinik olarak obsesyon olma potansiyeli kazanabilir (29). Zorlayıcı düşünce, dürtü veya imgeye yüklenen anlamlar sonucunda artmış kişisel sorumluluğu gösterir tarzda hatalı değerlendirmeler sürecinde bu düşünceler artmış anksiyete ve sıkıntı hissi ile ilişkilenebilir ve yansızlaştırma yanıtları ortaya çıkmaktadır. Yansızlaştırma yanıtları algılanmış sorumluluğu azaltıcı etki oluşturmak amacıyla istemli olarak başlatılan etkinliklerdir ve bu etkinlikler kompulsiyon davranışları ya da düşünce alanında çeşitli ritüeller olarak ortaya çıkabilmektedir. Yansızlaştırma yanıtları da yerleştikten sonra bu yanıtlar vasıtasıyla sorumluluk ve sıkıntı hissinde azalmaya neden olduğu algılandığı için, bu yanıtlar pekiştirilerek sürdürülür (27).

Abartılmış sorumluluk algısının sonuçlarından birisi, kişinin zorlayıcı düşünceler, dürtüler veya imgeler üzerinde bir kontrol oluşturma çabasıdır. İstenmeyen zorlayıcı düşünceleri baskılamak amacıyla ortaya konan bu çaba, kısa vadede başarılı ve anksiyeteyi giderebilecek bir kavram gibi görünse de uzun vadede obsesyonlarla ilişkili sıkıntı hissini artırdığı için, sonuçta anksiyete ile ilgili temalarının daha da artmasına sebep olmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde

abartılmış sorumluluk algısı ve bu sorumluluğun obsesyonların sıkı biçimde kontrol edilmeye çalışılarak sürdürülmesi, OKB'ye neden olmaktadır (30).

Rachman'a göre, kişi normal istenmeyen zorlayıcı düşünceleri kişisel olarak önemli ve tehdit edici olarak algırsa obsesyonlara dönüşebilir (26). Kuramının ana noktasında kişinin normal zorlayıcı düşüncelerin, dürtülerin ya da imgelerin anlamını felaketleştirerek yanlış yorumlamasıdır. Rachman'a göre obsesyonların patogeneğinde kişisel anlamın felaketleştirerek yanlış yorumlamasına katkıda bulunan bilişsel süreçlerden birisi de "*Düşünce-Eylem Kaynaşması*"dır (31). Düşünce eylem kaynaşması gibi bir bilişsel yanlılığı ve bilişsel hataları kullanan kişiler, istenmeyen ve benliğe yabancı zorlayıcı düşüncelere yanıt olarak kişisel anlam ve sonuçların yanlış yorumlanması ve abartılmış sorumluluğun değerlendirilmesini daha yüksek bir olasılıkla yaparlar (26, 28) İleri bölümlerde bundan daha ayrıntılı olarak bahsedilecektir.

Araştırmacıların hipotezlerinin ve bilişsel varsayımlarının geneline bakıldığında ileri dönemlerde çeşitli araştırmalarla OKB'nin etyolojisini açıklamak amacıyla ortaya altı hatalı inanç alanı konulmuştur. Bunlar 1) *Abartılmış Sorumluluk Algısı*, 2) *Düşüncelere Atfedilen Önem*, 3) *Düşüncelerin Kontrolü*, 4) *Abartılı Tehdit Algısı*, 5) *Belirsizliğe Tahammülsüzlük*, 6) *Mükemmeliyetçilik* olarak sayılabilir (32).

2.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması

Düşünce eylem kaynaşması (DEK), kişinin obsesyonel düşünce, dürtü veya imgeyi ahlaki olarak o eylemi gerçekleştirmekle eşit görmesi ya da obsesyonel düşüncenin, düşünülen olayın olabilirliğini artırdığına inanç beslenmesi şeklinde tanımlanabilir. Diğer bir deyişle düşünce ile eylemin birbiriyle eşdeğer olarak algılanması ya da düşünceye atfedilen abartılmış bir olumsuz güç ya da anlam olarak da değerlendirilebilir. (33).

Düşünce eylem kaynaşması, geçmişten günümüze değerlendirildiğinde esasen ilk kez OKB bağlamında ele alınmış olsa da ilerleyen zamanlarda çeşitli ruhsal hastalıklarla özellikle anksiyete bozuklukları ile de ilişkisi gösterilmiş bir tür hatalı bilişsel yanlılıktır. DEK kavramının tarihsel olarak geri planına bakıldığında ilk olarak Bleuler'in "*düşüncelerin omnipotansı*" ifadesiyle; kendi düşünceleriyle sevdiklerine

zarar verebileceğinden endişe eden hastaları tanımlaması, bu bakımdan dikkat çekicidir (28). Kuramsal olarak kavramın ilk ortaya çıkışı Salkovskis ve Rachman'ın obsesif hastalarla ilgili izlemleri ve değerlendirmeleri neticesinde olmuştur (34).

1985 yılında Salkovskis (23), ilerleyen yıllarda “düşünce eylem kaynaşması” olarak adlandırılacak bu yapıyı zarar verme düşüncesi ile alakalı olarak “*abartılı sorumluluk algısı*” şeklinde tanımlamıştır. Shafran ve Rachman (33) da kişinin sahip olduğu düşüncelerle ilişkili duyduğu. Sorumluluk duygusunun genişleyerek düşünce ile eylem arasındaki farkın giderek ortadan kalması iki farklı şeyin giderek kaynaşması şeklinde tanımlamıştır. Bu dönemde zarar vermeye ilişkin algılanan abartılmış sorumluluk ile *DEK* arasındaki ilişkide anlamlı ilişki ortaya çıkmıştır ve bu alanda araştırmalar hız kazanmıştır (35).

Daha önce de bahsedildiği üzere, OKB'nin bilişsel teorisine göre kişiler normal zorlayıcı girici düşüncelerini katastrofik olarak yorumlama eğiliminde olursa klinik olarak obsesyonlar ortaya çıkar (25, 26). *DEK*'in buradaki rolü bu katastrofik yanlış yorumlamaların gerçekleşme olasılığını artıran bir bilişsel yanlılık olarak değerlendirilebilir. Fakat bu olasılık klinik olarak obsesyonların ortaya çıkması için yeterli ya da gerekli olmayabilir. *DEK*, klinik olarak obsesyonları olan, kendi düşüncelerine aşırı önem atfeden ya da sonuçları konusunda abartılı yorumlamalarda bulunan kişilerde bu bilişsel hatalara yol açan faktörlerden birisi olarak değerlendirilmelidir (36).

DEK iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlardan ilki *DEK-Ahlak (DEK-A)* olarak isimlendirilir. *DEK-A* alt boyutuna göre kabul edilemez, istenmeyen, girici düşüncelere sahip olmak o olayı yapmakla eş anlamlıdır. Örneğin kutsal yerlerde küfrettiğini düşünmek gerçekte kutsal bir yerde küfretmek kadar kötüdür. *DEK*'in ikinci alt boyutu *DEK-Olabilirlik (DEK-O)* olarak isimlendirilir. *DEK-O* alt boyutuna göre kabul edilemez, istenmeyen, girici düşünceler o durumun ortaya çıkma olasılığını artırır. *DEK-Olabilirlik* boyutu da iki alt boyutta ele alınır. Bunlardan ilki *DEK-Olabilirlik-Kendisi*'dir (*DEK-OK*). Bu boyutta kişi düşüncelerinin kendisine yönelik olumsuz olayları ortaya çıkarma olasılığını artırdığına inanır. Örneğin kişi hasta olacağına yönelik bir düşünceye sahipse bu onun hasta olma olasılığını artırır. Diğer boyut *DEK-Olabilirlik-Diğerleri*'dir (*DEK-OD*). Bu boyutta ise kişi, düşüncelerinin

diğer insanlara yönelik olumsuz olayları ortaya çıkarma olasılığını artırdığına inanır. Örneğin “*bir arkadaşımın hasta olduğunu düşünürsem bu onun hasta olma olasılığını artırır*” gibi (33).

Yapılan araştırmalar sonucunda OKB'nin etyolojisini açıklamak amacıyla ortaya altı hatalı inanç alanı konulmuştur. Bunlar 1) *abartılmış sorumluluk algısı*, 2) *düşüncelere atfedilen önem*, 3) *düşüncelerin kontrolü*, 4) *abartılı tehdit algısı*, 5) *belirsizliğe tahammülsüzlük*, 6) *mükemmeliyetçilik* olarak sayılabilir (32). Bunlara ek olarak yapılan empirik araştırmalarda DEK'in çeşitli faktörlerle ilişkisi incelenmiştir. Bu araştırmalara bakıldığında DEK'in özellikle iki kavram ile ilişkisi konusunda daha fazla değerlendirme yapılmıştır. Bunlardan birincisi, *abartılmış sorumluluk algısı*, ikincisi ise *düşünce baskılama* kavramlarıdır (34).

Abartılmış sorumluluk algısı ile DEK arasındaki ilişkiye bakıldığında; kimi insanlar girici ve zorlayıcı düşüncelerinden diğer kişilere göre daha fazla rahatsız olmaktadır. Bilişsel modele göre bunun nedeni olarak bu kişilerin girici düşüncelerini farklı biçimde yorumladıkları söylenebilir. Shafran ve Rachman'a göre girici ve zorlayıcı düşünceleri hakkında abartılı bir sorumluluk algısı hisseden kişiler bu düşünceler ortaya çıktığında sorumluluk duymayan kişilere göre daha fazla rahatsızlık hissetmektedirler; bunun sonucunda da abartılmış sorumluluk algısı klinik olarak obsesyonun gelişmesine yol açabilir. Ortaya konan bu görüş neticesinde DEK bu hissedilen sorumluluk hissini daha fazla artmasına yol açan bir yapı olarak görülmektedir. Özellikle *DEK-OD* alt boyutunun, *DEK-OK* ve *DEK-A* alt boyutlarına göre abartılmış sorumluluk algısı ile daha yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmüştür (28). DEK'in kişiye gerçeğin üstünde bir güç hissi yarattığı bu sayede kişide var olan abartılmış sorumluluğun OKB semptomlarını arttırdığı öne sürülebilir. Ancak diğer bazı araştırmacılar abartılmış sorumluluk ve DEK'in birbirinden bağımsız yapılar olarak OKB semptomlarına ayrı birer etkilerinin olduğunu ileri sürmektedirler (34).

1995 yılında Ladouceur ve arkadaşları (37), yaptıkları bir çalışmada algılanan sorumluluk hissini manipüle ederek, bu manipülasyonun kontrol davranışları üzerindeki etkisini incelemişler ve çalışma sonucunda manipülasyon sonucunda ortaya çıkan abartılmış sorumluluk hissini kontrol etme davranışı şeklinde ortaya çıkan

kompulsif fenomenleri artırdığını gözlemlemişlerdir. Bu noktada dikkat çeken özellikle *DEK-OD* alt boyutunun *DEK-OK* ve *DEK-A* alt boyutlarına göre abartılmış sorumluluk hissi ile daha yüksek düzeyde ilişkisinin saptanmasıdır.

2001 yılında yapılan bir çalışmada abartılmış sorumluluk algısı ve düşünce baskılamanın zorlayıcı girici düşünce ile obsesif kompulsif belirtiler arasında aracı bir rol üstlendiği modelini esas alarak oluşturulan bir araştırmada üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklem üzerinde obsesif kompulsif semptomlarla ilişkili girici düşünceler, sorumluluk tutumu, DEK ve kronik düşünce baskılama kavramları arasındaki ilişkiler incelenmiştir; söz konusu çalışmada DEK'in OKB semptomları üzerinde, abartılmış sorumluluk tutumuna benzer bir rol oynadığı ileri sürülmüş, DEK özellikle düşünce baskılama ve sorumluluk algısı ile ilişkili bulunmuştur (38). 2006 yılında yapılan bir başka araştırmada ise OKB tanısı almış olan ergen grupta DEK, OKB ve abartılmış sorumluluk algısı kavramları arasındaki ilişkiler incelenmiş, DEK ile OKB arasında abartılmış sorumluluk algısının aracı değişken olabileceği sonucu saptanmıştır (39).

Bilişsel formülasyona göre, DEK'in OKB'de oynadığı rolde kritik olduğu düşünülen ikinci kavram ise *düşünce baskılama* kavramıdır. Wegner'in "Beyaz Ayı Paradigması" olarak da isimlendirdiği bu kavrama göre girici düşünceyi baskılamaya çalışmak daha fazla girici düşünceye yol açmakta ve daha fazla sıkıntı hissiyle sonuçlanmaktadır (40). Düşünce baskılamadan klinik olarak obsesyona giden süreçte DEK'in aracı olarak rol alabileceği ya da düşünce baskılama kavramında DEK'in tetikleyici ve pekiştirici rol oynayabileceği araştırmacılar tarafından düşünülmektedir (41). Rassin ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada OKB semptomlarının gelişiminde DEK ve düşünce baskılamanın iki ayrı yapı olmasına rağmen karşılıklı ilişkilerinin varlığını öne sürerek bu ilişkiyi yapısal denklem modeli çerçevesinde incelemişler; çalışma sonucunda mevcut modele göre DEK düşünce baskılamaya yol açmakta ve düşünce baskılamanın paradoksal etkisi nedeniyle obsesif kompulsif semptomlara neden olduğu düşünülmektedir (42). Bu çalışmada göze çarpan diğer bulgular ise ayrı ayrı değerlendirildiğinde DEK-A alt boyutunun OKB semptomlarıyla doğrudan ilişkisinin saptanmaması, DEK-O alt boyutunun ise doğrudan ilişkisinin saptanmasıdır.

2008 yılında ülkemizde yapılan DEK, düşünce baskılama, abartılmış sorumluluk algısı ve diğer anksiyete bozuklukları üzerinde yapılan bir araştırmada çalışmada ilgili kavramlar OKB'si olan bir örnekleme ek olarak panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olan diğer bir örneklem ve sağlıklı kontrol grupları üzerinden değerlendirilmiş; düşünce baskılama ve abartılmış sorumluluk algısı OKB'de sağlıklı kontrollere göre daha anlamlı olarak yüksek olarak saptanmasına rağmen yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu hasta grupları ile OKB grubu arasında fark saptanmamıştır, ek olarak DEK-A ve DEK-O puanları açısından da hasta grupları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (43). Buna benzer bir sonuç da 2009 yılında gözlenmiş, yapılan çalışmada OKB grubu ile diğer anksiyete bozuklukları arasında DEK açısından fark saptanmamış, abartılmış sorumluluk algısının oluşumunda DEK'in olumsuz duygudurum durumunda var olan kısmi bir payının olduğu saptanmıştır; bu durum da DEK ile abartılmış sorumluluk algısı arasında depresyonun aracı rolü olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (44). 2011 yılında ülkemizde üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklem üzerinde yapılan çalışmada DEK ve OKB semptomları arasında *sorumluluk algısı* ile *düşünce baskılamanın* da aracı rol üstlendiği hipotezi kurulmuş ve çalışma sonucunda DEK-Olasılık ve DEK-Ahlak faktörlerinin *abartılmış sorumluluk hissi* ve *düşünce baskılama* üzerindeki etkilerinin girici düşüncelerin obsesif niteliğini arttırdığını belirtmişlerdir. Türk örnekleme üzerinde yapılan bu çalışmada DEK-A daha çok *abartılmış sorumluluk algısı* ile ilişkili bulunurken; DEK-O *düşünce baskılama* ile ilişkili bulunmuş ve DEK'in bu yapılarla olan ilişkisi neticesinde OKB semptomlarını artırdığı gözlemlenmiştir (45).

2.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk İle Düşünce Eylem Kaynaşması Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Çalışmalar

1995 yılında Rachman ve arkadaşlarının zarar vermeye ilişkin algılanan abartılmış sorumluluk ile DEK arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarının ardından OKB'de düşünce eylem kaynaşması kavramı ile alakalı araştırmalar hız kazanmıştır (35). 1996 yılında Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği'nin geliştirilmesi bu araştırmalara önemli bir enstrüman kazandırmıştır. Rachman ve arkadaşlarının 1996 yılında yaptıkları bir araştırmada DEK ölçeğinden yüksek puan alan kişilere

sevdiklerinin kaza yapmasını arzuladıklarına dair yarım kalan bir cümleyi tamamlamaları istenmiş; çalışma sonucunda bu bireylerde huzursuzluk hissi, sorumluluk ve suçluluk duygusunun arttığı görülmüş ve bu kişilerin olumsuz hisleri nötralize etmek adına dua ettikleri görülmüştür (36). İzleyen dönemde 1999 yılında Rassin ve arkadaşlarının uyarılmış DEK aracılığı ile abartılmış sorumluluk algısını klinik olmayan normal popülasyon üzerinde değerlendirdikleri bir araştırmada sorumluluk hissini daha yüksek olduğu grupta daha fazla girici düşünce, huzursuzluk hissi ve düşünceye karşı direnç geliştirme çabası olduğu görülmüştür (46). DEK'in OKB'nin yanında diğer ruhsal hastalıklar ile de ilişkisini araştıran ve aracı değişken modeli temelli yapılan araştırmalarda anksiyete bozuklukları ile kıyaslandıklarında OKB ile DEK arasında daha güçlü bir ilişki saptayan araştırmalar olduğu gibi (47); OKB, panik bozukluk, major depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve sağlıklı kontrollerin oluşturduğu grupları DEK ölçeklerinden alınan puanlar bakımından karşılaştırıp, değerlendirmeler sonucunda DEK-O puanının endişe boyutuyla ilişkisinin, DEK-A puanının ise nispeten depresyon ile ilişkisinin daha kuvvetli olduğu yönünde bulgular da mevcuttur (48). Aynı çalışmada OKB'si olan bireylerin DEK-OD alt boyutundan aldıkları puanların kontrol grubu, sosyal fobi ve depresif hastaların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde OKB hastalarının DEK-OK alt boyutuna ait puanlarının sosyal fobi hastaları ve kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüş, depresif hastaların puanlarıyla karşılaştırıldığında ise anlamlı düzeyde fark sergilemediği gözlenmiştir. DEK-Olabilirlik boyutlarının diğer psikopatolojilere oranla OKB'de nispeten daha belirgin olduğu, depresyon açısından değerlendirilirse anlamsızlığını koruduğu düşünülmüştür (48).

2.7. Düşünce Eylem Kaynaşması İle Diğer Psikopatolojiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Son yıllarda yapılan araştırmalar daha önceleri daha çok OKB bağlamında ele alınan DEK'in diğer psikopatolojilerle de ilişkili olabileceği sorusu üzerine, araştırmacıların hipotezlerini test etmek amacıyla aracı model kullanarak yaptıkları çalışmalar dikkat çekicidir. Bu bağlamda DEK'in OKB'nin yanında diğer ruhsal hastalıklar ile de ilişkisini araştıran ve aracı değişken modeli temelli yapılan

çalışmalarda anksiyete bozuklukları ile kıyaslandığında OKB ile DEK arasında daha güçlü bir ilişki saptayan çalışmalar olduğu gibi (47); OKB ile diğer hasta gruplarının karşılaştırması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç edilmemiş olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (49). 2001 yılında Coles ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri bir araştırmada, OKB'deki temel patolojinin obsesyonlar olması yaygın anksiyete bozukluğunda ise endişe olması ayrımı doğrultusunda; DEK'in obsesif özelliklerle daha ilişkili olduğu; endişe'nin ise DEK'den ziyade belirsizliğe karşı tolerans gücü ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (50).

2002 yılında yapılan bir başka çalışmada ise araştırmacılar yaygın anksiyete bozukluğu olan hasta grubunda patolojik endişe boyutu ile DEK arasındaki ilişkileri incelemişler; DEK'in sadece patolojik endişeden kaynaklanan bir inanış mı yoksa yaygın anksiyete bozukluğu ile doğrudan ilişkisi olan bir kavram mı olduğunu araştırmışlardır. Sonuçlar; anksiyete ve DEK-O boyutu arasında pozitif bir ilişkiyi göstermiştir. Ancak yaygın anksiyete bozukluğu ile DEK arasında doğrudan bir ilişki saptanmamış; var olan ilişkinin daha çok patolojik endişenin yoğunluğuyla ilişkili olduğu düşünölmüştür. DEK'in, patolojik endişede görölen kötü olayların gerçekleşme olasılığı hakkındaki inanışı yansıtabileceği fikri ortaya atılmıştır (51).

Sonuçlar gözden geçirildiğinde DEK-O boyutunun, özellikle de DEK-OD boyutunun obsesif kompulsif semptomatolojiyle daha güçlü ilişkili olduğu sonucu çıkarılabilir. Düşünce baskılama ve abartılmış sorumluluk algısı açısından değerlendirildiğinde ise DEK ile abartılmış sorumluluk algısı arasındaki ilişki, düşünce baskılamaya göre nispeten daha güçlü gibi gözökmektedir.

2.8. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Büyüsel Düşünce Ve Şizotipal Kişilik Özellikleri

Büyüsel düşünce, kişinin, kavramlar arasında, ait olduğu kültürde yaygın kabul görmeyen nedensellik ilişkileri kurma eğilimi olarak tanımlanabilir (9, 52). Büyüsel düşünce, bireyin dış dünyadaki olayları kontrol etme ya da yaratma gücüne olan inancı ile ilgilidir (53). Büyüsel düşünce; kadercilik, astroloji, ruh etkileri, ruhsal enerji geçişleri ve telepati inancı gibi bilimsel nedensellik yasalarına uymuyor gibi görönen bir dizi inanç ve düşünme şeklini ifade eder (9, 52).

Büyüsel düşüncenin, bir tehlike karşısında aktive olan varlıkbilimsel tepkinin ilkel bir hali olduğu öne sürülmektedir. Büyüsel düşünce psikanalitik açıdan ilk kez Freud tarafından, “*Totem ve Tabu*” adlı eserinde açıklanmıştır. Büyüsel düşüncenin gerçek kontrolün mümkün olmadığı durumlarda kontrol görünümünü sağladığı veya bireyin kontrol hissini artırdığı belirtilmiştir (52). Piaget’e göre çocuklar 11-12 yaşına kadar büyüsel düşünceyi kullanırlar. İlerleyen dönemde başka araştırmacılar tarafından büyüsel düşünce sisteminin 12 yaşından sonra azalmayabileceği iletilmiştir (54). Kız çocukları 17 yaşına kadar yaş gruplarında aynı derecede büyüsel düşünceyi kullanmaya devam etseler de erkek çocukları 5-6 yaş ve 9-10 yaş dönemlerinde artan derecelerde büyüsel düşünceyi kullanırlar ve 12-13 yaş döneminde bu düşünceyi kullanma oranlarında bir azalma olsa da ergenlikle beraber 14-15 ve 16-17 yaş döneminde erkeklerde gene büyüsel düşünce indekslerinde artış olmaktadır; bunun daha çok kontrol hissi ile alakalı olduğu düşünülmektedir. Her ne kadar Piaget tarafından daha ziyade çocukluk dönemine has olduğu düşünülse de ilerleyen dönemde erişkinlerin de özellikle kontrol hissini kaybettiklerini düşündükleri ve anksiyete düzeylerinin arttığı dönemlerde kontrol hissini sağlamak, anksiyeteyi azaltmak ve nötralize etmek amacıyla büyüsel düşünce sistemlerine ve bunlarla alakalı ritüellere başvurabilecekleri bildirilmiştir (52, 54, 55).

Büyüsel düşünce ilk olarak aslen psikoza yatkın bireylerde tanımlanan bir düşünce sistemidir. Eckbland ve Chapman büyüsel düşünceye eğilim gösteren bireylerin ilerleyen yıllarda şizofreni ve şizofreni benzeri psikoz tanısı alma olasılıklarının yüksek olduğunu düşünmüşlerdir. İlerleyen yıllarda başka araştırmacılar da şizotipal kişilik özellikleri yüksek olan bireylerin büyüsel düşünce özelliklerini yüksek oranlarda gösterdiklerini bildirmişlerdir. Şizotipi, şizofreni benzeri semptomlara yatkınlık olarak tanımlanmıştır ve şizotipal özellikleri olan bireylerin referans fikirlerine yatkın olduğu, (yani nedensel olayların ve dış olayların, kişi için özel ve sıradışı bir anlamı olduğu için yanlış yorumlanması), bu kişilerin batıl inanç benzeri düşünceler geliştirmeğe eğilimli olduğu ya da kendi kültürel normlarının dışında kalan paranormal olaylarla aşırı meşgul oldukları belirtilmiştir (56).

OKB tanısı olan kişilerde şizotipal kişilik özelliklerinin anlamlı olarak daha yüksek bulunduğunu gösteren çalışmalar sonrasında (57), klinik olmayan

popülasyonlarda obsesif kompulsif belirtiler ile şizotipal kişilik özelliklerinin ilişkili olduğunu gösteren bulgular elde edilmiş (56, 58, 59) ve şizotipide görülen büyüsel düşüncenin anksiyeteyi kontrol altına alma anlamında nötralizasyon amacıyla yapılan obsesif kompulsif ritüellere benzerlik göstermesi büyüsel düşüncenin OKB’de araştırılmasını sağlamıştır. Şizotipi ile DEK arasında da benzerlikler vardır. Spesifik olarak, “referans fikirleri”, “batıl inanç” ve “büyüsel düşünce” gibi şizotipal özellikler de DEK gibi bilişsel çarpıtmalarda rol sahibi gibi gözükmektedirler (58).

2.9. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkileri Araştıran Çalışmalar

Baer ve Jenike’nin (57) OKB’de şizotipal kişilik bozukluğu teşhisi oranlarının yüksek olarak bulunduğu çalışmaları sonrasında, izleyen dönemlerde aslında ilk dönemlerde psikoza yakınlıkla ilişkili olduğu düşünülen ve şizotipiyle ilişkisi bilinen büyüsel düşünce sistemleri; OKB’de görülen kompulsif ritüellerle benzerliği farkedilmesi sebebiyle ve büyüsel düşünce sistemlerinin anksiyeteyi kontrol altına alma amacıyla harekete geçen sistemler olması sebebiyle OKB’de de araştırılmaya başlanmıştır. DEK’in büyüsel düşüncenin özel bir formu olabileceği hipotezi (60) üzerinden bulunan anlamlı sonuçlar bu çalışmaları desteklemiştir. Şimdi bu alanlarda yapılan önemli ve öncü araştırmalar gözden geçirilecektir.

Einstein ve Menzies’in (61) 2004 yılında OKB tanısı almış 60 hastada obsesif belirtiler ile büyüsel düşünce ve düşünce eylem kaynaşması arasında anlamlı ilişkiler saptamışlardır. Aynı araştırma grubu, aynı yıl içerisinde klinik bir tanısı olmayan popülasyonda yaptıkları çalışmalarında da benzer sonuçlar elde etmişlerdir (52). Ek olarak bu ikinci çalışmada büyüsel düşünce puanları daha çok DEK-Olabilirlik puanları ile anlamlı bir ilişki içerisinde bulunmuştur. Ayrıca, DEK etkisi ortadan kaldırıldıktan sonra büyüsel düşünce ile obsesif belirtiler arasındaki ilişkinin devam ettiği görülmüştür (52). Gene aynı çalışmada obsesif belirtiler çeşitli belirti kümelerine ayrılmış, büyüsel düşünce kontrol etme davranışı ile ilişkili bulunmuş fakat kirlenme-yıkama belirti kümesi ile ilişkili bulunmamıştır (52). Yazarlar bu sonucu iki grup arasındaki bilişsel farklılıkla açıklamışlardır. Şöyle ki; abartılmış bir sorumluluk

duygusunun, kontrolcülerin ve şüphecilerin ortak bir özelliği olduğu, ancak temizlik kompülsiyonları olanlar arasında bu eğilimin daha az yoğun olduğu iddia edilmiştir.

2006 yılında Einstein ve arkadaşlarının (55) OKB ve panik bozukluğu tanısı alan hastalar ve sağlıklı kontrollerden oluşan katılımcılar arasında yapmış oldukları ve 3 grup arasında büyüsel düşünce ilişkilerini araştırdıkları araştırmalarında OKB hastası olan katılımcılardan oluşan grupta sağlıklı kontrollere ve panik bozukluğu olan katılımcılara göre büyüsel düşünce puanları daha yüksek olarak saptanmış, panik bozukluğu grup ile sağlıklı kontroller arasında büyüsel düşünce puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamışlardır. Aynı çalışmada 2004 yılında saptanmış olan kontrol etme kompülsiyonları olan hastalar ile temizlik kompülsiyonları olan hastalar arasındaki büyüsel düşünce farklılığına dair bulgu bu defa saptanmamıştır (55). 2008 tarihli bir çalışmada ise OKB tanısı olan hastalarda yüksek düzeyde büyüsel düşüncenin tedavi yanıtında kötüleşmeye sebebiyet verebileceği bildirilmiştir (62).

2010 tarihli Rees ve arkadaşlarının (63) klinik olmayan popülasyonda yaptıkları bir çalışmada DEK, büyüsel düşünce ve OKB belirtileri arasındaki ilişkilere bakılmış ve bu çalışmada büyüsel düşünce ile OKB belirtileri arasında ve DEK ile OKB belirtileri arasında negatif duygulanımın aracı rolü olabileceği ileri sürülmüştür. İlâveten aynı çalışmada büyüsel düşünce, DEK'e göre istatistiksel olarak OKB belirtilerinin daha iyi yordayıcısı olmuş; büyüsel düşünce ile OKB belirtileri arasındaki ilişki DEK ile OKB belirtileri arasındaki ilişkiye nazaran daha yüksek düzeyde anlamlı olarak saptanmıştır (63).

2011 yılında yapılan bir çalışmada OKB tanısı alan kişiler ile yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve sağlıklı kontroller büyüsel düşünce puanları açısından karşılaştırılmış; OKB grubunu oluşturan katılımcıların büyüsel düşünce puanları sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmış, ancak, OKB grubu ile yaygın anksiyete bozukluğu grubu arasında büyüsel düşünce puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (64). Bu bulgular, büyüsel düşüncenin OKB'deki süreçlere özgü olmayabileceği; yaygın anksiyete bozukluklarında görülebilen, sağlıkla ilgili ya da dış dünyadaki olaylarla ilgili batıl inançlarda ve patolojik endişeye bağlı olarak ortaya çıkan kontrol ya da nötralize edici

davranışlarda büyüsel düşünce sistemlerinin çeşitli etkilerinin olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

2005 tarihli bir başka araştırmada şizotipal özelliklerin DEK-Olabilirlik alt boyutu ile arasında obsesif belirtiler, anksiyete ve çökkünlük belirtilerinin etkilerinin kontrol edilmesinden sonra da bir ilişkinin saptandığı bildirilmiştir (58). Ek olarak; aynı çalışmada şizotipal kişilik özelliklerinin etkisinin ortadan kaldırılmasından sonra istatistiksel olarak DEK-Olabilirlik ile OKB semptomları arasında ilişki boyutunun zayıfladığına dikkat çekilmiştir (58). Benzer şekilde iki yıl önce yapılmış olan Murriss ve Merkelbach'ın (56) 2003 tarihli çalışmasında da yüksek DEK puanlarının artmış şizotipi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bu alanda ülkemizde de çeşitli araştırmalar gerçekleştirilmiştir; 2008 yılında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen bir çalışmada, şizofreni hastaları ve sağlıklı kontrollerden oluşan iki grup arasında obsesif kompulsif belirtiler, DEK ve alt boyutları, büyüsel düşünce ve şizotipal özellikler açısından karşılaştırılmış; çalışma sonucunda obsesif kompulsif semptomların, büyüsel düşüncenin, şizotipal özelliklerin ve depresif semptomların etkisi ortadan kaldırıldıktan sonra da hasta grubunda DEK-OD ortalama puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (65). 2011 yılında Yorulmaz ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada klinik olmayan bir popülasyondan oluşan çalışma grubunda obsesif belirtiler, düşünce eylem kaynaşması, düşünce kontrolü stratejileri ve paranormal inançlar arasındaki ilişkiler araştırılmış, obsesif belirtiler ile paranormal büyümlü inançlar arasındaki ilişkinin “*negatif afektin*” etkisi ortadan kaldırıldıktan sonra da devam ettiği saptanmıştır (66). Ek olarak büyümlü inançların, girici obsesyonel düşüncelerin ve kontrol etme davranışlarının anlamlı düzeyde belirleyicisi olduğu saptanmış, büyümlü inançların düşünce kontrol stratejileri ile aralarında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada büyümlü düşüncelerin daha çok DEK-Olabilirlik alt boyutu ile ilişki içerisinde olduğu görülmüştür (66). Gene ülkemizde 2015 yılında gerçekleştirilen bir başka çalışmada klinik olmayan katılımcılardan oluşan bir örnekleme obsesif kompulsif semptomlar, büyüsel düşünce, aşırı dindarlık ve düşünce kontrol stratejileri arasındaki ilişki araştırılmış; bu çalışmada aşırı dindarlık ve obsesif kompulsif semptomlar arasındaki

ilişkiye bakıldığında, büyüsel düşüncenin düşünce kontrol stratejileri yoluyla aracılık ettiği saptanmıştır (67). Aynı çalışmada, araştırmacılar aşırı ahlakçı kuralları ve dini inançları olan kişilerin, obsesif nitelikli girici düşüncelerin içeriğine ve oluşumuna kişisel ve büyüsel nitelikli anlamlar kattıklarını kabul ederek; bu kişilerin girici düşüncelere aşırı önem atfetmelerinin ve bu düşünceleri kontrol etmeye çalışmalarının daha fazla obsesif nitelikte girici düşünceyle sonuçlanacağı hipotezini oluşturmuşlar; büyüsel düşüncenin hem tehlike duygusunu artırması hem de büyüsel düşüncenin bir kişiyi nötrleştirici davranışlara iterek kontrol duygusunu tekrar kazanması için motive edici bir faktör olarak değerlendirmişlerdir ve çalışma sonunda hipotezleri doğrulanmıştır (67).

3.AMAÇ VE SORULAR

3.1. Araştırmanın Amaç ve Soruları:

Bu araştırma için belirlenen özgül amaç; obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerde ve sağlıklı kişilerde Düşünce Eylem Kaynaşması (DEK) ile büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özellikleri arasındaki ilişkileri aydınlatmaktır.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır.

1. OKB tanısı olanlarla sağlıklı kontroller arasında DEK, büyüsel düşünce ve şizotipal özellikler bakımından ne gibi farklılıklar vardır?
2. OKB belirtileri ile DEK, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özellikleri arasında ne türden ilişkiler vardır?

4. GEREÇLER VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Servisi'nde yürütülmüştür. Ekim 2018 - Mayıs 2019 tarihleri arasında polikliniğe ayaktan başvuran veya hastanede yatarak tedavi almakta olan, en az 2 farklı psikiyatri hekimi tarafından değerlendirilerek obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulmuş olan hastalar bilgilendirilmiş onamları alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Yaş ve eğitim açısından benzer özellikleri gösteren, sağlıklı kadın ve erkek gönüllüler, kontrol grubu katılımcıları olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan bireylere hastane içerisinde dağıtılan bölgesel ilanlarla ulaşılmıştır.

4.1.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Araştırma grubu için:

- 18-65 yaş aralığında olmak
- DSM-5'e göre obsesif kompulsif bozukluk tanı ölçütlerini karşılıyor olmak
- İlkokul ve daha üstü bir eğitim düzeyine sahip olmak

Kontrol grubu için:

- 18-65 yaş aralığında olmak
- İlkokul ve daha üstü bir eğitim düzeyine sahip olmak
- Şizotipal kişilik bozukluğu tanısının olmaması
- DSM-IV'e göre herhangi bir 1.eksen bozukluğunun olmaması
- Daha önce ruhsal bir yakınma sebebi ile psikiyatri bölümü başvurusu olmamış veya psikiyatrik bir tedavi almamış olması

4.2. Araştırmanın Deseni

Araştırmaya katılmak üzere aydınlatılmış onamları alınan tüm hastalar ve sağlıklı kontrol grubu katılımcıları kabul edilme ve dışlanma ölçütleri bakımından detaylı olarak değerlendirilmiştir. Araştırma örnekleminde deney grubuna alınması

planlanan katılımcılar için bölümümüzde en az 2 farklı psikiyatri hekimi tarafından değerlendirilmiş olma şartı aranmış; kontrol grubuna alınması planlanan katılımcılara DSM-IV'e göre 1. eksen ruhsal bozukluk tanıları bakımından değerlendirilmek amacıyla yapılandırılmış bir klinik görüşme (*SCID-I*) uygulanarak araştırmadan dışlanmayı gerektirecek özelliklerin geçmişte veya halen var olup olmadığı detaylı bir şekilde değerlendirilmiştir.

Tüm katılımcıların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin saptanmasına yönelik bilgi formları araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Demografik bilgiler, kullandığı psikiyatrik ilaçlar, deney grubuna alınan katılımcılar için eşlik eden komorbid diğer tanılar, ailede ruhsal hastalık olup olmadığı gibi bilgiler sosyodemografik bilgi formuna kaydedilmiştir.

Tüm katılımcılara her biri birer öz-bildirim ölçeği olan; Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (*DEK-Ö*), Büyüsel Düşünce Ölçeği (*BDÖ*), Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri (*VOKE*), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (*MOKSL*), Şizotipal Kişilik Ölçeği (*ŞKÖ*), Beck Anksiyete Ölçeği (*BAÖ*), Beck Depresyon Envanteri (*BDE*) uygulanmıştır.

4.3. Araştırmada Kullanılan Ölçekler, Testler ve Diğer Değerlendirme Araçları

4.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırma ekibi tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, kullanılan ilaçlar, alınan hastalık tanıları ve ailede ruhsal hastalık öyküsü olup olmaması gibi hususlarda gerekli görülen bilgiler derlenmiştir.

4.3.2. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEK-Ö)

Düşüncelerin ve eylemlerin kaynaşmasını ölçmeye yönelik, 19 maddeden oluşan bir ölçektir. Shafran ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçekte maddeler 5'li likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirilmektedir (0=*hiç katılmıyorum*; 4=*tümüyle katılıyorum*). Toplam puanların 0 ile 76 arasında dağılım gösterdiği ölçekten alınan daha yüksek puanlar daha güçlü DEK'a işaret etmektedir. Orijinal ölçekte “ *DEK-*

Ahlak, DEK-Olabilirlik-kendisi ve DEK-Olabilirlik-Diğerleri” olmak üzere üç alt ölçek bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Yorulmaz ve arkadaşları (68) tarafından yapılmıştır. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .88 olduğu belirlenmiştir. Ölçüt bağımlı geçerlik analizi sonucunda ise yüksek düzeyde obsesif kompulsif belirtileri olan hastaların, düşük düzeyde belirtileri olanlara göre daha çok DEK ifade ettikleri görülmüştür. Ayrıca, Türk popülasyonundan oluşan katılımcıların *Ahlâk* boyutunda, *Olabilirlik* boyutu ile kıyaslandığında daha çok DEK ifade ettikleri bildirilmiştir.

4.3.3. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE)

Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE) OKB’deki semptom şiddetini değerlendirmek üzere klinik uygulamalarda ve araştırmalarda yaygın olarak kullanılan ve geçerlik, güvenilirliği bir çok çalışmada değerlendirilmiş olan bir ölçme aracıdır. Ellibeş sorudan oluşan özbildirime dayalı ölçeğin orjinal formu 2004 yılında Thordarson ve arkadaşları (69) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnözü ve arkadaşları (70) tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Ölçek; *bulaşma-kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, biriktirme, sadece doğru hissetme, kararsızlık* olmak üzere toplam 6 alt boyuttan oluşmakta; 5’li Likert (0 = hiç, 1 = çok az, 2 = biraz, 3 = oldukça, 4 = çok) ölçümüyle değerlendirilen 55 madde içermektedir. Orijinal ölçeğin *Cronbach alpha* değerinin toplam ölçek için .94 olduğu ve alt ölçekler için .88 ve .96 değerleri arasında değiştiği belirtilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği ise OKB grubundan alınan veriler için .96 olarak bildirilmektedir. Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında alt ölçeklerin iç tutarlık değerlerinin bulaşma-kirlenme için .89, kontrol etme için .90, biriktirme için .86, sadece doğru hissetme için .87 ve kararsızlık için .77 olduğunu ortaya koymuştur. Tüm ölçeğin *Cronbach alpha* değeri ise .96 olarak bulunmuştur.

4.3.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL):

Obsesif kompulsif belirtileri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Hodgson ve Rachman (71) tarafından 1977 yılında geliştirilmiş olan bu envanter 30 maddelik “*doğru - yanlış*” türü sorulardan oluşmaktadır. Türkçe’ye uyarlama çalışması Erol ve Savaşır (72) tarafından 1988

yılında yapılmıştır. Uyarlamada, orijinal envantere ruminasyonla ilişkili 7 madde daha eklenmiş böylece 37 maddelik bir envanter oluşturulmuştur. Ölçek; *kontrol, temizlik, yavaşlık, kuşku* ve *ruminasyon* olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır.

4.3.5. Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ)

Psikoza yatkınlık ile ilişkili olduğu düşünülen büyüsel düşünceyi değerlendirmek için Eckblad M. ve Chapman LJ. tarafından 1983 yılında geliştirilen 30 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Atbaşoğlu ve arkadaşları (73) tarafından yapılmıştır. Toplam puanın daha yüksek olması büyüsel düşünce eğiliminin daha güçlü olduğuna işaret eder.

4.3.6. Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ):

74 sorudan oluşan ve 0-74 puan arası toplam puan içeren ölçeğin orijinal formu Raine (74) tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2006 yılında Şener ve arkadaşları (75) tarafından yapılmıştır.

4.3.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Likert tipi ölçüme dayanan 21 Madde içerir. Her bir madde 0 ile 3 arasında puan alır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. 1988 yılında Beck ve arkadaşları (76) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (77) tarafından 1998 yılında yapılmıştır.

4.3.8. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel belirtilerini ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiş 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Orijinal ölçek Beck (78) tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlama çalışması Dr. Nesrin Hisli (79) tarafından 1989 yılında yapılmıştır.

3. 3. 9. DSM-IV 1. Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

DSM-IV'e göre birinci ekseninde yer alan psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş yapılandırılmış bir klinik görüşme çizelgesidir (80). Türkçe uyarlanma çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları (81) tarafından 1999 yılında yapılmıştır. SCID-I bu araştırmada yer alan kontrol grubu için dışlanma ölçütleri içerisinde yer alan birinci eksen ruhsal bozukluklarının saptanması amacıyla kullanılmıştır.

4.4. İstatistiksel Yöntemler

İstatistiksel analizler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Pınar Özdemir ile işbirliği içerisinde IBM SPSS Statistics Version 23.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu *Kolmogorov-Smirnov* testi ile test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler, kategorik değişkenler için ise yüzdelerle ifade edilmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenlerin karşılaştırılması için "*Bağımsız Örneklemeler için t-Testi*", normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler için "*Mann-Whitney U*" testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırmaları için "*Ki-kare*" testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler *Spearman* korelasyon katsayıları ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık ölçütü olarak $P < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

4.5. Etik Kurul İzni

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli onay alınmıştır (Tarih: 25.09.2018, Sayı: GO 18/784-41). Araştırmada kullanılmış olan bilgilendirilmiş onam formu EK-9'da sunulmuştur.

5. BULGULAR

5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

5.1.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma süresi içerisinde (Ekim 2018 - Mayıs 2019) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Psikiyatri Polikliniğine ayaktan başvuran ya da Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi almakta olan, DSM-V tanı ölçütlerine göre OKB teşhisi konulmuş ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların bilgilendirilmiş onamları alınmış, çalışma ölçütlerine uygun olduğu düşünülen 37 katılımcı ile 'Hasta' (H) grubu oluşturulmuştur. Yaş ve cinsiyet bakımından benzer özellikler gösteren ve araştırmaya katılmayı kabul eden 36 sağlıklı kişi 'Kontrol' (K) grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo-5.1 de sunulmuştur.

Hasta grubunun yaş ortalaması $32,4 \pm 11,9$; kontrol grubunun yaş ortalaması $28,6 \pm 6,4$ olarak saptanmıştır. Cinsiyet dağılımı bakımından; hasta grubunda 13 erkek 24 kadın katılımcı, kontrol grubu ise 16 erkek ve 20 kadın katılımcı yer almaktadır. Yaş ve cinsiyet dağılımı açısından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Araştırma ve kontrol grupları eğitim durumları, medeni durum ve çalışma durumları bakımından da karşılaştırılmıştır. Bu bakımlardan gruplar arasında çeşitli anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Buna göre; kontrol grubunun ortalama eğitim yılının, hasta grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, hasta grubunda ise çalışmayan kişi sayısının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo-5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Hasta (n:37)	Kontrol (n: 36)	P*
N (%)	37 (50,6)	36 (49,4)	
Yaş (Ort±SS)	32,4 (11,9)	28,6 (6,4)	0,091 ^a
Cinsiyet			
Erkek n (%)	13 (35,1)	16 (44,4)	0,416 ^b
Kadın n (%)	24 (64,9)	20 (55,6)	
Eğitim Yılı			
Ortanca (min-max)	14 (5-18)	18 (8-19)	0,001^c
Medeni Durum			
Evli Olan n (%)	17 (45,9)	10 (27,8)	0,11 ^b
Evli Olmayan n (%)	20 (54,1)	26 (72,2)	
Çalışma Durumu			
Öğrenci n (%)	12 (32,4)	18 (50,0)	0,013^b
Çalışıyor n (%)	13 (35,2)	16 (44,4)	
Çalışmıyor n (%)	12 (32,4)	2 (5,6)	

a: *T testi*, b: *Ki-Kare testi*, c: *Mann-Whitney U testi*, min: *minimum*, max: *maksimum*, N: *Örneklemden Katılımcı sayısı*, SS: *Standart Sapma*, Ort: *Ortanca*

5.1.2. Örneklemin Klinik Özellikleri

Katılımcılar eşlik eden psikiyatrik tanıları bakımından incelendiğinde hasta grubundaki 37 katılımcıdan % 40,5'inde (n:15) halen devam eden herhangi bir ek 1. eksen tanısı olmadığı, % 40,5 sinde unipolar depresyon (n:15), % 13,5 inde anksiyete bozuklukları (panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, fobiler, hastalık bunaltısı bozukluğu) (n:5), % 2,7 sinde bipolar afektif bozukluk ek tanısı olduğu (n:1) saptanmıştır. Hasta grubunda bir kişinin OKB tanısına ek olarak 2 psikiyatrik ek tanısının birden (trikotillomani ve unipolar depresyon) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılar geçmişte ve halen herhangi bir 1. eksen psikiyatrik bozukluk tanısına sahip olmadıkları bilinmektedir. Hasta grubundaki katılımcılardan % 40,5'inin (n: 15) daha önce en az 1 ay süreyle BDT aldığı saptanmıştır. Ailede ruhsal hastalıklar açısından karşılaştırıldığında hasta grubundaki katılımcılardan %

51,3'ünün 1. veya 2. derece akrabalarında en az bir kişide ruhsal hastalık öyküsü olduğu (n: 19) ve bunlardan %27 sinin (n:10) OKB olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki 36 katılımcıdan ise %38,8'inin (n:14) 1. veya 2. derece akrabalarında en az bir kişide ruhsal rahatsızlık öyküsü olduğu saptanmıştır.

5.2. Hasta ve Kontrol Gruplarının Klinik Değerlendirme Ölçeklerinde Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan OKB tanısı almış katılımcılardan oluşan hasta grubu ve sağlıklı gönüllülerde klinik değerlendirme ölçeklerine ilişkin bulgular Tablo-5.2'de sunulmuştur.

Katılımcıların puanları normal dağılım göstermediği için, istatistiksel değerlendirmede non-parametrik testler kullanılmıştır. *Mann Whitney U testi* ile yapılan karşılaştırmalarda DEK-Ö (toplam puanları ve alt boyutlarından alınan puanlar), VOKE (toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanlar), MOKSL (toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanlar), BDÖ, ŞKÖ, BEÖ ve BDE puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($P<0,001$). Bu sonuçlara göre DEK ve DEK'in tüm alt boyutları ile büyüsel düşünce ölçeği ve şizotipal kişilik özellikleri ölçeğinden alınan puanlar hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Tablo-5.2. Klinik Değerlendirme Ölçeklerine İlişkin Bulgular

	Hasta (n: 37) Ortanca (min-max)	Kontrol (n: 36) Ortanca (min-max)	P*
DEK-TOP	26 (0-76)	6,5 (0-29)	0,000
DEK-A	22 (0-48)	6,5 (0-28)	0,000
DEK-O	2 (0-28)	0 (0-9)	0,000
DEK-OK	1 (0-12)	0 (0-4)	0,000
DEK-OD	1 (0-16)	0 (0-6)	0,000
BDÖ	7 (0-21)	2 (0-9)	0,000
ŞKÖ	25 (1-64)	7 (1-28)	0,000
BDE	14 (0-47)	1 (0-9)	0,000
BAÖ	21 (2-48)	2 (0-13)	0,000
VOKE-TOP	92 (9-203)	10 (1-58)	0,000
VOKE-BK	26 (0-44)	4,5 (0-14)	0,000
VOKE-KE	12 (0-24)	0 (0-7)	0,000
VOKE-OB	17 (1-43)	0 (0-10)	0,000
VOKE-Bİ	4 (0-26)	0 (0-6)	0,000
VOKE-SDH	21 (0-47)	2 (0-23)	0,000
VOKE-KAR	12 (0-24)	2 (0-16)	0,000
MOKSL-TOP	23 (3-36)	5,5 (0-15)	0,000
MOKSL-KE	4 (0-6)	0 (0-4)	0,000
MOKSL-TE	7 (0-10)	2 (0-6)	0,000
MOKSL-YA	2 (0-5)	0 (0-3)	0,000
MOKSL-KU	5 (1-8)	2 (0-5)	0,000
MOKSL-RU	6 (0-9)	1 (0-3)	0,000

min: minimum, max: maksimum, n:katılımcı sayısı

*Mann-Whitney U Testi

DEK-TOP: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği Toplam Puanı, DEK-A: Düşünce Eylem Kaynaşması-Ahlak Puanı, DEK-O: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Puanı, DEK-OK: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Kendisi Puanı, DEK-OD: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Diğerleri Puanı, BDÖ: Bütünsel Düşünce Ölçeği Puanı, ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği Puanı, BDE: Beck Depresyon Envanteri Puanı, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği Puanı, VOKE-TOP: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri Toplam Puanı, VOKE-BK: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Bulaşma Kirlenme Puanı, VOKE-KE: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Kontrol Etme Puanı, VOKE-OB: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Obsesyonlar Puanı, VOKE-Bİ: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Biriktirme Puanı, VOKE-SDH: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Sadece Doğru Hissetme Puanı, VOKE-KAR: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Kararsızlık Puanı, MOKSL-TOP: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi Toplam Puanı, MOKSL-KE: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Kontrol Etme Puanı, MOKSL-TE: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Temizlik Puanı, MOKSL-YA: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Yavaşlık Puanı, MOKSL-KU: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Kuşku Puanı, MOKSL-RU: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Ruminasyonlar Puanı

5.3. Tüm Örneklemde DEK ve DEK'in Alt Boyutları ile Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Çalışmada yeralan OKB teşhisi almış katılımcılar ile sağlıklı bireylerden oluşan toplam örneklemde DEK ve DEK'in alt boyutları, şizotipal kişilik özellikleri, büyüsel düşünce arasındaki ilişkileri incelemek için korelasyon analizleri yapılmıştır. Buna ek olarak hem hasta hem de kontrol grubunun kendi içlerinde korelasyon analizleri ayrı ayrı olarak da yapılmıştır. Korelasyon analizlerine dair veriler Tablo-5.3, Tablo-5.4 ve Tablo-5.5'te sunulmuştur.

Tüm örneklemde elde edilen sonuçlara bakılacak olursa *DEK-Toplam* (*DEK-TOP*) ile DEK'in alt boyutları olan *DEK-Ahlâk* (*DEK-A*), *DEK-Olabilirlik* (*DEK-O*), *DEK-Olabilirlik Kendisi* (*DEK-OK*), *DEK-Olabilirlik Diğerleri* (*DEK-OD*) ile büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($P < 0,01$). Söz konusu değişkenler arasında en yüksek korelasyon katsayısına sahip olan ilişkiler, *DEK-Toplam* ile büyüsel düşünce arasında ve *DEK-O* ile büyüsel düşünce arasında saptanmıştır. Tüm örneklemde büyüsel düşünce ile şizotipal kişilik özellikleri arasında da anlamlı bir korelasyon ilişkisi bulunmuştur.

Tüm örneklemde *BDE* ile ölçülen çökkünlük belirtilerinin ve *BAÖ* ile ölçülen anksiyete belirtilerinin DEK ve alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında, çökkünlük belirtileri ve anksiyete belirtileri ile *DEK-Toplam* puanı ve DEK'in tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($P < 0,01$). Çökkünlük belirtileri ile en yüksek korelasyon katsayısına sahip ilişkisi olan DEK alt boyutu *DEK-A* olarak saptanmış, anksiyete belirtileri ile en yüksek korelasyon katsayısına sahip ilişkisi olan DEK alt boyutu ise *DEK-O* ve *DEK-A* olarak saptanmıştır.

Tablo-5.3. Tüm örnekleme DEK ve Alt Boyutları, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi (N: 73 katılımcı)

		DEK-TOP	DEK-A	DEK-O	DEK-OK	DEK-OD	BDÖ	ŞKÖ	BDE	BAÖ
DEK-TOP	SK	1,000								
	P									
DEK-A	SK	.985**	1,000							
	P	,000								
DEK-O	SK	.761**	.670**	1,000						
	P	,000	,000							
DEK-OK	SK	.754**	.670**	.913**	1,000					
	P	,000	,000	,000						
DEK-OD	SK	.665**	.585**	.889**	.705**	1,000				
	P	,000	,000	,000	,000					
BDÖ	SK	.587**	.551**	.578**	.502**	.540**	1,000			
	P	,000	,000	,000	,000	,000				
ŞKÖ	SK	.570**	.534**	.516**	.451**	.510**	.707**	1,000		
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000			
BDE	SK	.498**	.463**	.445**	.387**	.462**	.650**	.707**	1,000	
	P	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000		
BAÖ	SK	.550**	.530**	.533**	.493**	.483**	.614**	.683**	.751**	1,000
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

SK: Spearman Korelasyon Katsayısı

$P < 0,05$ *

$P < 0,01$ **

DEK-TOP: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği Toplam Puanı, DEK-A: Düşünce Eylem Kaynaşması-Ahlak Puanı, DEK-O: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabirlik Puanı, DEK-OK: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabirlik Kendisi Puanı, DEK-OD: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabirlik Diğerleri Puanı, BDÖ: Büyüsel Düşünce Ölçeği Puanı, ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği Puanı, BDE: Beck Depresyon Envanteri Puanı, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği Puanı

Mevcut korelasyon analizleri OKB teşhisi almış katılımcılardan oluşan hasta grubu ve sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunda ayrı olarak da yapılmıştır. Hasta grubunda yapılan korelasyon analizlerinde *DEK-Toplam* ve DEK'in tüm alt boyutları ile büyüsel düşünce arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır ($P < 0,01$). Gene hasta grubunda yapılan korelasyon analizlerinde, *DEK-Toplam* ve DEK'in alt boyutları ile şizotipal kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında *DEK-O*, *DEK-OK* ve *DEK-OD* ile şizotipal kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmış (

$P < 0,05$), *DEK-A* ve *DEK-Toplam* puanı ile şizotipal kişilik özellikleri arasında anlamlı korelasyon ilişkileri saptanmamıştır ($P:0,178$). Hasta grubunda yapılan korelasyon analizinde şizotipal kişilik özellikleri ile büyüsel düşünce arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmıştır ($P < 0,01$).

Tablo-5.4. Hasta Grubunda DEK ve Alt Boyutları, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi (N: 37 katılımcı)

		DEK-TOP	DEK-A	DEK-O	DEK-OK	DEK-OD	BDÖ	ŞKÖ	BDE	BAÖ
DEK-TOP	SK	1,000								
	<i>P</i>									
DEK-A	SK	.957**	1,000							
	<i>P</i>	,000								
DEK-O	SK	.780**	.616**	1,000						
	<i>P</i>	,000	,000							
DEK-OK	SK	.808**	.661**	.943**	1,000					
	<i>P</i>	,000	,000	,000						
DEK-OD	SK	.692**	.532**	.924**	.780**	1,000				
	<i>P</i>	,000	,001	,000	,000					
BDÖ	SK	.516**	.439**	.599**	.570**	.535**	1,000			
	<i>P</i>	,001	,007	,000	,000	,001				
ŞKÖ	SK	.324	.227	.399*	.357*	.378*	.743**	1,000		
	<i>P</i>	,050	,178	,015	,030	,021	,000			
BDE	SK	.221	.102	.315	.378*	.240	.503**	.644**	1,000	
	<i>P</i>	,189	,548	,058	,021	,153	,002	,000		
BAÖ	SK	.296	.211	.427**	.447**	.324	.576**	.547**	.687**	1,000
	<i>P</i>	,075	,210	,008	,006	,051	,000	,000	,000	

SK: Spearman Korelasyon Katsayısı

$P < 0,05$ *

$P < 0,01$ **

DEK-TOP: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği Toplam Puanı, *DEK-A*: Düşünce Eylem Kaynaşması-Ahlak Puanı, *DEK-O*: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Puanı, *DEK-OK*: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Kendisi Puanı, *DEK-OD*: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Diğerleri Puanı, *BDÖ*: Büyüsel Düşünce Ölçeği Puanı, *ŞKÖ*: Şizotipal Kişilik Ölçeği Toplam Puanı, *BDE*: Beck Depresyon Envanteri Puanı, *BAÖ*: Beck Anksiyete Ölçeği Puanı

Sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunda ise, *DEK-Toplam* ve *DEK-A* boyutları ile büyüsel düşünce arasında anlamlı olarak korelasyon ilişkileri saptanmasına rağmen ($P < 0,05$); hasta grubunda elde edilen sonuçların aksine *DEK-O*, *DEK-OK* ve *DEK-OD* ile büyüsel düşünce arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmamıştır. Ek olarak kontrol grubundaki korelasyon analizlerinde *DEK-O* ve *DEK-OD* alt boyutları ile şizotipal kişilik özellikleri arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmış ($P < 0,05$), *DEK-A* ve *DEK-Toplam* puanı ile şizotipal kişilik özellikleri arasında anlamlı korelasyon ilişkileri saptanmamıştır. Kontrol grubunda yapılan korelasyon analizlerinde hasta grubundaki sonuçların aksine, anksiyete ve çökkünlük belirtileri ile DEK ve DEK'in alt boyutları arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmamıştır.

Tablo-5.5. Kontrol Grubunda DEK ve Alt Boyutları, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi (N: 36 katılımcı)

		DEK-TOP	DEK-A	DEK-O	DEK-OK	DEK-OD	BDÖ	ŞKÖ	BDE	BAÖ
DEK-TOP	SK	1,000								
	<i>P</i>									
DEK-A	SK	.992**	1,000							
	<i>P</i>	,000								
DEK-O	SK	.679**	.614**	1,000						
	<i>P</i>	,000	,000							
DEK-OK	SK	.552**	.490**	.790**	1,000					
	<i>P</i>	,000	,002	,000						
DEK-OD	SK	.526**	.457**	.792**	.383*	1,000				
	<i>P</i>	,001	,005	,000	,021					
BDÖ	SK	.350*	.347*	.285	.066	.324	1,000			
	<i>P</i>	,037	,038	,092	,703	,054				
ŞKÖ	SK	.303	.296	.396*	.217	.419*	.391*	1,000		
	<i>P</i>	,072	,080	,017	,204	,011	,018			
BDE	SK	.074	.075	.110	-.144	.307	.487**	.473**	1,000	
	<i>P</i>	,667	,665	,522	,401	,068	,003	,004		
BAÖ	SK	-.009	.010	.116	-.048	.179	.314	.407*	.429**	1,000
	<i>P</i>	,959	,955	,501	,782	,295	,062	,014	,009	

SK: Spearman Korelasyon Katsayısı

$P < 0,05$ *

$P < 0,01$ **

5.4. OKB Belirtileri ile DEK, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tüm örnekleme DEK, DEK'in alt boyutları, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özelliklerinin OKB belirti boyutları ile arasındaki ilişkilere de bakılmıştır. OKB belirti boyutlarında VOKE'nin 6 alt boyutu olan *VOKE-Bulaşma Kirlenme* (VOKE-BK), *VOKE-Kontrol Etme* (VOKE-KE), *VOKE-Obsesyonlar* (VOKE-OB), *VOKE-Biriktirme* (VOKE-Bİ), *VOKE-Sadece Doğru Hissetme* (VOKE-SDH), *VOKE-Kararsızlık* (VOKE-KAR) ve MOKSL'nin 5 alt boyutu olan *MOKSL-Kontrol Etme* (MOKSL-KE), *MOKSL-Temizlik* (MOKSL-TE), *MOKSL-Yavaşlık* (MOKSL-YA), *MOKSL-Kuşku* (MOKSL-KU), *MOKSL-Ruminasyonlar* (MOKSL-RU) değerlendirmeye alınmıştır. Bu amaçla Spearman Korelasyon Analizi kullanılmış, aynı korelasyon analizleri hem hasta, hem de sağlıklı kontrol gruplarında ayrı ayrı olarak da yapılmıştır. Korelasyon analizlerine dair sonuçlar Tablo-5.6 ve Tablo-5.7'de sunulmuştur.

Mevcut korelasyon analizlerinin tüm örneklemedeki sonuçlarına bakılacak olursa; DEK-Toplam ve DEK'in tüm alt boyutlarıyla VOKE-Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ($P<0,01$). DEK'in alt boyutları ile VOKE'nin alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında DEK'in tüm alt boyutları ile VOKE'nin alt boyutları arasında anlamlı korelasyon ilişkileri bulunmuştur ($P<0,01$). DEK'in alt boyutları ile VOKE'nin alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkisine bakıldığında tüm örneklemede en yüksek korelasyon katsayısına sahip olan ilişkinin *DEK-A* ile *VOKE-Obsesyonlar* arasında olduğu saptanmıştır.

Tüm örneklemede DEK ve DEK'in alt boyutları ile MOKSL ve MOKSL alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkilerine bakıldığında; *DEK-Toplam* puanı ile *MOKSL-Toplam* puanı arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmıştır ($P<0,05$). Tüm örneklemede, DEK'in tüm alt boyutları ile MOKSL'nin tüm alt boyutları arasında anlamlı korelasyon ilişkileri saptanmıştır ($P<0,05$). Burada, en yüksek korelasyon katsayısına sahip olan ilişkinin *DEK-A* ile *MOKSL-Kuşku* alt boyutları arasında olduğu saptanmıştır.

Tüm örnekleme büyüsel düşünce ile VOKE ve VOKE'nin alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkilerine bakıldığında; büyüsel düşünce ile *VOKE-Toplam* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmıştır ($P<0,01$). VOKE alt boyutları ile büyüsel düşünce arasında anlamlı ilişkiler saptanmış ($P<0,01$); en yüksek korelasyon katsayısına sahip ilişkilerin olduğu alt boyutların ise *VOKE-Obsesyonlar*, *VOKE-Kararsızlık* ve *VOKE-Kontrol Etme* alt boyutları olduğu görülmüştür. Tüm örnekleme büyüsel düşünce ile *MOKSL-Toplam* puanları ve MOKSL'nin 5 alt boyutu arasındaki ilişkilere de bakılmış; büyüsel düşüncenin *MOKSL-Toplam* puanı ile ve MOKSL'nin tüm alt boyutları ile arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmıştır ($P<0,01$).

Tüm örnekleme şizotipal kişilik özellikleri ile VOKE ve VOKE'nin alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkilerine bakıldığında; şizotipal kişilik özellikleri ile *VOKE-Toplam* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon ilişkisi saptanmış ($P<0,01$), şizotipal kişilik özellikleri ile VOKE'nin tüm alt boyutları arasında yine anlamlı korelasyon ilişkileri saptanmış ($P<0,01$), en yüksek korelasyon katsayısına sahip olan ilişkilerin *VOKE-Kararsızlık* ve *VOKE-Obsesyonlar* alt boyutları ile olduğu görülmüştür. Tüm örnekleme şizotipal kişilik özellikleri ile MOKSL ve MOKSL'nin alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkilerine bakıldığında; MOKSL toplam puanı ve MOKSL'nin tüm alt boyutları ile şizotipal kişilik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($P<0,01$). Hem büyüsel düşüncenin, hem de şizotipal kişilik özelliklerinin MOKSL alt boyutları ile ilişkilerinde en yüksek korelasyon katsayısına sahip olan ilişkilerin *MOKSL-Ruminasyonlar* alt boyutu ile olduğu görülmüştür.

Tablo-5.6. Tüm Örneklemde DEK ve Alt Boyutları, Bütünsel Düşünce, Şizotipal Kişilik Özelliklerinin VOKE Alt Boyutları İle Aralarındaki İlişkilerin İncelenmesi (N: 73 Katılımcı)

		VOKE-TOP	VOKE-BK	VOKE-KE	VOKE-OB	VOKE-Bİ	VOKE-SDH	VOKE-KAR
DEK-TOP	SK	.626**	.491**	.546**	.670**	.533**	.519**	.538**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DEK-A	SK	.606**	.481**	.526**	.655**	.499**	.497**	.508**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DEK-O	SK	.469**	.363**	.412**	.571**	.409**	.383**	.415**
	P	,000	,002	,000	,000	,000	,001	,000
DEK-OK	SK	.510**	.400**	.395**	.566**	.436**	.438**	.447**
	P	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000
DEK-OD	SK	.383**	.277*	.376**	.479**	.389**	.293*	.361**
	P	,001	,018	,001	,000	,001	,012	,002
BDÖ	SK	.623**	.548**	.601**	.635**	.589**	.470**	.611**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
ŞKÖ	SK	.736**	.651**	.650**	.686**	.642**	.662**	.716**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
BDE	SK	.701**	.596**	.647**	.745**	.598**	.609**	.681**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
BAÖ	SK	.728**	.614**	.665**	.759**	.518**	.652**	.629**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

SK: Spearman Korelasyon Katsayısı

P<0,05 *

P<0,01 **

DEK-TOP: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği Toplam Puanı, DEK-A: Düşünce Eylem Kaynaşması-Ahlak Puanı, DEK-O: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Puanı, DEK-OK: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Kendisi Puanı, DEK-OD: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Diğerleri Puanı, BDÖ: Bütünsel Düşünce Ölçeği Puanı, ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği Puanı, BDE: Beck Depresyon Envanteri Puanı, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği Puanı, VOKE-TOP: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri Toplam Puanı, VOKE-BK: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Bulaşma Kirlenme Puanı, VOKE-KE: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Kontrol Etme Puanı, VOKE-OB: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Obsesyonlar Puanı, VOKE-Bİ: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Biriktirme Puanı, VOKE-SDH: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Sadece Doğru Hissetme Puanı, VOKE-KAR: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Kararsızlık Puanı, MOKSL-TOP: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi Toplam Puanı, MOKSL-KE: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Kontrol Etme Puanı, MOKSL-TE: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Temizlik Puanı, MOKSL-YA: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Yavaşlık Puanı, MOKSL-KU: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Kuşku Puanı, MOKSL-RU: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Ruminasyonlar Puanı

Mevcut korelasyon analizleri OKB tanısı almış katılımcılardan oluşan hasta grubunda yeniden yapılmış; *DEK-Toplam* puanı ile *VOKE-Toplam* puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir korelasyon ilişkisi saptanmamıştır ($P: 0,223$). DEK'in

alt boyutları ile VOKE'nin alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında *DEK-OK* ile *VOKE-Obsesyonlar* ($P<0,01$); *DEK-O*, *DEK-OK* ile *VOKE-Biriktirme* ($P<0,05$) arasında anlamlı korelasyon ilişkilerinin olduğu saptanmıştır. *DEK-A* ve *DEK-OD* alt boyutlarının VOKE'nin hiç bir alt boyutu ile aralarında anlamlı bir korelasyon ilişkisi saptanmamıştır. Hasta grubunda *DEK-Toplam* ile *MOKSL-Toplam* puanları arasında da istatistiksel yönden anlamlı bir korelasyon ilişkisi saptanmamıştır. DEK'in alt boyutları ile MOKSL'nin alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında *DEK-O*, *DEK-OK* ve *DEK-OD* alt boyutları ile *MOKSL-Temizlik* arasında ve *DEK-O* ve *DEK-OK* ile *MOKSL-Ruminasyonlar* alt boyutu arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. *DEK-A* alt boyutunun VOKE ve MOKSL'nin hiç bir alt boyutu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hasta grubunda büyüsel düşünce ile *VOKE-Toplam* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Büyüsel düşünce ile VOKE'nin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında *VOKE-Bulaşma Kirlenme* alt boyutu dışında VOKE'nin tüm alt boyutları arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmış, *VOKE-Bulaşma Kirlenme* alt boyutu ile büyüsel düşünce arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmamıştır. Büyüsel düşünce ile VOKE'nin alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkilerinde en yüksek korelasyon katsayısına sahip ilişkilerin *VOKE-Obsesyonlar* ve *VOKE-Biriktirme* alt boyutları olduğu görülmüştür. Hasta grubunda büyüsel düşünce puanları ile MOKSL arasındaki korelasyon ilişkilerine bakıldığında, büyüsel düşünce puanları ile *MOKSL-Toplam* puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmıştır ($P<0,01$). MOKSL'nin alt boyutlarıyla büyüsel düşüncenin ilişkilerine bakıldığında ise *MOKSL-Kuşku* alt boyutu haricinde tüm MOKSL alt boyutlarıyla büyüsel düşünce arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmış; en yüksek korelasyon katsayısına sahip ilişkinin *MOKSL-Ruminasyonlar* olduğu görülmüştür.

Hasta grubunda şizotipal kişilik özellikleri ile *VOKE-Toplam* ve VOKE alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkilerine bakıldığında şizotipal kişilik özellikleri ile *VOKE-Toplam* puanı ve VOKE'nin tüm alt boyutlarıyla arasında anlamlı korelasyon ilişkileri olduğu görülmüş; en yüksek korelasyon katsayısına sahip olan VOKE alt boyutları *VOKE-Biriktirme* ve *VOKE-Kararsızlık* oldukları görülmüştür. Şizotipal

kişilik özellikleri ile MOKSL-Toplam puanları ve MOKSL alt boyutları aralarındaki korelasyon ilişkilerine bakıldığında, *MOKSL-Toplam* puanı ve MOKSL'nin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmış ($P<0,01$), MOKSL'nin alt boyutlarıyla olan korelasyon ilişkilerine bakıldığında ise en yüksek korelasyon katsayılarına sahip ilişkiler saptanan MOKSL alt boyutlarının *MOKSL-Ruminasyonlar* ve *MOKSL-Yavaşlık* oldukları görülmüştür.

Hasta grubunda yapılan korelasyon analizlerinde *DEK-Toplam* puanı ile *VOKE-Toplam* puanı arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmamış olmasına rağmen, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özellikleri ile *VOKE-Toplam* puanı arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmıştır.

Korelasyon analizleri kontrol grubunun kendi içerisinde yapıp sonuçları değerlendirildiğinde; *DEK-Toplam* puanı ile *VOKE-Toplam* puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ($P<0,01$); *DEK-Toplam* puanı ile *MOKSL-Toplam* puanı arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmamıştır. DEK'in alt boyutları ile VOKE'nin alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında, *DEK-A*, *DEK-O* ve *DEK-OK* ile *VOKE-Obsesyonlar* arasında ($P<0,01$); *DEK-A* ile *VOKE-Kontrol Etme* ve *VOKE-Biriktirme* arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($P<0,05$). Hasta grubunda *DEK-A* alt boyutunun VOKE'nin hiç bir alt boyutu ile arasında ilişki olmamasına rağmen kontrol grubunda *DEK-A* alt boyutunun *VOKE-Obsesyonlar*, *VOKE-Kontrol Etme* ve *VOKE-Biriktirme* alt boyutları ile anlamlı korelasyon ilişkileri olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda *DEK-OD* alt boyutunun VOKE'nin hiç bir alt boyutu ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubunda, hasta grubunda elde edilen sonucun aksine büyüsel düşünce ile *VOKE-Toplam* puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. VOKE'nin alt boyutları ile büyüsel düşünce arasındaki ilişkilere bakıldığında; büyüsel düşünce ile *VOKE-Kontrol Etme* ve *VOKE-Kararsızlık* arasında anlamlı ilişkiler saptanmış ($P<0,01$); büyüsel düşünce ile diğer VOKE alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler saptanmamıştır. Kontrol grubunda yine hasta grubundaki sonucun aksine şizotipal kişilik özellikleri ile *VOKE-Toplam* puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişki saptanmamış; VOKE'nin alt boyutları ile arasındaki ilişkilere bakıldığında şizotipal kişilik özellikleri ile sadece *VOKE-Kontrol Etme* ve *VOKE-Obsesyonlar* arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($P<0,05$).

Tablo-5.7. Hasta Grubunda DEK ve Alt Boyutları, Büyüsel Düşünce, Şizotipal Kişilik Özelliklerinin VOKE Alt Boyutları ile Aralarındaki İlişkilerin İncelenmesi (N: 37 Katılımcı)

		VOKE-TOP	VOKE-BK	VOKE-KE	VOKE-OB	VOKE-Bİ	VOKE-SDH	VOKE-KAR
DEK-TOP	SK	,223	,177	,035	,314	,253	,071	,218
	P	,184	,295	,837	,058	,131	,676	,194
DEK-A	SK	,120	,100	-,031	,254	,137	-,035	,122
	P	,478	,556	,855	,130	,418	,839	,474
DEK-O	SK	,300	,203	,095	,413*	,339*	,160	,293
	P	,071	,229	,576	,011	,040	,343	,078
DEK-OK	SK	,324	,234	,074	,437**	,354*	,172	,323
	P	,050	,164	,664	,007	,032	,310	,051
DEK-OD	SK	,223	,139	,094	,291	,289	,122	,210
	P	,184	,414	,581	,081	,083	,472	,213
BDÖ	SK	,534**	,297	,342*	,638**	,576**	,392*	,491**
	P	,001	,074	,038	,000	,000	,016	,002
ŞKÖ	SK	,752**	,531**	,448**	,674**	,773**	,699**	,713**
	P	,000	,001	,005	,000	,000	,000	,000
BDE	SK	,761**	,629**	,500**	,598**	,709**	,687**	,745**
	P	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000
BAÖ	SK	,632**	,476**	,417*	,703**	,508**	,484**	,563**
	P	,000	,003	,010	,000	,001	,002	,000

SK: Spearman Korelasyon Katsayısı

P<0,05 *

P<0,01 **

DEK-TOP: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği Toplam Puanı, DEK-A: Düşünce Eylem Kaynaşması-Ahlak Puanı, DEK-O: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Puanı, DEK-OK: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Kendisi Puanı, DEK-OD: Düşünce Eylem Kaynaşması-Olabilirlik Diğerleri Puanı, BDÖ: Büyüsel Düşünce Ölçeği Puanı, ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği Puanı, BDE: Beck Depresyon Envanteri Puanı, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği Puanı, VOKE-TOP: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri Toplam Puanı, VOKE-BK: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Bulaşma Kirlenme Puanı, VOKE-KE: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Kontrol Etme Puanı, VOKE-OB: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Obsesyonlar Puanı, VOKE-Bİ: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Biriktirme Puanı, VOKE-SDH: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Sadece Doğru Hissetme Puanı, VOKE-KAR: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri-Kararsızlık Puanı, MOKSL-TOP: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi Toplam Puanı, MOKSL-KE: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Kontrol Etme Puanı, MOKSL-TE: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Temizlik Puanı, MOKSL-YA: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Yavaşlık Puanı, MOKSL-KU: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Kuşku Puanı, MOKSL-RU: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi-Ruminasyonlar Puanı

5.5. Mevcut Çalışma Hipotezlerine Ek Olarak Yapılan İstatistiksel Analizler

Araştırmamızda mevcut belirlenmiş hipotezlerimize ek olarak; cinsiyetler arasında büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar açısından fark olup olmadığı, bilişsel davranışçı terapi (BDT) alanlar ile almayanlar arasında büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar açısından fark olup olmadığı, tıp öğrencileri ve tıp doktorları ile diğer meslek grupları arasında büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar açısından fark olup olmadığı gibi istatistiksel analizler de yapılmıştır. Tüm örneklemdaki katılımcıların cinsiyetleri açısından büyüsel düşünce ölçeklerinden alınan puanlar karşılaştırıldığında; 44 kadın, 29 erkek katılımcıdan oluşan tüm örnekleme cinsiyetler arasında büyüsel düşünce puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($P:0,277$). Cinsiyetler arasındaki büyüsel düşünce ölçeklerinden alınan puanlar açısından yapılan istatistiksel analizin sonuçları Tablo-5.8'de özetlenmiştir.

Tablo-5.8. Tüm Örnekleme Katılımcıların Cinsiyetleri Açısından Büyüsel Düşünce Ölçeklerinden Alınan Puanların Karşılaştırılması (N: 73 Katılımcı)

	Kadın (n: 44) Ortanca (min-max)	Erkek (n: 29) Ortanca (min-max)	P*
BDÖ	4 (0-21)	3 (0-17)	0,277

min: *minimum*, max: *maksimum*, n:*katılımcı sayısı*

**Mann-Whitney U Testi*

BDÖ: *Büyüsel Düşünce Ölçeği*

Hastalardan oluşan katılımcılar arasında en az 3 ay süreyle BDT alanlar ve almayanlar arasında büyüsel düşünce ölçeklerinden alınan puanlar açısından farklılık olup olmadığının karşılaştırıldığı istatistiksel analizlerde, en az 3 ay süreyle BDT alan 10 katılımcı, en az 3 ay süreyle BDT almayan ve daha önce hiç BDT uygulanmamış 27 katılımcı saptanmıştır. İki grup arasında büyüsel düşünce ölçeklerinden alınan puanlar açısından farklılık olup olmadığına bakıldığında, en az 3 ay süreyle BDT alan grupta büyüsel düşünce ölçeklerinden alınan puanların ortancası, BDT almayan gruba göre daha düşük olarak saptanmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı

saptanmamıştır ($P: 0,448$). BDT alanlar ile almayanlar arasındaki büyüsel düşünce ölçeklerinden alınan puanların farklı olup olmadığına dair yapılan istatistiksel analizlerin sonuçları Tablo-5.9’da özetlenmiştir.

Tablo-5.9. Hasta grubunda En Az 3 Ay Süreyle BDT Alanlar ile En az 3 Ay Süreyle BDT Almayanlar ve Daha Önce Hiç BDT Almayanlar Arasında Büyüsel Düşünce Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması (N: 37 Katılımcı)

	En Az 3 Ay BDT Alanlar (n: 10) Ortanca (min-max)	En Az 3 Ay BDT Almayanlar ile Hiç BDT Almayanlar (n:27) Ortanca (min-max)	P^*
BDÖ	5,5 (0-17)	7 (1-21)	0,448

min: *minimum*, max: *maksimum*, n:*katılımcı sayısı*

**Mann-Whitney U Testi*

BDÖ: *Büyüsel Düşünce Ölçeği*

BDT: *Bilişsel Davranışçı Terapi*

Sağlıklı kontrollerden oluşan katılımcılar içerisindeki grupta tıp öğrencileri ve tıp doktorlarından oluşan grup ile diğer meslek grupları arasında büyüsel düşünce ölçeklerinden alınan puanlar arasında fark olup olmadığının değerlendirildiği istatistiksel analizlerde; tıp öğrencileri ve tıp doktorlarından oluşan grubun 20 katılımcıdan, diğer meslek gruplarından oluşan katılımcıların olduğu grubun ise 16 katılımcıdan oluştuğu saptanmıştır. İki grup arasında büyüsel düşünce ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılması sonucunda, tıp öğrencilerinden ve tıp doktorlarından oluşan grupta büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanların ortancası diğer mesleklerden oluşan katılımcıların oluşturduğu gruptaki büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanların ortancasına göre daha düşük olarak saptanmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($P: 0,166$). Tıp öğrencileri ve tıp doktorları ile diğer meslek grupları arasındaki büyüsel düşünce ölçeklerinden alınan puanların farklı olup olmadığına dair yapılan istatistiksel analizlerin sonuçları Tablo-5.10’da özetlenmiştir.

Tablo-5.10. Kontrol Grubunda Tıp Öğrencileri ve Tıp Doktorları ile Diğer Meslek Grupları Arasında Büyüsel Düşünce Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması (N: 36 Katılımcı)

	Tıp Öğrencileri ve Tıp Doktorları (n:20) Ortanca (min-max)	Diğer Meslek Grupları (n:16) Ortanca (min-max)	P*
BDÖ	1,5 (0-7)	3 (0-9)	0,166

min: *minimum*, max: *maksimum*, n:*katılımcı sayısı*

**Mann-Whitney U Testi*

BDÖ: *Büyüsel Düşünce Ölçeği*

6. TARTIŞMA

Bu araştırma, obsesif kompulsif bozuklukta düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özellikleri arasındaki ilişkileri araştırmayı amaçlayan kesitsel bir vaka kontrol çalışmasıdır. Bu amaçla psikiyatri polikliniğinde ve psikiyatri servisinde OKB teşhisi almış bireyler ile sağlıklı kontrol grubu katılımcıları düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özelliklerini ölçen değerlendirme araçları ile karşılaştırılmış; ilgili parametreler hem kendi aralarında hem de obsesif kompulsif belirtiler ile aralarındaki ilişkiler bakımından değerlendirilmiştir.

Araştırmamızın temel soruları normal girici düşünceden klinik olarak obsesif kompulsif bozukluğa giden süreçte düşünce eylem kaynaşmasının bir rolü, bir etkisi olabileceği ve buna paralel bir şekilde büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özelliklerinin OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha fazla olabileceği temeli üzerinde kurulmuştur.

Araştırmamızdaki amaçlardan birincisi, hasta grubu ile kontrol grubu arasında DEK, DEK'in alt boyutları ve büyüsel düşünce puanlarının karşılaştırılmasıdır. Sonuç olarak hasta grubunda *DEK-Toplam* puanları, DEK'in tüm alt parametreleri ve büyüsel düşünce puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu konuda ilgili literatüre bakıldığında, klinik olarak OKB teşhisi almış hastalar ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırılmış olduğu araştırmalarda OKB hastalarında ortalama *DEK-Toplam* puanlarının ve DEK'in alt boyutlarının puanlarının kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (47, 48). Bunun yanında klinik olmayan populasyonlar üzerinde gerçekleştirilen araştırmalarda OKB teşhisi almamış olsa bile gündelik hayatında obsesif kompulsif ritüelleri olan ve gündelik yaşamında düşünce baskılama ya da nötralizasyon gibi zihinsel ritüelleri daha fazla uygulayan kişilerde DEK puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (82). Literatürde, OKB'si olanlarda büyüsel düşünce puanlarının yüksek olduğuna ilişkin muhtelif araştırma bulguları mevcuttur (52, 61, 63).

Araştırmamızdaki amaçlardan ikincisi DEK ve alt boyutları ile büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özellikleri arasındaki ilişkileri araştırmaktır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda tüm örnekleme DEK'in tüm alt boyutlarının büyüsel düşünceyle ve şizotipal kişilik özellikleriyle arasında anlamlı korelasyon ilişkileri saptanmıştır. İlgili korelasyon analizleri hasta ve kontrol gruplarında ayrı olarak yapıldığında ise; kontrol grubundaki büyüsel düşünceyle istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ilişkisi saptanan tek DEK alt boyutu *DEK-A* olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda şizotipal kişilik özellikleri ile anlamlı ilişkili olarak saptanan DEK alt boyutları ise *DEK-O* ve *DEK-OD* olarak saptanmıştır. OKB teşhisi almış hastalardan oluşan grupta ise büyüsel düşünceyle DEK ve DEK'in tüm alt boyutlarının anlamlı bir korelasyon ilişkisi içerisinde olduğu görülmüştür. Hasta grubunda *DEK-Toplam* ve *DEK-A* boyutunun şizotipal kişilik özellikleri ile ilişkisi anlamlı bulunmamış; fakat *DEK-O*, *DEK-OK* ve *DEK-OD* alt boyutlarının şizotipal kişilik özellikleri ile ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Gruplar arasındaki korelasyon analizleri ayrı ayrı yapıldığında korelasyon ilişkilerinin zayıflamasının, katılımcı sayılarının azalması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Literatüre bakıldığında, kültürler arası farklılıklar olsa da, çalışmaların sonuçları genellikle büyüsel düşünceyle DEK'in daha çok *DEK-O*, *DEK-OK* veya *DEK-OD* alt boyutlarının ilişkili olduğu yönündedir (61, 83). Bu konuda gerçekleştirilmiş olan araştırmaların bir bölümü daha çok klinik olmayan popülasyondan katılımcılar üzerinde yürütülmüş ve geniş örneklemlerle araştırmalardır (52). Ancak OKB tanılı katılımcılarla yürütülmüş olan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (83). Klinik olarak obsesyonlara daha özgün olan DEK alt boyutlarının *DEK-O*, *DEK-OK* ve *DEK-OD* olduğu; bu alt boyutların yapısal olarak büyüsel düşünceyle daha fazla benzerlik gösterdikleri; düşüncelere büyüsel bir önem atfetme ya da nötralizasyon stratejileriyle vasıtasıyla normal zorlantılı girici düşüncelerin klinik olarak obsesyona dönüşmesi sürecinde büyüsel düşüncenin ve *DEK-O*, *DEK-OK* ve *DEK-OD* alt boyutlarının daha etkili etmenler olabileceklerine dair araştırma bulguları ve görüşler mevcuttur (61, 83). Ancak; kültürler arası farklılıklar burada değişikliklere yol açabilir. Klinik olmayan popülasyonlarda yapılan çalışmalarda *DEK-A* alt boyutunun DEK'in diğer alt boyutlarına göre daha yüksek olarak saptandığı da literatürde sık tekrarlanmış bir bulgudur (84). Bizim bulgularımız da bu yönde

olmuştur. Çalışmamızda kontrol grubuna alınan katılımcıların DEK ölçeğinden aldıkları puanlar daha çok *DEK-A* alt boyutunda gruplanmıştır; bu durum da kontrol grubundaki katılımcılardan büyüsel düşünceyle istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ilişkilerinin *DEK-A* alt boyutuyla ilişkili çıkması sonucunu doğurmuştur.

Şizotipal kişilik özellikleri ile büyüsel düşünce arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi olması çalışmamızda beklenen bir bulgu idi. Büyüsel düşüncenin şizotipinin özelliklerinden birisi olması bu anlamlı ilişkiyi tabi kılmaktadır (58). Tüm örnekleme yapılan korelasyon analizinde şizotipal kişilik özellikleri ile DEK'in tüm alt boyutları arasında anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmış, en yüksek korelasyon katsayısına sahip ilişki ise *DEK-A* ile olduğu görülmüştür. Hasta grubunda ise şizotipal kişilik özellikleri ile *DEK-A* arasında ilişki saptanmamış; *DEK-OK*, *DEK-OD* ve *DEK-O* alt boyutları ile ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı oldukları gözlenmiştir. Kontrol grubunda yapılan korelasyon analizlerinde ise şizotipal kişilik özellikleri sadece *DEK-O* ve *DEK-OD* alt boyutları ile anlamlı olarak saptanmıştır. Bu sonuç, katılımcı sayılarının azalması ile açıklanabileceği gibi; OKB hastalarından oluşan grupta, sağlıklı kontrollerden oluşan kontrol grubuna göre şizotipal kişilik özelliklerinin daha fazla olması, daha fazla olan şizotipal özelliklerin de klinik olarak obsesyona giden süreçle ilişkili bilişsel yanlılık hataları olan düşünce eylem kaynaşması ve büyüsel düşünceyle daha yakın ilişkili olması temelinde açıklanabilir. Çalışmamızda ek olarak hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre şizotipal kişilik özellikleri ölçeğinden alınan puanlar daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu durum da OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre şizotipal özelliklerin daha fazla olduğunu ileri süren diğer araştırma bulguları ile uyumludur (56, 58).

Araştırmamızdaki amaçlardan üçüncüsü, OKB belirti örüntüsü ile DEK, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özellikleri arasındaki muhtemel ilişkilerin değerlendirilmesi idi. OKB belirti boyutlarını tanımlamak amacıyla araştırmamızda VOKE ve MOKSL'nin alt boyutları kullanılmıştır. VOKE'nin 6 alt boyutu olan (*VOKE-Bulaşma Kirlenme*, *VOKE-Kontrol Etme*, *VOKE-Obsesyonlar*, *VOKE-Biriktirme*, *VOKE-Sadece Doğru Hissetme* ve *VOKE-Kararsızlık*) ve MOKSL'nin 5 alt boyutu (*MOKSL-Kontrol Etme*, *MOKSL-Temizlik*, *MOKSL-Yavaşlık*, *MOKSL-Kuşku*, *MOKSL-Ruminasyonlar*) ile DEK ve DEK'in alt boyutları, büyüsel düşünce

ve şizotipal kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. İlgili analizler tüm örnekleme yapıldığı gibi hasta ve kontrol gruplarında ayrıca yeniden yapılmıştır. Tüm örnekleme yapılan analizlerde VOKE'nin alt boyutları ile DEK arasında muhtelif pozitif bağıntılar saptanmıştır. Korelasyon katsayıları açısından değerlendirildiğinde, DEK'in alt boyutlarının VOKE'nin alt boyutları ile ilişkilerinde en yüksek korelasyon katsayısına sahip olan ilişkiler *DEK-A* ve *DEK-OK* olarak değerlendirilmiştir. *DEK-A* alt boyutunun *VOKE-Obsesyonlar* ile ilişkisinde *DEK-OK* alt boyutuna göre daha yüksek korelasyon katsayısı saptanmıştır. Bunun sebebinin katılımcılarda genel olarak *DEK-A* alt boyutundan alınan puanların *DEK-OK* alt boyutundan alınan puanlara göre daha yüksek olması olarak düşünülebilir. İlâveten *VOKE-Obsesyonlar* alt boyutu daha çok zarar verme/saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar ile cinsel/dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar belirti boyutlarını ölçen bir alt boyut olduğu için, bu alandaki obsesif kompulsif semptomlar olumsuz duygulanım ile yakından ilişkilidir (85) ve kültürel/toplumsal/dini etmenlere özgü olarak abartılmış bir sorumluluk algısıyla daha fazla suçluluk duygusu oluşturabilmektedir (86). *DEK-A* alt boyutu yapılan çalışmalarda negatif afekt ve çökkünlük belirtileri ile daha ilişkili olduğu için (48), aralarındaki ilişki *DEK-OK*'ye göre tüm örnekleme daha yüksek korelasyon katsayısına sahip olarak saptanmış olabilir. Nitekim çalışmamızda da tüm örnekleme yapılan korelasyon analizinde çökkünlük ve anksiyete alanındaki semptomlarla VOKE alt boyutları arasındaki ilişkide en yüksek korelasyon katsayısına sahip olarak görülen VOKE alt boyutu *VOKE-Obsesyonlar* olarak bulunmuştur. DEK ve alt boyutlarının, hasta grubunda VOKE alt boyutları ve MOKSL alt boyutları ile ayrı yapılan analizlerinde ise hasta grubunda *DEK-A* alt boyutunun hiç bir VOKE alt boyutu ile anlamlı ilişkisi saptanmamış, *DEK-OK* ve *DEK-O* alt boyutlarının ise *VOKE-Obsesyonlar* ve *VOKE-Biriktirme* alt boyutları ile aralarında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Mevcut araştırma sorumuz doğrultusunda büyüsel düşünceyle obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisine bakıldığında, büyüsel düşüncenin tüm örnekleme *VOKE-Toplam* puanıyla ve VOKE'nin tüm alt boyutlarıyla aralarında anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Büyüsel düşünce ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkilere hasta ve kontrol gruplarında ayrı ayrı olarak da bakılmıştır. Hasta grubunda yapılan analizlerde *VOKE-Bulaşma Kirlenme* haricinde tüm VOKE alt boyutları ile

büyüsel düşünce arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu durum, cinsel/dini obsesyonlar ve zarar verme/saldırıcılık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlara büyüsel bir önem atfetme ile ilişkili olabilir. Literatürde cinsel/dini ve zarar verme/saldırıcılık obsesyonlarının, kontrol etme kompulsiyonlarının ve biriktirme/istifleme obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonların, bulaşma kirlenme ve temizlik obsesyon ve kompulsiyonlarına göre büyüsel düşünceyle daha ilişkili olduğu yönünde çalışma sonucu mevcuttur (61). Çalışma sonucumuz bu bulgu ile uyumludur. Bu sonucu örnek üzerinden anlatmak gerekirse; kapının kilitli olduğundan emin olamayan süreğen bir şekilde kapının kilidini kontrol etme şeklinde kontrol kompulsiyonları olan kişiler normalde kapının kilitli olduğunu bilirler, görsel, işitsel veya dokunsal olarak kapının kilitli olduğuna dair uyarıları almıştır fakat emin olamayıp kilidi kontrol etme gibi bir öznel zorlantı deneyimi yaşarlar, mevcut uyarılarla kapının kilitli olduğunu bilmelerine rağmen bu sonucu reddedip tekrar kontrol etme davranışında bulunmak nedensellik yasalarına uymaz; zihnine cinsellikle ya da dinle alakalı rahatsız edici düşünceler gelen kişiler bu düşüncelerle ilişkili olarak öznel bir zorlantı deneyimi yaşarlar ve normalde böyle bir düşünceye sahip olmamalarına rağmen girici düşüncelere özel bir önem atfederler ve bunu nedensellik yasalarına uygun bir şekilde tarifleyemezler; biriktirme obsesyonları olan kişiler nesnelere neden biriktirdiğine dair nedensellik yasalarına uygun bir sonuç çıkarsayamazlar; fakat bulaşma kirlenme obsesyonları olan kişiler var olan bulaşma kirlenme obsesyonlarına dair kaçınma davranışlarına ya da temizleme kompulsiyonlarına dair eylemlerinde nedensellik yasalarına uygun olarak açıklamalarda bulunabilirler. Ev temizlik ürünleri üreticileri, potansiyel mikrop tehlikesini artıran ve çevremizdeki mikropların görünmez doğasını ve sürekli varlığını vurgulayan pazarlama kampanyaları kullanırlar. Reklamlar genellikle normal sabunla yıkamanın mikropların giderilmesinde etkisiz olduğunu belirtmektedir. Yıkayıcıların, ellerini yıkarken bu görünmez mikropların hala mevcut olabileceğini hayal etmek için büyüsel düşünme eğilimlerine ihtiyaç duymadıkları, fakat cinsel/dini/biriktirme obsesyonları olan kişilerin ve kontrol kompulsiyonları olan kişilerin nedensellik yasalarına aykırı zihinsel ya da davranışsal faaliyetlerinde büyüsel düşünce sistemlerine ihtiyaç duydukları düşünülebilir (55). Ek olarak bu ilişkilere nötralizasyon davranışları tarafından bakılacak olursa; anlamsız cümleleri saymak, bir

şeyleri sıralamak ya da biriktirmek, tekrarlamak, kontrol etmek gibi eylemler tehlikeli bir olayı önleyebileceği inancıyla ortaya çıkabilir; bir korunma hissi sağlamak için bazı nötralize edici ritüeller gerçekleştirilebilir. Buna göre, büyüsel düşünce tehdit hissini bir girdi olarak arttırmasının yanında; kontrolü yeniden kazanma hissini sağlamaya çalışması, nötrleştirici davranışları ortaya çıkarması vasıtasıyla da tehdit hissini azaltmaya çalışıyor olabilir. Bu tür eylemlerde büyüsel düşünce sistemleri, bulaşma kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları olan kişilere göre daha fazla kullanılıyor olabilir (87, 88).

Araştırma sorumuz doğrultusunda, şizotipal kişilik özellikleri ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Tüm örnekleme yapılan korelasyon analizlerinde şizotipal kişilik özelliklerinin VOKE'nin ve MOKSL'nin tüm alt boyutlarıyla arasında anlamlı korelasyon ilişkileri saptanmıştır. Hasta grubunda korelasyon analizleri ayrı olarak yapıldığında şizotipal kişilik özelliklerinin tüm örnekleme benzer şekilde VOKE'nin ve MOKSL'nin tüm alt boyutlarıyla arasında anlamlı korelasyon ilişkileri saptanmıştır. Korelasyon katsayılarına bakıldığında en yüksek korelasyon katsayılarına sahip ilişkilerin olduğu VOKE alt boyutları *VOKE-Obsesyonlar*, *VOKE-Biriktirme* ve *VOKE-Kararsızlık* olarak saptanmıştır. Hasta grubunda şizotipal kişilik özellikleri ile *VOKE-Toplam* puanı arasında anlamlı korelasyon ilişkisi olmasına karşın, kontrol grubunda şizotipal kişilik özellikleri ile *VOKE-Toplam* puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durum OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre şizotipal kişilik özelliklerinin daha fazla olması, daha fazla şizotipal özelliklerin normal zorlayıcı girci düşünceden klinik olarak obsesyona giden süreçte daha fazla pay sahibi etmenlerden birisi olabileceği sonucu ile uyumludur (58). Bu sonuçların yorumlanması esnasında ek olarak obsesyonları otojen ve reaktif obsesyonlar olarak ayıran yazınlardan bahsetmekte fayda vardır. Lee ve Kwon (89), 2003 yılında obsesyonları otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar olarak iki alt grupta sınıflandırmıştır. Otojen obsesyonlar çoğunlukla saptanabilir bir uyarı olmaksızın zihne gelen ve benliğe yabancı olma özelliği taşımakta olup cinsel, dinsel ve saldırganlık temalarını içermektedir. Reaktif obsesyonlar ise belirgin bir dış uyarı ile ortaya çıkan, daha gerçekçi ve rasyonel görünüm özelliği taşımakta olup kirlenme-bulaşma, simetri-düzen ve somatik obsesyonları içermektedir (89, 90). Otojen obsesyon grubuna dahil olan dini

obsesyonlar, cinsel ve zarar verme/saldırıcılık içerikli obsesyonların sanrı ile benzerlik gösterdiği; bu gruptakine benzer obsesyonları olan hastaların, obsesyonlarını gerçek dışı algılamakla beraber, dürtüye karşı koyma konusunda başarısız kaldıkları ve belirtileriyle başa çıkamamakta oldukları belirtilmektedir. Otojen obsesyonu olan hastaların obsesyonel dürtü veya düşünceye karşı direnç göstermemeleri veya gösterdikleri direncin patolojik olması nedeniyle psikotik bir görünümü olabilir (90, 91). Bir çalışmada otojen obsesyonları olan hastalarda düşünce bozukluklarına daha fazla rastlandığı ve bu gruptaki hastaların daha fazla antipsikotik tedaviye maruz kaldığı belirtilmiştir (92); aynı araştırmacılar tarafından yapılan başka bir çalışmada ise otojen obsesyonları olan kişilerde daha fazla şizotipal özellikler olduğu gösterilmiştir (93). Yine başka çalışmalarda içgörüsü azalmış OKB hastalarının olduğu grupta belirti boyutu açısından daha fazla istifleme, düzen, simetri obsesyonları ile biriktirme, tekrarlama, kontrol etme kompulsiyonları daha fazla bulunmuş, bu gruplarda ilaveten daha fazla şizotipal kişilik özellikleri ve hastalıkla ilgili daha az içgörü saptanmış, bu grup hastaların tedaviye daha dirençli ve hastalık prognozlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (94, 95). Çalışmamızdaki sonuçlara bu açıdan bakıldığında *VOKE-Obsesyonlar* alt boyutunun kapsadığı cinsel/dini/saldırıcılık temalı obsesyonlar ve *VOKE-Biriktirme* alt boyutunun kapsadığı istifleme obsesyonları ve biriktirme ile ilişkili kompulsiyonlar, şizotipal özellikler ile istatistiksel olarak anlamlı yönde saptanmıştır. Çalışmamızda hasta grubunda içgörü, düşünce bozukluğu ve tedaviye dirençle ilgili etmenler değerlendirilmediği için bunlar hakkında sonuç verilememektedir.

Çalışmamızdaki sonuçlara bakıldığında, hasta grubunda büyüsel düşünceyle *VOKE-Toplam* puanı arasında anlamlı ilişki saptanmış, bunun aksine *DEK-Toplam* puanı ile *VOKE-Toplam* puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda elde edilen bu sonuç, büyüsel düşüncenin OKB belirtilerinde DEK'e göre daha güçlü bir faktör olduğu sonucu ile uyumludur (63).

Çalışmamızda mevcut hipotezlerimize ek olarak cinsiyetler arasındaki farklılıkların, bilişsel davranışçı terapinin (BDT) ve tıp öğrencisi ya da tıp doktoru olup olmamanın büyüsel düşünce üzerindeki etkisine bakılmıştır. Yapılan istatistiksel analizlerde tüm örnekleme katılımcıların cinsiyetlerinin, hasta grubunda BDT'nin,

kontrol grubunda ise tıp öğrencisi ya da tıp doktoru olmanın büyüsel düşünce üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Yapılan istatistiksel analizlerde ortancalar arasında farklar saptanmasına rağmen, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır; bu durum, katılımcı sayılarının az olmasının, istatistiksel gücü azaltmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızın temel kısıtlılıkları; örneklem sayılarının hasta ve kontrol grubu olarak ayrıldığında nispeten düşük olarak kalması, çalışmada genel olarak semptomatoloji ağırlığı ile alakalı olarak olumsuz yanlılıklara sebebiyet verebilecek öz-bildirimsel ölçekler kullanılması, hasta grubundaki OKB'ye eşlik eden psikiyatrik tanıları bulunan katılımcıların verilerinde ayrı istatistiksel analiz yapılmaması olarak düşünülebilir. Eşlik eden psikiyatrik tanıları, değişkenler arasındaki ilişkileri etkileyebilir, çökkünlük semptomları ve anksiyeteye ilişkili semptomlar DEK ve büyüsel düşünce üzerinde etkili olabilir. Korelasyon ilişkilerinin incelenmesi aşamasında korelasyon katsayılarının büyük olması, korelasyon ilişkisinin daha yüksek olacağı anlamına her zaman gelmeyebilir. Buna yönelik olarak, korelasyon katsayılarının arasındaki farklılıkların doğrulanması amacıyla regresyon analizleri de yapılabilir fakat çalışmamızda gruplarda örneklem sayımız düşük olduğu için regresyon analizleri yapılmamıştır. İlaveten hasta ve sağlıklı kontrol gruplarındaki katılımcılar arasındaki eğitim yılındaki farklılık sonuçları etkilemiş olabilir. Literatüre bakıldığında eğitimle ilgili farklılıkların büyüsel düşünce ve paranormal inançlarla ilgili olarak gruplar arası farklılıklara yol açtığını gösterebilen çalışmalar da mevcuttur (96-98). Bazı çalışmalarda ise tıp, biyoloji, fen bilimleri bölümlerinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin, fen bilimleri bölümleri dışında başka bölümlerde öğrenim gören öğrencilere göre paranormal inançlarında daha düşük olma eğilimi sergilediğini gösteren sonuçlar saptanmıştır (99, 100). Bizim çalışmamızda kontrol grubunda azımsanmayacak sayıda (çalışmamızda kontrol grubu katılımcılarının %55,5'i tıp fakültesinde öğrenim görmekte olan öğrencilerden ve tıp doktorlarından oluşmaktadır) yüksek düzeyde eğitimi olan ve tıp fakültesinde öğrenim gören katılımcılar olduğu için, bu durum gruplar arasında eğitim düzeyi olarak heterojeniteye sebebiyet vermiş ve gruplar arasında büyüsel düşünce puanlarındaki farklılıkları etkilemiş olabilir. Çalışmamızda kontrol grubunda tıp öğrencileri ve tıp doktorları ile diğer meslek grupları arasında büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanlar arasında fark olup

olmadığı değerlendirilmiş, tıp öğrencileri ve tıp doktorlarından oluşan grupta diğer meslek gruplarından oluşan gruba göre büyüsel düşünce ölçeğinden alınan puanların ortancası daha düşük olarak saptanmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Bunun sebebi katılımcı sayılarının düşük olması ile açıklanabilir. Ek olarak kültürler arası farklılıklar da büyüsel düşünceyi etkileyebilir. Kültürel/dini/sosyodemografik farklılıklar düşünce eylem kaynaşmasıyla ilgili bilişsel yanlılık hataları üzerinde etkili olabilir (101), büyüsel düşünce sistemlerinin kullanılması konusunda farklılıklar yaratabilir (88, 96-98). Çalışmamızda dini, sosyoekonomik ve kültürel etmenlerin büyüsel düşünce üzerindeki etkileri incelenmemiştir. Bu durum, çalışmamızda bir kısıtlılığa sebebiyet verebilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özelliklerinin kendi aralarında ve obsesif kompulsif belirtilerle aralarında olan ilişkileri incelemek amacıyla yapılan bu kesitsel araştırmada; psikiyatri polikliniğinde ve yataklı serviste obsesif kompulsif bozukluk teşhisi ile izlenen hastalar ve sağlıklı kişilerde düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce, şizotipal kişilik özellikleri, obsesif kompulsif belirtiler, anksiyete ve depresyonla ilgili değerlendirmeler yapılmıştır. Araştırma sonunda hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal özellikler anlamlı olarak daha yüksek düzeylerde saptanmıştır.

Hasta grubunda düşünce eylem kaynaşmasının tüm alt boyutlarının büyüsel düşünce ile anlamlı bir pozitif ilişki içerisinde olduğu görülmüştür. Hasta grubunda *DEK*'in alt boyutlarının şizotipal kişilik özellikleriyle aralarındaki ilişkilere bakıldığında ise yalnız *DEK-Ahlâk* alt boyutunun ve *DEK-Toplam* puanının şizotipal kişilik özellikleri ile bir korelasyon ilişkisi sergilemediği görülmüştür.

Kontrol grubunda ise yapılan analizlerde büyüsel düşünceyle ilişkili *DEK* parametreleri sadece *DEK-Ahlâk* ve *DEK-Toplam* puanı olarak saptanmıştır; *DEK-O*, *DEK-OK* ve *DEK-OD* alt boyutlarının kontrol grubunda büyüsel düşünceyle anlamlı ilişkisi saptanmamıştır. Kontrol grubunda; şizotipal kişilik özellikleri ile anlamlı ilişkileri saptanan *DEK* alt boyutları ise *DEK-O* ve *DEK-OD* olarak bulunmuş; *DEK-Toplam* puanı ile şizotipal kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özelliklerinin obsesif kompulsif belirtilerle ve belirti örüntüleriyle aralarındaki ilişkilere bakıldığında ise; tüm örnekleme *DEK*, *DEK*'in alt boyutları, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özelliklerinin obsesif kompulsif belirtilerle aralarında anlamlı pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. Hasta ve kontrol gruplarında ayrı ayrı yeniden yapılan istatistiksel analizlerin sonuçlarına göre; hasta grubunda büyüsel düşünce ile *VOKE-Toplam* puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış fakat toplam *DEK* puanı ile *VOKE-Toplam* puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta grubunda *DEK-Ahlâk* ile hiç bir obsesif kompulsif belirti alt boyutu arasında ilişki saptanmamıştır. *DEK-Olabilirlik* ve *DEK-Olabilirlik Kendisi* alt boyutlarıyla *VOKE-Obsesyonlar* alt

boyutunda tanımlanan cinsel/dini/zarar verme obsesyonları ve *VOKE-Biriktirme* alt boyutunda tanımlanan biriktirme/istifleme obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Hasta grubunda, büyüsel düşünce ile *VOKE-Bulaşma Kirlenme* alt boyutunda tanımlanan bulaşma-kirlenme obsesyonları ve ilişkili temizleme kompulsiyonları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bunun dışında tüm obsesif kompulsif belirti boyutlarıyla büyüsel düşünce arasında hasta grubunda anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Hasta grubunda şizotipal kişilik özellikleri ile *VOKE-Toplam* puanı arasında ve *VOKE*'nin tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Herhangi bir “girici, zorlayıcı düşünceden” klinik olarak obsesif kompulsif bozukluğa giden süreçte pek çok farklı etmenin rol oynadığı aşikardır. Bu araştırmada *düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal özelliklerin* klinik olarak obsesif kompulsif bozukluğa giden süreçte belirleyici olabilecek etmenler arasında sayılabilecekleri anlaşılmıştır. Literatürde OKB'nin bilişsel davranışçı tedavisinde direkt olarak büyüsel düşünceyi hedef almanın semptomların azalmasında daha fazla yararı olduğunu gösteren bir araştırmanın bulguları mevcuttur (102). Kişilerin büyüsel düşünceye eğilimlerini ve düşünce eylem kaynaşması gibi bilişsel yanlışlık hatalarını değerlendirmenin hem hastalığın doğasını anlamakta hem de tedavi yanıtını artırmada bir önem arzettiğini düşünüyoruz.

8. KAYNAKLAR

1. Ruscio A, Stein D, Chiu W, Kessler R. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010; 15:53.
2. Weissman M, Bland R, Canino G. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*. 1994;5.
3. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical Predictors of Drug Response in Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21:488-92.
4. Rasmussen S, Eisen J. Treatment Strategies for Chronic and Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:9-13.
5. Abramowitz JS. Effectiveness of Psychological and Pharmacological Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder: A Quantitative Review of the Controlled Treatment Literature. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997;65:44-52.
6. McFall M, Wollersheim J. Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive behavioural formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 1979;3:333-48.
7. Solyom L, DiNicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry*. 1985; 30(5):372-80.
8. Jenike M, Baer L, Minichiello W, Schwartz C, Carey R. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1986;143:530-2.
9. Eckblad M, Chapman LJ. Magical ideation as an indicator of schizotypy. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(2):215-25.
10. Sica C, Novara C, Sanavio E. Culture and psychopathology: Superstition and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in a non-clinical Italian sample. *Personality and Individual Differences*. 2002;32:1001-12.
11. Freud S. Totem ve Tabu. İkinci Baskı (çeviri ed. Cenap Karakaya) İstanbul: Kabalcı Yayıncılık; 2017.
12. Rasmussen S, Eisen J. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Ann*. 1989; 19:67-73.
13. Özerdem A. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*. 1998; 2:98-102.
14. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry*. 1986;143(12):1527-33.
15. Black DW, Andreasen NC. *Introductory Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*, Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2014.

16. Beşiroğlu L. Psikiyatride Güncel: Farklı Yönleriyle Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji, s. 221-230, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi; 2014.
17. American Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR) (çeviri ed. E Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000.
18. American Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru elkitabı'ndan (çeviri ed. E Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği;2013.
19. Şar V. DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: "Batı cephesinde yeni bir şey yok" mu? Klinik Psikiyatri Dergisi. 2010;13:196-208.
20. Topçuoğlu V. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. Klinik Psikiyatri. 2003;6:46-50.
21. Tükel R, Demet M. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Tükel R, Demet M editorler. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Patogenezi. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2017.
22. Meares R. A Specific Developmental Deficit in Obsessive-Compulsive Disorder: The Example of the Wolf Man. Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals. 2001;21(2):289-319.
23. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. Behav Res Ther. 1985;23(5):571-83.
24. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. Behav Res Ther. 1978;16(4):233-48.
25. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther. 1997;35(9):793-802.
26. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. Behav Res Ther. 1998;36(4):385-401.
27. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. Behav Res Ther. 1989;27(6):677-82; discussion 83-4.
28. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2004;35(2):87-107.
29. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1999;37 Suppl 1:S29-52.
30. Shafran R. The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. Br J Clin Psychol. 1997;36 (Pt 3):397-407.
31. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. Behav Res Ther. 1993;31(2):149-54.
32. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Behav Res Ther. 1997;35(7):667-81.

33. Shafran R, , Thordarson, D , Rachman, S. Thought-Action Fusion in Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorder*. 1996;10:379-91.
34. Çiftçi Ş, Kuru T. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2013;2:138-46.
35. Rachman S, Thordarson DS, Shafran R, Woody SR. Perceived responsibility: structure and significance. *Behav Res Ther*. 1995;33(7):779-84.
36. Rachman S, Shafran R, Mitchell D, Trant J, Teachman B. How to remain neutral: an experimental analysis of neutralization. *Behav Res Ther*. 1996;34(11-12):889-98.
37. Ladouceur R, Rheaume J, Freeston MH, Aublet F, Jean K, Lachance S, et al. Experimental manipulations of responsibility: an analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1995;33(8):937-46.
38. Smari J HH. Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought-action fusion, and chronic thought suppression in relation to obsessive compulsive symptoms. *behav Cogn Psychother*. 2001;29:13-20.
39. Matthews L RS, Derisley J. Examining cognitive models of obsessive compulsive disorder in adolescents. *behav Cogn Psychother*. 2006;35:149-63.
40. Lavy EH, Van den Hout M. Thought Suppression Induces Intrusions. *Behavioural Psychotherapy*. 1990: 251-8.
41. Rassin E, Diepstraten P, Merckelbach H, Muris P. Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2001; 39(7): 757-64.
42. Rassin E. The contribution of thought-action fusion and thought suppression in the development of obsession-like intrusions in normal participants. *Behav Res Ther*. 2001;39(9):1023-32.
43. Yorulmaz O, Karanci AN, Bastug B, Kisa C, Goka E. Responsibility, thought-action fusion, and thought suppression in Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*. 2008; 64(3): 308-17.
44. O'Leary EM RJ, Blampied N. Thought-action fusion and inflated responsibility beliefs in obsessive compulsive disorder. *Clin Psychol (New York)*. 2009; 13: 94-101.
45. Altin M, Gencoz T. How does thought-action fusion relate to responsibility attitudes and thought suppression to aggravate the obsessive-compulsive symptoms? *Behav Cogn Psychother*. 2011; 39(1): 99-114.
46. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan V. Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behav Res Ther*. 1999; 37(3): 231-7.
47. Muris P, Meesters C, Rassin E, Merckelbach H, Campbell J. Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. *Behav Res Ther*. 2001; 39(7): 843-52.
48. Abramowitz JS, Whiteside S, Lynam D, Kalsy S. Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder?: a mediating role of negative affect. *Behav Res Ther*. 2003; 41(9): 1069-79.

49. Barrett PM HL. An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2003;41:285-99.
50. Coles ME MD, Heimberg RG. Distinguishing obsessive features and worries: The role of thought-action fusion. *behav Res Ther.* 2001;39:947-59.
51. Hazlett-Stevens H, Zucker BG, Craske MG. The relationship of thought-action fusion to pathological worry and generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2002; 40(10): 1199-204.
52. Einstein DA, Menzies RG. Role of magical thinking in obsessive-compulsive symptoms in an undergraduate sample. *Depress Anxiety.* 2004; 19(3): 174-9.
53. Woolley JD. Thinking about fantasy: are children fundamentally different thinkers and believers from adults? *Child Dev.* 1997; 68(6): 991-1011.
54. Bolton D, Dearsley P, Madronal-Luque R, Baron-Cohen S. Magical thinking in childhood and adolescence: development and relation to obsessive compulsion. *British Journal of Developmental Psychology.* 2002; 20: 479-94.
55. Einstein DA, Menzies RG. Magical Thinking in Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder and the General Community. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* 2006; 34: 351-7.
56. Muris P, Merckelbach H. Thought-action fusion and schizotypy in undergraduate students. *Br J Clin Psychol.* 2003;42: 211-6.
57. Baer L, Jenike MA. Personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* 1992; 15: 803-11.
58. Lee HJ, Cogle JR, Telch MJ. Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behav Res Ther.* 2005; 43(1): 29-41.
59. Roth RM, Baribeau J. The relationship between schizotypal and obsessive-compulsive features in university students. *Personality and Individual Differences.* 2000; 29: 1083-93.
60. Amir N, Freshman M, Ramsey B, Neary E, Brigidi B. Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy.* 2001; 29: 765-76.
61. Einstein DA, Menzies RG. The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2004; 42(5): 539-49.
62. Einstein D, Menzies RG. Does Magical Thinking Improve Across Treatment For Obsessive-Compulsive Disorder? *Behaviour Change.* 2008; 25: 149-55.
63. Clare S, Rees MD, Melissa C. Davis. The Relationship Between Magical Thinking, Thought-Action Fusion and Obsessive-Compulsive Symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy.* 2010; 3: 304-11.
64. West B, Willner P. Magical Thinking in Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* 2011; 39: 399-411.
65. Kabakcı E, Demir B, Demir H, Şevik AE. Thought-Action Fusion: Is it Present in Schizophrenia? *Behaviour Change.* 2012; 25(3): 169-77.

66. Yorulmaz O, İnözü M, Gültepe B. The role of magical thinking in Obsessive-Compulsive Disorder symptoms and cognitions in an analogue sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2011; 42: 198-203.
67. Eremsoy CE, Inozu M. The Role of Magical Thinking, Religiosity and Thought-Control Strategies in Obsessive-Compulsive Symptoms in a Turkish Adult Sample. *Behaviour Change*. 2015; 33:1-14.
68. Yorulmaz O, Yılmaz AE, Gençöz T. Psychometric Properties of the Thought-Action Fusion Scale in a Turkish Sample. *Behaviour Research and Therapy*. 2004; 42: 1203-14.
69. Thordarson DS, Radomsky AS, Rachman S, Shafran R, Sawchuk CN, Hakstian AR. The Vancouver obsessional compulsive inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*. 2004;42:1289-314.
70. İnözü M, Yorulmaz O. Vancouver Obsesif-Kompulsif Ölçeği: Türkçe Formu'nun Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2013; 16.
71. Hodgson R, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behavioral Research Therapy*. 1977; 15: 389-95.
72. Erol N, Savaşır I. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. XXIV Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, GATA Basımevi, s107-114. 1988.
73. Atbasoglu EC, Kalaycioglu C, Nalcaci E. Büyüsel Düşünce Ölçeği'nin Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerindeki Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003; 14: 31-41.
74. Raine A. The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bull* 1991; 17: 556-64.
75. Şener A, Bora E, Tekin I, Özaşkın S. Şizotipal Kişilik Ölçeğinin Üniversite Öğrencilerindeki Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2006; 16: 84-92.
76. Beck A, Epstein N, Brown G. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56.
77. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1998; 12: 163-72.
78. Beck A. An Inventory for Measuring Depression. *Archives for General Psychiatry*. 1961; 4: 561-71.
79. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989; 7.
80. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J B. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc: 1996.

81. Özkürkçügil A AO, Yıldız M ve ark. DSM-IV eksen I bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999; 12: 233-6.
82. Rassin E, Muris P, Schmidt H, Merckelbach H. Relationships between thought-action fusion, thought suppression and obsessive-compulsive symptoms: a structural equation modeling approach. *Behav Res Ther*. 2000; 38(9): 889-97.
83. Amir N, Freshman M, Ramsey B, Neary E, Brigidi B. Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behav Res Ther*. 2001; 39(7): 765-76.
84. Marcks BA, Woods DW. Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: an analog to obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2007; 45(11): 2640-51.
85. Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2007; 102(1-3): 73-9.
86. Williams AD, Lau G, Grisham JR. Thought-action fusion as a mediator of religiosity and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2013: 207-12.
87. Bocci L, Gordon PK. Does magical thinking produce neutralising behaviour? An experimental investigation. *Behav Res Ther*. 2007; 45(8): 1823-33.
88. Yorulmaz O, Inozu M, Gultepe B. The role of magical thinking in Obsessive-Compulsive Disorder symptoms and cognitions in an analogue sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42(2):198-203.
89. Lee H, Kwon S. Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*. 2003; 41(1): 11-29.
90. Çamlı K, Türkçapar MH, Sargın AE. Reaktif ve Otojen Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü, Bilişsel İçgörü ve Sosyodemografik Özellikler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2012;1(1):28-35.
91. Örsel S, Göka E, Yurt M. Psikotik özellikleri olan Obsesif- kompulsif bozukluk. *3P Dergisi*. 1996; 4(1): 54-8.
92. Lee H, Zoung S, Kwon S. Thought disorder in patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2005; 61(4): 401-13.
93. Lee H, Telch MJ. Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *J Anxiety Disord*. 2005; 19(7): 793-805.
94. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comp Psychiatry*. 2002; 43: 150-7.
95. Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry*. 2002; 17: 407-10.

96. Aarnio K, Lindeman M. Paranormal beliefs, education, and thinking styles. *Personality and Individual Differences*. 2005; 39: 1227-36.
97. Orenstein A. Religion and paranormal belief. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2002; 41: 301-11.
98. Otis LP, Alcock JE. Factors affecting extraordinary belief. *The Journal of Social Psychology*. 1982; 118: 77-85.
99. Grimmer MR, White KD. Nonconventional beliefs among Australian science and nonscience students. *The Journal of Psychology*. 1992; 126: 521-8.
100. Gray T, Mill D. Critical abilities, graduate education (biology vs. English), and belief in unsubstantiated phenomena. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 1990; 22: 162-72.
101. Williams AD, Lau G, Grisham JR. Thought-action fusion as a mediator of religiosity and obsessive-compulsive symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2013; 44(2): 207-12.
102. Einstein DA, Menzies RG, St Claire T, Drobny J, Helgadottir FD. The treatment of magical ideation in obsessive-compulsive disorder. *The Cognitive Behavior Therapist*. 2011; 4: 16-29.

9. EKLER

EK-1: Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Uygulama Tarihi
2. Cinsiyet: () Erkek () Kadın
3. Yaşı.....
4. Öğrenim Düzeyi (Toplam Yıl).....
5. Medeni Durum: () Bekar () Evli () Boşanmış () Dul
6. Çocuk Sayısı.....
7. Evde Yaşadığı Kişiler.....
8. Çalışıyor mu? () Evet () Hayır
Çalışıyorsa İşini?.....
9. Başvuru Şikâyetleri.....
10. Şikâyetlerin Başlama Zamanı
11. İlk Psikiyatri Kliniğine/Doktora Başvuru Zamanı.....
12. Kullanılan İlaçların İsimleri.....
13. Daha Önce Kullanılmış Olan İlaç Tedavilerinin İsimleri.....
14. BDT alıp almadığı: () Evet () Hayır
Evet İse Süresi?.....
15. Komorbid Tanı Var Mı? () Evet () Hayır
Varsa Komorbid Tanı?
16. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Var Mı?

EK-2: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği**DÜŞÜNCE EYLEM KAYNAŞMASI ÖLÇEĞİ**

Aşağıda bazı düşünce ve davranışlara ilişkin ifadeler yer almaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra bu ifadeye ne kadar katıldığınızı belirtiniz. **Tamamen katılıyorsanız 4, Hiç katılmıyorsanız 0** rakamını işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya özen gösteriniz.

	<i>Hiç Katılmıyorum</i>		<i>Tamamen Katılıyorum</i>		
	0	1	2	3	4
1.Eğer birinin zarar görmesini istersem, bu neredeyse ona zarar vermem kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
2. Bir akrabamın ya da arkadaşımın trafik kazası geçirdiğini düşünürsem, bu onun kaza geçirme riskini artırır.	0	1	2	3	4
3.Düşerek yaralandığımı düşünürsem, bu benim düşüp yaralanma riskimi artırır.	0	1	2	3	4
4.Din karşıtı bir düşünceye sahip olmak, bence neredeyse böyle davranmak kadar günahdır.	0	1	2	3	4
5 Başka birine küfretmeyi akıldan geçirmek, bence neredeyse gerçekten küfür etmek kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
6.Bir arkadaşım hakkında kaba şeyler düşündüğümde, ona neredeyse kaba davranmış kadar vefasızlık etmiş olurum	0	1	2	3	4
7.Bir insanla ilişkimde onu kandırmayı düşünmek, bence neredeyse gerçekten kandırmak kadar ahlaksızlıktır.	0	1	2	3	4
8. Bir akrabamın ya da arkadaşımın işini kaybettiğini düşünürsem, bu onun işini kaybetme riskini artırır.	0	1	2	3	4
9.Bir başkasıyla ilgili müstehcen şeyler düşünmem, neredeyse bu şekilde davranmam kadar kötüdür.	0	1	2	3	4

10. Bir akrabamın ya da arkadaşımın hastalandığını düşünürsem, bu onun hastalanma riskini arttırır.	0	1	2	3	4
11. Saldırganlık içeren düşüncelere sahip olmak, bence neredeyse saldırgan davranmak kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
12. Kıskançlık içeren bir düşüncem olduğunda, bu durum neredeyse bunu söylemiş olmamla aynıdır.	0	1	2	3	4
13. Trafik kazası geçirdiğimi düşünürsem, bu benim kaza geçirme olasılığımı arttırır.	0	1	2	3	4
14. Bir başkasına müstehcen hareketler yapmayı düşünürsem, bu neredeyse öyle davranmam kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
15. Kutsal yerlerde müstehcen şeyler düşünmek, bence kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
16. Bir akrabamın ya da arkadaşımın düşerek yaralandığını düşünürsem, bu onun düşüp yaralanma riskini arttırır.	0	1	2	3	4
17. Hastalandığımı düşünürsem, bu benim hasta olma riskimi arttırır.	0	1	2	3	4
18. Bir arkadaşına olumsuz bir eleştiride bulunmayı akıldan geçirmek, bence neredeyse bunu söylemek kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
19. Kutsal yerlerde müstehcen şeyler düşünmem, neredeyse oralarda böyle şeyleri gerçekten yapmam kadar günahtır.	0	1	2	3	4

EK-3: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri**VANCOUVER OBSESİF KOMPULSİF ENVANTERİ (VOKE)**

Her bir ifadeyi, ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak belirtiniz. Lütfen belirli bir madde üzerinde çok fazla vakit harcamadan her bir maddeyi yanıtlayınız.

Aşağıdaki ifadeler sizin için ne kadar doğru?	Hiç	Çok Az	Biraz	Oldukça	Çok
1.Mektupları postalamadan önce, her harfi tekrar tekrar kontrol etme mecburiyeti hissedirim.	0	1	2	3	4
2.Kesici bir alet kullanmakla ilgili istenmeyen düşüncelerim nedeniyle sıklıkla keyfim kaçır.	0	1	2	3	4
3.Paraya dokunduktan sonra kendimi çok kirli hissedirim.	0	1	2	3	4
4.Önemsiz kararları almak bile bana çok zor gelir.	0	1	2	3	4
5.Kendimi, tamamıyla mükemmel olmaya mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
6. Bir kaza hakkındaki aynı istenmeyen düşünce veya imge (hayal) tekrar tekrar aklıma gelir	0	1	2	3	4
7.Musluk ve elektrik düğmesi gibi şeyleri kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
8.Evi veya kendimi mikroplardan korumak için aşırı miktarda dezenfektan (mikrop öldürücü) kullanırım.	0	1	2	3	4
9.Sıklıkla önemsiz şeyleri (ör. araba plakaları, levhalardaki talimatlar) ezberlemeye mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
10.Evim, biriktirdiğim eşyalarla darmadağınık olduğu için günlük ev işlerini yapmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
11.Bir şeye karar verdikten sonra, çoğunlukla kararım konusunda uzun süre endişe duyarım.	0	1	2	3	4

12.Hemen hemen her gün, zihnimde istem dışı beliren olumsuz düşüncelerden dolayı rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
13.Ellerimi yıkamak için çok zaman harcarım	0	1	2	3	4
14.Her şeyi tam olarak doğru yapmaya çalıştığım için işleri tamamlamakta sıklıkla zorluk yaşarım.	0	1	2	3	4
15.Ayakkabılarımın tabanına dokunmak beni çok huzursuz eder.	0	1	2	3	4
16.Cinsel içerikli istenmeyen düşünce ve imgelerimden (hayallerden) sıklıkla rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
17.Çok önemsiz bir karar bile vermek zorunda olsam, kendimi gergin hissedirim.	0	1	2	3	4
18.Kendimi günlük işleri yaparken, çok katı bir sıralama takip etmeye mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
19.Mobilyalarımın veya diğer eşyalarımın her zaman tam olarak aynı pozisyonda/konumda olmaması beni rahatsız eder.	0	1	2	3	4
20.Her ne kadar bunu yapma isteğine karşı koymaya çalışsam da kapı ve pencerelerin kilitli olup olmadığını tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21.Çöp ya da çöp kutusuna dokunmak bana çok zor gelir.	0	1	2	3	4
22.Bir şeyi atmam gerektiğini düşündüğümde kendimi çok gergin veya üzgün hissedirim.	0	1	2	3	4
23.Mikroplar ve hastalık konusunda gereğinden fazla endişeliyimdir.	0	1	2	3	4
24.Günlük işleri zamanında tamamlayamadığım için çoğunlukla geç kalırım.	0	1	2	3	4
25.Bir şey bulaşma (kirlenme) olasılığı nedeniyle umumi telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4

26.Biriktirdiğim gereksiz eşya yığınlarından dolayı insanları evime davet etmeye utanırım.	0	1	2	3	4
27.Ölüm ile ilgili aynı üzüntü verici düşünce veya imge (hayal) aklıma tekrar tekrar gelir.	0	1	2	3	4
28.Herkesin içinde birden bire küfür etmek ve hakaret etmek ile ilgili istenmeyen düşünce ve imgeler beni sıklıkla rahatsız eder.	0	1	2	3	4
29.Diğer insanları üzümüş olabileceğime dair çok endişeleniririm.	0	1	2	3	4
30.Sıklıkla, akıp giden bir trafiğin içine arabayla veya koşarak dalma dürtüsü beni korkutur.	0	1	2	3	4
31. Rutin işlerimi yaparken neredeyse her zaman sayı sayarım.	0	1	2	3	4
32.Bir hayvana dokunduğum zaman kendimi çok kirlenmiş hissedirim.	0	1	2	3	4
33.En büyük sorunlarımdan biri, bir şeyi tekrar tekrar kontrol etmektir.	0	1	2	3	4
34.Aklıma sıklıkla, kontrolü kaybedeceğime dair rahatsız edici istem dışı düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
35.Neyi saklayıp neyi atmam gerektiğine karar vermek benim için neredeyse imkânsızdır.	0	1	2	3	4
36.Güçlü bir şekilde, bir şeyleri saymaya kendimi mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
37.Bunu yapma dürtüsüne karşı koysam bile, ocağı kapatıp kapatmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
38.Yatmadan önceki rutin hazırlığımı kesinlikle aynı şekilde tamamlayamazsam çok rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
39.Vücut salgıları (kan, idrar ve ter vb.) ile en ufak bir temastan bile çok korkarım.	0	1	2	3	4
40.Sıklıkla, diğer insanlara zarar vermeye yönelik istem dışı istek ve dürtülerimden çok rahatsız olurum.	0	1	2	3	4

41. Her gün, aynı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmekle çok zaman harcarım.	0	1	2	3	4
42. İsraf etmekten korktuğum için bazı şeyleri atmakta çok zorlanırım.	0	1	2	3	4
43. Sıklıkla elektrik düğmesi, musluk, araç-gereç ve kapı gibi şeyleri birkaç defa kontrol etmek zorunda kalırım.	0	1	2	3	4
44. En büyük sorunlarımdan biri, temizlik konusunda aşırı endişeli olmamdır.	0	1	2	3	4
45. Gelecekte ihtiyacım olabilir diye korktuğum için, eski dergi, gazete ve fişleri biriktirme zorunluluğu hissederim.	0	1	2	3	4
46. Aklıma tekrar tekrar dinsel içerikli rahatsız edici ve kabul edilemez düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
47. Aynı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için genellikle işlerimi yetiştiremem.	0	1	2	3	4
48. Hata yapmaktan çok korktuğum için bir konuda karar vermeyi ertelemeye çalışırım.	0	1	2	3	4
49. Sıklıkla aklıma hastalık konusunda rahatsız edici ve istenmeyen düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
50. Mikroplar konusunda oldukça hassas olduğum için bakımlı olsa bile, umumi tuvaletleri bile kullanmaktan korkarım.	0	1	2	3	4
51. Karşı koymaya çalışmama rağmen, hiç kullanmayacağım çok sayıdaki nesneyi biriktirme mecburiyeti hissederim.	0	1	2	3	4
52. Rahatsız edici ve istenmeyen biçimdeki ahlak dışı düşünceler aklıma tekrar tekrar gelir.	0	1	2	3	4
53. En büyük sorunlarımdan biri ayrıntıya çok fazla takılmamdır.	0	1	2	3	4
54. Kendime zarar verme dürtüsünden sıklıkla rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
55. Her şeyi tamamen doğru yapmaya çalıştığım için hazırlanıp evden dışarı çıkmam çok fazla zaman alır.	0	1	2	3	4

EK-4: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi**MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ**

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa ‘‘DOĞRU’’ kısmına, uygun değilse ‘‘YANLIŞ’’ kısmına ‘‘X’’ işareti (Çarpı İşareti) koyunuz. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

	DOĞRU	YANLIŞ
1.Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonlar kullanmaktan kaçınırım.		
2.Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3.Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.		
4.İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5.Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.		
6.Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7.Değişmez kurallarım vardır.		
8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.		
9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.		
10. Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.		
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkı mazlardı		
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.		
13.Çok fazla sabun kullanırım.		
14.Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15.Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		

16.Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17.Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18.Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19.Pis tuvaletlere girememem.		
20.Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21.Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22.Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.		
23.Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim		
25. Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım		
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.		
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.		
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.		
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.		
34. Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.		
35. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.		
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.		
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		

EK-5: Büyüsel Düşünce Ölçeği**BÜYÜSEL DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ**

Lütfen aşağıdaki cümleler için doğru ya da yanlış seçeneklerinden birisini işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ
1.Bazı insanlar beni düşündüklerinde o insanların farkına varabiliyorum.		
2.İnsan olmadığımı dair anlık duygulara kapılıyorum.		
3.Zaman zaman kaldırım çizgilerine basmaktan korkarım.		
4.Sanırım eğer istersem başkalarının düşüncelerini okumayı öğrenebilirim.		
5.Yıldız falları ve burçlar rastlantısal olamayacak kadar sık doğru çıkıyor.		
6.Evde kimse olmadığı halde, bazen eve geldiğimde eşyaların yerini değişmiş buluyorum.		
7. 13 ve 3 gibi sayıların özel güçleri yoktur. *		
8.Arasıra TV ya da radyo spikeri benim kendisini dinlediğimi biliyormuş gibi aptalca bir hisse kapılmışımdır.		
9.Başka gezegenlerde yaşayanların dünyadaki olayları etkileyebileceklerini düşündüğüm olmuştur		
10.Bilim adamları bize UFO'lar konusundaki gerçeği açıklamıyor.		
11.Eşyaların düzenleniş şekliyle (örneğin bir vitrinde) bana mesajlar verildiği hissine kapılmışımdır.		
12.Rüyalarımın yalnızca benim aklımın ürünleri olduğundan asla şüphe etmedim.*		
13.Uğur eşyaları iyi şans getirmez.*		
14.Kasetlerimde bazen olan bazen olmayan sesler farketmişim olmuştur.		
15.Zaman zaman, tanımadığım insanların, ellerinin hareketleriyle uzaktan beni etkilediklerini hissetmişimdir.		

16.Olaylar olmadan önce hemen hemen hiç rüyalarını görmem..*		
17.Bir kişinin yerini bir benzerinin aldığı hissine kapıldığım olmuştur.		
18.Sadece haklarında kötü düşünerek başkalarına zarar vermek mümkün değildir.*		
19.Bazen, göremediğim halde etrafımda bir kötülüğün varlığını hissediyorum.		
20.Bazen, belli insanlar bana dokunduğunda ya da baktığında enerji kazandığımı ya da kaybettiğimi hissedirim.		
21.Zaman zaman, tanımadığım insanların bana aşık olduğu düşüncesi aklımdan geçmiştir.		
22. Bazen, aklımdan geçenlerin gerçekte başka birinin düşüncesi olduğu hissine kapılmışımdır.		
23. Tanımadığım insanlarla tanıştırdığımda, onları önceden tanımış olabileceğimi düşündüğüm çok seyrektir. *		
24. Olağandışı bazı deneyimlerimi, reenkarnasyon (yeniden hayata dönme) teorisiyle açıklamak olası gözüküyor. *		
25. İnsanlar sıklıkla öyle garip davranıyorlar ki, insan onların bir deneyin parçası olduklarından şüphe ediyor.		
26. Zaman zaman negatif etkileri uzaklaştırmak için belli batıl hareketler yaparım.		
27. Bir şeyi sadece çok fazla düşünerek gerçekleşmesine neden olabileceğimi hissetmişimdir.		
28. Ölülerin ruhlarının yaşayanları etkileyip etkilemediğini merak etmişimdir.		
29. Bazen, bir profesörün konferansının özellikle benim için hazırlandığını hissetmişimdir.		
30. Zaman zaman, tanımadığım kişilerin düşüncelerini okuduklarını hissetmişimdir.		

EK-6: Şizotipal Kişilik Ölçeği**ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ (ŞKÖ)**

Lütfen her soruyu evet ya da hayır seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıtlayınız. Bu testte doğru ya da yanlış cevap ve şaşırtmaca soru yoktur. Lütfen her sorunun gerçek anlamının ne olacağını çok düşünmeden çabucak yanıt veriniz. Teşekkürler.

1.Zaman zaman televizyonda gördükleriniz ya da gazetede okuduklarınızın sizin için özel bir anlam taşıdıklarını hisseder misiniz?	EVET	HAYIR
2.Çok sayıda kişinin olacağı yerlere bazen huzursuz olacağımı düşünerek giderim.	EVET	HAYIR
3.Hiç doğüstü bir yaşantınız oldu mu?	EVET	HAYIR
4.Hiç nesne ya da gölgeleri insan sandığınız veya gürültüyü konuşma sandığınız oldu mu?	EVET	HAYIR
5.Diğer insanlar beni biraz sıradışı (acayip) bulurlar.	EVET	HAYIR
6.Diğer insanları tanımak için çok az isteğim var.	EVET	HAYIR
7.Diğer insanlar bazen ne söylediğimi anlamayı zor buluyorlar	EVET	HAYIR
8.İnsanlar beni bazen beni ilgisiz ve mesafeli bulurlar.	EVET	HAYIR
9.Arkamdan konuşulduğundan eminim.	EVET	HAYIR
10.Yemek veya sinema için dışarı çıktığımda insanların beni fark ettiklerini biliyorum	EVET	HAYIR
11.Resmi bir ortamda görüşme yapmam gerektiğinde huzursuz olurum	EVET	HAYIR
12.Telepatiye inanır mısınız?	EVET	HAYIR
13.Hiç göremesenz bile, belli bir insan ya da gücün çevrenizde olduğunu hissettiğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR
14.Diğer insanlar bazen benim sıradışı alışkanlık ya da hareketlerim hakkında yorumda bulunurlar.	EVET	HAYIR
15.Birçok şeyi kendime saklamayı tercih ederim.	EVET	HAYIR
16.Bazen konuşurken çabucak bir konudan başkasına atlarım	EVET	HAYIR
17.Konuşmam ve bakışlarımla gerçek duygularımı ifade etmekte pek iyi değilimdir.	EVET	HAYIR

18.Sıklıkla insanların size zarar vermek istediklerini hisseder misiniz?	EVET	HAYIR
19.Bazı insanlar hakkınızda imalı ya da çift anlamlı sözler söylüyor mu?	EVET	HAYIR
20.Arkanızda birisi yürürken huzursuz olur musunuz?	EVET	HAYIR
21.İnsanların bazen sizin ne düşündüğünüzü bildiklerinden emin olduğunuz anlar var mıdır?	EVET	HAYIR
22.Bir kişiye ya da aynada kendinize bakarken hiç yüzün değiştiğini algıladınız mı?	EVET	HAYIR
23.Bazen insanlar benim biraz garip olduğumu düşünürler.	EVET	HAYIR
24.Başka insanlarla birlikteyken genellikle sessizimdir.	EVET	HAYIR
25.Bazen ne söylemeye çalıştığımı unutuyorum.	EVET	HAYIR
26.Nadiren kahkaha atar ya da gülümserim.	EVET	HAYIR
27.Bazen iş arkadaşları ve dostlarınızın gerçekten sadık ve güvenilir olmadığından kaygılanır mısınız?	EVET	HAYIR
28.Hiç sıradan bir olay ya da nesnenin sizin için özel bir işaret olduğunu düşündüğünüz oldu mu?	EVET	HAYIR
29.İnsanlarla ilk kez tanışırken huzursuz olurum.	EVET	HAYIR
30.Paranormal olaylara (gelecekte haber verme, psişik güçler, büyü) inanır mısınız?	EVET	HAYIR
31.Sıklıkla düşüncelerimi sesli dile getiren bir ses duyarım.	EVET	HAYIR
32.Bazı insanlar benim çok garip bir insan olduğumu düşünürler.	EVET	HAYIR
33.Başka insanlara duygusal olarak yaklaşmayı zor bulurum.	EVET	HAYIR
34.Konuşurken sıklıkla konudan çok fazla saparım.	EVET	HAYIR
35.Sözel olmayan iletişimde (gülümsemek ve bir sohbet sırasında başını sallamak gibi) beceriksizim.	EVET	HAYIR
36.Arkadaşlarımın yanında bile savunmada olmam gerektiğini hissedirim.	EVET	HAYIR
37.Bazen reklamlardan ya da mağaza camlarındaki ilanlardan özel anlamlar çıkarır ya da çevrenizdeki şeylerin size yönelik düzenlendiğini düşünür müsünüz?	EVET	HAYIR
38.Yabancı insanlar arasında olduğunuzda sıklıkla kendinizi huzursuz hisseder misiniz?	EVET	HAYIR
39.İnsanlar yanınızda değilken düşüncelerinizi hissedebilir mi?	EVET	HAYIR

40.Hiç diğ er insanların gözüne gözükmeyen şeyler gördünüz mü?	EVET	HAYIR
41.En yakın aile bireyleri dışında kimsenin gerçekten size yakın olmadığını düşünür müsünüz?	EVET	HAYIR
42.Bazı insanlar beni konuşma esnasında belirsiz ve anlaşılması zor bulurlar.	EVET	HAYIR
43.İncelikli davranış ve jestlere karşılık vermede zorlanırım.	EVET	HAYIR
44.İnsanların söyledikleri ve yaptıklarından gizli bir tehdit ya da aşağılama sezdiğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR
45.Alışveriş sırasında, diğ er insanların sizi izlediğ i hissine kapılır mısınız?	EVET	HAYIR
46.Tanımadığım insanların olduğ u sosyal ortamlarda kendimi çok rahatsız hissederim.	EVET	HAYIR
47.Hiç altıncı his, UFO'lar, geleceğ i görme, astroloji ile ilgili deneyimleriniz oldu mu?	EVET	HAYIR
48.Sıradan eşyaları olduğ undan büyük ya da küçük gördüğ ünüz olur mu?	EVET	HAYIR
49.Arkadaşlara mektup yazmak hazdan çok sıkıntı verir.	EVET	HAYIR
50.Bazen kelimeleri alışılmadık şekillerde kullanırım.	EVET	HAYIR
51.Başkalarıyla konuşurken göz göze gelmekten kaçınırım.	EVET	HAYIR
52.Diğ erlerinin, kendinizle ilgili çok fazla şey bilmemesinin daha iyi olduğ unu düşünür müsünüz?	EVET	HAYIR
53.İnsanları birbiriyle konuşurken görünce, sıklıkla sizden bahsedip bahsetmediklerini merak eder misiniz?	EVET	HAYIR
54.Büyük bir topluluk önünde konuşma yapmam gerekirse çok huzursuz olurum.	EVET	HAYIR
55.Hiç başka bir insanla telepatik olarak iletişim kurabildiğ inizi düşündünüz mü?	EVET	HAYIR
56.Koku alma duyunuz bazen aşırı derece de hassas olur mu?	EVET	HAYIR
57.Sosyal ortamlarda arka planda kalmayı tercih ederim.	EVET	HAYIR
58.Sohbet sırasında sıklıkla konudan uzaklaşır mısınız?	EVET	HAYIR
59.Sıklıkla insanların bana düşmanca davrandığını düşünürüm.	EVET	HAYIR
60.Bazen diğ er insanların sizi izlediğ ini hisseder misiniz?	EVET	HAYIR

61.Normalde farkında olmadığınız uzaktan gelen seslerin birden bire dikkatinizi dağıttığı oldu mu?	EVET	HAYIR
62.Yakın arkadaşlara sahip olmaya çok az önem veririm.	EVET	HAYIR
63.Bazen insanların hakkınızda konuştuğu hissine kapılır mısınız?	EVET	HAYIR
64.Bazen düşünceleriniz nerdeyse onları duyacağınız kadar yoğun olabilir mi?	EVET	HAYIR
65.Sık sık diğer insanların sizi kendi çıkarları doğrultusunda kullanmalarını önlemek için dikkatli olmak zorunda mısınız?	EVET	HAYIR
66.İnsanlara yakınlaşmakta güçlük çektiğinizi hisseder misiniz?	EVET	HAYIR
67.Ben garip ve alışılmadık biriyim.	EVET	HAYIR
68.İfade gücü yüksek değildir ve konuşma tarzım canlı değildir.	EVET	HAYIR
69.Söylemek istediklerimi anlaşılır bir şekilde aktarmakta zorlanırım.	EVET	HAYIR
70.Bazı garip alışkanlıklarım vardır.	EVET	HAYIR
71.Fazla tanımadığım insanlarla konuşurken huzursuzluk hissedirim.	EVET	HAYIR
72.İnsanlar bazen konuşmamın kafa karıştırıcı olduğunu söyler.	EVET	HAYIR
73. Hislerimi kendime saklama eğilimindeyim.	EVET	HAYIR
74.Bazen insanlar acayip (sıradışı) görüntümden dolayı bana bakarlar.	EVET	HAYIR

EK-7: Beck Depresyon Envanteri**BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)**

Bu form, son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1	(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3) Okadartüzgünvesıkıntılıymıki,artıkdayanamıyorum.	11	(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğini kaybetmedim. (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
2	(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek için karamsarım. (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.	12	(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
3	(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum. (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.	13	(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum. (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
4	(0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Her şeyden sıkılıyorum.	14	(0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum. (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
5	(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	15	(0) Uykum her zamanki gibi. (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum. (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum. (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
6	(0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgırım. (3) Kendimden nefrete ediyorum.	16	(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum. (2) Her şey beni yoruyor. (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
7	(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. (3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.	17	(0) İştahım her zamanki gibi. (1) Eskisinden daha iştahsızım. (2) İştahım çok azaldı. (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
8	(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	18	(0) Son zamanlarda zayıflamadım. (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2Kg verdim. (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4Kg verdim. (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6Kg verdim.
9	(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.	19	(0) Sağlığım ilgilili kaygılarım yok. (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum. (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
10	(0) Her zaman olduğumdan daha can sıkıntılı değilim. (1) Eskisine oranla daha kolay canımı sıkıyor ve kızıyorum. (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.	20	(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok. (1) Eskisine oranla sekse ilgilim az. (2) Cinsel isteğim çok azaldı. (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
		21	(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapmış sanmıyorum. (1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılma beğenimi düşünüyorum. (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum. (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK-8: Beck Anksiyete Ölçeği**BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ)**

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde, beni pek etkilemedi.	Orta düzeyde, hoş değildi ama katlanabildim.	Ciddi düzeyde, dayanmakta çok zorlandım.
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.Sıcak/Ateş basmaları				
3.Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.Gevşeyememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10.Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklik				
14.Kontrolü kaybetme korkusu				

15.Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21.Terleme (Sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-9: Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA GRUBU İÇİN)

Hekimin Açıklaması

Obsesif kompulsif bozukluk tanısıyla, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne ayaktan başvuran ya da klinikte yatarak tedavi gören hastalar üzerinde '*Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*' adlı bir araştırma yapılacaktır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Çalışmada hastaların obsesif belirtileri ile düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özellikleri arasındaki ilişki değerlendirilecektir. Mevcut belirtilerin ve belirtilen parametreler ile aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek için çalışmaya katılan hasta grubu olarak sınıflandırılan katılımcılara ya da sağlıklı kontrol grubu olarak sınıflandırılan katılımcılara değerlendirme amacı ile ölçekler verilecektir. İlgili çalışma kapsamında verilecek ölçeklerin tarafınızca doldurulmasının ortalama 45 dakika kadar sürmesi beklenmektedir. Bu araştırma kapsamında tedaviniz ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmayacağı gibi herhangi bir biyokimyasal tetkik (kan, idrar, vs) veya elektrofizyolojik inceleme uygulanmayacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Prof. Dr. Başaran Demir'in sorumluluğunda, Dr. Çağlar Çetin tarafından muayene edileceksiniz. Muayene sırasında tanı, hastalık şiddeti ve düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi için testler ve ölçekler uygulanacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde eğer hasta grubu katılımcılarına dahil edildiyse size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının Beyanı

Prof. Dr. Başaran Demir'in sorumluluğunda, Dr. Çağlar Çetin tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "hasta grubu için katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam gerekli hallerde tıbbi kayıtlarımın inceleneceğini biliyorum ve hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına ve inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma sırasında herhangi bir sorun ile karşılaştığımda; Dr. Çağlar Çetin'e 0312 305 1873 numaralı telefonlardan ve HÜTF Ruh Sağlığı Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.:

İmza:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İÇİN)

Hekimin Açıklaması

Sizi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan '*Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması, Büyüsel Düşünce ve Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*' isimli **araştırmaya** davet ediyoruz. Siz bu araştırmanın **sağlıklı kontrol grubu** içinde yer alacaksınız. Sizden elde edilecek bilgiler veya veriler, çalışmanın diğer grubundan elde edilecek bilgi veya verilerle karşılaştırılarak bir sonuca ulaşılacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın sağlıklı gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Formda belirtilen bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Çalışmada hastaların obsesif belirtileri ile düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özellikleri arasındaki ilişki değerlendirilecektir. Mevcut belirtilerin ve belirtilen parametreler ile aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek için çalışmaya katılan hasta grubu olarak sınıflandırılan katılımcılara ya da sağlıklı kontrol grubu olarak sınıflandırılan katılımcılara değerlendirme amacı ile ölçekler verilecektir. İlgili araştırma kapsamında verilecek ölçeklerin tarafınızca doldurulmasının ortalama 45 dakika kadar sürmesi beklenmektedir. Bu araştırma kapsamında herhangi bir biyokimyasal tetkik (kan, idrar, vs) veya elektrofizyolojik inceleme uygulanmayacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Prof. Dr. Başaran Demir'in sorumluluğunda, Dr. Çağlar Çetin tarafından muayene edileceksiniz. Muayene sırasında çalışma kapsamında sağlıklı kontrol grubuna uygunluk açısından değerlendirme amacı ile tarafınızca görüşme yapılacak ve düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi için testler ve ölçekler uygulanacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya **katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma** hakkına da sahiptir. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

Prof. Dr. Başaran Demir'in sorumluluğunda, Dr. Çağlar Çetin tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "sağlıklı kontrol grubu için katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam gerekli hallerde tıbbi kayıtlarımın inceleneceğini biliyorum ve hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına ve inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma sırasında herhangi bir sorun ile karşılaştığımda; Dr. Çağlar Çetin'e 0312 305 1873 numaralı telefonlardan ve HÜTF Ruh Sağlığı Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun kesinlikle bir ceza doğurmayacağını veya hakkım olan yararların kaybına sebebiyet vermeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanđı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza: