



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

OBSESYONLAR, YEME, HASTALIK VE BEDEN İLE İLİŞKİLİ İSTEM DIŞI  
DÜŞÜNCELERİN TANILAR ÜSTÜ YAKLAŞIMLA ELE ALINMASI: ÇEVİRİMİÇİ  
GÜNLÜK UYGULAMASI

Burçin AKIN

Doktora Tezi

Ankara, 2020



OBSESYONLAR, YEME, HASTALIK VE BEDEN İLE İLİŞKİLİ İSTEM DIŞI  
DÜŐÜNCCELERİN TANILAR ÜSTÜ YAKLAŞIMLA ELE ALINMASI: ÇEVİRİMİÇİ  
GÜNLÜK UYGULAMASI

Burçin AKIN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2020

## TEŞEKKÜR

Tez yolculuğumda sabırla bana eşlik eden ve akademik gelişimime katkısı olan herkese içtenlikle teşekkür etmek istiyorum.

Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümüne gelişiyle birlikte aslında hayatımı da değiştiren, kendisiyle çalıştığım için kendimi hep çok şanslı hissettiğim, ben kendi başıma yüzebileyim diye beni attığı denizde çırpınırken hep uzaktan beni izlediğini ve boğulmama izin vermeyeceğini bildiğim, akademik yolculuğumda arkamdaki desteğini hep hissettiğim, akademik danışmanım ve rol modelim Prof. Dr. Müjgan İnözü MERMERKAYA hocama üzerimdeki emekleri için ne kadar teşekkür etsem az gelecektir.

Interdisciplinary Center (IDC) Herzliya/Baruch Ivcher School of Psychology’de tezimle ilgili çalışma şansı bulduğum Prof. Guy DORON’a tezime yaptığı ufuk açıcı katkıları için çok teşekkür ediyorum.

Tez izleme komitelerinde hem akademik hem de duygusal desteklerini her zaman hissettiğim Doç. Dr. Sait ULUÇ ve Doç. Dr. A. Bikem HACİÖMEROĞLU hocama, tez savunma jürimde yer alan ve ayrıntılı değerlendirmeleri ve değerli geribildirimleri ile tez çalışmamı geliştirmeme yardımcı olan Prof. Dr. İhsan DAĞ ve Doç. Dr. Okan Cem ÇIRAKOĞLU hocama bu çalışmadaki katkıları için çok teşekkür ederim.

Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümünde ilk asistanlık deneyimimi yaşadığım ve gerek akademik bilgi gerek de akademisyenlik becerisi açısından bana çok şey katan Doç. Dr. Sedat IŞIKLI hocam, sizinle çalışmak benim için büyük keyifti.

Hem klinik psikolog hem de akademisyen olarak bugünkü ben olmamı sağlayan ve bana hep çok iyi bir eğitim aldığımı düşündürten sevgili hocalarım Prof. Dr. Ferhunde ÖKTEM, Prof. Dr. Gonca Soygüt PEKAK, Prof. Dr. Elif BARIŞKIN, Dr. Öğr. Üyesi Arife Berna AYTAÇ’a çok teşekkür ederim.

Onlarsız bir Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü düşünemediğim arkadaşlarım, tez yazım sürecimde hep yanımda olduğunuz için çok teşekkür ederim. Mübeccel Yeniada KIRSEVEN, ODTÜ’deki lisans eğitimimizle birlikte başladığımız bu yolculuğun Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümünün 33 nolu odasında bitmeyeceğini, bu yolculuğa yine birlikte devam edeceğimizi bilmek bana güven veriyor. Birlikte çalıştığım ve aynı odayı paylaşmaktan büyük keyif aldığım Elif ÜZÜMCÜ, her başım sıkıştığında kahramanım olduğun için sonsuz teşekkürler. Tüm akademik hayatım boyunca fikir

alışverişi yaptığımız ve bu tezin oluşmasında katkıları büyük olan Sema Erel GÖZAĞAÇ, Suzan Çen YAĞIZ, Buse ŞENCAN, Burcu KORKMAZ, Gün PAKYÜREK, Özge ŞAHİN, Emrah KESER, Gamze ŞEN, Heyyem HÜRRİYETOĞLU ve çalışma imkanı bulduğum tüm arkadaşlarım desteğiniz için çok teşekkür ederim.

Dünyanın neresinde olursa olsun desteğini ve ilgisini gösteren, büyük bir hevesle herkesten önce tezimi okuyan, benimle gurur duyduğunu bildiğim sevgili oda arkadaşım Sevgi ÜNEL, harika arkadaşlığın için sonsuz teşekkürler.

Hayatımdaki tüm kararlarımda arkamda duran ve varlıkları bana güven veren canım ailem, bu tez siz olmasanız olmazdı. Tüm hayatı boyunca kızlarının eğitimini herşeyin önünde tutan ve bu konuda fedakarlık yapmakta bir an için bile tereddüt etmeyen annem Meltem AKIN, hayatım boyunca ağladığına nadiren şahit olduğum ancak aldığım doktora derecesinin onu ne denli gururlandırdığını da yine gözyaşlarından anladığım babam Seçim AKIN, hayattaki dik duruşuyla sırtımı güvenle yasladığım ablam Pelin AKIN KAĞITHANELİ, sevgili eşi Emin KAĞITHANELİ, bir yandan doktora tezimin büyüdüğünü deneyimlerken bir yandan da onun büyümesine tanıklık ettiğim canım yeğenim Kerem KAĞITHANELİ, Ankara'daki ailem Aynur SARI ve Yalçın SARI, iyi ki varsınız. Hayatımdaki diğer dönüm noktalarında da hep yanımda olmanız en büyük temennim. Ve sevgili eşim, Uğur SARI, pandemi nedeniyle karantina altında yazılan bu tez sadece benim değil ikimizin. Tez yazım sürecindeki en kaygılı anlarımda sonsuz sabrıyla yanımda olduğun için, umutsuzluğa düştüğüm tüm anlarda o güven veren sesinle beni sakinleştirdiğin için, tüm duygusal iniş çıkışlarıma rağmen anlayışlı duruşundan hiç vazgeçmediğin için, karantina altında tez yazmayı bile keyifli hale getirmeye yönelik gösterdiğin çaba için, hayatıma kattığın tüm güzellikler için sonsuz teşekkürler. Tezimin her bir sayfasında katkının olduğunu bilmek beni çok mutlu ediyor.

Son olarak, lisansüstü eğitim hayatımı 2211-A Genel Yurt İçi Doktora Burs Programı ile destekleyen ve 2214-A Yurt Dışı Doktora Sırası Araştırma Bursu ile Interdisciplinary Center (IDC) Herzliya/Baruch Ivcher School of Psychology'e tezimle ilgili araştırma yapmam için gitmemi sağlayan TÜBİTAK'a akademik hayatıma yaptığı katkılardan dolayı teşekkür ediyorum.

## ÖZET

AKIN, Burçin. *Obsesyonlar, Yeme, Hastalık ve Beden ile İlişkili İstem Dışı Düşüncelerin Tanılar Üstü Yaklaşımla Ele Alınması: Çevrimiçi Günlük Uygulaması*. Klinik Psikoloji Bütünleşik Doktora Programı, Ankara, 2020.

İstem dışı düşünceler (İDD) kişide rahatsızlık hissi yaratan, kişinin o anda yapmakta olduğu işi bölen, kabul edilmekte zorlanılan ve genellikle kontrol altına almakta güçlük çekilen düşünce/dürtü/görüntü/his şeklinde belirirler. Obsesif-Kompulsif Bozukluğun (OKB) gelişmesi ve sürdürülmesinde önemli rolü olan bu düşünceler genellikle OKB araştırmaları kapsamında çalışılmıştır. Ancak pek çok psikopatolojinin etiyolojik açıklamalarında benzer değişkenlere rastlanmaktadır ve bu değişkenler incelendiğinde ortak üst düzey bir modele ulaşılabileceği belirtilmektedir.

Bu çalışmanın temel amacı, İstem Dışı Düşünceler Ölçeği'nin (İDDÖ) Türkçe'ye uyarlamasının yapılması, birlikte görülme sıklıkları oldukça yüksek olan OKB, Beden Algısı Bozukluğu (BAB), Beslenme ve Yeme Bozukluğu (BYB) ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu (HKB)'ndaki temel İDD'lerin kendi psikopatolojilerine özgü ayrı yapılar olmaktan çok tanılar üstü bir üst değişken olup olmadığının test edilmesi ve İDD'lerin fenomenolojik özelliklerine ilişkin bellek yanlılığından arınık bilgi edinmek amacıyla günlük çalışmasının yürütülmesidir.

Ölçek uyarlama çalışmasının örneklemini 259, tanılar üstü özelliğin değerlendirildiği bölüm olan çalışmanın ikinci aşamasının örneklemini 410, çevrimiçi günlük çalışmasının örneklemini ise 51 klinik tanı almamış sağlıklı üniversite öğrencisi oluşturmuştur.

İDDÖ'nün psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular, ölçeğin Türkçe formunun Türkiye'de kullanılabilecek düzeyde istenilir geçerlilik ve güvenilirlik değerlerine sahip olduğunu işaret etmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasında gerçekleştirilen birey içi analiz sonuçlarına göre; dört farklı içerikteki düşüncelerin yaşanma sıklıklarının birbirleriyle yakından ilişkili olduğu, dört farklı içerikteki düşüncenin yaşanma sıklıklarının ve yarattıkları rahatsızlık hissinin birlikte artış gösterdiği, bu düşüncelere yönelik kullanılan yorumlama ve kontrol stratejilerinin de her bir içerikteki düşünce için benzer bir örüntü sergilediği bulunmuştur.

Çevrimiçi günlük çalışması neticesinde de gün içinde İDD yaşamayı beklemenin bu düşüncelerin sıklığını anlamlı şekilde etkilediği ve tek bir risk grubunda olmakla birden

fazla risk grubunda bulunmanın bu düşüncelerin yaşanma sıklığı ve bu düşüncelere yönelik yapılan işlevsel olmayan değerlendirmeler açısından bir fark yaratmadığı bulunmuştur. Araştırma sonucu edinilen tüm bulgular güncel literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

### **Anahtar Sözcükler**

İstem Dışı Düşünce, Bilişsel Model, Tanılar Üstü Yaklaşım, Boyutsal Sınıflandırma, Günlük Çalışması

## ABSTRACT

AKIN, Burçin. *Transdiagnostic Perspective on Intrusive Thoughts about Obsessions, Eating, Illness and Body: Online Diary Study*. Clinical Psychology Integrated Doctoral Program, Ankara, 2020.

Unwanted intrusive thought (UIT) suddenly comes to mind involuntarily. UIT is upsetting and distressing, interrupt the job, difficult the control and accept. UITs have an important role in developing and maintaining Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and these thoughts generally have been studied in the research about OCD. However, there can be found similarities across different diagnosis and etiological explanations. These similarities can reveal higher order model that is shared by multiple diagnosis.

The main aim of the proposed project is to adapt Questionnaire of Unwanted Intrusive Thoughts (QUIT) into the Turkish culture. After this study, is is planned to test whether intrusive thought is a transdiagnostic variable. Finally, it was aimed to obtain an information about phenomenological features of UITs via diary study which provide data without memory biases.

The total sample for the adaptation study is 259; for the second study that evaluated transdiagnostic features of UITs is 410; and for online diary study is 51 non-clinical healthy university students.

Psychometric properties of the Turkish version of the scale meet the criteria of being valid and reliable. According to the the second stage of the research, the frequency of the thoughts in four different contents was closely related. The frequency of thoughts, discomfort of thoughts and the interpretation and control strategies used for these thoughts displayed a similar pattern in each four different content. In online diary study, the results have showed that expectancy toward experiencing UIT significantly effected the frequency of the UIT. Also, it was found that being in a single risk group or in a more than one risk group did not make a difference in terms of the frequency of these thoughts and dysfunctional evaluations of them. All findings obtained as a result of the research were discussed within the framework of current literature.

### **Keywords**

Unwanted Intrusive Thought, Cognitive Model, Transdiagnostic Approach, Dimensional Classification, Diary Study



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
İÇİNDEKİLER .....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
1. BÖLÜM: GİRİŞ.....	1
1.1. PSİKİYATRİK TANI VE SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ .....	1
1.1.1. Psikiyatrik Tanıda Kategorik Yaklaşım.....	1
1.1.2. Boyutsal Yaklaşım Geçiş: Tanılar Üstü Yaklaşım.....	2
1.1.3. Klinik Uygulamalarda Tanılar Üstü Yaklaşım Etkisi .....	7
1.2. TANILAR ÜSTÜ BİR DEĞİŞKEN OLARAK İSTEM DIŞI DÜŞÜNCELER ...	9
1.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	10
1.2.2. Beden Algısı Bozukluğu .....	13
1.2.3. Hastalık Kaygısı Bozukluğu .....	18
1.2.4. Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	21
1.3. İSTEM DIŞI DÜŞÜNCELERİN İNCELENMESİNDE YENİ BİR YÖNTEM: ÇEVİRİMİÇİ GÜNLÜK UYGULAMASI .....	24
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI .....	30
1.5. ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLER.....	33
2. BÖLÜM: YÖNTEM .....	36
2.1. ÇALIŞMA 1: ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI.....	36
2.1.1. Katılımcılar .....	36
2.1.2. Veri Toplama Araçları .....	38
2.1.3. İşlem.....	43
2.1.4. Verilerin Analizi.....	43
2.2. ÇALIŞMA II: İDD'LERİN TANILAR ÜSTÜ ÖZELLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	44
2.2.1. Katılımcılar .....	45
2.2.2. Veri Toplama Araçları .....	46

2.2.3. İşlem.....	48
2.2.4. Verilerin Analizi.....	49
2.3. ÇALIŞMA III: ÇEVİRİMİÇİ GÜNLÜK ÇALIŞMASI .....	50
2.3.1. Katılımcılar .....	50
2.3.2. Veri Toplama Araçları .....	52
2.3.3. İşlem.....	52
2.3.4. Verilerin Analizi.....	55
3. BÖLÜM: BULGULAR .....	55
3.1. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZLERE UYGUNLUĞUNUN İNCELENMESİ .....	55
3.2. İDDÖ'NÜN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	56
3.2.1. Yapı Geçerliği .....	56
3.2.2. Birleşen Geçerlik.....	58
3.2.3. Ölçüt Geçerliği .....	62
3.2.4. Güvenirlik .....	64
3.3. İDD'LERİN TANILAR ÜSTÜ DOĞASINA İLİŞKİN BULGULAR .....	66
3.3.1. Örneklemenin 4 Farklı Alana İlişkin İDD'leri Yaşama Sıklıkları.....	68
3.3.2. OKB, Fiziksel Görünüş, Diyet/Fiziksel Egzersiz ve Sağlık ile İlişkili En Sık Görülen ve En Rahatsız Edici İDD'ler .....	69
3.3.3. Dört farklı İçerikteki İDD'lerin Sıklık ve Rahatsızlık Puanları Arasındaki İlişki .....	72
3.3.4. İDD Alanlarına İlişkin Sıklık ve Rahatsızlık Puanlarını Yordamada Diğer İçeriklerin Etkisi.....	73
3.3.5. Dört farklı İçerikteki İDD'lerin Sıklık ve Rahatsızlık Puanları ile Yorumlama/Kontrol Stratejileri Arasındaki İlişki .....	75
3.3.6. OKB, Fiziksel Görünüş, Diyet/Fiziksel Egzersiz ve Sağlık ile ilişkili İDD'lerin Sıklık, Rahatsızlık ve Yorumlama/Kontrol Stratejileri Açısından Birey- içi Farklılıkları.....	80
3.3.7. Dört farklı İçerikteki İDD'lerin Sıklık ve Rahatsızlık Puanları ile Psikopatolojilere İlişkin Belirti Ölçekleri Arasındaki İlişki.....	83
3.4. ÇEVİRİMİÇİ GÜNLÜK ÇALIŞMASINA İLİŞKİN BULGULAR .....	86
3.4.1. Farklı Alanlarda Deneyimlenen İDD'lere İlişkin Betimleyici Bulgular.....	86
3.4.2. Duygu Durum Değerlendirmesine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi.....	91
3.4.3. Beklenti Etkisine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi .....	92
3.4.4. İDD'lerin Sıklığı Üzerinde İDD'lere Yönelik İşlevsel Olmayan Yorumlamaların ve Kontrol Stratejilerinin Yordayıcı Rolünün İncelenmesi .....	93

3.4.5. Tekli Risk Grupları ile Çoklu Risk Grubunun İDD Toplam Sıklık Puanı ile İşlevsel Olmayan Yorumlamalar ve Kontrol Stratejileri Bakımından Karşılaştırılması .....	95
4. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	97
4.1. ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI.....	97
4.2. İDD'LERİN TANILAR ÜSTÜ ÖZELLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	100
4.3. ÇEVİRİMİÇİ GÜNLÜK ÇALIŞMASI .....	110
4.4. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI .....	114
4.5. SONUÇ VE ARAŞTIRMA SONUÇLARININ KLİNİK UYGULAMA AÇISINDAN ÖNEMİ.....	116
KAYNAKÇA .....	121
EKLER.....	146
EK 1 : DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU .....	146
EK 2 : İSTEM DIŞI DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ .....	147
EK 3 : OBSESİF-KOMPULSİF ENVANTERİ – REVİZE .....	167
EK 4: YEME TUTUM ENVANTERİ-40.....	169
EK 5: SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ-KISA FORM.....	171
EK 6: BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ .....	176
EK 7: POZİTİF VE NEGATİF DUYGU ÖLÇEĞİ.....	179
EK 8: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	181
EK 9: YEME TUTUM TESTİ-26.....	183
EK 10: WHITELEY İNDEKSİ.....	186
EK 11: BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU SORU FORMU .....	187
EK 12: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	189
EK 13: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	191
EK 14: SABAH RAPORU .....	193
EK 15: İSTEM DIŞI DÜŞÜNCELER RAPORU .....	194
EK 16: GÜN SONU RAPORU .....	195
EK 17: ORJİNALLİK RAPORU .....	199
EK 18: ETİK KURUL / KOMİSYON İZİNİ VEYA MUAFİYET FORMU.....	200

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Birinci Aşamanın Örnekleme İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sıklık ve Yüzdeler Değerleri .....	37
<b>Tablo 2.</b> İkinci Aşamanın Örnekleme İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sıklık ve Yüzdeler Değerleri .....	45
<b>Tablo 3.</b> Üçüncü Aşamanın Örnekleme İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sıklık ve Yüzdeler Değerleri .....	51
<b>Tablo 4.</b> Her bir İDD Alanı için Yorumlama/Kontrol Stratejileri Ölçeği'nin Faktör Yapısına İlişkin Modellerin Uyum İndeksleri .....	58
<b>Tablo 5.</b> İDDÖ OKB'ye özgü, Fiziksel Görünüş ile İlgili, Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili ve Sağlık ile İlgili İDD'lerin Sıklık ve Rahatsızlık Puanları ile OKE-R, SAE, YTE-40, BAÖ ve PNDÖ Arasındaki Korelasyon Katsayıları .....	60
<b>Tablo 6.</b> OKB, BAB, BYB ve HKB Düşük ve Yüksek Risk Gruplarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ile İlişkili Belirti Ölçümlerinden Alınan Puanlar .....	62
<b>Tablo 7.</b> İDDÖ için İç Tutarlık (Cronbach's $\alpha$ ), Madde-Toplam Korelasyon Ranjları ve Guttman İki Yarım Test Güvenirlik Değerleri .....	65
<b>Tablo 8.</b> Dört Farklı Yüksek Risk Grubunun Belirti Ölçeklerinden Aldıkları Ortalama Puanlar ve Standart Sapma Değerleri .....	67
<b>Tablo 9.</b> Son 3 ay içerisinde deneyimlenen İDD'lerin yaşanma oranları ve formları ...	69
<b>Tablo 10.</b> OKB, Fiziksel Görünüş, Diyet/Fiziksel Egzersiz ve Sağlık ile İlişkili En Sık Görülen ve En Rahatsız Edici İDD'ler .....	70
<b>Tablo 11.</b> Dört Farklı İçerikteki İDD Alanlarından Alınan Sıklık ve Rahatsızlık Puanlarının Birbirleriyle Olan Korelasyon Katsayıları .....	73
<b>Tablo 12.</b> Dört Farklı İçerikteki İDD Alanlarından Alınan Sıklık, Rahatsızlık ve Yorumlama/Kontrol Stratejileri Puanlarının Birbirleriyle Olan Korelasyon Katsayıları .....	76

<b>Tablo 13.</b> İDD Sıklık ve Rahatsızlık Puanlarını Yordama Rolü Olan İşlevsel Olmayan Yorumlama ve Kontrol Stratejilerinin Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi Bulguları .....	79
<b>Tablo 14.</b> Dört Farklı İçerikteki İDD Alanlarından Alınan Sıklık, Rahatsızlık ve Yorumlama/Kontrol Stratejileri Puanlarının Birey-içi Karşılaştırmaları .....	82
<b>Tablo 15.</b> Dört Farklı İçerikteki İDD Alanlarından Alınan Sıklık ve Rahatsızlık Puanlarının OKE-R, YTT-26, WI-7 ve BDBSF ile Olan Korelasyon Katsayıları .....	85
<b>Tablo 16.</b> Yüksek Risk Gruplarının Her Bir İçeriğe İlişkin Yaşadıkları Düşünce Sıklığı .....	87
<b>Tablo 17.</b> Her bir İçeriğe İlişkin İDD Sıklık Puanları ve Toplam Sıklık Puanının Depresyon, Kaygı ve Mutluluk Puanları ile Olan Korelasyon Katsayıları .....	92
<b>Tablo 18.</b> İDD Toplam Sıklık Puanı ile İşlevsel Olmayan Yorumlamalar ve Kontrol Stratejileri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları .....	93
<b>Tablo 19.</b> İDD Toplam Sıklık Puanını Yordamada İşlevsel Olmayan Yorumlamalar ve Kontrol Stratejilerinin Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi Bulguları .....	95
<b>Tablo 20.</b> Düşüncelerin Sıklığı, Düşünceleri Zihinden Uzaklaştırmada Zorluk, Uzaklaştırma Süresi, Normallik, Gerçeklik, Ego-distoniklik, Kontrol ve Yorumlama Puanlarına İlişkin Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri .....	96

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İDD'lerin İçeriklerine Göre Yaşanma Oranları .....	88
Şekil 2. İçeriklere Göre Yaşanan İDD Sayıları .....	88
Şekil 3. İDD'lerin Yaşanma Formlarına Göre Oranları .....	89
Şekil 4. Tüm İDD'lerin Yaşanma Formlarının Sayısı.....	89
Şekil 5. İDD'lerin Mekanlara Göre Yaşanma Sıklıkları .....	90
Şekil 6. Tüm İDD'lerin Mekanlara Göre Yaşanma Sayıları .....	90
Şekil 7. Sabah Raporunda Elde Edilen Duygu Durum Değerlendirmesine İlişkin Puanlar .....	91

## 1. BÖLÜM: GİRİŞ

### 1.1. PSİKİYATRİK TANI VE SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ

Psikiyatri ve klinik psikolojinin temel sorusu duygusal bozukluklara yönelik anlayışı ve tedavi paketlerini en etkili şekilde şekillendirebilmek için bu bozuklukların nasıl kavramsallaştırılıp sınıflandırılacağı ile ilgilidir (Watkins, 2015). Milattan önce 1400'lerde Hindistan'dan köklerini alan ve dünya tarihinin en eski medikal sistemi olarak da bilinen Ayurveda felsefesi insanoğlunun üç ana bedenden oluştuğunu söylemektedir: fiziksel beden, zihinsel beden, ruhsal beden (Obeyesekere, 1976). Ayurveda sistemi zihinsel sorunları da kendi içinde 7 farklı kategoriye ayırmaktadır. Modern tıbbın öncüsü olarak bilinen Hipokrat (m.ö. 460-377) ilk ve eski çağlardaki hâkim görüş olan psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin tanrıların gazabına uğramış kişiler olduğu görüşüne karşılık ruhsal bozuklukları mani, melankoli ve frenitis olmak üzere üç kategoride sınıflandırmıştır. Böylelikle ruhsal bozuklukların da fiziksel hastalıklar gibi tedavi edilmesi gerekliliğine yönelik bir anlayışın da temelleri atılmıştır. Eflatun'dan Aristo'ya pek çok düşünür ruhsal bozuklukların doğasına yönelik açıklamalar geliştirmekle birlikte psikiyatrik bozuklukların sistematik olarak sınıflandırılması anlayışı ilk olarak 19. yüzyılda Emil Kraepelin tarafından ortaya atılmıştır. Bu dönemde ruhsal bozukluklar nedenine, gidişatına ve sonucuna göre tanımlanabilir ve sınıflandırılabilir organik kökenli hastalıklar olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bozukluğun seyri açısından benzerlik gösteren hastaların gruplandırıldığı ve belirti benzerliğine göre alt grupların oluşturulduğu Kraepelinci yaklaşım, günümüz sınıflandırma sistemlerinin de temelini oluşturmaktadır (Gerard, 2007).

#### 1.1.1. Psikiyatrik Tanıda Kategorik Yaklaşım

1980 öncesi dönemlerde kullanılmakta olan DSM-I ve DSM-II dönemin hakim paradigması gereği neredeyse tüm psikopatolojileri bastırma ve savunma mekanizmaları (Freud, 1966) ya da klasik ve edimsel koşullanma (Skinner, 1957) temelinde açıklama eğilimi göstermekteydi. 1980'lerde DSM-III ile birlikte medikal modele dönüş başlamış ve psikopatolojiler görünümleri ve etiyolojik açıklamaları temelinde ayrı kategoriler altında incelenmeye başlanmıştır. DSM-III ile birlikte gelen ve ruhsal bozuklukların tanısında egemen olmaya başlayan betimsel yaklaşım (kategorik yaklaşım; hastalık-odaklı yaklaşım; belirti-odaklı yaklaşım) araştırmacılar arasında ortak bir dil

oluşturulması, yürütülen çalışmaların geçerli ve güvenilir kılınması açısından son derece önemli bir işlev gösterse de pek çok kısıtlılığı da beraberinde getirdiği tartışılmaktadır. Kategorik sınıflandırma sistemlerinin en temel kısıtlılıklarından biri bozukluklar için belirlenen tanı eşiklerinin net standartlarla ortaya konmamış olmasıdır (Widiger ve Samuel, 2005). Örneğin; mevcut tanılama sistemi depresyon tanısı koymak için 5 ya da daha fazla belirtinin 2 hafta boyunca görülmesi gerekliliğine işaret etmektedir. Ancak belirti sayısı ve süresine ilişkin belirlenmiş olan bu kesim noktaları sınırlı bilimsel kanıtlara dayanmakta olup genellikle de gelişigüzel olarak belirlenmektedir. Bu durumun bir sonucu olarak; belirti sayısı belirlenen eşiğin altında olan kişiler herhangi bir tanı kategorisine yerleştirilemediğinden etkili tedavi alabilmeleri çoğu zaman mümkün olamamaktadır. Bir diğer kısıtlılık da, gelişigüzel belirlenmiş belirti eşiğinin üzerinde kalan tüm kişilerin aynı kabul edilmesidir. Major depresyon tanı ölçütlerini karşılayan ancak sadece tek bir ortak belirti sergileyen iki farklı kişi aynı kategori altında değerlendirilmekte ve aynı tedaviyi almaktadır. Böylelikle homojen tanı grupları oluşturulmaya çalışılsa bile tanılar içi heterojenliğin çok fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca, farklı özelliklerdeki kişileri kişisel ve bağlamsal özelliklerini göz ardı ederek tek bir tanı grubuna sığdırmaya çalışmak kişilerin biricikliğini gözden kaçırmaya neden olmaktadır (Watkins, 2015). Bunların dışında kategorik yaklaşımın bir diğer kısıtlılığı da tanılar arası birlikte görölme oranlarının olduğuca yüksek olmasıdır. Yapılan araştırmalar ilk 12 aydaki depresyon ve kayđı bozukluğunun birlikte görölme oranının %40-80 arasında değiştiğini göstermektedir (Kessler, Chiu, Demler ve Walters, 2005). Ayrıca mevcut sınıflandırma sistemi, psikiyatrik bozukluklara ilişkin yürütölen bilimsel çalışmalardan elde edilen verilerle de ciddi derecede uyumsuzluklar sergilemektedirler. (Rodriguez-Seijas, Eaton ve Krueger, 2015). Tüm bu kısıtlılıklar göz önünde bulundurulduğunda, son yıllarda klinik psikoloji araştırmaları, psikopatolojileri gözlemlenebilir belirtilerine göre sınıflandıran kategorik yaklaşımdan uzaklaşıp farklı olarak adlandırılan psikopatolojilerin altında yatan ve pek çok psikopatolojide ortak olan bilişsel-davranışsal, kişilerarası ve biyolojik süreçlerin incelendiği “tanılar üstü” bir bakış açısına göre yürütölmeye başlanmıştır.

### **1.1.2. Boyutsal Yaklaşıma Geçiş: Tanılar Üstü Yaklaşım**

DSM-5 (APA, 2013) ile birlikte, farklı tanı kategorileri arasındaki benzerliği göz ardı etme eğilimdeki kategorik yaklaşıma alternatif olarak sınıflandırma sisteminde boyutsal



bir yaklaşıma yönelinmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Boyutsal yaklaşım, hakim sınıflandırma sisteminde kullanılan kategorik yaklaşımı iki açıdan eleştirmektedir: (1) Farklı bozukluklar olarak sınıflandırılmış psikopatolojilerin etiyolojik açıklamalarında stres, erken dönem istismarı, zihinsel sağlık sorunu olan ebeveynlere sahip olma, travma gibi ortak faktörlerin yer aldığı görülmektedir (örn., Avenevoli ve Merikangas, 2006; Johnson, Cohen, Chen, Kasen ve Brook, 2006; Maniglio, 2009), (2) Farklı bozukluklar olarak sınıflandırılmış psikopatolojilerin belirtilerinin altında yatan ortak gizil değişkenlerin olduğu bilinmektedir. Örneğin; nörotisizm; depresyon, genellenmiş kaygı bozukluğu ve panik bozukluk gibi pek çok farklı psikopatolojilerde görülmektedir (Brown ve Barlow, 2009; Brown, Chorpita ve Barlow, 1998). Benzer şekilde amigdaladaki korku devrelerinin artmış aktivasyonu gibi biyolojik faktörler de farklı tanımlar için temelde yatan gizil değişkenlerden olabilmektedir (Hyman, 2007). Günümüzde biyopsikososyal yaklaşımın hakimiyeti ve beyin görüntüleme tekniklerinde artış araştırmacıları farklı olarak kategorize edilen bozuklukların bilişsel-davranışsal, kişilerarası ve biyolojik süreçlerini ve bu süreçler arasındaki etkileşimi incelemeye yöneltmiştir. Tüm bu süreçlerin pek çok bozukluk temelinde benzeştiği ve bu ortak süreçlerin farklı psikopatolojilerin başlangıcı, sürdürülmesi, yinelenmesi ve tedavisi noktasında benzer roller oynadığı açıklamasından yola çıkarak klinik araştırmalar tanımlar üstü bir model çerçevesinde yürütülmeye başlanmıştır.

İngilizcesi "*transdiagnostic*" olan kelimenin "trans-" öneki Latince'den gelmekte ve karşıdan karşıya (örn., Transatlantik) ya da ötesi (örn., transandantal) anlamına gelmektedir. Anlamından yola çıkarak, psikiyatride tanımlar üstü bir yaklaşımın da mevcut kategorik tanımları aşması ve bunların ötesine geçmesi, mevcut tanımlama sistemine kıyasla daha iyi bir sınıflandırma sistemi üretmesi beklenmektedir (Fusar-Poli ve ark., 2019). Dünya tarihinde bilimsel gelişmelerin her biri önemli bir felsefi prensip olan parsimoni ilkesini esas almaktadır. Bu ilkeye göre, bir doğal olay veya bilimsel olgu iki ayrı teori tarafından eşit düzeyde açıklanıyorsa, bu teorilerden daha basit bir açıklama sağlayan tercih edilmelidir. Benzer şekilde, psikolojik bozuklukları sürdüren faktörlere ilişkin tanımlar üstü bir açıklama her bozukluk için ayrı etiyolojik açıklamalar sunan betimsel yaklaşımdan daha basit bir açıklama sağlamaktadır.

Tanımlar üstü yaklaşım, psikolojik süreçleri popülasyonun tümünü kapsayan bir boyut üzerine yerleşmektedir (Cannon ve Keller, 2006; Insel ve ark., 2010). Bu yaklaşıma göre

pek çok psikolojik süreç tanılar üstü mekanizma olabilmektedir. Bu mekanizmalar evrenseldirler ve sağlıklı popülasyonda da görülmektedirler. Örneğin, yeni, korkutucu ya da kişi için belirgin olan uyarıcılara yönelik seçici dikkat, sağlıklı popülasyonda da görülen normal ve adaptif bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Harvey, Watkins ve Mansell, 2004). Ancak kaygı bozukluklarında seçici dikkat genellikle bozukluğun belirtilerinde artışa sebep olacak şekilde olumsuz bilgilere kaymaktadır (örn., panik bozuklukta kalp atışları, örümcek fobisinde örümcekler). Benzer şekilde, olumsuz yaşam olayları deneyimleyen ancak herhangi bir psikopatoloji belirtisi sergilemeyen kişiler olumsuz bellek yanlışlıkları gösterme eğiliminde olmaktadır; bir diğer deyişle, olumsuz bilgi parçalarını olumlulardan daha çok hatırlamaktadırlar (Chepenik, Cornew ve Farah, 2007). Majör depresif bozukluk tanısı konan bireyler de, depresif duygudurumlarını yoğunlaştıran ve uzatan daha yoğun, ancak niteliksel olarak depresyon tanısı almayan bireylerden farklı olmayan olumsuz bellek yanlışlıkları sergilemektedirler (Mathews ve MacLeod, 2005). Bu bilgiler ışığında, tanılar üstü mekanizmaların sağlıklı popülasyonda da görülür bir süreç olması nedeniyle psikolojik bozuklukları kategorik bir yaklaşım yerine bir boyut üzerinde kavramsallaştıran alternatif bir yaklaşıma duyulan ihtiyacı gittikçe arttırmaktadır.

Böyle bir sisteme geçilmesinin pek çok avantajı olduğu belirtilmektedir (Watkins, 2015). İlk olarak, günümüz tanı ve sınıflandırma sistemine göre farklı olarak sınıflandırılmış pek çok bozukluk aslında işlevsel olmayan bir sürecin farklı boyutlarında yer almaktadır. Dolayısıyla farklıymış gibi görünen psikopatolojiler aslında ortak bir işlevsel olmayan süreçten kaynaklanmaktadır. Tanılar üstü yaklaşım da temeli işlevsel olmayan süreçler olan psikopatolojilerin doğasını anlama noktasında daha basit açıklamalar sunabilmektedir. İkinci bir avantaj olarak, tanılar üstü yaklaşım eş zamanlı görülen psikopatolojiler için ortak olan süreçlere vurgu yaparak bu psikopatolojileri daha iyi anlamamız noktasında önemli katkılar sunmaktadır. Üçüncü olarak, tanılar üstü yaklaşım kategorik yaklaşımın geçerliği ile ilgili sorunlara bir alternatif olması açısından psikoloji alanına son derece önemli açıklamalar getirmektedir. Son olarak da pek çok psikopatoloji için ortak olan tanılar üstü değişkene yönelik bir tedavi paketi birden fazla bozukluğu etkileyebilmesi açısından tedavide basitlik ve tasarruf sağlamaktadır (Mansell, Harvey, Watkins ve Shafran, 2009).

Bir psikolojik sürecin, tanılar üstü bir değişken olarak değerlendirilebilmesi için sağlanması gereken kriterler bulunmaktadır. Bu amaçla Mansell ve arkadaşları (2009) tanılar üstü kavramının kriterlerini belirlemişlerdir. Buna göre bir psikolojik değişkeni tanılar üstü olarak ele alabilmek için ; o değişken a) hem klinik hem de klinik olmayan örneklem tarafından deneyimlenmeli b) en az 4 bozuklukta görülmeli ve c) tanılar üstü yapının tüm zihinsel bozukluklardaki görünümüleri incelenmelidir. Harvey ve arkadaşlarına (2011) göre de tanılar üstü yapılar “betimleyici” ve “mekanik” olmak üzere iki farklı kategoriye ayrılmaktadır. Betimleyici tanılar üstü yaklaşımda, psikolojik yapının “neden” ve “nasıl” sorularına cevap bulmaksızın sadece psikolojik bozukluklarda görülmesi yeterli olmaktadır. Örneğin; düşük öz-saygı şizofreniden panik bozukluğa kadar pek çok farklı psikopatolojide görülen tanılar üstü bir mekanizmadır (örn., Holding, Terrier, Gregg ve Barrowclough, 2013). Ancak düşük öz-saygının bu bozuklukların gelişimi ve sürdürülmesine nasıl bir katkıda bulunduğuna yönelik bütüncül bir teori bulunmamaktadır. Benzer şekilde, öncesinde panik atağın sadece panik bozukluğa özgü bir belirti olduğu düşünülürken, DSM-IV ile birlikte panik atağın farklı pek çok bozuklukta deneyimlendiği ortaya atılmıştır (APA, 2013). Ancak şizofrenide görülen panik atakların şizofreninin klinik görünümünde temel bir rolü bulunmamaktadır. Mekanik tanılar üstü yaklaşımda ise psikolojik yapı görüldüğü bozukluklar için nedensel ve işlevsel mekanizmalar sunmaktadır. Örneğin; ruminasyon depresyondan sınırda kişilik bozukluğuna kadar pek çok psikopatolojide deneyimlenmektedir (örn., Baer ve Sauer, 2011; McLaughlin ve Nolen-Hoeksema, 2011; Sauer-Zavala ve Barlow, 2014). Artmış ruminasyon olumsuz duygulanımı da artırarak daha sık ruminatif davranışların sergilenmesine yol açmaktadır. Bunun sonucunda da kişi intihar, kendine zarar verme davranışı ya da madde kötüye kullanımı gibi farklı belirtiler sergileme eğilimi içinde olabilmektedir (Selby, Connell ve Joiner, 2010; Selby, Franklin, Carson-Wong ve Rizvi, 2013). Görüldüğü üzere mekanik bir tanılar üstü değişken olan ruminasyon, psikolojik bozuklukların gelişimi ve devamlılığına ilişkin açıklamalar sunmaktadır.

Psikiyatrik bozuklukları mekanik açıklamalara göre sınıflandırmak, normal ve anormalin birbirinden nasıl ayırt edileceğine dair temel teorik ve klinik sorulara daha titizlikle işe yarar ve ampirik gerekçeler sunabilme potansiyeli taşımaktadır. Mekanizmaya göre sınıflandırma örneği olarak; DSM-V’de yakın zaman öncesinde sevilen birinin kaybına yönelik tutulan yasin major depresyon tanısını dışlayan bir kriter olarak ele alınması

gösterilebilir. Sevilen birinin kaybı sonrası gösterilen davranışsal ve duygusal tepkiler depresyon tanı kriterleriyle örtüşmesine rağmen yas sonrası verilen tepkiler normal bir sürece de işaret etmektedir (Horwitz ve Wakefield, 2007). Bu anlamda yalnızca belirti kümelerine dayanan bir yaklaşım, normal yas ve majör depresyon arasında keyfi bir ayırım yapma riski altındadır. Buna karşılık, bireylerin kayıplara nasıl tepki verdiğini destekleyen mekanik farklılıklara odaklanılması, anlayışımızı netleştirme, risk grubunda olanları daha iyi tahmin etme ve hedefe yönelik tedavi geliştirme potansiyeli taşımaktadır (Watkins, 2015).

Bu sebeple Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü Araştırma Alan Kriterleri (RDoC, Insel ve ark., 2010) “Gözlemlenen davranışlar ve beyin fonksiyonlarına dayalı yeni bir sınıflandırma sistemi” geliştirmeyi hedeflemişlerdir. RDoC “boyutsal yaklaşım” ve “tanılar üstü yaklaşım” olmak üzere iki yaklaşımı benimsemektedirler. Boyutsal yaklaşım, psikopatolojilerin başlangıcı ve sürdürülmesinde rol oynayan biyopsikososyal faktörlerin normal ve anormallik boyutu üzerinde yer aldığı varsayımına dayanmaktadır. Bir diğer deyişle, normal örneklem de bir boyutun belli noktalarında psikopatolojiler için rol oynayan değişkenleri deneyimlemektedirler. Tanılar üstü yaklaşıma göre ise, birbirlerinden ayrıştırılmış olan tanı kategorileri benzer altta yatan mekanizmalara sahiptirler. RDoC araştırmacılara, normalden anormale kadar tüm insan davranışlarını tüm boyutlarıyla incelemek için geliştirilmiş bir çerçeve sunmaktadır. RDoC işlevselliğin/işlevsizliğin tüm boyutlarını keşfetmek için genetik, fizyolojik, davranışsal ve öz-bildirime dayalı ölçümlerden gelen verilerden faydalanmaktadır. RDoC tanılama ve sınıflandırma kılavuzu olarak hizmet etmek veya mevcut sınıflandırma sistemlerinin yerini almak amacıyla geliştirilmemiştir. Bunun yerine amacı, mevcut işlev bozukluklarını psikolojik/biyolojik düzlemlerde açıklayarak ruh sağlığı ve hastalıklarının doğasını anlamaktır (National Institute of Mental Health. Erişim tarihi: 30 Mart 2020 <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc.shtml>).

Johns Hopkins Halk Sağlığı Okulu'nda yürütülen bir araştırmada, depresyon tanısı alan hastaların sadece %40'ından daha azının DSM-IV depresyon tanı kriterlerine uyduğu bulunmuştur (Sam Bakkila, National Institute Of Mental Health Forsakes the DSM, the Bible Of Psychiatry. Erişim tarihi: 02.04.2020 <https://www.mic.com/articles/40063/national-institute-of-mental-health-forsakes-the-dsm-the-bible-of-psychiatry>). Bu ve benzeri bulgulardan da yola çıkarak, en büyük ruh

sağlığı araştırma fonu olan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü, DSM'de sınıflandırılmış tanıların nesnel laboratuvar ölçümüne değil de bir takım klinik semptom kümesi ile ilgili olan bir fikir birliğine dayanıyor olmasından yola çıkarak artık araştırmalarına DSM'de tanımı yapılmış ruhsal bozukluk tanı kriterlerini göz önünde bulundurmaksızın yön vereceğini açıklamıştır. Bu sebeple de belirtilerin bilişsel ve biyolojik belirleyicilerini ve bunların birbirleriyle olan ilişkisini bilimsel olarak geçerli ve güvenilir testler aracılığıyla ölçümlemek için araştırmacıların DSM'in ötesinde düşünmeyi başarabilmeleri oldukça önemli görünmektedir.

### **1.1.3. Klinik Uygulamalarda Tanılar Üstü Yaklaşım Etkisi**

Psikolojik bozuklukların sınıflandırmasının kategorik bir yaklaşımdan boyutsal ve tanılar üstü bir yaklaşıma doğru evrimleşmeye başlamasının, klinik araştırmaların yanı sıra klinik uygulamaları da şekillendirmeye başladığı görülmektedir. Psikoterapilerdeki vaka kavramsallaştırmasının odağını sınırları belirlenmiş tanılardan uzaklaştırıp altta yatan tanılar üstü mekanizmalara doğru kaydırmak, gelişigüzel belirlenmiş tanı eşiklerinin altında kalan kişilere sunulmayan ruh sağlığı hizmetlerine ve tanı gruplarının heterojenliğine ilişkin problemleri önlemek noktasında yenilikçi ve pratik bir bakış açısı sunmaktadır (Rodriguez-Seijas, Eaton ve Krueger, 2015).

Vaka kavramsallaştırmasındaki etkisinin yanı sıra tanılar üstü yaklaşım değerlendirme noktasında da klinik uygulamalara yeni bir anlayış getirmektedir. DSM'de kategorize edilmiş bozukluklara yönelik mevcut değerlendirme yaklaşımları oldukça önemli olan bireye özgü çeşitliliği ihmal etme eğilimindedir. Ayrıca günümüzdeki çok sayıda klinik değerlendirme, hastanın belirtilerini en iyi şekilde açıklayan ayırıcı tanıyı bulmaya yönelik çoklu tanı değerlendirmeleri yapmaktadır. Ancak ayırıcı tanıdan uzaklaşarak belirtilerdeki tanılar üstü varyasyonu açıklamaya yönelik değerlendirmelerin klinisyenlere oldukça zaman kazandıracağı düşünülmektedir (Rodriguez-Seijas, Eaton ve Krueger, 2015).

Tanılar üstü yaklaşımın çıktılarının en net görülebileceği alanların başında psikiyatrik bozukluklara yönelik tedavilerin geldiği düşünülmektedir. Tanılar üstü yaklaşıma göre geliştirilen tedavilerin geleneksel tedavi yöntemlerine göre avantajlı olduğu düşünülmektedir. İlk olarak, ruh sağlığı çalışanlarının “doğru hizmeti” sağlayabilmek için ihtiyaç duydukları değerlendirmeye ayıracakları süre anlamlı derecede azalmaktadır. Tanıya yönelik değerlendirme görüşmeleri yerine hastanın belirtilerini sürdüren temel

mekanizmaya odaklanması bu sürenin oldukça kısılmasına sebep olmaktadır (Mansell, Harvey, Watkins ve Shafran, 2009). İkincisi, tanıların birlikte görülme oranlarının yüksekliği değerlendirildiğinde, tanı almış hastaların yarısından fazlasında en az bir başka tanı daha olduğu tahmin edilmektedir (Kessler, Chiu, Demler ve Walters, 2005). Komorbidite oranının yüksekliği, kaçınılmaz olarak, hastaların kliniğe başvuru yaptıkları sıradaki hakim tanılarına özgü belirtilerinin yerini, zaman içinde eş zamanlı görülen diğer tanının belirtilerine bırakması ile sonuçlanmaktadır (Forrester, Owens ve Johnstone, 2001). Tanılar üstü yaklaşıma dayalı tedavi paketleri hastanın eş zamanlı görülen tanılarının altında yatan ortak mekanizmaları hedef aldığı için tanısal değişimlerden etkilenme olasılığı oldukça düşük görünmektedir. Örneğin, kaçınma hem depresyon hem de kaygı bozuklukları için altta yatan ortak bir nedensel mekanizma olduğundan, kaçınma davranışını hedefleyen müdahalelerin birlikte görülme oranı yüksek depresyon ve kaygı bozukluğunu eşzamanlı olarak tedavi edebileceği öngörülmektedir. Üçüncü olarak, tanılar üstü yaklaşıma göre semptom gösteren kişilerin tedavi alabilmek için bir tanıya ihtiyacı olmaması “şizofreni” ya da “kişilik bozukluğu” gibi tanısal düzeyde olumsuz etiketlenmeyi azaltmaktadır. Dördüncüsü, tanılar üstü yaklaşım bilişsel-davranışçı süreçlerin her bir hastanın psikopatolojisini sürdürmek yönünde nasıl bir işlevi olduğunu belirleyerek, tanıya özgü olarak geliştirilmiş geleneksel tedavi yaklaşımlarından ziyade bireysel farklılıklara göre şekillendirilmiş tedavi paketlerinin kullanımını teşvik etmektedir (Mansell, Harvey, Watkins ve Shafran, 2009). Tanılar üstü tedavinin tüm bu avantajlarına rağmen, tanılar üstü yaklaşımlar ile bozukluğa özgü yaklaşımların birbirini dışlaması gerekmediğini ve aslında birbirini tamamlayıcı olabileceğini benimsemenin önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, bazı bozukluklar tanılar üstü süreçler ile bozukluğa özgü belirtilerin karışımı şeklinde klinik görünüm sunabilmektedirler. Bu nedenle, tedavi sürecinde her iki yaklaşım da tanılar üstü ve bozukluğa özgü bileşenlerin yaygınlığına bağlı olarak yararlı olabilmektedirler.

Ruh sağlığı bozukluklarını tanılamaya ve sınıflandırmaya yönelik geliştirilmiş olan kategorik yaklaşımın, ruh sağlığı alanında uzun süredir devam eden ve yaygın bir etkisi bulunmasına rağmen, bu tür sınıflandırmaların artık araştırma ve klinik uygulama alanlarında amaca uygun bir şekilde işlev göremeyeceği konusunda giderek güçlenen bir fikir birliği vardır. Bunun yerine, ruh sağlığı sorunlarını anlamaya yönelik olarak geleneksel tanılarının üzerinde radikal bir bakış açısı sunan “tanılar üstü” bir yaklaşıma

duyulan ihtiyaç gitgide artmaktadır. Hakim sınıflandırma sisteminde var olan tanı grupları arasında keskin ayrımların kaldırılmasının ruh sağlığı sorunlarının sınıflandırılmasında yeni bir platform görevi göreceği, ruh sağlığı problemleriyle ilişkili süreçleri daha kapsamlı bir şekilde kavramsallaştıracağı ve bozuklukların başlangıcı, sürdürülmesi ve tedavisi noktasında yeni açıklamalar sunacağı düşünülmektedir.

## **1.2. TANILAR ÜSTÜ BİR DEĞİŞKEN OLARAK İSTEM DIŞI DÜŞÜNCELER**

Zihinde birden bire beliren istem dışı düşünceler (İDD; düşünce, dürtü, görüntü ya da his formunda olabilir) kişinin o an yapmakta olduğu aktiviteyi bölen, tekrarlı bir şekilde zihinde beliren, kontrol edilmesi zor ve genellikle kabul edilemez düşünceler olarak tanımlanmaktadır (Clark, 2005; Rachman, 1981). Bu düşüncelerin içerikleri kişiyle ya da var olan durumla ilgili herhangi bir konuyla ilişkili olabilmektedir (Clark ve Rhyno, 2005). Bu düşünceler başta Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) olmak üzere Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB; Michael, Ehlers, Halligan ve Clark, 2005), Depresyon Bozukluğu (Wahl ve ark., 2011), Beden Algısı Bozukluğu (BAB; Osman, Cooper, Hackmann ve Veale, 2004), Beslenme ve Yeme Bozuklukları (BYB; Roncero, Perpiñá ve Belloch, 2010), Hastalık Kaygısı Bozukluğu (HKB; Muse, McManus, Hackmann, Williams ve Williams, 2010) ve Uyku Bozuklukları (Harvey, 2005) gibi pek çok psikopatolojide görülmektedir.

Klinik görünümleri farklı olan bu psikopatolojilerdeki İDD'lerin içeriğinin kişinin rahatsızlığı ile ilişkili olan en temel korkusuyla ilintili olduğu görülmektedir. Kişiler istem dışı olarak birden bire beliren, kaygı ve korku yaratan bu düşünceleri zihninden uzaklaştırabilmek için telafi edici davranışlar ya da kaçınma davranışları sergilemektedirler (McElroy, Keck, Pope, Smith ve Strakowski, 1994). Örneğin, kişinin en temel korku kaynağının kilo alma ya da umumi tuvaletlerden mikrop kapma ile ilişki olduğu bir durumda, kişiler bu düşüncelerini zihinlerinden uzaklaştırmak ya da bu düşüncelerin yarattığı kaygıyı azaltmak için laktasif kullanımı, aşırı egzersiz yapma ya da defalarca el yıkama davranışları sergilemektedirler. Bu davranışlar kısa vadede olumsuz duygudurumu azaltarak olumsuz pekiştirici görevi üstlendikleri için uzun vadede bozukluğu devam ettiren bir döngünün oluşmasına neden olmaktadır (Cooper, Hedges ve Valentine, 2009).

İDD'ler bugüne kadar ağırlıklı olarak OKB temelinde çalışılmış olup kökleri normal insanların da içerik ve form bakımından klinik obsesyonlardan ayırt edilemeyen İDD'ler

yaşadıklarını bildirdikleri Rachman ve de Silva'nın (1978) öncü çalışmalarına dayanmaktadır. Bu sonuçlar, farklı kültürel bağlamlardan bağımsız olarak zihinsel olarak sağlıklı bireylerin en az % 80'inin İDD yaşamakta olduğunu gösteren diğer çalışmalarda tekrar doğrulanmıştır (örn., Clark ve ark., 2014; Radomsky ve ark., 2014). BAB'da görülen İDD'lere ilişkin yapılan çalışmalar bu düşüncelerin OKB'deki yaygınlığına benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Osman ve arkadaşları (2004), BAB hastalarının fiziksel görünüşleriyle ilişkili kusurları hakkında tekrarlayan istem dışı görüntüler yaşadıklarını, Onden-Lim ve Grisham (2013) ise sağlıklı bireylerin % 84'ünün BAB hastaları tarafından bildirilenlere benzer içeriğe sahip istem dışı görüntülere sahip olduklarını bulmuşlardır. Benzer şekilde, HKB hastaları da günde 3 ya da 4 kez istem dışı zihinlerinde beliren görüntüler ile hastalık ve ölüm hakkında düşünceler yaşadıklarını belirtmişlerdir (Muse ve ark., 2010). Son olarak, çeşitli çalışmalardan elde edilen veriler, hem BYB'li hastaların hem de sağlıklı popülasyonun yemek, diyet, fiziksel egzersiz ve görünüşleri hakkında düşünceler, imgeler ve dürtüler şeklinde tekrarlayan bilişler yaşadıklarını göstermektedir (örn., Blackburn, Thompson ve May, 2012; García-Soriano, Roncero, Perpiñá ve Belloch, 2014). Ayrıca, yeme patolojisine ilişkin alınan ölçümlerden yüksek puan alan kişilerin İDD'leri normal popülasyondan daha sık yaşadıkları bulunmuştur (Belloch, Roncero ve Perpiñá, 2016). Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, OKB, BAB, HKB ve BYB'nin klinik görünüşleri farklı olmakla birlikte, bir takım fenomenolojik ve fonksiyonel benzerlikleri olduğu görülmektedir (örn., Abramowitz ve Braddock, 2006; Bartz ve Hollander, 2006; Deacon ve Abramowitz, 2008).

### **1.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

DSM-5 OKB'yi zihinde istem dışı olarak beliren ve kişiye rahatsızlık veren obsesyonlar ve obsesyonların yarattığı rahatsızlık ve kaygıyı azaltmaya yönelik ritüeller şeklinde sergilenen zihinsel ve davranışsal kompulsif davranışlar bütünü olarak tanımlamaktadır (APA, 2013). Obsesyonun Türkçe karşılığı "takıntı" olup Latince "obsidere" (kuşatılmak, ele geçirilmek) sözcüğünden tüerken, bozukluğun diğer önemli unsuru olan ve Türkçe karşılığı "zorlantı" olan kompulsiyon terimi ise Latince "compellere" (zorlanmış, köşeye sıkışmış) sözcüğünden türemiştir (Beşiroğlu, 2017).

OKB'nin en belirgin özelliği birden bire zihinde beliren, kişide sıkıntı yaratan, birey tarafından kabul edilemez, tekrarlı olarak yaşanan ve kontrol edilmesi güç düşünce, dürtü ve imgelerdir. Bu düşünceler popülasyonun büyük bir çoğunluğunda



deneyimlenmesine rağmen (Rachman ve de Silva, 1978), popülasyonun sadece %2'si klinik anlamda obsesyon ve kompulsiyonlar geliştirmektedir (Clark ve ark., 2014; Inozu, Karanci ve Clark., 2012). Beck ve Emery (1985) bu durumun olayın yorumlanış biçiminden kaynaklandığını ileri sürmektedirler. Salkovskis ve Freeston (2001) ise bu durumu kişinin zihninde beliren İDD'leri fonksiyonel olmayan bir biçimde yanlış yorumlamasına ek olarak, nötralizasyon (düşüncenin yarattığı sıkıntıyı önlemek, azaltmak ya da ortadan kaldırmak için yapılan bilişsel ya da davranışsal eylemler) çabasına bağlamaktadır. Kişiler İDD'lerinin yarattığı kaygı ve diğer olumsuz duygulardan kurtulabilmek için nötralizasyon çabası içine girdiklerinde hemen hemen herkesin yaşadığı bu durum patolojik bir hale gelmektedir. Salkovskis'in OKB'ye ilişkin bilişsel-davranışçı modelinde (Salkovskis, 1985; 1989), klinik olmayan örnekleme de yaygın olarak deneyimlenen İDD'lerin patolojik obsesyonlara dönüşmesinde bu düşüncelerin abartılmış sorumluluk algısı etrafında değerlendirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir Kişi zihninde beliren İDD'lerin bir tehlikeye sebep olabileceğini ve bunu önlemesi gerektiğini düşünmektedir. Bu düşüncelerin ve sorumluluğun yarattığı kaygıyla başa çıkabilmek adına da nötralizasyon davranışları sergilemektedir. Ancak bu davranışlar, kısa süreli bir yarar sağlamakla birlikte uzun vadede bu düşünceleri klinik obsesyonlara dönüştürmeye hizmet etmektedirler. Rachman (1997), düşünceye aşırı önem verilmesinin de klinik obsesyonlar için uygun zemini yarattığını ileri sürmüştür. Rachman'a göre düşünceye verilen aşırı önem düşünce-davranış karmaşasına neden olmaktadır. Kişiler sadece zihninden düşünceyi geçirmenin bile yapmak kadar kötü olduğuna (ahlak boyutu) ya da bu düşünceye sahip olmanın o düşünceyi gerçekleştirme ihtimalini arttırdığına (olabilirlik boyutu) inanmaktadırlar. Kişiler bu karmaşanın yarattığı kaygıyı hafifletmek ya da tamamen ortadan kaldırmak adına nötralizasyon davranışları sergilemeye yönelmektedirler. Clark (2004) ise kişinin düşüncesini kontrol etme çabasının ve bunun karşısında yaşadığı başarısızlığa atfettiği olumsuz anlamın klinik obsesyonlara dönüşme noktasındaki önemine vurgu yapmaktadır. Düşünceleri kontrol etmek paradoksal bir durum yaratmakta olup kontroldeki bu başarısızlığı bireyin güçlü ve başarılı olmadığı şeklinde yorumlaması daha fazla kontrol çabasına yol açmaktadır.

OKB deneyimlenen obsesyonların içeriği bakımından incelendiğinde heterojen bir bozukluk olduğu görülmektedir (Mataix-Cols, Rosario-Campos ve Leckman, 2005).

OKB’de en yaygın olarak deneyimlenen İDD’ler bulaşma/kirlenme obsesyonları ile bunlara eşlik eden temizlik kompulsiyonlarıdır (McKay ve ark., 2004; Rachman, 2004). Bir yetişkinin OKB kriterlerini karşılaması için, obsesyonlar ya da kompulsiyonların kişi tarafından kısmen de olsa mantıksız veya abartılmış düşünce ve davranışlar olarak kabul edilmesi gerekmektedir. OKB hastalarında iç görü bir süreklilik içinde meydana gelmekte ve iyi ve zayıf iç görüşü olan hastalar demografik ve klinik özellikler açısından ayrılmamaktadırlar (Eisen, Phillips, Coles ve Rasmussen, 2004). OKB’de görülen obsesyonlar, maddi durum ya da romantik ilişki sorunları gibi gündelik hayata özgü endişelerden de farklılaşmaktadır. Yetişkinlerde OKB, depresyon, diğer anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, kaçınan kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğu gibi pek çok psikopatoloji ile eş zamanlı olarak ortaya çıkma eğilimindedir (Chosak ve ark., 2008). OKB'nin yaşam boyu görülme yaygınlığının da yaklaşık % 2.3 olduğu tahmin edilmektedir (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). Başlangıç yaşı erken ergenlik dönemine denk gelen OKB belirtileri yaşam boyu devam etme eğiliminde olup belirtilerin içeriğinde ve şiddetinde zamana bağlı farklılıklar görülebilmektedir. OKB'li bireyler, spesifik OKB belirtileriyle tutarlı olan inançları çarpıtma eğilimindedirler. OKB’ye özgü olarak tanımlanmış obsesif inanışlar abartılmış sorumluluk algısı, abartılmış tehlike beklentisi, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşünceye verilen önem ve düşünceleri kontrol etmeye verilen önem OKB belirtilerinin devamlılığına katkı sağlamaktadırlar (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, OCCWG, 1997).

Obsesyonların ve kompulsif ritüellerin (zihinsel ya da davranışsal) OKB tanısının konabilmesi için kişide mutlaka bulunması gerekirken bu belirtilerin OKB dışındaki bozuklarda da görüldüğü gözlenmekte ve bilimsel araştırmalarla da gösterilmektedir. Bu araştırmaların sonuçlarına göre, bir takım psikolojik bozuklukların OKB ile klinik görünüm, psikiyatrik eştanı, etiyoloji, aile öyküsü ve psikolojik/farmakolojik tedaviye yanıt ve prognoz açısından örtüşme gösterdiği görülmektedir. Yapılan bu araştırmaların sonuçlarının mevcut sınıflandırma sistemine yansımalarıyla birlikte DSM-5’te OKB, Kaygı Bozuklukları tanı kategorisinden ayrılarak Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar (OKBİB) adındaki yeni bir tanı kategorisinin altına dahil edilmiştir (APA, 2013). Oluşturulan yeni tanı kategorisi, belirtiler (örn., tekrarlayan düşünceler ve davranışlar), başlangıç yaşı ve seyri, etiyolojik açıklamalar, eş zamanlı tanılar ve tedaviye

yanıt dahil olmak üzere OKB ile ortak yönler taşıyan bozuklukları tanımlamak için kullanılmıştır.

Yeni sınıflandırma sistemi, kategorik bir yaklaşımdan ziyade boyutsal yaklaşıma dönük bir felsefe benimsediği için sadece belirtiler yerine hastalığın sebebi ve seyri dolayısıyla somatoform bozukluklar, kaygı bozukluklar ve dürtü kontrol bozuklukları tanı kategorilerinden farklı bozuklukları bir araya getirecek şekilde şekillendirilmiştir. DSM-5 öncesi somatoform bozukluklar (BAB ve HKB), yeme bozuklukları (anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu), tik bozuklukları ve dürtü kontrol bozuklukları (trikotillomani) arasındaki fenomenolojik, patofizyolojik ve fonksiyonel çakışmalar tüm bu bozukların OKBİB çatısı altında toplanarak değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır (Phillips, 2002). Bu görüş, yeni oluşturulan bu kapsamlı tanı kategorisinin kapsadığı bozuklukların kompulsiviteden dürtüsellığe doğru uzanan bir boyut üzerinde yer aldığını varsaymaktadır (Hollander, 1993). Buna göre, spektrumun kompulsif ucundaki bozukluklardan olan OKB, BAB, BYB ve HKB'nin bilişsel ve davranışsal düzlemdeki ortak ve ayırıcı özelliklerinin birlikte ele alındığı araştırmaların yürütülmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

### **1.2.2. Beden Algısı Bozukluğu**

BAB, DSM-5'e göre kişinin gerçekte olmayan ama var olduğunu sandığı bedensel bir kusuru ile aşırı uğraşması ya da var olan bedensel bir kusurunu aşırı abartması durumu olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Bu abartılı uğraşı kişide huzursuzluğa ve işlevsellikte bozulmaya sebep olmaktadır. Bu bozuklukta en sık görülen şikâyetlerin cilt, saç, burun, gözler, göz kapakları, ağız, çene, dudaklar, mide, göğüs, kalça ve genital bölgeye ilişkin algılanan kusurlar, vücut bölgelerindeki kıllanma ve cilt lekeleri ile ilgili olduğu görülmektedir (Göksan, 2007; Phillips, McElroy, Keck, Pope ve Hudson, 1993). Fiziksel görünüşe ilişkin bilişsel davranışçı perspektiflere göre, içsel ve dışsal uyarıcılar görünüşle ilgili şemaları, girici düşünceleri ve kişinin kendi görünüşüne ilgili abartılmış/işlevsel olmayan değerlendirmelerini aktive etmektedir (Cash, 2011). Değerlendirmelerin işlevsellikleri azaldıkça, kişide bedenlerine ilişkin utanç ve iğrenme gibi duygular ortaya çıkmakta ve kişiler düşüncelerden ve görüntülerden kaçınma, fiziksel görünüşleri ile ilgili algılanan kusurları düzeltme veya değiştirme gibi kaçınma ve telafi etme davranışları sergilemektedirler. Bu davranışlar sürekli olarak aynada kendini inceleme, aşırı düzeyde kişisel bakımıyla ilgilenme, kendini tıraş etme ve

yıkanma, kendini diğeriyle kıyaslama, başkalarını kendisinde bir kusur olduğuna ikna etmeye çalışma ve deri yolma şeklinde olmaktadır. Kompulsif davranışlar BAB'nin temel tanısal kriterlerinden olmamasına rağmen, bu bozukluğu sergileyen kişilerin %90'ında kompulsif davranışlara rastlanmaktadır (Phillips, Hollander, Rasmussen ve Aronowitz, 1997). Kişinin olumsuz duygudurumunu düzenleyebilmek için gerçekleştirdiği bu davranışlar, bedene ilişkin daha fazla hoşnutsuzluk, olumsuz beden imajı tutumları ve psikososyal işlevsellikte azalma olarak kişideki etkisini sürdürmektedirler (Cash, 2011). Epidemiyolojik araştırmalar, BAB'nin neredeyse hiçbir zaman başka bir bozukluk eşlik etmeksizin kendisini göstermediğine işaret etmektedir. Bu bozukluk genellikle depresyon, sosyal fobi, BYB ve OKB ile birlikte görülmektedir (Oosthuizen ve Castle, 1998). Madde kötüye kullanımı da sıklıkla bu bozukluğa eşlik etmektedir (Phillips, 1998).

Bir yüzyıldan daha uzun bir süre önce vücut dismorfik sendromunu (dismorfofobi) tanımlayan Morselli (1886) BAB'yi, OKB ile benzerliklerini karakterize eden "obsesyonel meşguliyetler" ve "kompulsif davranışlar" bütünü olarak tanımlamıştır (aktaran Neziroglu ve Yaryura-Tobias, 1993). 1903'te Janet, "vücuda ilişkin utançla ilgili obsesyonlar" olarak adlandırdığı BAB belirtilerini "obsesif nevroz" alt tipi olarak sınıflandırmıştır (Phillips, Dwight ve McElroy, 1998). Yapılan bir çalışmada, BAB'li kişilerin sağlıklı kontrollere göre daha fazla obsesif özellikler sergiledikleri bulunmuştur (Hay, 1970). Başka bir çalışmada ise BAB grubunun Leyton Obsesyon Ölçeği'nde sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (Hardy ve Cotterill, 1982). OKB ile benzerliklerine dayanarak BAB, Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ) belirti kontrol listesine "dismorfofobi (dysmorphophobia)" bölümü altında dahil edilmiştir (Goodman ve ark., 1989a; Goodman ve ark., 1989b). Ancak DSM-III'e kadar dismorfofobi ya da yeni adıyla Beden Algısı Bozukluğu tanısal olarak sınıflandırılmamıştır (APA, 1980). 1980'den bu yana BAB, DSM'de somatoform bozukluk tanı kategorisi altında sınıflandırılmaktadır. BAB ve OKB, başlama yaşı, cinsiyetler arası dağılım, kronik seyir, BDT tedavisine verilen yanıt, yüksek komorbidite, demografik ve klinik görünümler açısından büyük benzerlikler taşımaktadır (Phillips, 1991; Phillips ve ark., 2007). Nitekim DSM-5'te BAB, OKBİB tanı kategorisi altında incelenmeye başlamıştır (APA, 2013).

BAB'li kişilerde görülen beden ile aşırı uğraşı ile OKB'li bireylerin deneyimledikleri obsesyonlar arasında pek çok benzerlik bulunmaktadır (Phillips, Atala ve Albertini, 1995). Her iki grup da istem dışı olarak zihinlerinde beliren, tekrarlayan, rahatsız edici ve istenmeyen düşünceler deneyimlemektedirler (Eisen, Phillips, Coles ve Rasmussen, 2004). Kişiler genellikle zihinlerinde beliren düşüncelerin abartılmış olduğunun ve görüşleriyle ilgili endişelerine çok fazla zaman harcadıklarının farkında olmaktadır. BAB ve OKB'nin temel korku kaynakları farklı gibi görülse de, zaman zaman bu düşünceler simetri ve mükemmellik arzusuna odaklanan benzer içeriklere de sahip olmaktadır. Veale'e (2004) göre, beden ile ilişkili İDD'ler kişideki bozulmuş zihinsel imgeyi harekete geçirmekte ve kişinin kendisine yönelik dikkatindeki artış kişinin bozulmuş beden imgesine yönelik farkındalığını arttırmaktadır. BAB olan kişilerin benlik değerlendirmeleri de estetik bir nesne olmaları üzerinden ilerlemektedir. Bunun sonucunda kişi ya sürekli olarak aynaya bakarak ya da "*Burnum neden bu kadar eğri?*" şeklinde düşünerek neredeyse tüm dikkatini kendi bedenine yöneltmektedir. Mükemmellik ve simetri gibi özelliklere harcadıkları aşırı uğraşı ve "*Birşeyler yolunda gitmiyor*" endişelerinden kaynaklı tekrarlı olarak sergiledikleri kontrol davranışları da OKB ve BAB'de ortak olarak görülen belirtilerdendir (Phillips ve Diaz, 1997).

BAB'li hemen hemen tüm hastalar, kendilerini diğerleriyle karşılaştırma, sevilmeyen vücut alanlarını kamufle etme, ayna kontrolü, güvence arama, aşırı egzersiz yapma, sevilmeyen vücut alanlarına dokunma, kıyafet değiştirme, dermatolojik veya cerrahi tedavi arama ve kompulsif alışveriş (örn., güzellik ürünleri) gibi kompulsif davranışlarda bulunmaktadır (Phillips, Pagano, Menard, Fay ve Stout, 2005). Bu davranışlar OKB'de görülen kompulsiyonlarla benzerlik göstermektedirler; çünkü (1) Kompulsif davranışlar obsesyonlara yanıt olarak kasıtlı olarak gerçekleştirilmektedir; (2) Kompulsif davranışlar kaygıyı azaltmak veya gerçekleşmesi istenmeyen bir olayı önlemek amacı taşımaktadır (örn., başkaları tarafından reddedilmek veya başkalarına çirkin görünmek); (3) Kompulsif davranışların çoğu tekrarlayan bir örüntü sergilemekte ve kişinin zamanının büyük bir kısmını almaktadır; (4) Kompulsif davranışlar ritüeller şeklinde ve katı bir sırayla yapılmaktadır ve (5) Kompulsif davranışlar kısa süreli rahatlama sağlasa da eylemin gerçekleştirilmesi sırasında kişiye zevk vermemektedirler (Phillips, Atala ve Albertini, 1995). Tüm bu benzerliklerle paralellik gösterecek şekilde, OKB ve

BAB gruplarının YBOKÖ Kompülsiyon maddeleri açısından birbirlerinden anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmektedir (Phillips, Dwight ve McElroy, 1998).

BAB’de görülen İDD’ler ve bu düşüncelere yönelik sergilenen kompulsif davranışlar OKB ile benzerlik gösterse de bu iki psikopatoloji bu davranışların duygudurumla olan ilişkisi açısından farklılıklar da sergilemektedirler. OKB’nin bilişsel modelinin söylediği şekliyle obsesyonların kaygı verici doğası gereği artmış olumsuz duygulanımın kompulsif davranışlar aracılığı ile azalacağını varsayımı, BAB’deki kompulsif davranışlar için şimdiye kadar ampirik olarak doğrulanmamıştır . Windheim, Veale ve Anson’un (2011) yaptığı araştırmaya göre, BAB’li kişilerin İDD’lerinin neden olduğu olumsuz duygudurumun kompulsif davranışlardan sonra azalmadığı, tam aksi yönde, arttığı gözlenmiştir. Sağlıklı kadın katılımcılarla yürütülen bir başka araştırma da bu bulguları doğrulamıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre de fiziksel görünüşleri ile ilişkili İDD yaşayan kadınların iki dakika boyunca aynaya bakarak vücutlarını kontrol etmeleri istenmiş olup bu kontrol kompülsiyonu sonrasında katılımcıların vücut memnuniyetsizliklerinin arttığı bulunmuştur (Veale, Gledhill, Christodoulou ve Hodsoll, 2016).

BAB ve OKB’yi karşılaştıran çalışmalarda tutarlı olarak bulunan bir diğer farklılık ise BAB’de görülen obsesyonların OKB’deki obsesyonlara göre daha zayıf içgörü (daha fazla delüzyon) ile karakterize ediliyor olmasıdır (Eisen, Phillips, Coles ve Rasmussen, 2004; Phillips ve ark., 2006). OKB hastalarının yaklaşık % 2’si delüzyonel içerikli obsesyonlar deneyimlerken bu oran BAB hastalarında % 27-39 olarak bulunmuştur. OKB hastaları korkularının aşırı veya mantıksız olduğunu kabul ederlerken; BAB hastaları yaşadıkları obsesyonların doğruluğuna daha çok inanmakta ve inançlarının yanlış olabileceğini düşünmeye daha az istekli davranmaktadırlar (Eisen, Phillips, Coles ve Rasmussen, 2004). Fiziksel görünümle ilişkin İDD’ler ego-sintonik olarak deneyimlenmeye daha yatkın olduklarından hastalar çoğu zaman fazla direnç göstermeden bu düşünceleri kabul etme eğilimi sergilemektedirler (Phillips, Kim ve Hudson, 1995).

BAB’li bireylerin İDD ile karşı karşıya kaldıklarında, OKB’dekine benzer şekilde, kaygı duydukları ve kaygılarını yok edebilme dürtüsüyle işlevsel olmayan yorumlamalar ve kontrol stratejileri kullandıkları görülmektedir. Veale ve Neziroğlu’na (2010) göre; ruminasyon, endişe, zihinsel planlama, kıyaslama, güvence arama gibi bilişsel süreçler

kişinin istem dışı düşünce ve görüntüleri kontrol etme çabası olarak görülmektedir. Bu görüşü destekleyici ilk ampirik kanıtı sunan araştırmanın sonuçlarına göre de; BAB grubu sağlıklı popülasyona göre daha sıklıkla işlevsel olmayan kontrol stratejisi kullanmıştır. Ancak, BYB grubu ile karşılaştırıldığında; iki grubun da bu düşünceleri kontrol edebilmek için benzer stratejiler kullandıkları bulunmuştur (Kollei, Brunhoeber, Rauh, de Zwaan ve Martin, 2012). Onden-Lim ve Grisham (2012)'ye göre de; klinik ve klinik olmayan örneklerin deneyimledikleri fiziksel görünüşleri ile ilişkili İDD'ler içerikten ziyade bu düşünceleri kontrol etme ve baskılama çabasındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

Dismorfik endişe olarak da adlandırılan “fiziksel görünümle ilgili endişe” boyutsal bir yapıda olup “fiziksel görünümde hayali veya hafif bir kusura ilişkin aşırı endişe” olarak tanımlanmaktadır (Oosthuizen, Lambert ve Castle, 1988). Dismorfik endişeleri bulunan kişiler algılanan kusur(lar) hakkındaki endişelerinin kontrol etme, kamufle etme, güvence arama, profesyonel medikal yardım arama veya sosyal temastan kaçınma davranışları sergileyerek azaltmaya ya da yok etmeye çalışmaktadırlar (Littleton, Axsom ve Pury, 2005). Bu nedenle, dismorfik endişe BAB'nin ayırt edici bir belirtilerinden biri olmakla birlikte (örn., Mancuso, Knoesen ve Castle, 2010) ve yeme bozukluğunda da görülen ortak bir belirti olarak görülmektedir (örn., Littleton, Axsom ve Pury, 2005). OKB'ye ek olarak, yapılan çalışmalar BAB'nin BYB ile örtüşme gösteren taraflarının olduğunu göstermektedir. Bu iki bozukluk arasındaki en temel benzerlik her ikisinde de beden imgesinde algılanan bir bozulma olmasıdır. BAB ve BYB'nin bilişsel, davranışsal ve duygusal özelliklerinin benzerlik taşıması araştırmacıları bu iki bozukluğun aslında olumsuz beden imgesi boyutu üzerinde farklı noktalarda kavramsallaştırılabileceği noktasına getirmiştir. Bu sebeple alan yazında BAB ve BYB'nin “Beden İmgesi Bozukluğu” nun farklı görünüşleri olabileceğine dair bir teori bulunmaktadır (Rosen ve Ramirez, 1998).

BAB ve OKB obsesyonel düşüncelerin sıklığı, bu düşüncelerin yaratmış olduğu sıkıntı, bu sıkıntının kişinin gündelik yaşamını sekteye uğratma düzeyi, bu düşünceleri zihinden uzaklaştırmak için harcanan zaman, düşünceleri kontrol etmeye yönelik sergilenen güçlü direnç açısından birbirlerinden ayırt edilmesi zor bozukluklardandır (Phillips, Dwight ve McElroy, 1998). BAB'nin yaşam boyu görülme oranı % 1.7 (Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen ve Brähler, 2006) olup bazı BAB hasta örneğinde yaşam boyu OKB

oranları % 34-78 olarak bulunmuştur (Altamura, Paluello, Mundo, Medda ve Mannu, 2001; Hollander, Cohen ve Simeon, 1993). OKB hastalarında yaşam boyu BAB oranları da yüksek olup bildirilen oranlar % 8 ile % 37 arasında değişmektedir (Brawman-Minzer ve ark., 1995; Hollander, Cohen ve Simeon, 1993). İki bozukluğun birlikte görülme oranlardaki bu yükseklik, bu iki bozukluğun birbirleri ile yakından ilişkili olduğu ya da altta yatan ortak bozukluğun farklı görünüşleri oldukları şeklinde de değerlendirilebilir. Farklı psikopatolojiler arasındaki benzerlikler göz önünde bulundurulduğunda, kaygı uyandıran obsesif düşünceler ile kaygıyı azaltmak için kullanılan stratejiler arasındaki fonksiyonel ilişkinin araştırılmasının bu psikolojik bozukluklar arasındaki ilişkinin belirlenmesine yardımcı olması açısından oldukça gerekli olduğu düşünülmektedir.

### 1.2.3. Hastalık Kaygısı Bozukluğu

DSM-5'e göre HKB bedensel belirtilerin yanlış yorumlanması ve ciddi bir rahatsızlığa sahip olduğu inancı olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). HKB uygun tıbbi değerlendirme ve sağlık güvencesine rağmen "hastalık inancı"nın sürdürülmesi olarak da tanımlanabilmektedir. 'Hastalık kaygısı' ya da 'hastalanma korkusu' bu bozukluğun en temel belirleyicilerindendir. Bu psikopatolojide tipik olarak, birey istenmeyen bedensel duyularını olası hastalıkla ilişkilendirmektedir (örn., "*Baş ağrısı beyin tümörüne sahip olduğum anlamına gelir*"). Bu kişiler sürekli olarak belirtilerinin fiziksel nedenlerini bulmak için medikal yardım arayışına girmekte, iyi bir tıbbi değerlendirme sonucu iyi huylu olduğuna karar verilen bedensel duyularını hakkında bile hastalığa sahip olmadığına ilişkin doktorlarla tekrar tekrar iletişim kurma, ek testler yaptırma, belirtilerine ilişkin internet sitelerini ve tıbbi metinleri okuma şeklinde güvence arama davranışları sergilemektedirler. Sağlıklı yetişkinlerle kıyaslandığında HKB hastalarının sağlıklarıyla ilgili daha çok endişelendikleri göze çarpmaktadır (örn., '*Bu karın ağrısı mutlaka kanser olmalı*') (Bouman ve Meijer, 1999).

Tüm bu bilişsel ve davranışsal tablonun bir sonucu olarak, HKB genellikle sosyal, mesleki ve ailevi işlevlerde bozulmalara yol açmaktadır (Katon ve Walker, 1998). Temel olarak, Warwick ve Salkovskis (1989) tarafından önerildiği gibi, hastalık kaygısı, bedensel duyuların katastrofik bir yorumu ile karakterize olmaktadır. Aynı zamanda HKB bir zihinde sağlıkla ilişkili birden bire beliren İDD problemi olarak da ele alınmaktadır. HKB'li katılımcıların deneyimledikleri İDD sayılarının incelendiği bir araştırmada, bu sayının haftada ortalama 3.77 istem dışı görüntü olduğu bulunmuştur



(Muse, McManus, Hackmann, Williams ve Williams, 2010). Sağlıkla ilgili istem dışı düşünceleri, dürtüleri veya görüntüleri olan insanlar genellikle onları başka düşünce veya eylemlerle görmezden gelmeye, bastırmaya veya etkisiz hale getirmeye çalışmaktadırlar. HKB'nin bilişsel-davranışçı modeli bu bozuklukta görülen belirtilerin büyük ölçüde panik bozukluk ve OKB ile örtüşen yanları olduğuna dikkat çekmektedir (Noyes, 1999). OKB'de olduğu gibi, HKB'de de tekrarlayıcı düşünceler kişide belirgin bir sıkıntıya yol açmaktadır (Fallon, Qureshi, Laje ve Klein, 2000). Bunun yanı sıra, hem HKB hem de OKB'de işlevsel olmayan inançlar (örn., bir hastalığa sahip olmaya ya da bu hastalığın ciddiyetine ilişkin abartılı tehdit algısı ya da belirsizliğe tahammülsüzlük) kişinin yaşadığı sıkıntıda artış ile yakından ilişkilidir. Kişiler de artan kaygı seviyelerinde anlık bir azalma sağlamak amacıyla belirtilerini sürekli kontrol etme ve belirtilerinin tehlikeli olmadığına ilişkin güvence arama davranışları gibi kompulsif davranışlar sergilemektedirler (Warwick ve Salkovskis, 1989). Güvenlik davranışları olarak hizmet eden kompulsif ritüeller kişinin belirsizlik hissini azaltarak kaygılarında ani bir düşme yaratacak şekilde tasarlanmış olmalarına rağmen, paradoksal bir şekilde, İDD'lerin yol açtığı kaygıyı nötralize etme ve kaçınma davranışları bu düşüncelerin daha katastrofik şekilde deneyimlenmesine yol açmakta ve düşüncenin zihinden uzaklaştırılmasını zorlaştırmaktadır (Salkovskis ve Warwick, 2001; Taylor ve Asmundson, 2004). Bunun sebebi olarak da, kompulsif davranışlar (a) Kaygının doğal akışı gereği sönmesini önlemektedir; (b) Yanlış inançların düzeltilmesine ve işlevsel şekilde yorumlanmalarına engel olmaktadır; ve (c) Korkulan uyaranla olan zihinsel uğraşmayı devam ettirme potansiyeline sahip olmaktadır.

Hastalık ile ilişkili İDD'ler tekrarlı olmaları ve kontrol edilmeleri güç olmaları yönüyle obsesyonele İDD'lerle benzerlik taşısa da, obsesyonele İDD'lerden ayıran çok temel bir farklılığı olduğu belirtilmektedir. OKB'den farklı olarak HKB'de deneyimlenen İDD'lere yönelik kişilerin daha zayıf bir iç görüleri olduğu ve bu düşüncelerin daha ego-sintonik deneyimlendiği görülmektedir (Fallon, Qureshi, Laje ve Klein, 2000). Sağlıkla ilgili endişelenme sosyal olarak daha kabul edilebilir olduğunda genellikle ego-sintonik olarak deneyimlenmektedirler. Toplumların genelinde sağlık konusunda endişelenmek normal karşılandığı için fizyolojik taramalar ve check-up gibi tıbbi güvence aramaları HKB'de görülen temel korku kaynağının ego-sintonik doğası ile de tutarlılık sergilemektedir. Sık sık konsültasyon alma, test yaptırma ve sürekli olarak kendi kendini muayene etmenin

normal olduğuna ve hızlı teşhis için de gerekli olduğuna inanmaktadırlar. Bu sebeple de kişiler genellikle bu davranışlarının problemi sürdürmeye yol açtığını kavramakta güçlük çekmekte, hatta tam tersi, bu davranışlarının koruyucu bir işlev sergilediğine inanmaktadırlar (Warwick ve Salkovskis, 1990). Ayrıca, hastalıkla ilgili İDD'ler obsesyonel düşüncelere göre gerçekleşme ihtimallerine yönelik sorumluluk ve suçluluk duygularını daha az şiddette tetiklemektedir (Langlois ve Ladouceur, 2004).

HKB'nin yaygınlık oranlarının % 0.05-0.4 arasında değiştiği görülmektedir (örn., Bleichardt ve Hiller, 2007). OKB hastalarının yaşam boyu HKB görülme oranları ise % 8.2 ile % 15 arasında değişmektedir (örn., du Toit, van Kradenburg, Niehaus ve Stein, 2001). HKB'nin başlama yaşı OKB ile benzerlik göstermekte olup, ortalama başlangıç yaşı 20'dir. (Fink, Hansen ve Oxhoj, 2004). HKB'nin OKB ile paylaştığı önemli mekanizmalar olduğu noktasından hareketle, bu bozukluk DSM-5'te OKBİB tanı kategorisinin altında sınıflandırılmaya başlanmıştır (Olatunji, Deacon ve Abramowitz, 2009). HKB'de de OKB'deki kontrol etme benzeri kompulsif davranışlar görülmektedir (örn., cilt kanseri belirtisi olarak doğum izlerini incelemek, beyin tümörü ihtimaline yönelik görme testi yapmak, kardiyovasküler hastalıkların belirtisi olarak sürekli olan kan basıncı ve nabız ölçmek gibi) (Olatunji, Etzel, Tomarken, Ciesielski ve Deacon, 2011). HKB hastalarıyla yapılan çalışmalar, sağlıklı ilgili uyaranlarla karşı karşıya kalmanın neden olduğu kaygıyı azaltmada kontrol etme davranışlarının kısa vadede etkili olduğunu, uzun vadede ise kontrol etme davranışlarının olumsuz duygulanımla ilişkili olduğunu göstermiştir (Abramowitz and Moore, 2007; Olatunji, Etzel, Tomarken, Ciesielski ve Deacon, 2011).

DSM-5'e kadar, HKB, vücuttaki bir dizi belirtiyile ilişki olmasından dolayı somatoform bozukluklar tanı kategorisi altında değerlendirilmiştir. Ancak HKB'de kişiler herhangi bir belirtileri olmamalarına rağmen sağlıklarıyla ilgili endişe duyabilmektedir. Son yirmi yılda, HKB'nin gelişiminde ve sürdürülmesinde rol oynayan bilişsel (işlevsel olmayan inançlar, kaygı duyarlılığı, belirsizliğe tahammülsüzlük) ve davranışsal (kaçınma ve güvenlik davranışları) süreçlere dayalı bir kavramsallaştırma yoluna gidilmektedir (Abramowitz, Olatunji ve Deacon, 2007). Buradan yola çıkarak da kişinin bilişsel çarpıtmalarını ve bunlara yönelik geliştirdikleri davranışsal tepkilerini değiştirmeyi hedefleyen BDT'nin bu bozukluğun sağaltımında etkili olduğu gösteren çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Clark ve ark., 1998; Warwick, Clark, Cobb ve Salkovskis, 1996).

#### 1.2.4. Beslenme ve Yeme Bozuklukları

DSM-5'te (2013) Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN) ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olarak üç ana başlıkta değerlendirilen BYB, genel olarak uygun olmayan yeme örüntülerinin eşlik ettiği ve yeme, diyet, kilo veya egzersizle aşırı meşguliyetle karakterize edilen bozukluklardır. OKB ve BYB klinik olarak farklı bozukluklar olarak sınıflandırılıyor olsa da, her iki bozuklukta da o patolojiye özgü çekirdek korkularla ilişkili İDD'lerin yaşandığı görülmektedir. BYB ve OKB arasındaki ilişkiyi kişilik özellikleri, kaygı ya da depresyon belirtileri ve birlikte görülme sıklıkları temelinde inceleyen pek çok çalışma bulunmasına rağmen, çok az sayıda çalışmanın bu iki bozukluk arasındaki benzerlikleri bilişsel bakış açısıyla ele aldığına rastlanmıştır (örn., Freid, 2007; Roncero, Perpiñá ve García-Soriano, 2011). BYB'nin bilişsel açıklaması vücut büyüklüğü ve şekli, kilo, egzersiz ve yemek ile ilgili İDD'lerin hastalığın sadece nedeni değil aynı zamanda hastalığı sürdürücü faktörler olduğuna yönelik açıklamalar sunmaktadır (Jones, Glimtmeier ve McKenzie, 2005). Bu açıklamaya göre bozulmuş yemek yeme örüntüsü ile ilişkili işlevsel olmayan davranışların, yiyecek ve vücut şekli hakkındaki istem dışı olarak tekrarlı bir şekilde zihinde beliren düşünce/ imge/ dürtülerin bir sonucu olduğu varsayılmaktadır. Yeme ile ilişkili İDD'ler duygusal rahatsızlık yaratmakta ve kişi rahatlama çabası içinde bir dizi davranış (sık sık kilo kontrolü, aşırı egzersiz yapma veya yiyecek kısıtlaması gibi) sergileme ihtiyacı duymaktadırlar. BYB'de en sık karşılaşılan kompulsif davranış aşırı egzersiz yapmak iken kusma ve laktasif tüketimi en az sıklıkla sergilenen davranışlardır (Perpiñá, Roncero ve Belloch, 2008). BYB olan kişilerin bir dizi güvenlik davranışı kullandıkları da görülmektedir. Bunlar çok yavaş, belirli bir sayıda veya yalnızca "güvenli" yiyecekleri yemeyi içermektedir. Vücut kontrolü, kıyafetlere göre vücut şeklini değerlendirmek ya da başkalarından güvence almak da BYB olan kişiler arasında yaygın olduğu bilinen bir diğer potansiyel güvenlik davranışlarındandır (Rosen, 1997). Perpiñá, Roncero, Belloch ve Sánchez-Reales'in 2011 yılında yürüttükleri araştırmanın sonuçları, yeme ile ilişkili İDD'lerin normalden patolojik olana doğru bir süreklilik içinde yer aldığına işaret etmektedir. Ayrıca normal İDD'lerden patolojik olana geçiş sürecinde düşüncenin varlığının ötesinde bu düşüncelere yönelik işlevsel olmayan değerlendirmelerin, bu düşüncelere verilen anlamın ve düşünceleri kontrol etmek amacıyla kullanılan işlevsel olmayan stratejilerin önemine dikkat çekilmiştir. OKB'nin bilişsel modeli tarafından öne sürülen patoloji geliştirme

süreci ile pek çok ortaklık taşıyan bu açıklamanın OKB ile BYB arasındaki ilişkinin doğasını anlamak için iyi bir başlangıç noktası olduğu düşünülmektedir (Jones, Glintmeyer ve McKenzie, 2005; Speranza ve ark., 2001).

BYB gıda ve kilo ile ilgili obsesif düşünceler ve yiyecek kısıtlaması, beden kontrolü gibi kompulsif davranışlar ile karakterize edilen bir bozukluktur. Bu klinik özellikler, BYB'nin OKB, BDB ve Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu gibi psikopatolojilerle güçlü benzerlikler ve ortaklıklar taşımasına yol açmaktadır. BYB, özellikle de AN ve OKBİB üzerine yürütülen nöropsikolojik çalışmalar, bu psikopatolojilerde görülen bilişsel bozulmalar (yürütücü işlevler ve bellek) açısından da benzerlikler olduğunu göstermiştir (örn., Delvenne, Goldman, de Maertelaer ve Lotstra, 1999; Purcell, Maruff, Kyrios ve Pantelis, 1998). Psikopatolojiler arasındaki belirtilerin benzerlikleri ve yüksek birlikte görülme oranlarına ilişkin bulgulara dayanarak bazı araştırmacılar, AN'nin obsesif kompulsif spektrum bozukluğu olarak kavramsallaştırılması gerekliliğine dikkat çekmektedir (örn., Sherman ve ark., 2006). Ancak, bu değişiklik son psikiyatrik tanı kategorilerinde kabul edilmemiştir (APA, 2013).

Y-BOCS'ın hem OKB'li hem de BYB'li hasta gruplarına uygulanması sonucu elde edilen verilere göre, BYB hastalarının % 68.8 ile % 72 arasından değişen oranlarda simetri obsesyonlarına sahip olduğu bulunmuştur (Bastiani ve ark., 1996; Matsunaga ve ark., 1999). Aynı zamanda sıralama ve düzenleme kompulsiyonları için benzer oranlar bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise, BYB grubunun simetri ve somatik obsesyonlarının ve düzenleme ve biriktirme kompulsiyonlarının sıklığı açısından OKB grubu ile benzerlik gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Halmi ve ark., 2003). Vücut memnuniyetsizliği ve OKB belirtileri arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik ve nevrotiklik önemli bir rol oynarken, BYB'deki beden kontrolünün de OKB'deki kontrol kompulsiyonları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. BYB'lerde görülen kontrol kompulsiyonları genellikle kişinin kendi vücut ağırlığını ölçmesi ve vücut şeklini tekrar tekrar aynaya bakarak kontrol etmesi olarak kendini göstermektedir (Shafran, Fairburn, Robinson ve Lask, 2004; Vocks, Wächter, Wucherer ve Kosfelder, 2008).

Yapılan araştırmalar BYB'deki düşüncelerin de gün içinde obsesif düşüncelere benzer sıklıkta yaşandığını ve benzer düzeyde sıkıntıya yol açtıklarını göstermektedir (Perpiñá, Roncero, Belloch ve Sánchez-Reales, 2011; Rawal, Park ve Williams, 2010). Bunun dışında BYB'de de OKB'ye özgü olduğu düşünülen düşünce-eylem kaynaşması ve

belirsizliğe tahammülsüzlük gibi obsesif inanışların yoğun bir şekilde deneyimlendiği görülmektedir (Julien, O'Connor ve Aardema, 2007). Belloch, Roncero ve Perpiñá (2016) BYB ve OKB'de görülen İDD'leri hem kişiler arası hem de gruplar arası düzeyde inceledikleri çalışmalarında, OKB ve BYB geliştirmeye yatkın bireylerin İDD'leri bozukluklara ilişkin herhangi bir yatkınlıkları bulunmayan bireylerden daha yüksek sıklıkla deneyimlediklerini göstermişlerdir. Ayrıca, bu düşüncelerin sebep olduğu duygusal etki, işlevsellikte bozulma ve işlevsel olmayan yorumlama ve nötralizasyon stratejileri de bu bozukluklara yatkınlıkları olan kişiler tarafından daha şiddetli deneyimlenmektedir.

Bu benzerliklere rağmen, OKB'den farklı olarak BYB'deki yeme ile ilişkili İDD'lerin tamamıyla ego-distonik olmayıp ego-sintonik bir doğaya da sahip olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Roncero, Belloch, Perpiñá ve Treasure, 2013). BYB'de kişi yiyecekler ve vücut ağırlıkları ile ilişkili istem dışı olarak zihinlerinde beliren düşüncelerin yarattığı kaygıyla mücadele edebilmek için bir takım kompulsif davranışlar sergilerler. Ancak OKB'dekinin aksine bu düşünceler ve uğraşlar genellikle mantıksız olarak algılanmamaktadır (Mazure, Halmi, Sunday, Romano ve Einhorn, 1994).

BYB ve OKB arasındaki bağlantının tarihi geçmiş yıllara dayanmaktadır. Bu iki psikopatolojide de gözlemlenen ortak kişilik özelliklerini araştırmaya başlayan çalışmalar ilk olarak BYB'nin OKB'deki "kompulsiyon nevrozu"nun farklı bir görünümü olduğu fikrini ortaya atmışlardır (Palmer ve Jones, 1939). Günümüzde ise BYB ve OKB arasında paylaşılan ortak kişilik özellikleri olarak mükemmeliyetçilik (Bardone-Cone ve ark. 2007) ve nörotisizm (Cassin ve von Ranson, 2005) ön plana çıkmaktadır. Humphreys, Clopton ve Reich'in (2007), 160 kadın öğrenci ile yürüttükleri araştırmada BYB belirtileri ile obsesif inanışlar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gözlemlemişlerdir. Mükemmeliyetçiliğe yönelik inanışın BYB belirtilerindeki varyansın % 5'ini açıklayarak BYB ve OKB belirtileri arasındaki ilişkiden sorumlu olduğu bulgusu da araştırmanın önemli çıktıların biri olarak değerlendirilmektedir. Bir diğer araştırmada da, BYB hastalarının abartılmış sorumluluk algısı hariç diğer tüm obsesif inanışlarda iyileşmiş BYB hastalarından daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur (Lavender, Shubert, de Silva ve Treasure, 2006).

BYB ve OKB arasında paylaşılan kişilik özellikleri ve obsesif inanışlar göz önüne alındığında, bu bozuklukların eş zamanlı olarak görüldüğünü gösteren araştırmaların elde

ettiği bu bulgular çok daha anlamlı hale gelmektedir (örn., Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007; Swinbourne ve Touyz, 2007). AN'nin yaşam boyu OKB yaygınlığının % 9,5 ile % 62 arasında, BN için ise bu oranın % 0 ile % 42.9 arasında değiştiği görülmektedir (Godart, Flament, Perdereau ve Jeammet, 2002). Daha yakın zamanda yapılandırılmış klinik görüşmeler kullanılarak gerçekleştirilen bir araştırmada da 672 BYB tanısı almış kişinin % 41'inin aynı zamanda OKB tanısı da aldığı sonucuna ulaşılmıştır (Kaye ve ark., 2004). AN'li pek çok hastanın yaşam boyu OKB belirtileri sergileme oranlarının oldukça yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Serpell ve Treasure, 2002). Halmi ve ark. (2003), AN olan kadınlarda (% 25.8) yaşam boyu OKB görülme oranlarının kontrol grubuna (% 6.5) göre göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, eşzamanlı olarak BYB ve OKB tanısı almış bireylerin BYB'yi daha genç yaşta geliştirdiğini ve eş zamanlı OKB tanısı bulunmayan BYB hastalarına göre bu kişilerde daha kronik bir hastalık seyri yaşandığını göstermektedir (Lo Sauro, Castellini, Lelli, Faravelli ve Ricca, 2013; Steinhausen, 2002). Birlikte görülme sıklıkları yüksek olan bu iki bozukluk için de altta yatan mekanizmaları anlamak bozuklukların klinik seyrini, ortak etiyolojik faktörleri ve yeni tedavi planlamalarını daha iyi değerlendirmek açısından kritik bir öneme sahiptir. İki bozukluk için de mükemmeliyetçilik gibi ortak sürdürücü faktörlerin var olduğunu gösteren araştırmalar da tanımlar üstü modeli destekler niteliktedir.

### **1.3. İSTEM DIŞI DÜŞÜNCELERİN İNCELENMESİNDE YENİ BİR YÖNTEM: ÇEVİRİMİÇİ GÜNLÜK UYGULAMASI**

Ruh sağlığı uzmanları etkili tedavi yöntemini belirleyebilmek amacıyla hastaların belirtilerini doğru yorumlayıp doğru teşhisi koyabilmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Ancak hastalara laboratuvarında ya da bekleme salonunda yapılan testler ruh sağlığı uzmanlarının etkili sağaltım amacıyla doğru tanıyı koyabilmeleri için yeterli olmamaktadır. Psikolojik belirtileri en doğru şekilde değerlendirebilmenin yolu psikopatolojilerin kişilerin gerçek hayatlarındaki görünüşlerini, yarattığı işlevsel olmayan bilişsel, duygusal ve davranışsal sorunlarını belirleyebilmekten geçmektedir.

Bu amaç doğrultusunda; temel amacı psikopatolojileri en doğru şekilde anlamak ve bu psikopatolojilere yönelik etkili tedavi yöntemleri geliştirmek olan çok sayıda bilimsel araştırma yürütülmektedir. Ancak psikoloji alanında yürütülen araştırma sonuçlarının büyük bir kısmı geriye dönük öz-bildirim ölççeklerinden gelen verilerin analizi ile elde

edilmektedir. Örneğin; katılımcıdan geçtiğimiz son bir hafta ya da son bir ay içerisinde kaç kere panik atak yaşadığını, bu panik atakların yoğunluğunu ve atakların yarattığı rahatsızlık derecesini puanlamaları istenmektedir (Shiffman, Stone ve Hufford, 2008). Kişiden yaşadıklarını geriye dönük olarak zihinlerinden geri çağırılmalarının yanı sıra yaşantılarını özetlemeleri de istendiğinde katılımcının gerçekte ölçülmek istenen belirtiyi kaç kere yaşadığını tam anlamıyla ifade edebilmesi genellikle mümkün olmamaktadır. Örnek olarak, katılımcı son bir ay içinde 7 defa panik atak yaşadıysa, öz-bildirim ölçeklerinde büyük olasılıkla 5 ya da 10 şeklinde ortalama bir sayı vermesi beklenmektedir. Ayrıca kişinin geriye dönük olarak vereceği cevapların kişinin o an içinde bulunduğu ortamdan, o anki duygu durumdan ya da diğer insanlarla olan etkileşiminden de etkilenmesinin kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir (Erskine, Morley ve Pearce, 1990). Görüldüğü üzere, geriye dönük öz bildirim ölçekleri ile elde edilen verilerin bellek yanlılıklardan etkileniyor olması bu tarz araştırmaların güvenilirliği ve geçerliği noktasında büyük problemlere yol açmaktadır (Schwarz ve Sudman, 2012). Kişinin belli bir zaman dilimindeki belirti düzeyinin geçmişteki ya da gelecekteki belirti düzeyi ile aynı olmayabilecek olması da bu tarz ölçümlerin dış geçerliğini tehlikeye atmaktadır. Ayrıca belirtilerin zaman içindeki değişimlerinin geriye dönük olarak değerlendirilmesi ortalama belirti düzeyinin geriye dönük değerlendirilmesine kıyasla bellek yanlılıklarından daha çok etkilenme özelliği taşımaktadır (Ebner-Priemer ve Trull, 2012; Raselli ve Broderick, 2007).

Belirti takibine yönelik doğrudan gözlem yönteminin kullanıldığı araştırmalar kişilerin doğal yaşam alanlarında gerçekleştirildiği için dış geçerliği yüksek araştırmalar yürütmek mümkün olmaktadır. Ancak ayaktan tedavi gören hastalarla yürütülen ya da laboratuvar ortamı dışında ölçüm alınmasını gerektiren çalışmalar için doğrudan gözlem yöntemi uygulanabilir olmamaktadır. İlk kez Stone ve Shiffman (1994) tarafından kullanılan bir terim olan Ekolojik Anlık Değerlendirme (EAD), kişileri doğal yaşam alanları içinde ve çevreyle olan etkileşimi dahilinde değerlendirebilme fırsatı sunmakla birlikte, bellek yanlılıklarından arınık ve ekolojik geçerliliği yüksek değerlendirme yapma olanağı sağlaması açısından geriye dönük ölçümlere kıyasla birtakım avantajlara sahiptir.

Deneyim Örneklem Yöntemi (DÖY) olarak da bilinen EAD, kişilerin bilişlerini, duygularını ya da davranışlarını yaşadıkları anda, herhangi bir bellek yanlılığı oluşmadan raporlamalarına dayanan bir veri toplama yöntemidir (Trull ve Ebner-Priemer,

2009). EAD, öz-izleme, günlük çalışması, deneyim örnekleme ve fizyolojik değerlendirmeler gibi tüm yöntemleri içinde barındırmaktadır. Bu değerlendirme yönteminde ölçülmek istenen değişkene ilişkin soru ya da sorular, farklı zamanlarda ve birden fazla kez sorulmaktadır. Alınan çoklu ölçümler, kişi içi değişimleri daha güvenilir şekilde değerlendirme, belirtilerin zaman içinde değişen doğal tarihçelerini görme ve değişime neden olan faktörlere ilişkin daha geçerli çıkarımlarda bulunma fırsatı sunmaktadır. Bunun dışında bu yöntem araştırmacılara, belli bir olayın/davranışın öncesinde gerçekleşen tetikleyicilerini belirleme ve olayın/davranışın hangi sırayla geliştiğini çalışma fırsatı sunması açısından metodolojik açıdan oldukça güçlü araştırmalar yapma olanağı tanımaktadır. EAD yönteminin psikopatolojilerin bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerinin gerçek zaman diliminde birbirleriyle olan etkileşimlerini inceleme fırsatı sunuyor olması, bu yöntemin geliştirilen tedavi paketlerinin sağlayacağı faydaların artırılması açısından da son derece kullanışlı olduğu düşünülmektedir (Shiffman, Stone ve Hufford, 2008).

Söz konusu araştırmanın hipotezleri açısından kişinin ölçülmek istenen değişkene yönelik izlenimleri ve yorumlamaları önemli ise geriye dönük öz bildirim ölçeklerinin yararlı bilgiler verebileceği bilinmekle birlikte, katılımcının ölçülmesi planlanan değişkenin ortaya çıktığı an ne yaşadığı ya da öncesinde/sonrasında ne olduğu önemliyse EAD yönteminin oldukça kapsamlı bilgiler elde edilmesini sağlayacağı düşünülmektedir. Özetle; Shiffman, Stone ve Hufford (2008) tarafından belirtildiği gibi, *“Geriye dönük çalışmalar sadece bir fotoğraf iken, EAD akışı olan bir video kaydı gibidir.”*

Alanyazındaki birtakım araştırmalar, depresyon, panik bozukluk, agorafobi, TSSB ve sınırda kişilik bozukluğu gibi psikopatolojilerin belirtilerine ilişkin geriye dönük ve yaşantısal (in vivo) raporlamalar arasında tutarsızlıklar olduğunu göstermektedir (örn., Ben-Zeev ve Young, 2010; Ebner- Priemer ve ark., 2006; Solhan, Trull, Jahng ve Wood, 2009). Herman ve Koran'ın (1998) OKB belirtileri üzerine yaptıkları çalışmaya göre; klinisyenler tarafından geriye dönük olarak derecelendirilen OKB belirtilerinin, katılımcıların 3 gün boyunca anlık olarak değerlendirdikleri belirtilerinden anlamlı ölçüde daha yüksek ve daha şiddetli olduğu bulunmuştur. Bu bulgularla benzer şekilde, Kelly ve arkadaşlarının (2019) 21 OKB'li katılımcı ile yürütmüş olduğu çalışma sonuçları da, katılımcıların geriye dönük ölçümlerde mevcut belirtilerinin yarattığı sıkıntı ve işlevselliği bozma düzeyini olduğundan daha yüksek raporlama eğiliminde olduklarını



desteklemektedir. Panik bozukluk tanısı almış hastalarla yürütülen bir araştırmanın sonuçlarına göre ise, öz-bildirim ölçekleri ile değerlendirilen panik atak semptomları sayısının günlük çalışmasında belirtilenden yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum geriye dönük ölçümlerde kişilerin panik atak semptomlarını gerçekte olduğundan daha abartılı deneyimleme eğiliminde olduklarını göstermektedir (Margraf, Taylor, Ehlers ve Agras, 1987). Ayrıca fizyolojik ölçümlerin EAD ile pozitif ve anlamlı yönde korelasyonunun olduğunu, ancak öz-bildirim ölçekleri ile anlamlı bir korelasyonun bulunmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (örn., Kamarck ve ark., 2007).

Geriye dönük ölçümler ile değerlendirilen raporlamalar esnasında, özellikle de gün içinde görülme sıklığı oldukça yüksek olan biliş/davranış/duygular için, verilen cevapların bellek yanlılıklarından etkilenme olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Schwarz, 2007). OKB semptomlarının (örn., obsesif düşünce ve ritüeller) gün içinde çok sayıda ortaya çıktığı düşünüldüğünde, OKB'li kişilerin geriye dönük raporlamalarının tam olarak gerçeği yansıtmayabileceği göz önünde bulundurulması gereken metodolojik sorunlardan biri haline gelmektedir (Bucarelli ve Purdon, 2015). Geriye dönük araştırmalarla elde edilen verilerin kaçınılmaz olarak bellek yanlılıklarına maruz kalıyor olmasına ilişkin yapılan araştırmalar, belirtileri yaşadıkları anın özellikleriyle birlikte değerlendirme fırsatı sunan EAD yöntemlerinin kullanımını desteklemektedir (Hektner, Schmidt ve Csikszentmihalyi, 2007). Özetle;

- (1) EAD, davranış ya da düşüncenin farklı zaman ve farklı bağlamlardaki değişimini mikro düzeyde incelemek için oldukça uygun bir yöntemdir.
- (2) Geriye dönük çıkarımlarda bulunmadan anlık veri alınmasını sağladığı için bellek yanlılıklarından arınık bilgi toplamaya yardımcı olmaktadır.
- (3) EAD, gerçek dünyadaki davranış ve deneyimler hakkında daha geçerli ve ayrıntılı veriler sağlayarak psikoloji bilimini ve pratiğini ilerletme konusunda büyük bir potansiyele sahiptir.
- (4) Psikoterapide değerlendirme ve müdahale için EAD yöntemlerinin uygulanması umut verici olmakla birlikte halen başlangıç aşamasındadır.
- (5) EAD'nin dış geçerliğinin yüksek olması elde edilen verilerin genellenebilirliğine izin vermektedir.
- (6) Araştırma sorusu doğrultusunda, alınacak ölçümlerin zamanı/süresi/sıklığı araştırmacı tarafından belirlenebilmektedir (Shapiro, Jamner, Davydov ve James, 2002).

(7) EAD ölçülmek istenen değişkenin zaman içinde izlediği seyri, gelişimini ve varsa durumsal başlatıcılarını ayrıntılı olarak inceleyebilme fırsatı sunmaktadır.

(8) Tekrarlı ölçümler almaya fırsat verdiği için zamana bağlı kişi içi değişimleri daha geçerli ve güvenilir şekilde değerlendirmeye olanak tanımaktadır.

(9) Klinik durumlarda belirtilerin zaman içinde değişen doğal gelişimlerini görme fırsatı tanımaktadır.

(10) Kişinin zaman içindeki değişimine (boylamsal) ek olarak belli bir periyod ve bağlamdaki değişime ve bunun başka değişkenlerle etkileşimine (kesitsel) de bakma fırsatı sunmaktadır.

(11) Belli bir olayın ya da davranışın öncesi, sonrası, hangi sırayla geliştiği gibi sıralamaları çalışmaya olanak tanımaktadır (Shiffman, Stone ve Hufford, 2008).

(12) Klinik çalışmaların yanı sıra, EAD klinik olmayan örneklerde de deneyimlenen sıklığı ve yoğunluğu düşük değişkenleri inceleyebilme fırsatı da sunmaktadır (Bolger ve Laurenceau, 2013).

Günümüzde teknolojinin gelişimi ve teknolojiye erişimin kolaylığı kaçınılmaz olarak ruh sağlığı alanını da etkilemiştir. Gerçek zamanlı verilere ulaşmak için kullanılan günlük çalışmalarının uygulanma biçiminin son yirmi yılda önemli bir dönüşüm geçirdiği görülmektedir. Teknoloji alanındaki gelişmelerle birlikte EAD temelli araştırmalarda ağırlıklı olarak kullanılan kağıt-kalem temelli günlük çalışmalarının yerini katılımcıların çoğunun kullanmaya aşına olduğu mobil telefon temelli çevrimiçi günlük uygulamalarına bırakmaya başladığı görülmektedir.

EAD yönteminin ilk kullanım şeklinde veriler, araştırmacılar tarafından belirlenen zaman dilimlerinde katılımcıların deneyimlerini kağıt ve kalem kullanarak raporlaması şeklinde toplanmıştır. Ancak kağıt- kalem temelli günlük çalışmaları, katılımcıların raporlamalarını belirlenen zaman dilimleri içerisinde yapıp yapmadıklarının kontrolünü sağlamaya fırsat tanımamaktadır. Günümüzde teknolojinin evrildiği nokta, gerçek zamanlı veriye erişmek için tarih ve saat kaydı tutabilen elektronik cihazların kullanımına izin vermektedir. Katılımcıların araştırmanın hipotezleri doğrultusunda belirlenen zaman dilimleriyle tutarlı şekilde veri toplanmasına fırsat veren bu teknoloji dış geçerliliği yüksek ve güvenilir araştırmaların yapılmasında önemli bir ilerlemeyi temsil etmektedir. Kullanım kolaylığının yanı sıra telefon temelli çevrimiçi günlük uygulamalarının pek çok alanda avantaj sağladığı görülmektedir. Kağıt-kalem günlük çalışmaları ile katılımcıların

araştırma konusu olan değişkene ilişkin deneyimlerini, bellek yanlılığı yaşanmadan, deneyim gerçekleştiği an raporlaması istenmektedir. Ancak kağıt-kalem günlük çalışması uygulamacının kontrol sağlamasına müsaade etmeyen bir yapıya sahip olduğundan daha az miktarda da olsa bellek yanlılıkları oluşturma ihtimali yüksektir. Örneğin, Bucarelli ve Purdon'un (2015) araştırmasında OKB'li katılımcıların kompulsiyonlarını sabah, öğlen ve akşam olmak üzere üç kere raporlamaları istenmiştir. Ancak kompulsiyonların her zaman bu saatlerde yaşanmadığı ve raporlama anına kadar geçen sürede bellek yanlılıklarının oluşabileceği düşünüldüğünden bu durum kısıtlılık olarak araştırmaya eklenmiştir. Kağıt-kalem temelli günlük çalışmalarında veri toplanacak zaman dilimini belirleyip katılımcılardan buna uygun şekilde ölçüm alınması esnasında bir takım zorluklarla karşılaşmak olası görünmektedir. Ancak mobil temelli günlük çalışmalarında araştırmanın amacına göre ölçüm planlaması yapılabilmektedir. Zaman-koşullu (time-contingent) ölçümlerde önceden belirlenmiş zaman dilimlerinde ölçüm alınırken (10:00, 16:00, 20:00'de olmak üzere günde 3 kez); olay-koşullu (event-contingent) ölçümlerde ise katılımcılardan ölçümlenen olayın ortaya çıkmasının hemen ardından ilgili soruları yanıtlamaları istenmektedir. Zaman-koşullu ölçümlerde katılımcılara belirli aralıklarla sinyal gönderilmesi sağlanarak ölçüm zamanına ilişkin hatırlatıcıları günlük sistemine eklemek de mümkün olmaktadır (Moskowitz, Russell, Sadikaj ve Sutton, 2009).

Ayrıca katılımcılardan araştırmacı tarafından önceden belirlenmiş zaman dilimlerinde uygulama sorularını doldurmaları istendiğinden araştırmacının elde edilecek veri üzerinde kontrol sağlama imkanı bulunmaktadır. Kağıt-kalem temelli günlük çalışmalarında katılımcının veri giriş saati sadece kendi beyanı üzerinden doğrulanabilirken, çevrimiçi günlük çalışmalarında uygulayıcı tüm verilerin elektronik ortama aktarımı sayesinde katılımcıların uygulamaya girdikleri saati, soruların cevaplanma süresini takip edebilmektedir. Bu da toplanan verilerin güvenilirliğini arttırmada oldukça önemlidir (Dale ve Hagen, 2007). Kağıt-kalem temelli günlük çalışmalarla karşılaştırıldığında, katılımcıların uygulamaya gösterdikleri uyumun ve devamlılığın çevrimiçi günlük uygulamalarında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çevrimiçi günlük uygulamalarının bir diğer avantajı olarak; verilerin elektronik ortama aktarım kolaylığından dolayı verilerin girilmesi ve işlenmesi sürecinde oluşabilecek hatalar en aza indirgenmiştir.

DSM-5 ile birlikte boyutsal sisteme geçiş üzerinde yapılan vurgu, psikopatolojilerde ortak olarak görülen bilişlerin fenomenolojik özelliklerinin daha detaylı incelenmesini gerekli kılmaktadır. İDD'lere ilişkin yürütülen mevcut günlük çalışmasının da psikopatolojiler arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri karşılaştırma olanağı sağlamak noktasında başlangıç noktası olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde, İDD'ler ile ilgili olarak yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunun metodolojisi kişilerin ölçekler ya da yapılandırılmış/yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler aracılığıyla yaşadıkları istem dışı düşüncelerini geriye dönük olarak çağrılmalarına dayanmaktadır (örn., Clark ve ark., 2014; Purdon ve Clark, 1994). Çoğu zaman katılımcıların geriye dönük olarak deneyimledikleri şeyi ilk yaşandığı şekliyle hatırlamaları mümkün olmamaktadır ve buna bağlı olarak oluşması muhtemel bellek yanlılıkları, elde edilen sonuçların doğruluğunu tehlikeye düşürüp klinisyenlerin aslına uygun olmaya klinik çıkarımlar yapmasıyla sonuçlanabilmektedir (Gloster ve ark., 2008).

İDD'lere ilişkin veri toplama yöntemi olan EAD'nin kullanıldığı çalışmalar incelendiğinde bunların genellikle OKB (örn., Bucarelli ve Purdon, 2015; Kelly ve ark., 2019; Rupp ve ark., 2019) ve TSSB (örn., Kleim, Graham, Bryant ve Ehlers, 2013; Rattel ve ark., 2019) ile ilişkili olduğu ve sayıca çok az olduğu görülmektedir. OKB, BAB, BYB ve HKB'de görülen İDD'lerin fenomenolojik özelliklerini öz-bildirim araçları dışındaki ölçüm yöntemleri ile aynı çalışmada değerlendiren çalışmanın olmadığı göz önünde bulundurulduğunda, gerçek zamanlı ve güvenilir veri elde edebilmek için EAD yönteminin uygun bir yöntem olabileceği düşünülmüştür.

#### **1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI**

Günümüz tanı ve sınıflandırma sistemleri bozuklukları klinik görünümleri ve semptomlarına göre farklı kategorilere yerleştirme eğilimindedirler. Tamamen betimleyici ve hastalık odaklı böyle bir yaklaşımın kabul edilmesi farklı kategoriler altına yerleştirilmiş olan bozuklukların birlikte görülme sıklıklarını açıklama noktasında yetersiz kalmaktadır. Bu sebeple, son yıllarda klinik psikoloji çalışmaları, "tanılar üstü" bir model çerçevesinde farklı klinik durumları açıklayabilecek daha temeldeki değişkenlere ulaşmayı hedeflemektedir. Araştırmalar, OKB, BYB, BAB ve HKB'nin birbirlerinden farklı klinik görünümleri olmasına rağmen, bu bozukluklara sahip kişilerin o anki patolojileri gereği yaşadıkları korku ile ilgili İDD'ler deneyimlediklerini göstermiştir. Bu İDD'lerin yarattığı kaygıyı ve sıkıntıyı azaltmak için de devreye telafi

edici davranışlar girmektedir. Alanyazın da tanılar üstü bir modeli destekler şekilde İDD'lerin yoğun olarak yaşandığı psikopatolojilerde, bireylerin bu İDD'lere yönelik kullandıkları işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejilerinin birbirinden farklılaşmadığını göstermektedir (Belloch, Morillo ve García-Soriano, 2007; Kollei, Brunhoeber, Rauh, de Zwaan ve Martin, 2012). OKB, BYB, BAB ve HKB gibi psikopatolojilerin birbirleriyle eş zamanlı olarak görülme oranlarının yüksekliği de göz önünde bulundurulduğunda, İDD'lerin bu psikolojik bozuklukların başlangıcı, devamı, tekrarlanması ve tedavisi noktasında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.

İDD'ler OKB bağlamında sıklıkla çalışılmış ve bu düşüncelerin patolojik obsesyonlara dönüş süreci ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Ancak, yemek, egzersiz, fiziksel görünüş ve sağlıkla ilgili İDD'lerin klinik obsesyonlara dönüş süreçleri halen net değildir. Ayrıca, günümüz tanılar üstü yaklaşımı farklı patolojilere sebep olan tanılar üstü değişkenlerin mekanizmalarını açıklamakta ve neden aynı tanılar üstü değişkene sahip kişilerin bir kısmı belli belirti setlerini gösterirken yine aynı değişkene sahip diğer kişilerin farklı belirti setleri gösterdiğini açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Tüm bu bilgiler ışığında, farklı psikopatolojilerdeki İDD'lerin benzerliklerini ve farklılıklarını anlamak bu patolojileri başlatıcı ve devam ettirici faktörleri de anlamamıza yardımcı olacaktır. OKB, BYB, BAB ve HYB'deki İDD'lerin benzeşen ve ayrışan yönlerinin tanımlanması yoluyla psikopatolojilerin altında yatan tanılar üstü süreçlerin çalışılmasına olanak sağlanabileceğine ve tanılar üstü bir bakış açısını benimsemenin bu bozuklukların tedavisinde önemli bir rol oynayacağına inanılmaktadır. Tedavide tanılar üstü bakış açısının hakimiyetinin eşzamanlı olarak birden fazla psikopatolojiye sahip hastaların değerlendirme ve sağıltım sürecinde kolaylaştırıcı bir etki de yaratabileceği düşünülmektedir. Bu psikopatolojilerin varsayımsal tanılar üstü doğasının, sözü edilen bozukluklar arasındaki eş zamanlı görülme oranlarının anlaşılması noktasında önemli katkılar sunması beklenmektedir.

Çalışmaların büyük çoğunluğu, tanılar üstü süreçleri hasta gruplarının klinik olmayan bir grupta karşılaştırılması yoluyla değerlendirilmiştir. Ancak alanyazında ilerleme kaydetmenin bir yolu olarak, farklı psikolojik tanıları/belirtileri bulunan katılımcılarda birlikte yükselen değişkenleri incelemenin gerekli olduğu önerilmektedir (Woodruff-Borden, Brothers ve Lister, 2001). Bu şekilde, tanılar üstü model kapsamında bozuklukların hem özgün hem de paylaşılan varyasyonunu açıklamak mümkün

olmaktadır. Bu türden soruları inceleyen az sayıdaki çalışmada, paylaşılan varyansın önemli sonuçları olduğu görülmektedir (örn; Eaton, Krueger ve Oltmanns, 2011; Naragon-Gainey ve Watson, 2011). Psikopatolojiler arasında paylaşılan varyansların daha fazla bilimsel çalışma ile araştırılmasının psikopatolojileri sürdüren faktörlerin açıklığa kavuşturulmasına önemli katkıları olacağı düşünülmektedir. İDD'lerin tanılar üstü özelliğine ilişkin mevcut bilgi birikiminin genişletilebilmesi için de, aynı araştırma parametresinin aynı ölçüm araçları kullanılarak değerlendirildiği ve aynı çalışma içinde farklı grupların hem gruplar arası hem de grup içi olarak karşılaştırıldığı ampirik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu kapsamda, Türk kültürüne uyarlaması yapılması planlanan İstem Dışı Düşünceler Ölçeği (İDDÖ) sadece obsesyonel içerikli İDD'leri değerlendiren diğer pek çok ölçüm aracından farklı olarak fiziksel görünüş, diyet ve egzersiz, hastalık ve ölüm gibi pek çok alandaki düşünceleri aynı anda değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Ölçeğin bu denli kapsamlı olması farklı alanlardaki İDD'lerin birbiriyle sergiledikleri ilişkiyi, birlikte görülme sıklıklarını, nasıl kontrol edilmeye çalışıldığını, nasıl değerlendirildiğini aynı anda kapsamlı bir şekilde değerlendirme fırsatı da sunmaktadır. Bu özelliğinin yanı sıra, farklı içerikteki İDD'lerin ortak özelliklerinin, sıklıklarının, kontrol stratejilerinin, bir içerikteki istem dışı düşünceye sahip olmanın diğer içerikteki İDD'lere de sahip olma ihtimalini artırıp artırmadığının klinik olmayan bir örneklem grubu kullanılarak değerlendirildiği bu çalışmanın, günümüzde psikopatolojileri açıklama noktasında üst bir mekanizma sağlaması açısından oldukça önemli olan tanılar üstü yaklaşıma katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Psikoloji alan yazınında İDD'lere yönelik geçerlik ve güvenilirliği farklı çalışmalarda gösterilmiş çok sayıda öz-bildirim ölçeği bulunmaktadır. Öz-bildirim ölçekleri yapısı gereği, katılımcılardan ölçülmesi hedeflenen yapıya ilişkin deneyimlerini geriye dönük olarak raporlamaları istenmektedir. Temel bellek çalışmalarının da gösterdiği üzere, geriye dönük bilgilerin hatırlanması ve geri zihne çağırılması sırasında bir takım bellek yanlısamalarının yaşanması kaçınılmazdır. Kişinin anlık bir şekilde ortaya çıkan İDD'leri ve bu düşüncelerin ortaya çıktığı anda yarattığı psikolojik etkiyi geriye dönük olarak eksiksiz bir şekilde değerlendirmesinin mümkün olmaması ölçüm araçlarının güvenilirliği noktasında bir takım sıkıntılar doğurmaktadır. Tüm bu sorunların önüne geçilmesi amacıyla, çevrimiçi günlük uygulaması ile obsesyonlar, diyet ve fiziksel egzersiz,

fiziksel görünüş ve sağlık ile ilişkili İDD'lerin bellek yanlılıklarından etkilenmeksizin incelemesi yapılacak ve katılımcıların iki haftalık süreçteki kişi içi ve kişiler arası değişimleri değerlendirilecektir. Farklı içeriklerde görülen İDD'lere yönelik bellek yanlılıklarından olabildiğince az etkilenmiş verinin incelenmesinin alanyazına önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

### 1.5. ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLER

Mevcut araştırmanın araştırma soruları ve hipotezleri şunlardır:

Soru 1 - İDDÖ Türkçe formunun psikometrik özellikleri ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmekte midir?

Hipotez 1: İDDÖ'nün Türk kültüründe yapılan çalışmada elde edilen geçerlik ve güvenilirlik değerlerinin ölçeğin orijinal formu ile paralellik gösterecek şekilde tatmin edici düzeyde olması beklenmektedir.

Soru 2 – Son 3 ay içerisinde dört farklı içerikteki İDD'lerin yaşanma oranı nedir?

Hipotez 2 (a): Son 3 ay içerisinde katılımcıların büyük çoğunluğunun en az bir içerikte İDD yaşanması beklenmektedir.

Hipotez 2 (b): Son 3 ay içerisinde dört farklı içerikteki İDD'lerin tümünü birden deneyimleyenlerin oranının yalnızca tek bir içeriğe ymnelik İDD yaşayanlardan yüksek olması beklenmektedir.

Soru 3 – Son 3 ay içerisinde deneyimlenen dört farklı içerikteki İDD'lerin yaşanma formu nedir?

Hipotez 3: OKB ve sağlık ile ilişkili İDD'lerin ağırlıklı olarak görüntü formunda yaşanması beklenirken, fiziksel görünüş ve diyet/egzersiz ile ilişkili İDD'lerin ağırlıklı olarak düşünce formunda yaşanması beklenmektedir.

Soru 4 – Dört farklı içerikteki İDD'lerin her biri için en sıklıkla deneyimledikleri ve en rahatsız edici buldukları İDD'ler nelerdir?

Hipotez 4: En yaygın olarak deneyimlenen ve en çok rahatsızlık veren İDD'lerin OKB, fiziksel görünüş, diyet/fiziksel egzersiz ve sağlık alanları için sırasıyla “bulaşma/kirlenme”, “algılanan kusurlu beden bölgesini saklama”, “fiziksel egzersiz” ve “fiziksel belirtiler” ile ilişkili olanlar olması beklenmektedir.

Soru 5 – OKB, fiziksel görünüş, diyet/egzersiz ve sağlık ile ilişkili İDD'lerin sıklık ve rahatsızlık puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Hipotez 5 (a): Dört farklı içerikte deneyimlenen İDD'lerin sıklıklarının birbirleri ile anlamlı ve pozitif yönde ilişki göstermesi beklenmektedir.

Hipotez 5 (b): Dört farklı içerikte deneyimlenen İDD'lerin yarattıkları rahatsızlığın birbirleri ile anlamlı ve pozitif yönde ilişki göstermesi beklenmektedir.

Soru 6 - Bir alanda İDD deneyimlemenin diğer içeriklerden de İDD yaşama üzerinde yordayıcı bir rolü var mıdır?

Hipotez 6 (a): Her bir içerikten alınan sıklık puanlarının diğer içeriklerin sıklık puanlarını anlamlı ve pozitif yönde yordaması beklenmektedir.

Hipotez 6 (b): Her bir içerikten alınan rahatsızlık puanlarının diğer içeriklerin rahatsızlık puanlarını anlamlı ve pozitif yönde yordaması beklenmektedir.

Soru 7 – Dört farklı içerikteki İDD'lerin sıklıkları ve yarattıkları rahatsızlık düzeyi arttıkça işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejileri kullanımı da artış göstermekte midir?

Hipotez 7 (a): Tüm düşünce içerikleri için işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejilerinin birbirleri ile anlamlı korelasyonlar göstermesi beklenmektedir.

Hipotez 7 (b): Her bir düşünce alanına ilişkin alınan sıklık ve rahatsızlık puanı ile o alana ilişkin yorumlama ve kontrol stratejileri puanlarının birlikte artış göstermesi beklenmektedir.

Soru 8 – Son 3 ay içerisinde dört farklı içerikteki İDD'lerin tümünü birden en az bir kere deneyimleyen kişilerin en sık yaşadıkları, en rahatsız edici buldukları, en işlevsel olmayan şekilde yorumladıkları ve kontrol etmeye çalıştıkları İDD alanı nedir?

Hipotez 8 (a): Diyet ve egzersiz ile ilişkili İDD'lerin, sosyo-kültürel bağlamdaki vurgu ve medya aracılığıyla verilen mesajlar düşünüldüğünde, diğer İDD alanlarında daha sıklıkla yaşanması beklenmektedir.

Hipotez 8 (b): Tüm İDD alanları için en çok rahatsızlık veren İDD'nin aynı zamanda en sık yaşanan İDD olması beklenmektedir.

Hipotez 8 (c): En çok rahatsız eden düşüncenin en yüksek düzeyde duygusal etki yaratması beklenmektedir.

Hipotez 8 (d): En çok rahatsız eden düşüncenin yarattığı interferans düzeyinin daha yüksek olması beklenmektedir.



Hipotez 8 (e): OKB'ye özgü düşüncelerin diğer düşünce içeriklerinden anlamlı olarak daha yüksek düzeyde ego-distonik olarak yorumlanması beklenmektedir.

Hipotez 8 (f): İşlevsel olmayan kontrol stratejilerinin ağırlıklı olarak en çok rahatsız eden düşünceye yönelik kullanılması beklenmektedir.

Soru 9 – İDD alanlarına ilişkin sıklık ve rahatsızlık puanları ile o alanla doğrudan ilişkisi psikopatoloji belirti ölçümleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?

Hipotez 9 (a): Belirli bir alana ilişkin yaşanan İDD'lerin sıklık puanlarının o alanla doğrudan ilgili olan psikopatolojinin belirtilerini değerlendiren ölçüm araçları ile olan ilişkisinin diğer psikopatoloji ölçümleri ile olan ilişkiden anlamlı düzeyde farklılaşması beklenmektedir.

Hipotez 9 (b): Belirli bir alana ilişkin yaşanan İDD'lerin rahatsızlık puanlarının o alanla doğrudan ilgili olan psikopatolojinin belirtilerini değerlendiren ölçüm araçları ile olan ilişkisinin diğer psikopatoloji ölçümleri ile olan ilişkiden anlamlı düzeyde farklılaşması beklenmektedir.

Soru 10– Çevrimiçi günlük uygulaması ile incelenen İDD'lerin fenomenolojik özellikleri nelerdir?

Hipotez 10 (a): Kişilerin büyük çoğunluğunun en az bir kez İDD yaşamaları beklenmektedir.

Hipotez 10 (b): Kişilerin diyet ve fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD'leri, diğer İDD alanlarına kıyasla daha sıklıkla yaşamaları beklenmektedir.

Hipotez 10 (c): Kişilerin İDD'leri en çok görüntü ve imge formunda deneyimlemesi beklenmektedir.

Hipotez 10 (d): Kişilerin strese maruz kalma potansiyeli yüksek olan mekanlarda (örn., iş yeri, okul, vb.) daha çok İDD deneyimlemesi beklenmektedir.

Soru 11 – Çevrimiçi günlük uygulaması süresince, İDD yaşanan ve yaşanmayan günler arasında beklenti etkisi ve duygudurum açısından bir farklılık var mıdır?

Hipotez 11 (a): İDD yaşanan günler, yaşanmayan günlere göre sabah raporunda puanlanan depresyon ve kaygı puanlarının daha yüksek, mutluluk puanlarının ise daha düşük olması beklenmektedir.

Hipotez 11 (b): Kişilerin İDD yaşamayı bekledikleri günler beklemedikleri günlere göre daha fazla sayıda İDD yaşamaları beklenmektedir.

Soru 12 – İşlevsel olmayan yorumlamalar ve kontrol stratejilerinin yaşanan İDD'lerin sıklığı üzerinde yordayıcı bir rolü var mıdır?

Hipotez 12: Kişilerin düşüncelerine ilişkin işlevsel olmayan yorumlamalarının ve kontrol stratejilerinin düşüncelerin sıklığını anlamlı ve pozitif yönde yordaması beklenmektedir.

Soru 13 – Tek bir risk grubunda olmakla birden fazla risk grubuna dahil olmak düşüncelerin sıklığı ve bu düşüncelere yönelik kullanılan işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejileri arasında anlamlı bir fark yaratmakta mıdır?

Hipotez 13 (a): Birden fazla risk grubuna giren kişilerin, tek bir yüksek risk grubuna dahil kişilere kıyasla 15 günlük süreçte benzer sayıda İDD yaşamaları beklenmektedir.

Hipotez 13 (b): Birden fazla risk grubuna giren kişilerin, tek bir yüksek risk grubuna dahil kişilere kıyasla 15 günlük süreçte işlevsel olmayan yorumlama/kontrol stratejilerini benzer düzeyde kullanmaları beklenmektedir.

## 2. BÖLÜM: YÖNTEM

### 2.1. ÇALIŞMA 1: ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI

Araştırmanın bu aşamasında İDDÖ Türkçe'ye uyarlanmış ve ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özellikleri incelenmiştir.

#### 2.1.1. Katılımcılar

Araştırmanın ilk aşamasının örneklemini 259 yetişkin katılımcı oluşturmuştur. Katılımcıların son 6 ay içinde psikolojik ya da psikofarmakolojik tedavi görmeleri dışlama ölçütü olarak alınmıştır. Son 6 ay içinde ruh sağlığıyla ilgili bir problem

yaşadığını ya da psikiyatrik bir tanı aldığını belirten 22 katılımcının verileri analizlere dâhil edilmemiştir. Kalan 237 katılımcının 193'ü (% 81.4) kadın, 44'ü (% 18.6) erkektir. Katılımcıların yaşları 18-60 arasında değişmekte olup sadece 8 katılımcı 30 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların yaş ortalaması 21.62 ( $SS = 5.12$ ) dir. Araştırmanın bu aşamasında yer alan katılımcılara ait diğer demografik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Birinci Aşamının Örneklemine İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sıklık ve Yüzdeler Değerleri

Değişken	Sıklık (F)	Yüzde (%)
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	193	81.4
Erkek	44	18.6
<i>Medeni Durum</i>		
Evli	11	4.6
Bekar	225	94.9
Belirtmeyen	1	.4
<i>Eğitim Durumu</i>		
İlkokul	-	-
Ortaokul	-	-
Lise	6	2.5
Yüksekokul	3	1.3
Üniversite	208	87.8
Lisansüstü	20	8.4
<i>Dini İnanç</i>		
Müslüman	177	74.7
Deist	5	2.1
Ateist	22	9.3
Agnostik	4	1.7
Diğer	1	.4
Belirtmeyen	28	11.8

<i>Toplam</i>	237	100
	<i>Ortalama (N = 237)</i>	<i>Standart Sapma (SS)</i>
<i>Yaş</i>	21.62	5.12

### 2.1.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada yer alan katılımcılardan sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla Demografik Bilgi Formu'nu doldurmaları istenmiştir. Ardından Türkçeye uyarlaması yapılan İDDÖ ile ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirmek üzere belirlenen değişkenlere ilişkin Obsesif-Kompulsif Envanteri-Kısa Form (OKE-R), Yeme Tutum Envanteri – 40 (YTE-40), Sağlık Anksiyetesi Envanteri- Kısa Form (SAE), Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) ve Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PNDÖ) uygulanmıştır.

#### 2.1.2.1. Demografik Bilgi Formu (EK 1)

Katılımcılara ait sosyo-demografik özelliklerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan demografik bilgi formu ölçek seti ile birlikte tüm katılımcılara uygulanmıştır. Ayrıca, katılımcıların daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almadıklarına ve son 6 ay içinde yaşadıkları/yaşamakta oldukları herhangi bir ruh sağlığı sorunlarının olup olmadığına dair iki soru da bu forma eklenmiştir.

#### 2.1.2.2. İstem Dışı Düşünceler Ölçeği (EK 2)

İDDÖ, Purdon ve Clark (1993) tarafından geliştirilmiş olan Revized Obsesional Intrusions Inventory (ROII) temel alınarak geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (Pascual-Vera, Sanchís ve Fuster, 2017). Ölçeğin temel amacı kişilerin yaşamış oldukları İDD'lerin sıklığını ve bu düşüncelerin yaratmış olduğu rahatsızlık hissini değerlendirmektir. Ölçek İDD'lerin ayrıntılı bir tanımlamasını yaparak başlamaktadır ve bu düşüncelerin farklı formlarda (düşünce, görüntü, dürtü, his, şüphe) yaşanabileceğinin altını çizmektedir. Katılımcılar İDD'ler ile ilgili ayrıntılı olarak bilgilendirildikten sonra ölçek seti 4 farklı alandaki İDD'leri kapsayacak şekilde yapılandırılmıştır: OKB ile ilgili

(13 madde), fiziksel görünüş ile ilgili (10 madde), diyet ve fiziksel egzersiz ile ilgili (9 madde) ve sağlık ile ilgili (11 madde). Her bir madde o içerik ile ilgili olarak yaşanabilecek İDD'leri sorgulamaktadır (örn: Fiziksel görünüş alanı ile ilgili İDD'ler Madde 2: “Herhangi bir sebep olmaksızın, vücudumun düzgün çalışmadığı düşüncesi aklıma gelir. Örneğin; kötü koku, ter, ağız kokusu, gazlar, yağlı yüz, yağlı eller ve saç gibi...”) Katılımcılardan her bir madde ile ilgili olarak o İDD'nin yaşanma sıklığını (0 = “Hiç”, 6 = “Her zaman, gün boyu pek çok kez”) ve yarattığı sıkıntıyı (0 = “Hiç rahatsız etmiyor”, 4 = “Son derece rahatsız ediyor”) puanlamaları istenmektedir.

Her bir İDD alanındaki maddeler sıklık ve yarattıkları sıkıntı düzeyi açısından puanlandıktan sonra, katılımcılardan son 3 ay içerisinde en az bir kere yaşadıklarını belirttikleri İDD'lerden en rahatsız edici, en az hoş giden ve en çok sıkıntı veren düşünceyi seçmeleri beklenmektedir. Ardından en çok sıkıntı veren bu düşüncenin yarattığı duygusal etki, bilişsel karışma (interferans), kişilik ve değerlere aykırılık (ego-distoniklik), bu düşünceye ilişkin işlevsel olmayan yorumlamalar ve kişinin bu düşünceyi kontrol etme ve/veya etkisizleştirme (nötrleştirme) stratejileri 14 madde ile değerlendirilmektedir.

İDD alanlarını oluşturan ve o içerik ile ilgili tüm maddeler İDD'leri ölçen öz-bildirim ölçeklerinden seçilmiş olup sadece önceki araştırmalarda klinik ve klinik olmayan örneklem tarafından en sıklıkla deneyimlenen İDD'ler İDDÖ'ye dahil edilmiştir. Pascual-Vera, Sanchís ve Fuster (2017) tarafından yapılan çalışmada farklı İDD içeriklerine sahip 4 alanın Cronbach Alpha değerleri oldukça tatmin edici bulunmuştur: OKB'ye özgü İDD için: sıklık  $\alpha = .85$ , rahatsızlık  $\alpha = .83$ ; Fiziksel görünüş ile ilgili İDD için: sıklık  $\alpha = .90$ , rahatsızlık  $\alpha = .96$ ; Diyet ve fiziksel egzersiz ile ilgili İDD için: sıklık  $\alpha = .92$ , rahatsızlık  $\alpha = .94$ ; Sağlık ile ilgili İDD için: sıklık  $\alpha = .94$ , rahatsızlık  $\alpha = .96$ . Her bir İDD alanında katılımcıların rapor ettiği İDD'nin sıklık ve rahatsızlık puanları için “*gerçek ortalama (toplam/sayı)*” (*true real mean [sum/count]*) değeri alınmıştır. Bu değer, her bir İDD alanı için toplam sıklık/rahatsızlık puanlarının 1 ve 1'den büyük puan alan maddelerinin toplam sayısına bölünerek hesaplanmıştır.

### 2.1.2.3. Obsesif-Kompulsif Envanteri-Revize (EK 3)

Ölçeğin ilk hali olan 42 maddelik uzun formu OKB tanısı koymak ve tanının şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles ve Amir, 1998).

Ölçekte obsesyon ve kompulsyonların sıklığı ile yarattıkları rahatsızlığı değerlendirmeyi hedefleyen bir puanlama sistemi mevcuttur. Ölçeğin kısaltılmış formundan farklı olarak şüphe alt boyutu da dâhil toplam 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Obsesyonların ve kompulsyonların yarattıkları rahatsızlığı ölçmek amaçlı geliştirilen ölçeğin kısa formu ise 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin kısaltılmış formu olan OKE-R ölçeğin uzun formundan 3 noktada ayrılmaktadır: OKE-R ile sıklık ölçümü kaldırılmıştır; alt boyutların puanlamaları kolaylaştırılmıştır; alt boyutlar arasındaki örtüşmeler azaltılmıştır (Foa ve ark., 2002). Böylelikle OKB taraması yapma noktasında daha kullanışlı bir ölçüm aracı oluşturulmuştur. OKE-R'nin temizlik, obsesyon, istifleme, sıralama, kontrol etme ve etkisizleştirme (nötüleştirme) olmak üzere toplam 6 alt boyutu bulunmaktadır. Her madde 5'li Likert üzerinden puanlanmaktadır ve toplam puan maddelerden alınan puanlar toplanarak oluşturulmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 72 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesme puanı 21 olup, 21 ve üzeri alınan puanlar kişideki olası OKB varlığına işaret etmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması Yorulmaz, Inozu, Clark ve Radomsky (2015) tarafından 319 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir (% 67.1 kadın; Yaş Ortalaması= 21.5,  $SS = 2.0$ ). Yapılan hedef dönüştürme analizi ölçeğin orijinal formundaki faktör yapısının Türk kültüründe de aynen korunduğunu göstermiştir. Ölçeğin toplam puan için iç tutarlık katsayısı .90 iken bu değerler alt boyutlar için sırasıyla .84, .80, .73, .77, .64, .64 olarak bulunmuştur. OKB belirti puanları yüksek olan grubun OKE-R Türkçe formu açısından anlamlı olarak farklılaşıyor olması ölçeğin ölçüt geçerliği için önemli bir kanıt oluşturmuştur. Ölçeğin birleşen ve ayırt edici geçerliği için yürütülen korelasyon analizleri de ölçeğin Türkçe formunun OKB belirtileri, OKB'ye özgü inançlar, düşünce kontrol stratejileri ve nörotisizm gibi değişkenlerle anlamlı ilişkileri olduğunu göstermiştir. Tüm bu bulgular ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin oldukça tatmin edici olduğuna işaret etmiştir. Ölçeğin toplam puan ve alt boyutlar iç tutarlık katsayıları mevcut çalışmada sırasıyla .92, .71, .84, .86, .84, .86 ve .68 olarak bulunmuştur.

#### **2.1.2.4. Yeme Tutum Envanteri – 40 (EK 4)**

Öz-bildirimine dayalı 40 maddelik ölçüm aracı yeme bozukluklarındaki tutum, davranış ve özellikleri değerlendirmek amaçlı geliştirilmiştir (Garner ve Garfinkel, 1979). Bu ölçüm aracı yeme bozukluğu olan kişilerin yanı sıra yeme bozukluğu olmayan bireylerdeki yeme

davranışı ile ilgili bozulmaları da değerlendirmektedir. Ölçek 11-70 yaş arası klinik ya da sağlıklı popülasyona uygulanabilmektedir. Ölçek maddelerinin puanlaması 6'lı Likert üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten alınan 30 ve üzeri puanlar anormal yeme tutumlarına işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal formunun iç tutarlık katsayısı .94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol'un (1989) tarafından yapılmış olup ölçeğin iç tutarlık katsayısı .70, bir aylık aralıkla yapılan test-tekrar test güvenilirliği ise .65 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı bu çalışmada .82 olarak hesaplanmıştır.

#### **2.1.2.5. Sağlık Anksiyetesi Envanteri- Kısa Form (EK 5)**

Öz-bildirime dayalı 18 maddelik ölçek, sağlık anksiyetesi yaşayan insanları fiziksel bir hastalığa sahip olan fakat sağlıkları hakkında aşırı düzeyde kaygı yaşamayan insanlardan ayırtırmayı amaçlamaktadır (Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark, 2002). Ölçek aynı zamanda hastalık kaygısının tüm klinik belirtilerini kapsayacak şekilde yapılandırılmıştır. SAE-Kısa Form sağlık anksiyetesinin bilişsel-davranışçı teorisi temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçek bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı (ilk 14 madde) ile hastalığın olumsuz sonuçları (son 4 madde) olmak üzere 18 maddeden ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Tüm maddeler 0 ile 3 arasında puanlanacak şekilde 4 tepki seçeneğine sahiptir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 54 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişinin yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi yaşadığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin kesme puanı 18 olup, 18 ve üzeri puan alan kişiler yüksek risk grubu olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı hipokondria örnekleme için .88, panik bozukluğu olan hipokondria örnekleme için .88, panik bozukluk örnekleme için .92, anksiyöz kontrol grubu için .82, sağlıklı kontroller için ise .71 olarak bulunmuştur. Bir hafta aralıkla alınan test-tekrar test ölçümünde ölçeğin test-tekrar test geçerlik katsayısının .90 olduğu bulunmuştur. Tüm bu bulgular SAE-Kısa Formunun oldukça güvenilir bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışması Aydemir, Kırpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz (2013) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .91, iki haftalık aralıkla yapılan test-tekrar test geçerlik katsayısı ise .57 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada ise ölçeğin iç tutarlık katsayısı .87'dir.

#### **2.1.2.6. Beden Algısı Ölçeği (EK 6)**

Ölçek kişilerin bedenlerindeki belirli bölümleri ve beden işlevleri hakkındaki hoşnutsuzluklarını ölçmeyi hedeflemektedir (Secord ve Jourard, 1953). Ölçekte her biri kişilerin organları (burun, sindirim sistemi, cinsel organ vb.), beden bölümleri (saçlar, boy vb.) ya da beden işlevleri (cinsel faaliyet, hastalığa direnç vb.) ile ilgili olmak üzere toplam 40 madde bulunmaktadır. Her madde 5'li Likert üzerinden puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 40 ile 200 arasında değişebilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişinin beden doyumunun yüksekliğine ve bedenini daha olumlu değerlendirdiğine işaret etmektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olarak belirlenmiştir ve 135 puan altı alan kişiler beden algısı düşük grup olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin orijinal formunun geçerlik güvenirlik çalışması Balogun (1986) tarafından yapılmış olup test-tekrar test güvenirlik katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçeye adaptasyonu ise Hovardaoğlu (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı .91 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışma için ise ölçeğin iç tutarlık katsayısı .92 olarak hesaplanmıştır.

#### **2.1.2.7. Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (EK 7)**

Öznel iyi oluşun duygusal boyutunu ölçmek üzere geliştirilmiş olan ölçek 10 pozitif ve 10 negatif duygudan oluşmaktadır (Watson, Clark ve Tellegen, 1988). Toplam 20 maddeden oluşan ölçüm aracı 5'li Likert üzerinden puanlanmaktadır. Pozitif duygu alt ölçeği kişinin ne derece ilgili, heyecanlı, hevesli vb. hissettiğini değerlendirirken, negatif duygu alt ölçeği ise kişinin ne denli sıkıntılı, düşmanca, sinirli vb. hissettiğini değerlendirmektedir. Ölçeğin üniversite öğrencileri ile yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında iç tutarlık katsayıları pozitif duygu alt ölçeği için .88, negatif duygu alt ölçeği için .87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayıları ise sırasıyla .54 ve .40 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca iki alt ölçek arasındaki korelasyonun da negatif yönde olduğu hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Gençöz (2000) tarafından yürütülmüştür. Pozitif duygu ve negatif duygu alt ölçekleri için iç tutarlık katsayısı sırasıyla .83 ve .86; test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise .40 ve .54 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri ile olan korelasyonlarına bakıldığında pozitif duygu alt ölçeği için korelasyon katsayıları sırasıyla -.48 ve -.22 iken bu değerler negatif duygu alt ölçeği için .51 ve .47'dir. Mevcut



çalışmada iç tutarlık katsayılarının hem pozitif duygu hem de negatif duygu alt ölçekleri için .89 olduğu görülmektedir.

### 2.1.3. İşlem

İDDÖ'nün Türkçeye uyarlaması gerçekleştirilirken çeviri-geri çeviri yöntemi uygulanmıştır. İlk olarak, İDDÖ İngilizce ve Türkçe dil becerileri yeterli olan bağımsız iki klinik psikolog tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ardından ölçeğin Türkçeye çevrilmiş halleri alanında uzman üç klinik psikolog tarafından ölçeğin İngilizce orijinal formu ile karşılaştırılmıştır ve gerekli düzenlemeler yapılarak ölçek tek bir form haline getirilmiştir. Sonrasında tek bir çeviri haline getirilmiş ölçeğin Türkçe formu ile orijinal formun uygunluğu OKB alanında uzmanlaşmış, İngilizce ve Türkçe dillerine hâkim bir klinik psikolog tarafından değerlendirilmiştir. Uzmandan gelen geribildirimler doğrultusunda ölçeğin Türkçe formu üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. İngilizceden Türkçeye çevrilmiş olan formun Türkçeden İngilizceye geri çeviri işlemi Türkçe ve İngilizce dillerine hâkim profesyonel bir çevirmen tarafından yapılmıştır. Bağımsız bir çevirinin yapılabilmesi için çevirmenin ölçeğin İngilizce orijinal formuna ulaşmamasına özellikle dikkat edilmiştir. Son adım olarak, profesyonel bir çevirmen tarafından geri çeviri işlemi yapılan İngilizce form ile ölçeğin İngilizce orijinal formu karşılaştırılarak ölçeğin Türkçe formu son haline getirilmiştir.

Ölçeğin çeviri-geri çeviri işlemlerinin tamamlanmasının ardından, çalışmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan gerekli izinler alınmıştır. Katılımcıların araştırmaya katılımları noktasında gönüllülük ilkesi esas alınmıştır. Katılmayı kabul eden katılımcılardan Bilgilendirilmiş Onam Formunu doldurmaları istenmiştir (EK 8) ve katılımcılar araştırmacı tarafından çalışma ile ilgili bilgilendirilmişlerdir. Ölçek seti sınıf ortamında uygulanmıştır ve katılımcıların ölçek setini doldurmaları yaklaşık 75-90 dakika sürmüştür. Tüm katılımcılara katılımları karşılığında ölçek setini doldurdukları ders için 1 puan verilmiştir.

### 2.1.4. Verilerin Analizi

Çalışmanın istatistiksel analizleri Statistical Package for Social Science (SPSS V. 23) kullanılarak yürütülmüştür. Toplanan verilerin SPSS V. 23 programına aktarılmasının ardından elde edilen veri setinin kayıp veri, normallik ve uç değer analizleri gerçekleştirilmiştir. Son 6 ay içinde ruh sağlığıyla ilgili bir problem yaşadığını ya da psikiyatrik bir tanı aldığını belirten 22 katılımcının verisi veri setinden çıkarılmıştır.

Ölçeğin 4 farklı içerikteki İDD alanlarının Sıklık, Rahatsızlık ve Yorumlama/Kontrol puanları için iç tutarlık katsayıları Cronbach's Alpha güvenilirlik analizi yürütülerek hesaplanmıştır. Her bir içerik için Sıklık, Rahatsızlık ve Yorumlama/Kontrol puanlarının madde-toplam korelasyon değerleri korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ardından tüm bu değerler için iki-yarım test güvenilirlik değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin birleşen ve ayırt edici geçerliğinin değerlendirilmesi için 4 farklı içerikteki İDD'lerin Sıklık ve Rahatsızlık puanları ile OKE-R, YTE-40, SAE, BAÖ ve PNDÖ puanları arasındaki korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin ölçüt geçerliğini değerlendirmek için OKE-R, YTE-40 SAE ve BAÖ toplam puanlarının her biri üzerinden alt ve üst %25'lik dilimlere düşen gruplar belirlenmiştir. Her bir düşük ve yüksek risk grubunun temel kaygı kaynakları olan İDD alanlarından aldıkları Sıklık ve Rahatsızlık puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıklarını test etmek için ise ayrı ayrı MANOVA analizleri yapılmıştır.

## **2.2. ÇALIŞMA II: İDD'LERİN TANILAR ÜSTÜ ÖZELLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırmanın bu aşamasında birlikte görülme sıklıkları oldukça yüksek olan OKB, BYB, BAB ve HKB'deki temel İDD'lerin farklı risk gruplarında birlikte görülme sıklıkları, yarattıkları sıkıntının düzeyi, yorumlanma biçimleri ve kontrol stratejileri değerlendirilmiş ve bu düşüncelerin kendi psikopatolojilerine özgü ayrı yapılar olmaktan çok tanılar üstü bir üst değişken olup olmadığı test edilmiştir.

### 2.2.1. Katılımcılar

Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini 410 yetişkin katılımcıdan oluşmaktadır. Son 6 ay içinde psikolojik ya da psikofarmakolojik tedavi gören 46 katılımcının verileri analiz dışında tutulmuştur. Kalan 364 katılımcının 314'ü ( % 86.3) kadın, 50'si ( % 13.7) erkektir. Katılımcıların yaşları 18-59 arasında değişiklik göstermektedir. Sadece 17 katılımcı 30 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların yaş ortalaması 21.51 ( $SS = 4.49$ )dir. Katılımcıların diğer demografik bilgileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** İkinci Aşamanın Örneklemine İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sıklık ve Yüzdeler Değerleri

Değişken	Sıklık (F)	Yüzde (%)
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	314	86.3
Erkek	50	13.7
<i>Medeni Durum</i>		
Evli	22	6.0
Bekar	342	94.0
<i>Eğitim Durumu</i>		
İlkokul	-	-
Ortaokul	-	-
Lise	27	7.4
	8	2.2
Yüksekokul		
Üniversite	309	84.9
Lisansüstü	20	5.5
<i>Dini İnanç</i>		

Müslüman	303	83.2
Deist	5	1.4
Ateist	25	6.9
Agnostik	1	.3
Diğer	-	-
	30	8.2
Belirtilmemiş		
<i>Toplam</i>	364	100
	<i>Ortalama (N = 364)</i>	<i>Standart Sapma (SS)</i>
<i>Yaş</i>	21.51	4.49

### 2.2.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcılar ilk olarak sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla oluşturulan Demografik Bilgi Formu'nu doldurmuşlardır. Ardından İDDÖ, OKE-R, Yeme Tutumu Testi Kısa Form (YTT-26), Whiteley İndeksi (WI-7), Beden Dismorfik Bozukluğu Soru Formu (BDBSF) ve PNDÖ'den oluşan ölçek seti katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

#### 2.2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu'na ilişkin bilgiler 2.1.2.1'de anlatılmıştır.

#### 2.2.2.2. İstem Dışı Düşünceler Ölçeği

Araştırmanın birinci aşamasında Türkçe'ye uyarlaması yapılmış olan ölçüm aracına ilişkin bilgiler 2.1.2.2'de verilmiştir. Çalışmanın bu aşamasında farklı İDD içeriklerine sahip 4 alanın Cronbach Alpha değerleri OKB'ye özgü İDD için: sıklık  $\alpha = .79$ , rahatsızlık  $\alpha = .81$ ; Fiziksel görünüş ile ilgili İDD için: sıklık  $\alpha = .92$ , rahatsızlık  $\alpha = .91$ ; Diyet ve fiziksel egzersiz ile ilgili İDD için: sıklık  $\alpha = .93$ , rahatsızlık  $\alpha = .94$ ; Sağlık ile ilgili İDD için: sıklık  $\alpha = .89$ , rahatsızlık  $\alpha = .91$  olarak hesaplanmıştır.

#### 2.2.2.3. Obsesif-Kompulsif Envanteri-Revize

Ölçeğe ilişkin psikometrik özellikler 2.1.2.3'de aktarılmıştır. Mevcut çalışmada ise ölçeğin iç tutarlık katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

#### 2.2.2.4. Yeme Tutum Testi -26 (EK 9)

Yeme bozukluklarındaki tutum, davranış ve özellikleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan ölçeğin 40 maddelik orijinal formuna ait bilgiler 2.1.2.4’de verilmiştir. Kullanımda ekonomiklik ve pratiklik açısından avantaj sağlaması açısından ölçek 26 maddelik kısa formuna dönüştürülmüştür (Garner, Olmsted, Bohr ve Garfinkel, 1982). Orijinal forma yapılan faktör analizleri sonucu elde edilen kısaltılmış form 3 alt boyuttan oluşmaktadır: diyet, bulimiya ve yeme meşguliyeti, yemeyi kontrol. Ölçeğin kısaltılmış formunun orijinal form ile .98 düzeyinde korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin oldukça tatmin edici güvenilirlik değerlerine (Cronbach Alpha = .80) sahip olduğu ve yeme bozukluğu davranışı ile normal yeme davranışını ayırt etme noktasında kullanılabilecek uygunlukta bir ölçüm aracı olduğu da araştırma sonuçlarıyla desteklenmiştir. Ergüney-Okumuş ve Berk (2019) tarafından Türkçe adaptasyon çalışması gerçekleştirilen ölçeğin toplam puan için iç tutarlık katsayısı .75 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği için iki hafta arayla alınan ölçümlerin korelasyonu ise .78’dir. Ölçeğin ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla yürütülen analizler, YTT-26’nın 20 olan kesme puanının üzerinde alan katılımcıların 20’nin altında puan alan katılımcılara kıyasla Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ile ölçülen yeme davranışlarının daha bozuk olduğunu göstermiştir. YTT-26’nın orijinal form ile olan korelasyonu da .65 olarak hesaplanmıştır. Tüm bu değerler ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin tatmin edici düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Mevcut çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı .89’dur.

#### 2.2.2.5. Whiteley İndeksi (EK 10)

Hipokondriyak kaygıların değerlendirildiği ölçeğin orijinal formu 14 maddeliktir ve “Evet/Hayır” şeklinde cevaplanmaktadır (Pilowsky, 1967). Fink ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir çalışma ile 14 maddeli ölçeğin iç tutarlılığının ve homojenliğinin desteklenmediği sonucuna ulaşılmıştır ve daha güçlü psikometrik özelliklere sahip 7 maddeli versiyon geliştirilmiştir. WI-7 hastalık korkusu, hastalık kanaati ve bedensel düşünce uğraşı olmak üzere toplam 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı .68 olarak bulunmuştur. Ölçeğin duyarlılığı %100, özgüllüğü ise %65’tir. Conradt, Cavanagh, Franklin ve Rief (2006) ise ölçeğin duyarlılığını %82, özgüllüğünü %81 olarak bulmuşlardır. Güleç, Ünal, Karabekiroğlu, Sayar ve Köse (2013) tarafından gerçekleştirilen Türkçe adaptasyon çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri .78

olarak gösterilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği ise .49 olarak bulunmuştur. Ölçeğin orijinal formunun 3 faktörlü yapısına rağmen bu çalışmada iki faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. 1, 2, 4, 5, 7. maddeler bedensel belirtiler/bedensel düşünce uğraşı alt boyutunda, 3. ve 6. maddeler ise hastalık kaygısı/fobisi alt boyutunda yer almaktadır ve bu iki boyutun iç tutarlık katsayıları sırasıyla .77 ve .65'dir. Mevcut çalışmada ölçeğin için tutarlık katsayısı tüm ölçek için .77'dir.

#### **2.2.2.6. Beden Dismorfik Bozukluğu Soru Formu (EK 11)**

BDBSF DSM-IV'teki Beden Dismorfik Bozukluk (BDB) tanı kriterlerine göre geliştirilmiş olan bir BDB tarama testidir (Phillips, Atala ve Pope, 1995). Bu formdaki sorular "Evet, Hayır" şeklinde cevaplanmakta olup kişilerin (1) nasıl göründükleriyle ilgili endişe yaşıyor yaşamadıklarını, (2) eğer var ise bu endişenin yeterince zayıf olmadıklarına ya da aşırı şişmanlayabileceklerine ilişkin olup olmadığını, (3) bu endişenin sosyal yaşamlarını etkileyip etkilemediğini, okul veya iş ile ilgili soruna sebep olup olmadığını (4) kişilerin nasıl göründükleri ile ilgili olarak bir günde ne kadar zaman harcadıklarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Soru formu 0 ile 4 arasında puan almaktadır. Bu puanlar BDB olan ve olmayan kişileri dış görünüş ile ilgili endişeleri düzeyinde ayırt etmektedir. Formdan alınan 4 puan kesme puanı olarak belirlenmiş olup 4 puana sahip olmak BDB kriterlerinin karşılandığı anlamına gelmektedir. Ayakta tedavi gören psikiyatrik örnekleme ( $n = 66$ ) ölçeğin duyarlılığı %100, özgüllüğü ise %89 olarak bulunmuştur (Phillips, Atala ve Pope, 1995). Yatarak tedavi gören psikiyatrik örnekleme ( $n = 122$ ) ise bu değerlerin duyarlık ve özgüllük için sırasıyla %100 ve %93 olduğu bulunmuştur (Grant, Kim ve Crow, 2001). Göksan (2007) tarafından yürütülen uzmanlık tezinde bu ölçüm aracının Türkçe formu kullanılmıştır.

#### **2.2.3. İşlem**

Araştırmanın bu basamağının verileri internet ortamından online anket sistemi olan Surveey.com aracılığıyla toplanmıştır. Bu amaçla Hacettepe Üniversitesi Basın ve Halka İlişkiler Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınarak anketin linki Hacettepe Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan (lisans/lisansüstü) tüm öğrencilerin ve idari/akademik personelin hacettepe.edu.tr uzantılı maillerine iletilmiştir. Ayrıca Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan bazı öğrencilere de araştırma linki yollanmıştır. Araştırmaya katılım sağlamaya gönüllü olan katılımcılar mailde yer alan linke tıklayarak

çalışmaya dâhil olmuşlardır. Katılımcılar araştırmının linkini tıkladıklarında ilk olarak Bilgilendirilmiş Onam Formu ile karşılaşmışlardır (EK 12). Araştırmayı kabul etmek istemediklerini belirtmeleri durumunda anket sonlanmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formunda çalışmanın üçüncü aşamasının da olacağı ve araştırmacı tarafından belirlenen kriterlere uyan katılımcılara vermiş oldukları iletişim bilgileri aracılığıyla ulaşılabileceği bilgisi de verilmiştir.

Online veri toplama sürecinde oluşabilecek birtakım yanlılıkları önleyebilmek amacıyla ankete ilişkin bazı değişkenler araştırmacı tarafından göz önünde bulundurulmuştur. Bu amaçla aynı katılımcının anketi birden fazla kez cevaplayabilmesini engellemek için IP kısıtlılığı konulmuştur. Bu şekilde aynı IP numarasına sahip katılımcının birden çok defa anket sorularını cevaplaması sistem tarafından engellenmiştir. Ek olarak, çalışmanın birinci aşamasına bakılarak katılımcıların ölçek setini doldurmalarının yaklaşık 75-90 dakika süreceği öngörülmüştür. Katılımcıların tek seferde ölçeği dolduramayabilecekleri ya da bazı teknik sebeplerle (internet, elektrik kesintisi vb.) uygulamanın yarım kalabileceği düşünülerek katılımcıların uygulamayı yarım bırakmaları durumunda sistem tarafından katılımcılara mail gönderilmesi sağlanmıştır. Böylelikle katılımcılar bu maile tıkladıkları anda kaldıkları yerden çalışmaya devam edebilmişler, tekrar en başa dönmek zorunda kalmamışlardır. Ayrıca katılımcıların anketi doldurma süreleri incelenmiş, tüm soruların sağlıklı bir şekilde okunup cevaplanmasına olanak olmayan sürelerde (15 dakikadan az) anketi tamamladıkları tespit edilen katılımcıların verileri analize dahil edilmemiştir. Araştırma sonlandırıldıktan sonra tüm katılımcılar arasından kura ile 3 kişi belirlenip 50 TL'lik D&R hediye çeki taraflarına iletilmiştir.

#### **2.2.4. Verilerin Analizi**

Çalışmanın istatistiksel analizleri Statistical Package for Social Science (SPSS V. 23) kullanılarak yürütülmüştür. Toplanan veriler Surveey.com tarafından otomatik olarak SPSS V. 23 programına aktarılmıştır. Veri setinin kayıp veri, normallik ve uç değer analizleri gerçekleştirildikten sonra son 6 ay içinde ruh sağlığıyla ilgili bir problem yaşadığını ya da psikiyatrik bir tanı aldığını belirten 47 katılımcının verisi veri setinden çıkarılarak analizler 363 katılımcı üzerinden yürütülmüştür. İlk olarak OKB, BYB, BAB ve HKB ile ilişkili İDD'lerin sıklık, rahatsızlık, yorumlama ve kontrol puanlarının birbirleri ile olan korelasyonları incelenmiştir. Ardından tekrarlı ölçümler varyans analizi ile kişi içi farklılıklar değerlendirilmiştir. Her bir İDD alanından düşünce

deneyimlemenin diğer içeriklerde İDD yaşanması üzerindeki yordayıcı gücü ise doğrusal regresyon analizi yürütülerek incelenmiştir.

### 2.3. ÇALIŞMA III: ÇEVİRİMİÇİ GÜNLÜK ÇALIŞMASI

Araştırmanın bu aşamasında, geriye dönük (retrospective) araştırmaların temel sorunlarından olan ‘bellek yanılsamalarının’ önüne geçebilmek, klasik günlük çalışmalarının yaratabileceği sınırlılıkları aşabilmek ve İDD’ler hakkında en gerçekçi, güvenilir, yanılsamalardan arınık bilgiye ulaşabilmek amacıyla ‘gerçek zamanlı çevrim içi günlük uygulaması’ gerçekleştirilmiştir.

#### 2.3.1. Katılımcılar

2.2.1’de anlatıldığı üzere çalışmanın ikinci aşamasında 410 kişilik klinik olmayan yetişkin katılımcıdan veri toplanmıştır. OKE-R, YTT-26, WI-7 ve BDBSF’den ortalamanın 1.5 SS üstünde alan katılımcılar “Yüksek Risk Grubu” kategorisinde değerlendirilmiştir (örn: OKE-R’den 1,5 SS üstte alan katılımcılar “OKB Yüksek Risk Grubu”). OKB, BYB, BAB ve HKB Yüksek Risk Grupları dışında araştırmaya beşinci bir grup dâhil edilmiştir. Bu grubun katılımcılarını birden fazla risk grubuna giren katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırmanın bu aşamasında toplam 51 katılımcı yer almıştır. Bu katılımcıların 33’ü tekil risk gruplarında yer alan katılımcılardır. 18 katılımcı ise birden fazla risk grubunda yer almaktadır. Katılımcıların demografik bilgilerine ikinci aşamada doldurmuş oldukları Demografik Bilgi Formundan ulaşılmıştır. Bu eşleme katılımcıların telefon numaraları ve mail adresleri aracılığıyla sağlanmıştır. Katılımcıların 46’sı (% 90.2) kadın, 5’i (% 9.8) erkektir. Katılımcıların yaşları 18-29 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 20.49’dur ( $SS = 2.29$ ). Katılımcılara ait diğer demografik bilgiler Tablo 3’de verilmiştir.

**Tablo 3.** Üçüncü Aşamanın Örneklemine İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sıklık ve Yüzdeler Değerleri

Değişken	Sıklık (F)	Yüzde (%)
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	46	90.2
Erkek	5	9.8



---

*Medeni Durum*

Evli	1	2.0
Bekar	50	98.0

*Eğitim Durumu*

İlkokul	-	-
Ortaokul	-	-
Lise	4	7.8
	1	2.0
Yüksekokul		
Üniversite	45	88.2
	1	2.0
Lisansüstü		

*Dini İnanç*

Müslüman	40	78.4
Deist	3	5.9
Ateist	1	2.0
Kayıp	7	13.7
Değer		

*Toplam*

51	100
----	-----

	<i>Ortalama (N = 51)</i>	<i>Standart Sapma (SS)</i>
<i>Yaş</i>	20.49	2.29

---

### 2.3.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcılar telefonlarına yüklenen Instant Survey uygulaması aracılığıyla iki haftalık ölçüm alınan çevrim içi günlük uygulamasına katılmışlardır.

#### 2.3.2.1. Instant Survey Uygulaması

Instant Survey uygulaması uzmanlık alanı Deneyim Örneklem ve Ekolojik Anlık Değerlendirme yöntemleri olan Avustralya Cairnmillar Enstitüsü Başkanı Prof. Dr. Ben Richardson tarafından geliştirilmiştir.

#### 2.3.3. İşlem

İlk olarak Prof. Dr. Ben Richardson ile iletişim kurularak uygulamanın Türkiye’de mevcut araştırma için kullanılabilmesi ile ilgili olarak gerekli izinler alınmıştır. Ardından sadece Android iletişim sistemi kullanan akıllı telefonlar için kullanıma açık olan uygulamanın IOS iletişim sistemine sahip akıllı telefonlar için de kullanılabilir olması sağlanmıştır. Böylelikle IOS iletişim sistemine ait cihaz kullanan katılımcıların kaybının önüne geçilmiştir. Uygulamanın yazılımı ve ara yüzleri İngilizce dilinde olup, uygulamaya yerleştirilecek Türkçe sorular uygulamanın kurucusuna iletilmiş ve karşılaşılan bir takım teknik sorunlar işbirliği ile çözüme kavuşturulmuştur. Uygulama Türkçe formatta hazırlanırken alanyazın önerileri dikkate alınarak bazı değişkenler göz önünde bulundurulmuştur: uygulamanın uzunluğu, soruların formatı, kişileri tetikleyecek sinyal kullanımı vb. Kişilerden önceden belirlenmiş belirli bir süre içerisinde belli aralıklara ölçüm alınması sırasında dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan birisi uygulamanın uzunluğudur. Çok fazla sorunun sorulduğu ve kişinin çok fazla vaktini alabilecek çevrim içi günlük uygulamaları hem katılımcılarda tükenmişlik yaratıp araştırmaya yönelik motivasyonlarını düşürmesi açısından hem de bu denli uzun bir uygulamanın telefon üzerinden doldurulmasının pratik olmaması açısından tercih edilmemektedir. Uygulamanın süresindeki artışın drop-out oranlarındaki artışı da beraberinde getirmesi kaçınılmazdır. Bu sebeple uygulama oluşturulurken soru sayısının mümkün olduğunca az tutulmasına özen gösterilmiştir. Telefon üzerinden tekrarlı olarak ölçümlerin alındığı çalışmalarda dikkat edilmesi gereken bir diğer önemli nokta da soruların formatıdır. Açık uçlu sorular hem cevaplama süresini uzatması hem de katılımcılar için telefon üzerinden cevaplanmasının zor olması açısından tercih edilmemektedir. Bu zorluk dikkate alınarak mevcut çalışmadaki tüm sorular kapalı-uçlu şekilde sorulmuştur. Araştırmacı tarafından gün içindeki ölçüm zamanlarının belirlendiği

çalışmalarda katılımcılara sinyal gönderilerek sinyalin geldiği an uygulamanın sorularının cevaplanması beklenmektedir. Mevcut çalışmada ise İDD'ler ile ilgili gerçek zamanlı bilgilerin alınması temel hedeflerden biri olduğu için katılımcıların zihinlerinde İDD belirdiği anda uygulamayı açıp soruları yanıtlamaları istenmiştir. İDD'ler ile yürütülen günlük çalışmalarında (Bucarelli ve Purdon, 2015) sinyal gönderim yönteminin (günde iki kere sinyal gönderip “en son sinyalden bu yana zihninizde beliren İDD'ler ile ilgili olarak soruları yanıtlayınız) kullanımının bellek yanılsamalarından etkilenmesi kaçınılmazdır. Ayrıca sinyal gönderilmesinin İDD'lerin sıklığını arttırabileceği ve kişi için tetikleyici olabileceği düşünüldüğünden bu çalışmada telefon sinyali gönderilmemesine karar verilmiştir. Bunun yerine katılımcılarla yapılan uygulama öncesi bilgilendirme görüşmelerinde İDD'ler akıllarına geldiği anda, gün içindeki sayısı ne olursa olsun, uygulamayı açıp soruları yanıtlamalarının önemini altı çizilmiştir. Bahsedilen sınırlılıkların önüne geçilmesi amacıyla uygulama sinyal gönderilmeden cevaplanacak kapalı uçlu maksimum 5 sorudan oluşacak şekilde tasarlanmıştır.

Araştırmanın sorularının Instant Survey programına aktarılmasının ardından katılımcıların kullanımına sunmadan önce Hacettepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi olan iki uzman klinik psikolog ile pilot bir deneme yapılmıştır. Bu iki uzmandan iki gün boyunca ölçüm alınmıştır. İki gün sonunda katılımcıların uygulamanın kullanılabilirliği, soruların uzunluğu, uygulamaya katılımın güçlükleri/kolaylıkları gibi hem uygulamada kullanılan sorular hem de uygulamanın teknik özellikleri ile ilgili geri bildirimler alınmış olup, katılımcıların yanıtlarının sistem tarafından otomatik aktarımı esnasında herhangi bir sorun yaşanıp yaşanmadığı da araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Pilot deneme çalışması sonucu gelen geri bildirimler doğrultusunda yeniden gözden geçirilen uygulamaya son şekli verilmiştir.

Beş farklı yüksek risk grubuna dâhil olan katılımcılarla iletişim bizzat araştırmacı tarafından telefon görüşmesi aracılığıyla sağlanmıştır. Bu kişiler Hacettepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Laboratuvarına davet edilmişlerdir. Araştırmanın bu aşamasına katılmayı kabul eden katılımcılar İDD'ler ile ilgili olarak araştırmacı tarafından ayrıntılı olarak bilgilendirilmişlerdir (EK 13). Katılımcılara her İDD alanı ile ilgili örnekler sunulmuş ve katılımcıdan İDD kavramını anladığından emin olunana kadar bu düşünceleri kendi yaşam deneyimlerinden örneklendirmesi istenmiştir. Katılımcının İDD'yi gündelik endişe, kaygı, fantezi gibi kavramlardan ayırt edebildiğinden emin olunduktan sonra iki

haftalık veri toplama sürecinde katılımcıların akıllarına İDD geldiği anda telefonlarını açıp soruları yanıtlamalarının önemi ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Katılımcının o an telefonun çekmemesi, uygulamayı açabilecek uygunlukta olmaması gibi durumlar gözetilerek 20 dakikalık bir geç girme hakkı tanınmıştır. Bu süre dışında verilen cevapların bellek yanlılığından etkilenme ihtimali yüksek olduğundan katılımcılardan bu süreye dikkat etmeleri istenmiştir (Stone ve Shiffman, 2002). Ardından da “InstantSurvey” uygulaması telefonlarına laboratuvar ortamında yüklenerek, araştırmacı ile birlikte bir örnek yapmaları sağlanmıştır. Uygulamanın ara yüzü İngilizce olduğu için uygulama esnasında katılımcılar çok temel bazı İngilizce kelimelerle karşılaşmışlardır (open, yes/no, submit gibi). Laboratuvar ortamında yapılan bu örnek uygulama sayesinde hiç İngilizce bilmeyen katılımcılara bu temel ifadeler de açıklanmıştır. Böylelikle bu sebeple katılımcıların uygulamayı yarıda bırakmalarının önüne geçilmiştir. Katılımcılarla İDD ile ilgili olarak yapılan bilgilendirmeyi ve örnek uygulamayı içeren bu aşama yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Katılımcılara verilen ayrıntılı bilgilendirmenin kısa bir broşür haline getirilmiş hali ve uygulama ile ilgili ayrıntılı yönergenin bulunduğu bir bilgilendirme formu katılımcılara iletilmiştir. Katılımcılarda meydana gelebilecek olası bir tükenmişliği, buna bağlı olarak da oluşabilecek drop-out oranlarını azaltmak amacıyla, katılımcılara uygulamanın birinci haftasında araştırmacı tarafından “Uygulamanın ilk yarısını bitirmiş bulunmaktasınız! Şimdiye kadarki katkılarınız için teşekkürler.” şeklinde bir motivasyon mesajı yollanmıştır. İki haftalık uygulama süresi sonlandığında ise “Uygulamayı tamamlamış bulunmaktasınız! Katkılarınız için teşekkürler.” mesajı ile tüm katılımcılar bilgilendirilmiştir. İstem dışı düşünceler ile ilgili iki hafta süren bir uygulamanın katılımcılarda birtakım farkındalıklar yaratabileceği düşünülerek katılımcılar yaşayabilecekleri birtakım duygular, belirtiler, problemler ile ilgili olarak uygulama sonrasında mail yoluyla bilgilendirilmişlerdir. İhtiyaç duymaları halinde profesyonel ruh sağlığı desteği alabilecekleri kurumların iletişim bilgileri de tüm katılımcılarla paylaşılmıştır.

Çevrimiçi günlük uygulaması 3 ana bölümden oluşmaktadır: Sabah Raporu, İstem Dışı Düşünceler Raporu, Gün Sonu Raporu. Katılımcılardan iki hafta boyunca her sabah uyandıklarında telefonlarına yüklenen uygulama aracılığıyla sabah raporunu doldurmaları istenmiştir. Sabah Raporu toplam 5 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Soruların cevaplanması bir dakikadan az sürmektedir. Sabah Raporu'nun amacı

katılımcıların güne ilk başladıklarındaki duygu durumları hakkında bilgi sahibi olmaktır (EK 14). İstem Dışı Düşünceler Raporu'nda ise katılımcılardan İDD akıllarına geldiği anda telefonlarındaki uygulamayı açıp bu düşünce ile ilgili toplam 4 kapalı uçlu soruyu yanıtlamaları istenmiştir ve cevaplama süresi yaklaşık 30 saniye sürmektedir (EK 15). Telefon uygulamasının çok az zaman almasına özellikle dikkat edilmiştir. Bu amaçla da İDD ile ilgili detaylı sorular Gün Sonu Raporu'nda sorulmuştur (EK 16). Katılımcıların mail adreslerine gönderilen "SurveyMonkey" linki sayesinde mümkünse her akşam 22:00'dan sonra linki tıklayarak gün içinde kendilerini en çok rahatsız eden İDD'yi temel alarak o düşünce hakkındaki soruları yanıtlamışlardır. Gün sonu raporlaması da yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Katılımcılardan gelen tüm veriler de katılımcı kodları sayesinde eşleştirilmiştir. Uygulama sonrasında katılımcıların Sabah ve Gün Sonu Raporlarına katılım oranları incelenmiş olup doldurma oranı %65 ve üzeri olan katılımcılara 50 TL verilmiştir. Doldurma oranı %65 ve üzerinde olan katılımcılar tüm örneklemin %86.5'ini oluşturmaktadır.

#### **2.3.4. Verilerin Analizi**

Çalışmanın üçüncü aşamasının analizleri Statistical Package for Social Science (SPSS V. 23) kullanılarak yürütülmüştür. Çevrimiçi günlük çalışması ile 15 gün boyunca toplanan İDD'ye ilişkin verilerin fenomenolojik özellikleri temel betimsel analizlerden olan frekans analizi ile incelenmiştir. Ardından düşüncelerin sıklığı, rahatsızlığı ve ilişkili işlevsel olmayan bilişler arasındaki ilişki korelasyon analizleri ile incelenmiş olup duygu durum değerlendirmeleri, beklenti etkisi ve işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejilerine yönelik gruplar arası varyans karşılaştırmaları için t-test, ANOVA ve MANOVA analizleri kullanılmıştır.

### **3. BÖLÜM: BULGULAR**

#### **3.1. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZLERE UYGUNLUĞUNUN İNCELENMESİ**

Yürütülen bu araştırmanın verileri, ölçek uyarlaması ( $N = 259$ ), tanımlar üstü yapının testi ( $N = 410$ ) ve çevrimiçi günlük çalışması ( $N = 51$ ) olmak üzere üç farklı zaman diliminde toplanmış olup hipotez testine geçilmeden önce toplanan bu verilerin parametrik analizlere uygunluğu incelenmiştir. Öncelikle kayıp veri ve uçdeğer analizleri yapılmış,

verilerin SPSS'e aktarımı sırasında meydana gelebilecek olası hatalı veri girişleri kontrol edilmiştir. Ardından, mevcut verinin normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadığını belirlemek amacıyla tüm ölçüm araçlarından alınan puanlara ilişkin basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri hesaplanmış olup tüm değerlerin -1 ile +1 arasında olduğu bulunmuştur. Sosyal bilimlerde verilerin normal dağılım varsayımını karşılayabilmesi için bu değerlerin -1.5 ile +1.5 arasında olması gerektiği belirtildiğinden (Tabachnick ve Fidell, 2014) mevcut çalışmada normal dağılım varsayımının karşılandığı belirlenmiştir.

### **ÇALIŞMA I: ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI**

Bu bölümde ilk olarak araştırmanın birinci Basamağı olan İDDÖ'nün Türkçe'ye adaptasyonuna ilişkin geçerlik ve güvenilirlik analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

#### **3.2. İDDÖ'NÜN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR**

**Araştırma sorusu 1: İDDÖ Türkçe formunun psikometrik özellikleri ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmekte midir?**

**Hipotez 1:** İDDÖ'nün Türk kültüründe yapılan çalışmada elde edilen geçerlik ve güvenilirlik değerlerinin ölçeğin orijinal formu ile paralellik gösterecek şekilde tatmin edici düzeyde olması beklenmektedir.

##### **3.2.1. Yapı Geçerliği**

İDDÖ dört farklı alandaki İDD'leri değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Ölçek, her bir İDD alanının o içerik ile ilgili listelenmiş olan düşüncelerin 1) sıklığını 2) yarattığı rahatsızlığı 3) en çok rahatsız eden düşünceyi yorumlama/kontrol etme biçimlerini değerlendirecek şekilde 3 ayrı bölümden oluşmaktadır. Her bir İDD alanının sıklığı 7'li ve rahatsızlığı da 5'li Likert üzerinden değerlendirilmektedir. Sıklığı ve rahatsızlığı değerlendirilen İDD'ler o alana özgü yaşanan düşüncelerin listelenmesi şeklinde oluşturulmuştur. Dolayısıyla her bir alan için listelenmiş o alana ilişkin İDD örneklerini Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile test etmek bu bölümlerin yapısına aykırıdır. Ancak Yorumlama/Kontrol etme biçimlerini değerlendiren bölüm her bir alan için ayrı ayrı DFA ile test edilmiştir. Ölçeğin bu bölümü 14 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır: Duygusal Etki (Emotional Impact; Madde 1 ve 2), İnterferans (Interference; Madde 3), Ego-distoniklik (Ego-dystonicity; Madde 4), Yorumlama (Appraisal; Madde 5, 6 ve 7) and Kontrol Stratejileri (Control Strategies; Madde 8, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14). Her bir

alana ilişkin test edilen modellerin yapılan modifikasyonlardan sonraki uyum indeksleri Tablo 4'te verilmiştir. Yapılan analizler yorumlama/kontrol stratejileri ölçeği'nin 5 faktörlü yapısının tüm İDD alanları için doğrulandığını göstermektedir (Bkz., Tablo 4). OKB'ye özgü İDD alanı için ana modelin uyum indekslerinin ( $X^2 = 169.10$ ,  $X^2/df = 2.45$ ,  $p = .00$ ,  $GFI = .89$ ,  $CFI = 87$ ,  $RMSEA = .09$ ) 10 ve 14. maddelerin hataları arasında ( $X^2 = 7.23$ ) oluşturulan kovaryanstan sonra daha iyi bir düzeye çekildiği bulunmuştur. Fiziksel görünüş ile ilgili İDD alanı için ana modelin uyum indeksleri ( $X^2 = 160.80$ ,  $X^2/df = 2.33$ ,  $p = .00$ ,  $GFI = .87$ ,  $CFI = 86$ ,  $RMSEA = .09$ ), 13. ve 14. maddelerin hatası ( $X^2 = 6.73$ ) arasında ( $X^2 = 151.27$ ,  $X^2/df = 2.23$ ,  $p = .00$ ,  $GFI = .88$ ,  $CFI = 87$ ,  $RMSEA = .09$ ), 10 ve 13. maddelerin hataları ( $X^2 = 5.74$ ) arasında ( $X^2 = 148.80$ ,  $X^2/df = 2.22$ ,  $p = .00$ ,  $GFI = .88$ ,  $CFI = 87$ ,  $RMSEA = .09$ ), 8. ve 11. maddenin hataları ( $X^2 = 4.56$ ) arasında ( $X^2 = 143.93$ ,  $X^2/df = 2.18$ ,  $p = .00$ ,  $GFI = .89$ ,  $CFI = 88$ ,  $RMSEA = .09$ ) ve son olarak da 10. ve 14. maddenin hatası arasında ( $X^2 = 4.33$ ) oluşturulan kovaryanslar sonrasında daha anlamlı bir noktaya çekilmiştir. Diyet/fiziksel egzersiz ile ilgili İDD alanı için ana modelin uyum indekslerine ek olarak ( $X^2 = 161.07$ ,  $X^2/df = 2.33$ ,  $p = .00$ ,  $GFI = .84$ ,  $CFI = 85$ ,  $RMSEA = .10$ ), 13 ve 14. maddelerin hataları ( $X^2 = 16.57$ ) arasında ( $X^2 = 140.08$ ,  $X^2/df = 2.06$ ,  $p = .00$ ,  $GFI = .86$ ,  $CFI = 89$ ,  $RMSEA = .09$ ), 10 ve 13. maddelerin hataları ( $X^2 = 9.19$ ) arasında ( $X^2 = 135.30$ ,  $X^2/df = 2.02$ ,  $p = .00$ ,  $GFI = .86$ ,  $CFI = 89$ ,  $RMSEA = .09$ ) ve 10. ve 12. maddelerin hataları arasında ( $X^2 = 5.76$ ) oluşturan kovaryanslardan sonra modele son şekli verilmiştir. Sağlık ile İlgili İDD alanı için ise ( $X^2 = 107.17$ ,  $X^2/df = 1.55$ ,  $p = .00$ ,  $GFI = .86$ ,  $CFI = 90$ ,  $RMSEA = .08$ ) 11 ve 12. maddelerin hataları ( $X^2 = 7.97$ ) arasında ( $X^2 = 98.47$ ,  $X^2/df = 1.45$ ,  $p = .00$ ,  $GFI = .87$ ,  $CFI = 92$ ,  $RMSEA = .07$ ) ve 8 ve 9. maddelerin hataları ( $X^2 = 7.44$ ) arasında oluşturulan kovaryansların model uyum indeksini daha iyi düzeye çektiği belirlenmiştir. Her bir İDD alanına ilişkin yapılan modifikasyonlardan sonra modellerin son hallerine ilişkin uyum indeksleri Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Her bir İDD Alanı için Yorumlama/Kontrol Stratejileri Ölçeği'nin Faktör Yapısına İlişkin Modellerin Uyum İndeksleri

<i>N</i>	$X^2$	<i>sd</i>	$X^2/sd$	<i>p</i>	GFI	CFI	RMSEA
----------	-------	-----------	----------	----------	-----	-----	-------

OKB	189	159.31	68	2.34	.00	.90	.88	.08
Fiziksel Görünüş	158	137.48	65	2.12	.00	.90	.89	.08
Diyet/Egzersiz	127	125.19	66	1.90	.00	.87	.91	.08
Sağlık	84	90.98	67	1.36	.03	.88	.94	.07

Not . GFI: Goodness of Fit Index, CFI: Comparative Fit Index, RMSEA: Root Mean Square Residual.

### 3.2.2. Birleşen Geçerlik

Ölçeğin birleşen geçerliğini değerlendirmek için İDDÖ'nün OKE-R (Obsesif-Kompulsif Envanteri-Revize), YTE-40 (Yeme Tutum Envanteri-40), SAE (Sağlık Anksiyetes Envanteri), BAÖ (Beden Algısı Ölçeği) ve PNDÖ (Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği) ile olan korelasyonları incelenmiştir. Tablo 5'te görüldüğü üzere, OKB'ye özgü İDD sıklık puanlarının obsesif-kompulsif belirti şiddetini ölçen OKE-R ile olan korelasyonunun kişinin bedenine ilişkin hoşnutsuzluklarını ölçen BAÖ ( $N = 237, z = 7.30, p < .001$ ), hipokondriyak belirtileri değerlendiren SAE ( $N = 237, z = 3.81, p < .001$ ) ve yeme davranışındaki bozulmaları ölçen YTE-40 ( $N = 237, z = 3.84, p < .001$ ) ile olan korelasyonlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. OKB'ye özgü İDD rahatsızlık puanının da OKE-R ile olan korelasyonunun BAÖ ( $N = 237, z = 4.44, p < .001$ ), SAE ( $N = 237, z = 2.02, p < .05$ ) ve YTE-40 ( $N = 237, z = 2.40, p < .001$ ) ile olan korelasyonlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yapılan analizler, Diyet/fiziksel Egzersiz ile ilgili İDD sıklık ve rahatsızlık puanlarının da, sırasıyla, YTE-40 ile olan korelasyonlarının BAÖ ( $N = 237, z = 2.58, p < .05; N = 237, z = 2.41, p < .05$ ) ve SAE ( $N = 237, z = 1.63, p < .05; N = 237, z = 2.91, p < .05$ ) ile korelasyonlarından anlamlı olarak yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca, Sağlık ile ilgili İDD sıklık puanının SAE ile korelasyonu YTE ( $N = 237, z = 3.82, p < .001$ ) ve BAÖ ( $N = 237, z = 3.82, p < .001$ ) ile olan korelasyonundan anlamlı olarak yüksek iken, Sağlık ile ilgili İDD rahatsızlık puanının SAE ile olan korelasyonunun sadece BAÖ ( $N = 237, z = 2.82, p < .001$ ) ile olan korelasyonundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tüm bu bulguların ölçeğin birleşen geçerliği için önemli kanıtlar oluşturduğu düşünülmektedir.



İDDÖ'nün birleşen geçerliğini değerlendirmek için ayrıca PNDÖ ile olan korelasyon katsayıları incelendiğinde ise, İDDÖ'nin değerlendirdiği 4 farklı içerik alanının sıklık ve rahatsızlık puanlarının, beklenildiği üzere, PNDÖ Pozitif Duygu alt ölçeği ile negatif yönde, PNDÖ Negatif Duygu alt ölçeği ile de pozitif yönde korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Bkz., Tablo 5). Bu bulguların da İDDÖ'nün birleşen geçerliğini desteklediği düşünülmektedir

**Tablo 5.** İDDÖ OKB'ye özgü, Fiziksel Görünüş ile İlgili, Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili ve Sağlık ile İlgili İDD'lerin Sıklık ve Rahatsızlık Puanları ile OKE-R, SAE, YTE-40, BAÖ ve PNDÖ Arasındaki Korelasyon Katsayıları

	OKB_S	OKB_R	BAB_S	BAB_R	BYB_S	BYB_R	HKB_S	HKB_R	OKE	BAÖ	YTE	SAE	POZ	NEG
OKB_S	X = 2.1 S = .81													
OKB_R	X = 1.87 S = .61	.51**												
BAB_S	X = 2.18 S = 1.04	.51**	.29**											
BAB_R	X = 1.91 S = .80	.41**	.43**	.72**										
BYB_S	X = 2.39 S = 1.19	.54**	.33**	.56**	.43**									
BYB_R	X = 1.86 S = .84	.47**	.41**	.60**	.60**	.74**								
HKB_S	X = 1.85 S = .81	.48**	.34**	.41**	.28**	.42**	.42**							
HKB_R	X = 1.88 S = .80	.33**	.41**	.25**	.42**	.37**	.49**	.57**						
OKE	X = 19.87 S = 12.54	.67**	.45**	.45**	.33**	.45**	.43**	.42**	.22**					

BAÖ	X=136.95 S = 21.09	.22**	.14*	.36**	.20**	.35**	.36**	.24**	.08	.34**				
YTE	X = 8.01 S = 7.82	.47**	.30**	.42**	.33**	.52**	.47**	.24**	.22**	.44**	.31**			
SAE	X =34.06 S = 6.59	.48**	.33**	.33**	.25**	.37**	.28**	.49**	.28**	.49**	.38**	.38**		
POZ.	X =29.76 S = 7.91	-.06	-.08	-.12	-.05	-.04	-.09	-.07	-.01	-.09	-.51**	-.09	-.18**	
NEG.	X = 23.23 S = 8.38	.25**	.23**	.33**	.20**	.18*	.28**	.27**	.17*	.43**	.32**	.21**	.35**	-.29**

Not 1. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Not 2. OKB\_S: OKB'ye özgü İDD Sıklık Puanı ; OKB\_R: OKB'ye özgü İDD Rahatsızlık Puanı; BAB\_S: Fiziksel Görünüş ile İlgili İDD Sıklık Puanı; BAB\_R: Fiziksel Görünüş ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; BYB\_S: Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili İDD Sıklık Puanı; BYB\_R: Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; HKB\_S: Sağlık ile İlgili İDD Sıklık Puanı; HKB\_R: Sağlık ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; OKE-R: Obsesif-Kompulsif Envanteri-Revize Toplam Puanı; SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Form Toplam Puanı; YTE: Yeme Tutum Envanteri-40 Toplam Puanı; BAÖ: Beden Algısı Ölçeği Toplam Puanı; POZ.: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Pozitif Duygu Toplam Puanı; NEG.: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği Negatif Duygu Toplam Puanı

### 3.2.3. Ölçüt Geçerliği

İDDÖ'nün ölçüt geçerliğini değerlendirmek için OKE-R, BAÖ, SAE ve YTE-40 toplam puanları üzerinden ayrı ayrı alt ve üst %25'lik dilimlere düşen kişiler belirlenmiştir. Bu ayrışma yöntemi ile her bir psikopatoloji grubu için yüksek ve düşük risk grupları oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 6). Her bir yüksek ve düşük risk grubunun temel kaygı kaynağı ile ilgili olan İDD içeriğinden aldıkları sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejileri puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için ayrı ayrı Tek Yönlü Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA) yapılmıştır (örn., Connors, Sitarenios, Parker ve Epstein, 1998). Her bir düşük ve yüksek risk grubu için [Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Beden Algısı Bozukluğu (BAB), Beslenme ve Yeme Bozuklukları (BYB), Hastalık Kaygısı Bozukluğu (HKB)] aynı analiz tekrarlanmıştır.

**Tablo 6.** OKB, BAB, BYB ve HKB Düşük ve Yüksek Risk Gruplarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ile İlişkili Belirti Ölçümlerinden Alınan Puanlar

		<i>n</i>	<i>X</i>	<i>S</i>	
OKB	Düşük Risk	59	6.46	2.87	OKE-R $\leq$ 10
	Yüksek Risk	58	37.48	8.65	OKE- $\geq$ 27.5
BAB	Düşük Risk	70	164.10	12.49	BAÖ $\geq$ 150
	Yüksek Risk	70	113.10	9.81	BAÖ $\leq$ 123
BYB	Düşük Risk	73	2.92	1.09	YTE-40 $\leq$ 4
	Yüksek Risk	77	14.68	10.68	YTE-40 $\geq$ 9
HKB	Düşük Risk	42	26.17	2.11	SAE $\leq$ 29
	Yüksek Risk	66	42.11	5.78	SAE $\geq$ 37

*Not.* OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk; BAB: Beden Algısı Bozukluğu; BYB: Beslenme ve Yeme Bozuklukları; HKB: Hastalık Kaygısı Bozukluğu; OKE-R: Obsesif-Kompulsif Envanteri-Revize Toplam Puanı; BAÖ: Beden Algısı Ölçeği Toplam Puanı; YTE-40: Yeme Tutum Envanteri-40 Toplam Puanı; SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Form Toplam Puanı

OKB düşük ve yüksek risk gruplarının OKB'ye özgü İDD sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejileri puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan MANOVA sonuçları değerlendirildiğinde, sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejileri puanlarının OKB düşük ve yüksek risk gruplarında başarılı bir şekilde ayrışabildiği bulunmuştur [ Wilks'  $\lambda = .46$ ,  $F(3, 86) = 34.00$ ,  $p < .05$ ]. Bonferroni düzeltmesi sonuçları da OKB yüksek risk grubundaki kişilerin OKB'ye özgü İDD'leri daha sık yaşadıklarına [  $F(1,88) = 61.00$ ,  $p = .000$ ,  $\eta_p^2 = .41$ ], bu düşüncelerden daha çok rahatsız olduklarına [  $F(1,88) = 35.75$ ,  $p = .000$ ,  $\eta_p^2 = .29$ ] ve en rahatsız oldukları İDD'ye yönelik daha işlevsel olmayan yorumlama/kontrol stratejileri kullandıklarına [  $F(1,88) = 81.30$ ,  $p = .000$ ,  $\eta_p^2 = .48$ ] işaret etmektedir. BAB düşük ve yüksek risk grupları için yapılan MANOVA sonuçlarına göre, iki grup fiziksel görünüş ile ilgili İDD sıklık ve yorumlama/kontrol stratejileri puanları açısından farklılaşmaktadır [Wilks'  $\lambda = .86$ ,  $F(3, 85) = 4.56$ ,  $p < .05$ ]. Bonferroni düzeltmesi sonrasında ise BAB yüksek risk grubundaki kişilerin fiziksel görünüş ile ilgili İDD'leri yaşama sıklıklarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu [  $F(1,87) = 9.27$ ,  $p = .003$ ,  $\eta_p^2 = .10$ ] ve BAB yüksek risk grubundaki kişilerin işlevsel olmayan yorumlama/kontrol stratejilerini daha fazla kullandıkları [  $F(1,87) = 10.92$ ,  $p = .001$ ,  $\eta_p^2 = .11$ ] bulunmuştur. Yapılan analizler, BYB düşük ve yüksek risk gruplarının da diyet/fiziksel egzersiz ile ilgili İDD sıklık, rahatsızlık yorumlama/kontrol stratejileri puanları açısından farklılaştığına işaret etmektedir [Wilks'  $\lambda = .77$ ,  $F(3, 76) = 7.50$ ,  $p < .05$ ]. Ayrıca BYB yüksek risk grubundaki kişilerin diyet/fiziksel egzersiz ile ilgili İDD'leri düşük risk grubuna göre daha sıklıkla yaşadıkları [  $F(1,78) = 20.37$ ,  $p = .000$ ,  $\eta_p^2 = .21$ ], bu düşüncelerden daha çok rahatsızlık duydukları [  $F(1,78) = 18.87$ ,  $p = .000$ ,  $\eta_p^2 = .20$ ] ve işlevsel olmayan yorumlama/kontrol stratejilerini daha çok kullandıkları [  $F(1,78) = 9.93$ ,  $p = .002$ ,  $\eta_p^2 = .11$ ] bulunmuştur. Son olarak, yapılan analizler HKB düşük ve yüksek risk gruplarındaki kişilerin de sağlık ile ilgili İDD sıklık ve rahatsızlık puanları açısından farklılaştığını [ Wilks'  $\lambda = .74$ ,  $F(3, 60) = 6.92$ ,  $p < .05$ ] ve yüksek risk grubundaki kişilerin sıklık [  $F(1,62) = 14.74$ ,  $p = .000$ ,  $\eta_p^2 = .19$ ], rahatsızlık [  $F(1,62) = 9.05$ ,  $p = .004$ ,  $\eta_p^2 = .13$ ] ve işlevsel olmayan yorumlama/kontrol stratejileri [  $F(1,62) = 14.61$ ,  $p = .000$ ,  $\eta_p^2 = .19$ ] puanlarının düşük risk grubundan anlamlı olarak yüksek olduğunu belirtmiştir. Türkiye örneğine adaptasyonu gerçekleştirilen İDDÖ'nün 4 farklı düşük ve yüksek belirti grubunda sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejileri puanları açısından anlamlı

şekilde birbirinden ayrışabiliyor olması ölçeğin istenilir ölçüt geçerliliğine sahip olduğuna işaret etmektedir.

#### 3.2.4. Güvenirlilik

Ölçeğin orijinal formunda kontrol stratejileri alt boyutuna ait 8. madde (“Hiçbir şey yapmam; sadece aklıma gelmesine izin veririm.”) ve 13. madde (“Keyif veren ve rahatlatan bir şeyler yaparak dikkatimi başka yöne çekerim. Örn: radyoyu, televizyonu açmak, bilgisayarla oynamak, kitap okumak, vb.”) ters kodlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunda bu maddeler ters kodlanarak madde-toplam korelasyonları incelendiğinde 13. maddenin ölçek toplam puanı ile tüm İDD alanlarında negatif yönde korelasyon gösterdiği belirlenmiştir (OKB’ye özgü, Fiziksel Görünüş ile ilgili, Diyet/Fiziksel Egzersiz ile ilgili, Sağlık ile ilgili İDD’ler için sırasıyla,  $r = -.43$ ,  $r = -.38$ ,  $r = -.38$ ,  $r = -.50$ ). 13. maddenin tüm İDD alanları ile negatif yönde ve güçlü bir ilişkisi olması orijinal formda olumlu bir kontrol stratejisi olarak kabul edilen bu maddenin Türk kültüründe katılımcılardan tarafından kaçınma olarak algılanıp olumsuz bir kontrol stratejisi olarak değerlendirilmiş olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle bu madde ters kodlanan maddeler arasından çıkarılmıştır ve kalan analizlerde 13. madde olduğu şekliyle kodlanarak analizlere dahil edilmiştir.

Herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı yetişkin örneklem üzerinden gerçekleştirilen güvenilirlik analizlerine göre; İDDÖ’nin sıklık ve rahatsızlık puanları için iç tutarlık katsayıları; OKB’ye özgü İDD için: Sıklık  $\alpha = .84$ , Rahatsızlık  $\alpha = .81$ ; Fiziksel Görünüş ile ilgili İDD için: Sıklık  $\alpha = .91$ , Rahatsızlık  $\alpha = .90$ ; Diyet/Fiziksel Egzersiz ile ilgili İDD için: Sıklık  $\alpha = .91$ , Rahatsızlık  $\alpha = .90$ ; Sağlık ile ilgili İDD için: Sıklık  $\alpha = .87$ , Rahatsızlık  $\alpha = .85$  olarak bulunmuştur. Yorumlama/kontrol stratejileri için ise bu değerler sırasıyla .85, .86, .88 ve .89 olarak bulunmuştur. İDDÖ sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejileri puanlarının madde-toplam korelasyonlarının OKB’ye özgü İDD için sırasıyla .12- .66, .14- .57 ve .21- .70; fiziksel görünüş ile ilgili İDD için .32- .76, .35- .69 ve .13- .72; diyet/fiziksel egzersiz ile ilgili İDD için .36- .74, .38- .67 ve .11- .76; sağlık ile ilgili İDD için ise .36- .64, .32- .54 ve .26- .73 arasında değiştiği bulunmuştur. Ayrıca, ölçeğin OKB’ye özgü İDD için sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejileri alanlarındaki Guttman iki yarım test güvenilirlik değerleri sırasıyla .75, .68 ve .76; fiziksel görünüş ile ilgili İDD için .91, .91ve .80; diyet/fiziksel

egzersiz ile ilgili İDD için .90, .88 ve .83; sağlık ile ilgili İDD için ise .84, .78 ve .81 olarak hesaplanmıştır (Bkz., Tablo 7).

**Tablo 7.** İDDÖ için İç Tutarlık (Cronbach's  $\alpha$ ), Madde-Toplam Korelasyon Ranjları ve Guttman İki Yarım Test Güvenirlik Değerleri

	Cronbach's $\alpha$	Madde-Toplam Korelasyon Ranjı	Guttman İki Yarım Test Güvenirlik Değerleri
OKB_S	.84	.12 - .66	.75
OKB_R	.81	.14 - .57	.68
OKB_K/Y	.85	.21 - .70	.76
BAB_S	.91	.32 - .76	.91
BAB_R	.90	.35 - .69	.91
BAB_K/Y	.86	.13 - .72	.80
BYB_S	.91	.36 - .74	.90
BYB_R	.90	.38 - .67	.88
BYB_K/Y	.88	.11 - .76	.83
HKB_S	.87	.36 - .64	.84
HKB_R	.85	.32 - .54	.78
HKB_K/Y	.89	.26 - .73	.81

*Not.* OKB\_S: OKB'ye özgü İDD Sıklık Puanı ; OKB\_R: OKB'ye özgü İDD Rahatsızlık Puanı; OKB\_K/Y: OKB'ye özgü İDD Yorumlama/Kontrol Stratejileri Puanı; BAB\_S: Fiziksel Görünüş ile İlgili İDD Sıklık Puanı; BAB\_R: Fiziksel Görünüş ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; BAB\_K/Y: Fiziksel Görünüş ile İlgili İDD Yorumlama/Kontrol Stratejileri Puanı; BYB\_S: Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili İDD Sıklık Puanı; BYB\_R: Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; BYB\_K/Y: Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili İDD Yorumlama/Kontrol Stratejileri Puanı; HKB\_S: Sağlık ile İlgili İDD Sıklık Puanı; HKB\_R: Sağlık ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; HKB\_K/Y: Sağlık ile İlgili İDD Yorumlama/Kontrol Stratejileri Puanı

## **ÇALIŞMA II: İDD'LERİN TANILAR ÜSTÜ ÖZELLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bu bölümde istem dışı düşüncelerin tanılar üstü doğasına yönelik temel hipotezlerin test edildiği analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Hipotezler test edilirken araştırmanın birinci aşamasında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yürütülen İDDÖ ve ilişkili diğer ölçüm araçları kullanılmıştır.

### **3.3. İDD'LERİN TANILAR ÜSTÜ DOĞASINA İLİŞKİN BULGULAR**

İlk olarak, toplanan verilerin ve oluşturulan yüksek risk gruplarının temel özelliklerini anlamak amacıyla ön analizler gerçekleştirilmiştir. Belirti ölçüm araçlarından alınan ortalama puanların 1 SS ve üzerindeki katılımcılar yüksek risk grubu olarak belirlenmiştir [Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) Yüksek Risk Grubu [OKB-YR], OKE-R  $X \geq 36$ ; Beslenme ve Yeme Bozuklukları (BYB) Yüksek Risk Grubu [BYB-YR], YTT-26  $X \geq 19$ ; Beden Algısı Bozukluğu (BAB) Yüksek Risk Grubu [BAB-YR], BDBSF  $X \geq 3$ ; Hastalık Kaygısı Bozukluğu (HKB) Yüksek Risk Grubu [HKB-HR], WI-7  $X \geq 4$ ]. MANOVA analizlerine göre, belirli bir risk grubunun ilgili belirti ölçümlerinden (örn., OKB-YR grubu için OKE-R puanları ya da BYB-YR grubu için YTT-26 puanları) aldıkları puanların diğer risk gruplarına göre daha yüksek olup olmadığını test etmek amacıyla 4 (risk grupları: OKB, BYB, BAB, HKB) x 4 (belirti ölçümleri: OKE-R, YTT-26, BDBSF, WI-7) MANOVA analizi gerçekleştirilmiş olup ikili post-hoc karşılaştırmalarında Bonferroni yönteminden yararlanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, ilk olarak, tüm modelin anlamlı olduğu saptanmıştır [ *Wilks' λ* = .03, *F* (12, 156.39) = 39.69, *p* = .00,  $\eta_p^2 = .71$ ]. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu ise; her bir risk grubunun ilgili belirti ölçümlerinden aldığı puanların diğer risk gruplarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca o ölçüm aracının değerlendirdiği belirtiler ile doğrudan ilişkili olmayan diğer yüksek risk gruplarının ise bahsi geçen ölçüm aracından aldıkları puan bakımından birbirlerinden anlamı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Tüm risk gruplarının belirti ölçeklerinden aldıkları ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 8'de gösterilmiştir.



**Tablo 8.** Dört Farklı Yüksek Risk Grubunun Belirti Ölçeklerinden Aldıkları Ortalama Puanlar ve Standart Sapma Değerleri

	<i>X</i>	<i>S</i>	<i>F (df)</i>	$\eta_p^2$
<b><i>OKE-R</i></b>			15.97 (3,62)**	.44
OKB-YR	39.33 <sup>a</sup>	3.04		
BYB-YR	19.83 <sup>b</sup>	4.54		
BAB-YR	18.90 <sup>b</sup>	8.83		
HKB-YR	22.73 <sup>b</sup>	8.33		
<b><i>YTT-26</i></b>			23.16 (3,62)**	.53
OKB-YR	6.67 <sup>a</sup>	2.35		
BYB-YR	21.67 <sup>b</sup>	4.13		
BAB-YR	8.31 <sup>a</sup>	3.89		
HKB-YR	7.50 <sup>a</sup>	4.39		
<b><i>BDBSF</i></b>			54.22 (3,62)**	.72
OKB-YR	.56 <sup>a</sup>	.88		
BYB-YR	.83 <sup>a</sup>	.75		
BAB-YR	3.14 <sup>b</sup>	.35		
HKB-YR	1.00 <sup>a</sup>	.98		
<b><i>WI-7</i></b>			56.52 (3,62)**	.73
OKB-YR	1.67 <sup>a</sup>	1.00		
BYB-YR	.67 <sup>a</sup>	.82		
BAB-YR	1.31 <sup>a</sup>	1.14		
HKB-YR	4.91 <sup>b</sup>	1.06		

*Not.* OKB-YR: Obsesif-Kompulsif Bozukluk Yüksek Risk Grubu ; BAB-YR: Beden Algısı Bozukluğu Yüksek Risk Grubu; BYB-YR: Beslenme ve Yeme Bozuklukları Yüksek Risk Grubu; HKB-YR: Hastalık Kaygısı Bozukluğu Yüksek Risk Grubu; OKE-R: Obsesif-Kompulsif Envanteri-Revize Toplam Puanı; BDBSF: Beden Dismorfik Bozukluk Soru Formu Toplam Puanı; YTT-26: Yeme Tutum Testi-26 Toplam Puanı; WI-7: Whiteley İndeksi-7 Toplam Puanı

### 3.3.1. Örneklemin 4 Farklı Alana İlişkin İDD'leri Yaşama Sıklıkları

**Araştırma sorusu 2: Son 3 ay içerisinde dört farklı içerikteki İDD'lerin yaşanma oranı nedir?**

**Hipotez 2 (a):** Son 3 ay içerisinde katılımcıların büyük çoğunluğunun en az bir içerikte İDD yaşanması beklenmektedir.

Araştırmanın bu aşamasının örnekleme veri temizliğinden geriye kalan 363 kişiden oluşmaktadır. Son 3 aydaki İDD yaşama sıklıkları değerlendirildiğinde, katılımcıların %98.1'inin ( $n = 356$ ) son 3 ay içerisinde en az 1 kere İDD deneyimlediği belirlenmiştir.

**Hipotez 2 (b):** Son 3 ay içerisinde dört farklı içerikteki İDD'lerin tümünü birden deneyimleyenlerin oranının yalnızca tek bir içeriğe yönelik İDD yaşayanlardan yüksek olması beklenmektedir.

Araştırmanın temel hipotezlerinden birisi de kişilerin sadece tek bir alana özgü İDD'lere sahip olmayabilecekleri, aynı zamanda, yukarıda sözü edilen birden fazla alana ilişkin İDD'leri de yaşama olasılıklarının yüksek olacağı yönündedir. Bu çalışmada tüm örneklemin % 59.3'inin ( $n = 211$ ) son 3 ay içerisinde dört alanda da en az 1 kere İDD deneyimlediği bulunmuştur. Bu bulgunun yanı sıra, katılımcıların % 23.9'sının ( $n = 85$ ) sadece 3 alanda, % 10.1'inin ( $n = 36$ ) sadece 2 alanda, % 6.7'sinin ise ( $n = 24$ ) ise yalnızca 1 alanda İDD yaşadığı belirlenmiştir.

**Araştırma sorusu 3: Son 3 ay içerisinde deneyimlenen dört farklı içerikteki İDD'lerin yaşanma formu nedir?**

**Hipotez 3:** OKB ve sağlık ile ilişkili İDD'lerin ağırlıklı olarak görüntü formunda yaşanması beklenirken, fiziksel görünüş ve diyet/egzersiz ile ilişkili İDD'lerin ağırlıklı olarak düşünce formunda yaşanması beklenmektedir.

Her bir içerikteki İDD'lerin yaşanma oranları ve yaşanma formları Tablo 9'da gösterilmiştir. İDD alanlarından tümünde yaşanan İDD'lerin en çok düşünce formunda yaşadığı bulunmuştur. OKB ve sağlık ile ilişkili İDD'ler için düşünceden sonra en çok şüphe, fiziksel görünüş ve diyet/egzersiz ile ilişkili İDD'ler için ise düşüncenin ardından en çok fiziksel duyum/his şeklinde yaşandığı bulunmuştur. Ayrıca, her bir içerikteki İDD'ler en az %70 oranında deneyimlenmekle birlikte en yüksek yaşanma oranına sahip içeriğin OKB'ye özgü düşünceler olduğu bulunmuştur. Bunu fiziksel görünüş, sağlık ve ardından diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili olan İDD'ler takip etmektedir.

**Tablo 9.** Son 3 ay içerisinde deneyimlenen İDD’lerin yaşanma oranları ve formları

	Yaşanma (%)	Düşünce/dürtü (%)	İmge/görüntü (%)	Fiziksel duyum/his (%)	Şüphe (%)
OKB	95.9 (n = 348)	64.5 (n = 234)	19.6 (n = 71)	25.3 (n = 92)	44.6 (n = 162)
Fiziksel görünüş	82.4 (n = 300)	56.5 (n = 205)	22.3 (n = 81)	35.0 (n = 127)	21.8 (n = 79)
Diyet/fiziksel egzersiz	72.5 (n = 263)	51 (n = 185)	16 (n = 58)	29.5 (n = 107)	11.3 (n = 41)
Sağlık	78.5 (n = 285)	57 (n = 207)	22.9 (n = 83)	23.1 (n = 84)	32.0 (n = 116)

### 3.3.2. OKB, Fiziksel Görünüş, Diyet/Fiziksel Egzersiz ve Sağlık ile İlişkili En Sık Görülen ve En Rahatsız Edici İDD’ler

**Araştırma sorusu 4: Dört farklı içerikteki İDD’lerin her biri için en sıklıkla deneyimlenen ve en rahatsız edici bulunan İDD’ler nelerdir?**

**Hipotez 4:** En yaygın olarak deneyimlenen ve en çok rahatsızlık veren İDD’lerin OKB, fiziksel görünüş, diyet/fiziksel egzersiz ve sağlık alanları için sırasıyla “bulaşma/kirlenme”, “algılanan kusurlu beden bölgesini saklama”, “fiziksel egzersiz” ve “fiziksel belirtiler” ile ilişkili olanlar olması beklenmektedir.

İDDÖ dört farklı içeriğe sahip İDD’leri değerlendirmekte olup her bir içerikteki İDD’ler için düşünce listeleri oluşturulmuştur. Örneklemin, listelenmiş bu düşünceler içinden sıklıkla deneyimledikleri ve rahatsız edici buldukları temayı belirlemek için her bir düşünceye ilişkin ortalama puanlar hesaplanmıştır. Buna göre; OKB, fiziksel görünüş, diyet/fiziksel egzersiz ve sağlık alanlarının her biri için sıklık puanı en yüksek olan İDD’ler sırasıyla şüphe, bozulmuş beden imgesi ya da başkaları tarafından kusurların fark edilmesi, yeme kontrolü ve fiziksel belirtilerin varlığı ile ilişkilidir. Rahatsızlık puanı en yüksek olan İDD’lerin ise OKB’ye özgü İDD alanı için şüphe; fiziksel görünüş İDD alanı için bozulmuş beden imgesi; diyet/fiziksel egzersiz İDD alanı için kilolu olma düşüncesi;

sağlıkla ilişkili İDD alanı için sevilen kişiye yönelik kaygı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Bkz., Tablo 10).

**Tablo 10.** OKB, Fiziksel Görünüş, Diyet/Fiziksel Egzersiz ve Sağlık ile İlişkili En Sık Görülen ve En Rahatsız Edici İDD’ler

<i>En Sık Görülen İDD</i>		<i>En Rahatsız Eden İDD</i>			
	X	S	X	S	
<b>OKB (Şüpheli)</b>	2.85	1.56	<b>OKB (Şüpheli)</b>	1.74	1.15
<i>“Bunun mümkün olmadığını bildiğim halde, önemli bir şeyi unutmuş olabileceğime ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.”</i>			<i>“Bunun mümkün olmadığını bildiğim halde, önemli bir şeyi unutmuş olabileceğime ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.”</i>		
<b>Fiziksel Görünüş (Bozulmuş beden imgesi/ başkaları tarafından kusurların fark edilmesi)</b>	1.82	1.75	<b>Fiziksel Görünüş (Bozulmuş beden imgesi)</b>	1.33	1.30
<i>“Herhangi bir sebep olmaksızın korkunç ya da iğrenç fiziksel kusurlarım olduğuna ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.”</i>			<i>“Herhangi bir sebep olmaksızın korkunç ya da iğrenç fiziksel kusurlarım olduğuna ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.”</i>		
<i>“Aynada kendime baktığımda ya da yansımamı bir yerde gördüğümde aklıma birdenbire şu düşünce gelir: Burnum, dudaklarım, ellerim, terim, yağlı cildim ve sivilcelerim gibi kusurlarım diğerleri tarafından gerçekten görülebilir.”</i>					

<p><b>Diyet/Fiziksel Egzersiz (Yeme kontrolü)</b></p> <p>“Ne zaman bir yiyecek görsem ya da yemek yesem aklıma birden bire “ne yediğim”, “ne yemem ve ne yememem gerekir” düşüncesi ya da imgesi gelir.”</p>	1.87 2.04	<p><b>Diyet/ Fiziksel Egzersiz (Kilolu olma düşüncesi)</b></p> <p>“Tartıldığımda, dışarı çıkmak için hazırlandığımda ya da sadece bir aynanın veya camın önünden geçtiğimde zihnimde aniden “Ben şişmanım” düşüncesi ya da imgesi belirir.”</p>	1.01 1.33
<p><b>Sağlık (Fiziksel belirtiler)</b></p> <p>“Dergide, haberlerde bir hastalık hakkında bazı bilgiler okuduğumda, duyduğumda ya da gördüğümde ya da hastalık hakkında konuşan birini dinlediğimde “Benzer belirtiler bende de var” diye düşünürüm.”</p>	1.21 1.24	<p><b>Sağlık (Sevilen kişiye yönelik kaygı)</b></p> <p>“Sevdiğim birisi vücudunda bir rahatsızlık hissettiğinde, ne kadar hafif olursa olsun, onun ciddi bir hastalığa yakalandığına ilişkin zihnimde birden bire beliren istem dışı düşüncelerim vardır.”</p>	1.16 1.41

---

### 3.3.3. Dört farklı İçerikteki İDD'lerin Sıklık ve Rahatsızlık Puanları Arasındaki İlişki

**Araştırma sorusu 5: OKB, fiziksel görünüş, diyet/egzersiz ve sağlık ile ilişkili İDD'lerin sıklık ve rahatsızlık puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?**

**Hipotez 5 (a):** Dört farklı içerikte deneyimlenen İDD'lerin sıklıklarının birbirleri ile anlamlı ve pozitif yönde ilişki göstermesi beklenmektedir.

Farklı içerikteki İDD'lerin sıklık ve rahatsızlık puanlarının birbirleri ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek üzere son 3 ay içinde dört farklı içerikteki İDD'lerin tümünü en az bir kere yaşayan 211 katılımcı üzerinden gerçekleştirilen korelasyon analizlerine göre; tüm alanlar için sıklık puanlarının birbirleri ile anlamlı ( $p < .01$  düzeyinde) ve pozitif yönde ilişki gösterdiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 11). Sıklık puanları bakımından en yüksek korelasyonun OKB ve fiziksel görünüş ile ilişkili İDD'ler ( $r = .48, p < .01$ ) ile OKB ve sağlık ile ilişkili İDD'ler ( $r = .48, p < .01$ ) arasında olduğu hesaplanmıştır.

**Hipotez 5 (b):** Dört farklı içerikte deneyimlenen İDD'lerin yarattıkları rahatsızlığın birbirleri ile anlamlı ve pozitif yönde ilişki göstermesi beklenmektedir.

Analiz sonuçları, tüm alanlar için rahatsızlık puanlarının birbirleri ile anlamlı ( $p < .01$  düzeyinde) ve pozitif yönde ilişki gösterdiğine işaret etmektedir (Bkz. Tablo 11). Farklı içeriklerdeki İDD'lerden alınan rahatsızlık puanları incelendiğinde, en yüksek korelasyon fiziksel görünüş ile diyet/fiziksel egzersiz arasında bulunmuştur ( $r = .53, p < .01$ ). Tüm bu bulgular dört farklı psikopatoloji alanına özgü İDD'lerin birlikte yükseliş gösterdiklerine işaret etmektedir.

**Tablo 11.** Dört Farklı İçerikteki İDD Alanlarından Alınan Sıklık ve Rahatsızlık Puanlarının Birbirleriyle Olan Korelasyon Katsayıları

	OKB_S	BAB_S	BYB_S	HKB_S	OKB_R	BAB_R	BYB_R	HKB_R
OKB_S								
BAB_S	.48**							
BYB_S	.36**	.43**						
HKB_S	.48**	.35**	.33**					
OKB_R	.42**	.28**	.16*	.16*				
BAB_R	.33**	.63**	.28**	.17*	.41**			
BYB_R	.24**	.39**	.65**	.20*	.35**	.53**		
HKB_R	.24**	.16*	.06	.47**	.38**	.41**	.24**	

Not 1. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Not 2. OKB\_S: OKB'ye özgü İDD Sıklık Puanı; BAB\_S: Fiziksel Görünüş ile İlgili İDD Sıklık Puanı; BYB\_S: Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili İDD Sıklık Puanı; HKB\_S: Sağlık ile İlgili İDD Sıklık Puanı; OKB\_R: OKB'ye özgü İDD Rahatsızlık Puanı; BAB\_R: Fiziksel Görünüş ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; BYB\_R: Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; HKB\_R: Sağlık ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı

### 3.3.4. İDD Alanlarına İlişkin Sıklık ve Rahatsızlık Puanlarını Yordamada Diğer İçeriklerin Etkisi

**Araştırma sorusu 6: Bir alanda İDD deneyimlemenin diğer içeriklerden de İDD yaşama üzerinde yordayıcı bir rolü var mıdır?**

**Hipotez 6 (a):** Her bir içerikten alınan sıklık puanlarının diğer içeriklerin sıklık puanlarını anlamlı ve pozitif yönde yordaması beklenmektedir.

Belirli bir düşünce alanında deneyimlenen İDD'ler üzerinde diğer içeriklere sahip İDD yaşamanın yordayıcı bir rolü olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, her bir İDD alanından alınan sıklık puanlarının yordayıcılarını belirleyebilmek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri yürütülmüş olup her bir İDD alanına ait sıklık puanı yordanan değişken, diğer İDD alanlarına ait sıklık puanları ise yordayıcı değişken olarak denklemde yer almışlardır.

OKB'ye özgü İDD'ler için; yordayıcı değişkenler olarak tanımlanan değişkenler OKB'ye özgü İDD sıklık puanındaki varyansın %34'ünü açıklamıştır ( $R^2 = .34$ ,  $F(3, 207) = 37.71$ ,

$p = .00$ ). Yapılan analizler, fiziksel görünüş ile ilişkili İDD sıklık ( $\beta = .23, t = 4.98, p < .05$ ), diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD sıklık ( $\beta = .07, t = 1.84, p = .06$ ) ve sağlıkla ilgili İDD sıklık puanlarının ( $\beta = .33, t = 5.41, p < .05$ ) OKB'ye özgü İDD sıklık puanlarını pozitif yönde yordadığına işaret etmektedir. Ancak diyet/fiziksel görünüş sıklık puanının marjinal düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur.

Fiziksel görünüşle ilişkili İDD'ler için; diğer alanlardan alınan sıklık puanlarının varyansın %30'unu açıkladığı bulunmuştur ( $R^2 = .30, F(3, 207) = 31.59, p = .00$ ). OKB'ye özgü ( $\beta = .47, t = 4.98, p < .05$ ) ve diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD sıklık ( $\beta = .43, t = 4.43, p = .06$ ) puanları fiziksel görünüşle ilgili İDD sıklık puanını anlamlı ve pozitif yönde yordarken, sağlık ile ilişkili İDD'lerin yordayıcı rolünün olmadığı belirlenmiştir.

Diyet/fiziksel egzersizle ilişkili İDD'ler için; tüm modelin açıkladığı varyans %23 olarak bulunmuştur ( $R^2 = .23, F(3, 207) = 21.47, p = .00$ ). Diğer içerik alanlarının diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD'ler üzerindeki yordayıcı rolü değerlendirildiğinde ise; OKB'ye özgü İDD'nin marjinal düzeyde ( $\beta = .22, t = 1.84, p = .06$ ), fiziksel görünüş ( $\beta = .36, t = 4.43, p = .00$ ) ve sağlıkla ( $\beta = .25, t = 2.29, p = .02$ ) ilgili İDD'lerin ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordayıcı rolü olduğu bulunmuştur.

Sağlığa ilişkin İDD'lere yönelik oluşturulan regresyon modelinin varyansın %25'ini açıkladığı belirlenmiştir ( $R^2 = .25, F(3, 207) = 24.79, p = .00$ ). OKB'ye özgü ( $\beta = .38, t = 5.41, p = .00$ ) ve diyet/fiziksel egzersiz ( $\beta = .10, t = 2.29, p = .02$ ) ilişkin İDD sıklık puanları sağlıkla ilişkili İDD sıklığını anlamlı ve pozitif yönde yordarken, fiziksel görünüşün anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

**Hipotez 6 (b):** Her bir içerikten alınan rahatsızlık puanlarının diğer içeriklerin rahatsızlık puanlarını anlamlı ve pozitif yönde yordaması beklenmektedir.

OKB'ye özgü İDD'lerin yarattığı rahatsızlık için; yordayıcı değişkenler olarak tanımlanan diğer içerikteki düşüncelere ilişkin rahatsızlık puanlarının, OKB'ye özgü İDD rahatsızlık puanındaki varyansın %30'unu açıkladığı bulunmuştur. ( $R^2 = .31, F(3, 191) = 28.12, p = .00$ ). Yapılan analizler, fiziksel görünüş ile ilişkili İDD rahatsızlık ( $\beta = .24, t = 3.14, p < .05$ ), diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD rahatsızlık ( $\beta = .15, t = 2.15, p < .05$ ) ve sağlıkla ilgili İDD rahatsızlık puanlarının ( $\beta = .33, t = 4.72, p < .05$ ) OKB'ye özgü İDD rahatsızlık puanlarını pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordadığına işaret etmektedir.



Fiziksel görünüşle ilişkili İDD'ler için; diğer alanlardan alınan rahatsızlık puanlarının varyansın %38'ini açıkladığı bulunmuştur ( $R^2 = .38$ ,  $F(3, 191) = 39.92$ ,  $p = .00$ ). OKB'ye özgü ( $\beta = .21$ ,  $t = 3.14$ ,  $p < .05$ ), diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili ( $\beta = .38$ ,  $t = 6.14$ ,  $p < .05$ ) ve sağlık ile ilişkili İDD rahatsızlık puanlarının ( $\beta = .23$ ,  $t = 3.49$ ,  $p < .05$ ) fiziksel görünüşle ilgili İDD rahatsızlık puanını anlamlı ve pozitif yönde yordadığı belirlenmiştir. Diyet/fiziksel egzersizle ilişkili İDD'ler için; tüm modelin açıkladığı varyans %29 olarak bulunmuştur ( $R^2 = .29$ ,  $F(3, 191) = 25.73$ ,  $p = .00$ ). Diğer içerik alanlarının diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD'lerin rahatsızlık puanı üzerindeki yordayıcı rolü değerlendirildiğinde ise; OKB'ye özgü ( $\beta = .16$ ,  $t = 2.15$ ,  $p < .05$ ) ve fiziksel görünüş ( $\beta = .44$ ,  $t = 6.14$ ,  $p < .05$ ) ile ilişkili İDD'lerin anlamlı ve pozitif yönde yordayıcı rol oynadığı, ancak sağlık ile ilişkili İDD'lerin yordayıcı rolünün olmadığı belirlenmiştir. Sağlığa ilişkin İDD'lere yönelik oluşturulan regresyon modelinin varyansın %28'ini açıkladığı belirlenmiştir ( $R^2 = .28$ ,  $F(3, 191) = 23.74$ ,  $p = .00$ ). OKB'ye özgü ( $\beta = .33$ ,  $t = 4.72$ ,  $p < .05$ ) ve diyet/fiziksel egzersiz ( $\beta = .27$ ,  $t = 3.49$ ,  $p < .05$ ) ilişkin İDD rahatsızlık puanları sağlıkla ilişkili İDD'lerin yarattığı rahatsızlığı anlamlı ve pozitif yönde yordarken, fiziksel görünüşün anlamlı bir yordayıcı etkisinin olmadığı bulunmuştur.

### 3.3.5. Dört farklı içerikteki İDD'lerin Sıklık ve Rahatsızlık Puanları ile Yorumlama/Kontrol Stratejileri Arasındaki İlişki

**Araştırma sorusu 7: Dört farklı içerikteki İDD'lerin sıklıkları ve yarattıkları rahatsızlık düzeyi arttıkça işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejileri kullanımı da artış göstermekte midir?**

**Hipotez 7 (a):** Tüm düşünce içerikleri için işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejilerinin birbirleri ile anlamlı korelasyonlar göstermesi beklenmektedir.

Tüm içeriklere ilişkin en rahatsız edici İDD'nin yorumlanması ve zihinsel kontrolüne ilişkin kullanılan stratejiler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, bulgular yorumlama ve kontrol stratejilerinin büyük bir kısmının birbirleri ile orta derecede ve pozitif yönde ilişki olduğunu göstermiştir (Bkz., Tablo 12). Her bir İDD alanından alınan yorumlama ve kontrol puanlarının yordayıcılarını belirleyebilmek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri yürütülmüştür. Her bir İDD alanına ait yorumlama ve kontrol

stratejileri puanı yordanan değişkenler, diğer İDD alanlarına ait yorumlama ve kontrol stratejileri puanları ise yordayıcı değişkenler olarak regresyon modeline dahil edilmişlerdir.

**Tablo 12.** Dört Farklı İçerikteki İDD Alanlarından Alınan Sıklık, Rahatsızlık ve Yorumlama/Kontrol Stratejileri Puanlarının Birbirleriyle Olan Korelasyon Katsayıları

	Sıklık	Rahatsızlık	Duygusal Etki	İnterferans	Ego-distoniklik	Yorumlama	Kontrol
Sıklık	<b>OKB</b>	<b>.42**</b>	<b>.24**</b>	<b>.26**</b>	<b>.06</b>	<b>.32**</b>	<b>.28**</b>
Rahatsızlık	.63**	<b>1</b>	<b>.26**</b>	<b>.27**</b>	<b>.19**</b>	<b>.30**</b>	<b>.43**</b>
Duygusal Etki	.50**	.55**	<b>1</b>	<b>.42**</b>	<b>.48**</b>	<b>.41**</b>	<b>.50**</b>
İnterferans	.37**	.40**	.54**	<b>1</b>	<b>.08</b>	<b>.36**</b>	<b>.32**</b>
Ego-distoniklik	.30**	.30**	.42**	.26**	<b>1</b>	<b>.31**</b>	<b>.42**</b>
Yorumlama	.26**	.33**	.52**	.41**	.44**	<b>1</b>	<b>.60**</b>
Kontrol	.23**	.33**	.44**	.50**	.30**	.57**	BAB
Sıklık	<b>BYB</b>	<b>.65**</b>	<b>.46**</b>	<b>.42**</b>	<b>.19**</b>	<b>.36**</b>	<b>.24**</b>
Rahatsızlık	.47**	<b>1</b>	<b>.66**</b>	<b>.51**</b>	<b>.37**</b>	<b>.48**</b>	<b>.33**</b>
Duygusal Etki	.24**	.50**	<b>1</b>	<b>.63**</b>	<b>.40**</b>	<b>.59**</b>	<b>.41**</b>
İnterferans	.28**	.49**	.67**	<b>1</b>	<b>.35**</b>	<b>.51**</b>	<b>.48**</b>
Ego-distoniklik	.15*	.14*	.24**	.26**	<b>1</b>	<b>.41**</b>	<b>.33**</b>
Yorumlama	.27**	.32**	.52**	.54**	.44**	<b>1</b>	<b>.51**</b>
Kontrol	.22**	.37**	.57**	.53**	.35**	.68**	HKB

Not 1. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ . Koyu yazılar OKB ve Diyet/Fiziksel Egzersiz ile ilişkili değerlere, normal yazılar ise Fiziksel Görünüş ve Sağlık ile ilişkili değerlere aittir.

Not 2. OKB: OKB ile ilişkili İDD; BAB: Fiziksel Görünüş ile İlgili İDD; BYB: Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili İDD; HKB: Sağlık ile İlgili İDD

OKB'ye özgü İDD'ler için; yordayıcı değişkenler olarak tanımlanan yorumlama değişkenleri OKB'ye özgü İDD yorumlama puanındaki varyansın %33'ünü ( $R^2 = .34$ ,  $F(3, 185) = 30.21$ ,  $p = .00$ ), kontrol puanındaki varyansın ise %28'ini açıklamıştır ( $R^2 = .34$ ,  $F(3, 185) = 23.20$ ,  $p = .00$ ). Yapılan analizler, OKB'ye özgü İDD'leri yorumlama stratejilerini fiziksel görünüş ( $\beta = .28$ ,  $t = 3.52$ ,  $p < .05$ ), diyet/fiziksel egzersiz ( $\beta = .15$ ,  $t = 1.97$ ,  $p = .05$ ) ve sağlıkla ilgili İDD yorumlama puanlarının ( $\beta = .25$ ,  $t = 3.31$ ,  $p < .05$ ) pozitif yönde yordadığına işaret etmektedir. OKB'ye özgü İDD'leri kontrol etme stratejilerini ise fiziksel görünüş ( $\beta = .35$ ,  $t = 3.86$ ,  $p < .05$ ) ve sağlıkla ilgili İDD kontrol puanlarının ( $\beta = .31$ ,  $t = 4.30$ ,  $p < .05$ ) yordadığı bulunmuştur. Diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD kontrol stratejileri puanının ise anlamlı bir etkisi bulunamamıştır.

Fiziksel görünüşle ilişkili İDD'ler için; diğer alanlardan alınan yorumlama puanlarının varyansın %46'sını açıkladığı bulunmuştur ( $R^2 = .46$ ,  $F(3, 185) = 51.63$ ,  $p = .00$ ). OKB'ye özgü ( $\beta = .23$ ,  $t = 3.52$ ,  $p < .05$ ), diyet/fiziksel egzersiz ( $\beta = .35$ ,  $t = 5.28$ ,  $p < .05$ ) ve sağlık ile ilişkili ( $\beta = .26$ ,  $t = 3.81$ ,  $p < .05$ ) İDD yorumlama puanları fiziksel görünüşle ilgili İDD yorumlama puanını anlamlı ve pozitif yönde yordamıştır. Kontrol puanları için ise açıklanan toplam varyans %55 olarak belirlenmiş olup ( $R^2 = .55$ ,  $F(3, 185) = 73.73$ ,  $p = .00$ ), OKB'ye özgü İDD'ler ( $\beta = .22$ ,  $t = 3.86$ ,  $p < .05$ ) ile diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili ( $\beta = .58$ ,  $t = 10.28$ ,  $p < .05$ ) İDD kontrol puanları fiziksel görünüşle ilişkili İDD kontrol puanlarını anlamlı ve pozitif yönde yordamıştır.

Diyet/fiziksel egzersizle ilişkili İDD'ler için; yorumlama stratejilerine yönelik kurulan modelin açıkladığı varyans %41 olarak bulunmuştur ( $R^2 = .41$ ,  $F(3, 185) = 42.10$ ,  $p = .00$ ). Ayrıca OKB'ye özgü ( $\beta = .14$ ,  $t = 1.97$ ,  $p < .05$ ), fiziksel görünüş ( $\beta = .38$ ,  $t = 5.28$ ,  $p < .05$ ) ve sağlık ( $\beta = .24$ ,  $t = 3.44$ ,  $p < .05$ ) ile ilgili İDD yorumlama puanlarının da diyet/fiziksel egzersiz yorumlama puanları üzerinde yordayıcı rolü olduğu belirlenmiştir. Diğer İDD içeriklerinden alınan kontrol puanları ise varyansın %51'ini açıklamıştır ( $R^2 = .51$ ,  $F(3, 185) = 62.00$ ,  $p = .00$ ). OKB'ye özgü İDD alanından alınan kontrol puanının diyet/fiziksel egzersiz kontrol puanı üzerinde anlamlı bir yordayıcı gücü bulunmazken fiziksel görünüş ( $\beta = .63$ ,  $t = 10.28$ ,  $p < .05$ ) ve sağlık ( $\beta = .17$ ,  $t = 2.80$ ,  $p < .05$ ) ile ilişkili İDD kontrol puanlarının ise anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur.

Sağlık ile ilişkili İDD'lere yönelik kurulan regresyon modellerinde; diğer içeriklere ait yorumlama puanları sağlık ile ilişkili yorumlama puanındaki varyansın %40'ını açıklarken ( $R^2 = .40$ ,  $F(3, 185) = 39.85$ ,  $p = .00$ ), kontrol stratejileri puanları ise sağlıkla

ilgili İDD'lere yönelik kullanılan kontrol stratejileri puanı üzerinde %31'lik bir varyans değişimi yaratmıştır ( $R^2 = .31$ ,  $F(3, 185) = 27.47$ ,  $p = .00$ ). Yorumlama stratejileri için; tüm içerik alanlarının, sırasıyla, OKB'ye özgü ( $\beta = .23$ ,  $t = 3.31$ ,  $p < .05$ ), fiziksel görünüş ( $\beta = .29$ ,  $t = 3.81$ ,  $p < .05$ ) ve diyet/fiziksel egzersiz ( $\beta = .25$ ,  $t = 3.44$ ,  $p < .05$ ) ile ilişkili İDD alanının sağlık ile ilişkili İDD alanı üzerinde yordayıcı rolü olduğu belirlenmiştir. Kontrol stratejileri açısından ise; yalnızca OKB'ye özgü ( $\beta = .30$ ,  $t = 4.30$ ,  $p < .05$ ) ve diyet/fiziksel egzersiz ( $\beta = .24$ ,  $t = 2.80$ ,  $p < .05$ ) ile ilişkili İDD'lerin yordayıcı bir rolü olduğu bulunmuştur.

**Hipotez 7 (b):** Her bir düşünce alanına ilişkin alınan sıklık ve rahatsızlık puanı ile o alana ilişkin yorumlama ve kontrol stratejileri puanlarının birlikte artış göstermesi beklenmektedir.

Sadece OKB'ye özgü İDD'ler için puanlanan ego-distoniklik alt boyutu ile sıklık puanı arasında ve ego-distoniklik ile interferans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca sağlık ile ilişki İDD'ler için ego-distoniklik puanı ile sıklık ( $r = .15$ ) ve rahatsızlık ( $r = .14$ ) puanları arasında da düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Bkz., Tablo 12). Her düşünce alanına ilişkin sıklık ve rahatsızlık puanlarının (yordanan değişken) yordanmasında kendi içeriklerine ilişkin işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejilerinin (yordayıcı değişken) ne düzeyde rolü olduğunu belirlemek amacıyla Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi gerçekleştirilmiştir. Her bir İDD alanı için kurulan regresyon modellerine anlamlı katkı sağlayan değişkenler Tablo 13'de gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; tüm içeriklerde benzer yorumlama ve kontrol stratejilerinin kullanıldığı ve bu stratejilerin İDD'lerin sıklığını ve yarattığı rahatsızlık hissini anlamlı ve pozitif yönde yordadığı belirlenmiştir.

**Tablo 13.** İDD Sıklık ve Rahatsızlık Puanlarını Yordama Rolü Olan İşlevsel Olmayan Yorumlama ve Kontrol Stratejilerinin Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi Bulguları

<i>SIKLIK</i>	$R^2$	$R^2$ Değişim	$F$	$\beta$	$t$	<i>RAHATSIZLIK</i>	$R^2$	$R^2$ Değişim	$F$	$\beta$	$t$
<b>OKB</b>						<b>OKB</b>					
<i>İnterferans</i>	.07	.07	23.75	.26	4.87**	<i>Kontrol</i>	.15	.15	57.72	.39	7.60**
<i>Yorumlama</i>	.09	.03	17.07	.18	3.29**	<i>İnterferans</i>	.17	.02	34.10	.16	3.01**
<b>BAB</b>						<b>BAB</b>					
<i>Duygusal Etki</i>	.24	.24	84.88	.49	9.21**	<i>Duygusal Etki</i>	.29	.29	110.18	.54	10.50**
<i>İnterferans</i>	.25	.01	45.17	.13	2.10*	<i>İnterferans</i>	.31	.02	60.95	.18	2.94**
						<i>Ego-distoniklik</i>	.32	.02	43.71	.14	2.59**
<b>BYB</b>						<b>BYB</b>					
<i>Duygusal Etki</i>	.22	.22	62.99	.47	7.94**	<i>Duygusal Etki</i>	.42	.42	163.04	.65	12.77**
<i>Yorumlama</i>	.25	.03	36.49	.20	2.83**	<i>İnterferans</i>	.45	.02	89.64	.17	3.13**
<b>HKB</b>						<b>HKB</b>					
<i>Yorumlama</i>	.09	.09	23.68	.29	4.87**	<i>İnterferans</i>	.25	.25	86.22	.50	9.29**
<i>İnterferans</i>	.11	.03	15.81	.19	2.71**	<i>Duygusal Etki</i>	.30	.05	54.80	.29	4.21**

Not. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

### 3.3.6. OKB, Fiziksel Görünüş, Diyet/Fiziksel Egzersiz ve Sağlık ile ilişkili İDD'lerin Sıklık, Rahatsızlık ve Yorumlama/Kontrol Stratejileri Açısından Birey-içi Farklılıkları

**Araştırma sorusu 8: Son 3 ay içerisinde dört farklı içerikteki İDD'lerin tümünü birden en az bir kere deneyimleyen kişilerin en sık yaşadıkları, en rahatsız edici buldukları, en işlevsel olmayan şekilde yorumladıkları ve kontrol etmeye çalıştıkları İDD alanı nedir?**

Dört farklı içerikteki İDD'lerin tümünü birden deneyimleyen kişilerin en çok yaşadıkları, en çok rahatsızlık duydukları ve işlevsel olmayan yorumlama/kontrol stratejilerini en çok kullandıkları İDD'ler Tekrarlı Ölçümler Tek Yönlü Varyans Analizleri (ANOVAs) ile değerlendirilmiştir. Dört farklı İDD içeriği bağımsız değişken, sıklık, rahatsızlık ve işlevsel olmayan yorumlama/kontrol stratejileri ise bağımlı değişkenler olarak analizlere dahil edilmiştir. ANOVA ile 7 farklı karşılaştırma yapılmış olup Tip-I hata riskini kontrol etmek için anlamlılık değeri .01 ( $p = .05/7$ ) olarak alınmıştır. İkili karşılaştırmalarda post-hoc testi olarak Bonferroni yöntemi kullanılmıştır. Sıklık ve rahatsızlık değişkenleri için Mauchly Küresellik testi (the Mauchly's Sphericity test) anlamlı ( $p < .05$ ) ve Epsilon değerleri .75'ten büyük olduğundan Huynh-Feldt düzeltmesi kullanılarak varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, sıklık değişkeninin ana etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur [ $F(2.63, 553.07) = 64.76, p = .00, \eta_p^2 = .24$ ]. Bir diğer deyişle, farklı içerikteki İDD'ler yaşanma sıklıkları açısından birbirlerinden farklılaşmaktadırlar.

**Hipotez 8 (a):** Diyet ve egzersiz ile ilişkili İDD'lerin, sosyo-kültürel bağlamdaki vurgu ve medya aracılığıyla verilen mesajlar düşünüldüğünde, diğer İDD alanlarında daha sıklıkla yaşanması beklenmektedir.

Tablo 14'te görüldüğü üzere, en sık deneyimlenen İDD'ler diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili iken ( $X = 2.80, S = 1.18$ ), en az sıklıkla sağlık ( $X = 1.85, S = .75$ ) ile ilişkili düşüncelerin yaşandığı belirlenmiştir. OKB'ye özgü ( $X = 2.57, S = .75$ ), fiziksel görünüş ( $X = 2.54, S = 1.03$ ) ve diyet/fiziksel egzersiz ( $X = 2.80, S = 1.18$ ) ile ilişkili düşünceler birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmazken bu üç içerikteki düşüncelerin yaşanma sıklıklarının sağlık ile ilişkili İDD'lerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

**Hipotez 8 (b):** Tüm İDD alanları için en çok rahatsızlık veren İDD'nin aynı zamanda en sık yaşanan İDD olması beklenmektedir.

En rahatsız edici İDD'ler için, test edilen modelin anlamlı olduğu bulunmuştur [  $F(2.72, 503.59) = 5.75, p = .00, \eta_p^2 = .03$ ]. Diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD'ler en sıklıkla deneyimlenmesine rağmen, bu içerikteki düşüncelerin ( $X = 1.73, S = .75$ ) en az rahatsız edici olduğu belirlenmiştir. Sağlık ile ilişkili ( $X = 1.93, S = .74$ ) ve OKB'ye özgü düşünceler ( $X = 1.94, S = .55$ ) ise en çok rahatsız eden düşünceler olarak deneyimlenmiştir. OKB ve diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD'ler anlamlı farklılık göstermiş ( $p = .002$ ) ancak fiziksel görünüş ile ilişkili İDD'ler ( $X = 1.83, S = .68$ ) ise diğer içeriklerden anlamlı olarak farklılaşmamıştır.

**Hipotez 8 (c):** En çok rahatsız eden düşüncenin en yüksek düzeyde duygusal etki yaratması beklenmektedir.

İDD'lere yönelik işlevsel olmayan kontrol ve yorumlama stratejileri değerlendirildiğinde; analiz sonuçları tüm modellerin değerlerinin anlamlı olduğuna işaret etmektedir. Kontrol ve yorumlama stratejileri ölçümünün bir alt boyutu olarak yer alan duygusal etki ölçümü için tüm ikili karşılaştırmalar incelendiğinde ise sağlık ile ilişkili İDD'lerin ( $X = 5.07, S = 2.16$ ) yarattığı duygusal etkinin diğer içeriklerden anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

**Hipotez 8 (d):** En çok rahatsız eden düşüncenin yarattığı interferans düzeyinin daha yüksek olması beklenmektedir.

OKB'ye özgü ( $X = 2.17, S = 1.24$ ) ve sağlıkla ilişkili İDD'lerin ( $X = 2.01, S = 1.30$ ) interferans puanlarının fiziksel görünüş ( $X = 1.65, S = 1.22$ ) ve diyet/fiziksel egzersiz ( $X = 1.18, S = 1.19$ ) ile ilgili olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve diyet/fiziksel egzersiz ile ilgili İDD'lerin en düşük interferans puanına sahip içerik olduğu belirlenmiştir.

**Hipotez 8 (e):** OKB'ye özgü düşüncelerin diğer düşünce içeriklerinden anlamlı olarak daha yüksek düzeyde ego-distonik olarak yorumlanması beklenmektedir.

Hipotez ile tutarlı olarak, OKB'ye özgü düşünceler ( $X = 1.28, S = 1.50$ ) diğer düşünce içeriklerinden anlamlı olarak daha yüksek düzeyde ego-distonik olarak yorumlanmıştır. İşlevsel olmayan yorumlama stratejileri açısından OKB'ye özgü ( $X = 5.11, S = 2.66$ ) ve sağlık ile ilişkili ( $X = 5.09, S = 3.18$ ) İDD'ler daha işlevsel olmayan şekilde

yorumlanırken fiziksel görünüş ( $X = 4.37, S = 3.04$ ) ve diyet/fiziksel egzersiz ( $X = 3.98, S = 2.98$ ) ile ilgili düşüncelerin birbirlerinden farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Hipotez 8 (f):** İşlevsel olmayan kontrol stratejilerinin ağırlıklı olarak en çok rahatsız eden düşünceye yönelik kullanılması beklenmektedir.

Bu sonuçlara benzer şekilde OKB'ye özgü ( $X = 12.75, S = 5.28$ ), fiziksel görünüş ( $X = 11.53, S = 5.42$ ) ve sağlık ile ilişkili ( $X = 12.50, S = 5.80$ ) İDD'leri kontrol etmeye yönelik kullanılan işlevsel olmayan kontrol stratejilerinin anlamlı olarak çok daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kontrol stratejilerinin en az sıklıkla kullanıldığı düşünce içeriğinin ise diyet/fiziksel egzersiz ( $X = 9.71, S = 5.08$ ) ile ilgili olduğu saptanmıştır.

**Tablo 14.** Dört Farklı İçerikteki İDD Alanlarından Alınan Sıklık, Rahatsızlık ve Yorumlama/Kontrol Stratejileri Puanlarının Birey-içi Karşılaştırmaları

	$X$	$S$	$F (df)$	$\eta_p^2$
<b><i>Sıklık (n = 211)</i></b>			64.76 (2.63, 553.07)**	.24
OKB	2.57 <sup>a</sup>	.75		
Fiziksel Görünüş	2.54 <sup>a</sup>	1.03		
Diyet/Fiziksel Egzersiz	2.80 <sup>a</sup>	1.18		
Sağlık	1.85 <sup>b</sup>	.75		
<b><i>Rahatsızlık (n = 186)</i></b>			5.75 (2.72, 503.59)**	.03
OKB	1.94 <sup>a</sup>	.55		
Fiziksel Görünüş	1.83 <sup>ab</sup>	.68		
Diyet/Fiziksel Egzersiz	1.73 <sup>b</sup>	.75		
Sağlık	1.93 <sup>ab</sup>	.74		
<b><i>Duygusal Etki (n = 185)</i></b>			38.38 (2.85, 525.10)**	.17
OKB	3.58 <sup>a</sup>	2.14		
Fiziksel Görünüş	3.64 <sup>a</sup>	2.09		
Diyet/Fiziksel Egzersiz	3.46 <sup>a</sup>	2.26		
Sağlık	5.07 <sup>b</sup>	2.16		
<b><i>İnterferans (n = 186)</i></b>			36.44 (3, 555)**	.17
OKB	2.17 <sup>a</sup>	1.24		
Fiziksel Görünüş	1.65 <sup>b</sup>	1.22		
Diyet/Fiziksel Egzersiz	1.18 <sup>c</sup>	1.19		
Sağlık	2.01 <sup>a</sup>	1.30		



<b>Ego-distoniklik ( n = 184)</b>			10.06 (2.62, 479.36)**	.05
OKB	1.28 <sup>a</sup>	1.50		
Fiziksel Görünüş	.84 <sup>b</sup>	1.21		
Diyet/Fiziksel Egzersiz	.74 <sup>b</sup>	1.16		
Sağlık	.89 <sup>ab</sup>	1.29		
<b>Yorumlama ( n = 185)</b>			13.35 (3, 552)**	.07
OKB	5.11 <sup>a</sup>	2.66		
Fiziksel Görünüş	4.37 <sup>b</sup>	3.04		
Diyet/Fiziksel Egzersiz	3.98 <sup>b</sup>	2.98		
Sağlık	5.09 <sup>a</sup>	3.18		
<b>Kontrol ( n = 185)</b>			22.70 (2.72, 500.94)**	.11
OKB	12.75 <sup>a</sup>	5.28		
Fiziksel Görünüş	11.53 <sup>a</sup>	5.42		
Diyet/Fiziksel Egzersiz	9.71 <sup>b</sup>	5.08		
Sağlık	12.50 <sup>a</sup>	5.80		

\* $p < .05$  \*\*  $p < .00$ .

Not. Üst simgeler<sup>a,b,c</sup> post-hoc çoklu karşılaştırma testindeki (Bonferroni) farklılıkları işaret etmektedir. Farklı harfler .00 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu anlamına gelmektedir.

### 3.3.7. Dört farklı içerikteki İDD'lerin Sıklık ve Rahatsızlık Puanları ile Psikopatolojilere İlişkin Belirti Ölçekleri Arasındaki İlişki

**Araştırma sorusu 9: İDD alanlarına ilişkin sıklık ve rahatsızlık puanları ile o alanla doğrudan ilişkisi psikopatoloji belirti ölçümleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?**

**Hipotez 9 (a):** Belirli bir alana ilişkin yaşanan İDD'lerin sıklık puanlarının o alanla doğrudan ilgili olan psikopatolojinin belirtilerini değerlendiren ölçüm araçları ile olan ilişkisinin diğer psikopatoloji ölçümleri ile olan ilişkiden anlamlı düzeyde farklılaşması beklenmektedir.

**Hipotez 9 (b):** Belirli bir alana ilişkin yaşanan İDD'lerin rahatsızlık puanlarının o alanla doğrudan ilgili olan psikopatolojinin belirtilerini değerlendiren ölçüm araçları ile olan

ilişkisinin diğer psikopatoloji ölçümleri ile olan ilişkiden anlamlı düzeyde farklılaşması beklenmektedir.

Bu hipotezler doğrultusunda, tüm içeriklere ilişkin İDD'lerden alınan sıklık ve rahatsızlık puanları ile Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Beden Algısı Bozukluğu (BAB), Beslenme ve Yeme Bozuklukları (BYB), Hastalık Kaygısı Bozukluğu (HKB) belirti ölçümlerinden alınan puanlar arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiş olup büyük ölçüde tüm alanların belirti ölçümleri ile orta düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Bkz., Tablo 15). İDD alanlarının içeriklerine uygun belirti ölçümleri ile olan korelasyon katsayıları değerlendirildiğinde; OKB'ye özgü İDD'lerin sıklık ve rahatsızlık puanlarının Obsesif-Kompulsif Envanteri-Revize (OKE-R) ile olan korelasyonunun Beden Dismorfik Bozukluk Soru Formu (BDBSF) (sırasıyla;  $z = 4.16$ ,  $p = .00$ ,  $z = 3.77$ ,  $p = .00$ ), Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) ( $z = 2.86$ ,  $p = .00$ ,  $z = 2.81$ ,  $p = .00$ ) ve Whiteley İndeksi-7 (WI-7)'den ( $z = 3.73$ ,  $p = .00$ ,  $z = 3.08$ ,  $p = .00$ ) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. BDBSF, YTT-26 ve WI-7'nin OKB'ye özgü İDD sıklık ve rahatsızlık puanları ile olan korelasyonlarının ise birbirlerinden farklılaşmadığı bulunmuştur. Fiziksel görünüş ile ilişkili İDD'lerin sıklık puanlarının ilgili psikopatoloji ölçüm aracı olan BDBSF ile olan korelasyonun OKE-R ( $z = 3.20$ ,  $p = .00$ ), YTT-26 ( $z = 3.20$ ,  $p = .00$ ) ve WI-7'den ( $z = 5.03$ ,  $p = .00$ ) anlamlı olarak yüksek olduğu görülmekle birlikte rahatsızlık puanlarının ilişkili belirti ölçümü ile olan korelasyonun OKE-R dışındaki YTT-26 ( $z = 1.99$ ,  $p = .02$ ) ve WI-7'den ( $z = 3.40$ ,  $p = .00$ ) anlamlı yönde farklılaştığı bulunmuştur. Diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD'lerin sıklık ve rahatsızlık puanlarının YTT-26 ile olan korelasyonunun, beklendiği şekilde, diğer belirti ölçümlerinden olan OKE-R (sırasıyla;  $z = 4.92$ ,  $p = .00$ ,  $z = 6.01$ ,  $p = .00$ ), BDBSF ( $z = 4.97$ ,  $p = .00$ ,  $z = 3.56$ ,  $p = .00$ ) ve WI-7'den ( $z = 5.77$ ,  $p = .00$ ,  $z = 7.84$ ,  $p = .00$ ) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Son olarak; sağlık ile ilgili İDD'lerin sıklık ve rahatsızlık puanlarının belirti ölçümleri ile olan korelasyonları incelendiğinde; WI-7 ile olan korelasyonlarının sıklık puanları açısından OKE-R ( $z = 1.75$ ,  $p = .04$ ), BDBSF ( $z = 2.45$ ,  $p = .00$ ) ve YTT-26'dan ( $z = 2.45$ ,  $p = .00$ ) anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuşken, rahatsızlık puanı ile WI-7 arasındaki korelasyonun OKE-R'den farklılaşmadığı bulunmuştur. BDBSF ve YTT-26 ile rahatsızlık puanı arasında ise herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 15.** Dört Farklı İçerikteki İDD Alanlarından Alınan Sıklık ve Rahatsızlık Puanlarının OKE-R, YTT-26, WI-7 ve BDBSF ile Olan Korelasyon Katsayıları

	OKE-R	BDBSF	YTT-26	WI-7
OKB_S	.48**	.21**	.30**	.24**
BAB_S	.40**	.58**	.40**	.28**
BYB_S	.26**	.39**	.56**	.20**
HKB_S	.22*	.17**	.17**	.34**
OKB_R	.39**	.13*	.20**	.18**
BAB_R	.36**	.41**	.28**	.18**
BYB_R	.27*	.43**	.62**	.14*
HKB_R	.15*	.03	.11	.19**
OKE-R		.33**	.36**	.44**
BDBSF			.44**	.28**
YTT-26				.25**
WI-7				

Not 1. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Not 2. OKB\_S: OKB'ye özgü İDD Sıklık Puanı; BAB\_S: Fiziksel Görünüş ile İlgili İDD Sıklık Puanı; BYB\_S: Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili İDD Sıklık Puanı; HKB\_S: Sağlık ile İlgili İDD Sıklık Puanı; OKB\_R: OKB'ye özgü İDD Rahatsızlık Puanı; BAB\_R: Fiziksel Görünüş ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; BYB\_R: Diyet/Fiziksel Egzersiz ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; HKB\_R: Sağlık ile İlgili İDD Rahatsızlık Puanı; OKE\_R: Obsesif-Kompulsif Envanteri- Revize; YTT-26: Yeme Tutum Testi-26; BDBSF: Beden Dismorfik Bozukluğu Soru Formu; WI-7: Whiteley İndeksi

### ÇALIŞMA III: ÇEVİRİMİÇİ GÜNLÜK ÇALIŞMASI

Bu bölümde İDD'lerin doğasına ilişkin gerçek zamanlı ve bellek yanlılıklarından arınık veri toplanarak bu düşüncelerin fenomenolojik özelliklerine ve ilişkili bilişsel mekanizmalara ilişkin temel betimleyici analizler gerçekleştirilmiştir.

#### 3.4. ÇEVİRİMİÇİ GÜNLÜK ÇALIŞMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmanın ikinci aşamasında oluşturulan yüksek risk gruplarından günlük çalışmasında yer almayı kabul eden katılımcılar belirlenmiş olup Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Beden Algısı Bozukluğu (BAB), Beslenme ve Yeme Bozuklukları (BYB) ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu (HKB) tekli risk gruplarının yanında beşinci bir grup olarak birden fazla risk grubuna giren katılımcıların bulunduğu çoklu risk grubu oluşturulmuştur ( $n$ 'ler sırasıyla; 11, 8, 3, 11 ve 18'dir).

##### 3.4.1. Farklı Alanlarda Deneyimlenen İDD'lere İlişkin Betimleyici Bulgular

**Araştırma sorusu 10: Çevrimiçi günlük uygulaması ile incelenen İDD'lerin fenomenolojik özellikleri nelerdir?**

**Hipotez 10 (a):** Katılımcıların büyük çoğunluğunun en az bir kez İDD yaşaması beklenmektedir.

**Hipotez 10 (b):** Kişilerin diyet ve fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD'leri, diğer İDD alanlarına kıyasla daha sıklıkla yaşaması beklenmektedir.

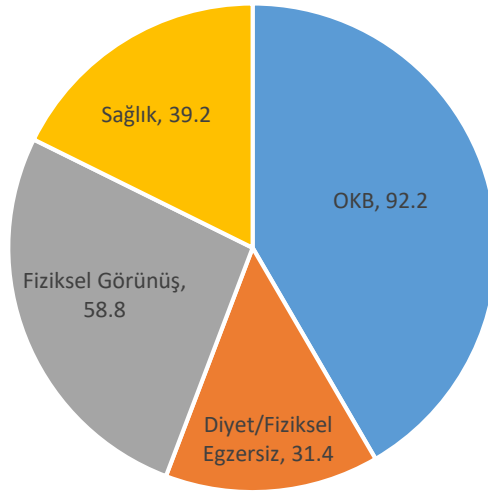
İlk olarak, katılımcıların tümünün 15 gün boyunca en az bir kez İDD yaşadığı belirlenmiştir ( $X = 9.55, S = 13.26$ ). Katılımcıların 15 gün boyunca her bir içerikle ilgili yaşadıkları İDD'lerin sayısı incelendiğinde; katılımcıların %92.2'sinin en az bir kere OKB'ye özgü İDD yaşadıkları belirlenmiştir. Diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili İDD'ler için bu oran %31.4; fiziksel görünüş ile ilgili İDD'ler için %58.8; hastalık ile ilişkili İDD'ler için ise %39.2 olarak bulunmuştur (Bkz., Şekil 1). Günlük çalışması boyunca deneyimlenen toplam İDD sayısına bakıldığında ise, tüm katılımcılar 15 gün boyunca toplam 488 İDD rapor etmiş olup bunlardan 344'ü OKB'ye özgü, 61'i fiziksel görünüşle ilgili, 29'u diyet/fiziksel egzersizle ilişkili, 54'ü ise sağlıkla ilişkili olmuştur (Bkz., Şekil 2).

Her bir risk grubunun kendi içinde hangi içerikleri ne sıklıkta yaşadıkları değerlendirildiğinde ise; 15 günlük süreçte tüm risk gruplarının da tüm içeriklerde İDD deneyimledikleri bulunmuştur (Bkz. Tablo 16). Farklı içerikteki İDD sıklıkları açısından

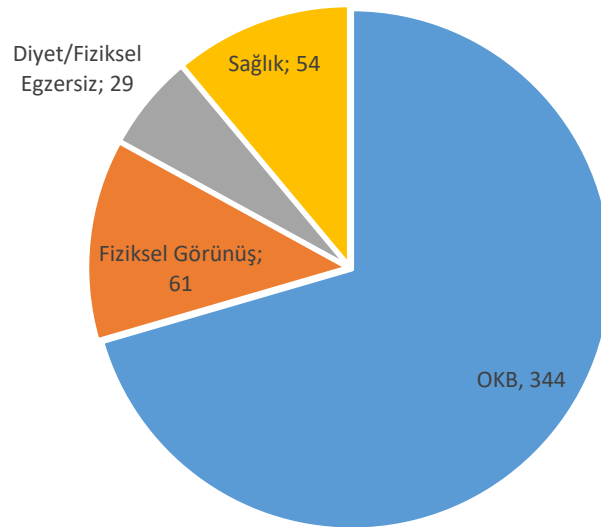
yüksek risk grupları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla Kruskal Wallis-H analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçları; risk gruplarının yalnızca OKB'ye özgü İDD'lerin sıklığı açısından marjinal düzeyde farklılaştığına [ $X^2(3) = 7.64$ ,  $p = .05$ ] ancak diğer içerikteki İDD'ler açısından gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığına işaret etmiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ise; anlamlı farklılık BYB yüksek risk grubu ile OKB ( $U = 26.00$ ,  $z = -2.31$ ,  $p = .02$ ) ve marjinal düzeyde HKB ( $U = 20.00$ ,  $z = -2.00$ ,  $p = .05$ ) grupları arasında bulunmuştur.

**Tablo 16.** Yüksek Risk Gruplarının Her Bir İçeriğe İlişkin Yaşadıkları Düşünce Sıklığı

Risk Grubu	İDD İÇERİK ALANLARI			
	OKB	Fiziksel görünüş	Diyet/ egzersiz	Sağlık
OKB ( $n = 11$ )	64	12	4	8
BAB ( $n = 11$ )	24	6	10	6
BYB ( $n = 3$ )	27	4	4	4
HKB ( $n = 8$ )	29	3	1	16



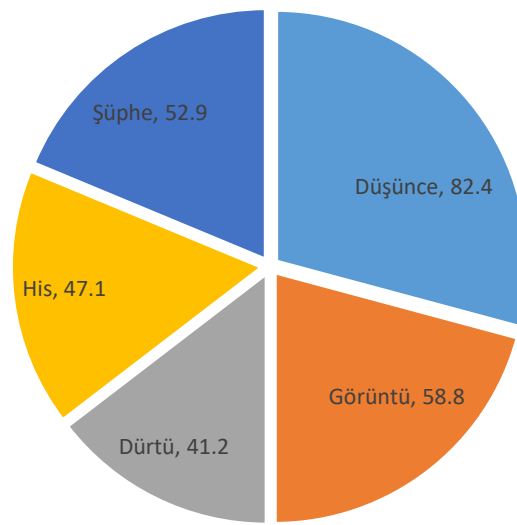
**Şekil 1.** İDD'lerin İçeriklere Göre Yaşanma Oranları



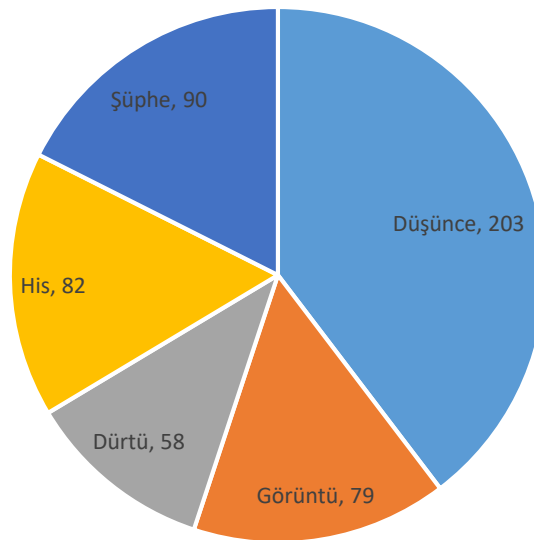
**Şekil 2.** İçeriklere Göre Yaşanan İDD Sayıları

**Hipotez 10 (c):** Kişilerin İDD'leri en çok görüntü ve imge formunda deneyimlemesi beklenmektedir.

Katılımcıların %82.4'ü ( $n = 42$ ) yaşadıkları İDD'leri düşünce formunda; %58.8'i ( $n = 30$ ) görüntü formunda, %41.2'si ( $n = 21$ ) dürtü şeklinde; %47.1'i ( $n = 24$ ) his formunda ve %52.9'u ( $n = 27$ ) şüphe şeklinde yaşadıklarını bildirmişlerdir (Bkz., Şekil 3). Şekil 4'te de görüldüğü üzere, 15 gün boyunca deneyimlenen tüm İDD'lerin 203'ü düşünce formunda, 79'u görüntü formunda, 58'i dürtü formunda, 82'si his formunda ve 90'ı şüphe formunda deneyimlenmiştir.



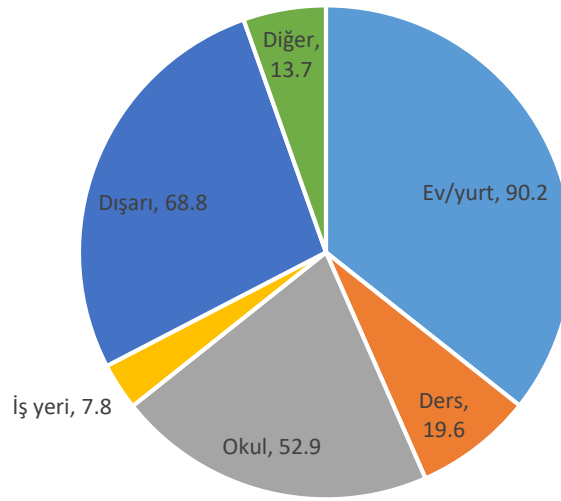
**Şekil 3.** İDD'lerin Yaşanma Formlarına Göre Oranları



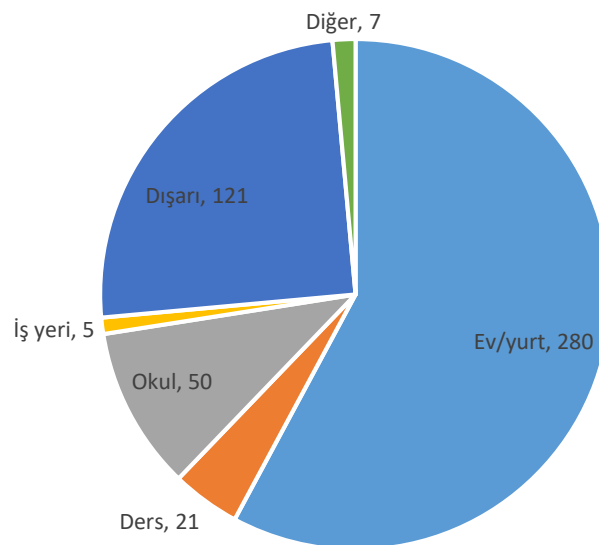
**Şekil 4.** Tüm İDD'lerin Yaşanma Formlarının Sayısı

**Hipotez 10 (d):** Kişilerin strese maruz kalma potansiyeli yüksek olan mekanlarda (örn., iş yeri, okul, vb.) daha çok İDD deneyimlemesi beklenmektedir.

Katılımcıların %90.2'si ( $n = 46$ ) İDD'leri ev/yurtta; %19.6'sı ( $n = 10$ ) ders sırasında; %52.9'u ( $n = 27$ ) okul/üniversitede; %7.8'i ( $n = 4$ ) iş yerlerinde; %68.8'i ( $n = 35$ ) dışarıda ve %13.7'si ( $n = 7$ ) bunların dışındaki bir mekanda deneyimlediklerini söylemişlerdir (Bkz., Şekil 5). Tüm İDD'lerin ise 280'i ev/yurtta, 50'si okul/üniversitede, 21'i ders sırasında, 5'i iş yerinde, 121'i dışarıda, 7'si ise bunların dışındaki bir mekanda yaşanmıştır (Bkz., Şekil 6).



**Şekil 5.** İDD'lerin Mekanlara Göre Yaşanma Sıklıkları



**Şekil 6.** Tüm İDD'lerin Mekanlara Göre Yaşanma Sayıları



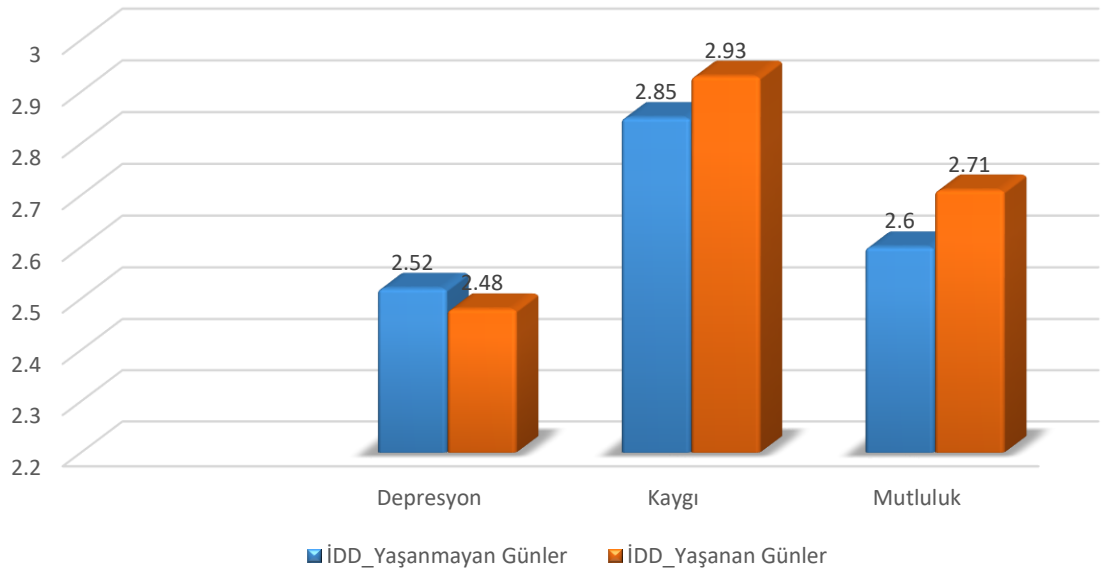
### 3.4.2. Duygu Durum Değerlendirmesine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi

**Araştırma sorusu 11: Çevrimiçi günlük uygulaması süresince, İDD yaşanan ve yaşanmayan günler arasında beklenti etkisi ve duygudurum açısından bir farklılık var mıdır?**

**Hipotez 11 (a):** İDD yaşanan günler, yaşanmayan günlere göre sabah raporunda puanlanan depresyon ve kaygı puanlarının daha yüksek, mutluluk puanlarının ise daha düşük olması beklenmektedir.

Kişilerin sabah raporunda belirttikleri kaygı ve depresyon puanlarının yüksek, mutluluk puanlarının düşük olmasının gün içinde İDD yaşanıp yaşanmaması üzerinde belirleyici bir rol oynayabileceği hipotezinden yola çıkarak İDD yaşanan günler ile yaşanmayan günler depresyon, kaygı ve mutluluk düzeyi açısından incelenmiş olup Bağımlı Örneklem t-testi yürütülmüştür. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; depresyon, kaygı ve mutluluk puanlarının düşünce yaşandığı günler ile yaşanmadığı günler açısından farklılaşmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ).

Katılımcıların duygu durum değerlendirmelerinden aldıkları ortalama puanları Şekil 7’de gösterilmiştir:



**Şekil 7.** Sabah Raporunda Elde Edilen Duygu Durum Değerlendirmesine İlişkin Puanlar

Katılımcıların depresif, kaygılı ve mutlu hissetmelerinin İDD'lerin sıklığı ile olan ilişkileri değerlendirildiğinde ise; anlamlı ve pozitif yönde korelasyonlar yalnızca depresyon puanı ve diyet/fiziksel egzersiz ile ilgili İDD'lerin sıklığı ( $r = .36, p = .00$ ); kaygı puanı ile fiziksel görünüş ile ilişkili İDD'lerin sıklığı ( $r = .31, p = .03$ ). ve kaygı puanı ile toplam sıklık puanı ( $r = .29, p = .04$ ) arasında bulunmuştur (Bkz., Tablo 17).

**Tablo 17.** Her bir İçeriğe İlişkin İDD Sıklık Puanları ve Toplam Sıklık Puanının Depresyon, Kaygı ve Mutluluk Puanları ile Olan Korelasyon Katsayıları

	OKB_S	BAB_S	BYB_S	HKB_S	Toplam_Sıklık	Depresyon	Kaygı	Mutluluk
OKB_S						.10	.25	-.03
BAB_S	.29*					.18	.31*	.10
BYB_S	-.08	-.05				.36**	.18	.02
HKB_S	.05	.20	.18			-.08	.08	.04
Toplam_Sıklık	.98**	.40**	.00	-.18	.	.13	.29*	-.02

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

### 3.4.3. Beklenti Etkisine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi

**Hipotez 11 (b):** Kişilerin İDD yaşamayı bekledikleri günler beklemedikleri günlere göre daha fazla sayıda İDD yaşamaları beklenmektedir.

Katılımcıların gün içinde İDD yaşayıp yaşamamayı beklemelerinin gün içinde yaşanan İDD'lerin sıklığına etkisi olup olmadığını değerlendirmek için Bağımlı Örneklem t-testi yürütülmüştür. Analiz sonuçlarına göre; katılımcıların 15 günlük süreçte gün içinde İDD yaşamayı bekledikleri günler ile İDD yaşamayı beklemedikleri günler karşılaştırılmış olup bu günler yaşanan İDD'lerin sıklığının farklılaştığı bulunmuştur [ $t(39) = -2.35, p = .02$ ]. Buna göre, katılımcıların İDD yaşamayı beklediklerini belirttikleri günler ( $X = .72, S = .54$ ) İDD yaşamayı beklemediklerini belirttikleri günlere ( $X = .46, S = .62$ ) göre daha fazla sayıda düşünce deneyimlemişlerdir.

### 3.4.4. İDD'lerin Sıklığı Üzerinde İDD'lere Yönelik İşlevsel Olmayan

#### Yorumlamaların ve Kontrol Stratejilerinin Yordayıcı Rolünün İncelenmesi

**Araştırma sorusu 12: İşlevsel olmayan yorumlamalar ve kontrol stratejilerinin yaşanan İDD'lerin sıklığı üzerinde yordayıcı bir rolü var mıdır?**

**Hipotez 12:** Kişilerin düşüncelerine ilişkin işlevsel olmayan yorumlamalarının ve kontrol stratejilerinin düşüncelerin sıklığını anlamlı ve pozitif yönde yordaması beklenmektedir. Günlük çalışması boyunca deneyimlenen İDD'lerin toplamından elde edilen Sıklık puanının yordanmasında işlevsel olmayan yorumlamalar ve kontrol stratejilerinin ne düzeyde katkıda bulduklarını belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizinden önce değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analiziyle incelenmiş olup tüm korelasyon değerleri Tablo 18'de gösterilmiştir.

**Tablo 18.** İDD Toplam Sıklık Puanı ile İşlevsel Olmayan Yorumlamalar ve Kontrol Stratejileri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8
(1)Toplam Sıklık								
(2)Zihinden Uzaklaştırma	.60**							
(3)Uzaklaştırma Süresi	.66**	.87**						
(4)Normallik	.80**	.81**	.81**					
(5)Gerçeklik	.29*	.75**	.78**	.55**				
(6)Ego-distoniklik	.63**	.54**	.57**	.57**	.23			
(7)Kontrol	.67**	.82**	.91**	.84**	.74**	.66**		
(8)Yorumlama	.56**	.71**	.85**	.69**	.69**	.57**	.89**	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Bulgular, İDD'leri zihinden uzaklaştırmakta çekilen zorluğun ve zihinden uzaklaştırmak için harcanan zamanın süresi arttıkça düşüncelerin sıklığının da arttığına işaret etmiştir. Ayrıca kişilerin bu düşünceleri yaşamalarının olağan olmadığına, düşüncelerinin gerçekten doğru olduğuna ve bu düşünceleri yaşamının kişilik ve değerlerine uygun olmadığına dair işlevsel olmayan yorumlamalar yapmasının da düşüncelerin sıklığında bir artış yarattığı saptanmıştır. Son olarak, İDD'lerin sıklık puanı ile İDDÖ'nde yer alan

ve günlük çalışmasında da birebir olduğu haliyle kullanılan yorumlama/kontrol alt ölçeğindeki maddeler arasında da anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. İşlevsel olmayan kontrol ve yorumlamaların İDD yaşanma sıklığı üzerindeki yordayıcı rolünü belirlemek amacıyla Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi gerçekleştirilmiştir. Analizlere başlamadan önce aralarındaki korelasyon katsayısı 1'e yakın olan değişkenler incelenmiş ve çoklu doğrusallık (multicollinearity) sorunu yaratmamaları adına analizlerden çıkarılmıştır. Buna göre oluşturulan regresyon modelinin yordanan değişkeni sıklık puanı, yordayıcı değişkenleri ise düşünceleri zihinden uzaklaştırmada zorluk, normallik, gerçeklik ve ego-distoniklik olarak belirlenmiştir. Tablo 19'da görüldüğü üzere, İDD'lerin sıklığını yordayan ilk değişkenin İDD'lerin yaşanmasının olağan ve normal olmadığına yönelik işlevsel olmayan yorumlamalar olduğu bulunmuştur. Düşüncelerin normal olmadığına yönelik yorumlamalar modelin %64'ünü açıklamıştır ( $\Delta F(1, 48) = 86.00, p = .00$ ). İkinci aşamada modele eklenen ego-distoniklik değişkeninin İDD sıklığını olumlu yönde yordadığı görülmüş olup ( $\Delta F(1, 47) = 6.10, p = .02$ ) bu değişkenin modele getirdiği açıklama ile birlikte modelin açıkladığı toplam varyans %68'e yükselmiştir. Üçüncü aşamada ise gerçeklik değişkeni modele eklenmiştir ( $\Delta F(1, 46) = 4.31, p = .04$ ). Gerçeklik değişkeninin modele eklenmesiyle birlikte model son şeklini almış ve açıklanan toplam varyans %71'e çıkmıştır. Diğer yordayıcı değişken olan düşünceleri zihinden uzaklaştırmakta çekilen zorluğun ise İDD sıklığını yordayıcı gücünün anlamlı seviyede olmadığı bulunmuştur.

**Tablo 19.** İDD Toplam Sıklık Puanını Yordamada İşlevsel Olmayan Yorumlamalar ve Kontrol Stratejilerinin Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi Bulguları

<i>Değişkenler</i>	$R^2$	$R^2$ Değişim	$F$	$\beta$	$t$
Normallik	.64	.64	86.00	.80	9.27**
Ego-distoniklik	.68	.04	6.10	.25	.2.47*
Gerçeklik	.71	.03	4.31	-.20	-2.08*

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

### 3.4.5. Tekli Risk Grupları ile Çoklu Risk Grubunun İDD Toplam Sıklık Puanı ile İşlevsel Olmayan Yorumlamalar ve Kontrol Stratejileri Bakımından Karşılaştırılması

**Araştırma sorusu 13:** Tek bir risk grubunda olmakla birden fazla risk grubuna dahil olmak düşüncelerin sıklığı ve bu düşüncelere yönelik kullanılan işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejileri arasında anlamlı bir fark yaratmakta mıdır?

**Hipotez 13 (a):** Birden fazla risk grubuna giren kişilerin, tek bir yüksek risk grubuna dahil kişilere kıyasla 15 günlük süreçte benzer sayıda İDD yaşaması beklenmektedir.

**Hipotez 13 (b):** Birden fazla risk grubuna giren kişilerin, tek bir yüksek risk grubuna dahil kişilere kıyasla 15 günlük süreçte işlevsel olmayan yorumlama/kontrol stratejilerini benzer düzeyde kullanmaları beklenmektedir.

Araştırmanın II. basamağında tekli risk grubunda yer alan katılımcılar ( $n = 33$ ) tek bir grupta toplanmış olup birden fazla risk grubunda yer alan katılımcılar ( $n = 18$ ) da ikinci bir grup olarak analizlere dahil edilmiştir. İki grubun İDD sıklığı, kullanılan işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejileri bakımından farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla varyans analizi gerçekleştirilmiştir. MANOVA analizinin gerçekleştirilebilmesi için örneklemin büyüklüğü önemli bir faktör olsa da, her grupta bağımlı değişken sayısından daha fazla sayıda katılımcının bulunmasının bu analizi gerçekleştirmek için yeterli olabileceği bilinmektedir (Field, 2009). Bağımlı değişkenler arasındaki korelasyonlar hesaplanarak çoklu doğrusallık (multicollinearity) varsayımı kontrol edilmiştir. Buna göre, bağımlı değişkenlerin arasında .90 ve üzeri ilişki bulunmamıştır. Son olarak, gruplar arası varyans ve kovaryans değerleri Box's M testi ile

incelenmiştir [  $F(36, 4289,49) = 2.60, p < .001$ ]. Bu, sonuçlar gruplar arası varyansın homojen olmadığını göstermiştir. Varyansların homojenliği sayılısının ihlal edilmesi sebebiyle analizler sırasında Pillai's Trace testi dikkate alınmıştır. Tüm istatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi .05 olarak belirlenmiştir. MANOVA sonuçlarına göre model anlamsız olup iki grup hiçbir bağımlı değişken bakımından birbirlerinden farklılaşmamıştır. Değişkenlere ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 20'de verilmiştir.

**Tablo 20.** Düşüncelerin Sıklığı, Düşünceleri Zihinden Uzaklaştırmada Zorluk, Uzaklaştırma Süresi, Normallik, Gerçeklik, Ego-distoniklik, Kontrol ve Yorumlama Puanlarına İlişkin Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri

	Gruplar	Ortalama	Standart Sapma
Toplam Sıklık	Tekli	8.84	6.08
	Çoklu	11.22	21.03
Zihinden Uzaklaştırma	Tekli	10.84	7.45
	Çoklu	11.22	10.12
Uzaklaştırma Süresi	Tekli	7.34	4.42
	Çoklu	7.27	5.88
Normallik	Tekli	10.31	6.02
	Çoklu	9.66	8.62
Gerçeklik	Tekli	10.21	5.86
	Çoklu	9.44	6.74
Ego-distoniklik	Tekli	8.84	7.48
	Çoklu	9.72	10.62
Yorumlama	Tekli	83.75	48.40
	Çoklu	72.22	58.52
Kontrol	Tekli	74.93	45.29
	Çoklu	67.00	62.63

## 4. BÖLÜM: TARTIŞMA

Mevcut araştırma kapsamında ilk olarak İstem Dışı Düşünceler Ölçeği'nin (İDDÖ) Türkçe'ye uyarlama çalışması gerçekleştirilmiştir. Ardından dört farklı içerikteki düşüncelerin birbirleriyle olan ilişkileri değerlendirilmiş olup düşüncelere yönelik olan sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol puanları birey içi karşılaştırmalarla incelenmiştir. Son olarak da İDD'lere yönelik gerçek zamanlı ve bellek yanlılıklarından arınık bilgiye erişmek amacıyla çevrimiçi günlük çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen veriler temel betimleyici analizler, korelasyon analizleri ve İDD'lerin sıklığını yordayan değişkenleri değerlendiren regresyon analizleri ile incelenmiştir. Üç aşamalı olarak gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatürdeki güncel bilgiler ışığında tartışılmıştır.

### 4.1. ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI

Zihinde birdenbire, istemsiz ve tekrarlı bir biçimde beliren, kişinin yapmakta/düşünmekte olduğu şeyi bölen, kontrol edilmesi güç düşünce, görüntü, fiziksel duyum ya da dürtüler genel olarak İstem Dışı Düşünce (İDD) olarak isimlendirilmektedir (Clark, 1992; Rachman, 1981). Rachman ve de Silva'nın (1978) yapmış oldukları ve klasikleşmiş olan çalışma İDD'lerin normal örnekleme de %80 oranında görüldüğünü ifade etmektedir. Ancak bu tarz düşüncelerin sadece %2'sinin klinik obsesyonlara dönüştüğü bilinmektedir (Clark, 2004). Psikopatolojilerin bilişsel modeli, klinik olmayan örnekleme de görülen İDD'lerin klinik obsesyonların bir varyansı olduğunu belirtmektedir (Purdon ve Clark, 1993; 1994). İDD'lerin klinik olmayan örnekleme de yaygın olarak deneyimlendiğini gösteren bu çalışmalar, güncel literatürü İDD'lerin boyutsal bir biçimde ele alınması yönünde şekillendirmektedir.

İDD bugüne kalan alan yazında ağırlıklı olarak OKB özelinde çalışılan bir konu olmakla birlikte BAB (Lavell, Farrell ve Zimmer-Gembeck, 2014; Onden-Lim ve Grisham, 2013), BYB (Blackburn, Thompson ve May, 2012; Roncero, Perpiñá ve García-Soriano, 2011) ve HKB (Langlois, Ladouceur, Patrick ve Freeston, 2004; Olatunji, Deacon ve Abramowitz, 2009) gibi psikopatolojiler de İDD'lerin çalışıldığı önemli alanlardan olmaya başlamıştır. Yapılan araştırmalar, OKB, BAB, BYB ve HKB'nin birbirlerinden farklı klinik görünümleri olmasına rağmen, bu bozukluklara sahip kişilerin o anki psikopatolojileri gereği yaşadıkları temel korku kaynağı ile ilgili İDD'ler

deneyimlediklerini göstermiştir (García-Soriano, Roncero, Perpiñá ve Belloch, 2014). Mevcut araştırmada da farklı alanlardaki İDD'leri ayrıntılı olarak ele alma fırsatı veren ve Pascual-Vera ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen İDDÖ'nün Türkçe'ye adaptasyonunun gerçekleştirilmesi ve bu kapsamlı ölçüm aracının ulusal psikoloji alan yazınına kazandırılması hedeflenmiştir.

Bu hedef doğrultusunda ilk olarak İDDÖ'nün güvenilirlik analizleri yürütülmüştür. Ölçeğin Türkçe formunun sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejileri bölümüne ait toplam puan iç tutarlık katsayılarının, madde-toplam korelasyonlarının ve Guttman iki yarım test güvenilirlik değerlerinin oldukça tatmin edici düzeyde olması ölçeğin güvenilir olduğuna yönelik önemli bulguların olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin güvenilirlik analizlerinden sonra İDDÖ'nün Türkçe formunun yorumlama/kontrol stratejileri bölümünün yapı geçerliğinin incelenmesi amacıyla OKB'ye özgü, fiziksel görünüş, diyet/fiziksel egzersiz ve sağlık ile ilgili İDD alanları için dört ayrı DFA yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, ölçeğin orijinal formunda kişilerin kendileri için en çok rahatsızlık veren İDD'lerini kontrol etme ve yorumlama biçimlerini değerlendiren 14 maddelik bölümün 5 faktörlü yapısının yapılan modifikasyonlar neticesinde Türkiye örnekleminde elde edilen verilere kabul edilebilir derecede uyum sağladığı bulunmuştur. Ölçeğin yorumlama/kontrol stratejileri bölümünün yapı geçerliği değerlendirildikten sonra İDDÖ'nün birleşen ve ayırt edici geçerliğini değerlendirmek üzere tüm İDD alanlarının sıklık ve rahatsızlık puanlarının her bir İDD alanı ile ilgili psikopatoloji tarama ölçekleri olan OKE-R, BAÖ, YTE-40, SAE ve PNDÖ ile korelasyonları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, sıklık puanları açısından OKB'ye özgü, diyet/fiziksel egzersiz ve sağlık ile ilgili İDD'lerin ilişkili oldukları psikopatolojilerle ilgili ölçüm araçları ile olan korelasyonları (sırasıyla OKE-R, YTE-40 ve SAE) diğer ölçüm araçları ile olan korelasyonlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca OKB'ye özgü ve diyet/fiziksel egzersiz ile ilgili İDD rahatsızlık puanlarının da sırasıyla OKE-R ve YTE-40 ile olan korelasyonlarının diğer ölçüm araçları ile olan korelasyonlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tüm bu bulguların ölçeğin birleşen geçerliğine yönelik önemli göstergeler olduğu düşünülmektedir. Her bir alandan alınan sıklık ve rahatsızlık puanları birbirleriyle pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar göstermektedir. Sıklık ve rahatsızlık puanları açısından tüm alanların birbirleriyle olan korelasyonlarının, her iki puan türü içinde, fiziksel görünüş ve diyet/fiziksel egzersiz ile ilgili İDD alanları



arasında olduğu belirlenmiştir. BAB ve BYB arasındaki en temel benzerliğin her iki bozuklukta da beden imgesinde algılanan bir bozulma olduğu göz önünde bulundurulduğunda, BAB ve BYB'nin bilişsel, davranışsal ve duygusal özelliklerinin benzerlik taşıması araştırmacıları bu iki bozukluğun aslında olumsuz beden imgesi boyutu üzerinde farklı noktalarda kavramsallaştırılabileceği noktasına getirmiştir. Alan yazında BAB ve BYB'nin “Beden İmgesi Bozukluğu”nun farklı görünüşleri olabileceğine yönelik açıklamalar bulunması da ölçeğin birleşen geçerliğine dair bulgular alan yazın ile tutarlılık göstermektedir (Hrabosky ve ark., 2009; Rosen ve Ramirez, 1998). İDDÖ'nün tüm İDD alanlarının PNDÖ Pozitif Duygu ve Negatif Duygu alt ölçekleri ile olan korelasyonları incelendiğinde ise tüm alanların sıklık ve rahatsızlık puanlarının Pozitif Duygu alt ölçeği ile negatif yönde ve anlamsız, Negatif Duygu alt ölçeği ile ise pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar gösterdiği bulunmuştur. İDD'lerin negatif duygudurum ile ilişkili olduğu araştırmalar ile desteklenmiş olup (Brose, Schmiedek, Lövdén ve Lindenberger, 2011) bu bulguların da ölçeğin birleşen geçerliğini kanıtlar nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Ölçeğin ölçüt geçerliğini değerlendirmek üzere OKB, BAB, BYB ve HKB yüksek ve düşük risk grupları temel kaygı kaynakları ile ilgili İDD alanından aldıkları sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejileri puanları açısından karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; tüm yüksek risk gruplarının İDD'leri düşük risk grubundaki kişilere göre daha sık deneyimledikleri, düşük risk gruplarına göre işlevsel olmayan yorumlama/kontrol stratejilerini daha sık kullandıkları ve BAB dışında tüm yüksek risk gruplarının bu düşüncelerden daha fazla rahatsızlık duydukları bulunmuştur. İDDÖ'den alınan puanların düşük ve yüksek risk grubunu anlamlı bir şekilde birbirinden ayırıyor olması ölçeğin ölçüt geçerliğinin tatmin edici düzeyde olduğuna işaret etmektedir. İDDÖ'nün ölçüt geçerliğini kanıtlamak üzere gerçekleştirilen analizler, literatür bulgularıyla tutarlı olacak şekilde popülasyonun çoğunluğunda İDD yaşandığına ama belirli psikopatolojileri geliştirme riski yüksek olan katılımcıların yaşadıkları İDD'lerin sıklığının, yarattıkları rahatsızlığın ve işlevsel olmayan yorumlama/kontrol stratejileri kullanımının anlamlı olarak daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (Belloch, Roncero ve Perpiñá, 2016).

Görüldüğü üzere ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik değerleri ölçeğin Türkiye örnekleminde kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğuna yönelik önemli kanıtlar sunmaktadır. Psikoloji

alanında kullanılan pek çok ölçüm aracı doğaları gereği katılımcıların geriye dönük değerlendirmeler yapmaları ve cevaplarını bu şekilde vermeleri üzerine kurulmaktadır. Ancak kişinin geriye dönük olarak verdiği cevapların ve yaptığı değerlendirmelerin bellek yanlılıklarından etkilenmemesinin oldukça düşük bir ihtimal olduğu da bilinmektedir (Stone ve Shiffman, 2002). İDD'lerin değerlendirilmesi noktasında da bu düşünceler anlık bir şekilde ortaya çıktığı için kişinin geriye dönük bir şekilde düşüncelerini değerlendirmesi ve düşüncenin çıktığı andaki etkisini kişi üzerinde sürdürmesi mümkün olmadığından ölçüm araçlarının güvenilirliği noktasında birtakım sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu sorunun önüne geçilmesi amacıyla ölçekteki her bir düşünce alanı için kişiden kendisine en çok rahatsızlık veren düşünceyi kendi cümleleri ile anlatması istenmiştir. Bunun amacı kişideki İDD'yi tetikleyerek ve düşünceyi yaşadığı anda ki benzer süreçleri aktif hale getirerek ölçeğin devamındaki kontrol ve yorumlama bölümlerindeki yanıtların gerçeğe en uygun şekilde verilmesine yardımcı olmaktır. Böylelikle İDDÖ, İDD hakkında hem niceliksel hem de niteliksel veri toplamaya olanak verecek şekilde tasarlanmıştır. Bu özelliği bakımından da yüksek güvenilirliğe sahip olması beklenen bir ölçüm aracı alan yazına katılmıştır. Türk kültürüne kazandırılan bu ölçeğin, dört farklı alandaki İDD'leri aynı anda değerlendirebilme ve farklı İDD süreçlerini karşılaştırabilme imkânı sunması açısından son derece önemli olduğu düşünülmektedir. İDD'lerin genellikle OKB alanında çalışıldığı ve İDD ile ilgili öz bildirim ölçeklerinin de bu alanda yoğunlaştığı düşünüldüğünde bu ölçüm aracının İDD'lerin tanımlar üstü özelliğini değerlendirmeye fırsat tanınması açısından da önemli bir ihtiyacı karşılaması hedeflenmektedir.. Tüm bu özellikleri sebebiyle İDDÖ'nün ülkemizde bu alanda yapılacak çalışmaların artmasına ve İDD'lerin doğasının daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

#### **4.2. İDD'LERİN TANILAR ÜSTÜ ÖZELLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırmanın ikinci aşamasının temel amacı, zihinde birdenbire beliren istem dışı düşüncelerin klinik görünümleri farklı psikolojik bozukluklar arasında tanımlar üstü bir değişken olup olmadığını test etmektir. Bu amaç doğrultusunda başlama yaşı, tedavi gidişatı, birlikte görülme sıklıkları göz önünde bulundurularak Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Beden Algısı Bozukluğu (BAB), Beslenme ve Yeme Bozuklukları (BYB) ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu (HKB) olmak üzere dört psikopatoloji üzerinde yoğunlaşmıştır. Önceki araştırmalar farklı psikopatolojilerdeki İDD'leri genellikle tek

bir bozukluk içinde ya da iki farklı psikopatoloji grubunu karşılaştırarak incelemiştir. Ancak mevcut araştırmada, bu düşüncelerin tanılar üstü doğasını analiz etmek için daha farklı bir bakış açısı benimsenerek bu düşüncelerin dördünü birden deneyimleyen kişilerdeki düşüncelerin sıklığı, yarattığı rahatsızlık ve yorumlama/kontrol biçimleri değerlendirilmiştir. Alan yazında İDD'lerin dört farklı psikopatolojide genelde ayrı ayrı olarak ele alındığı bilinmekte olup, bu araştırma dört farklı alandaki İDD'leri de deneyimleyen katılımcılar kullanılarak İDD'lerin olası tanılar üstü özelliğinin değerlendirildiği Türkiye'deki ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır.

Araştırmada yer alan katılımcılar daha önce klinik bir tanı almamış ya da verinin toplandığı sırada herhangi bir psikiyatrik bozukluğa ilişkin tanı ya da tedavi almayan kişilerden oluşmaktadır. Mevcut araştırma kapsamında üzerinde yoğunlaşılacak psikopatolojiler popülasyonun oldukça küçük bir kısmında deneyimlendikleri için istatistiksel analizleri gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan yeterli büyüklükteki klinik örnekleme ulaşılması zamansal açıdan maliyetli olabilmektedir. Bununla birlikte, bahsedilen psikopatolojilere ilişkin belirtilerin genel popülasyonda sıklıkla deneyimlenmesi klinik olmayan örneklemin İDD araştırmalarında kullanımına olanak tanımaktadır (örn., Adam, Meinlschmidt, Gloster ve Lieb, 2012; Rachman ve de Silva, 1978; Roncero, Belloch ve Doron, 2019). Klinik olarak tanı almayan bireyler de klinik örnekleme benzer şekilde obsesif düşünceler yaşama ve sıkıntılarını hafifletmek için kompulsif davranışlar sergileme eğilimindedirler (Muris, Merckelbach ve Clavan, 1997). Ayrıca DSM-5 ile birlikte psikopatoloji belirtilerinin kategorik olmaktan ziyade sürekli bir boyutsallık içinde kavramsallaştırılabileceğine yönelik getirilen açıklamalar, klinik olmayan örneklemelerin kullanılmasının daha çok sayıda araştırma yapılmasını mümkün kılacağını ve bazı yapıları çok daha büyük örneklemelerle daha güvenilir şekilde inceleme fırsatı sunacağını iddia etmektedir (Abramowitz ve ark., 2014).

Klinik olmayan örneklemin kullanıldığı bu araştırmada da, ilk olarak, araştırmada yer alan katılımcıların deneyimlemiş oldukları İDD oranı incelenmiş olup katılımcıların neredeyse tümünün (% 98.1) son 3 ay içerisinde en az bir kere zihinlerinde istem dışı olarak beliren düşünce yaşadıkları bulunmuştur. Bu bulgu İDD'lerin normal popülasyonda da yaygın olarak deneyimlendiğini gösteren araştırma bulguları ile tutarlılık sergilemektedir (örn., Clark, 2004). Dört farklı içerikteki İDD'lerin yaşanma sıklıkları değerlendirildiğinde ise en sıklıkla deneyimlenen düşünce içeriğinin OKB'ye

özgü olanlar (% 95.87) olduğu bulunmuştur. OKB'den sonra en fazla sıklıkta yaşanan düşünceler fiziksel görünüş (% 82.37) ve sağlıkla (78.51) ilişkili iken en az sıklıkla diyet/fiziksel egzersizle ilişkili düşüncelerin deneyimlendiği belirlenmiştir. İDD'ler ağırlıklı olarak düşünce formunda yaşandığı gibi görüntü, dürtü, his, fiziksel duyum ya da dürtü şeklinde de yaşanabilmektedirler (Parkinson ve Rachman, 1981). Mevcut araştırmanın sonuçları da alan yazınla tutarlı olacak şekilde İDD'lerin, hangi içerikte olduğundan bağımsız olarak, çoğunlukla düşünce formunda deneyimlendiğine işaret etmektedir. Bu bulgular İDDÖ kullanılarak yürütülen bir diğer çalışma olan Pascual-Vera ve Belloch'un (2018) bulguları ile tutarlılık göstermektedir. Tanılar üstü yapının temel hipotezlerinden biri olan bir içerik ile ilgili İDD'ye sahip olmanın diğer içeriklerdeki İDD'lere sahip olma oranını da arttıracak hipotezine kanıt olarak, katılımcıların tek bir içerikte İDD yaşamayıp %59.3'ünün son 3 ay içerisinde dört farklı alanda da İDD deneyimlediği bulunmuştur. Sadece tek bir alanda İDD deneyimlenen katılımcıların oranı ise % 6.7 olarak belirlenmiştir. Şimdiye kadar, birlikte görülme oranları yüksek olan psikopatolojiler için ayrı ayrı ele alınmış olan farklı içerikteki düşüncelerin tümünün de yüksek oranda aynı katılımcılar tarafından deneyimleniyor olmasının İDD'lerin tanılar üstü bir özelliği olabileceğine yönelik araştırma sorusuna ilişkin önemli bir başlangıç noktası oluşturduğu düşünülmektedir.

İDDÖ, dört farklı içerikteki düşünceleri değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir ölçüm aracı olup her bir içeriğe ilişkin düşünce listeleri literatürde var olan ölçüm araçlarına göre düzenlenmiştir. Her bir içerik, kendi alanı için en kapsayıcı olacak şekilde farklı obsesyonları içerisinde barındırmaktadır. Buna göre OKB'ye özgü İDD içeriğinde 13, fiziksel görünüş içeriğinde 10, diyet/fiziksel egzersiz içeriğinde 9 ve sağlık içeriğinde 11 İDD yer almaktadır. Her bir İDD alanı içerisinde en sık deneyimlenen ve en rahatsız eden düşünceleri incelemek amacıyla ayrı ayrı gerçekleştirilen frekans analizlerinde OKB'ye özgü İDD içeriğinde katılımcıların en sık deneyimledikleri düşüncenin “önemli bir şeyi unutmuş olabileceğine dair bir şüphe” ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda OKB'ye özgü içerikte katılımcıların en rahatsız eden düşünce de yine şüphe ile ilişkili olmuştur. Heterojen bir bozukluk olan OKB ile ilişkili olarak en sıklıkla deneyimlenen obsesyonlar bulaşma/kirlenme ile ilişkili olmakta birlikte mevcut çalışmada şüphe olarak bulunması şaşırtıcı olmakla birlikte mevcut bulgular farklı kültürel ortamda gerçekleştirilen Pascual-Vera ve arkadaşları (2017)'nin çalışmasını doğrular niteliktedir.

İDD'leri kültürler arası bir perspektiften inceleyen Radomsky ve arkadaşlarının (2014) yürütmüş oldukları çalışmada da en yaygın olarak deneyimlenen İDD içeriğinin şüphe olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar bahsi geçen tüm araştırmaların örneklemelerinin klinik olmayan katılımcılardan oluşması ile açıklanabilecek olmakla birlikte, şüphe ile ilişkili İDD'lerin klinik OKB grubu dışında sağlıklı örneklemelerdeki önemine odaklanan daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğuna da işaret etmektedir. Fiziksel görünüş ile ilgili olarak kişilerin en sık deneyimledikleri İDD'ler beden imgesinde bozulma ve algılanan kusurların başkaları tarafından fark edilmesi ile ilişkiliyken, beden imgesinde bozulmayla ilişkili düşünceler katılımcıları en çok rahatsız eden düşünce olmuştur. Beden dismorfik bozukluk klinik tanımında çeşitli beden bölgelerine ilişkin gerçekçi olmayan, bozulmuş beden imgesi ile karakterize bir bozukluktur. Fiziksel görünüş ile ilgili en çok deneyimlenen ve en rahatsız eden düşüncenin de beden imgesindeki algılanan bozulma ile ilişkili olması oldukça beklendiği bir sonuç olarak değerlendirilmektedir (Ruffolo, Phillips, Menard, Fay ve Weisberg, 2006). Diyet/fiziksel egzersiz ile ilgili en sık deneyimlenen düşünce kişilerin ne yiyip ne yememeleri gerektiğine ilişkin kontrolle ilişkili iken kişileri en çok rahatsız edenin ise kilolu olmak düşüncesi olduğu bulunmuştur. Araştırma örneğini büyük oranda genç yaşta katılımcıların oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda yeme kontrolünün sıklığının ve kilolu olma düşüncesinin yol açtığı rahatsızlık hissinin, içinde bulunulan sosyo-kültürel bağlamda, kişinin görünüşü üzerindeki sosyal baskıyı yansıtması noktasında oldukça anlamlı olduğu düşünülmektedir (Striegel-Moore ve Bulik, 2007). Sağlık ile ilgili olarak kişiler sıklıkla bir hastalığa sahip olabileceklerine dair fiziksel belirtilerinin olduğunu düşündüklerini ancak kendilerinden sevip sevilen kişinin hasta olabileceğine ilişkin düşüncelerin daha rahatsız edici olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmanın genç nüfustan oluşuyor olmasının sağlıkla ilgili İDD'lerin neden olduğu rahatsızlığı da etkilemiş olabileceği ve sevilen birinin kaybına dair bilinçli bir farkındalığın yarattığı kaygının bu yaş grubunda çok daha şiddetli yaşanabileceği düşünülmektedir.

Her bir İDD alanından en az bir tane düşünce yaşadığını belirtilen katılımcıların İDD sıklıklarının ve rahatsızlıklarının birbirleri ile olan korelasyonu değerlendirildiğinde tüm İDD alanlarının birbiri ile olan korelasyonunun pozitif ve anlamlı yönde olduğu bulunmuştur. Bir diğer deyişle, bir alanda yaşanan İDD'lerin sıklığı arttıkça diğer alanların yaşanma sıklığı da artmaktadır. Benzer şekilde bir İDD alanının yarattığı

rahatsızlığın derecesi arttıkça kişinin diğer alanlardan rahatsız olma düzeyi de birlikte artış göstermektedir. DSM-5 ve ICD-10 gibi resmi tanı ve sınıflandırma sistemleri, psikopatolojileri birbirlerinden farklı, bağımsız ve kategorik yapılar olarak tanımlamaktadır. Bir diğer deyişle, sınıflandırma sistemleri bir hastanın belirli bir zihinsel bozukluğa ilişkin tanı alması için belirti eşiğini karşılayıp karşılamadığı ile ilgilenmektedir. Ancak tanılar üstü model, bir bozukluğa sahip olmanın diğer bozukluklara da sahip olma ihtimalini arttırdığı varsayımdan yola çıkarak herhangi bir psikolojik bozukluğun diğer bozukluklarla olan ortaklıklarını ve altta yatan temel mekanizmaları incelemeye odaklanmaktadır (Krueger ve Eaton, 2015). Mevcut araştırma sonuçları da bir alanda İDD yaşama sıklığının ve bu düşüncelerin yarattığı rahatsızlığın diğer alanlara ilişkin sıklık ve rahatsızlık değerlerinden bağımsız olmadığına ve kişilerin yaşadıkları İDD'lerin sadece belirli bir psikopatolojiye özgü olmaktansa bir çok farklı içerikteki İDD'lerin yaşanmasıyla da güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Belirli bir içerik hakkında İDD'ye sahip olma ve bu düşüncelerden rahatsızlık duyma derecesinin birlikte yükselme eğilimi göstermesinin tanılar üstü modelin temel varsayımlarıyla tutarlılık sergilediği düşünülmektedir.

Yürütülen analizler detaylı incelendiğinde; İDD'lerin sıklık puanları arasındaki en yüksek korelasyonun OKB ve fiziksel görünüş ile OKB ve sağlık ile ilişkili İDD'ler arasında olduğu saptanmıştır. OKB'ye özgü ve sağlıkla ilişkili İDD'lerin sıklık puanları arasında bulunan anlamlı ilişki, OKB ve HKB arasında yakın bir ilişki olduğu varsayımını desteklemektedir (örn., Abramowitz ve Braddock, 2006; Deacon ve Abramowitz, 2008; Stein ve ark., 2016). BAB ise, “vücuda ilişkin kompulsif fikirler” olarak tanımlanmış olup BAB'nin “obsesif” özellikler de barındırdığının altı çizilmiştir (Stekel, 1949). BAB'nin kaygı yaratan, rahatsız edici, dirençli ve kontrol edilmesi oldukça güç olan İDD'ler deneyimlemeleri ve bu İDD'lerin yarattığı kaygıyla başa çıkmaya yönelik kompulsif ritüeller gerçekleştiriyor olmaları OKB ile aralarındaki en belirgin benzerliği oluşturmaktadır (Hollander ve Phillips, 1992; Perugi ve ark., 1997). Mevcut araştırma bulgularındaki sıklık puanları bakımından OKB ve fiziksel görünüşle ilgili düşünceler arasındaki anlamlı ilişki de OKB ve BAB arasındaki fenomenolojik benzerliği (Phillips ve ark., 2010) ve yüksek komorbiditeyi (Bienvenu ve ark., 2012) destekler nitelikte olup BAB'nin OKB spektrumuna dahil edilmesini destekleyen araştırmalarla da tutarlılık sergilemektedir (APA, 2013). Rahatsızlık açısından en ilişkili İDD alanlarının ise fiziksel

görünüş ile diyet/fiziksel egzersiz olduğu belirlenmiştir. BYB ve BAB'nin "Beden İmgesi Bozukluğu" olarak isimlendirilen genel bir kategorinin farklı boyutları olarak tanımlanabildiği düşünüldüğünde bu bulgunun alan yazın ile son derece tutarlı olduğu düşünülmektedir (Dingemans, van Rood, de Groot ve van Furth, 2012; Kollei, Schieber, de Zwaan, Svitak ve Martin, 2013; Rosen ve Ramirez, 1998).

Yürütülen korelasyon analizlerinin ardından, bir içerikteki istem dışı düşüncelerin yaşanma sıklığı ve bu düşüncelerin yarattığı rahatsızlık üzerinde diğer içeriklerde istem dışı düşünceye sahip olmanın ve bu düşüncelerden rahatsızlık duymanın yordayıcı bir rolü olup olmadığını değerlendirmek üzere regresyon analizleri yürütülmüştür. Analiz sonuçları, istem dışı düşüncelerin tanılar üstü özelliğine işaret eden sonuçlar sunan korelasyon analizlerini destekler nitelikte olup bir alanda düşünce deneyimlemenin ve bunlardan rahatsızlık duymanın diğer içeriklerde de İDD deneyimlenmekten ve bunlardan rahatsız olmaktan bağımsız olmadığını ve tüm düşünce içeriklerinin birbirleri üzerinde anlamlı ve pozitif yönde yordayıcı gücü olduğunu göstermektedir. Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde; dört farklı alanlardaki düşüncelerin birbiriyle sergiledikleri anlamlı ilişki örüntülerinin İDD'lerin tanılar üstü bir psikolojik süreç olarak değerlendirilebileceğine yönelik önemli kanıtlar sunduğu düşünülmektedir.

OKB'de görülen İDD'lerin klinik obsesyonlara dönüşmesi sürecinde bu düşünceleri işlevsel olmayan şekilde yorumlama ve kontrol etme çabasının önemli bir rol üstlendiği bilinmektedir. Normal popülasyonda da görülen bu düşüncelerin psikiyatrik bozuklukların gelişimindeki rolünü inceleyen bilişsel model, normal ve patolojik İDD'lerin bir süreklilik üzerinde olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bilişsel modele göre; psikopatolojilerin temel sorun kaynağı İDD'lerin varlığı değildir; kişilerin bu düşüncelere tepki verme şekli bu düşünceleri patolojik olanlara dönüştürmektedir. Farklı bilişsel modeller, İDD'lerin klinik obsesyonlara dönüştürülmesinde farklı obsesif inançların rolünü vurgulamıştır (Clark ve Purdon, 1993; Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). İşlevsel olmayan yorumlamalar OKB'nin olduğu kadar BAB, BYB ve HKB'nin de etiolojisinde ve bu bozuklukların sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Fang ve Wilhelm, 2015; García-Soriano, Roncero, Perpiñá ve Belloch, 2014; Muse, McManus, Hackmann, Williams ve Williams, 2010). İDD'lerin yanlış yorumlanması ve bu düşünceleri kontrol etmek için gösterilen çaba düşüncelerin yarattığı rahatsızlığı ve

sıklığını attırmakta ve bu düşüncelerin daha güçlü ve kalıcı hale gelmesine yol açmaktadır.

Bu araştırmada da İDD'lerin sıklık ve rahatsızlık puanları ile kontrol ve yorumlama puanları arasındaki ilişkinin tüm içerikler için benzer bir örüntü sergilemesi beklenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; tüm İDD içerikleri için, ego-distoniklik boyutu dışındaki tüm kontrol ve yorumlama stratejileri, sıklık ve rahatsızlık puanları ile anlamlı ve pozitif yönde artış gösterme eğilimindedir. Ancak OKB'ye özgü İDD'ler için ego-distoniklik puanı ile sıklık arasında ilişki bulunamazken, sağlık ile ilişkili İDD'ler için ego-distoniklik puanı ile sıklık ve rahatsızlık puanı arasında ise düşük düzeyde bir ilişkiye rastlanmıştır. OKB'de deneyimlenen obsesyonların kişinin benliğine uymaması sebebiyle ego-distonik bir yapıda olduğu görüşüne ek olarak son yıllarda yapılan bazı araştırmalar obsesyonların tüm içeriklerinin eşit derece ego-distonik ya da ego-sintonik yapıda olmayabileceğini göstermektedir (Belloch, Roncero ve Perpiñá, 2012; Purdon, Cripps, Faull, Joseph ve Rowa, 2007). García-Soriano ve arkadaşlarının (2011) yürütmüş oldukları çalışma, agresyon/saldırganlık, cinsellik, dini/ahlaki içerikli düşüncelerin kişilikle tutarsız ve kabul edilmesi zor olmaları sebebiyle daha ego-distonik olarak değerlendirilirken bulaşma/kirlenme, şüphe, simetri, batıl inanç gibi ahlaki içeriği bulunmayan düşüncelerin ego-sintonik olarak yorumlanabileceğini göstermiştir. Mevcut araştırmada kullanılan İDDÖ'nin OKB'ye özgü düşünceleri inceleyen alt boyutu ağırlıklı olarak düzen, simetri, kontrol, sayıları tekrar etme içeriklerindeki maddelerden oluşmaktadır. Buna karşılık ahlaki içeriği olan ve benliğe uyumsuz düşünce içeriklerinin sıklığının oldukça az olduğu görülmektedir. OKB'ye özgü İDD'ler için ego-distoniklik puanı ile sıklık arasında bir ilişki bulunmamasının sebeplerinden biri bu olabileceken bir diğerinin de örneklemin yapısıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Klinik obsesyonlar yaşayan gruplar İDD'leri daha uygunsuz bağlamlarda deneyimlediklerinden ve potansiyel gerçekliklerine ilişkin daha az kanıt bulunduğundan bu düşünceler ile benlik algıları arasındaki tutarsızlık daha büyük olmaktadır. Ancak klinik olmayan örneklemin deneyimlediği normal istem dışı düşünceler şimdiki zamandaki gözlemlerle ve bağlamla daha büyük ölçüde tutarlılık sergilediğinden ve potansiyel gerçekliklerine ilişkin daha gerçekçi kanıtlarla desteklendiğinden daha ego-sintonik bir yapıda değerlendirilmektedirler (Audet, Aardema ve Moulding, 2016). Mevcut çalışmanın da



linik olmayan örnekleme yürütülmüş olmasının elde edilen bu sonucun nedenlerinden biri olabileceği düşünülmektedir.

Bilişsel davranışçı kurama göre, İDD'lerin yaşanma sıklığından bağımsız olarak, bu düşüncelerin ne düzeyde işlevsel olmayan şekilde yorumlandığı kişilerin bu düşüncelerden rahatsızlık duyma derecelerini etkilemektedir. Bir diğer deyişle psikopatolojilerin temel sebebi; o düşüncelerin çok sık yaşanmalarından ziyade, düşünce bir kez deneyimlenmiş olsa da, kişilerin o düşünceyi işlevsel olmayan şekilde yorumlamaları ve kontrol etmeye çalışmaları sonucu yaşadıkları rahatsızlık duygusunun paradoksal bir şekilde artış göstermesinden kaynaklanmaktadır (Purdon ve Clark, 2001). Bu nedenle rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejileri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırma bulguları, sağlık alanı dışındaki tüm alanlar için rahatsızlık ile işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejilerinin birlikte arttığına işaret etmesi sebebiyle bilişsel model ile tutarlılık sergilemektedir (Clark & Rhyno, 2005). Sağlık ile ilişkili İDD alanında ego-distoniklik puanı ile sıklık ve rahatsızlık arasında bulunan düşük düzeydeki ilişki ise literatür bulguları ile tutarlılık göstermektedir. Hastalık kaygısı bozukluğunun klinik görünümü gereği bu içerikteki İDD'ler diğer içeriklerden daha farklı deneyimlenmektedir (Barsky, 1992). Sağlık ile ilişkili İDD'ler genellikle daha mantıklı ve gerçekçi olarak kabul edilmektedirler. Hastalık kaygısı bozukluğu belirtileri sergileyen kişiler için sağlıkları hakkında endişelenmek genellikle daha normal karşılanmaktadır ve güvence arama ve fizyolojik tarama testlerinden geçme davranışları kaygının ego-sintonik doğası ile tutarlılık sergilemektedir. Araştırma sonucunda ulaşılan sıklık ve rahatsızlık ile ego-distoniklik arasındaki düşük seviyedeki ilişkinin literatürde bulunan bu bakış açısında göre oldukça beklendiği düşünülmektedir.

Yorumlama ve kontrol stratejilerinin sıklık ve rahatsızlık puanları üzerindeki yordayıcı etkisinin değerlendirildiği araştırma bulguları da OKB'nin bilişsel modelinin önerdiği işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol çabasının uzun vadede İDD'lerin yarattığı rahatsızlık hissini arttırdığına ve paradoksal bir şekilde İDD'lerin yaşanma sıklıklarını arttırdığına yönelik açıklamanın OKB dışındaki İDD içerikleri için de benzer örüntüler sergilediğine işaret etmektedir. Yürütülen regresyon analizi sonuçları, farklı içerikteki İDD'lerin sıklığı üzerinde bu düşüncelerin işlevsel olmayan şekilde yorumlanmasının ve bu düşüncelerin kişinin o an yapmakta olduğu işi bölücü interferans etkisinin yordayıcı rolü olduğuna işaret etmektedir. Benzer şekilde, düşüncelerin yarattığı olumsuz duygusal

etkinin ve interferans etkisinin düşüncelerin yarattığı rahatsızlık hissi üzerinde de, hangi içeriklerde yaşandığından bağımsız olarak, yordayıcı gücü olduğu belirlenmiştir. Bu bulgularla paralel olacak şekilde, BAB (Veale, 2004), BYB (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003) ve HKB'nin (Olatunji ve ark., 2014) bilişsel modellerine göre, kişilerin temel kaygı kaynaklarına ilişkin bilişleri işlevsel olmayan inanışlar ve yorumlamalar aracılığıyla patolojik bir hal alarak psikopatolojileri sürdürücü bir işlev görmeye başlamaktadırlar. Bu modellerin sunduğu açıklamalar göz önünde bulundurulduğunda, dört farklı içerikteki düşüncelerin sıklık ve rahatsızlık dışında bilişsel modelde kritik öneme sahip yorumlama ve kontrol edilme biçimleri açısından da benzerlikler gösteriyor olmasının İDD'lerin tanılar üstü özelliğine ilişkin açıklamaları güçlendirecek nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın incelemeyi amaçladığı İDD'lerin tanılar üstü doğasını daha ayrıntılı değerlendirme fırsatı sunması açısından tüm içeriklerdeki İDD'leri en az bir kez deneyimleyen katılımcılarla gerçekleştirilen birey-içi karşılaştırmalarda dört farklı alanın birbirleriyle benzedikleri ve birbirlerinden farklılaştıkları yapılar test edilmiştir. Analiz sonuçları; farklı içeriklerde deneyimlenen İDD'lerin sıklık bakımından birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaştığına işaret etmektedir. Kişiler en çok diyet/fiziksel egzersizle ilgili İDD yaşadıklarını bildirmişlerdir. En az sıklıkla deneyimlenen İDD alanının ise sağlıkla ilişkili olduğu bulunmuştur. Diyet/fiziksel egzersiz ile ilgili İDD'ler en sık deneyimlenmekle birlikte kişileri en az rahatsız eden düşünce alanının da yine diyet/fiziksel egzersizle ilgili olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizler, benzer şekilde, sağlıkla ilişkili İDD'lerin de en az sıklıkla deneyimlenirken kişide en çok rahatsızlık yaratan düşünceler olduğuna işaret etmektedir. Dört içerik alanı yorumlama ve kontrol stratejileri bakımından değerlendirildiğinde, sağlıkla ilişkili düşüncelerin en yüksek düzeyde duygusal etki yaratması ve sağlık ile OKB'ye özgü düşüncelerin en yüksek düzeyde interferans etkisi yaratması Belloch ve arkadaşlarının (2016) yürüttüğü oldukları çalışma ile tutarlı olup diyet/fiziksel egzersiz ile ilişkili düşüncelerin en düşük düzeyde interferansa yol açması da yine bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. İDD'lerin bilişsel modeline göre, düşüncelerin yarattığı sıkıntıyı ve kaygıyı azaltmak için kullanılan yorumlama ve kontrol stratejileri, tam tersi şekilde, bu düşüncelerin kişide yarattığı rahatsızlığı arttırmaktadır (Salkovskis 1985). Kişide rahatsızlık ve sıkıntıya yol açan şey istem dışı düşüncelerin varlığından öte bu

düşüncelere yönelik işlevsel olmayan yorumların var olmasıdır. İDD'ler kişi için ne kadar önemli olarak değerlendirilirse o kadar rahatsız edici sonuçlara yol açmaktadır. İDD'leri çok fazla sıklıkla yaşıyor olmanın, eğer kişi tarafından olumsuz sonuçlara yol açacakları şeklinde yorumlanmıyorsa, kişi için çok da rahatsız edici olarak deneyimlemediği bulunmuştur. Ancak daha az sıklıkla İDD yaşayan kişiler bu düşüncelerin kontrol edilmesinin zor ya da mümkün olmadığına dair bir inanç geliştirmiş ise bu düşüncelerin çok daha rahatsız edici olarak deneyimlendiği söylenmektedir (Beaman ve Williams, 2010). Mevcut çalışmadaki tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde; en az sıklıkla yaşanan ancak en çok rahatsızlık veren düşüncelere yönelik kişilerin daha fazla işlevsel olmayan yorumlama ve kontrol stratejileri kullanmalarının bu teorinin öne sürdükleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir.

Deneyimlenen düşüncelerin kişinin var olan inanç sistemiyle göstermiş olduğu tutarsızlığın yaşanan düşüncelerin kişide yaratacağı rahatsızlık hissiyle büyük ölçüde ilişkili olduğu bilinmektedir (Langlois, Freeston ve Ladouceur, 2000). OKB ile ilişkili düşünceler genellikle daha ego-distonik olarak yorumlanırken diyet/fiziksel egzersizle ilgili İDD'lerin kişinin değerleri, kişilik yapılanması, arzulanan benlikleri ile tutarlı olduğu görülmektedir. Yeme bozukluğu belirtisi sergileyen bir kişi, rahatsız edici olsa bile, belirtileriyle ilgili genellikle olumlu değerlendirmeler yapmaktadırlar. Bruch'un (1978) belirttiği gibi, aç olmak ancak açlığa teslim olmamak kişisel bir erdem belirtisi olarak değerlendirilmekte ve kişi baş dönmesi, odaklanmada güçlük gibi sorunları kendi kilosunu ve vücudu üzerindeki kontrolün belirtisi olarak tanımlamaktadır (Fairburn, Shafran ve Cooper, 1999). Benzer şekilde fiziksel görünüşle ilgili düşüncelerin de ego-sintonik bir yapıda olduğu belirtilmiştir (Grieve, 2007). Mevcut bulgular da literatürdeki bulgularla tutarlılık sergilemiş ve OKB'ye özgü İDD'lerin diğer içeriklere kıyasla daha ego-distonik olarak yorumlandığı belirlenmiştir. Sağlıkla ilişkili düşünceler ise ego-distoniklik bakımından OKB'ye özgü İDD alanından farklılaşmamıştır. OKB ve sağlıkla ilişkili içeriklerin yorumlama ve kontrol stratejileri bakımından da birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmamasının, bu iki içerik alanının interferans ve ego-distoniklik bakımından da benzer olduklarını sonucunu daha da güçlendirdiği düşünülmektedir. Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, mevcut araştırmanın bilişsel modeli destekler nitelikte sonuçlar verdiği söylenebilir. Bulgular en genel anlamıyla özetlenecek olursa, en sık deneyimlenmesine rağmen en az rahatsızlık yaratan düşünce içeriği olan

diyet/fiziksel egzersiz alanına yönelik kullanılan yorumlama ve kontrol stratejilerinin en düşük seviyede olduğu, en az sıklıkla deneyimlenip en çok rahatsızlık yaratan sağlıkla ilişkili İDD'lerin ise en yüksek düzeyde duygusal etki yarattıkları, en yüksek seviyede interferans etkisi gösterdikleri ve en işlevsiz şekilde yorumlandıkları sonucuna ulaşılmaktadır. Aynı zamanda mevcut bulgular İDD içeriklerinin belli noktalarda farklılıklar sergilediğine işaret etse de tüm içerikler büyük oranda da benzerlikler sergilemektedir. Mevcut bulgular ışığında, kişilerin pek çok farklı alanda düşünce deneyimlediklere, bu düşüncelerin pek çok noktada benzerlik gösterdiğine ve deneyimlenen bu düşüncelerin birbirleriyle ilişkili olduğuna yönelik şimdiye kadarki bulguların, bu düşüncelere yönelik literatür bilgisinin OKB'nin ötesine taşınması ve bu düşüncelerin tanımlar üstü bir süreç olarak incelenmesi gerekliliğini kanıtlar nitelikte olduğu düşünülmektedir.

### **4.3. ÇEVİRİMİÇİ GÜNLÜK ÇALIŞMASI**

Araştırmanın üçüncü aşamasının temel amacı, zihinde birdenbire beliren istem dışı düşünceleri değerlendirirken geriye dönük öz-bildirim ölçeklerinin yaratabileceği bellek yanlışlıkları ortadan kaldırmak ve böylelikle hatadan arınık bir veriye ulaşmaktadır. Aynı zamanda da 15 günlük uzun bir süreç boyunca alınan ölçümler ile bu düşüncelerin fenomenolojik özelliklerine ilişkin kapsamlı bir bilgiye ulaşmak da araştırmanın bu aşamasının odaklandığı temel noktalardan bir diğeri olmuştur. İDD'lerin yaşanma sıklıkları ve yaşam formları ile ilgili elde edilen veriler araştırmanın ikinci aşamasından toplanan verilerin analizleri ile tutarlılık göstermektedir. Toplanan verilere göre en sıklıkla deneyimlenen düşünceler OKB'ye özgü olanlar iken bunu fiziksel görünüş, sağlık ve diyet/fiziksel egzersiz takip etmektedir. İDD'lerin sıklığı her bir yüksek risk grubu için analiz edildiğinde; günlük çalışmasının yürütüldüğü 15 günlük süreçte tüm risk gruplarının sadece temel korku kaynaklarına ilişkin düşünceleri deneyimlemeyip tüm diğer içeriklerde de İDD deneyimledikleri bulunmuştur. Günlük çalışmasından elde edilen bu bulgunun, çalışmanın ikinci aşamasının sonuçları ile benzerlik taşıdığı ve İDD'lerin tanımlar üstü yapısına ilişkin destekleyici bir katkı sunduğu düşünülmektedir. Katılımcıların büyük bir bölümü de İDD'leri düşünce formunda yaşadıklarını ifade etmişlerdir. İDD'lerin yaşam formları bakımından psikopatolojiler arasında bir farklılık olup olmadığını inceleyen araştırmalar kaygı bozuklukları ve OKB'de İDD'lerin daha çok imge şeklinde ortaya çıktığı sonucuna ulaşmışlardır (Holmes ve Mathews, 2010;

Speckens, Hackmann, Ehlers ve Cuthbert, 2007). Mevcut araştırma bulgularında ise düşünce formunun ağır basmasının nedeni olarak, araştırmanın örneklemini OKB klinik tanısı almamış sağlıklı katılımcıların oluşturması gösterilebilir. Araştırmanın hipotezine göre İDD'lerin ağırlıklı olarak ders, okul ya da iş yeri gibi stres yaşanma olasılığı yüksek mekanlarda deneyimleneceği düşünülmüştür. Ancak sonuçlar, İDD'lerin büyük çoğunluğunun ev/yurt ortamında ya da dışarıda deneyimlendiğini göstermektedir. Bu bulgulara göre, araştırma hipotezinin desteklenmemesinin birden fazla sebebi olabileceği düşünülmektedir. Araştırma örneklemini üniversite öğrencilerinin oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda, ilk olarak, iş yerinde çok az İDD yaşanmasının sebebi olarak öğrencilerin yalnızca çok küçük bir kısmının bir işte çalışıyor olması gösterilebilir. Bunun dışında derste daha az İDD rapor edilmesine sebep olarak İDD'lerin derste yaşanmamış olmasından ziyade katılımcıların akıllarına İDD gelmiş olsa dahi ders esnasında telefon uygulamasına girip ilgili soruları cevaplamalarının mümkün ve uygun olmamış olabileceği düşünülmektedir. Son olarak da araştırmanın veri toplama sürecinin eğitim-öğretim yılının bahar döneminin sonuna denk gelmiş olması sebebiyle bazı katılımcılar 15 günlük uygulamalara final dönemlerinin bitmesine yakın başlamış ve süreci yaz tatillerinde tamamlamışlardır. İDD'lerin yaşandığı mekana dair bulguların, tüm bu sebepler göz önünde bulundurularak değerlendirilmesinin daha doğru olacağı düşünülmektedir.

Günlük çalışmaları araştırmacılara gözlenmesi hedeflenen değişkeni incelerken aynı zamanda bu değişkenin durumsal başlatıcılarını da keşfetme fırsatı sunmaktadır. Günlük çalışmasının sunduğu olanaklar kapsamında da araştırmanın bu aşamasında gün içinde İDD yaşanmasını tetikleyebilecek faktörleri değerlendirmek amacıyla duygudurum ölçümü ile beklenti ölçümü alınmıştır. Katılımcıların İDD yaşadıkları ve yaşamadıkları günler depresyon, kaygı ve mutluluk puanları ile gün içinde İDD yaşamalarına yönelik beklentileri açısından değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları, düşünce yaşanan ve yaşanmayan günler güne depresif, kaygılı ya da mutlu başlama açısından bir farklılık olmadığına ancak kişilerin İDD yaşamayı beklediklerini günler daha fazla sıklıkla İDD yaşadıklarına işaret etmiştir. Telefon temelli günlük çalışmalarının en temel gerekliliği soru sayısının az olması ve bu yolla katılımcıların drop-out oranını minimumda tutmaktır (Stone ve Shiffman, 2002). Bu bilgi göz önünde bulundurularak da kaygı, depresyon ve mutluluk gibi oldukça karmaşık kavramlar tek bir soru ile değerlendirilmiştir. Ayrıca

duygudurum değerlendirmesi günün sadece tek bir anında yapılmış olup gün içindeki mod değişimleri araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur. İleri zamanlarda yürütülecek araştırmalarda duygudurum değerlendirmesine ilişkin daha kapsamlı ölçüm araçlarının kullanılmasının, duygudurum değerlendirmesinin fizyolojik ölçümlerle desteklenmesinin ve kişilerin modlarına ilişkin gün içinde tekrarlı ölçümlerin alınmasının duygudurum ve İDD arasındaki ilişkiyi keşfetme noktasında önemli bilgiler sağlayacağına inanılmaktadır. Beklenti etkisiyle ilgili olarak, literatür bilgilerine göre panik atak yaşama beklentisinin kaygıyı yordadığı bilinmektedir (Rodebaugh, Curran ve Chambless, 2002). Bilişsel modeller de kaygılı kişilerin işlevsel olmayan bilişlerinin içeriğinin gelecekte yaşanma olasılığı olan negatif yaşantılarla ilgili olma eğilimi gösterdiğine vurgu yapmaktadırlar (Beck ve Clark, 1988; Kendall ve Ingram, 1989). Buna göre, kaygılı kişilerin geleceklerine yönelik beklentileri daha olumsuz bir çerçevede şekillenmektedir (Miranda ve Mennin, 2007). Beklenti yanlılığının kaygı bozukluklarının devamlılığına da katkıda bulunduğu inanılmaktadır. Mevcut araştırmada da belirli alanlara ilişkin kaygı seviyelerinin sağlıklı örneklemden daha yüksek olduğu düşünülen yüksek risk grupları ile çalışılmış ve gün içerisinde İDD yaşamalarına ilişkin olumsuz beklentilerin olduğu günler kişilerin İDD yaşanma sıklığının da arttığı bulunmuştur. Bu alanda, özellikle de günlük çalışması yöntemi kullanılarak, yürütülmüş herhangi bir bilimsel bilgiye literatürde ulaşılamamış olup beklenti etkisi ve İDD ilişkisine ve bu ilişkideki aracı değişkenlere dair yürütülecek deneysel çalışmaların oldukça kıymetli bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

Bilişsel-davranışçı modele göre, çevresel bir tetikleyicinin varlığından bağımsız olarak tetiklenen istenmeyen ve tekrarlı bir şekilde zihinde beliren düşünceler kişilerin bu düşüncelerin varlığına yönelik inanışlarına göre varlıklarını sürdürmekte ya da zihinden uzaklaştırılmaktadırlar. Kişi bu düşüncelerin potansiyel bir tehdit olduğuna inanıp bu düşünceleri uzaklaştırmaya yönelik abartılı bir sorumluluk hissetmesi durumunda algılanan risk ve tehdit durumunu ortadan kaldırmaya yönelik olarak kontrol etme ve nötralize etme girişimleri göstermektedir. Bu girişimler kısa süreli bir rahatlama sağlamakla birlikte uzun vadede bu düşüncelerin sıklığını arttırma işlevi görmektedirler (Clark & Purdon, 1993; Rachman, 1997; Salkovskis, 1985, 1989). OKB'ye özgü düşüncelerin sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejileri arasındaki ilişki ağırlıklı olarak geriye dönük raporlamaların hakim olduğu ölçüm araçları ile test edilmiş olsa da

(örn., Clark ve ark., 2014), mevcut araştırma sadece OKB'ye özgü İDD'ler yerine dört farklı alandaki düşünceleri değerlendirmiştir. Her bir yüksek risk grubunda yer alan katılımcı sayısı eşit olmadığından ve bazı gruplar için katılımcı sayısı gerekli analizler yapmak için yeterli olmadığından analizler dört içerik toplanarak oluşturulan ortalama sıkıntı ve yorumlama/kontrol puanları üzerinden yürütülmüştür. Buna göre İDD'lerin sıklığını yordayan en güçlü bilişlerin kişilerin bu düşünceleri deneyimlemeyi olağan dışı bulmaları, bu düşüncenin akıllarına gelmesinin kişilikleri ve değerleri ile tutarsızlık gösterdiği ve akıllarına gelen bu düşüncelerinin doğruluğuna inanmaları olduğu bulunmuştur.

Düşüncelerin önemi hakkındaki inançlara ilişkin olumsuz değerlendirilmeler bilişsel modellere göre psikopatolojileri sürdürücü en temel mekanizmalardandır. Fenigstein, Scheier ve Buss (1975), kaygının kişinin kendisine ve düşüncelerine yönelik aşırı odaklanmasına bir tepki olduğunu varsaymaktadır. Kişinin popülasyonun neredeyse tamamında deneyimlenen İDD'leri yaşıyor olmasını olağan dışı bulması, bu düşüncelerin doğru olduğuna inanıyor olması ve bu düşüncelerin varlığının kişiliğini ve benliğini tehdit ettiğine inanıyor olması kişide korku tepkisi yaratmakta ve bu düşüncelerin gelecekteki sıklığına da etki etmektedir. Ancak kişilerin düşünce yaşama sıklıkları ile bu düşünceleri zihinlerinden uzaklaştırmakta yaşadıkları zorluk ve İDDÖ'deki şekliyle günlük çalışmada da yer alan yorumlama/kontrol puanları arasında anlamlı bir ilişki olsa da zihinden uzaklaştırmakla ilgili yaşanan zorluğun ve yorumlama/kontrol puanlarının sıklık üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Katılımcı eksikliğinden kaynaklanan sebeplerle bilişlerle ilgili çıkarımlar İDD alanlarına özel gerçekleştirilememiş olsa da ana hatlarıyla düşüncelerin daha kabul edilemez, anormal ve ego-distonik olarak tanımlanmasının bu düşünceleri daha güçlü bir şekilde baskılama ve kontrol etme dürtüsü yaratacağı ve bu döngünün de İDD sıklığı üzerinde anlamlı bir etkisi olacağını düşündürmektedir (Clark, 2004). Literatürde işlevsel olmayan obsesif bilişlerin OKB'ye özgünlüğü ve farklı psikopatolojik belirtilerin bu bilişler açısından benzerlikleri halen araştırılmakta olan bir konudur. Bazı araştırmalar düşüncenin önemine ya da düşünce-eylem kaynaşmasına yönelik inanışların OKB'deki ayırıcı rolünü vurgulasa da (örn., Julien ve ark., 2008), yürütülen araştırmaların bir kısmı da bu inanışların OKB'ye özgün olmayabileceğine işaret etmektedir (Belloch, Cabedo, Carrió, C. ve Larsson, 2010; Viar, Bilsky, Armstrong ve Olatunji, 2011). Bu noktada araştırmanın yöntemsel bir takım

eksiklikleri araştırma bulgularına ilişkin kesin sonuçlara varılmasına engel teşkil etmektedir.

Araştırmaya OKB, BAB, BYB ve HKB yüksek risk gruplarından birine giren katılımcıların yanı sıra beşinci bir grup daha eklenerek birden fazla risk grubuna giren kişilerle de günlük çalışması yürütülmüştür. İkinci aşamada test edilen tanılar üstü yapı gereği her bir risk grubunda olan kişilerin de diğer içeriklerden düşünce deneyimledikleri bilgisi göz önünde bulundurulduğunda tekli risk grubunda yer alan katılımcıların İDD'lerin sıklığı ve bunlara yönelik kullanılan işlevsel olmayan yorumlamalar ve kontrol yöntemleri açısından birden fazla risk grubuna birden giren katılımcılardan farklılık göstermemesi beklenmiştir. Yapılan analizler de bu hipotezi desteklemiş olup birden fazla risk grubuna girmekle tek bir risk grubunda olmak arasında yaşanan düşüncelerin sıklığı, bu düşüncelere atfedilen anlam ve düşünceleri kontrol etme çabası açısından anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular, kişide tek bir tane ya da birden fazla komorbid bozukluğun var olup olmadığı fark etmeksizin, klinik değerlendirme sürecinde tanılar üstü bir açıklama sunabilecek İDD'lere yöneltmenin ve bu düşüncelere odaklı bir tedavi planlaması gerçekleştirmenin hastalığa özgü terapi protokolleri geliştirmenin yarattığı emek ve zaman kaybının önüne geçme potansiyeli taşıdığını düşündürmektedir.

#### **4.4. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI**

Mevcut araştırmanın, özgün bir ölçüm aracının psikoloji alan yazınına kazandırılması, genellikle OKB-spesifik olarak çalışılan İDD'lerin yeni bir perspektif olan tanılar üstü bakış açısına göre değerlendirilmesi ve bellek yanlılıklarından arınık bilgiye ulaşmak için görece yeni bir yöntem olan EAD yönteminin kullanılması açısından literatüre oldukça yenilikçi katkıları olmasıyla birlikte birtakım kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Çalışmanın tüm aşamalarında araştırma örnekleminin büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bu sebeple İDD'lerin tanılar üstü yapısı değerlendirilirken cinsiyet değişkeni göz önünde bulundurulamamıştır. Bunun yanı sıra, kaygı temelli psikopatolojilerle çalışırken nörotisizm seviyesi daha yüksek olan kadınların sayıca ağır bastığı örneklem, sonuçların genellenebilirliğine yönelik tehlike oluşturabilmektedir. Ayrıca katılımcılar üniversite öğrenimi gören yetişkinlerden seçilmiştir. Araştırmanın farklı sosyoekonomik düzeyden katılımcılar kullanılarak ve cinsiyet dağılımının dengeli olması gözetilerek tekrarlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırma örneklemi oluşturulurken



son 6 ay içinde herhangi bir klinik tanı almış ya da psikolojik tedavisi devam etmekte olan katılımcılar karıştırıcı etki yaratmamaları nedeniyle analizlere dahil edilmemiştir. Böylece tüm örneklem sadece sağlıklı popülasyondan oluşturulmuştur. Psikolojik belirtilerin bu belirtileri deneyimleyen ancak klinik tanı almamış örneklem kullanılarak değerlendirildiği analog çalışmalar, yüksek risk sergileyen grupların klinik örneklemlerin daha hafif bir biçimi olarak düşünülebileceği fikrini desteklemektedir (Gibbs, 1996). Mevcut araştırmada, yüksek risk grupları oluşturularak karşılaştırmalar yapılmış olsa da çalışmanın bulgularının klinik örneklem kullanılarak tekrarlanması İDD'lerin tanıları üstü yapısına dair yürütülecek ileriki çalışmalar için oldukça yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada katılımcıların diyet/fiziksel egzersiz ve sağlıkla ilgili düşüncelerini değerlendirmeleri istenmiştir. Ancak katılımcıların sağlıklarını etkileyebilecek kiloya sahip olup olmadıkları ya da kronik bir sağlık sorunundan muzdarip olup olmadıkları araştırma kapsamında incelenmemiştir. Yaşanan İDD'lerin gerçekliğe dayalı bir temeli olduğu şeklinde yorumlanma ihtimaline karşılık sonraki araştırmalarda bu değişkenleri değerlendirmenin gerekli olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın yöntemsel açıdan bir diğer sınırlılığı, yüksek risk gruplarının belirlendiği çalışmanın ikinci aşaması ile bu yüksek risk grupları ile yürütülen çalışmanın üçüncü aşaması arasında yaklaşık altı aylık bir sürenin geçmiş olmasıdır. Bu zaman zarfı içerisinde katılımcıların ruhsal durumlarında yaşanabilecek olası değişimlerin kontrol değişkeni olarak değerlendirilmemiş olması sebebiyle üçüncü aşamanın sonuçlarının son zamanlarda meydana gelmiş olabilecek değişimlerin etkisini de barındırabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın üçüncü aşaması olan günlük çalışmasında farklı içerikte deneyimlenen İDD'lerin fenomenolojik özellikleri değerlendirilmiş olup her bir yüksek risk grubundaki katılımcıların sayısı yeterli olmadığından farklı içerikteki İDD'lerin özellikleri ve tanıları üstü doğası bu araştırma kapsamında değerlendirilmemiştir. Gelecekteki çalışmalarda dengeli ve yeterli bir örneklem ve günlük çalışmasının avantajları bir araya getirilerek tanıları üstü yapının değerlendirilmesinin önemli bilgiler sağlayacağına inanılmaktadır. Günlük çalışmasında katılımcılarda tükenmişlik yaratmamak adına sorulan soru sayısının oldukça az tutulması oldukça önemlidir. Bu ilke göz önüne alınarak, günlük çalışmasında duyguduruma ilişkin değerlendirmeler tek madde üzerinden gerçekleştirilmiş olup günde bir defa olacak şekilde ölçüm alınmıştır. Bu durumun araştırma bulguları üzerinde etkisi

olabileceğine inanılmakta ve daha objektif verilere ulaşmak için duygudurum değerlendirmelerinin fizyolojik ölçümlerle desteklenmesinin günlük çalışması ile elde edilen verileri güçlendirebileceği öngörülmektedir.

#### **4.5. SONUÇ VE ARAŞTIRMA SONUÇLARININ KLİNİK UYGULAMA AÇISINDAN ÖNEMİ**

Mevcut tez çalışmasında farklı psikopatolojilerde deneyimlenen İDD'leri tek bir ölçüm aracında değerlendirme fırsatı sunan İDDÖ'nün Türkiye örnekleme uyarlaması yapılmış olup oldukça güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olarak kullanıma sunulmuştur. Zihinde birdenbire beliren İDD'ler uzun yıllar boyunca yalnızca OKB'ye özgü bir bilişsel faaliyet olarak değerlendirilmiş olup çalışmalar ağırlıklı olarak OKB içerikli İDD'ler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Türk kültürüne uyarlaması yapılan İDDÖ ise sadece obsesyonel içerikli istem dışı düşünceleri değerlendiren diğer pek çok ölçüm aracından farklı olarak beden, yeme ve hastalık gibi pek çok alandaki istem dışı düşünceleri aynı anda değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Ölçüm aracının bu denli kapsamlı olması farklı alanlardaki düşüncelerin birbiriyle sergiledikleri ilişkiyi, birlikte görülme sıklıklarını, bu düşüncelerin nasıl kontrol edilmeye çalışıldıklarını ve nasıl değerlendirildiklerini aynı anda ve kapsamlı bir şekilde değerlendirme fırsatı sunmaktadır. Psikoloji alanında kullanılan pek çok ölçüm aracı doğaları gereği katılımcıların geriye dönük değerlendirmeler yapmaları ve cevaplarını bu değerlendirmelere göre vermeleri üzerine kurulmaktadır. Ancak kişinin geriye dönük olarak verdiği cevapların ve yaptığı değerlendirmelerin bazı bellek yanlışlıklarından etkilenmemesi söz konusu değildir. İDD'lerin değerlendirilmesi noktasında da bu düşünceler anlık bir şekilde ortaya çıktığı için kişinin geriye dönüp bakması ve düşüncenin çıktığı andaki etkisini kişi üzerinde sürdürmesi pek de mümkün olmadığından ölçüm araçlarının güvenilirliği noktasında bir takım sıkıntılar doğmaktadır. Bu sorunun önüne geçilmesi amacıyla ölçekteki her bir düşünce içeriği için kişiden kendisine en çok rahatsızlık veren İDD yaşantısını kendi cümleleri ile anlatması istenmiştir. Bunun amacı kişideki İDD'leri tetikleyerek ve düşünceyi yaşadığı andaki benzer süreçleri aktif hale getirerek ölçeğin devamındaki kontrol ve değerlendirme bölümlerindeki yanıtların gerçeğe en uygun şekilde verilmesine yardımcı olmaktır. Böylelikle ölçüm aracı istem dışı girici düşünceler hakkında hem niceliksel hem de niteliksel veri toplamaya olanak verecek şekilde tasarlanmıştır. Bunun, ülkemizde bu alanda yapılacak çalışmaların

artmasına ve istem dışı düşüncelerin doğasının daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Yürütülen çalışmalar sonucu psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinin yapısı psikopatolojilerin sınıflandırılmasında boyutsal bir yaklaşıma evrilmiştir (Robbins, Gillan, Smith, de Wit ve Ersche, 2012; Wittchen, Höfler, Gloster, Craske ve Beesdo, 2010). Hakim sınıflandırma sisteminin kategorik bir yaklaşımdan boyutsal bir sınıflamaya geçişi sürecinde farklı olarak kategorize edilen bozuklukların paylaştıkları ortak belirtilerin varlığına istinaden tanılar üstü mekanizmaların araştırılması bu dönüşüm süreci için oldukça kıymetli veriler sunmuştur (Buckholtz ve Meyer-Lindenberg, 2012; Morris ve Cuthbert, 2012). Bu araştırma OKB'nin yanı sıra BAB, BYB ve HKB gibi birbirinden tamamen farklı olduğu düşünülen dört psikopatolojiyi istem dışı düşünceler açısından ortak bir zeminde çalışmaya olanak veren Türkiye'deki ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Bu özelliği sebebiyle bu çalışmanın alan yazına yeni bir bakış açısı getirmesi ve yeni çalışma alanları yaratması öngörülmektedir. Farklı içerikteki İDD'lerin ortak özelliklerinin, sıklıklarının, kontrol stratejilerinin, bir içerikteki istem dışı düşünceye sahip olmanın diğer içerikteki istem dışı düşüncelere de sahip olma ihtimalini artırıp artırmadığının değerlendirildiği bu çalışmanın, fenomenolojik benzerlikleri ve birlikte görülme oranları oldukça yüksek olan psikopatolojileri açıklama noktasında üst bir mekanizma sağlaması açısından oldukça önemli olan tanılar üstü yaklaşıma katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmanın ikinci basamağı kapsamında katılımcıların neredeyse tümünün İDD yaşadığını belirtmesi ile sağlıklı örneklemin de bu düşünceleri klinik örneklem kadar yaşadıklarını bir kez daha ispatlanmıştır. Aynı zamanda mevcut çalışmada İDD'lerin tespit edilen bu yaygınlığı, bu yapıyı çalışılırken klinik olmayan örneklemin kullanılmasının bilimsel bilgi üretimi açısından bir kısıtlılığa sebep olmayacağına da işaret etmektedir. Ayrıca katılımcıların sadece tek bir alana özgü İDD sergilemeyip % 59.3'ünün diğer içeriklerden de düşünce deneyimlediklerini gösteren bulgular da tanılar üstü yapının değerlendirilmesi noktasında önemli bir başlangıç noktası oluşturmuştur. İDD'lerin birey-içi düzeyde incelendiği bu çalışmada, tüm İDD içeriklerinin sıklıklarının ve yarattıkları rahatsızlık düzeyinin birbirleri ile ilişkili olduğu, bir içerikten düşünce deneyimlemenin diğer düşünceleri yaşama sıklığını doğru orantılı bir şekilde etkilediği, farklı içerikteki düşüncelerin genellikle benzer şekilde yorumlanıp kontrol edilmeye çalışıldığı bulunmuştur.

İDD'lerin tanılar üstü bir mekanizma olarak ele alınıp farklı örneklerde çalışılmasının bu düşüncelerin deneyimlendiği psikolojik bozuklukların fenotipik karakterini aydınlığa kavuşturma noktasında önemli olduğu düşünülmektedir. Teorik düzeyde sağlanacağı düşünülen katkılara ek olarak bu çalışmadan elde edilecek bulguların, farklı psikopatolojiler için zaman ve emekte tasarruf sağlayacağı düşünülen daha temel terapi modellerinin ve ortak müdahale tekniklerinin gelişmesi doğrultusunda önemli bir hareket noktası oluşturacağı düşünülmektedir. Mevcut sağlık sistemi içerisinde, gerek sağlık politikalarının gerek hakim sınıflandırma sistemlerinin doğası gereği psikolojik tedaviler ya da destekleyici çalışmalar belirti odaklı ilerlemektedir. Tüm bozukluklara yönelik ayrı tedavi paketlerinin geliştirilmesi yerine altta yatan mekanizmalara odaklı tedavi protokollerinin geliştirilmesinin zaman, emek ve maddi yatırım açısından daha işlevsel olacağı ve bu noktada da tanılar üstü mekanizmalara dair bilimsel kanıtların oldukça önemli bir ihtiyacı gidermeye hizmet edeceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada İDD'lerin tanılar üstü özelliğinin değerlendirilmesinin yanı sıra yöntemsel bir yenilik getireceği düşünülen çevrimiçi günlük çalışması da yürütülmüştür. Bu çalışmanın farklı içerikteki düşünceleri bir arada değerlendiren Türkiye'deki ilk çalışma olma özelliği taşıırken aynı zamanda farklı içerikteki düşüncelere ilişkin en yansız bilgiye ulaşmayı sağlayan ve 15 gün gibi oldukça uzun bir zaman diliminde yürütülen günlük çalışmasını da kapsamı nedeniyle ulusal ve uluslararası literatürde önemli bir noktaya değindiği düşünülmektedir. Çalışmanın üçüncü aşamasında, literatürde var olan günlük çalışmalarının örneklem sayılarına göre oldukça yüksek sayıda katılımcıyla çalışılmış olup uzun süreli ölçümler alınmıştır. Günlük çalışmasının kısıtlılıklarından biri olan drop-out oranı minimuma indirilerek örneklemin %86.5'inin 15 günlük çalışma süresini tamamladığı belirlenmiştir. Bu anlamda oldukça zengin bir veri seti elde edilmiştir. Bu çalışma kapsamında farklı içerikteki düşüncelerin sıklığı, yaşandıkları ortam, yaşandıkları form incelenmiş olup katılımcıların ilk düşüncelerini yaşamadan önceki duygudurumlarının ve beklentilerinin İDD yaşanma olasılığını arttırıp arttırmadığı değerlendirilmiştir. Çalışmanın ikinci aşamasında incelenmiş olan yorumlama ve kontrol stratejileri günlük çalışmasından elde edilen verilerle de değerlendirilmiş ve işlevsel olmayan yorumlamaların İDD'lerin sıklığı üzerindeki etkisi bir kez daha doğrulanmıştır. Araştırmanın en yenilikçi özelliklerinden biri olarak da tekli risk grupları ile çoklu risk grupları karşılaştırılmış olup birden fazla psikopatolojiye ilişkin belirti sergileyen

kişilerle tek bir alana özgü belirtileri bulunan kişilerin benzer sıklıkla İDD deneyimledikleri ve bu düşünceleri benzer şekilde yorumlayıp kontrol etmeye çalıştıkları bulunmuştur. Bu bulgunun tek bir psikopatolojiye ilişkin müdahale programları geliştirmek yerine altta yatan mekanizmayı hedef almanın çok daha işlevsel olduğuna yönelik kanıt olarak gösterilebileceği düşünülmektedir. Bellek yanlışlıklarından arınık bilgiye ulaşılmasını hedefleyen çevrimiçi günlük çalışmalarının bir diğer avantajı da, kişilerin gizliliğini koruyarak araştırma esnasında araştırmacıların kişilerle olan temasından temasından kaynaklanabilecek etkileri en aza indirgemesidir. Laboratuvar ortamında İDD çalışması sürecinde araştırmacıdan ya da laboratuvar ortamının kendisinden kaynaklanan değişkenler zaman zaman daha müdahaleci olabilirken, EAD kullanıldığı araştırmacılarda kişi doğal ortamında ve gizliliği garantilenmiş bir şekilde bilgi paylaşımında bulunma olanağına sahip olmaktadır. Bu anlamda da mevcut araştırma yönteminin bilgi üretim sürecine ve üretilen bilginin kalitesine önemli katkıları olacağı varsayılmaktadır. Günümüz teknolojisinin gelişimi ile birlikte mobil telefon kullanımının da yaygınlaşması kaçınılmaz olarak psikoloji alanını da etkilemiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 tarihli verilerine bakıldığında da Türkiye'de cep telefonu sahipliğinin %96.90 dolayında olduğu görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016). 2018 verilerine göre ise Türkiye'de nüfusun %77'sinin mobil telefon kullanıcısı olduğu bilinmektedir (wearesocial.com, 2018). Ülkemizde giderek artan cep telefonu kullanımı ve akıllı telefonların yaşamımıza getirdiği katkı ve yenilikler büyük ilgi görmektedir (Karaaslan ve Budak, 2012). Cep telefonu maliyetlerindeki önemli düşüş ve işlevselliklerindeki artış cep telefonlarının ruh sağlığı alanında kullanılması için uygun zemin yaratmaktadır. Mobil uygulamaların küresel pazardaki hızlı artışı ile birlikte günlük yaşamda birçok amaca yönelik olarak kullanılmasına rağmen cep telefonunun zihinsel sağlık takibi ve yönetimi için kullanımı henüz başlangıç aşamasındadır. Belirti takibi amaçlı uygulamalar kişinin gerçek zamandaki belirtilerini gözlemleyip gerçek zamanlı ölçüm alabildiği için bireyin hatırlamasına dayanan değerlendirme yöntemlerinin sahip olduğu yanlışlıktan arınık bir ölçüm olanağı sunmaktadır (Van Ameringen, Turna, Khalesi, Pullia ve Patterson, 2017). Teorik bilginin yanı sıra teknolojik bir iş birliğini de gerektiren bu araştırma yönteminin mevcut araştırmada kullanılmış olmasının literatürdeki bilimsel birikime ve yeni bilimsel bilgi üretimine katkı sağlayacağına inanılmaktadır. Günlük çalışmaları detaylı ve bellek yanlışlıklarından arınık bir bilgi

sağlamasının yanı sıra klinisyenler tarafından tedavinin seyrini izlemek için de etkili bir şekilde kullanılma potansiyeline sahiptir (Walz, Nauta ve aan het Rot, 2014). Kişinin mobil temelli günlükler üzerinden sistematik bir şekilde belirti takibi yapmasının hem tedavi sürecindeki olası zorlukları belirlemede hem de tedavi oturumları arasındaki sürede klinisyenin tedavi paketini hastanın ihtiyaçlarına göre yeniden şekillendirmesinde oldukça önemli bir rol oynayacağı öngörülmektedir. Günlük çalışmasının belirtilerin zaman içinde izlediği seyri, gelişimini ve varsa durumsal başlatıcılarını ayrıntılı olarak inceleyebilme fırsatı sunmasının, klinisyenlerin kişinin hayatındaki sorun alanları arasındaki ilişkiyi keşfetme sürecini oldukça kısaltacağı düşünülmektedir. Cep telefonu teknolojisindeki gelişmeler ile birlikte çevrimiçi günlük uygulamalarının klinik ortamlarda kullanılmasının, gelecekte mobil temelli sağaltım yöntemlerinin kullanılması noktasında da önemli bir basamak olabileceği tahmin edilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S., & Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, *29*(2), 503-519.
- Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D., & Storch, E. A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review*, *34*(3), 206-217.
- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(3), 413-424.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, *38*(1), 86-94.
- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*, 339-349.
- Altamura, C., Paluello, M. M., Mundo, E., Medda, S., & Mannu, P. (2001). Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *251*(3), 105-108.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Audet, J. S., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Contextual determinants of intrusions and obsessions: The role of ego-dystonicity and the reality of obsessional thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *9*, 96-106.
- Aydemir, Ö., Kirpinar, I., Tülay, S. A. T. I., Uykur, B., & Cengiziz, C. (2013). Reliability and validity of the Turkish version of the Health Anxiety Inventory. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, *50*(4), 325.
- Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2006). Implications of high-risk family studies for prevention of depression. *American Journal of Preventive Medicine*, *31*(6), 126-135.

- Baer, R. A., & Sauer, S. E. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 142.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405.
- Barsky, A. J. (1992). Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 15(4), 791-801.
- Bartz, J. A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder?. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 338-352.
- Bastiani, A. M., Altemus, M., Pigott, T. A., Rubenstein, C., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1996). Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 39(11), 966-969.
- Beaman, C. P., & Williams, T. I. (2010). Earworms (stuck song syndrome): Towards a natural history of intrusive thoughts. *British Journal of Psychology*, 101(4), 637-653.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. *New York: Basic Books*.
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., & Larsson, C. (2010). Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 573-580.
- Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2007). Are the dysfunctional beliefs that predict worry different from those that predict obsessions?. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 14(6), 438-448.
- Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2012). Ego-syntonicity and ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 94-106.



- Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2016). Obsessional and eating disorder-related intrusive thoughts: Differences and similarities within and between individuals vulnerable to OCD or to EDs. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 446-454.
- Ben-Zeev, D., & Young, M. A. (2010). Accuracy of hospitalized depressed patients' and healthy controls' retrospective symptom reports: an experience sampling study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 280-285.
- Beşiroğlu, L. (2007). *Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi*. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 21.
- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Wuyek, L.A., Liang, K.Y., Wang, Y., Grados, M.A., ..., & Fyer, A. J. (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42, 1-13.
- Blackburn, J. F., Thompson, A. R., & May, J. (2012). Feeling good about being hungry: Food-related thoughts in eating disorders. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2), 243-257.
- Bleichhardt, G., & Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 511-523.
- Bolger, N., & Laurenceau, J. P. (2013). *Intensive longitudinal methods: An introduction to diary and experience sampling research*. New York, NY: Guilford Press
- Bouman, T. K., & Meijer, K. J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(2), 96-101.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R. B., Phillips, K. A., Morton, A., Czepowicz, V., Emmanuel, N., ... & Ballenger, J. C. (1995). Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study. *The American journal of Psychiatry*, 152(11), 1665–1667.
- Brose, A., Schmiedek, F., Lövdén, M., & Lindenberger, U. (2011). Normal aging dampens the link between intrusive thoughts and negative affect in reaction to daily stressors. *Psychology and Aging*, 26(2), 488.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders:

- Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bucarelli, B., & Purdon, C. (2015). A diary study of the phenomenology and persistence of compulsions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 209-215.
- Buckholtz, J. W., & Meyer-Lindenberg, A. (2012). Psychopathology and the human connectome: toward a transdiagnostic model of risk for mental illness. *Neuron*, 74(6), 990-1004.
- Cannon, T. D., & Keller, M. C. (2006). Endophenotypes in the genetic analyses of mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 267-290.
- Cash, T. F. (2011). *Crucial considerations in the assessment of body image*. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (p. 129–137). The Guilford Press.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916.
- Chepenik, L. G., Cornew, L. A., & Farah, M. J. (2007). The influence of sad mood on cognition. *Emotion*, 7(4), 802.
- Chosak, A., Marques, L., Greenberg, J. L., Jenike, E., Dougherty, D. D., & Wilhelm, S. (2008). Body dysmorphic disorder and obsessive–compulsive disorder: Similarities, differences and the classification debate. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(8), 1209-1218.
- Clark, D. A. (1992). Depressive, anxious and intrusive thoughts in psychiatric inpatients and outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 30(2), 93-102.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.
- Clark, D. A. (Ed.). (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. Guilford Press.

- Clark, D. A., Abramowitz, J., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., ... & Ghisi, M. (2014). Part 3. A question of perspective: The association between intrusive thoughts and obsessionality in 11 countries. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 292-299.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28(3), 161-167.
- Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals. *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1-29.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, ... & Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218–225.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D., & Epstein, J. N. (1998). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(4), 257-268.
- Conradt, M., Cavanagh, M., Franklin, J., & Rief, W. (2006). Dimensionality of the Whiteley Index: assessment of hypochondriasis in an Australian sample of primary care patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 137-143.
- Cooper, H., Hedges, L., & Valentine, J. C. (2009). *The handbook of research synthesis and meta-analysis*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Dale, O., & Hagen, K. B. (2007). Despite technical problems personal digital assistants outperform pen and paper when collecting patient diary data. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 8-17.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. S. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 115-127.
- Delvenne, V., Goldman, S., De Maertelaer, V., & Lotstra, F. (1999). Brain glucose metabolism in eating disorders assessed by positron emission tomography. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 29-37.
- Dingemans, A.E., van Rood, Y.R., de Groot, I., & van Furth, E.F. (2012). Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: Prevalence and characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 562-569.

- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D., & Stein, D. J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(4), 291-300.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., & Oltmanns, T. F. (2011). Aging and the structure and long-term stability of the internalizing spectrum of personality and psychopathology. *Psychology and Aging*, *26*(4), 987.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Welch, S. S., Thielgen, T., Witte, S., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2006). A valence-dependent group-specific recall bias of retrospective self-reports: A study of borderline personality disorder in everyday life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *194*(10), 774-779.
- Ebner-Priemer, U. W., & Trull, T. J. (2012). *Investigating temporal instability in psychological variables: Understanding the real world as time dependent*. In M. R. Mehl & T. S. Conner (Eds.), *Handbook of research methods for studying daily life* (p. 423–439). The Guilford Press.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., & Rasmussen, S. A. (2004). Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *45*(1), 10-15.
- Ergüney-Okumuş, F. E., & Sertel-Berk, H. Ö. (2019). Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, *40*(1).
- Erskine, A., Morley, S., & Pearce, S. (1990). Memory for pain: a review. *Pain*, *41*(3), 255-265.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(1), 1–13.
- Fallon, B. A., Qureshi, A. I., Laje, G., & Klein, B. (2000). Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *23*(3), 605-616.

- Fang, A., & Wilhelm, S. (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 187-212.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 522-527.
- Fink, P., Ewald, H., Jensen, J., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jørgensen, P. (1999). Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(3), 261-273.
- Fink, P., Hansen, M. S., & Oxhøj, M. L. (2004). The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *Journal of Psychosomatic Research, 56*(4), 413-418.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment, 14*(4), 485.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment, 10*(3), 206.
- Forrester, A., Owens, D. G. C., & Johnstone, E. C. (2001). Diagnostic stability in subjects with multiple admissions for psychotic illness. *Psychological Medicine, 31*(1), 151-158.
- Freid, C. M. (2007). *Beliefs associated with eating disorders and obsessive compulsive disorder: The development of the obsessive beliefs about size and eating survey (OBBSES)* (Doctoral dissertation, Tesis no publicada. Vanderbilt University).
- Freud, S. (1966). Introductory Lectures on Psycho-Analysis, Standard Edition. *New York, NY*.
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., ... & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry, 18*(2), 192-207.
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., & Clark, D.A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: from normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 474-482.

- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2014). Intrusive thoughts in obsessive–compulsive disorder and eating disorder patients: A differential analysis. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 191-199.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gençöz, T. (2000). Pozitif ve negatif duygu ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 15(46), 19-26.
- Gerard, M. (2007). Emil Kraepelin: A pioneer of modern psychiatry. On the occasion of his hundred and fiftieth anniversary of his birth. *Encephale*, 33, 561–567.
- Gibbs, N. A. (1996). Non-clinical population in research on obsessive–compulsive disorders: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 16, 729–773.
- Gloster, A. T., Richard, D. C., Himle, J., Koch, E., Anson, H., Lokers, L., & Thornton, J. (2008). Accuracy of retrospective memory and covariation estimation in patients with obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5), 642-655.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 253-270.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989b). The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-1016.
- Göksan, B. (2007). Ergenlerde beden imajı ve beden dismorfik bozukluğu. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.*

- Grant, J. E., Kim, S. W., & Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *62*(7), 517-522.
- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, *15*(1), 63-80.
- Güleç, H., Keleş Ünal, E., Karabekiroglu, A., Sayar, K., & Köse, S. (2013). Turkish version of the Whiteley Index (Turkish WI-7): reliability, validity, and factorial structure. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, *16*(1), 27-33.
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., ... & Plotnicov, K. H. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *38*(4), 371-374.
- Hardy, G. E., & Cotterill, J. A. (1982). A study of depression and obsessionality in dysmorphophobic and psoriatic patients. *The British Journal of Psychiatry*, *140*(1), 19-22.
- Harvey, A. G. (2005). *Unwanted Intrusive Thoughts in Insomnia*. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment* (p. 86–118). Guilford Press.
- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, *31*(2), 225-235.
- Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. OUP Oxford.
- Hay, G. G. (1970). Dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, *116*, 399–406.
- Hektner, J. M., Schmidt, J. A., & Csikszentmihalyi, M. (2007). *Experience sampling method: measuring the quality of everydaylife*. Thousand oaks, Sage Publications.
- Herman, S., & Koran, L. M. (1998). In vivo measurement of obsessive-compulsive disorder symptoms using palmtop computers. *Computers in Human Behavior*, *14*(3), 449-462.

- Holding, J. C., Tarrier, N., Gregg, L., & Barrowclough, C. (2013). Self-esteem and relapse in schizophrenia: a 5-year follow-up study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(8), 653-658.
- Hollander, E. (1993). Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, 23(7), 355-358.
- Hollander, E., Cohen, L. J., & Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23(7), 359-364.
- Hollander, E. & Phillips, K. A. (1992). *Body image and experience disorders: body dysmorphic and depersonalization disorders*. In: Hollander E, editor. Obsessive-compulsive-related disorders. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 349-362.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Hovardaoğlu, S. (1993). Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1(1), 26.
- Hrabosky, J. I., Cash, T. F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E. A., Garner, D. M., ... & Phillips, K. A. (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body Image*, 6(3), 155-163.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Humphreys, J. D., Clopton, J. R., & Reich, D. A. (2007). Disordered eating behavior and obsessive compulsive symptoms in college students: Cognitive and affective similarities. *Eating Disorders*, 15(3), 247-259.
- Hyman, S. E. (2007). Can neuroscience be integrated into the DSM-V?. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(9), 725-732.
- Inozu, M., Karanci, A. N., & Clark, D. A. (2012). Why are religious individuals more obsessional? The role of mental control beliefs and guilt in Muslims and Christians. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(3), 959-966.



- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders, *American Journal of Psychiatry*, *167*(7), 748-751.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *63*(5), 579-587.
- Jones, R. L., Glimtmeier, N., & McKenzie, A. (2005). Slim bodies, eating disorders and the coach-athlete relationship: A tale of identity creation and disruption. *International Review for the Sociology of Sport*, *40*(3), 377-391.
- Julien, D., Careau, Y., O'Connor, K. P., Bouvard, M., Rhéaume, J., Langlois, F., ... & Cottraux, J. (2008). Specificity of belief domains in OCD: Validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(6), 1029-1041.
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, *27*(3), 366-383.
- Kamarck, T. W., Shiffman, S., Muldoon, M. F., Sutton-Tyrrell, K., Gwaltney, C. J., Janicki, D. L., & Schwartz, J. (2007). Ecological momentary assessment as a resource for social epidemiology. *The science of real-time data capture: Self-reports in health research*, 268-285.
- Karaaslan, İ. A., & Budak, L. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Cep Telefonu Özelliklerini Kullanımlarının ve Gündelik İletişimlerine Etkisinin Araştırılması. *Journal of Yasar University*, *7*(26).
- Katon, W. J., & Walker, E. A. (1998). Medically unexplained symptoms in primary care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(Suppl 20), 15-21.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K., & Price Foundation Collaborative Group. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2215-2221.

- Kelly, J. M., Kertz, S. J., Simpson, R., Bloch, M. H., & Pittenger, C. (2019). Exploring Retrospective Biases in Obsessive-Compulsive Disorder: an Experience-Sampling Study. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 4(4), 297-302.
- Kendall, P. C., & Ingram, R. E. (1989). *Cognitive-behavioral perspectives: Theory and research on depression and anxiety*. In P. C. Kendall, K. M. Simon, L. E. Beutler, H. Arkowitz (Eds.) *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 27–53). New York, NY: Plenum Press.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kleim, B., Graham, B., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2013). Capturing intrusive re-experiencing in trauma survivors' daily lives using ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 998.
- Kollei, I., Brunhoeber, S., Rauh, E., de Zwaan, M., & Martin, A. (2012). Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 321-327.
- Kollei, I., Schieber, K., de Zwaan, M., Svitak, M., & Martin, A. (2013). Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 52-59.
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 27.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study I. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 157–173.
- Langlois, F., & Ladouceur, R. (2004). Adaptation of a GAD treatment for hypochondriasis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 393-404.
- Langlois, F., Ladouceur, R., Patrick, G., & Freeston, M. H. (2004). Characteristics of illness intrusions in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(6), 683-696.

- Lavell, C. H., Farrell, L. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2014). Do obsessional belief domains relate to body dysmorphic concerns in undergraduate students?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(4), 354-358.
- Lavender, A., Shubert, I., de Silva, P., & Treasure, J. (2006). Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 331-342.
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 229-241.
- Lo Sauro, C., Castellini, G., Lelli, L., Faravelli, C., & Ricca, V. (2013). Psychopathological and clinical features of remitted anorexia nervosa patients: A six-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 78-83.
- Mancuso, S. G., Knoesen, N. P., & Castle, D. J. (2010). The Dysmorphic Concern Questionnaire: A screening measure for body dysmorphic disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 535-542.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19.
- Marascuilo, L. A., & McSweeney, M. (1977). *Nonparametric and distribution-free methods for the social sciences*. Wadsworth Co. Inc., Belmont, CA, 147-151.
- Margraf, J., Taylor, C. B., Ehlers, A., Roth, W. T. & Agras, W. S. (1987). Panic attacks in the natural environment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 558-565.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195.
- Matsunaga, H., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Fujimoto, K., & Kiriike, N. (1999). A comparison of clinical features among Japanese eating-disordered women with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40(5), 337-342.

- Mazure, C. M., Halmi, K. A., Sunday, S. R., Romano, S. J., & Einhorn, A. M. (1994). The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: development, use, reliability and validity. *Journal of Psychiatric Research*, 28(5), 425-445.
- McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., Smith, J. M., & Strakowski, S. M. (1994). Compulsive buying: a report of 20 cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55(6), 242-248.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., ... & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 283-313.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193.
- Michael, T., Ehlers, A., Halligan, S. L., & Clark, D. M. (2005). Unwanted memories of assault: what intrusion characteristics are associated with PTSD?. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 613-628.
- Miranda, R., & Mennin, D. S. (2007). Depression, generalized anxiety disorder, and certainty in pessimistic predictions about the future. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 71-82.
- Morris, S. E., & Cuthbert, B. N. (2012). Research Domain Criteria: cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(1), 29.
- Moskowitz, D. S., Russell, J. J., Sadikaj, G., & Sutton, R. (2009). Measuring people intensively. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 50(3), 131.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 249-252.
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., & Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 792-798.

- Naragon-Gainey, K., & Watson, D. (2011). The anxiety disorders and suicidal ideation: accounting for co-morbidity via underlying personality traits. *Psychological Medicine*, *41*(7), 1437.
- National Institute of Mental Health. Erişim tarihi: 30 Mart 2020  
<https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc.shtml>
- Neziroglu, F. A., & Yaryura-Tobias, J. A. (1993). Body Dysmorphic Disorder: Phenomenology & Case Descriptions. *Behavioural Psychotherapy*, *21*, 27-27.
- Noyes Jr, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, *21*(1), 8-17.
- Obeyesekere, G. (1976). The impact of Āyurvedic ideas on the culture and the individual in Sri Lanka. *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, 201-26.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(7), 667-681.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder?. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(6), 481-482.
- Olatunji, B. O., Etzel, E. N., Tomarken, A. J., Ciesielski, B. G., & Deacon, B. (2011). The effects of safety behaviors on health anxiety: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(11), 719-728.
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A., & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*, *58*, 65-74.
- Onden-Lim, M., & Grisham, J. R. (2012). The relationship between body dysmorphic concerns and the effects of image suppression: Implications for models of body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*(3), 189-195.
- Onden-Lim, M., & Grisham, J. R. (2013). Intrusive imagery experiences in a high dysmorphic concern population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *35*(1), 99-105.

- Oosthuizen, P. P., & Castle, D. (1998). Body dysmorphic disorder-a distinct entity. *South African Medical Journal*, 88, 766-769.
- Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D. J. (1998). Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 129–132.
- Osman, S., Cooper, M., Hackmann, A., & Veale, D. (2004). Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory*, 12(4), 428-436.
- Palmer, D. H. & Jones, S. M. (1939). Anorexia nervosa as a manifestation of compulsive neurosis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 41, 856-960.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3(3), 101-110.
- Pascual-Vera, B., & Belloch, A. (2018). Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 43-51.
- Pascual-Vera, B., Sanchís, M. R., & Fuster, A. B. (2017). Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable? *Psicothema*, 29(2), 166–171.
- Perpiñá, C., Roncero, M., & Belloch, A. (2008). Eating-related intrusions in a community sample: Development and validation of the eating-related intrusive thoughts INPIAS. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 137-158.
- Perpiñá, C., Roncero, M., Belloch, A., & Sánchez-Reales, S. (2011). Eating-related Intrusive Thoughts Inventory: Exploring the dimensionality of eating disorder symptoms. *Psychological Reports*, 109(1), 108-126.
- Perugi, G., Giannotti, D., Frare, F., Vaio, S. D., Valori, E., Maggi, L., ... & Akiskal, H. S. (1997). Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1(2), 77-82.
- Phillips, K. A. (1998). Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(4), A33.
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *The American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1138–1149.

- Phillips, K. A. (2002). Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: review of the evidence and a recommended treatment approach. *CNS Spectrums*, 7(6), 453-463.
- Phillips, K. A., Atala, K. D., & Albertini, R. S. (1995). Case study: body dysmorphic disorder in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1216-1220.
- Phillips, K. A., Atala, K. D., & Pope, H. G. (1995). Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. In *American Psychiatric Association 148th Annual Meeting* (Vol. 157). Miami, FL.
- Phillips, K. A., & Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 570-577.
- Phillips, K. A., Didie, E. R., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2006). Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Research*, 141(3), 305-314.
- Phillips, K. A., Dwight, M. M., & McElroy, S. L. (1998). Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(4), 165-171
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., & Aronowitz, B. R. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 17.
- Phillips, K. A., Kim, J. M., & Hudson, J. I. (1995). Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders: Obsessions or delusions?. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(2), 317-334.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-302.
- Phillips, K. A., Pagano, M. E., Menard, W., Fay, C., & Stout, R. L. (2005). Predictors of remission from body dysmorphic disorder: a prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 564.
- Phillips, K. A., Pinto, A., Menard, W., Eisen, J. L., Mancebo, M., & Rasmussen, S. A. (2007). Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a

- comparison study of two possibly related disorders. *Depression and Anxiety*, 24(6), 399-409.
- Phillips, K.A., Wilhelm, S., Koran, L.M., Didie, E.R., Fallon, B.A., Feusner, J., & Stein, D.J. (2010). Body dysmorphic disorder: Some key issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 573-591.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 113(494), 89-93.
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., & Pantelis, C. (1998). Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder: a comparison with unipolar depression, panic disorder, and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 415-423.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31(8), 713-720.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32(4), 403-410.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1163-1181.
- Purdon, C., Cripps, E., Faull, M., Joseph, S., & Rowa, K. (2007). Development of a measure of egodystonicity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 198-216.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3(3), 89-99.
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1227-1255.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233-248.
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., ... & Garcia-Soriano, G. (2014). Part 1—You can run but you can't



- hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 269-279.
- Raselli, C., & Broderick, J. E. (2007). The association of depression and neuroticism with pain reports: A comparison of momentary and recalled pain assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 313-320.
- Rattel, J. A., Grünberger, L. M., Reichenberger, J., Liedlgruber, M., Miedl, S. F., Blechert, J., & Wilhelm, F. H. (2019). Frequency of intrusions and appraisal of related distress after analogue trauma: a comparative ecological momentary assessment methods study. *Cognitive Therapy and Research*, 43(1), 174-184.
- Rawal, A., Park, R. J., & Williams, J. M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 851-859.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. D. A., & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(6), 877.
- Robbins, T. W., Gillan, C. M., Smith, D. G., de Wit, S., & Ersche, K. D. (2012). Neurocognitive endophenotypes of impulsivity and compulsivity: towards dimensional psychiatry. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 81-91.
- Rodebaugh, T. L., Curran, P. J., & Chambless, D. L. (2002). Expectancy of panic in the maintenance of daily anxiety in panic disorder with agoraphobia: A longitudinal test of competing models. *Behavior Therapy*, 33(2), 315-336.
- Rodriguez-Seijas, C., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2015). How transdiagnostic factors of personality and psychopathology can inform clinical assessment and intervention. *Journal of Personality Assessment*, 97(5), 425-435.
- Roncero, M., Belloch, A., & Doron, G. (2019). Can brief, daily training using a Mobile app help change maladaptive beliefs? Crossover randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(2), e11443.
- Roncero, M., Belloch, A., Perpiñá, C., & Treasure, J. (2013). Ego-syntonicity and ego-dystonicity of eating-related intrusive thoughts in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 208(1), 67-73.
- Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2010). Consequences of the eating related intrusive thoughts and their relation with a negative body image. Póster

presentado en el. In *VI World Congress of the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (WCBCT)*.

- Roncero, M., Perpiñá, C., & García-Soriano, G. (2011). Study of obsessive compulsive beliefs: Relationship with eating disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 457-470.
- Rosen, J. C. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2, 188-201.
- Rosen, J. C., & Ramirez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 441-449.
- Ruffolo, J., Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2006). Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 11-19.
- Rupp, C., Falke, C., Gühne, D., Doebler, P., Andor, F., & Buhlmann, U. (2019). A study on treatment sensitivity of ecological momentary assessment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(6), 695-706.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677-682.
- Salkovskis, P., & Freeston, M. H. (2001). Obsessions, compulsions, motivation, and responsibility for harm. *Australian Journal of Psychology*, 53(1), 1-6.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843-53.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2001). *Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and*

*hypochondriasis*. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (p. 202–222). Oxford University Press.

Sam Bakkila, National Institute Of Mental Health Forsakes the DSM, the Bible Of Psychiatry. Erişim tarihi: 02.04.2020  
<https://www.mic.com/articles/40063/national-institute-of-mental-health-forsakes-the-dsm-the-bible-of-psychiatry>

Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 118-138.

Savaşır, I. & Erol, N. (1989). Yeme tutum testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.

Schwarz, N. (2007). Retrospective and concurrent self-reports: The rationale for real-time data capture. *The science of real-time data capture: Self-reports in health research*, 11, 26.

Schwarz, N., & Sudman, S. (Eds.). (2012). *Autobiographical memory and the validity of retrospective reports*. Springer Science & Business Media.

Secord, P. F., & Jourard, S. M. (1953). The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17(5), 343.

Selby, E. A., Connell, L. D., & Joiner, T. E. (2010). The pernicious blend of rumination and fearlessness in non-suicidal self-injury. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 421-428.

Selby, E. A., Franklin, J., Carson-Wong, A., & Rizvi, S. L. (2013). Emotional cascades and self-injury: Investigating instability of rumination and negative emotion. *Journal of clinical psychology*, 69(12), 1213-1227.

Serpell, L., & Treasure, J. (2002). Bulimia nervosa: Friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 164-170.

Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 93-101.

- Shapiro, D., Jamner, L. D., Davydov, D. M., & James, P. (2002). Situations and moods associated with smoking in everyday life. *Psychology of Addictive Behaviors*, *16*(4), 342.
- Sherman, B. J., Savage, C. R., Eddy, K. T., Blais, M. A., Deckersbach, T., Jackson, S. C., ... & Herzog, D. B. (2006). Strategic memory in adults with anorexia nervosa: are there similarities to obsessive compulsive spectrum disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(6), 468-476.
- Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *4*, 1-32.
- Skinner, B. F. (1957). The experimental analysis of behavior. *American Scientist*, *45*(4), 343-371.
- Solhan, M. B., Trull, T. J., Jahng, S., & Wood, P. K. (2009). Clinical assessment of affective instability: comparing EMA indices, questionnaire reports, and retrospective recall. *Psychological Assessment*, *21*(3), 425.
- Speckens, A. E., Hackmann, A., Ehlers, A., & Cuthbert, B. (2007). Imagery special issue: Intrusive images and memories of earlier adverse events in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *38*(4), 411-422.
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P., & Flament, M. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviors*, *2*(3), 193-207.
- Stein, D.J., Kogan, C.S., Atmaca, M., Fineberg, N.A., Fontenelle, L.F., Grant, J.E., ..., & van den Heuvel, O.A. (2016). The classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 663-674.
- Stekel W. (1949). *Compulsion and doubt*. New York: Liveright.
- Stone, A. A., & Shiffman, S. (1994). Ecological momentary assessment (EMA) in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, *16*(3), 199-202.
- Stone, A. A., & Shiffman, S. (2002). Capturing momentary, self-report data: A proposal for reporting guidelines. *Annals of Behavioral Medicine*, *24*(3), 236-243.
- Striegel-Moore, R.H., & Bulik, C.M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, *62*, 181-198.

- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(4), 253-274.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). Using multivariate statistics . Harlow. Essex: Pearson Education Limited.
- Taylor, S., & Asmundson, G. J. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Press.
- Trull, T. J., & Ebner-Priemer, U. W. (2009). Using experience sampling methods/ecological momentary assessment (ESM/EMA) in clinical assessment and clinical research: Introduction to the special section [Editorial]. *Psychological Assessment*, 21(4), 457–462.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2016. Erişim tarihi: 15.06.2020  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?jsessionid=ZksNZYpByB7Y2NRT0r6T6Gfqv0TngGDh0Q31WcDQ2FvhYL2sSn8C!86854652?id=24862>
- Van Ameringen, M., Turna, J., Khalesi, Z., Pullia, K., & Patterson, B. (2017). There is an app for that! The current state of mobile applications (apps) for DSM-5 obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, anxiety and mood disorders. *Depression and Anxiety*, 34(6), 526-539.
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113-125.
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186.
- Veale, D., & Neziroglu, F. A. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual* (Vol. 15). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Viar, M. A., Bilsky, S. A., Armstrong, T., & Olatunji, B. O. (2011). Obsessive beliefs and dimensions of obsessive-compulsive disorder: An examination of specific associations. *Cognitive Therapy and Research*, 35(2), 108-117.
- Vocks, S., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2008). Look at yourself: Can body image therapy affect the cognitive and emotional response to seeing

- oneself in the mirror in eating disorders?. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(2), 147-154.
- Wahl, K., Schönfeld, S., Hissbach, J., Küsel, S., Zurowski, B., Moritz, S., ... & Kordon, A. (2011). Differences and similarities between obsessive and ruminative thoughts in obsessive-compulsive and depressed patients: A comparative study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(4), 454-461.
- Walz, L. C., Nauta, M. H., & aan het Rot, M. (2014). Experience sampling and ecological momentary assessment for studying the daily lives of patients with anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 925-937.
- Warwick, H. M., Clark, D. M., Cobb, A. M., & Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 169(2), 189-195.
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriasis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 18(2), 85-92.
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105-117.
- Watkins, E. (2015). An alternative transdiagnostic mechanistic approach to affective disorders illustrated with research from clinical psychology. *Emotion Review*, 7(3), 250-255.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063.
- We are social. Global Digital Report 2018. Erişim Tarihi: 05.06.2020  
<https://digitalreport.wearesocial.com/>
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders--. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494.
- Windheim, K., Veale, D., & Anson, M. (2011). Mirror gazing in body dysmorphic disorder and healthy controls: Effects of duration of gazing. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 555-564.

- Wittchen, H. U., Höfler, M., Gloster, A. T., Craske, M. G., & Beesdo, K. (2011). *Options and dilemmas of dimensional measures for DSM-5: Which types of measures fare best in predicting course and outcome?*. In: *The Conceptual Evolution of DSM-5*. Washington, pp. 119-143.
- Woodruff-Borden, J., Brothers, A. J., & Lister, S. C. (2001). Self-focused attention: Commonalities across psychopathologies and predictors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 169.
- Yorulmaz, O., Inozu, M., Clark, D. A., & Radomsky, A. S. (2015). Psychometric Properties of the Obsessive—Compulsive Inventory—Revised in a Turkish Analogue Sample. *Psychological reports*, 117(3), 781-793.

**EKLER****EK 1 : DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

1. Size verilmiş olan katılımcı kodunuz? .....
2. Rumuzunuz? .....
3. Yaşınız? .....
4. Cinsiyetiniz? Kadın ( ) Erkek ( )
5. Medeni Durumunuz? Bekar ( ) Evli ( )
6. Eğitim Durumunuz? İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Yüksekokul ( )  
Üniversite ( ) Lisansüstü ( )
7. Dininiz? .....
8. Uyruğunuz? .....
9. Etnik Kökeniniz? .....
10. Daha önce psikiyatrik bir tanı aldınız mı? Evet ( ) Hayır ( )
11. Son 6 ay içerisinde yaşadığınız/yaşamakta olduğunuz bir ruh sağlığı sorunuz var mı?  
Evet ( ) Hayır ( )



## EK 2 : İSTEM DIŞI DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, birçok insanın zaman zaman deneyimleyebileceği kısmen üzücü, hoş gitmeyen, hatta bazen rahatsız edici olabilen düşüncelerin listesini içermektedir.

Bu düşünceler isteğimiz dışında **BİRDEN BİRE ZİHNİMİZDE BELİRİR** ve o anda yaptığımız ya da düşündüğümüz şeyi **SEKTEYE UĞRATIR**. Bu düşünceleri **KONTROL ETMEK**; yani ne kadar uğraşsak uğraşalım bunları zihnimizden uzaklaştırmak, durdurmak ya da ortaya çıkmalarını engellemek çoğunlukla zordur.

Ayrıca, bu düşünceler **ÜZÜNTÜ VERİCİ**, **HOŞA GİTMEYEN** hatta bazen **RAHATSIZ EDİCİ** ve **KABUL EDİLEMEZ** olabilir.

Bu düşünceler “**GİRİCİ DÜŞÜNCELER**” yada “**ZİHİNDE İSTEM DIŞI BELİREN DÜŞÜNCELER**” olarak adlandırılmaktadır ve zihninizde aşağıdaki biçimlerden bir ya da birkaç şekilde ortaya çıkabilir:

1. **İMGELER / GÖRÜNTÜLER** şeklinde, yani zihnimizde birden bire beliren bir fotoğraf gibi
2. Bir şey yapmak ya da söylemek için **GÜÇLÜ BİR İSTEK / DÜRTÜ** şeklinde
3. Hoşa gitmeyen fiziksel bir **DUYUM/HİS** şeklinde
4. Ya da, sadece, bir şey hakkındaki **DÜŞÜNCELER / ŞÜPHELER** şeklinde

İlerleyen sayfalarda, farklı içerikte **BEŞ** tür zihinde istem dışı beliren düşünce bulacaksınız. Bu düşüncelerle ilişkili olarak aşağıdaki sorulara cevap vermenizi istiyoruz:

- 1). Zihninizde istem-dışđ beliren hoş gitmeyen bu düşüncelerin her birini **NE SIKLIKLA** yaşarsınız?
- 2). Bu istem dışđ düşüncelerin her biri size **NE KADAR SIKINTI VERİR?**

Ardından, her gruptan sizi en çok rahatsız eden istem-dışđ düşünceyi seçmenizi ve bu düşünce ile ilgili bir dizi soruya cevap vermenizi isteyeceğiz. Cevaplar hakkında çok fazla düşünmeyin. “İyi ya da kötü”, “doğru ya da yanlış” cevap yoktur. **Lütfen sorulara olabildiğince içten yanıtlar veriniz.**



	tercihlerime aykırı cinsel ilişki yaşamakla ilgili istem dışı düşüncelerim vardır.													
4	Herhangi bir sebep olmaksızın, kendimle, duygularım, yaşamla ve dünyayla ilgili anlamsız varoluşsal şüpheler içeren istem dışı düşüncelerim vardır.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
5	Ter, tükürük, idrar veya dışkı gibi vücut sıvıları ile çok az temasım olsa bile, bunun mümkün olmadığını bildiğim halde, kirlenmiş ya da hastalık kapmış olabileceğime ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
6	Halka açık bir yerdeyken, başka insanların dokunduğu kapı kolu, klozet kapağı, para ya da ankesörlü telefonlara dokunarak kirlenmiş ya da hastalık kapmış olabileceğime ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
7	Bunun mümkün olmadığını bildiğim halde, evden ayrılırken bir şeyleri açık bırakmış olabileceğime ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır. Örneğin, ocağı, gazı, ısıtıcıyı, ışığı, ütüyü ya da saç kurutma makinesini açık unutma ve sigarayı yanar halde bırakma gibi..	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
8	Bunun mümkün olmadığını bildiğim halde, önemli bir şeyi unutmuş olabileceğime ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
9	Mobilya ya da kıyafetler gibi belirli nesnelerin doğru yerleştirilmediğine ya da belirli bir sırayı takip etmediğine ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır. Örneğin, simetrik olmama, renklerin eşleşmemesi gibi..	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
10	Düzenli görünen ofis, ev ya da farklı bir mekanda iken bile, belirli nesnelerin mutlaka bulunmaları gereken “doğru yerlerinde” olması gerektiğine ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
11	Bunun mümkün olmadığını bildiğim halde, belirli eylemlerin ya da durumların, genel olarak, gelecekte talihsizlik ya da kötü şansa neden olabileceğine ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır. Örneğin, bir merdivenin altından geçmek, siyah bir kedi görmek, gece tırnak kesmek, aynanın kırılması gibi.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
12	Bunun mümkün olmadığını bildiğim halde, belirli düşünce ya da imgelerin/görüntülerin gelecekte talihsizlik ya da kötü şansa neden olabileceğine ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır. Örneğin, kötü bir şey düşünme, bir şarkıyı hatırlama, sayı sayma gibi.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	

1	Yukarıda belirtilenler dışında:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
3	Sinir bozucu bir şarkının tekrar tekrar aklıma gelmesi, yakın arkadaşlarımın ya da ailemin tehlikede olması ve şiddete maruz kalması gibi başka istem dışı düşüncelerim vardır (Buraya lütfen bu düşüncenizin ne olduğunu yazınız):..... .....												

Şimdi, lütfen yukarıdaki listede **GEÇTİĞİMİZ 3 AY İÇERİSİNDE SAHİP OLDUĞUNUZU BELİRTTİĞİNİZ** istem dışı düşüncelere odaklanınız.

**EN AZ BİR KERE** yaşadığınızı belirttiğiniz istem dışı düşüncelerden hangisinin sizin için **EN RAHATSIZ EDİCİ**, **EN AZ HOŞA GİDEN** ve **EN ÇOK SIKINTI VEREN** düşünce olduğuna karar veriniz.

Eğer son 3 ay içerisinde en az bir kere olacak şekilde istem dışı düşünceye sahip olmadığınızı belirttiyseniz **6. sayfaya** geçiniz

**SON ÜÇ AY İÇERİSİNDE YAŞADIĞIMI BELİRTTİĞİM** istem dışı düşünceler arasında beni **EN ÇOK RAHATSIZ EDEN** düşünce yukarıda listede belirtilmiş olan ..... numaralı düşüncedir ve ..... yaşarım. (Aşağıdaki derecelendirme ölçeğini kullanınız).

0	1	2	3	4	5	6
<b>HİÇ:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi hiç yaşamadım ”	<b>NADİREN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi hayatımda bir ya da iki kere yaşadım”	<b>ARA</b> <b>SIRA:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi i yılda birkaç kez yaşadım”	<b>BAZEN:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi i ayda birkaç kez yaşadım”	<b>SIK</b> <b>SIK:</b> “Bu istem - dışı düşünceyi i haftada birkaç kez yaşadım”	<b>ÇOĞU</b> <b>ZAMAN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi i her gün yaşadım”	<b>HER</b> <b>ZAMAN</b> : “Bu istem - dışı düşünceyi i gün boyu pek çok kez yaşadım”

**SON ÜÇ AY İÇERİSİNDE YAŞADIĞIMI BELİRTTİĞİM** istem dışı düşünce düşünce beni ..... rahatsız eder. (Aşağıdaki derecelendirme ölçeğini kullanınız).

0	1	2	3	4
Hiç rahatsız etmiyor	Biraz rahatsız ediyor	Rahatsız ediyor	Çok rahatsız ediyor	Son derece rahatsız ediyor

Yukarıda belirtmiş olduğunuz düşünceyi genellikle hangi form ya da formlarda yaşarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

Düşünce  İmge/görüntü  Dürtü  Fiziksel duyum/his  Şüphe

Yukarıdaki listeden seçmiş olduğunuz sizi en çok rahatsız eden istem dışı düşüncenizi kendi cümlelerinizle yazınız:

---



---



---



---



---

Bu düşünce en son ne zaman aklınıza geldi?:

3 ay önce	Geçen ay	7 gün önce	3 gün önce	Dün	Bugün
--------------	-------------	---------------	---------------	-----	-------

İstem dışı düşünce aklınıza geldiğinde ne yapmakta olduğunuzu ya da öncesinde ne olduğunu hatırlıyor musunuz? Evet ise, lütfen yazınız:

---



---



---



---



---

Aşağıdaki sorular, size **EN ÇOK RAHATSIZ EDEN İSTEM DIŞI DÜŞÜNCENİZ** aklınıza geldiğinde, ne deneyimlediğiniz ya da ne yaptığınızla ilişkilidir.

Aşağıdaki ifadelere ne derece katıldığınızı ya da bu ifadelerin her birinin sizin için ne kadar geçerli olduğunu belirtmek için bu derecelendirme ölçeğini kullanınız.

0	1	2	3	4
Hiç	Ara sıra	Bazen	Sık sık	Her zaman

1. Beni korkutur; gerilirim.	0	1	2	3	4
2. Beni üzer.	0	1	2	3	4
3. Ne yapıyorsam onu böler; dikkatimi dağıtır.	0	1	2	3	4

4. Onu kabul edilemez bulurum; isteklerime ya da değer ve inançlarıma aykırıdır.	0	1	2	3	4
5. Bu düşünceye sahip olduğuma göre onun önemli olduğuna inanırım.	0	1	2	3	4
6. Bu düşünceyi kontrol etmenin ve üzerinde düşünmemenin önemli olduğuna inanırım.	0	1	2	3	4
7. Eğer bunu düşünürsem, bu düşüncenin gerçekleşmesi ya da doğru olması ihtimalinin arttığına inanırım	0	1	2	3	4
8. Hiçbir şey yapmam; sadece aklıma gelmesine izin veririm.	0	1	2	3	4
9. İstem dışı düşünce hakkında düşünmemeye çalışırım, bastırmayı denerim.	0	1	2	3	4
10. Bu istem dışı düşünce aklıma geldiği için kendime çok kızarım.	0	1	2	3	4
11. İstem dışı düşüncelerin sebep olduğu rahatsızlığa karşı koymak için bildiğim birşeyleri yaparım. Örneğin, düzenlemek, kontrol etmek, bir şeylere ya da kendime dokunmak, yıkamak, temizlemek, dua etmek, sayı saymak, bir hareketi tekrar etmek, belirli bir kelimeyi ya da cümleyi söylemek, duaları tekrar etmek, düşüncenin tam tersini düşünmek, vb.	0	1	2	3	4
12. Kendimi sakinleştirmek için, istem dışı düşüncenin önemli olmadığı ya da zihnime geldiği için kötü bir şey olmayacağından emin olmak için insanlara sorarım ya da istem dışı düşünce hakkında bilgi ararım.	0	1	2	3	4
13. Keyif veren ve rahatlatan bir şeyler yaparak dikkatimi başka yöne çekerim (örn: radyoyu, televizyonu açmak, bilgisayarla oynamak, kitap okumak, vb.)	0	1	2	3	4
14. İstem dışı düşünceyi tetikleyecek şeylerden kaçınmayı denerim.	0	1	2	3	4

## FİZİKSEL GÖRÜNÜŞ İLE İLGİLİ ZİHİNDE İSTEM-DIŞI BELİREN DÜŞÜNCELER

Aşağıdaki derecelendirme ölçeğini kullanarak, istem-dışı düşüncelerin her birinin sıklık ve rahatsızlık derecesini belirtiniz.

### SIKLIK Derecelendirme Ölçeği

0	1	2	3	4	5	6
<b>HİÇ:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi hiç yaşamadım ”	<b>NADİREN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi hayatımda bir ya da iki kere yaşadım”	<b>ARA SIRA:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi i yılda birkaç kez yaşadım”	<b>BAZEN:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi i ayda birkaç kez yaşadım”	<b>SIK SIK:</b> “Bu istem - dışı düşünceyi i haftada birkaç kez yaşadım”	<b>ÇOĞU ZAMAN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi i her gün yaşadım”	<b>HER ZAMAN</b> : “Bu istem - dışı düşünceyi i gün boyu pek çok kez yaşadım”

### RAHATSIZLIK Derecelendirme Ölçeği

0	1	2	3	4
Hiç rahatsız etmiyor	Biraz rahatsız ediyor	Rahatsız ediyor	Çok rahatsız ediyor	Son derece rahatsız ediyor

N°	İSTEM DIŞI DÜŞÜNCENİN, İMGENİN/GÖRÜNTÜNÜ, ŞÜPHENİN, HİSSİN YA DA DÜRTÜNÜN İÇERİĞİ	SIKLIK Derecesi						RAHATSIZLIK Derecesi					
1	Herhangi bir sebep olmaksızın korkunç ya da iğrenç fiziksel kusurlarım olduğuna ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır. Örneğin; burnumun, dudaklarımın, kaslarımın, kulaklarımın, cinsel organımın büyüklüğü ya da şekli,	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

	cildimin/saçımın görünüşü ya da dokusu gibi													
2	Herhangi bir sebep olmaksızın, vücudumun düzgün çalışmadığı düşüncesi aklıma gelir. Örneğin; kötü koku, ter, ağız kokusu, gazlar, yağlı yüz, yağlı eller ve saç gibi...	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
3	Herhangi bir sebep olmaksızın, fiziksel kusurlarımdan kurtulmak için kendime vurabileceğime ya da bir şey yapabileceğime ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
4	Aynada kendime baktığımda ya da yansıمامı bir yerde gördüğümde aklıma birdenbire şu düşünce gelir: "Burnum, dudaklarım, ellerim, terim, yağlı cildim ve sivilcelerim gibi kusurlarım diğerleri tarafından gerçekten görülebilir."	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
5	Aynada kendime baktığımda ya da yansıمامı bir yerde gördüğümde aklıma birdenbire şu düşünce gelir: "Kusurlarımı, makyaj yapmak, başka giysiler kullanmak, kuaföre gitmek gibi çeşitli yollarla bir şekilde saklamak ya da örtbas etmek zorundayım."	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
6	Aynada kendime baktığımda ya da yansıمامı bir yerde gördüğümde aklıma birdenbire şu düşünce gelir: "Beni rahatsız eden kusurlarımı düzeltmek için ameliyat olmak, dermatoloğa (cildiye uzmanına) gitmek gibi bir çözüm yolu bulmalıyım."	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
7	Başka insanlarla birlikte olduğumda şu düşünce aklıma gelir: "Hepsi benden daha iyi görünüyor."	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	



8	Başka insanlarla birlikte olduğumda şu düşünce aklıma gelir: “İnsanlar vücudumda ters giden bir şeyler olduğunu fark ediyor...Kötü kokuyorum, çok terliyorum, nefesim kokuyor, yüzüm parlıyor, vb.”	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
9	Ailem, arkadaşlarım, partnerim gibi bana yakın olan birisiyle fiziksel bir temasım olduğunda şu düşünce zihnimde belirir: “Onlara nasıl görüldüğümü sormak istiyorum.”	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
10	Fiziksel görünüşüm ile ilgili başka istem dışı düşüncelerim olur (var ise lütfen bunun ne olduğunu yazınız):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

Şimdi, lütfen yukarıdaki listede **GEÇTİĞİMİZ 3 AY İÇERİSİNDE SAHİP OLDUĞUNUZU BELİRTTİĞİNİZ** istem dışı düşüncelere odaklanınız.

**EN AZ BİR KERE** yaşadığınızı belirttiğiniz istem dışı düşüncelerden hangisinin sizin için **EN RAHATSIZ EDİCİ**, **EN AZ HOŞA GİDEN** ve **EN ÇOK SIKINTI VEREN** düşünce olduğuna karar veriniz.

Eğer son 3 ay içerisinde en az bir kere olacak şekilde istem dışı düşünceye sahip olmadığınızı belirttiyseniz **10. sayfaya** geçiniz

**SON ÜÇ AY İÇERİSİNDE YAŞADIĞIMI BELİRTTİĞİM** istem dışı düşünceler arasında beni **EN ÇOK RAHATSIZ EDEN** düşünce yukarıda listede belirtilmiş olan ..... numaralı düşüncedir ve ..... yaşarım. (Aşağıdaki derecelendirme ölçeğini kullanınız).

0	1	2	3	4	5	6
<b>HİÇ:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi hiç yaşamadım ”	<b>NADİREN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi hayatımda bir ya da iki kere yaşadım”	<b>ARA</b> <b>SIRA:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi i yılda birkaç kez yaşadım”	<b>BAZEN:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi i ayda birkaç kez yaşadım”	<b>SIK</b> <b>SIK:</b> “Bu istem - dışı düşünceyi i haftada birkaç kez yaşadım”	<b>ÇOĞU</b> <b>ZAMAN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi i her gün yaşadım”	<b>HER</b> <b>ZAMAN</b> : “Bu istem - dışı düşünceyi i gün boyu pek

						çok kez yaşadım”
--	--	--	--	--	--	------------------

**SON ÜÇ AY İÇERİSİNDE YAŞADIĞIMI BELİRTTİĞİM** istem dışı düşünce düşünce beni ..... rahatsız eder. (Aşağıdaki derecelendirme ölçeğini kullanınız).

0	1	2	3	4
Hiç rahatsız etmiyor	Biraz rahatsız ediyor	Rahatsız ediyor	Çok rahatsız ediyor	Son derece rahatsız ediyor

Yukarıda belirtmiş olduğunuz düşünceyi genellikle hangi form ya da formlarda yaşarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

Düşünce  İmge/görüntü  Dürtü  Fiziksel duyum/his  Şüphe

Yukarıdaki listeden seçmiş olduğunuz sizi en çok rahatsız eden istem dışı düşüncenizi kendi cümlelerinizle yazınız:

---



---



---



---



---

Bu düşünce en son ne zaman aklınıza geldi?:

3 ay önce	Geçen ay	7 gün önce	3 gün önce	Dün	Bugün
-----------	----------	------------	------------	-----	-------

İstem dışı düşünce aklınıza geldiğinde ne yapmakta olduğunuzu ya da öncesinde ne olduğunu hatırlıyor musunuz? Evet ise, lütfen yazınız:

---



---



---



---



---

Aşağıdaki sorular, size **EN ÇOK RAHATSIZ EDEN İSTEM DIŞI DÜŞÜNCENİZ** aklınıza geldiğinde, ne deneyimlediğiniz ya da ne yaptığımızla ilişkilidir..

Aşağıdaki ifadelere ne derece katıldığınızı ya da bu ifadelerin her birinin sizin için ne kadar geçerli olduğunu belirtmek için bu derecelendirme ölçeğini kullanınız.

0	1	2	3	4
Hiç	Ara sıra	Bazen	Sık sık	Her zaman

1. Beni korkutur; gerilirim.	0	1	2	3	4
2. Beni üzer.	0	1	2	3	4
3. Ne yapıyorsam onu böler; dikkatimi dağıtır.	0	1	2	3	4
4. Onu kabul edilemez bulurum; isteklerime ya da değer ve inançlarıma aykırıdır.	0	1	2	3	4
5. Bu düşünceye sahip olduğuma göre onun önemli olduğuna inanırım.	0	1	2	3	4
6. Bu düşünceyi kontrol etmenin ve üzerinde düşünmemenin önemli olduğuna inanırım.	0	1	2	3	4
7. Eğer bunu düşünürsem, bu düşüncenin gerçekleşmesi ya da doğru olması ihtimalinin arttığına inanırım	0	1	2	3	4
8. Hiçbir şey yapmam; sadece aklıma gelmesine izin veririm.	0	1	2	3	4
9. İstem dışı düşünce hakkında düşünmemeye çalışırım, bastırmayı denerim.	0	1	2	3	4
10. Bu istem dışı düşünce aklıma geldiği için kendime çok kızarım.	0	1	2	3	4
11. İstem dışı düşüncelerin sebep olduğu rahatsızlığa karşı koymak için bildiğim birşeyleri yaparım. Örneğin, düzenlemek, kontrol etmek, bir şeylere ya da kendime dokunmak, yıkamak, temizlemek, dua etmek, sayı saymak, bir hareketi tekrar etmek, belirli bir kelimeyi ya da cümleyi söylemek, duaları tekrar etmek, düşüncenin tam tersini düşünmek, vb.	0	1	2	3	4
12. Kendimi sakinleştirmek için, istem dışı düşüncenin önemli olmadığı ya da zihnime geldiği için kötü bir şey olmayacağından emin olmak için insanlara sorarım ya da istem dışı düşünce hakkında bilgi ararım.	0	1	2	3	4
13. Keyif veren ve rahatlatan bir şeyler yaparak dikkatimi başka yöne çekerim (örn: radyoyu, televizyonu açmak, bilgisayarla oynamak, kitap okumak, vb.)	0	1	2	3	4
14. İstem dışı düşünceyi tetikleyecek şeylerden kaçınmayı denerim.	0	1	2	3	4

## DİYET VE FİZİKSEL EGZERSİZ İLE İLGİLİ ZİHİNDE İSTEM DIŞI BELİREN DÜŞÜNCELER

Aşağıdaki derecelendirme ölçeğini kullanarak, istem-dışı düşüncelerin her birinin sıklık ve rahatsızlık derecesini belirtiniz.

### SIKLIK Derecelendirme Ölçeği

0	1	2	3	4	5	6
<b>HİÇ:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi hiç yaşamadım ”	<b>NADİREN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi hayatımda bir ya da iki kere yaşadım”	<b>ARA SIRA:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi i yılda birkaç kez yaşadım”	<b>BAZEN:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi i ayda birkaç kez yaşadım”	<b>SIK SIK:</b> “Bu istem - dışı düşünceyi i haftada birkaç kez yaşadım”	<b>ÇOĞU ZAMAN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi i her gün yaşadım”	<b>HER ZAMAN</b> : “Bu istem - dışı düşünceyi i gün boyu pek çok kez yaşadım”

### RAHATSIZLIK Derecelendirme Ölçeği

0	1	2	3	4
Hiç rahatsız etmiyor	Biraz rahatsız ediyor	Rahatsız ediyor	Çok rahatsız ediyor	Son derece rahatsız ediyor

N°	İSTEM DIŞI DÜŞÜNCENİN, İMGENİN/GÖRÜNTÜNÜ, ŞÜPHENİN, HİSSİN YA DA DÜRTÜNÜN İÇERİĞİ	SIKLIK Derecesi							RAHATSIZLIK Derecesi				
1	Ne zaman bir yiyecek görsem ya da yemek yesem aklıma birden bire “ne yediğim”, “ne yemem ve ne yememem gerekir” düşünce ya da imgesi gelir.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
2	Ne zaman bir yiyecek görsem ya da yemek yesem aklıma birden bire şu düşünce gelir: “Egzersiz yapmak zorundayım”.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
3	Ne zaman bir yiyecek görsem ya da yemek yesem, herşeyi bitirene kadar durmaksızın bir yemek yeme dürtüsü hissederim	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
4	Yemek yemeyi bitirdikten sonra, “Kusmalı mıyım?” düşüncesi aklıma gelir.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

5	Yemek yemeyi bitirdikten sonra, “Bunların hiçbirini yememeliydim.” düşüncesi ya da imgesi aklıma gelir.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
6	Yemek yemeyi bitirdikten sonra, kalori yakmak ve egzersiz yapmak için güçlü bir istek duyarım.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
7	Birileri bana baktığında, hiçbir şey söylemeseler bile, aklıma “Kilo aldım.” düşüncesi gelir.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
8	Tartıldığımda, dışarı çıkmak için hazırlandığımda ya da sadece bir aynanın veya camın önünden geçtiğimde zihnimde aniden “Ben şişmanım” düşüncesi ya da imgesi belirir.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
9	Diyet ve fiziksel egzersiz ile ilgili başka istem dışı düşüncelerim olur (var ise lütfen bunun ne olduğunu yazınız):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

Şimdi, lütfen yukarıdaki listede **GEÇTİĞİMİZ 3 AY İÇERİSİNDE SAHİP OLDUĞUNUZU BELİRTTİĞİNİZ** istem dışı düşüncelere odaklanınız.

**EN AZ BİR KERE** yaşadığınızı belirttiğiniz istem dışı düşüncelerden hangisinin sizin için **EN RAHATSIZ EDİCİ**, **EN AZ HOŞA GİDEN** ve **EN ÇOK SIKINTI VEREN** düşünce olduğuna karar veriniz.

Eğer son 3 ay içerisinde en az bir kere olacak şekilde istem dışı düşünceye sahip olmadığınızı belirttiyseniz **13. sayfaya** geçiniz

**SON ÜÇ AY İÇERİSİNDE YAŞADIĞIMI BELİRTTİĞİM** istem dışı düşünceler arasında beni **EN ÇOK RAHATSIZ EDEN** düşünce yukarıda listede belirtilmiş olan ..... numaralı düşüncedir ve ..... yaşarım. (Aşağıdaki derecelendirme ölçeğini kullanınız).

0	1	2	3	4	5	6
<b>HİÇ:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi hiç yaşamadım ”	<b>NADİREN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi hayatımda bir ya da iki kere yaşadım”	<b>ARA</b> <b>SIRA:</b> “Bu istem- dışı düşüncey i yılda birkaç kez yaşadım”	<b>BAZEN:</b> “Bu istem- dışı düşüncey i ayda birkaç kez yaşadım”	<b>SIK</b> <b>SIK:</b> “Bu istem - dışı düşüncey i haftada birkaç kez yaşadım”	<b>ÇOĞU</b> <b>ZAMAN</b> : “Bu istem- dışı düşüncey i her gün yaşadım”	<b>HER</b> <b>ZAMAN</b> : “Bu istem - dışı düşüncey i gün boyu pek çok kez yaşadım”

**SON ÜÇ AY İÇERİSİNDE YAŞADIĞIMI BELİRTTİĞİM** istem dışı düşünce düşünce beni ..... rahatsız eder. (Aşağıdaki derecelendirme ölçeğini kullanınız).

0	1	2	3	4
Hiç rahatsız etmiyor	Biraz rahatsız ediyor	Rahatsız ediyor	Çok rahatsız ediyor	Son derece rahatsız ediyor

Yukarıda belirtmiş olduğunuz düşünceyi genellikle hangi form ya da formlarda yaşarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

Düşünce  İmge/görüntü  Dürtü  Fiziksel duyum/his  Şüphe

Yukarıdaki listeden seçmiş olduğunuz sizi en çok rahatsız eden istem dışı düşüncenizi kendi cümlelerinizle yazınız:

---



---



---



---

Bu düşünce en son ne zaman aklınıza geldi?:

3 ay önce	Geçen ay	7 gün önce	3 gün önce	Dün	Bugün
-----------	----------	------------	------------	-----	-------

İstem dışı düşünce aklınıza geldiğinde ne yapmakta olduğunuzu ya da öncesinde ne olduğunu hatırlıyor musunuz? Evet ise, lütfen yazınız:

---



---



---



---

Aşağıdaki sorular, size **EN ÇOK RAHATSIZ EDEN İSTEM DIŞI DÜŞÜNCENİZ** aklınıza geldiğinde, ne deneyimlediğiniz ya da ne yaptığınızla ilişkilidir.

Aşağıdaki ifadelere ne derece katıldığınızı ya da bu ifadelerin her birinin sizin için ne kadar geçerli olduğunu belirtmek için bu derecelendirme ölçeğini kullanınız.

0	1	2	3	4
Hiç	Ara sıra	Bazen	Sık sık	Her zaman

1. Beni korkutur; gerilirim.	0	1	2	3	4
2. Beni üzer.	0	1	2	3	4
3. Ne yapıyorsam onu böler; dikkatimi dağıtır.	0	1	2	3	4

4. Onu kabul edilemez bulurum; isteklerime ya da değer ve inançlarıma aykırıdır.	0	1	2	3	4
5. Bu düşünceye sahip olduğuma göre onun önemli olduğuna inanırım.	0	1	2	3	4
6. Bu düşünceyi kontrol etmenin ve üzerinde düşünmemenin önemli olduğuna inanırım.	0	1	2	3	4
7. Eğer bunu düşünürsem, bu düşüncenin gerçekleşmesi ya da doğru olması ihtimalinin arttığına inanırım	0	1	2	3	4
8. Hiçbir şey yapmam; sadece aklıma gelmesine izin veririm.	0	1	2	3	4
9. İstem dışı düşünce hakkında düşünmemeye çalışırım, bastırmayı denerim.	0	1	2	3	4
10. Bu istem dışı düşünce aklıma geldiği için kendime çok kızarım.	0	1	2	3	4
11. İstem dışı düşüncelerin sebep olduğu rahatsızlığa karşı koymak için bildiğim birşeyleri yaparım. Örneğin, düzenlemek, kontrol etmek, bir şeylere ya da kendime dokunmak, yıkamak, temizlemek, dua etmek, sayı saymak, bir hareketi tekrar etmek, belirli bir kelimeyi ya da cümleyi söylemek, duaları tekrar etmek, düşüncenin tam tersini düşünmek, vb.	0	1	2	3	4
12. Kendimi sakinleştirmek için, istem dışı düşüncenin önemli olmadığı ya da zihnime geldiği için kötü bir şey olmayacağından emin olmak için insanlara sorarım ya da istem dışı düşünce hakkında bilgi ararım.	0	1	2	3	4
13. Keyif veren ve rahatlatan bir şeyler yaparak dikkatimi başka yöne çekerim (örn: radyoyu, televizyonu açmak, bilgisayarla oynamak, kitap okumak, vb.)	0	1	2	3	4
14. İstem dışı düşünceyi tetikleyecek şeylerden kaçınmayı denerim.	0	1	2	3	4





2	Cenaze törenleri, mezarlıklar, ölülerin yıkandığı yer (gasilhane), morglar gibi ölümle ilişkili şeyler gördüğümde, okuduğumda ya da duyduğumda kendi cenaze törenime ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
3	Cenaze törenleri, mezarlıklar, ölülerin yıkandığı yer (gasilhane), morglar gibi ölümle ilişkili şeyler gördüğümde, okuduğumda ya da duyduğumda diri diri gömülebileceğime ilişkin istem dışı düşüncelerim vardır.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
4	Dergide, haberlerde bir hastalık hakkında bazı bilgiler okuduğumda, duyduğumda ya da gördüğümde ya da hastalık hakkında konuşan birini dinlediğimde “Benzer belirtiler bende de var” diye düşünürüm.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
5	Vücudumda şiddetli bir ağrı, kaşıntı, hafif bir yorgunluk, kuru cilt, göz tiki gibi birtakım rahatsızlıklar hissettiğimde, ne kadar hafif olursa olsun, “Farketmeden kanser, AIDS gibi ciddi bir hastalık mı geliştiriyorum?” diye düşünürüm.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
6	Herhangi bir sebep olmaksızın, “Kanser, AIDS gibi ciddi bir hastalığım var” şeklinde zihnimde birden bire beliren istem dışı düşüncelerim olur.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
7	Herhangi bir sebep olmaksızın, “Kanser, AIDS gibi ciddi bir hastalıktan ölebilirim” düşüncesi aklıma gelir.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
8	Sevdiğim birisi vücudunda bir rahatsızlık hissettiğinde, ne kadar hafif olursa olsun, onun ciddi bir hastalığa yakalandığına ilişkin	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

	zihnimde birden bire beliren istem dışı düşüncelerim vardır.												
9	Uzun süren baş ağrısı, göğsümde baskı, cildimin üzerinde küçük bir nokta gibi fiziksel bir belirti olduğunda “Doktora gitmek zorundayım” düşüncesi aklıma gelir.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
10	Tahlil sonuçlarımı beklerken ya da doktor herşeyin yolunda olduğunu söylediğinde, “Sonuçlarda mutlaka hata yaptılar” düşüncesi zihnimde belirir.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
11	Sağlık ile ilgili başka istem dışı düşüncelerim olur (var ise lütfen bunun ne olduğunu yazınız):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

Şimdi, lütfen yukarıdaki listede **GEÇTİĞİMİZ 3 AY İÇERİSİNDE SAHİP OLDUĞUNUZU BELİRTTİĞİNİZ** istem dışı düşüncelere odaklanınız.

**EN AZ BİR KERE** yaşadığınızı belirttiğiniz istem dışı düşüncelerden hangisinin sizin için **EN RAHATSIZ EDİCİ**, **EN AZ HOŞA GİDEN** ve **EN ÇOK SIKINTI VEREN** düşünce olduğuna karar veriniz.

Eğer son 3 ay içerisinde en az bir kere olacak şekilde istem dışı düşünceye sahip olmadığınızı belirttiyseniz anketi sonlandırınız.

**SON ÜÇ AY İÇERİSİNDE YAŞADIĞIMI BELİRTTİĞİM** istem dışı düşünceler arasında beni **EN ÇOK RAHATSIZ EDEN** düşünce yukarıda listede belirtilmiş olan ..... numaralı düşüncedir ve ..... yaşarım. (Aşağıdaki derecelendirme ölçeğini kullanınız).

0	1	2	3	4	5	6
<b>HİÇ:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi hiç yaşamadım ”	<b>NADİREN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi hayatımda bir ya da iki	<b>ARA</b> <b>SIRA:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi i yılda	<b>BAZEN:</b> “Bu istem- dışı düşünceyi i ayda birkaç	<b>SIK</b> <b>SIK:</b> “Bu istem - dışı düşünceyi i haftada	<b>ÇOĞU</b> <b>ZAMAN</b> : “Bu istem- dışı düşünceyi	<b>HER</b> <b>ZAMAN</b> : “Bu istem - dışı düşünceyi

	kere yaşadım”	birkaç kez yaşadım”	kez yaşadım”	birkaç kez yaşadım”	i her gün yaşadım”	i gün boyu pek çok kez yaşadım”
--	---------------	---------------------	--------------	---------------------	--------------------	---------------------------------

**SON ÜÇ AY İÇERİSİNDE YAŞADIĞIMI BELİRTTİĞİM** istem dışı düşünce düşünce beni ..... rahatsız eder. (Aşağıdaki derecelendirme ölçeğini kullanınız).

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Hiç rahatsız etmiyor	Biraz rahatsız ediyor	Rahatsız ediyor	Çok rahatsız ediyor	Son derece rahatsız ediyor

Yukarıda belirtmiş olduğunuz düşünceyi genellikle hangi form ya da formlarda yaşarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

Düşünce  İmge/görüntü  Dürtü  Fiziksel duyum/his  Şüphe

Yukarıdaki listeden seçmiş olduğunuz sizi en çok rahatsız eden istem dışı düşüncenizi kendi cümlelerinizle yazınız:

---



---



---



---



---

Bu düşünce en son ne zaman aklınıza geldi?:

3 ay önce	Geçen ay	7 gün önce	3 gün önce	Dün	Bugün
-----------	----------	------------	------------	-----	-------

İstem dışı düşünce aklınıza geldiğinde ne yapmakta olduğunuzu ya da öncesinde ne olduğunu hatırlıyor musunuz? Evet ise, lütfen yazınız:

---



---



---

Aşağıdaki sorular, size **EN ÇOK RAHATSIZ EDEN İSTEM DIŞI DÜŞÜNCENİZ** aklınıza geldiğinde, ne deneyimlediğiniz ya da ne yaptığınızla ilişkilidir..

Aşağıdaki ifadelere ne derece katıldığınızı ya da bu ifadelerin her birinin sizin için ne kadar geçerli olduğunu belirtmek için bu derecelendirme ölçeğini kullanınız.

0	1	2	3	4
Hiç	Ara sıra	Bazen	Sık sık	Her zaman

1. Beni korkutur; gerilirim.	0	1	2	3	4
2. Beni üzer.	0	1	2	3	4
3. Ne yapıyorsam onu böler; dikkatimi dağıtır.	0	1	2	3	4
4. Onu kabul edilemez bulurum; isteklerime ya da değer ve inançlarıma aykırıdır.	0	1	2	3	4
5. Bu düşünceye sahip olduğuma göre onun önemli olduğuna inanırım.	0	1	2	3	4
6. Bu düşünceyi kontrol etmenin ve üzerinde düşünmemenin önemli olduğuna inanırım.	0	1	2	3	4
7. Eğer bunu düşünürsem, bu düşüncenin gerçekleşmesi ya da doğru olması ihtimalinin arttığına inanırım	0	1	2	3	4
8. Hiçbir şey yapmam; sadece aklıma gelmesine izin veririm.	0	1	2	3	4
9. İstem dışı düşünce hakkında düşünmemeye çalışırım, bastırmayı denerim.	0	1	2	3	4
10. Bu istem dışı düşünce aklıma geldiği için kendime çok kızarım.	0	1	2	3	4
11. İstem dışı düşüncelerin sebep olduğu rahatsızlığa karşı koymak için bildiğim birşeyleri yaparım. Örneğin, düzenlemek, kontrol etmek, bir şeylere ya da kendime dokunmak, yıkamak, temizlemek, dua etmek, sayı saymak, bir hareketi tekrar etmek, belirli bir kelimeyi ya da cümleyi söylemek, duaları tekrar etmek, düşüncenin tam tersini düşünmek, vb.	0	1	2	3	4
12. Kendimi sakinleştirmek için, istem dışı düşüncenin önemli olmadığı ya da zihnime geldiği için kötü bir şey olmayacağından emin olmak için insanlara sorarım ya da istem dışı düşünce hakkında bilgi ararım.	0	1	2	3	4
13. Keyif veren ve rahatlatan bir şeyler yaparak dikkatimi başka yöne çekerim (örn: radyoyu, televizyonu açmak, bilgisayarla oynamak, kitap okumak, vb.)	0	1	2	3	4
14. İstem dışı düşünceyi tetikleyecek şeylerden kaçınmayı denerim.	0	1	2	3	4

**LÜTFEN SORULARIN HİÇBİRİNİ BOŞ BIRAKMADIĞINIZDAN EMİN OLUNUZ.**

**İŞBİRLİĞİNİZ İÇİN ÇOK TEŞEKKÜR EDERİZ.**

### EK 3 : OBSESİF-KOMPULSİF ENVANTERİ – REVİZE

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

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Aşırı Derece
1. Bir şekilde elime geçmiş olan birçok şeyi biriktiririm.	0	1	2	3	4
2. Bir şeyleri gereğinden fazla kontrol ederim	0	1	2	3	4
3. Nesnelere düzgün bir şekilde yerleştirilmemişse huzursuz olurum.	0	1	2	3	4
4. Bir şeyleri yaparken sayma zorunluluğu hissedirim	0	1	2	3	4
5. Yabancıların ya da belirli kişilerin dokunduğunu bildiğim nesnelere dokunmakta zorlanırım	0	1	2	3	4
6. Düşüncelerimi kontrol etmekte zorlanırım	0	1	2	3	4
7. İhtiyacım olmayan şeyleri biriktiririm.	0	1	2	3	4
8. Kapı, pencere, çekmece gibi şeyleri tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
9. Benim düzenlediğim şeylerin başkası tarafından değiştirilmesinden rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
10. Belirli numaraları tekrarlama zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
11. Bazen sadece kirli hissettiğim için kendimi temizlemek ya da yıkamak zorunda kalırım	0	1	2	3	4
12. İsteğim dışında zihnimde beliren olumsuz düşüncelerden huzursuz olurum.	0	1	2	3	4
13. Daha sonra ihtiyacım olabileceği korkusuyla bir şeyleri atmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4

14. Gazı, çeşmeleri ve ışıkları kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim	0	1	2	3	4
15. Bana göre bazı şeylerin belli bir sıraya göre düzenlenmiş olması gerekir	0	1	2	3	4
16. Bazı sayıların uğurlu bazı sayıların ise uğursuz olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
17. Ellerimi gereğinden daha sık ve uzun süre yıkarım.	0	1	2	3	4
18. Aklıma sıklıkla hoş olmayan düşünceler gelir ve onları zihnimden uzaklaştırmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4

#### EK 4: YEME TUTUM ENVANTERİ-40

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, “Hiçbir zaman” seçeneğine karşı gelen kutucuğu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “Daima” seçeneğine karşı gelen kutucuğu **X** ile işaretleyiniz.

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahlar erken uyanırım.						

21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder						
26. Yemeklerimi yemek başkalarından uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						



### **EK 5: SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ-KISA FORM**

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
  - (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
  - (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
  - (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
  - (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
  - (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
  - (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
  - (b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
  - (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
  - (d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
  - (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
  - (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.

- (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.  
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.  
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.  
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.  
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.  
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.  
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.  
(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.  
(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.  
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.  
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.  
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.  
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.  
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.

(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.

(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

### EK 6: BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Yapmanız gereken vücut özelliğiniz hakkındaki görüşünüzü uygun olan seçeneğe “X” işareti koyarak belirtmenizdir.

	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumun kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar/dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					

Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Hastalığa direncim					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					

Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					



## EK 7: POZİTİF VE NEGATİF DUYGU ÖLÇEĞİ

Bu ölçek farklı duyguları tanımlayan bir takım sözcükler içermektedir. Son iki hafta nasıl hissettiğinizi düşünüp her maddeyi okuyun. Uygun cevabı her maddenin yanında ayrılan yere (puanları daire içine alarak) işaretleyin. Cevaplarınızı verirken aşağıdaki puanları kullanın.

1. Çok az veya hiç fazla      2. Biraz      3. Ortalama      4. Oldukça      5. Çok fazla

1. İlgili \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

2. Sıkıntılı \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

3. Heyecanlı \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

4. Mutsuz \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

5. Güçlü \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

6. Suçlu \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

7. Ürkmüş \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

8. Düşmanca \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

9. Hevesli \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

10. Gururlu \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

11. Asabi \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

12. Uyanık \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

(dikkati açık)

13. Utanmış \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

14. İlhamlı \_\_\_\_\_ 1      2      3      4      5

(yaratıcı düşüncelerle dolu)

15. Sınırlı 1 2 3 4 5

16. Kararlı 1 2 3 4 5

17. Dikkatli 1 2 3 4 5

18. Tedirgin 1 2 3 4 5

19. Aktif 1 2 3 4 5

20. Korkmuş 1 2 3 4 5

## **EK 8: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

### **(Araştırmanın I. Basamağı: Ölçek Uygulaması)**

Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nde yürütülen bu araştırma, Doç. Dr. Müjgan İnözü danışmanlığında, Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Arş. Gör. Burçin Akın'ın doktora tez çalışmasının bir gereği olarak yapılmaktadır. Bu tez çalışmasının amacı obsesyonlar, yeme, hastalık ve beden ile ilişkili zihinde birden bire beliren, kişiyi rahatsız eden ve kontrol edilmesi güç istem dışı düşüncelerin tanılar üstü doğasını araştırmaktır.

Üç basamaklı olarak yürütülecek bu basamağında istem dışı düşüncelerin değerlendirmesine yönelik bir ölçüm aracının türk kültüründeki geçerliği değerlendirilecektir. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmanın herhangi bir evresinde, istediğiniz bir anda, herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz, bu size herhangi bir sorumluluk getirmeyecektir. Ancak araştırmaya devam etmeniz ve cevaplarınızda samimi ve dürüst davranmanız çalışmanın niteliği ve doğruluğunu belirleyecektir. Çalışmanın içeriğinde doğrudan rahatsızlık verebilecek sorular yer almasa da katılım esnasında herhangi bir rahatsızlık hissedildiğinde rahatsızlığın giderilmesi için gereken yardım sağlanacaktır. Araştırmanın sonuçları bireysel olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak istenildiği takdirde araştırma sonuçları vereceğiniz e-mail adresine yollanacaktır. Bu araştırma bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcı bilgilerinin gizliliği esastır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutularak bilimsel nitelikli çalışmalarda ve eğitim amaçlı olarak kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu bilgiler kullanılmayacak ve başkaları ile paylaşılmayacaktır.

Yapılan araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılmadan önceki sorularınız için ve çalışma tamamlandıktan sonra sonuçlar hakkında bilgi almak istemeniz durumunda, [burcinakin@hacettepe.edu.tr](mailto:burcinakin@hacettepe.edu.tr) adresinden Arş. Gör. Burçin Akın'a ulaşabilirsiniz.

**Yukarıdaki açıklamayı okudum. Arş. Gör. Burçin Akın ve Doç. Dr. Müjgan İnözü tarafından yürütülmekte olan bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum ve istediğim zaman çalışmadan ayrılabileceğimi biliyorum.**

*(Eğer bu bilgiler doğrultusunda araştırmaya katılmak istiyorsanız formun iki kopyasını da doldurup imzaladıktan sonra birini uygulayıcıya geri veriniz. Bir kopyasını da kendiniz için saklayınız).*

**Tarih:**

**Katılımcı:**

Adı, soyadı:

Rumuz:

e-mail:

Tel:

İmza:

**EK 9: YEME TUTUM TESTİ-26**

Bu ölçek, profesyonel dikkat gerektiren bir yeme bozukluğunuz olup olmadığını belirlemede size yardımcı olan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği yeme bozukluğu tanısı konulması veya profesyonel danışmanlığın yerini alması için geliştirilmemiştir. Aşağıda yer alan formu doğru, dürüstçe ve mümkün olduğunca eksiksiz doldurunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Tüm cevaplarınız gizli kalacaktır.

**A. Bölümü: Aşağıdaki soruları tamamlayınız.**

1) Doğum Tarihiniz	Ay:	Gün:	Yıl:
2) Cinsiyetiniz	Erkek	Kadın	
3) Boyunuz	Cm.		
4) Şuanki kilonuz:			
5) En Yüksek Kilonuz (Hamilelik Hariç):			
6) Yetişkinlikteki En Düşük Kilonuz:			
7) İdeal Kilonuz:			

**B. Bölümü: Aşağıda yer alan her bir ifade için size uygun gelen bir şıkkı işaretleyiniz.**

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
2. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
3. Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.						
4. Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.						
5. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.						
6. Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.						
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						

8. Başkaları, benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir.						
9. Yemek yedikten sonra kusarım.						
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
11. Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder.						
12. Egzersiz yaptığımda, harcadığım kalorileri düşünürüm.						
13. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
14. Vücutumda yağ birikeceği (şişmanlayacağım) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
15. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
18. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
19. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
20. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.						
21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.						
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız hissederim.						
23. Diyet yaparım.						
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						
26. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
<b>C. Bölümü: Davranışsal Sorular: Geçtiğimiz 6 ayda;</b>	Hiçbir zaman	Ayda bir ya da daha az	Ayda 2-3 kez	Haftada bir kez	Haftada 2-6 kez	Günde bir ya da daha çok kez
A Durduramayacağınızı hissettiğiniz tıknırcasına yeme ataklarınız oldu mu?*						

B	Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz mu?						
C	Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için laksatif (barsak söktürücü), diyet hapları veya idrar söktürücü kullandınız mı?						
D	Kilo vermek ya da kilonuzu kontrol etmek için bir günde 60 dakikadan fazla egzersiz yaptınız mı?						
E	Geçtiğimiz 6 ayda 9 kilodan fazla verdiniz mi?	Evet			Hayır		
*Tıkınırcasına yeme atakları: aynı şartlarda pek çok kişinin yiyebildiğinden çok daha fazla yemek ve yeme kontrolünü kaybettiğiniz hissi olarak tanımlanmaktadır.							

**EK 10: WHITELEY INDEKSİ**

Aşağıda sağlığınız ile ilgili sorular listelenmiştir. Her biri için sizin için uygun olan DOĞRU ya da YANLIŞ seçeneğini işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış
1. Sağlığınız hakkında sık endişelenir misiniz?		
2. Vücudunuzda yanlış giden bir şeyler olduğunu düşünüyor musunuz?		
3. Pek çok farklı ağrı ve sızıdan yakınır mısınız?		
4. Doktor size endişelenecek bir şey olmadığını söylediğinde ona inanmakta güçlük çeker misiniz?		
5. Ciddi bir hastalığınız olma ihtimali size sık sık kaygılandırır mı?		
6. Televizyon, gazete veya bir yakınınız tarafından bir hastalıktan söz edildiğinde siz de o hastalığa yakalanacağınız kaygısını duyar mısınız?		
7. Çok farklı hastalık belirtilerinin size rahatsız ettiğini düşünür müsünüz?		



### **EK 11: BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU SORU FORMU**

Bu ankette erişkin, adölesan ve çocuklarda görünüşle ilgili endişeler hakkında sorular sorulmaktadır. Bu anket gizli tutulacaktır. Bu soruları kişilerde olabilecek görünüşleriyle ilgili endişeleri daha iyi anlamak için sormaktayız. Bu anketi doldurmaya vakit ayırdığınız için teşekkür ederiz. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olanı işaretleyiniz.

1) Nasıl görüldüğünüz hakkında endişeli misiniz?

Evet Hayır

Eğer evet ise; Görünüştünüzle ilgili sorunlar hakkında düşünmemeyi veya daha az düşünmeyi mi dilerdiniz?

Evet Hayır

Eğer evet ise; Lütfen hoşlanmadığınız vücut bölümlerini yazınız. Beğenilmeyen vücut bölümleriyle ilgili örnekler: Cilt( akne, yaralar, kırışıklıklar,solukluk, kızarıklık), saç, burun, az, çene, dudak, karın, kalçanızın vb. şekli veya büyüklüğü, ellerinizin, genital organlarınızın, göğüsleriniz veya başka herhangi vücut bölümünüzün kusuru

Not: Eğer yukarıdaki sorulara hayır cevabı verdiyseniz anketi bitiriniz. Aksi takdirde devam ediniz.

2) Nasıl görüldüğünüzle ilgili esas endişeniz yeterince zayıf olmadığınız veya aşırı şişmanlayabileceğinizle mi ilgilidir?

Evet Hayır

3) Nasıl görüldüğünüzle ilgili problem hayatınızı nasıl etkiledi?

\*Sık sık sizi üzdü mü?

Evet Hayır

\*Sık sık arkadaşlarınızla bir şeyler yapmanıza veya flört etmenize engel oldu mu?

Evet Hayır

Eğer evet ise nasıl etkilediğini anlatınız

\*Okul veya işle ilgili sorunlara sebep oldu mu?

Evet Hayır

Eğer evet ise bunlar nelerdir?

4) Sıradan bir günde nasıl görüldüğünüz hakkında düşünmeye ne kadar zaman harcıyorsunuz? (bütün süreyi toplayın ve bir seçeneği işaretleyin)

a) günde 1 saatten az

b) günde 1-3 saat arası

c) günde 3 saatten fazla

## **EK 12: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

### **(Araştırmanın II. Basamağı: Tanılar Üstü Yapı Değerlendirmesi)**

Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nde yürütülen bu araştırma, Doç. Dr. Müjgan İnözü danışmanlığında, Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Arş. Gör. Burçin Akın'ın doktora tez çalışmasının bir gereği olarak yapılmaktadır. Bu tez çalışmasının amacı obsesyonlar, yeme, hastalık ve beden ile ilişkili zihinde birden bire beliren, kişiyi rahatsız eden ve kontrol edilmesi güç istem dışı düşüncelerin tanılar üstü doğasını araştırmaktır.

İki basamaklı olarak yürütülecek araştırmanın bu basamağında istem dışı düşüncelerin tanılar üstü doğası bir ölçek uygulaması aracılığıyla değerlendirilirken, ikinci aşamasında bir günlük çalışması yapılacaktır. Araştırmanın ikinci basamağının katılımcıları ilk basamaktaki ölçek uygulamasına katılan katılımcılardan belirlenecektir. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmanın herhangi bir evresinde, istediğiniz bir anda, herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz, bu size herhangi bir sorumluluk getirmeyecektir. Ancak araştırmaya devam etmeniz ve cevaplarınızda samimi ve dürüst davranmanız çalışmanın niteliği ve doğruluğunu belirleyecektir. Çalışmanın içeriğinde doğrudan rahatsızlık verebilecek sorular yer almasa da katılım esnasında herhangi bir rahatsızlık hissedildiğinde rahatsızlığın giderilmesi için gereken yardım sağlanacaktır. Araştırmanın sonuçları bireysel olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak istenildiği takdirde araştırma sonuçları vereceğiniz e-mail adresine yollanacaktır. Bu araştırma bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcı bilgilerinin gizliliği esastır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutularak bilimsel nitelikli çalışmalarda ve eğitim

amaçlı olarak kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu bilgiler kullanılmayacak ve başkaları ile paylaşılmayacaktır.

Yapılan araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılmadan önceki sorularınız için ve çalışma tamamlandıktan sonra sonuçlar hakkında bilgi almak istemeniz durumunda, [burcinakin@hacettepe.edu.tr](mailto:burcinakin@hacettepe.edu.tr) adresinden Arş. Gör. Burçin Akın'a ulaşabilirsiniz.

**Yukarıdaki açıklamayı okudum. Arş. Gör. Burçin Akın ve Doç. Dr. Müjgan İnözü tarafından yürütülmekte olan bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum ve istediğim zaman çalışmadan ayrılabilirim biliyorum.**

*(Eğer bu bilgiler doğrultusunda araştırmaya katılmak istiyorsanız formun iki kopyasını da doldurup imzaladıktan sonra birini uygulayıcıya geri veriniz. Bir kopyasını da kendiniz için saklayınız).*

**(Araştırmanın ikinci aşamasına davet edilmek üzere sizinle iletişime geçilmesini kabul ediyorsanız lütfen aşağıya e-mail ve tel numaranızı yazınız. )**

**Tarih:**

**Katılımcı:**

Adı, soyadı:

Rumuz:

e-mail:

Tel:

İmza:

**EK 13: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU****(Araştırmanın III. Basamağı: Çevrimiçi Günlük Çalışması)**

Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nde yürütülen bu araştırma, Doç. Dr. Müjgan İnözü danışmanlığında, Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Arş. Gör. Burçin Akın'ın doktora tez çalışmasının bir gereği olarak yapılmaktadır. Bu tez çalışmasının amacı obsesyonlar, yeme, hastalık ve beden ile ilişkili zihinde birden bire beliren, kişiyi rahatsız eden ve kontrol edilmesi güç istem dışı düşüncelerin tanılar üstü doğasını araştırmaktır.

Araştırmanın bu basamağında istem dışı düşüncelerin doğasına yönelik telefon temelli bir günlük çalışması yapılacaktır. Sizden 15 gün boyunca telefonunuza indireceğiniz bir uygulamadan gün içinde aklınıza gelen istem dışı düşüncelerle ilgili sorulara cevap vermeniz istenecektir. Uygulamanın süresinin 2-6 dk arasında sürmesi öngörülmektedir. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmanın herhangi bir evresinde, istediğiniz bir anda, herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz, bu size herhangi bir sorumluluk getirmeyecektir. Ancak araştırmaya devam etmeniz ve cevaplarınızda samimi ve dürüst davranmanız çalışmanın niteliği ve doğruluğunu belirleyecektir. Çalışmanın içeriğinde doğrudan rahatsızlık verebilecek sorular yer almasa da katılım esnasında herhangi bir rahatsızlık hissedildiğinde rahatsızlığın giderilmesi için gereken yardım sağlanacaktır. Araştırmanın sonuçları bireysel olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak istenildiği takdirde araştırma sonuçları vereceğiniz e-mail adresine yollanacaktır. Bu araştırma bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcı bilgilerinin gizliliği esastır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutularak bilimsel nitelikli

çalışmalarda ve eğitim amaçlı olarak kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu bilgiler kullanılmayacak ve başkaları ile paylaşılmayacaktır.

Yapılan araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılmadan önceki sorularınız için ve çalışma tamamlandıktan sonra sonuçlar hakkında bilgi almak istemeniz durumunda, [burcinakin@hacettepe.edu.tr](mailto:burcinakin@hacettepe.edu.tr) adresinden Arş. Gör. Burçin Akın'a ulaşabilirsiniz.

**Yukarıdaki açıklamayı okudum. Arş. Gör. Burçin Akın ve Doç. Dr. Müjgan İnözü tarafından yürütülmekte olan bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum ve istediğim zaman çalışmadan ayrılabilirim biliyorum.**

*(Eğer bu bilgiler doğrultusunda araştırmaya katılmak istiyorsanız formun iki kopyasını da doldurup imzaladıktan sonra birini uygulayıcıya geri veriniz. Bir kopyasını da kendiniz için saklayınız).*

**Tarih:**

**Katılımcı:**

Adı, soyadı:

Rumuz:

e-mail:

Tel:

İmza:

**EK 14: SABAH RAPORU**

- “Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”

Depresif (canı sıkın, üzüntülü)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Kaygılı

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Mutlu (keyifli, iyimser)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

- “Gün içinde bu tarz düşüncelere sahip olmayı bekliyor musunuz?”

Evet

Hayır

## EK 15: İSTEM DIŞI DÜŞÜNCELER RAPORU

### ➤ Gün içinde istem dışı düşünce aklına geldiğinde;

- “Bu düşüncenin içeriği ne ile ilgiliydi?”

- Obsesyonel içerikli
- Diyet ve fiziksel egzersiz ile ilgili
- Fiziksel Görünüş ile ilgili
- Sağlık ile ilgili

- “Bu düşünce hangi formdaydı?”

Düşünce	İmge (Görüntü)	Dürtü	His	Şüphe
---------	----------------	-------	-----	-------

- “Şu an neredesiniz?”

- Evde/Yurtta
- Derste
- Okulda
- İş yerinde
- Dışarıda
- Diğer



**EK 16: GÜN SONU RAPORU**

(Not: Aşağıdaki soruları gün içinde yaşadığınız düşünceler içinden sizi EN ÇOK

RAHATSIZ EDEN düşünceyi temel alarak cevaplandırınız.)

1) Bugün aklınıza herhangi bir istem dışı düşünce geldi mi?

Evet (Diğer sorular ile devam ediniz)

Hayır (Anketi sonlandırınız)

2) İstem dışı düşünceyi yaşadığınızda neredeydiniz?

- Evde/Yurtta

- Derste

- Okulda

- İş yerinde

- Dışarıda

- Diğer

3) Bu düşüncenin içeriği ne ile ilgiliydi?

- Obsesyonel içerikli

- Diyet ve fiziksel egzersiz ile ilgili

- Fiziksel Görünüş ile ilgili

- Sağlık ile ilgili

4) Bu düşünceyi zihnimden uzaklaştırmakta ..... zorlandım.



(1) Hiç

(2) Çok az

(3) Biraz

(4) Orta derecede

(5) Çok

(6) Tamamen

11) Bu düşünceler aklımdan geçtiği için ..... bir insan olduğumu düşünüyorum.

12)

1. Beni korkutur; gerilirim.	0	1	2	3	4
2. Beni üzer.	0	1	2	3	4
3. Ne yapıyorsam onu böler; dikkatimi dağıtır.	0	1	2	3	4
4. Onu kabul edilemez bulurum; isteklerime ya da değer ve inançlarıma aykırıdır.	0	1	2	3	4
5. Bu düşünceye sahip olduğuma göre onun önemli olduğuna inanırım.	0	1	2	3	4
6. Bu düşünceyi kontrol etmenin ve üzerinde düşünmemenin önemli olduğuna inanırım.	0	1	2	3	4
7. Eğer bunu düşünürsem, bu düşüncenin gerçekleşmesi ya da doğru olması ihtimalinin arttığına inanırım	0	1	2	3	4
8. Hiçbir şey yapmam; sadece aklıma gelmesine izin veririm.	0	1	2	3	4
9. İstem dışı düşünce hakkında düşünmemeye çalışırım, bastırmayı denerim.	0	1	2	3	4
10. Bu istem dışı düşünce aklıma geldiği için kendime çok kızarım.	0	1	2	3	4
11. İstem dışı düşüncelerin sebep olduğu rahatsızlığa karşı koymak için bildiğim birşeyleri yaparım. Örneğin, düzenlemek, kontrol etmek, bir şeylere ya da kendime dokunmak, yıkamak, temizlemek, dua etmek, sayı saymak, bir hareketi tekrar etmek, belirli bir kelimeyi ya da cümleyi söylemek, duaları tekrar etmek, düşüncenin tam tersini düşünmek, vb.	0	1	2	3	4
12. Kendimi sakinleştirmek için, istem dışı düşüncenin önemli olmadığı ya da zihnime geldiği için kötü bir şey olmayacağından emin olmak için insanlara sorarım ya da istem dışı düşünce hakkında bilgi ararım.	0	1	2	3	4

13. Keyif veren ve rahatlatan bir şeyler yaparak dikkatimi başka yöne çekerim (örn: radyoyu, televizyonu açmak, bilgisayarla oynamak, kitap okumak, vb.)	0	1	2	3	4
14. İstem dışı düşünceyi tetikleyecek şeylerden kaçınmayı denerim.	0	1	2	3	4