



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR VE YOUNG  
POZİTİF ŞEMA ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLEN ERKEN  
DÖNEM UYUMLU ŞEMALAR ÜZERİNDEN OBSESİF  
KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ VE MÜDAHALE**

Berge VELİBAŞOĞLU

Doktora Tezi

Ankara, 2021



ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR VE YOUNG POZİTİF ŞEMA  
ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLEN ERKEN DÖNEM UYUMLU ŞEMALAR  
ÜZERİNDEN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ VE  
MÜDAHALE

Berge VELİBAŞOĞLU

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2021

## KABUL VE ONAY

Berge VELİBAŞOĞLU tarafından hazırlanan “Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Young Pozitif Şema Ölçeği ile Değerlendirilen Erken Dönem Uyumlu Şemalar Üzerinden Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri ve Müdahale” başlıklı bu çalışma, 29.06.2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

---

Prof. Dr. Elif BARIŞKIN (Başkan)

---

Prof. Dr. Müjgan İNÖZÜ MERMERKAYA (Danışman)

---

Prof. Dr. Şennur TUTAREL KIŞLAK (Üye)

---

Doç. Dr. Ayşe Bikem HACİÖMEROĞLU (Üye)

---

Doç. Dr. Sait ULUÇ (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan *“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”* kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ..... ay ertelenmiştir.
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

29/06/2021

**Berge VELİBAŞOĞLU**

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanının **Prof. Dr. Müjgan İNÖZÜ MERMERKAYA** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

*Berge VELİBAŞOĞLU*

<sup>1</sup>"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.  
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

\* Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

## TEŞEKKÜR

Meslek hayatım ve eğitimimde olduğu kadar özel hayatımda da çok önemli bir yeri olan, her zaman yanımda olduğunu bildiğim ve bana yol gösteren Prof. Dr. Elif BARIŞKIN'a ne kadar teşekkür etsem azdır. Doktora eğitimim sürecinde bana yol gösteren, destek olan, akademik anlamda her zaman örnek almaya çalıştığım Prof. Dr. Müjgan İNÖZÜ MERMERKAYA'ya sabrı ve katkıları için teşekkür ederim. Lisans eğitimimden itibaren hep yanımda olduğunu hissettiren çok sevgili hocam Prof. Dr. Şennur TUTAREL KİŞLAK'a doktora tezime bulunduğu katkılarından dolayı teşekkür ederim. Doç. Dr. Sait ULUÇ'a lisansüstü eğitimim ve terapistleliğime bulunduğu katkıların yanı sıra doktora tezime yaptığı katkılardan dolayı teşekkür ederim. Ayrıca tez jüri üyelerimden Doç. Dr. Ayşe Bikem HACİÖMEROĞLU'na bu süreçte bulunduğu katkılardan dolayı teşekkür ederim. Lisansüstü eğitimde büyük katkıları olan Prof. Dr. İhsan DAĞ ve Prof. Dr. Ferhunde ÖKTEM'e teşekkür ederim. Hem yüksek lisans hem de doktora eğitimimde kendisinden ders alma şansını kıl payı kaçırmış olsam da Şema Terapi eğitimiyle birlikte hayatıma giren Prof. Dr. Gonca SOYGÜT PEKAK'a teşekkür ederim.

Hacettepe Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, çalışmaya başladığım andan itibaren hayatımda çok önemli bir yer edinmiştir. Her zaman desteklerini hissettiğim, bulunduğum konuma gelmemde büyük katkıları olan Prof. Dr. Berna Diçlenur ULUĞ, Prof. Dr. Kazım YAZICI, Prof. Dr. Cengiz KILIÇ, Prof. Dr. Başaran DEMİR, Prof. Dr. Ayşe Elif ANIL YAĞCIOĞLU, Prof. Dr. Aygün ERTUĞRUL, Prof. Dr. Suzan ÖZER, Doç. Dr. Özlem ERDEN AKI'ye teşekkür ederim. Beraber çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum Doç. Dr. Koray BAŞAR, Doç. Dr. Yavuz AYHAN, Doç. Dr. Sertaç Ak, Dr. Öğr. Üyesi Mevhibe İrem YILDIZ ve Doç. Dr. Şeref Can GÜREL'e her zaman yanımda oldukları, destekleri ve eğitimime olan katkıları için teşekkür ederim. Değerli meslektaşlarım, arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Talat DEMİRSÖZ ve Tuğba TAŞDEMİR'e ayrıca teşekkür etmek isterim. Her zaman yanımda oldular, iş ortamını keyifli hale getirdiler. Her zaman aileden olduğumu hissettiren sevgili çalışma arkadaşlarıma da ne kadar teşekkür etsem azdır. Ayrıca tez sürecimdeki yardımları nedeniyle asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim. Özellikle tez döneminde uzmanlığını alan Dr. Esen AĞAOĞLU'na çok teşekkür ederim. Arkamı toplayan, beni neşelendiren, her an yanımda

oldu, olmaya da devam ediyor. Son olarak hastaneyi sevmemi sağlayan, bana her an her koşulda destek olan, ikinci kız kardeşim, canım arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Elçin ÖZÇELİK EROĞLU'na her şey için teşekkür ederim. İyi ki hayatımda!

Doktora eğitimimin bana en güzel katkıları olan Sena CÜRE ACAR, Mübeccel YENİADA KIRSEVEN ve Özge YÜKSEL şENGÜN'e teşekkür ederim. Doktora yeterlik sınavına çalışma sürecinin tek güzel yanı Doç Dr. Zeynep TÜZÜN GÜN'e teşekkür ederim. Bu süreçte yaşadığım iniş çıkışlarda bana destek olan, benim sağlığıma benden daha çok önem veren sevgili spor hocam Özgür OKTAY'a teşekkür ederim. Geçirdiğim en zor zamanımda hayatıma giren, Dr. şaziye KAZEZOĞLU ÇEVİK'e teşekkür ederim. Ben ne kadar büyüdüğümü düşünsem de sağlıklı bir yetişkin olmamı sağladı... Lisansüstü eğitime başlamamla birlikte hayatıma giren önemli kişileri de unutmamam gerekir. Arkadaş olarak başladığımız ilişkimizde çalışma arkadaşlığının da eklendiği sevgili Psk. Dr. Ece ATAMAN TEMİZEL'e tüm destekleri için teşekkür ederim. Sevgili arkadaşım Psk. Dr. Volkan GÜLÜM'e özellikle tez sürecindeki sabrı ve yardımları için teşekkür ederim. En büyük teşekkürü ise Psk. Dr. Özge YILMAZ'a etmeliyim. Hayatımda iyi ki var dediğim, üçüncü kız kardeşim, lisansüstü eğitimimin en değerli kazancı... Ne kadar teşekkür etsem az.

Aileme de ne kadar teşekkür etsem yeterli olmayacaktır. İkinci ailem olan Gülseren VELİBAşOĞLU ve Hürrem VELİBAşOĞLU'na destekleri ve bana olan inançları için teşekkür ederim. Vazgeçeceğimi düşündüğüm anlarda yanımda olan ve ilerlememe yardımcı olan Tuğçe YARGICI ve Fuat YARGICI'ya da çok teşekkür ederim. Bugünlere gelmemi sağlayan, bana destek olan, her türlü yardımı yapan sevgili ebeveynlerim Nezahat ENGÜR ve Bumin ENGÜR'e çok teşekkür ederim. Her ne kadar fiziksel olarak uzakta olsa da her zaman varlığını hissettiğim kız kardeşim Merve ENGÜR'e teşekkür ederim. Son olarak sevgisi, sabrı ve desteği için sevgili eşim Tuna VELİBAşOĞLU'na teşekkür ederim. O olmasaydı bu tezi bitiremezdim...

Bu tezi kaybettiğim sevgili eniştem Ahmet Nasuh KARABİNAOĞLU ve sevgili arkadaşım Güliz SAYAT GÜREL'e ithaf ediyorum.



## ÖZET

VELİBAŞOĞLU, Berge. *Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Young Pozitif Şema Ölçeği ile Değerlendirilen Erken Dönem Uyumlu Şemalar Üzerinden Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri ve Müdahale*. Doktora Tezi, Ankara, 2021.

Bu tez çalışmasında Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı almış kişilerde, Şema Terapi kuramının öne sürdüğü işlevsel olmayan ebeveyn modlarının içeriklerindeki benzerlikler ve farklılıkların incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda yürütülen ilk çalışmada, erken dönem uyumlu şemaların değerlendirildiği Young Pozitif Şema Ölçeğinin (YPSÖ) Türkçe örnekleminde psikometrik özellikleri incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini herhangi bir psikiyatrik tanı almayan 332 kişi ve Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne başvuran 33 psikiyatrik tanı almış kişi oluşturmaktadır. Elde edilen bulgular YPSÖ'nün Türkiye'de kullanılabilirlik geçerlik ve güvenilirlik değerlerine sahip olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik tanı alan ve almayan iki grup karşılaştırıldığında ise ilk grubun erken dönem uyum bozucu şemalardan daha yüksek, erken dönem uyumlu şemalardan ise daha düşük puanlar aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca bu psikiyatrik tanı alan grubun gerçekçi beklentiler, sağlıklı öz-ilgi, temel sağlık ve güvenlik ile sağlıklı özgüven şemalarından daha düşük puanlar aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak pozitif şemalardan sağlıklı öz-ilgi şemasının psikiyatrik belirtileri negatif yönde yordadığı; erken dönem uyum bozucu şemalardan ise sosyal izolasyon, onay arayıcılık ve karamsarlık şemalarının pozitif yönde yordadığı belirlenmiştir.

Bu tez kapsamında yürütülen ikinci çalışmada ise OKB tanısı almış beş kadın hastayla, işlevsel olmayan ebeveyn modlarına ilişkin sandalye uygulaması yürütülmüştür. Uygulama sonrasında hastaların deneyimleri “uygulama hakkındaki düşünceleri/duyguları”, “nasıl bir deneyim olduğu”, “uygulamanın iyi ve kötü gelen yanları” ve “uygulamanın belirtilerini anlamlandırılmaları konusunda bir farklılık yaratıp yaratmadığına” ilişkin sorularla değerlendirilmeye çalışılmıştır. Hem sandalye uygulamasından hem de değerlendirme görüşmesinden elde edilen bulgular sonucunda 7 üst tema belirlenmiştir. Bu temalar; “Benim Doğrum’u Yapmalısın, Yoksa...”, “Farklı Yerden Bakmak”, “Takıntılar Üzerine”, “Bilmediğim Yerden Geldi”, “Karşıma Gelince Üstesinden Geldim!”, “Sonradan Gelen Rahatlama” ve “İyi Geldi, İyi Gelecek”tir. İki çalışmadan elde edilen bulgular, ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

### Anahtar Sözcükler

Obsesif Kompulsif Bozukluk, Şema Terapi, Şema Mod Modeli, erken dönem uyum bozucu şemalar, erken dönem uyumlu şemalar

## ABSTRACT

VELİBAŞOĞLU, Berge. *Intervention and the Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder Through Early Maladaptive Schemas and Early Adaptive Schemas Assessed by the Young Positive Schema Questionnaire*, PhD Dissertation, Ankara, 2021.

In this thesis, it is aimed to examine the similarities and differences in the content of dysfunctional parental modes suggested by Schema Therapy in people diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD). In the first study, the psychometric properties of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ), in which early adaptive schemas were evaluated, were examined in the Turkish sample. The sample of the study consists of 332 participants who did not have any psychiatric diagnosis and 33 participants who applied to Hacettepe University Psychiatry Department with a psychiatric diagnosis. The findings show that psychometric properties of the YPSQ meet the criteria of being valid and reliable. When the two groups were compared, it was determined that the psychiatric group got higher scores from early maladaptive schemas and lower scores from early adaptive schemas. In addition, it was concluded that the group with psychiatric diagnosis had lower scores on realistic expectations, healthy self-interest, basic health and safety, and healthy self-reliance schemas. Finally, among the positive schemas, healthy self-interest schema predicted psychiatric symptoms negatively; among the early maladaptive schemas social isolation, approval seeking and pessimism schemas were found to predict positively.

In the second study, chair work regarding dysfunctional parental modes was carried out with five female patients diagnosed with OCD. After chair work, the experiences of the patients were tried to be evaluated. As a result of the findings from both the chair work and the evaluation interview, 7 top themes were determined. These themes are; “You Must Do ‘My Right’ or ...”, “Looking from a Different View”, “Upon Obsessions”, “It Came from an Unknown Place”, “I Overcome It When Sit Across Me”, “Relief that Came After”, and “Feels Good, It will be Good”. The findings obtained from the two studies were discussed in the line with the relevant literature.

### **Keywords**

Obsessive Compulsive Disorder, Schema Therapy, Schema Mode Model, early maladaptive schemas, early adaptive schemas

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	i
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI</b> .....	ii
<b>ETİK BEYAN</b> .....	iii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iv
<b>ÖZET</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	viii
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	xii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	xiv
<b>GİRİŞ</b> .....	1
<b>1. BÖLÜM: LİTERATÜR TARAMASI</b> .....	3
<b>1.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK</b> .....	3
<b>1.1.1. Yaygınlığı ve Seyri</b> .....	4
<b>1.1.2. Demografik Özellikler</b> .....	5
<b>1.1.3. Alt Tipleri</b> .....	7
<b>1.1.3.1. Bulaşma/Temizlik Obsesyon-Kompulsiyonları</b> .....	9
<b>1.1.4. Eştanı</b> .....	12
<b>1.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Açıklayan Bilişsel Kuramlar</b> .....	13
<b>1.2. ŞEMA TERAPİ</b> .....	17
<b>1.2.1. Temel Duygusal İhtiyaçlar</b> .....	17
<b>1.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar</b> .....	21
<b>1.2.3. Pozitif Şemalar</b> .....	24
<b>1.2.4. Şema Terapi</b> .....	28
<b>1.2.5. Şema Mod Modeli</b> .....	30

<b>1.3.OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN ŞEMA MOD MODELİ</b>	35
<b>1.3.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Erken Dönem Uyum</b>	38
<b>Bozucu Şemalar .....</b>	
<b>1.3.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Şema Mod Modeli .....</b>	42
<b>1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI .....</b>	44
<b>2. BÖLÜM: BİRİNCİ ÇALIŞMA: ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI</b>	47
<b>2.1. YÖNTEM .....</b>	47
<b>2.1.1. Katılımcılar .....</b>	47
<b>2.1.2. Veri Toplama Araçları .....</b>	50
2.1.2.1. Demografik Bilgi Formu .....	50
2.1.2.2. Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ-KF) .....	50
2.1.2.3. Young Pozitif Şema Ölçeği (YPSÖ) .....	51
2.1.2.4. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) .....	52
2.1.2.5. Obsesif İnanışlar Ölçeği-20 (OIÖ) .....	53
2.1.2.6. Minnettarlık Ölçeği (MÖ) .....	54
<b>2.1.3. İşlem .....</b>	54
<b>2.1.4. Verilerin Analizi .....</b>	55
<b>2.2. BULGULAR .....</b>	56
<b>2.2.1. Geçerlik Analizleri.....</b>	56
2.2.1.1. Yapı Geçerliği .....	56
2.2.1.2. Birleşen ve Ayırt Edici Geçerlik .....	60
<b>2.2.2. Güvenirlik Analizleri .....</b>	66
<b>2.2.3. Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Grupların</b>	67
<b>Karşılaştırılması .....</b>	
<b>2.3. TARTIŞMA .....</b>	74
<b>2.3.1. YPSÖ'nün Psikometrik Özellikleri .....</b>	75

<b>2.3.2. Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Grupların Karşılaştırılması .....</b>	81
<b>3. BÖLÜM: OKB'DE İŞLEVSEL OLMAYAN EBEVEYN MODLARININ İNCELENMESİ .....</b>	84
<b>3.1. YÖNTEM .....</b>	84
<b>3.1.1. Katılımcılar .....</b>	84
<b>3.1.2. Veri Toplama Araçları .....</b>	105
3.1.2.1. Kısa Süreli Bilişsel Terapiye Uygunluk Ölçeği (BİLTER-U)...	105
3.1.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) .....	106
3.1.2.3. Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri (VOKE) .....	107
<b>3.1.3. İşlem .....</b>	108
3.1.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Protokolü .....	108
3.1.3.2. Sandalye Çalışması .....	122
<b>3.1.4. Analiz .....</b>	124
<b>3.1.5. Güvenirlik .....</b>	125
<b>3.2. BULGULAR .....</b>	127
<b>3.2.1. Katılımcıların Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular .....</b>	127
<b>3.2.2. Tematik Analize İlişkin Bulgular .....</b>	132
3.2.2.1. “Benim Doğrum”u Yapacaksın, Yoksa... .....	132
3.2.2.2. Farklı Yerden Bakmak .....	136
3.2.2.3. Takıntılar Üzerine .....	143
3.2.2.4. Bilmediğim Yerden Geldi .....	145
3.2.2.5. Karşıma Oturunca Üstesinden Geldim! .....	147
3.2.2.6. Sonradan Gelen Rahatlama .....	150
3.2.2.7. İyi Geldi, İyi Gelecek... .....	152
<b>3.3. TARTIŞMA .....</b>	154

3.3.1. Uygulamada Ortaya Çıkan Sesler .....	155
3.3.2. Hastalık Belirtilerine İlişkin Değerlendirmeler .....	157
3.3.3. Uygulamanın Zor Yanları .....	160
3.3.4. Uygulamanın Olumlu İşlevleri .....	161
<b>4. BÖLÜM: GENEL DEĞERLENDİRME .....</b>	<b>162</b>
4.1. GENEL DEĞERLENDİRME .....	162
4.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	164
4.3. ARAŞTIRMANIN KLİNİK DOĞURGULARI .....	166
4.4. GELECEK ARAŞTIRMALAR İÇİN ÖNERİLER .....	167
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>169</b>
<b>EK 1 DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU .....</b>	<b>207</b>
<b>EK 2 YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ-KISA FORMU (YŞÖ-KF) .....</b>	<b>209</b>
<b>EK 3 YOUNG POZİTİF ŞEMA ÖLÇEĞİ (YPSÖ) .....</b>	<b>215</b>
<b>EK 4 BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R) .....</b>	<b>219</b>
<b>EK 5 OBSESYONEL İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ-20 (OİÖ) .....</b>	<b>222</b>
<b>EK 6 MİNNETTARLIK ÖLÇEĞİ (MÖ) .....</b>	<b>224</b>
<b>EK 7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU .....</b>	<b>225</b>
<b>EK 8 KISA SÜRELİ BİLİŞSEL TERAPİYE UYGUNLUK ÖLÇEĞİ (BİLTER-U) .....</b>	<b>227</b>
<b>EK 9 YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y- BOKÖ) .....</b>	<b>228</b>
<b>EK 10 VANCOUVER OBSESİF-KOMPULSİF ENVANTERİ (VOKE) ..</b>	<b>229</b>
<b>EK 11 GÖNÜLLÜ OLUR FORMU .....</b>	<b>233</b>
<b>EK 12 ETİK KURUL ONAYI .....</b>	<b>237</b>
<b>EK 13 ORJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>239</b>

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Şema Alanları .....	23
<b>Tablo 2.</b> Temel Duygusal İhtiyaçlar ve Erken Dönem Uyumlu Şemalar .....	27
<b>Tablo 3.</b> Psikiyatrik Tanı Almamış Olan Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Değerler .....	48
<b>Tablo 4.</b> Psikiyatrik Tanı Almış Olan Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Değerler .....	49
<b>Tablo 5.</b> YPŞÖ Maddelerine İlişkin Faktör Yükleri .....	58
<b>Tablo 6.</b> YPŞÖ ile YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ, MÖ Toplam Puanları Arasındaki Spearman Sıra Korelasyon Katsayıları .....	61
<b>Tablo 7.</b> YPŞÖ Alt Ölçek Puanları ile YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ-20 ve MÖ Puanları Arasındaki Spearman Sıra Korelasyon Katsayıları .....	62
<b>Tablo 8.</b> YPŞÖ Alt Ölçekleri ve YŞÖ-KF Alt Ölçekleri Arasındaki Spearman Sıra Korelasyon Katsayıları .....	65
<b>Tablo 9.</b> YPŞÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları için İç Tutarlılık Katsayıları ve Test Tekrar-Test Güvenirlik Değerleri .....	67
<b>Tablo 10.</b> Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Katılımcıların YPŞÖ, YŞÖ-KF, OİÖ-20, MÖ Toplam Puanları ve SCL-90-R Ortalama Puanları ve Standart Sapma Değerleri .....	68
<b>Tablo 11.</b> Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Grupların YPŞÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Ortalama Puanlar ve Standart Sapma Değerleri.....	69
<b>Tablo 12.</b> SCL-90-R Ortalama Puanı ve YPŞÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları .....	71
<b>Tablo 13.</b> SCL-90-R Ortalama Puanı ve YPŞÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları .....	73

<b>Tablo 14.</b> Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi Bulguları .....	74
<b>Tablo 15.</b> Değerlendirme Görüşmesi Kapsamında Sorulan Sorular .....	124
<b>Tablo 16.</b> Katılımcıların YPŞÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	127
<b>Tablo 17.</b> Katılımcıların YŞÖ-KF Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	128
<b>Tablo 18.</b> Analiz Sonucunda Elde Edilen Temalar .....	132



## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> I. Hastanın Y-BOKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	129
<b>Şekil 2.</b> II. Hastanın Y-BOKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	129
<b>Şekil 3.</b> III. Hastanın Y-BOKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	129
<b>Şekil 4.</b> IV. Hastanın Y-BOKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	129
<b>Şekil 5.</b> V. Hastanın Y-BOKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	130
<b>Şekil 6.</b> I. Hastanın VOKE Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	130
<b>Şekil 7.</b> II. Hastanın VOKE Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	130
<b>Şekil 8.</b> III. Hastanın VOKE Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	131
<b>Şekil 9.</b> IV. Hastanın VOKE Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	131
<b>Şekil 10.</b> V. Hastanın VOKE Toplam ve Alt Ölçek Puanları .....	131

## GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) kişinin işlevselliğinde ciddi bozulmaya neden olan psikiyatrik hastalıklardan bir tanesidir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) Kaygı Bozuklukları altında yer alan OKB tanısı, DSM-5 ile birlikte Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde sınıflandırılmaktadır (APA, 2013). Literatürde hastalığı açıklayan bilişsel kuramlar öne çıkmaktadır. Hastalığın tedavisinde de en etkili yöntemlerin Bilişsel Davranışçı Terapiler, özellikle maruz bırakma ve tepki önleme yöntemleri olduğu belirtilmektedir (Foa, 2010; Olatunji ve ark., 2013). Ancak buna rağmen hastaların bir kısmının belirtilerinin tedaviye dirençli olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Ost ve ark., 2015). Buradan yola çıkarak farklı terapi kuramları hastalığı açıklamaya ve farklı terapi yöntemlerinin tedavilere entegre edilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu kuramlardan bir tanesi de Şema Terapidir.

Şema Terapiye göre evrensel olduğu düşünülen temel duygusal ihtiyaçların karşılanmadığı durumlarda erken dönem uyum bozucu şemalar (Young ve ark., 2003); karşılandığı durumlarda ise erken dönem uyumlu şemalar oluşmaktadır (Lockwood & Perris, 2012). Bu şemaların gelişimiyle birlikte işlevsel olan ve olmayan davranış örüntüleri ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Şema Terapinin önemli kavramlarından biri de modlardır. Modlar, şemaların tetiklenmesiyle ortaya çıkan duygusal durumlardır. Son yıllarda özellikle modların tedavide ele alınmasının daha etkili olacağı görüşüyle birlikte Şema Mod modeli geliştirilmiştir (Arntz & Jacob, 2013). OKB'nin Şema Mod modeline göre ise işlevsel olmayan ebeveyn modlarının hem belirtilerin şiddetinde hem de tedavide önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle tedavideki temel amacın işlevsel olmayan modların ortadan kaldırılıp, sağlıklı yetişkin modunun kuvvetlendirilmesi olduğu öne sürülmektedir. Sağlıklı yetişkin modunun geliştirilmesinde ise kişinin kuvvetli yanlarının ele alınması oldukça önemlidir (Gross ve ark., 2012). Bu noktada, temel duygusal ihtiyaçların karşılanması sonucu oluştuğu varsayılan pozitif şemalara odaklanılmasının gerektiği düşünülmektedir.

Aktarılan bilgiler doğrultusunda, bu bölümde öncelikle OKB tanısına ilişkin bilgiler ve OKB'yi açıklayan kuramlara yer verilmiştir. Ardından çalışmanın temelini oluşturan Şema Terapiyle ilgili bilgiler aktarılmıştır. Şemaların gelişiminde önemli rol oynadığı öne sürülen temel duygusal ihtiyaçlar, erken dönem uyum bozucu ve erken dönem uyumlu şemaların ardından Şema Mod modeli anlatılmıştır. OKB'nin erken dönem uyum bozucu şemalarla ilişkisi ve Şema Mod modeline yer verilmiştir. Son olarak ise araştırmanın önemi, amacı ve soruları aktarılmıştır.

# 1. LİTERATÜR TARAMASI

## 1.1 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), belirgin sıkıntıya yol açan tekrarlayan obsesyon ve kompulsyonlarla tanımlanmaktadır. DSM-5'e göre obsesyonlar, kişinin istemsizce zihnine gelen girici düşünce, dürtü ya da imgelerden oluşmakta ve uygunsuz içerikleri nedeniyle yoğun sıkıntıya neden olmaktadır (APA, 2013). Bu sıkıntı, oluşabilecek olumsuz durumların ihtimali ve belirsizliğinden kaynaklanan korku, kaygı ya da şüphe duygularını içerir. Obsesyonların içerikleri yaşamla ilgili endişeleri içermez. Genellikle kişinin değerleri, önem verdiği konular, belirsizliklerle ilgili içeriklere sahiptirler. Kaygıyı önlemek veya yatıştırmak amacıyla ortaya çıkan tekrarlı davranışlar ya da zihinsel faaliyetlere ise kompulsyon adı verilmektedir. Kompulsyonlar ya kaçınılan durumla ilişkisizdir ya da aşırıdır, ancak genellikle amaca yöneliktir. Kompulsyonların yanı sıra obsesyonların neden olduğu duyguları yatıştırmak amacıyla nötrleme davranışları da görülmektedir. Farklı olarak nötrleme davranışlarının çok fazla tekrarlanması gerekmez ve bir kurala bağlı değildir. Bunların yanı sıra obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkarttığı olumsuz duyguyu azaltmak için kaçınma davranışları ortaya çıkabilmektedir (Abramowitz & Jacoby, 2015).

Hastalık tanısı konulabilmesi için kişinin yaşadığı bu belirtilerin büyük bir zaman alması ve işlevsellikte ciddi bir bozulmaya neden olması gerekmektedir. Ayrıca bu belirtilerin farklı bir psikiyatrik ya da fiziksel hastalık veya herhangi bir maddenin etkisi nedeniyle ortaya çıkmaması gerekmektedir. Ayrıca DSM-5'te kişinin içgörüsüne yönelik bir tanımlama da bulunmaktadır. Buna göre kişinin OKB belirtilerine ilişkin inançlarıyla ilgili içgörüsü iyi ya da kayda değer olan, az olan ve hiç olmayan şekilde ayrılmaktadır (APA, 2013). İçgörü kişinin obsesyonlarının içeriğine ve zamana göre farklılık gösterebilmektedir (Abramowitz & Jacoby, 2015). Obsesyon ve kompulsyonlar büyük çoğunlukla beraber görülmektedir ancak bir grup hastada sadece obsesyonların görüldüğünü öne süren araştırmacılar da mevcuttur (Clark & Hilchey, 2017; Williams ve ark., 2011). OKB'nin etiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarına göre spesifik

genler belirlenememekle birlikte, gen ve çevre etkileşiminin önemli bir rol oynadığı görülmektedir (Taylor, 2011b).

### 1.1.1 Yaygınlığı ve Seyri

Obsesif Kompulsif Bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %1-3 arasında değişmektedir (Ruscio ve ark., 2010; Torres & Lima, 2005). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında ise görülme sıklığının İran'da %1.8 (Mohammadi ve ark., 2004), Hollanda'da %0.14 (Veldhuis ve ark., 2012), Hindistan'da %3 (Jaisooriya ve ark., 2017), Almanya'da %0.7 (Adam ve ark., 2012) olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada yapılan psikiyatrik görüşmeler sonucunda OKB'nin görülme sıklığının %4.2 olduğu görülmüştür (Yoldascan ve ark., 2009). Benzer şekilde Konya ilinde üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışmanın sonucunda ise hastalığın bir yıllık görülme sıklığının %3 olduğu sonucuna varılmıştır (Cilli ve ark., 2004). Son yıllarda yapılan bir meta analiz sonucuna göre ise OKB'nin kesitsel görülme sıklığı %1.1, periyodik görülme sıklığı %0.8 ve yaşam boyu görülme sıklığı %1.3'tür (Fawcett ve ark., 2020). Hastalığın ilk belirtileri genellikle 8-11 yaş civarında ortaya çıkmakta ancak ergenlik ve genç yetişkinlikte tanı alma sözü konusudur (Guzick ve ark., 2017).

Hastalığın seyri ile ilgili yapılan en önemli çalışmalardan bir tanesi 40 yıl süren bir boylamsal çalışmadır. Bu çalışmada, şiddetli obsesif kompulsif belirtileri olan 144 kişinin, tedaviden yaklaşık 5 yıl ve 40 yıl sonra belirti şiddetleri değerlendirilmiştir. İlk ölçümlerin sonucuna göre hastaların %30'unun iyileştiği belirlenirken, ikinci ölçümlerin sonucunda yaklaşık %80'inin tam iyileştiği ya da eşik altı belirtilerin devam ettiği görülmüştür. Bununla birlikte hastaların yarısı son 10 yıl içerisinde daha iyi olduğunu belirtmiştir (Skoog & Skoog, 1999). Genel olarak yapılan çalışmaların sonuçlardan yola çıkarak OKB'nin kronik bir hastalık olduğu söylenebilir (Catapano ve ark., 2006; Marcks ve ark., 2011; Skoog & Skoog, 1999).

### 1.1.2. Demografik Özellikler

Literatüre bakıldığında, OKB’de cinsiyetle ilgili, kültürel ve etnik farklılıklar incelenmiştir. Cinsiyet farklılıkları açısından bakıldığında, erkeklerde hastalığın çocuklukta görülme sıklığının daha yüksek olduğu ve daha erken yaşta başladığı belirtilmektedir (Benatti ve ark., 2020; Hunt, 2020; Karadag ve ark., 2006; Mathis ve ark., 2011; Torresan ve ark., 2013; Tukul ve ark., 2004). Yetişkinlikte ise görülme sıklığı açısından cinsiyet farklılığı görülmemektedir (Benatti ve ark., 2020; Hunt, 2020).

Belirtilerin cinsiyet açısından farklılıklarına bakıldığında, erkeklerde cinsel ve saldırganlık obsesyonları daha sık görülürken, kadınlarda bulaşma obsesyonlarının daha sık görüldüğüne ilişkin bulgular mevcuttur (Benatti ve ark., 2020; Hunt, 2020; Karadag ve ark., 2006; Mathis ve ark., 2011; Torresan ve ark., 2013; Tukul ve ark., 2004). Ülkemizde OKB’de cinsiyetle ilişkili farklılıkları inceleyen bir çalışmada da literatürle benzer şekilde belirli obsesyonların görülme sıklığının farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Ancak kompulsyonların görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında fark olmadığı görülmüştür (Tukul ve ark., 2004). Cinsiyet farklılığı olmaksızın bakıldığında ise OKB tanısı almış kişilerde en sık görülen obsesyonların bulaşma ve saldırganlık olduğu; en sık görülen kompulsyonların ise kontrol etme, yıkama ve tekrarlama olduğu belirlenmiştir (Hunt, 2020).

Etnik köken ve OKB belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok çalışma vardır. Afrika kökenli Amerikalı ve Avrupa kökenli Amerikalıların karşılaştırıldığı çalışmalarda Afrika kökenli OKB tanısı almış kişilerin belirtilerinin şiddetinin ve bulaşma ile ilgili belirtilerin daha fazla olduğu görülmektedir (Nota ve ark., 2014; M. T. Williams ve ark., 2012; Wilson & Thayer, 2020; Wu & Wyman, 2016). Yapılan bir çalışmada Asya kökenli Amerikalı OKB tanısı almış kişilerle beyaz Amerikalılar etnik kimliklerine bağlılık ve OKB belirtileri açısından karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Asya kökenli Amerikalıların etnik kimlikleri daha kuvvetlidir. Etnik kimlik ise bulaşma obsesyonu ve yıkama kompulsyonu, kontrol etme, zarar ile ilişkili girici düşünceler, nötrleme ve simetri belirtilerinin şiddetini yordamaktadır (Ching & Williams, 2019).

Bilişsel inançlar ve etnik köken farklılıklarını inceleyen bir çalışmaya göre Asya ve Afrika kökenli Amerikalı OKB tanısı almış kişilerde bulaşma belirtilerinin daha fazla olmasına rağmen Latin ve Avrupa kökenli Amerikalı OKB tanısı almış kişilerde fark olmadığı görülmüştür. Bilişsel inançlar açısından farklılıklara bakıldığında ise Asya kökenli Amerikalı OKB tanısı almış kişilerin mükemmeliyetçilik, artmış sorumluluk ve düşüncelerin kontrolüne ilişkin inançlarının diğer gruplara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Latin kökenli Amerikalı grupta ise düşüncelerin önemi ve kontrol edilmesinin önemine olan inanç yüksektir. Afrika ve Avrupa kökenli Amerikalı gruplar arasında ise bilişsel inançlar açısından farklılık elde edilmemiştir (Wheaton ve ark., 2013).

Etnik kökenin yanı sıra dini inançların da OKB ile ilişkili olduğu görülmektedir. Farklı dinler ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti incelendiğinde dini inancın artmasıyla birlikte belirti şiddetinin de arttığı görülmektedir (Abramowitz ve ark., 2004; Gonsalvez ve ark., 2010; Inozu ve ark., 2012; Ok & Gören, 2018; Yorulmaz ve ark., 2009). Müslüman bir toplumda yürütülen bir çalışmanın sonucunda, obsesif kompulsif belirtilerle dini inanç ve özgüven olumsuz ilişkili bulunmuştur. Belirtilerin, kişinin dini ritüellere yönelimini azalttığı ve özgüvenini düşürdüğü öne sürülmektedir (Ghafoor ve ark., 2018). Yapılan bir diğer çalışmada Müslüman ve Hristiyan örneklemelerde dindarlık, obsesif kompulsif belirtiler ve bilişlerin ilişkisi incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre dinden bağımsız olarak, dindarlığın artmasıyla birlikte obsesif düşünceler ve kontrol davranışları daha fazla görülmektedir. Ayrıca düşüncelerin önemi ve kontrolü inancının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yorulmaz ve ark., 2009). Genel olarak literatüre bakıldığında ise dindar olan insanların daha fazla OKB tanısı aldığını gösteren çalışma mevcut değildir. Elde edilen bulgular, dindar olan kişilerin obsesyonlarının daha çok dini içerikte olduğu yönündedir (Siev ve ark., 2017).

Hastalığın başlangıç yaşına bakıldığında ise yapılan farklı çalışmalar mevcuttur. Literatürde yer alan bazı çalışmalara göre OKB'nin erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı olmak üzere alt türlere ayrılacağı öne sürülürken (Anholt ve ark., 2014; Narayanaswamy ve ark., 2012; Rosario-Campos ve ark., 2001; Taylor, 2011a), iki grup arasında belirtilerin görünümünde anlamlı bir fark olmadığını gösteren bir çalışma da

mevcuttur (Grover ve ark., 2018). Bir gözden geçirme çalışmasının sonuçlarına göre erken başlangıçlı OKB’de belirtilerin daha şiddetli olduğu, Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozuklukların daha sık görüldüğü, eştanıların daha yoğun olduğu, tedavi oranının düşük olduğu, erkeklerde daha sık görüldüğü ve birinci derece akrabalarda daha sık OKB tanısı olduğu görülmüştür (Taylor, 2011a). Geç başlangıçlı OKB’de ise nöropsikolojik bozulmaların erken başlangıca göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Hwang ve ark., 2007; Taylor, 2011a).

### 1.1.3. Alt Tipler

Literatürde OKB’nin alt tipleri genel olarak kategorik ve boyutsal olarak iki farklı görüşe göre tanımlanmaktadır. Bu iki görüşle ilgili yapılan çalışmalar çoğaldıkça belirtilerin aslında boyutsal olduğu görüşü ağır basmıştır (Foa ve ark., 2002; Leckman ve ark., 1997; Mataix-Cols ve ark., 2005; McKay ve ark., 2004). Alt tipleri belirlemek amacıyla pek çok faktör analizi çalışması sürdürülmüştür (Abramowitz ve ark., 2010; Leckman ve ark., 2009; Leckman ve ark., 1997; Mataix-Cols ve ark., 2005; McKay ve ark., 2004; Olatunji, Ebesutani, & Abramowitz, 2017). Bu çalışmalarda farklı ölçüm araçları kullanılmıştır. Ölçüm araçlarının farklı belirti kümelerine odaklanması ya da belirtilerin bir bütün olarak ele alınmaması yapılan çalışmalarda ve uygulanan tedavilerde zorluk ortaya çıkartabilmektedir (Wu, 2017).

Alt tipleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda ortak olarak ortaya çıkan dört faktör bulunmaktadır: Bulaşma/temizleme, kontrol etme, açık kompulsif ritüeller olmadan obsesyonlar ve biriktirme (Abramowitz ve ark., 2003). Ancak daha sonra yapılan çalışmalarda biriktirmenin OKB’den farklı olduğu, bir alt tip olamayacağı öne sürülmüştür (Abramovitch ve ark., 2021; Abramowitz ve ark., 2008; Bloch ve ark., 2008; Pertusa ve ark., 2008). DSM-5 ile birlikte de Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar altında Biriktiricilik Bozukluğu ayrı bir tanı olarak kabul edilmiştir (APA, 2013). Bu faktörlerin yanı sıra literatürde en sık tekrarlanan obsesif kompulsif belirti boyutları ise bulaşma obsesyonları ve yıkama/temizleme kompulsiyonları, zarar verme ya da hata yapma sorumluluğu ile ilgili obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları; düzen ve simetri obsesyonları ve düzenleme/dizme kompulsiyonları; uygunsuz obsesyonel



düşünceler (cinsellik, şiddet içeren ya da dini) ve zihinsel kompulsif ritüeller ve örtük nötrleme stratejileridir (Mataix-Cols ve ark., 2005). Genel olarak literatüre bakıldığında ise alt tiplere yönelik yapılan çalışmaların etiyoloji ve tedavi sonucuna göre yol alması gerektiği görüşü ağır basmaktadır (McKay ve ark., 2008).

Alt tiplerin belirlenmesinde boyutsal yaklaşımın yanı sıra belirtilerin görünümüne yönelik de sınıflama yapılmaktadır. Bu görüşe göre sadece obsesyonların veya obsesyon ve kompulsiyonların birlikte görüldüğü alt tipler vardır (Clark & Hilchey, 2017; Williams ve ark., 2011). Sadece obsesyonların görüldüğü tipte görülen belirtiler; diğerlerine karşı kontrol edilemez saldırganlık ya da zarar verme, dini ya da ahlaki gereklilikleri ihlal etme ve yasak, tiksindirici cinsel düşünceleri içermektedir (Clark & Guyitt, 2008). Obsesyon ve kompulsiyonların tek başına görüldüğünü öne sürenlerin aksine Leonard ve Riemann (2012) yaptıkları retrospektif bir çalışmada büyük bir örnekleme, neredeyse tüm hastaların hem obsesyon hem de kompulsiyon belirtilerinin olduğunu göstermişlerdir. Küçük bir grup hastada ise sadece obsesyon veya kompulsiyon görülmesinin, hastanın belirtilerine yönelik içgörüsünün düşük olmasına bağlı olabileceğini öne sürmüşlerdir (Leonard & Riemann, 2012). Ayrıca obsesyon ve kompulsiyonlar arasında işlevsel bir ilişki bulunduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Abramowitz ve ark., 2010; Foa ve ark., 1995; McKay ve ark., 2004).

Literatürde OKB'nin alt tiplerinin farklılıkları pek çok alanda incelenmiştir. Buna göre, alt tiplere göre farklı beyin bölgeleri aktive olmakta (Mataix-Cols ve ark., 2003; Ravindran ve ark., 2020), farklı bilişsel inançlar rol oynamakta (Julien ve ark., 2006; Smith ve ark., 2012; Taylor ve ark., 2010), farklı yaşam alanlarında işlev bozukluğu görülmek (Schwartzman ve ark., 2017; Vorstenbosch ve ark., 2012) ve tedaviye yanıtlar alt tiplere göre değişmektedir (Sookman ve ark., 2005; Starcevic & Brakoulias, 2008; Williams ve ark., 2013). Obsesif ve kompulsif belirtilerin obsesif inançlar açısından farklılık gösterip göstermediğini inceleyen çalışmalarda, bulaşma ve zarar verme boyutlarının sorumluluk/tehditlerin aşırı değerlendirilmesi, simetri boyutunun mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük ve istenmeyen düşünceler boyutunun ise düşüncelerin önemi/kontrolü bilişsel inancı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Smith ve ark., 2012; Taylor ve ark., 2010). Elde edilen bu bulguların aksine yapılan bir çalışmada

sonucunda obsesif inançlar ile sadece istenmeyen düşünceler alt boyutu düşüncelerin önemi/kontrolü ile ilişkiliyken diğer alt tipler bilişsel inançlarla ilişkili bulunmamıştır (Julien ve ark., 2006). Boylamsal bir çalışmada ise hamile kadınlardan doğum öncesi, doğumdan 3-4 hafta ve 12-16 hafta sonra olmak üzere üç farklı ölçüm alınmıştır. Elde edilen bulgulara göre obsesyonel inançlar doğum sonrası obsesif kompulsif belirtileri yordamaktadır (Abramowitz ve ark., 2007).

Yaşam kalitesi ile OKB belirti tipleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmanın sonucuna göre biriktirmeyle ilgili belirtiler evle ilgili yaşam kalitesiyle, simetri belirtileri sosyal ilişkilerle ve zarar vermeyele ilgili, aşırı sorumluluk ise sağlıkla ilgili yaşam kalitesiyle ilişkilidir. Bunun yanı sıra bulaşma belirtileri sosyal ilişkiler, sağlık ve boş zaman aktivitelerinden keyif almayla ilişkili yaşam kalitesini düşürmektedir (Schwartzman ve ark., 2017). Bir diğer çalışmada yaşam tarzı, faaliyetlerle meşgul olma ve ilişkilerdeki işlevsellik değerlendirilmiştir. Yıkama ve düzen kompulsiyonları ile işlevsellik arasında ilişki bulunmazken, istenmeyen düşünceler, kontrol ve biriktirme kompulsiyonlarının genel işlevsellikle ilişkili olduğu görülmüştür (Vorstenbosch ve ark., 2012).

Obsesif Kompulsif Bozukluğun farklı kriterlere göre tanımlanmış pek çok alt tipi bulunmaktadır. Yapılan araştırma kapsamında yürütülen ikinci çalışmanın örneklemini bulaşma/temizlik obsesyon ve kompulsiyonları olan OKB tanısı almış kişilerden oluşmaktadır. Bu nedenle bu alt tipe daha detaylı yer verilmesi planlanmıştır.

#### 1.1.3.1. Bulaşma/Temizlik Obsesyon-Kompulsiyonları

Obsesif Kompulsif Bozukluğun en sık görülen alt türlerinden bir tanesi bulaşma obsesyonlarıdır. Toplumda simetri alt türü ile birlikte bulaşma daha çok OKB olarak adlandırılmaktadır (McCarty ve ark., 2017). Bu alt türde kişi, herhangi bir şekilde kirleneceği ya da etrafını kirleteceğine ilişkin yoğun bir korku duymaktadır. Bulaşması söz konusu olan şeyin içeriği bazı durumlarda oldukça nettir (Tolin & Meunier, 2007). Bu durumlar; hastalık, kirlilik/pislik, zihinsel kirlenme ve zarar verici nesnelere olarak dört kategoriye ayrılmıştır (Rachman, 2004). Bazı durumlarda ise bu netlik azalmaktadır.

Kişi, sadece kirlenmekten korkmaktadır. Bu korkunun dayandığı iki farklı mantık dışı inanç bulunmaktadır. Bunlardan ilkinde göre dokunulan her eşyanın aynı derecede kirlendiği inancıdır. Benzerlik olan ikinci inançta ise kirli olduğu düşünülen objeye benzediği düşünülen diğer objelerin de aynı derecede kirli olduğu düşünülmektedir. Obsesyonlar sonucunda oluşan bu kirlilik hissini ortaya çıkarttığı duyguların hiçbir zaman geçmeyeceği ve sonsuza kadar devam edeceği inancı mevcuttur. Bu yoğun duyguları gidermek için de yıkama ve temizleme ritüelleri ortaya çıkmaktadır (Tolin &Meunier, 2007).

Literatürde üç farklı bulaşma türü tanımlanmaktadır. Bunlardan ikisi yukarıda da bahsedildiği gibi mikrop, kir gibi maddelerin bulaşmasından korkma ile kaçınma ve kirlenme hissini oluşmasıdır. Bu türlerde, vücut sıvıları, mikrop, pislik, kimyasallar gibi belirli bir madde ya da durum tanımlanmaktadır. Birinci türde bulaşan maddeleri yaymak, hasta olmak ya da ölmekle ilgili yoğun bir korku mevcuttur. Bu nedenle bulaşan maddeleri ve onların bıraktıkları izleri temizleme girişimleri ortaya çıkar ancak bu girişimler yeniden bulaşmayla ilgili korkuları ortadan kaldırmaz. İkinci türde ise bulaştırma korkusu yerine tikslenme duygusu ortaya çıkmaktadır (Sookman, 2016). Üçüncü tür ise herhangi bir fiziksel temas olmadan kirlenme hissini oluştuğu zihinsel kirlenmedir (mental contamination) (Rachman, 1994).

Bulaşma alt tipi, OKB, Sosyal Fobi, Panik Bozukluğu ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, gruplar arasında hijyen davranışları açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre OKB alt tiplerinin hijyenik davranışlar açısından farklılık göstermediği ancak diğer gruplara göre bu davranışların daha çok olduğu belirlenmiştir (Vickers ve ark., 2017). Benzer şekilde OKB tanısı almış, farklı belirtileri olan kişilerin stres altındayken beyin fonksiyonları incelenmiştir. Çalışmanın sonucuna göre OKB'nin tüm alt tiplerinde duygu düzenleme, itici içsel durumların işlenmesi ve dikkatle ilgili olan beyin bölgeleri aktive olmaktadır. Bunun yanı sıra bulaşma alt tipinde stres tepkisinin tikslenme duyarlığı ile ilişkili olduğu görülmüştür (Rickelt ve ark., 2019).

Bulaşma ve temizleme belirtilerinde farklı duygular önemli olmakla birlikte son yıllarda özellikle tikslenme duygusuna odaklanılmaktadır. Tikslenme duygusunun iki faktörü vardır: tikslenme duyarlılığı (disgust sensitivity) ve tikslenme eğilimi (disgust propensity). Tikslenme duyarlılığı, kişinin tikslenme duygusuyla ilgili endişesini yansıtırken, tikslenme eğilimi kişinin ne kadar kolay tikslenme duygusunu yaşayabildiğini göstermektedir (van Overveld ve ark., 2006). Literatürde yapılan çalışmalar bu iki alt faktörden birine odaklanmıştır. İlk yapılan çalışmalar tikslenme duyarlılığına odaklanmış ve OKB ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Hacıömeroğlu ve ark., 2018; Moretz & McKay, 2008; Tolin ve ark., 2006). Daha sonra yapılan çalışmalar ise tikslenme eğilimine odaklanmış ve özellikle bulaşma alt tipiyle ilişkili olduğu sonucunu ortaya koymuştur (Brady ve ark., 2010; Cisler ve ark., 2011; Melli ve ark., 2017; Olatunji ve ark., 2011; Olatunji, Ebesutani, Kim, ve ark., 2017). Ayrıca davranışsal kaçınma ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi tikslenme eğilimi yordamaktadır. Bu ilişkinin belirtilerin sürdürülmesinde rol oynuyor olabileceği öne sürülmektedir (Deacon & Olatunji, 2007; Olatunji ve ark., 2007).

Tikslenme duygusunun bulaşma/temizleme alt tipinde önemli bir rol oynadığının belirlenmesiyle birlikte, tedavide nasıl ele alınması gerektiğine ilişkin çalışmalar yapılmıştır. OKB tedavisinde en etkili yöntem olan maruz bırakma ve tepki önleme tekniklerinin uygulandığı çalışmalarda tikslenme duygusunun oldukça yavaş azaldığı görülmektedir (Adams ve ark., 2011; Ludvik ve ark., 2015; Mason & Richardson, 2012; McKay, 2006; Olatunji ve ark., 2009). Literatürde, tikslenme duygusunu tedavide farklı şekilde ele alan çalışmalar mevcuttur. Klinik olmayan bir grupta yapılan bir çalışmada tikslenmenin yeniden değerlendirilmesinin tikslenme duygusu üzerindeki etkisi incelenmiştir. Kişinin baş etme becerilerine yönelik yeniden değerlendirmenin tikslenme duygusunu azalttığı görülmüştür (Wong ve ark., 2021). Yapılan bir diğer çalışmada ise imgeleme yoluyla yeniden senaryolaştırma ve bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerinin tikslenme duygusu üzerindeki etkisi incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre bu iki yöntemin de OKB tanısı almış kişilerde tikslenme duygusunu azalttığı görülmüştür (Fink ve ark., 2018).

Obsesif Kompulsif Bozuklukla ve özellikle bulaşma/temizleme alt tipiyle ilişkili literatürde yer alan bir diğer kavram da “Aile Uyumu”dur (family accomodation). Aile uyumu, hastaların kompulsif ritüellerine yakınlarının da dahil olması olarak tanımlanmaktadır. Aile ve yakınların rutini kompulsiyonlara göre planlanmaktadır. Hastanın davranışlarını izleme, teyit etme, karar vermesine yardım etme veya benzer ritüelleri yerine getirmeyi kabul etme örnek olarak verilebilir (Calvocoressi ve ark., 1995). Ancak bu uyumla birlikte hastaların belirtilerinin artabileceği ve tedavilerin başarısız sonuçlanabileceği belirtilmektedir (Ferrao ve ark., 2006; Storch ve ark., 2010) Yapılan çalışmalarda, aile uyumunun yüksek olması ile OKB belirtilerinin şiddetinin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak bu ilişkinin nedenselliğini araştıran çalışma mevcut değildir. Aynı zamanda aile uyumunun en sık bulaşma/temizlik alt tipinde görüldüğü belirlenmiştir (Albert ve ark., 2017; Albert ve ark., 2010; Stewart ve ark., 2008; Wu ve ark., 2016).

#### **1.1.4. Eştanı**

Pek çok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi OKB’de de eştanı sıklıkla görülmektedir (de Mathis ve ark., 2013; Torres ve ark., 2006). Literatüre bakıldığında yapılan çalışmaların sonuçlarına göre en sık görülen eştanı Depresyon ve Kaygı Bozukluklarıdır (Angst ve ark., 2004; Ruscio ve ark., 2010; Torres ve ark., 2016). Bunun yanı sıra Bipolar Afektif Bozukluk (Angst ve ark., 2004; Koyuncu ve ark., 2010; Magalhaes ve ark., 2010), Dürtü Kontrol Bozukluğu ve Madde Kullanım Bozukluğu (Ruscio ve ark., 2010) ile Yeme Bozuklukları (Angst ve ark., 2004; Hasler ve ark., 2005) da eştanı olarak görülmektedir. Ayrıca yapılan bir çalışmada OKB tanısı almış kadınlarda eştanı görülme sıklığının erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Benatti ve ark., 2020). Obsesif kompulsif belirti tiplerine göre görülen eştanıların farklılaşp farklılaşmadığını araştıran bir çalışmanın sonucuna göre Kaygı Bozuklukları ve Depresyon sıklıkla sayma, simetri ve düzen obsesif kompulsif belirtileriyle birlikte görülmektedir. Panik Bozukluk ve Bipolar Afektif Bozukluk, tabu ve somatik obsesyonlarla birlikte daha sık ortaya çıkmaktadır. Son olarak ise Yeme Bozukluklarının, bulaşma/temizlik obsesif kompulsif belirtileriyle birlikte görülebileceğine dair bulgular elde edilmiştir (Hasler ve ark., 2005).

Eştanının OKB belirtilerini nasıl etkilediği konusunda ise farklı veriler mevcuttur. Bazı çalışmalar eştanın, belirti şiddetini artırdığı sonucuna ulaşırken (Brakoulias ve ark., 2017; de Mathis ve ark., 2013; Tükel ve ark., 2006) bazı çalışmalar bir etkisinin olmadığını öne sürmektedir (Denys ve ark., 2004). Özellikle Majör Depresif Bozukluğun yaşam kalitesini düşürdüğü ve tedavi sonuçlarını da olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Abramowitz & Foa, 2000).

### **1.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Açıklayan Bilişsel Kuramlar**

Obsesif Kompulsif Bozukluğu açıklayan pek çok kuram vardır. Ancak bu çalışma kapsamında, literatürde en sık kullanılan ve araştırılan Bilişsel ve Davranışçı kuramlar ele alınacaktır. Hastalığın gelişimi ve sürdürülmesiyle ilgili Davranışçı kuramlar Mowrer'in (1939) iki aşamalı kuramına dayanmaktadır. Kurama göre ilk aşamada klasik koşullanma ortaya çıkmaktadır. Nötr bir uyaran olan düşünce, dürtü ya da imgeler kaygı oluşturan bir uyaranla eşleşmektedir. İkinci aşamada ise ortaya çıkan kaygıyı yatıştırmak için gerçekleştirilen davranışlar olumsuz pekiştirici görevi görerek davranışların tekrar ortaya çıkma olasılığını sürdürmektedir (Mowrer, 1939). Bu kuramı OKB'ye uyarlayan ise Dollard ve Miller'dır (1950). Obsesyonlardan ve tetikleyen durumlardan kaçınmak mümkün olmadığı için ritüeller ve kaçınma davranışları ortaya çıkmaktadır. Bu davranışlar, geçici olarak kaygıyı ortadan kaldırdığı için de sürmektedir. Ancak bu davranışçı açıklamalar obsesyonların etiyolojisini açıklamakta yetersiz kaldığı için bilişsel kuramlar önem kazanmaya başlamıştır (Franklin & Foa, 2008).

Bilişsel açıklamaların ilkinde göre, OKB'de obsesyonlarla ilişkili olumsuz sonuçların ortaya çıkma olasılığı aşırı olarak değerlendirilmektedir. Herkesin sahip olabileceği endişelerin abartılmasıyla birlikte obsesyonların oluştuğu öne sürülmektedir (Carr, 1974). Ancak bu görüş, fobilere ilişkin düşünceler ile obsesyonlar arasındaki ayrıma yer vermediği için obsesyonların etiyolojisini açıklamak için yetersiz kalmaktadır (Franklin & Foa, 2008). Literatürde en çok kabul gören bilişsel kuramlardan biri Salkovskis'in artmış sorumluluk modelidir. Modele göre girici düşünceler, herkes tarafından deneyimlenmektedir. Duygusal olarak nötr olan girici düşüncelere, kişisel sorumluluk ve önem atfedildiği takdirde, bu düşünceler obsesyona dönüşmektedir. Artmış sorumluluk

hissiyle birlikte girici düşünceler kişide sıkıntıya yol açtığı için bastırılmaya çalışılmaktadır. Salkovskis'e göre obsesyonları gidermek ve olası olumsuz sonuçları engellemek için nötrleme ve kompulsif davranışlar ortaya çıkarmaktadır. Bu davranışlar, sorumluluğu ve sıkıntıyı ortadan kaldırdığı için daha sık ortaya çıkmakta ve kişinin atfettiği sorumluluğun gerçekçi olup olmadığını görmesini engellemektedir. Böylece girici düşünceler de giderek artmakta ve obsesyonlara dönüşmektedir (Salkovskis, 1985, 1989, 1999).

Artmış sorumlulukla ilgili modeli genişleten Rachman (1997), girici düşüncelerle ilgili yanlış değerlendirmelerin sadece sorumlulukla ilişkili olmadığını belirtmiştir. Kişi girici düşünceleri, kişisel olarak önemi ve tehdit ediciliğine göre değerlendirmektedir. Bu süreçte yapılan bazı yanlış değerlendirmelerden bahsedilmektedir. Buna göre girici düşüncelerin her ne kadar kendisine uymasa da kişinin karakterini yansıttığına, olası ciddi sonuçlarının olacağına inanılmaktadır. Yapılan değerlendirmelerde, genellikle öğrenilmiş inançlar ile içsel ve dışsal bazı uyaranlar etkilidir (Rachman, 1998). Obsesyonlar, özel bir anlam atfedildiğinde önem kazanmakta ve yoğun sıkıntıya neden olmaktadır. Çünkü girici düşünceler önem kazandıkça kişinin artmış sorumluluk hissiyle birleşmekte ve düşüncelerden ve olası sonuçlarından sorumlu olduğuna ilişkin düşünce eylem kaynaşması ortaya çıkmaktadır. Girici düşünceler nedeniyle yoğun suçluluk hissi ortaya çıkmakta ve kişilikle ilgili olumsuz inançlara neden olabilmektedir (Rachman, 1993, 1997).

Rachman (1998), modelinde önemli olan bazı bilişsel süreçlerden bahsetmektedir. Bunlardan birine göre, girici düşüncelerin önemli olarak değerlendirilmesi sonucunda kişi bu düşüncelerin gerçekleşme olasılığının arttığına ve bu düşüncelerin aklına gelmesi ile davranışa dökülmesi arasında ahlaki bir fark olmadığına inanmaktadır. Bu inanca düşünce eylem kaynaşması (DEK) adı verilmektedir. Düşünce eylem kaynaşmasının iki alt türü mevcuttur. Bunlardan ilki DEK-Olasılık'tır. Kişi, aklına bir düşünce geldiği zaman bu düşüncenin gerçekleşme olasılığının arttığına inanmaktadır. Olasılığın da düşüncenin kişinin kendisine ilişkin olduğu ve başkalarına ilişkin olduğu iki ögesi bulunmaktadır. İkinci tür ise DEK-Ahlak'tır. Buna göre kişi, obsesif düşünceler ile yasak eylemleri ahlaki açıdan eşit olarak değerlendirmektedir. Düşünce eylem kaynaşması

sonucunda sorumluluk hissi giderek artmakta ve tehdidi ortadan kaldırmak için zihinsel ya da fiziksel ritüeller ortaya çıkmaktadır (Shafran ve ark., 1996).

Obsesyonların açıklanmasında önemli olan bir diğer kuram da Clark'ın (2004) bilişsel kontrol modelidir. Salkovskis ve Rachman'ın kuramlarından yola çıkarak, Purdon ve Clark (1999) obsesyonları açıklarken düşüncelerin ego-distonik özellikleri ve kontrol edilme çabasının daha merkezi bir rol oynaması gerektiğini öne sürmüştür. Yazarlara göre girici düşüncelerin obsesyona dönüşmesinde düşüncelerin ego-distonik olması rol oynamaktadır. Girici düşünceler kişinin karakterine uymadığı ve aklına gelebileceğini düşünmediği zaman dikkat bu düşüncelere odaklanmaktadır. Bunun sonucunda da düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiğine ilişkin üstbilişsel inançlar ortaya çıkmaktadır. Ancak doğası gereği düşünceler kontrol edilemeyeceği için başarısız olan kontrol girişimleri yoğun sıkıntıya neden olmaktadır (Purdon & Clark, 1999). Buradan yola çıkarak Clark (2004) bilişsel kontrol modelini ortaya koymuştur. Modelin temelini işlevsel olmayan zihinsel kontrol süreçleri oluşturmaktadır. Obsesyonları sürdüren faktörün hem obsesyonların yanlış yorumlanması hem de kontrol çabalarının hatalı değerlendirilmesi olduğunu öne sürmüştür. Ayrıca OKB tanısı almış kişilerin aslında obsesyonları kontrol edemeyeceklerinin farkında olduğu, ancak aksi durumda tamamen kontrolü kaybedip obsesyonların yoğunluğu ve sıklığının artacağına ilişkin inançları olduğu belirtilmektedir (Clark, 2004).

Bilişsel kontrol modelinin üç kavramsal seviyesi bulunmaktadır. Bunlardan ilki hassaslık (vulnerability) seviyesidir. Bu seviyede, bilgi işleme sürecinde kullanılan kalıcı bilişsel yapılar ya da şemalar olduğu öne sürülmektedir. Bir durum karşısında tetiklenene kadar gizli kalan bu şemalar kişide obsesyonlara karşı yatkınlık oluşturmaktadır. Bu yatkınlıklar, yüksek olumsuz duygulanım, kendini değerlendirmede ikilem ve işlevsel olmayan üstbilişsel inançlardır. Modelin ikinci seviyesi girici düşüncelerin birincil değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmeler, düşüncenin önemi, düşünceyle ilgili artmış sorumluluk ve sonuçlarla ilgili tehdidi içermektedir. Bu seviyede girici düşünce ego-distonik olarak değerlendirilmekte ve bilişsel farkındalıktan silinmeye çalışılmaktadır. Ancak düşünceler kontrol edilemediği için bu kontrol çabası başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Bu süreci, son seviye olan kontrolün ikincil değerlendirmesi



izlemektedir. Düşüncenin kontrol edilememesiyle ilgili işlevsel olmayan değerlendirmeler sonucunda daha çok kontrol etme çabası ortaya çıkmaktadır. Bunun sonucunda da girici düşüncelerin belirginliği, sıklığı ve ortaya çıkarttığı sıkıntı artmaktadır. Clark'a (2004) göre bu girici düşünceler ego-distonik olarak değerlendirildiği ya da kontrol çabasıyla ilgili işlevsel değerlendirmeler yapıldığında bu düşünceler obsesyona dönüşmemektedir (Clark, 2004).

Obsesyonlarla ilgili önemli olan bir diğer açıklama da obsesyonların gelişiminde rol oynadığı düşünülen bilişsel alanlardır. Bu doğrultuda, OKB ile ilişkili olan bilişsel yapıları belirlemek amacıyla farklı ülkelerden bir araya gelen Obsesif-Kompulsif Bilişsel Çalışma Grubu (OKBÇG), yaptıkları çalışmalar sonucunda işlevsel olmayan OKB'de önemli olan bilişsel alanlar tanımlanmıştır. Yapılan ilk çalışmalarda altı alan öne çıkmaktadır. Bu alanlar; artmış sorumluluk, düşüncelerin aşırı önemi, tehdidin abartılması, düşüncelerin kontrolünün önemi, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçiliktir (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Ancak daha sonra yürütülen çalışmalarda bu bilişsel alanların ayrımının yapılmasının güçlüğü nedeniyle bu alanlar üçe indirilmiştir. Çalışma grubunun tanımladığı son alanlar, sorumluluk ve tehdidin abartılması, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile düşüncelerin önemi ve kontrolüdür (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005).

Literatürde OKB'nin tedavisinde en etkili terapinin Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Foa, 2010; Olatunji ve ark., 2013; Rosa-Alcazar ve ark., 2008). Ancak tedaviye başvuran hastaların %30-38'inin tedaviye yanıt vermediği (Ost ve ark., 2015; Ost ve ark., 2016), tedaviyi güçlendirebilecek yöntemlerin de sürece dahil edilmesi gerektiği görüşü kuvvetlenmektedir (Guzick ve ark., 2018). Buradan yola çıkarak farklı terapi kuramları OKB ve tedavisi ile ilgili açıklamalarda bulunmuştur. Ancak yapılan araştırmada Şema Terapi kapsamında sandalye yönteminin uygulanması nedeniyle öncelikle Şema Terapiye, daha sonra ise Şema Terapinin OKB modeline yer verilecektir.

## 1.2. ŞEMA TERAPİ

Bilimin pek çok alanında kullanılan şema kavramı, klinik psikoloji alanında ise ilk defa 1970'lerde tanımlanmıştır. Şema Terapinin temelini oluşturan Bilişsel kurama göre duygu ve davranışlar, kişinin tutumları ya da varsayımlarına dayanmaktadır. Bilişsel Terapinin kurucusu Beck, bu varsayımları şema olarak tanımlamıştır. Temel inançları da içeren şemalar, bellekte depolanan bilgilerin temsilleridir. Psikopatolojinin nedeni olarak, bilişlerin altında yatan işlevsel olmayan şemalar ve çarpıtılmış kavramsallaştırmalar gösterilmektedir (Beck ve ark., 1979). Şema Terapide ise Bilişsel Terapide tanımlanan şema kavramı genişletilmiştir. Erken dönem uyum bozucu şema olarak tanımlanan bu şemaların kişilik bozukluklarının temelinde yer alabileceği öne sürülmektedir (Young ve ark., 2003).

Young'a (1999) göre şemalar, duygular, bilişler, bedensel duyumlar ve anılardan oluşan kapsamlı kalıplardır. Şemalar bir süre sonra işlevselliklerini yitirmektedir. Bunun sonucunda bu şemalara tepki olarak psikopatolojiler ortaya çıkmaktadır. Şemaların şiddeti arttıkça, ortaya çıkarttıkları olumsuz duygular da giderek artmaktadır. Şemaların temelinde; mizaç, erken dönem yaşantılar ve temel duygusal ihtiyaçlar yer almaktadır (Young ve ark., 2003). Genel olarak olumlu ve olumsuz şemaların gelişimi, temel duygusal ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığına bağlı olduğu için bu ihtiyaçlardan detaylı olarak bahsedilecektir.

### 1.2.3. Temel Duygusal İhtiyaçlar

Psikolojide ihtiyaçlardan ilk bahseden kuramcı Abraham Maslow'dur. İlk yayınlarında, ihtiyaçlardan motivasyon olarak bahsetmektedir. Fizyolojik ihtiyaçların altlarda olduğu, üstlerde ise psikolojik ihtiyaçların yer aldığı bir piramit oluşturmuş. Buna göre, birden çok ve birbiriyle bağımsız olan motivasyonel sistemler bulunmaktadır. Bu sistemler, birbirlerinden bağımsız oldukları için içerdikleri dürtülerin öncelikleri de farklı olmaktadır. Piramit, fizyolojik ihtiyaçlar ve güvenlik ihtiyacıyla başlamaktadır. Daha sonra ise psikolojik ihtiyaçlar olan ait olma, saygı ve kendini gerçekleştirme yer almaktadır. Maslow'a göre ihtiyaçların gelişimsel ve bilişsel öncelikleri bulunmaktadır. Bilişsel öncelikte, kişinin ihtiyacına yönelik düşünceler, ihtiyaç ortadan kalkana kadar

zihnini meşgul etmektedir. Gelişimsel öncelikte ise kişi büyüdükçe ve olgunlaştıkça piramidin üstlerine doğru çıkmaktadır. Bütün ihtiyaçlar karşılandıktan sonra ise kendini gerçekleştirme motivasyonu devreye girmektedir. Kendini gerçekleştirme ihtiyacı her insanda farklı olmakla birlikte, Maslow bu ihtiyacı daha çok yaratma süreci olarak tanımlamıştır (Maslow, 1943). Ancak klinik deneyimlerden yola çıkarak oluşturulan bu ihtiyaçlar piramidini destekleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır (Flanagan, 2010; Kenrick ve ark., 2010).

Maslow'un önerdiği temel ihtiyaçların çok geniş olarak tanımladığını öne sürerek daha spesifik tanımlar da yapılmıştır. Benzer bir hiyerarşi piramidi geliştiren Kenrick ve arkadaşlarına (2010) göre her ihtiyacın kendi içerisinde hem genetik hem de kültürel olarak getirilen bazı tehdit ve fırsatları bulunmaktadır. Tehditler dışsal dürtülerle ortaya çıkarken, fırsatlar daha içsel motivasyonlarla ortaya çıkmaktadır. Bilinçdışı ortaya çıkan bu süreçler, öne çıkan dürtüye göre belirlenmektedir (Kenrick ve ark., 2010).

İhtiyaçlardan bahseden bir diğer kuramcı da John Bowlby'dir. Evrim teorisini temel alan bağlanma kuramına göre, dünyaya gelindiğinde ilk ilişki kurulan bakım veren kişi tarafından ihtiyaçlar karşılanırsa değerli hissedilir, diğerleri ve dış dünya da olumlu ve güvenli olarak değerlendirilir. Bakım veren kişiyle kurulan ilk ilişkinin sonucunda içsel çalışan modeller (internal working models) oluşmaktadır. Eğer bu modeller olumlu oluşur ise kişinin gerçekçi ve olumlu bir kimlik duygusu gelişmektedir. Böylece kişinin keyif alabildiği, sürdürebildiği ilişkiler kurması mümkün olur. Bu modeller, gelen bilgilerin değerlendirilmesinde de rol oynamaktadır (Bowlby, 1982).

Tanımlanan diğer ihtiyaçlardan bir tanesi de bağlanma ile ilişkili olan ait olma ihtiyacıdır. Bağlanmaya benzer olarak evrime dayanan ait olma ihtiyacı; hayatta kalma, neslin devamı ve korunma/güvenlik açısından avantaj sağlamaktadır. Bu ihtiyacın iki farklı özelliği olduğu belirtilmektedir. Bunlardan ilki, diğer insanlarla iletişim içerisinde olma isteği olarak tanımlanmaktadır. Bu iletişimlerin genellikle olumlu olması ve hoş giden kişilerle olması tercih edilmektedir. İkinci özellik ise insanların, kişilerarası bağ ve ilişki içerisinde olduğunu algılama ihtiyacıdır. Kişinin sevildiğini ve önemsendiğini hissetmesi gerektiği öne sürülmektedir (Baumeister & Leary, 1995).

İhtiyaçların psikoterapide kullanım şekline odaklanan Flanagan (2010), etolojik modele dayanarak ihtiyaçların, türe özgü nedensel mekanizmaların kültürün aracılığıyla ortaya çıkan ifadeleri olduğunu öne sürmüştür. Bu modele dayanarak, istenilme (desirability), bağ (connection), otonomi (autonomy), istikrar (stability), değişim (change) ve kendini anlama (self-comprehension) olmak üzere, hiyerarşik olmayan altı temel ihtiyaç tanımlanmıştır. İstenilme ihtiyacında, hayvanlarda olduğu gibi insanlarda da yüksek statünün önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu ihtiyaç, sosyal ortamlarda istenir olmak, olumlu bir kendilik imgesi oluşturup bunu sürdürmekle ilişkilidir. Kişinin kendilik imgesi ile gerçek hayattaki istenirliği arasında fark olmasının psikopatolojiye neden olabileceği belirtilmektedir. Flanagan'ın tanımladığı ikinci ihtiyaç olan bağ ise evrim teorisine dayanmaktadır. Savunmasız olarak dünyaya gelen insanın hayatta kalabilmesi için topluluk içerisinde olması gerekmekte ve bunun için de diğerleriyle bağ kurması gerekmektedir. Kültürel olarak değişiklik gösterebileceği belirtilen otonomi ihtiyacının ise güç ve başarı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Kişinin kendisini koruyup, diğer insanlarla arasına mesafe koyabilmesinin öneminden söz edilmektedir. Değişim ihtiyacı, insanların yenilik, heyecan ve uyarılma için değişimini temel almaktadır. Motivasyon sağlayan bu değişim ihtiyacının, avcı toplayıcı atalarımızdan geldiği öne sürülmektedir. İstikrar ihtiyacı, kişinin tutarlılık hissini sağlama çabası olarak tanımlanmıştır. İstikrarla birlikte, benlik hissini de tutarlı olacağı düşünülmektedir. Bu modelde tanımlanan son ihtiyaç olan kendini anlama ihtiyacının temelinde, kişinin kendi güç ve sınırlılıklarının farkında olması yer almaktadır. Toplum içerisinde hem başarılı olmak için rekabet etmek hem de iş birliği kurmak gerekmektedir. Bu karmaşık ve zorlayıcı ortam içerisinde becerilerin ne kadar farkında olunursa o kadar uyum sağlandığı öne sürülmektedir (Flanagan, 2010).

Şema Terapi kapsamında tanımlanan temel duygusal ihtiyaçlar ise başkalarına güvenle bağlanma, özerklik, gereksinimleri ve duyguları ifade özgürlüğü, kendiliğindenlik ve oyun, akılcı sınırlar ve özdenetimdir. Güvenli bağlanma ihtiyacında, çocuğun tahmin edilebilir ve tutarlı bir çevre algısının oluşması, koşulsuz olarak kabul edildiğini hissetmesi gerekmektedir. Bu ihtiyacın çocuklukta giderilemediği durumlarda Kopukluk ve Reddedilme şema alanının geliştiği öne sürülmektedir. Özerklik, yeterlik ve kimlik hissi ihtiyacında, çocuğun kendi başına bir şeyler yapabileceğini, karar verebileceğini ve böylece problem çözebileceğini görmesi gerekmektedir. Bunun sonucunda da bağımsız,

yeterli bir kimlik algısı oluşturulabilmektedir. Özerklik ihtiyacının karşılanamadığı durumlarda Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık şema alanının geliştiği belirtilmektedir. Gerçekçi sınırlar ve özdenetim ihtiyacında ise çocuğa gerçekçi sınırlar ve hedefler koyarak kontrol ve yetkinlik sağlamayı öğrenmesi hedeflenmektedir. Aksi takdirde dünya çocuk için oldukça belirsiz ve tahmin edilemez olmaktadır. Bu ihtiyacın karşılanamadığı durumlarda ise Zedelenmiş Sınırlar şema alanının oluştuğu öne sürülmektedir. Gereksinim ve duyguların özgürce dile getirilmesinin, çocuğun düşünce, duygu ve ihtiyaçlarını özgürce dile getirilip bunların kabul edilmesiyle ilgili bir ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Böylece çocuk ihtiyaç ve duygularını ifade edebileceğini bilmekte ve sosyal olarak da bu ifadelerin kabul göreceğine güvenebilmektedir. Bu ihtiyacın giderilemediği durumlarda Başkaları Yönelimlilik şema alanı oluşmaktadır. Son temel duygusal ihtiyaç olan kendiliğindenlik ve oyun ihtiyacı ise yetkinlik oluşturabilmede rol oynamaktadır. İhtiyacın karşılanamadığı durumlarda da Aşırı Uyarılmışlık ve Ketlenme şema alanı ortaya çıkmaktadır (Young ve ark., 2003).

Arntz ve arkadaşları (2021), son dönemde yayımladıkları çalışmalarında Young'ın tanımladığı temel ihtiyaçlara iki tane daha eklenmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir (Arntz ve ark., 2021). Bunlardan bir tanesi Dweck'in (2017) ihtiyaçlar kuramından aldıkları öz-uyum (self coherence) ihtiyacıdır. Kurama göre psikolojik bütünlük olarak hissedilen öz-uyum ihtiyacı tüm ihtiyaçların temelinde yer almaktadır. Çocuğun dünyanın işleyişiyle ilgili net beklentilerinin oluşması sonucu bu ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Kimlik ve anlam olarak iki yönü olduğu belirtilmektedir. Bu ihtiyaç kişinin, kişiliğini bir bütün ve dünyayı anlamlı olarak algılamasını sağlamaktadır (Dweck, 2017). Bakıldığında bu ihtiyacın, Young'ın tanımladığı özerklik, yeterlik ve kimlik hissi ihtiyacına oldukça benzediği görülmektedir. Özerklik ihtiyacının farkının ise kimlik hissini daha çok yeterlik ve başarı üzerinden deneyimlenmesi olduğu belirtilmektedir. Yazarların eklenmesi gerektiğini düşündüğü ikinci ihtiyaç ise adalet (fairness) ihtiyacıdır. İnsanların iş birliği kurdukları ve bu iş birliklerinin de adil olmasıyla ilgili ihtiyaçlarının olduğu öne sürülmektedir. Adalet hissini olmadığı durumlarda öfke, reddetme gibi tepkiler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle de adalet hissini temel bir ihtiyaç olarak kabul edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Arntz ve ark., 2021).

Temel duygusal ihtiyaçlardan yola çıkarak oluşturulan şema alanları ve erken dönem uyum bozucu şemalarla ilgili yapılan faktör analitik çalışmaların sonuçları tutarsızdır (Calvete, Orue, & Gonzalez-Diez, 2013; Saariaho ve ark., 2009; Sakulsriprasert ve ark., 2016; Soygut ve ark., 2009). Yapılan son çalışmalarda, dört temel duygusal ihtiyaç ve şema alanında fikir birliğine varıldığı görülmektedir. Buna göre; bağlanma ve kabul, zedelenmemiş otonomi ve performans, dengelenmiş çabalar ve yeterli limitler temel ihtiyaçlar olarak tanımlanmıştır (Bach ve ark., 2018; Lockwood & Perris, 2012). Geçmişten günümüze yapılan tüm bu çalışmalar temel duygusal ihtiyaçların önemini göstermektedir. Şema kuramına göre temel duygusal ihtiyaçların yeterli biçimde karşılanamaması sonucunda erken dönem uyum bozucu şemalar oluşmaktadır. Bir sonraki bölümde bu şemalar ele alınacaktır.

#### **1.2.4. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar**

Şema kuramında tanımlanan erken dönem uyum bozucu şemaların, otomatik düşünceler ve temel inançlardan farklı olduğu savunulmaktadır. Buna göre şemalar, kişilerarası deneyimlerle gelişmekte ve sürmektedir. Değişime daha dirençli oldukları öne sürülmektedir. Çünkü mantık çerçevesinde gerçek olmasa bile kişinin gerçeği olarak kabul edilirler. Gelişimsel problemlere göre sınıflanmışlardır ve her biri için ayrı bir terapi stratejisi geliştirilmiştir. Otomatik düşünce ve temel inançlara göre daha nüfuz eden bir yapıya sahiptirler. Tetiklendiklerinde daha yoğun bir duygulanım ortaya çıkmaktadır. Yoğun duygulanım sonucunda da hastalarda kaçınma ya da telafi davranışları görülmektedir (Young & Lindemann, 1992).

Erken dönem uyum bozucu şemalar, kişinin kendi ve diğerleriyle olan ilişkileriyle alakalı geniş ve karmaşık temalar olarak tanımlanmaktadır. Mizaç, ebeveynlik stilleri ve önemli yaşantıların etkileşimiyle birlikte yaşamın erken dönemlerinde oluşmaya başlamaktadırlar. Temelde, çocuklukta karşılanması gereken ihtiyaçların eksik kalması sonucunda, olumsuz durumlara karşı geliştirilen bir uyum oldukları öne sürülmektedir. Ancak işlevsel bir uyum olmadığı için gelişim sürecini de etkilemektedirler. Farklı bir uyum öğrenilemediği için de hep aynı örüntü devam etmekte ve şemalar giderek yerleşip, kalıplaşmaktadır. Gelişimle birlikte karmaşıklaşmaya devam eden şemalar, daha sonra yaşanan tüm deneyimlerin süzgeci haline gelmektedirler. Olumsuz bir süzgeç oldukları için bu şemalar tetiklendiklerinde yoğun duygulanıma ve kendine zarar verici sonuçlara

neden olmaktadır (van Genderen ve ark., 2012; Young ve ark., 2003; Young & Lindemann, 1992).

Yetişkinlikle birlikte işlevselliklerini kaybeden erken dönem uyum bozucu şemalar, kişinin bildiği yapılar olduğu için tekrarlanmaya devam etmektedirler. Bilişsel uyumluluk (cognitive consistency) adı verilen bu durumda denge sağlanmaya çalışılmaktadır. Şemanın neden olduğu bilişsel çarpıtmalar ve kendini baltalayıcı davranışlar yine şemanın sürdürülmesine neden olmaktadır (Young ve ark., 2003; Young & Lindemann, 1992). Her zaman aktif olmayan şemalar, geçmiş deneyimlere benzer olaylarla birlikte tetiklenmektedir (van Genderen ve ark., 2012). Aslında şemalar sadece kişilik bozuklukları değil, aynı zamanda kişinin işlevini bozacak psikolojik sıkıntılara da neden olmaktadır (Young & Lindemann, 1992).

Young ve arkadaşlarının (2003) tanımladığı erken dönem uyum bozucu şemalar ve şema alanları Tablo 1’de görülmektedir. Young’a göre bu şemalar temel ve telafi edici olarak iki gruba ayrılmaktadır. Koşulsuz olarak tanımlanan temel şemalar, ilk üç şema alanında tanımlanmıştır. Karşılanmayan ihtiyaçlarla ilgili doğrudan deneyimlerle ilişkili oldukları öne sürülmektedir. Dördüncü ve beşinci şema alanlarında tanımlanan telafi edici şemaların ise koşullu oldukları belirtilmektedir. Çevreden gelen bilgilerle oluşmakta ve temel şemaların tetiklenmesini önlemek amacıyla otomatik olarak ortaya çıkan baş etme stratejileri olarak kabul edilmektedirler (Young ve ark., 2003). Temel duygusal ihtiyaçlarla ilgili yeni bir model öne süren Arntz ve arkadaşları (2021), Young’ın tanımladığı on sekiz şemaya üç şema daha eklenmesi gerektiğini belirtmektedir. Eklenmesi önerilen yeni şemalar uyumlu kimliğin eksikliği (lack of a coherent identity), anlamlı bir dünyanın eksikliği (lack of a meaningful world) ve adaletsizliktir (unfairness) (Arntz ve ark., 2021).

Literatürde genellikle uyumsuz şemaların tanımlandığı dikkat çekmektedir. Ancak son yıllarda, pozitif psikolojinin önem kazanmasıyla birlikte uyumlu/pozitif şemalara da yer vermeye başlanmıştır. Yapılan araştırmada yer alan Young Pozitif Şema Ölçeği’nin uyarlanmasına ilişkin çalışma nedeniyle bir sonraki bölümde pozitif şemalar detaylı olarak aktarılacaktır.

**Tablo 1.** Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Şema Alanları

<b>Şema Alanları</b>	<b>Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar</b>
<b>Kopukluk ve Reddedilme</b>	Terk edilme /Değişkenlik
	Güvensizlik/Kötüye kullanılma
	Duygusal yoksunluk
	Kusurluluk/Utañ
	Sosyal izolasyon/Yabancılaşma
<b>Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık</b>	Bağımlılık/Yetersizlik
	Hastalık ve zarar karşısında dayanıksızlık
	İç içe geçme/Gelişmemiş kendilik
	Başarısızlık
<b>Zedelenmiş Sınırlar</b>	Haklılık
	Yetersiz özdenetim ve kontrol
<b>Başkaları Yönelimlilik</b>	Boyun eğme
	Kendini feda
	Onay arayıcılık
<b>Aşırı Uyarılma ve Ketlenme</b>	Karamsarlık/Kötümserlik
	Duygusal ketleme
	Yüksek standartlar
	Cezalandırıcılık

Young ve ark., 2003



### 1.2.5. Pozitif Şemalar

Literatüre bakıldığında farklı şema tanımları yapıldığı ve bu tanımlarda bazı teorik problemler olduğu tartışılmaktadır. Şemalar, değişmeyen ve tek uçlu kavramlar olarak tanımlanmaktadır. Ancak şemalar, zamana ve duruma göre değişebilmekte ve olumsuz şemaların aksine olumlu şemalar da bulunmaktadır. Bu tartışmalardan yola çıkarak Elliott ve Lassen (1997), alan spesifik süreklilikler (domain-specific continua) adını verdikleri bir liste oluşturmuşlardır. Esnek olan bu listede, Young ve arkadaşları (2003) ve Linehan'ın (1993) tanımladığı şemalardan yol çıkılarak oluşturulan on sekiz şema yer almaktadır. Listede yer alan her alanın kendi içerisinde olumlu ve olumsuz kutupların bulunduğu öne sürülmektedir. Bu iki kutbun ortasında da bütünleştirilmiş bir kutup tanımlanmıştır. Olumlu ve olumsuz kutuplar katıken, bütünleştirilmiş kutbun esnek olduğu belirtilmektedir (Elliott &Lassen, 1997).

Olumlu ve olumsuz kutupların benzer özellikleri paylaştığı savunulmaktadır. Güçlü duygulanımla ilişkili olan bu şemaların esnek olmadığı düşünülmektedir. Çünkü bu şemalar, kendi içeriklerine zıt olan bilgileri geçirmemektedir. Şemaların içeriklerinin ise ikili düşünce tarzında olduğu ve bu içeriklerin evrensel olduğu belirtilmektedir. Kişinin kendisi, diğerleri ve beklentileriyle ilgili tek boyutlu görüşleri kapsamaktadırlar. Şemanın içeriğine göre gelen bilgi, gerçekte olduğundan daha olumlu ya da daha olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz şemalar, benlik ve yaşanan olayların olası sonuçlarıyla ilgili çok katı ve eleştirel bir içeriğe sahipken, olumlu şemalar bu konularda aşırı derecede olumlu içeriğe sahiptir. Olumlu şemalar, olumlu duygulanımla ilişkili olmasına rağmen kişinin engellediği durumlarda gerginlik ve öfkeye neden olabilmektedir. Bu nedenle her iki şemanın da olumsuz sonuçlara yol açabileceği öne sürülmektedir (Elliott &Lassen, 1997).

Bütünleştirilmiş kutup ise olumlu ve olumsuz şemalardan gelen iki karşıt bilginin entegre olması olarak tanımlanmaktadır. Her iki kutuptan da daha detaylı ve çeşitli bilgi içermektedir. Bu nedenle de bütünleştirilmiş kutbun esnek olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla daha az duygusal tepki ya da kaçınma davranışı içermektedirler. Bu nedenle sağlıklı ve işlevsel olan kutbun bütünleştirilmiş kutup olduğu düşünülmektedir (Elliott &Lassen, 1997).

Erken dönem uyum bozucu şemalara odaklanan Şema Terapide ise pozitif şemalar son yıllarda tanımlanan bir kavramdır. Daha önce bahsedilen temel duygusal ihtiyaçlar ile ebeveynlik stili, mizaç ve kültür ilişkisinden yola çıkarak Lockwood ve Perris (2012), Temel Duygusal İhtiyaçlar Modelini geliştirmişlerdir. Modelde, çocuklukta meydana gelen olumsuz deneyimler erken dönem uyum bozucu şemaların gelişimine neden oluyorsa, aslında sevgi dolu ve zengin bir çevrede büyüyen bir çocukta da erken dönem uyumlu şemalar gelişebileceği öne sürülmektedir. Böylece de olumlu şemalar, yaşanan olumsuz deneyimlere tampon görevi görebilmektedir (Lockwood & Perris, 2012).

Modelde tanımlanan pozitif şemaların, kişinin kendisi ya da diğerleriyle olan ilişkileri hakkındaki geniş ve yaygın tema ya da örüntüler olduğu belirtilmektedir. Erken dönem uyum bozucu şemalara benzer olarak anılar, duygular, bilişler ve nörobiyolojik tepkilerden oluşmaktadırlar. Çocukluk veya ergenlikte oluşup yaşam boyu karmaşıklaşmakta ve sağlıklı işlevsellik ve davranışsal eğilime neden olmaktadır. Temel ihtiyaçlara hemen cevap veren aile ya da sosyokültürel ortamlarda büyüyen çocuk ya da ergenlerde bu şemaların oluştuğu öne sürülmektedir (Lockwood & Perris, 2012).

Olumlu ebeveynlik örüntüleri ihtiyaçların karşılanıp karşılanmamasında önemli bir rol oynamaktadır. Olumlu ve olumsuz ebeveynlik stillerini belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmanın sonucuna göre aşırı kontrol, aşırı koruma ya da aşırı izin verme, aşağılama ve reddetme, duygularını bastırma ve yoksun bırakma, cezalandırma, hırslı olma ve statü talep etme işlevsel olmayan, olumsuz ebeveynlik örüntüleri olarak tanımlanmıştır. Bunun yanı sıra işlevsel olan, olumlu ebeveynlik örüntüleri ise özerklik sağlama, özerklik desteği, kendine güven ve yeterlik, güvenirlilik, özsel değer, duygusal bakım ve koşulsuz sevgi, oyunculuk ve duygusal açıklıktır (Louis ve ark., 2020).

Pozitif şemaların, olumlu ebeveynlik örüntülerinin içsel temsilleri olduğu belirtilmektedir. Şemalar, esnek birer şablon olarak tanımlanmaktadır. Bu şablonlar, sağlıklı kişilerarası ve bağımsız işlevsellik ve diğerlerine zarar vermeden ihtiyaçların doyurulmasını sağlamaktadır. Çocuklukta basit bir yapıya sahip olan pozitif şemalar, büyümeyle birlikte bilişsel kapasitesinin gelişmesi ve ihtiyaçların karşılanmaya devam etmesiyle daha fazla uyumlu şemanın gelişmesine de yol açmaktadır. Bu uyumlu şema

ve davranışlar, sağlıklı yetişkin modu olarak görülmektedir. Uyumlu şema ve durumlardan gelen enerji ve bilgiyi bütünleştirmek ve ayarlamak kişinin sağlıklı yetişkin modunda kalmasını ve işlevselliğinin artmasını sağlayacağı öne sürülmektedir (Lockwood ve Perris, 2012).

Temel Duygusal İhtiyaçlar modeli kapsamında ebeveynlik ve şema ölçeklerinden yola çıkarak Tablo 2’de görülen dört temel duygusal ihtiyaç ve on beş uyumlu şema tanımlanmıştır. Önerilen bu modeli takiben pozitif şemaların değerlendirilmesi amacıyla ölçek geliştirme çalışmaları başlamıştır. Louis ve arkadaşlarının (2018), farklı ülkelerde yürüttükleri çalışma sonucunda ise on dört pozitif şema tanımlanmıştır (Louis ve ark., 2018). Bahsedilen bu çalışmadan yöntem bölümünde detaylı olarak bahsedilecektir.

**Tablo 2.** Temel Duygusal İhtiyaçlar ve Erken Dönem Uyumlu Şemalar

<b>Temel Duygusal İhtiyaçlar</b>	<b>Erken Dönem Uyumlu Şemalar</b>
<b>Bağlanma ve Kabul</b>	Temel Güven
	Kendini Kabul/Sevilebilirlik
	Duygusal Tatmin
	Sosyal Aidiyet
	Duygusal Açıklık/Spontanlık
<b>Zedelenmemiş Özerklik ve Performans</b>	Temel Güvenlik ve Sağlık
	Sağlıklı Öz-inanç/Yeterlik
	Sağlıklı Sınırlar/Gelişmiş Benlik
	İstikrarlı Bağlanma
	Girişkenlik/Kendini İfade Etme
<b>Dengelenmiş Çabalar</b>	Başarı
	Sağlıklı Öz-İlgi/Öz-bakım
	Gerçekçi standartlar ve Beklentiler
<b>Yeterli Sınırlar</b>	Sağlıklı Saygı/Diğerlerine Saygı
	Sağlıklı Öz-kontrol/Öz-disiplin

Lockwood ve Perris, 2012

#### 1.2.4. Şema Terapi

Şema Terapinin gelişimine bakıldığında, farklı ekollerden görüşleri içerdiği ve entegre tekniklerin kullanıldığı görülmektedir. Terapinin temelini oluşturan ekoller bağlanma, nesne ilişkileri, geştalt, bilişsel davranışçı ve psikanalitik ekollerdir. Bilişsel Davranışçı terapist olan Young, ilk olarak zor vakaları ele almak için bilişsel terapiyi genişletmiş ve ortaya koyduğu yeni yönteme şema odaklı terapi adını vermiştir (Young & Lindemann, 1992). Genel olarak terapi süreçlerinde bilişsel ve davranışsal düzeylerde değişimler görülmesine rağmen duygusal düzeyde değişimin olmadığı öne sürülmüştür. Klinik deneyimlere dayanan bu gözlemlerden yola çıkılarak, erken dönem uyum bozucu şemalar tanımlanmıştır. Bu şemalar, terapi süreçlerinde tekrar eden temalar üzerinden oluşturulmuştur. Bilişsel ve davranışçı tekniklerin yanı sıra eksik kaldığı düşünülen duygusal değişimin sağlanması için yaşantısal teknikler kurama entegre edilmiştir (Edwards & Arntz, 2012).

Terapinin gelişiminde üç önemli aşama olduğu belirtilmektedir. Bunlardan ilki Young'ın formülasyona dayanan ve stratejik bir yaklaşım geliştirmesidir. Terapiye ilişkisel ve yaşantısal öğelerin eklenmesiyle birlikte, terapistin danışanın ihtiyaçlarını anlaması ve karşılması konusunda daha esnek olabilmesi sağlanmıştır (Edwards & Arntz, 2012). Terapi sürecinde teknikler, danışanın formülasyonuna göre seçilmektedir. Formülasyonda önemli olan ise; erken dönem uyum bozucu şemalar, şemalarla başa çıkma yöntemleri, gelişimsel faktörler, ortaya çıkan modlar ve bu örüntülerin kişinin hayatını ve terapi ilişkisini nasıl etkilediğidir (Young ve ark., 2003). Terapinin gelişiminde etkili olan ikinci önemli gelişme ise Hollanda'da yürütülen randomize kontrollü çalışmalardır. Yapılan çalışmalar Şema Terapinin etkili olduğunu göstermektedir (Arntz ve ark., 2015; Bernstein ve ark., 2012; Carter ve ark., 2013; Gude & Hoffart, 2008). Üçüncü aşama ise grup şema terapisinin geliştirilmesidir (Farrell ve ark., 2009).

Kurama göre, erken dönem uyum bozucu şemaları sürdüren üç farklı baş etme yöntemi bulunmaktadır. Bu yöntemler, şemaya teslim olma, şemadan kaçınma ve şemanın aşırı telafisidir. Teslim olarak şemayla baş eden bir kişinin düşünce ve duyguları bu şemaya

göre şekillenmektedir. Böylece kişi, içsel tutarlılığını sürdürebilmektedir. Şemadan kaçınma yönteminde kişi, şemayı tetikleyebilecek her durumdan uzak durmaya çalışmaktadır. Aşırı telafide ise kişi, şemanın tam tersi doğruymuş gibi davranıp, düşünüp, hissetmeye çalışmaktadır. Otomatik bir tepki olarak ortaya çıkan bu baş etme yöntemleri, kişinin düzeltici bir deneyim yaşamasını engelleyerek şemaların sürmesine neden olmaktadır. Genelde başat bir baş etme yöntemi olurken, farklı durumlarda farklı baş etme yöntemleri de görülebilmektedir (Young ve ark., 2003).

Şemaların tetiklenmesiyle ortaya çıkan duygusal durumlara ise şema modu adı verilmektedir. Erken dönem uyum bozucu şemalar değişmeyen olgular olarak tanımlanırken, modlar kısa süreli durumları açıklamak için tanımlanmıştır. Şema modları, belirli bir anda ortaya çıkmış olan şemalar ve baş etme yöntemlerinin görünümü olarak tanımlanmaktadır. Sürekli değişiklik gösteren modlar, şemaların tetiklendiği durumlardaki baskın zihin durumlarıdır. Kuram ilk oluşturulduğunda on tane mod tanımlanmıştır. Bunlar çocuk modları, işlevsel olmayan ebeveyn modları, baş etme modları ve sağlıklı yetişkin modudur (Young ve ark., 2003). Ancak yapılan çalışmaların artmasıyla birlikte yirmi iki tane mod tanımlanmış ve tedavide Şema Mod modeli önem kazanmaya başlamıştır (van Genderen ve ark., 2012). Bu model ve tanımlanan modlar bir sonraki bölümde detaylı olarak ele alınmaktadır.

Tedavide odaklanılan nokta, erken dönem uyum bozucu şemaların belirlenip bunların sürmesine neden olan işlevsel olmayan baş etme yöntemlerinin farkına varılmasıdır. Böylece kişi, çocukluğunda tam olarak karşılanmamış ihtiyaçlarını fark edip, sağlıklı baş etme yöntemleri geliştirerek bu ihtiyaçlarını giderebilir. Bu doğrultuda hastanın geçmiş öyküsü ve erken dönem uyum bozucu şemaları değerlendirilmektedir. Yapılan değerlendirmenin sonucunda, fikir birliğine ulaşılan şema kavramsallaştırması doğrultusunda bilişsel, davranışçı ve yaşantısal tekniklerin uygulandığı tedavi sürecine başlanmaktadır. Ayrıca hasta ve terapist ilişkisi, terapi sürecinin önemli bir ögesidir. Böylece şemalar ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerinde değişim ortaya çıkmaktadır (Young ve ark., 2003).

Literatürde şema terapi ile ilgili yapılan pek çok çalışma olduğu görülmektedir. Temel olarak kişilik bozukluklarının tedavisi için geliştirilmiş olduğu için yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu bu alanla ilgilidir. Yapılan çalışmaların sonuçları, şema terapinin kişilik bozukluklarının tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir (Bamelis ve ark., 2014; Farrell ve ark., 2009; Nordahl & Nysaeter, 2005; Videler ve ark., 2018). Özellikle son yıllarda, DSM-IV'te kişilik bozukluklarının yer aldığı eksen sisteminde C kümede yer alan kişilik bozukluklarıyla erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisini inceleyen (Hoffart, 2018; Hoffart Lunding & Hoffart, 2016) ve şema terapinin etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Bachrach & Arntz, 2021; van Donzel ve ark., 2021). Kişilik bozukluklarının yanı sıra diğer psikopatolojilerle erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkileri ve şema terapinin etkinliği incelenmeye başlanmıştır. Yapılan çalışmalar, Duygudurum Bozuklukları (Carter ve ark., 2018; Hawke & Provencher, 2012; Hawke ve ark., 2011; Renner ve ark., 2016; Renner ve ark., 2018; Wegener ve ark., 2013), Yeme Bozuklukları (Calvert ve ark., 2018; Simpson ve ark., 2010), Kaygı Bozuklukları (Calvete, Orue, & Hankin, 2013; Cockram ve ark., 2010; Hawke & Provencher, 2011; Peeters ve ark., 2021) ve OKB (Atalay ve ark., 2008; Haaland ve ark., 2011; Kim ve ark., 2014; Sunde ve ark., 2019; Thiel ve ark., 2014) ile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisini ve şema terapinin etkililiğini göstermektedir.

Uygulama alanında Şema Terapinin kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte bazı zorlukların ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Hastalarda çoğu zaman birden fazla erken dönem uyum bozucu şemanın tetiklendiği, bunun sonucunda da terapi hedeflerinin belirlenmesinin güçleştiği öne sürülmektedir. Ayrıca kişide ortaya çıkan değişken duygulanım ve davranışları erken dönem uyum bozucu şemalarla açıklamanın yeterli olmadığı görüşü öne çıkmıştır. Terapi süreçlerinde yaşanan bu zorluklar Şema Mod modelinin geliştirilmesine yol açmıştır (Lobbestael ve ark., 2007).

### **1.2.5. Şema Mod Modeli**

Klinik psikolojide mod kavramı, ilk olarak Aaron Beck tarafından öne sürülmüştür. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı almış bir hastanın yaşadığı kafa karıştırıcı farklı duygusal durumları anlamlandırmak için mod terimini kullanmıştır. Kavramın kuramsal

tanımı ise Young (2003) tarafından yapılmıştır. Young ve arkadaşlarının (2003) tanımladıkları on şema modu, daha sonra yürütülen çalışmalarla birlikte yirmi ikiye yükselmiştir. Şema kuramının temelindeki modlar, detaylandırılarak terapide kullanılmaya başlanmıştır (van Genderen ve ark., 2012).

Kuramda tanımlanan ilk halinde olduğu gibi modlar dört grupta tanımlanmaktadır. Bu gruplardan ilki çocuk modlarıdır. Bu modların evrensel ve doğuştan geldiği öne sürülmektedir (Young ve ark., 2003). Ancak çocuklukta eksik kalan temel duygusal ihtiyaçlara göre farklı türleri olduğu öne sürülmektedir. Çocuk modları kırılabilirlik, öfke ve denetim eksikliği olmak üzere üç farklı kategoride ele alınmaktadır. Kırılabilir çocuk modları yalnız çocuk, terk edilmiş ve kötüye kullanılmış çocuk, küçümsenmiş/aşağılanmış çocuk ve bağımlı çocuk modlarıdır. Yalnız çocuk modu, en önemli duygusal gereksinimlerin karşılanmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Duygusal boşluk, sosyal olarak kabul görmeme ve sevmeyi hak etmeme inançları oluşmaktadır. Yoğun yalnızlık hissi mevcuttur. Terk edilmiş ve kötüye kullanılmış çocuk modunda, terk edilme ve kötüye kullanılma korkusu yaşanmaktadır. Yoğun bir acı, çaresizlik ve yalnızlık hissi hakimdir. Bu modun bir alt çeşidi olan küçümsenmiş/aşağılanmış çocuk modunda ise aşağılanmaya yönelik çocukluk anıları nedeniyle yoğun aşağılanmışlık duygusu hissedilmektedir. Bağımlı çocuk modunda, genellikle kontrolcü ebeveynlik tarzı sonucu ortaya çıkan yetersizlik hissi dikkati çekmektedir. Diğerlerinden bakım alma isteği oldukça belirgindir (Arntz & Jacob, 2013; Lobbestael ve ark., 2007).

Öfke ile ilgili çocuk modlarında öfkeli çocuk, inatçı çocuk ve hiddetli çocuk modu yer almaktadır. Öfkeli çocuk modu, temel duygusal ya da fiziksel ihtiyaçların karşılanmaması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Engellenme ve kötü muamele karşısında öfke, uygun olmayan şekillerde dışa vurulmaktadır. Tahammülsüzlük, öfke, hiddet sıklıkla görülen duygulardır (Lobbestael ve ark., 2007; Young ve ark., 2003). İnatçı çocuk modu, öfkeli çocuk modunun alt çeşididir. Bu modda öfke, inat olarak ifade edilmektedir. Hiddetli çocuk modunda ise öfke, kontrol edilemez bir saldırganlıkla ortaya çıkmaktadır. Denetim eksikliği kategorisinde dürtüsel ve denetimsiz çocuk modları yer almaktadır. Dürtüsel çocuk modunda, olası sonuçlar ne olursa olsun istekler elde edilmeye



çalışılmaktadır. Hazzı ertelemekle ilgili zorluk mevcuttur (Arntz & Jacob, 2013; Lobbestael ve ark., 2007). Bu modun başta Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olmak üzere Histriyonik ve Antisosyal Kişilik Bozukluklarında rol oynadığı belirtilmektedir (Arntz ve ark., 2005; Lobbestael ve ark., 2008) Denetimsiz çocuk modunda ise sıradan ve sıkıcı görevleri sürdürmekle ilgili zorluklar mevcuttur. Kişi kendisini zorlayamaz ve kısa sürede görevlerden vazgeçer (Arntz & Jacob, 2013; Lobbestael ve ark., 2007). Denetimsiz çocuk modunun Sınırdaki, Narsisistik, Histriyonik, Bağımlı ve Şizoid Kişilik Bozukluğunda sıklıkla görüldüğü belirtilmektedir (Bamelis ve ark., 2011; Lobbestael ve ark., 2008) Genel olarak çocuk modları aktive olduklarında, tetikleyen duruma uygun olmayan, yoğun ve baskın olumsuz duygular ortaya çıkmaktadır (Arntz & Jacob, 2013).

Şema Terapiye göre işlevsel olmayan ebeveyn modları, ikincil gereksinim ve duygularla ilişkilidir. Bu modlar, bakım verenlerin ahlaki inançlarının içselleştirilmesiyle oluşmaktadır. Çocuk modları gibi ebeveyn modları da yoğun duygulanımla ilişkilidir. Ancak bu duygular aşırı baskı, eleştiri ve suçlama sonucunda ortaya çıkmaktadır. İşlevsel olmayan ebeveyn modları cezalandırıcı ve talepkâr olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Arntz & Jacob, 2013; Young ve ark., 2003). Cezalandırıcı ebeveyn modu, çocuklukta duygu veya gereksinimlerin ifade edilmesi sonucu cezalandırılmayla ilgili yaşantılar sonucunda oluşmaktadır. Bu sesler içselleşip yetişkinlikte kişinin, gereksinimleri hissettiği ya da dile getirdiği için suçlu hissetmesine ve cezalandırılması gerektiğine inanmasına neden olmaktadır. Bu sesler oldukça sert ve acımasızdır. Aynı zamanda kişinin kendisini değersizleştirmesine neden olmaktadır (Arntz & Jacob, 2013; Lobbestael ve ark., 2007). Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı almış kişilerde bu modun oldukça kuvvetli olduğu öne sürülmektedir (Arntz ve ark., 2005; Young ve ark., 2003). Aynı zamanda Kaçıngan, Bağımlı ve Şizoid Kişilik Bozukluklarıyla da ilişkili olduğu saptanmıştır (Bamelis ve ark., 2011; Lobbestael ve ark., 2008) İşlevsel olmayan talepkâr ebeveyn modunda, gerçekçi olmayan yüksek standartların karşılanması için yoğun baskı söz konusudur. Kabul edilip sevilmenin en geçerli yolunun mükemmellik olduğu inancı mevcuttur. Bu mükemmeliyetçilik hayatın her alanında ortaya çıkabilmektedir. Duygu ve gereksinimler göz ardı edilmektedir (Arntz & Jacob, 2013; Lobbestael ve ark., 2007).

İşlevsel olmayan ebeveyn modlarının iki alt türü vardır. Bunlar başarı odaklı talepkâr ebeveyn modu ve duygular ve sosyal davranış odaklı cezalandırıcı ebeveyn modudur. Başarı odaklı talepkâr ebeveyn modunda eğitim ve meslek alanındaki başarı oldukça önemlidir. Bu modun, çocuklukta hırslı, başarı odaklı, katı ebeveyn veya öğretmenlerle yaşanan deneyimler sonucunda ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Taleplerin çocuğa yönelik olması gerekmemektedir. Gözlemlenen yetişkinlerin model alınması da söz konusudur. Hayattaki öncelik herkesten iyi olmak ve her şeyi mükemmel yapmaktır. Duygular ve sosyal davranış odaklı cezalandırıcı ebeveyn modunda ise diğerlerinin ihtiyaçları ön planda tutulmaktadır. Kişi, kendi ihtiyacını öncelik yaptığında ya da diğer insanların taleplerine sınır koyduğunda yoğun suçluluk hissetmektedir. Bu modun gelişiminde etkili olduğu öne sürülen çocukluk yaşantıları ise bakım veren kişinin duygusal olarak yatıştırılmasından sorumlu hissedildiği ve başarısız sosyal davranışlar sonucunda bakım verenin üzüldüğü durumlar örnek olarak verilmektedir (Arntz & Jacob, 2013).

İşlevsel olmayan başa çıkma modları, çocuk ve ebeveyn modları nedeniyle ortaya çıkan yoğun duygulanımla baş etmek için kullanılmaktadır. Anlık çözümler ve rahatlamaya neden oldukları için kısa vadede işe yaramaktadırlar. Ancak uzun vadede kişi ve ilişkileri üzerinde olumsuz etkileri ortaya çıkmaktadır. Baş etme modları teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi kategorilerine ayrılmaktadır. Teslim olma kategorisinde söz dinleyen teslimci mod yer almaktadır. Bu modda reddedilme korkusu nedeniyle diğerlerine boyun eğme, güvence arama söz konusudur. Şemaların neden olduğu örüntüleri sürdürecektir ilişki ve davranışlar görülmektedir (Lobbestael ve ark., 2007; Young ve ark., 2003). Kaçınma kategorisinde kopuk korungan, kaçınan korungan, öfkeli korungan ve kopuk kendini uyuşturan modlar tanımlanmıştır (Arntz & Jacob, 2013). Kopuk korungan modda, şemaları tetikleyen durum ya da ilişkilerin neden olduğu yoğun duygulardan korunmak ve bu duyguları hissetmemek için duygusal kopma gerçekleşmektedir. Otomatik pilot olarak da ifade edilmektedir (Arntz & Van Genderen, 2009). Kaçınan korungan modda, davranışsal kaçınmalar daha baskındır. Duyguları tetikleyebilecek durumlardan kaçınma söz konusudur. Öfkeli korungan modda ise öfke diğerleriyle araya sınır koyabilmek veya kendini korumak amacıyla ortaya çıkmaktadır. Son olarak kopuk kendini uyuşturan mod,

yoğun duygulardan kopmak için kişinin kendisini uyuşturmaya yönelik davranışlarla meşgul olmasıdır (Arntz & Jacob, 2013; Lobbestael ve ark., 2007).

Kırılgan çocuk modunun tam tersi doğruymuş gibi davranılan aşırı telafi başa çıkma modlarında diğerlerini kontrol altına almaya yönelik davranışlar görülmektedir. Bu doğrultuda diğer kişiye saldırgan tutumlar, aşağılayacak ve güçsüz hissettirecek örüntüler ortaya çıkmaktadır (Young ve ark., 2003). Bu kategoride büyülenmeci, ilgi bekleyen, aşırı denetimci, zorba saldırgan, entrikacı ve manipülatif ile kurnaz avcı modları yer almaktadır (Arntz & Jacob, 2013). Büyülenmeci modda kendilik algısının şişirilmesi ve isteklerin elde edilmesi için her türlü davranışın sergilenmesi ve karşı tarafın ihtiyaçlarının görmezden gelinmesi söz konusudur. Herkes için geçerli olan kuralların, kendileri için geçerli olmadığı inancı öne çıkmaktadır (Arntz & Jacob, 2013; Young ve ark., 2003). Bu mod özellikle Narsisistik ve Histriyonik Kişilik Bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (Lobbestael ve ark., 2008). İlgi bekleyen mod, insanların onayını almaya yönelik davranışları içermektedir. Bunlar, duruma uygun olmayan ve abartılı davranışlardır. Aşırı denetimci modda olası tehditlerden korunmak için her detay düşünülmekte ve bu tehditleri engellemek için kontrol davranışları ortaya çıkmaktadır. Bu modun, mükemmeliyetçi ve paranoid olmak üzere iki alt türü tanımlanmıştır. Mükemmeliyetçi alt türde olası olumsuz durumlardan ve eleştirilerden kaçınmak temeldir. Paranoid alt tür ise kötüye kullanılmaya ilişkin şüpheler sonucu diğerlerinin denetlenmesini içermektedir. Zorba ve saldırgan mod, korunmak ya da isteklerin elde edilmesi için saldırgan ve tehditkâr davranışların ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (Arntz & Jacob, 2013; Bernstein ve ark., 2007; Lobbestael ve ark., 2007). Aşırı telafi kategorisinde yer alan son iki mod adli suçlular ve Antisosyal Kişilik Bozukluğunda görüldüğü öne sürülen modlardır. Bunlar entrikacı ve manipülatif ile kurnaz avcı modlarıdır (Bernstein ve ark., 2007; Bernstein ve ark., 2012). Şema mod modelinde işlevsel ve sağlıklı modlar da tanımlanmıştır. Bunlar, temel duygusal ihtiyaçların karşılanması sonucu oluşan mutlu çocuk modu ve sağlıklı yetişkin modudur. Mutlu çocuk modunda huzur duygusu öne çıkmaktadır. Sağlıklı yetişkin modu ise yetişkinliğin getirdiği sorumlulukları yerine getirebilmek olarak tanımlanmaktadır (Arntz & Jacob, 2013; Lobbestael ve ark., 2007; Young ve ark., 2003).

Şema modlarının, sadece psikopatolojiyle ilişkilendirilemeyeceği savunulmaktadır. Her insanda bu modlar görülebilmektedir. Ancak sağlıklı kişilerin modlarının daha esnek, işlevsel ve orta şiddette olmasının en önemli fark olduğu belirtilmektedir. Sağlıklı kişilerin modlarını fark edebildikleri ve psikiyatrik tanı almış kişilerden farklı olarak benlik bütünlüklerini sürdürebildikleri öne sürülmektedir. Sağlıklı kişiler de aynı anda birden çok mod deneyimlemekte ve bunların arasındaki geçişler psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerin aksine aşamalı ve daha yumuşak gerçekleşmektedir. Belirli bir modun sık ve yoğun bir şekilde ortaya çıkması, bu modun sorun haline geldiğini göstermektedir. Terapideki amaç ise işlevsel olmayan modların sıklık ve yoğunluklarını azaltıp, daha sağlıklı modlara geçiş yapılmasını sağlamaktır (Lobbestael ve ark., 2007).

### **1.3. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN ŞEMA MOD MODELİ**

Önceki bölümlerde de bahsedildiği gibi OKB'nin tedavisinde en etkili yöntem BDT olmasına rağmen (Olatunji ve ark., 2013), tedavi alan bir grup hastanın tedaviye dirençli olduğu görülmektedir (Abramowitz ve ark., 2003). Tedavi sonuçlarının farklılık göstermesinden yola çıkarak bu sonucu yordayan etkenler araştırılmıştır. Yapılan çalışmalara göre hastanın içgörüsünün düşük olmasının (Catapano ve ark., 2010; Himle ve ark., 2006), belirti şiddetinin yoğun olmasının (Steketee ve ark., 2011; Tibi ve ark., 2019), eşlik eden farklı bir psikiyatrik tanının olmasının (Keeley ve ark., 2008; Moritz ve ark., 2004; Pinto ve ark., 2011), hastalığın erken yaşta ortaya çıkmasının (Grant ve ark., 2007; Lomax ve ark., 2009) ve kaygı duyarlılığının yüksek olmasının (Blakey ve ark., 2017) tedavi sonuçlarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Bu faktörlerin yanı sıra hastalığın gelişiminde ve tedavi sürecinde etkili olabileceği düşünülen farklı araştırma alanları da mevcuttur. Son yıllarda bağlanma ve OKB ilişkisine odaklanıldığı dikkati çekmektedir. Doron ve Kyrios (2005), bazı hassas benlik alanları olduğunu ve bu alanların, tehdit içeren düşünce ya da olay sonucunda benlik değerinde azalmaya neden olacağını öne sürmüşlerdir. Yoğun kaygı duygusu ortaya çıkartan bu sürecin sonucunda bazı telafi etme çabaları ortaya çıkacaktır. Ayrıca insanların, dünyanın tehlikeli ancak kontrol edilebilir olduğuna ilişkin inanca sahip oldukları belirtilmektedir. Telafi çabalarının bir kısmı bu kontrol çabasını içermektedir.

Girici düşüncelerin obsesyona dönüşmesi ise düşüncelerin kontrol edilememesi ve korkulan benlikle ilgili bilişlerin etkisiyle gerçekleşmektedir (Doron & Kyrios, 2005; Doron ve ark., 2007). Benlik değerinin bağlanma örüntüleriyle ilişkili olması nedeniyle güvenli bağlanamayan kişilerin duygu düzenlemeyle ilgili zorluk yaşadığı ve bahsedilen bu süreçte yetersiz baş etme yöntemleri sonucunda da obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkıyor olabileceği belirtilmektedir (Doron ve ark., 2009). Korkulan benlikle ilgili yapılan bir çalışmada bağlanma, korkulan benlik ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisi incelenmiştir. Buna göre korkulan benlik puanları yüksek olsa bile daha güvenli bağlanan katılımcıların obsesif kompulsif belirtilerinin daha az olduğu belirlenmiştir. Korkulan benlik ve güvensiz bağlanmanın obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğuna ilişkin bulgular elde edilmiştir (Doron, 2020).

Sağlıklı örnekleme psikiyatrik tanı almış örneklemelerin bağlanma örüntülerini karşılaştıran çalışmalarda bu iki grup arasında fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bulgulara göre psikiyatrik tanı almış kişilerin güvensiz bağlanma örüntülerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Doron ve ark., 2012; Myhr ve ark., 2004; Sümer ve ark., 2009). Bu bulguların aksine, yapılan bir meta analiz sonucunda bu iki grup arasında bağlanma örüntüleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (van Leeuwen ve ark., 2020). Obsesif kompulsif belirti şiddeti ve bağlanma ilişkisini inceleyen çalışmaların sonucuna göre ise kaygılı ve kaçınan bağlanma örüntüsü arttıkça belirti şiddetinin de arttığı belirlenmiştir (Doron ve ark., 2009; Doron ve ark., 2012; van Leeuwen ve ark., 2020). Bu bağlanma tarzlarının da gelişimsel faktörlerle ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (van Leeuwen ve ark., 2020).

Bahsedilen gelişimsel faktörlerden bir tanesi çocukluk çağı travmalarıdır. Çocukluk çağı travmalarının OKB'nin gelişmesinde (Fullana ve ark., 2009) ve kroniklik kazanmasında etkili olduğu belirtilmektedir (van Oudheusden ve ark., 2018). Tek yumurta ve çift yumurta ikizleriyle yürütülen bir çalışmada, çocuklukta yaşanan kişilerarası istismar (interpersonal abuse), ihmal ve ailenin parçalanmasının OKB'nin gelişiminde etkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle cinsel istismarın obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Vidal-Ribas ve ark., 2015). Bir diğer çalışmada ise obsesif kompulsif belirtilerin duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile ilişkili

olduğu sonucu elde edilmiştir (Mathews ve ark., 2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış kişilerle dört yıl sürdürülen bir çalışmada, örneklemin %18-32'sinin iyileşme gösterdiği sonucunda ulaşılmıştır. Tedaviyi olumsuz etkileyen faktörlerin ise çocukluk çağı travmaları ve erken yaşta hastalığın başlaması olduğu öne sürülmektedir. Ayrıca güvenli bağlanmanın bu iki faktör için de koruyucu olduğu belirtilmektedir (Tibi ve ark., 2020).

Bağlanmayla ilişkili olan gelişimsel faktörlerden bir diğeri de ebeveynlik tarzlarıdır. Ebeveynlik tarzlarıyla OKB ilişkisini inceleyen çalışmalar, algılanan ebeveyn sıcaklığının OKB'de düşük olduğunu göstermektedir (Hofer ve ark., 2020; Lennertz ve ark., 2010). Ebeveyn sıcaklığının travmatik yaşantılarda koruyucu olabileceği, dolayısıyla OKB riskini de azaltabilecek bir faktör olduğu öne sürülmektedir (Hofer ve ark., 2020). Yapılan bazı çalışmalarda kontrolcü ve reddedici ebeveynlik tarzları ile OKB belirtileri arasında ilişki bulunurken (Lennertz ve ark., 2010), bazı çalışmalarda ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Aycicegi ve ark., 2002; Hofer ve ark., 2020). Ebeveynin çocuk üzerinde psikolojik kontrol kurmasının ise obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olabileceği belirlenmiştir (Aycicegi ve ark., 2002). Bu çalışmaların yanı sıra Türkiye'de yürütülen bir araştırmada annenin kontrolcü bir tarzının olmasının obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Turkuler Aka & Gencoz, 2014). Babaların ebeveynlik tutumlarına bakıldığında ise eleştirel ve mükemmeliyetçi olması (Frost ve ark., 1994) ve reddedici bir tutum sergilemesinin OKB belirtileriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Alonso ve ark., 2004). Literatüre bakıldığında aşırı korumacı ebeveynlik tarzı ve OKB ilişkisinin bulunduğu (Frost ve ark., 1994) ve bulunmadığına (Alonso ve ark., 2004) ilişkin çelişkili bulgulara rastlanmaktadır. Bunun yanı sıra ilişkili olan bir diğer ebeveynlik tarzı da otoriter ebeveynliktir (Timpano ve ark., 2010).

Genel olarak literatüre bakıldığında OKB'nin gelişiminde bağlanma, çocukluk çağı travmaları ve ebeveynlik tarzlarının etkili olabileceği görülmektedir. Tedavide en etkili yöntemler olan maruz bırakma ve tepki önlemenin etkili olmadığı kişilerde bu konuların ele alınması gerektiği öne sürülmektedir. Bütün bu faktörleri içine alan kuramlardan biri ise Şema Terapidir. Bu öneriden yola çıkarak OKB'nin Şema Mod modeli geliştirilmiştir

(Gross ve ark., 2012). Ancak modelin daha iyi açıklanabilmesi için öncelikle OKB ile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisi aktarılacaktır.

### **1.3.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların İlişkisi**

Şema Terapinin kişilik bozuklukları dışındaki psikopatolojilerde de etkili olduğunun düşünölmeye başlanmasıyla birlikte OKB ile erken dönem uyum bozucu şemalar ve şema modları arasındaki ilişki de incelenmeye başlanmıştır. Literatürde OKB ile farklı psikiyatrik hastalıkları, erken dönem uyum bozucu şemalar açısından karşılaştıran çalışmalar mevcuttur. Şizofreni, Bipolar Afektif Bozukluk ve OKB tanısı almış kişilerle sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, psikiyatrik tanı alan grupların sağlıklı gruba göre tüm erken dönem uyum bozucu şemalardan daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Psikiyatrik tanı grupları karşılaştırıldığında ise OKB tanısı almış kişilerin haklılık, yetersiz özenetim ve güvensizlik/kötüye kullanılma şemaları dışında diğer şemalardan daha yüksek puanlar aldıkları sonucuna ulaşılmıştır (Khosravani ve ark., 2019). Panik Bozukluğu ve OKB'yi karşılaştıran bir çalışmaya göre OKB tanısı almış grubun kusurluluk/utanç ve sosyal izolasyon puanları yüksekken, Panik Bozukluğu tanısı alan grubun dayanıksızlık ve kendini feda puanları yüksektir (Kwak & Lee, 2015). Kronik Ağrı Bozukluğu, Yeme Bozuklukları ve OKB karşılaştırıldığında ise OKB tanısı almış grubun diğer gruplara göre bağımlılık, dayanıksızlık, terk edilme ve yetersiz özenetim şemalarından daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Şema modları açısından ise OKB tanısı almış grubun kırılğan çocuk, öfkeli çocuk, cezalandırıcı ebeveyn ve talepkâr ebeveyn modlarından aldıkları puanlar diğer gruplara göre yüksektir (Voderholzer ve ark., 2014). Kaygı Bozuklukları ve OKB tanısı almış kişileri karşılaştıran bir çalışmada OKB tanısı almış grubun duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç ve güvensizlik/kötüye kullanılma şemalarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yoosefi ve ark., 2016). Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Trikotillomani tanısı almış kişiler, güvensizlik/kötüye kullanılma, kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma, duyguları bastırma ve boyun eğme şemaları açısından farklılık göstermektedir (Lochner ve ark., 2005).

Klinik olmayan bir grupta şemaların ve modların obsesif kompulsif belirti şiddetiyle ilişkisini inceleyen bir araştırmanın sonucuna göre terk edilme, dayanıksızlık, güvensizlik/kötüye kullanılma, sosyal izolasyon/yabancılaşma, boyun eğme, yüksek standartlar ve duyguları bastırma şemalarının belirti şiddetiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca, talepkâr ebeveyn modunun da belirti şiddetinin artmasıyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tenore, Mancini, ve ark., 2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış kişiler ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişileri, erken dönem uyum bozucu şemaların şiddeti açısından karşılaştıran bir çalışma bulunmaktadır. Çalışmada, OKB tanısı almış grubun kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma ve başarısızlık şemalarından sağlıklı kişilere göre daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Bazı çalışmaların aksine bu çalışmada obsesif kompulsif belirti şiddetiyle şemalar arasında ilişki bulunmamıştır (Kim ve ark., 2014). Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış kişilerin dahil edildiği bir çalışmada ise sosyal izolasyon, cezalandırıcılık, boyun eğme ve başarısızlık şemaları ile cezalandırıcı ebeveyn modunun yüksek olduğu belirlenmiştir (Basile ve ark., 2017). İntihar düşüncesi ve girişimi ile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisini inceleyen bir çalışmada ise kusurluluk şemasının OKB de intihar düşünce ve girişimini yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (Khosravani ve ark., 2017).

Ülkemizde de erken dönem uyum bozucu şemalar ve OKB ilişkisini incelemek amacıyla yürütülen çalışmalar mevcuttur. Yapılan çalışmalardan birinin sonucunda iç içe geçme/gelişmemiş benlik, terk edilme, başarısızlık, kusurluluk, onay arayıcılık, yetersiz özdenetim, kendini feda, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon/güvensizlik ve cezalandırıcılık şemalarının OKB tanısı almış grupta daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca dayanıksızlık şemasının belirti şiddetini yordadığı öne sürülmektedir (Kizilgac & Cerit, 2019). Bir diğer çalışmada ise OKB tanısı almış kişilerin karamsarlık, dayanıksızlık ve sosyal izolasyon şemalarının sağlıklı kişilere oranla daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Karahan, 2006). Yürütülen bir diğer çalışmanın sonucunda ise OKB tanısı almış grubun sağlıklı gruba göre boyun eğme, yüksek standartlar, haklılık, onay arayıcılık, dayanıksızlık, sosyal izolasyon, başarısızlık, duygusal yoksunluk, kusurluluk ve karamsarlık şemalarından daha yüksek puanlar aldığı belirtilmektedir (Atalay ve ark., 2008).



Literatürde BDT ile erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisini inceleyen çalışmalara da rastlanmaktadır. Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış kişilerle yürütülen BDT gruplarında yapılan çalışmalardan birinin sonucuna göre tedavi öncesinde erken dönem uyum bozucu şemaların yüksek olmasının tedavinin daha az etkili olmasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu şemaların özellikle Kopukluk ve Reddedilme şema alanında yer aldığına dikkat çekilmiştir (Sunde ve ark., 2019). Psikiyatri kliniğinde yatan OKB tanısı almış kişilerde terapi sonuçları ile erken dönem uyum bozucu şemalar ve şema modlarının ilişkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda hastalara haftada iki kere bireysel terapi ve haftada bir kere grup terapisi uygulanmıştır. Bireysel görüşmelerde maruz bırakma ve tepki önleme teknikleri uygulanırken grup terapileri, hastalık ve tedavi ile ilgili psikoeğitimi içermektedir. Elde edilen bulgular sonucunda tedavi öncesinde değerlendirilen erken dönem uyum bozucu şemalar ve şema modlarının obsesif kompulsif belirtilerle olumlu ilişkili olduğu belirlenmiştir. Tedavi sonucunda tedaviye yanıt veren ve vermeyen kişiler karşılaştırıldığında, iki grubun da tedavi öncesinde şema mod toplam puanlarında fark bulunmamıştır. Bunun yanı sıra tedaviye yanıt vermeyen grubun duyguları bastırma, sosyal izolasyon, güvensizlik/kötüye kullanılma ve kusurluluk şemaları ve kırılğan çocuk, kopuk korungan ile zorba ve saldırgan modlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kusurluluk şemasının tedavi sonucunu yordadığı öne sürülmektedir (Thiel ve ark., 2014).

Maruz bırakma ve tepki önleme yöntemlerinin uygulandığı bir grup terapisinde yaşantısal teknikler sürece dahil edilmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda yüksek standartların en yüksek şema olduğu belirlenmiştir. Diğer çalışmanın aksine tedavi öncesinde şemaların şiddetinin tedavi sonucuyla ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak tedavi öncesinde başarısızlık şemasının tedavi sonucunun olumsuz olmasıyla ilişkili olduğu, kendini feda şemasının yüksek olmasının ise olumlu sonuçla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kısa bir müdahale olmasına rağmen süreç sonunda dayanıksızlık, başarısızlık, boyun eğme, haklılık ve yetersiz özdenetim şemalarının şiddetinin azaldığı belirtilmektedir (Haaland ve ark., 2011). Yaşantısal tekniklerden biri olan imgeleme ile yeniden senaryolaştırmanın BDT sürecine eklendiği bir çalışmanın sonucuna göre OKB tanısı almış kişilerin farklı psikiyatrik tanı alan kişilere göre anılarının daha çok utanmaya yönelik olduğu ve suçluluk duygusunu içerdiği belirlenmiştir. Ayrıca OKB tanısı alan

grubun kabul edilme ihtiyaçlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Basile, De Sanctis, ve ark., 2018). Benzer bir çalışmada ise OKB tanısı almış kişilere sadece imgeleme ile senaryolaştırmayı içeren seanslar uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %35'inden fazlasında belirtilerde iyileşme gözlenmiştir. Belirti şiddeti az olan kişilerin daha az seansa ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir. Süreci takip eden birinci ve üçüncü aylarda da katılımcıların büyük çoğunluğunda belirtilerde artış gözlenmemiştir (Maloney ve ark., 2019). İmgeleme ile yeniden senaryolaştırmanın kullanıldığı bir diğer çalışmada da obsesif kompulsif belirtilerde azalma olduğu ve üç ay sonra da belirti şiddetinin aynı kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Veale ve ark., 2015).

Thiel ve arkadaşları (2016), hastanede yatan OKB tanısı almış hastalara şema terapi ile güçlendirilmiş maruz bırakma ve tepki önleme adını verdikleri bir tedavi uygulamışlardır. Tedaviye dirençli olan ve daha önce BDT almış olan hastalara uygulanan bu yöntem üç aşamadan oluşmaktadır. İlk olarak, şema terapinin tanıtıldığı ve davranışçı terapi sürecinin başladığı aşama yer almaktadır. Değişim aşaması adı verilen ikinci aşama, maruz bırakmayla ilgili kişinin yaşadığı problemlerin şema mod modelinden yola çıkarak uygulanan tekniklerle ele alınmasını içermektedir. Üçüncü aşama ise öğrenilen yeni becerilerin dış dünyaya aktarılmasıdır. On iki hafta süren tedavi sürecinin sonucunda bu yöntemin kullanılabilir olduğu, tedavi sonucunda belirtilerde anlamlı düzeyde azalma olduğu ve altı ay sonra da belirti şiddetinde artma gözlenmediği belirlenmiştir (Thiel ve ark., 2016).

Aktarılan bilgilerden yola çıkarak erken dönem uyum bozucu şemaların ve şema modlarının OKB'yle ilişkili olduğu görülmektedir. Aynı zamanda tedaviye dirençli kişilerle yürütülen tedavilerde şema terapi yöntemlerinin etkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Buradan yola çıkarak öncelikle OKB'nin Şema Mod modeline göre formülasyonu yapılmış (Gross ve ark., 2012), daha sonra ise OKB'de bilişsel terapi ve şema terapinin entegre edildiği bir model öne sürülmüştür (Luppino ve ark., 2018). Bir sonraki bölümde bu modele detaylı olarak yer verilecektir.

### 1.3.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Şema Mod Modeli

Tedaviye dirençli olan OKB tanısı almış kişilerde Şema Terapinin etkili olabileceği öne sürülmektedir. Özellikle, kişilik bozukluğu eştanısı ve travma öyküsü olan hastalarda işe yarayacağı düşünülmektedir. Bu varsayımlardan yola çıkarak hastaların travmalarının ele alınmasının, maruz bırakma ve tepki önleme tekniklerine engel olan kopma durumunun ortadan kaldırılmasının iyileşmeye neden olabileceği belirtilmektedir. Bu doğrultuda belirtilerin işlevini anlamaya yarayan, kişiye özgü oluşturulabilecek bir mod modeli formülasyonu önerilmiştir. Buna göre OKB tanısı almış kişilerin yalnız ve kırılgan çocuk, talepkâr ve eleştirel ebeveyn modlarının ön planda olduğu ileri sürülmektedir. Bu modların ortaya çıkarttığı yoğun duygularla ise kopuk korungan ve mükemmeliyetçi aşırı denetimci modlarla baş edildiği belirtilmektedir. Şema Terapi yöntemlerinin kullanılmasıyla hastaların maruz bırakma ve tepki önleme yöntemlerinde yaşadıkları zorlukların giderilmesi sağlanmış ve sağlıklı bir yetişkin oluşturulmaya çalışılmıştır. Ayrıca yazarlar, klinik deneyimlerinden yola çıkarak OKB tanısı almış kişilerde benzer temel duygusal ihtiyaçların eksik kaldığını öne sürmektedir. Otonomi, kabul, istikrar ve duyguların paylaşılması ihtiyacı bu hasta grubunda önem teşkil etmektedir. Dolayısıyla bu ihtiyaçlara yönelik uygulanacak olan yöntemlerle kişinin ihtiyaçlarını giderebilmesine yardımcı olunacağı düşünülmektedir (Gross ve ark., 2012).

Öne sürülen bu modelin ardından Luppino ve arkadaşları (2018), Bilişsel Terapi ve Şema Terapiyi entegre etmişlerdir. Bu teorik entegrasyonun temeli Mancini'nin (2018) öne sürdüğü Bilişsel Terapi çerçevesine dayanmaktadır. Buna göre OKB'nin oluşması ve sürdürülmesinde suçluluk ile tikslenme duygusunun ve sadece doğru hissedememe deneyimlerinin önemli bir rolü olduğuna inanılmaktadır. Özellikle suçluluk duygusuna vurgu yapan modele göre OKB tanısı almış kişilerin, bu duyguyu deneyimlemekle ilgili bazı hassasiyetlerinin olabileceği düşünülmektedir. Bu hassasiyetin nedeni olarak ise çocukluk yaşantıları gösterilmektedir. Çocukluk yaşantıları, daha önce de bahsedilen talepkâr ve eleştirel ebeveynlik tarzlarını içermektedir. Bu kişilerin genellikle ahlaki açıdan çok katı bir ortamda büyüdükleri belirtilmektedir. Bunun sonucunda da suçluluk duygusu yaşamaktan kaçınıyor olabilecekleri düşünülmektedir. Bu hassaslık nedeniyle, girici düşüncelerin tehdit olarak değerlendirilip, yoğun kaygı ve suçluluk duygusuna

neden olabileceği öne sürülmektedir. Bu duygularla baş etmek için kompulsiyonlar ve nötrleme davranışları ortaya çıkıyor olabileceği savunulmaktadır. Daha sonra ise bu davranışlarla ilgili değerlendirmeler oluşmaktadır. Bu davranışların hayatı nasıl etkilediği ve durdurulması gerektiğini içeren bu değerlendirmelerin sonucunda ise öfke, suçluluk ve üzüntü duygularının ortaya çıkıyor olabileceği ve bu sürecin bir kısır döngü haline geliyor olabileceği belirtilmektedir. Tedavide ise bu kısır döngünün aktarılması ve altta yatan hassasiyetlerin ele alınması amaçlanmaktadır (Luppino ve ark., 2018).

Luppino ve arkadaşlarının (2018) önerdiği bu bilişsel modele daha sonra Şema Terapi entegre edilmiştir. Hastalığa yatkınlık oluşturan hassasiyetlerin altında erken dönem uyum bozucu şema ve modların olduğu öne sürülmüştür. Girici düşüncenin zihne gelmesiyle birlikte yapılan değerlendirmede talepkâr ve eleştirel ebeveyn modunun etkili olduğu ve bunun sonucunda tetiklenen kırılğan çocuk moduyla birlikte yoğun kaygı ve suçluluk duygularının ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu duygularla başa çıkmak için mükemmeliyetçi aşırı denetimci baş etme modu devreye giriyor olabilir. Ancak uzun vadeli bir etkisi olmadığı için tekrar talepkâr ve eleştirel ebeveyn modlarının tetiklendiği ikinci değerlendirme sürecinin ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Bu değerlendirmenin ardından ise kırılğan çocuk modunun yanı sıra öfkeli çocuk modunun da tetikleniyor olabileceği düşünülmektedir. Yatışmayan yoğun duygular sonucunda mükemmeliyetçi aşırı denetimci ya da kopuk korungan modun devreye giriyor olabileceği belirtilmektedir. Bütün bu baş etme yöntemlerinin kısa vadede işe yaramakla birlikte uzun vadede hastalığın sürmesine neden olabileceği savunulmaktadır. Önerilen bu modelde tanımlanan tedavi hedefleri ise kırılğan ve suçlu çocuk modlarının ihtiyaçlarına odaklanmak, talepkâr ve eleştirel ebeveyn modlarının yoğunluğunu ve sıklığını azaltmak, mükemmeliyetçi aşırı denetimci modunun yöntemlerini değiştirip kişinin bu tehdidi kabullenmesini sağlamak, eğer öfkeli çocuk modu varsa öfkenin uygun bir şekilde ifade edilmesine odaklanmak ve sağlıklı yetişkin modunu güçlendirmektir (Tenore, Basile, ve ark., 2018). Şema Terapi yöntemlerinin kullanımına yönelik bakıldığında ise duygusal ihtiyaçları ele almak için imgeleme ve modları ele almak için sandalye çalışmasının etkili olduğu belirtilmektedir (Basile, Luppino, ve ark., 2018).

## 1.4 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI

Psikoloji alanında 20. yüzyıla kadar kuramlar ve yapılan çalışmalar kişiliğin olumsuz ve yetersiz tarafları ile kişinin işlevselliğini bozan psikolojik rahatsızlıklara odaklanmıştır. Özellikle klinik psikoloji alanında, kişilik özelliklerinin olumlu ve olumsuz yanlarına odaklanma konusundaki dengesizlik pozitif psikoloji akımının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu akım, kişinin gelişimini ve işlevselliğinin artmasını sağlayacağına inanılan kavramlara odaklanmaktadır. Böylece insanı bir bütün olarak, olumlu ve olumsuz yanlarıyla değerlendirmek mümkün olacaktır (Gable & Haidt, 2005). Buradan yola çıkarak klinik psikoloji alanında da pozitif yönlere odaklanılmaya başlanmıştır. Pozitif klinik psikolojide, hastalıkların gelişmesinde etkili olan olumsuz kavramların yanı sıra olumlu kavramların da çalışılmasının, hastalıkların daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacağı ileri sürülmektedir. Böylece olumlu yaşam olaylarının nasıl artırılacağı ve olumlu özelliklerin hastalıklarda nasıl bir koruyucu etkisi olabileceği araştırılmaktadır. Araştırmalardan elde edilen bilgiler ışığında da olumlu özellikler ve duyguların artırılmasına yönelik müdahaleler geliştirilmektedir (Wood & Tarrier, 2010). Erken dönem uyum bozucu şemalar ile erken dönem uyumlu şemaların farklı yapılar olduğu belirtilmektedir. Şema kuramı kapsamında tanımlanan pozitif şemaların, negatif şemaların tam karşıtı olmadığı ve her iki gruptan şemanın da bir kişide mevcut olabileceği öne sürülmektedir. Ayrıca negatif şemaların şiddetinin azalmasının, doğrudan pozitif şemaların şiddetinin artmasına neden olmayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle pozitif şemaların ayrıca değerlendirilip, tedavi sürecine dahil edilmesinin klinik uygulama açısından oldukça faydalı olacağı belirtilmektedir (Louis ve ark., 2018). Dolayısıyla Young Pozitif Şema Ölçeği'nin (YPŞÖ) toplumumuza uyarlanmasıyla birlikte, yapılan çalışmanın hem akademik hem de uygulamaya yönelik katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yürütülen ikinci çalışmanın önemine bakıldığında ise OKB tanısı alan hastaların bir kısmının tedaviye rağmen belirtilerinin devam ettiği görülmektedir (Abramowitz ve ark., 2003). Tedaviye dirençli hastalar için ise Şema Terapi önerilmektedir. Şema Terapiye göre OKB tanısı almış kişilerde, benzer temel duygusal ihtiyaçların karşılanamaması sonucunda benzer çocuk, ebeveyn ve baş etme modları ortaya çıkmaktadır. Özellikle

işlevsel olmayan ebeveyn modlarının, belirtilerin şiddeti ve tedaviye uyumla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Tedavinin temel amacının ise işlevsel olmayan modlara müdahale ederek kişinin ihtiyaçlarını daha sağlıklı bir şekilde karşılayabilmesini ve belirtilerinin azalmasını sağlamaktır (Gross ve ark., 2012; Tenore, Basile, ve ark., 2018). Tedavi sürecinde, işlevsel olmayan modların yaşantısal tekniklerle ele alınması gerektiği savunulmaktadır (Basile, Luppino, ve ark., 2018; Gross ve ark., 2012). Önerilen bu yaşantısal tekniklerden biri olan sandalye çalışmasıyla işlevsel olmayan ebeveyn modlarının ele alınması ve modların içeriklerinin detaylı incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Modların içeriklerinde ortak temaların olmasının hastaları anlamak ve tedavilerini daha etkili sürdürebilmek açısından önemli olabilir. Ayrıca bu ortak temaların pozitif ve negatif şemalarla ilişkilerinin kurulması da tedavi sürecinde dikkat edilmesi gereken noktalara işaret edebilir. Böylece OKB tanısı almış kişilerin psikoterapi süreçlerinde yol gösterici bilgiler elde edilebileceğine inanılmaktadır.

Yapılan araştırma kapsamında yürütülen ilk çalışmanın amacı, pozitif şemaları değerlendiren Young Pozitif Şema Ölçeğinin (YPŞÖ) toplumumuza uyarlanması ve psikiyatri kliniğine başvuran kişilerde pozitif şemalar ve erken dönem uyum bozucu şemalar ile belirtilerin ilişkisini incelemektir. Bu amaca yönelik yanıtlanması beklenen sorular ve hipotezler ise şu şekildedir:

1. YPŞÖ'nün Türkçe formu istenilir psikometrik özelliklere sahip midir?

Hipotez 1: YPŞÖ'nün Türk örnekleminde yapılan çalışma sonucunda, ölçeğin orijinal formunda elde edilen geçerlik ve güvenilirlik değerlerine paralellik göstermesi beklenmektedir.

2. Psikiyatri kliniğine başvuru yapan kişilerden oluşan grup ile sağlıklı kontrollerin YPŞÖ'den aldıkları puanlar arasında bir farklılık var mıdır?

Hipotez 2: Psikiyatri polikliniğine başvuran kişilerden oluşan grubun YPŞÖ ve MÖ puanlarının sağlıklı gruba göre daha düşük olması, YŞÖ-KF ve OİÖ puanlarının ise daha yüksek olması beklenmektedir.

3. Pozitif ve negatif şemalar psikopatolojileri nasıl bir örüntü ile yordamaktadır?

Hipotez 3 (a): YPŞÖ'den alınan puanların, Belirti Tarama Testi (SCL-90-R) ile değerlendirilen psikolojik belirtileri olumsuz yönde anlamlı bir şekilde yordaması beklenmektedir.

Hipotez 3 (b): YŞÖ-KS'dan alınan puanların, psikolojik belirtileri olumlu yönde anlamlı bir şekilde yordaması beklenmektedir.

Yürütülen ikinci çalışmanın amacı ise literatürde yer alan OKB'nin Şema Mod modelinde bahsedilen işlevsel olmayan ebeveyn modlarına yönelik uygulanan sandalye yönteminde OKB tanısı almış kişilerin yakınmalarında ortak temalar olup olmadığının ve bu temaların pozitif ya da negatif şemalarla ilişkisinin incelenmesidir. Ayrıca uygulanan sandalye yöntemindeki deneyimlerin detaylı incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen veriler, nitel analiz teknikleri kullanılarak değerlendirildiği için hipotez oluşturulması yerine aşağıdaki sorulara yanıt bulunması amaçlanmıştır.

1. OKB tanısı almış kişiler, işlevsel olmayan ebeveyn modlarının ortaya çıktığı anlarda öznel olarak ne yaşamaktadır?
2. OKB tanısı almış kişilerin işlevsel olmayan ebeveyn modlarının içeriğinde ortak temalar var mıdır?
3. Ortaya çıkan öznel yaşantılar ve ortak temalar, pozitif şemalar ve erken dönem uyum bozucu şemalarla ilişkilendirilebilir mi?
4. Ortaya çıkan öznel yaşantılar ve ortak temalar tedaviyi nasıl etkilemektedir?

## 2. BÖLÜM

### BİRİNCİ ÇALIŞMA: ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI

#### 2.1 YÖNTEM

Araştırma kapsamında yürütülen ilk çalışma, YPŞÖ'nin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesini amaçlamaktadır.

##### 2.1.1. Katılımcılar

Çalışma iki katılımcı grubu dahil edilmiştir. İlk grup; çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olan, 18 yaş üstünde olan 352 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılara, sosyal medya hesapları ve elektronik posta üzerinde yapılan duyuru ile ulaşılmıştır. Bu grubun dışlama kriterleri, herhangi bir psikiyatrik tanı konulmuş olması ya da tedavi alıyor olmaktır. Katılımcıların tanı almamış olmalarına rağmen psikolojik belirtilerinin olup olmadığını belirlemek amacıyla Belirti Tarama Listesi uygulanmıştır. Toplam puanların ortalamasının alınmasıyla elde edilen Genel Belirti Düzeyi puanları hesaplanmıştır (ort = 0.91, ss = 0.60). Literatüre bakıldığında, Covid-19 salgını sürecinde normal popülasyonu oluşturan kişilerin psikolojik belirtilerinde artış görüldüğünü (Gonzalez-Sanguino ve ark., 2020; Moccia ve ark., 2020; Xiong ve ark., 2020) ve ölçeğin kesme puanının iki katı yükseldiğini gösteren bir çalışma mevcuttur (Knolle ve ark., 2021). Ayrıca pandemi koşulları altında kişilerin yaşadıkları korku, kaygı gibi belirtilerin normal olarak değerlendirilmesinin daha uygun olabileceği tartışılmaktadır (Johnstone, 2020). Bu bilgilerden yola çıkarak ortalamanın iki standart sapma üzerinde kalan 20 katılımcının verileri analize dahil edilmemiştir. Analize dahil edilen 332 katılımcının yaş aralığı 18-72 (ort = 35.5, ss = 15.23) arasında değişmektedir. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 3'te verilmiştir.



**Tablo 3.** Psikiyatrik Tanı Almamış Olan Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Değerler

	Değişken	Sıklık (F)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	239	72
	Erkek	90	27.1
	Cinsiyetsiz	3	0.9
Medeni Durum	Bekar	188	56.6
	Evli	137	41.3
	Boşanmış	7	2.1
Eğitim Durumu	İlkokul	3	0.9
	Ortaokul	3	0.9
	Lise	117	35.2
	Yüksek okul	7	2.1
	Üniversite	153	46.1
	Lisansüstü	49	14.8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	166	50
	Çalışmıyor	166	50

Çalışmaya dahil edilen ikinci grup ise Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü 33 kişiden oluşmaktadır. Çalışmanın planlanması aşamasında, psikiyatrik tanı almış grubun 100 kişiden oluşması planlanmıştır. Ancak veri toplama sürecinde, Covid-19 pandemisinin başlamasıyla birlikte hastaneler kapanmıştır. Polikliniklerin açılmasının ardından da oldukça kısıtlı kişi kabul edilebilmiştir. Bu nedenle, çalışmaya dahil edilen psikiyatrik tanı alan katılımcı sayısı planlananın oldukça altında kalmıştır. Bu katılımcı grubunun dışlama kriterleri ise bilişsel kapasitenin soruları cevaplamaya yetmemesi ve psikoz tanısı alınmış olmasıdır. Katılımcıların yaş aralığı 19-55 (ort = 30.21, ss = 8.2) arasında değişmektedir. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 4'te görülmektedir.

**Tablo 4.** Psikiyatrik Tanı Almış Olan Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Değerler

	Değişken	Sıklık (F)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	23	69.7
	Erkek	10	30.3
Medeni Durum	Bekar	17	51.5
	Evli	15	45.5
	Boşanmış	1	3
Eğitim Durumu	İlkokul	1	3
	Ortaokul	1	3
	Lise	12	36.4
	Üniversite	9	27.3
	Lisansüstü	10	30.3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	14	42.4
	Çalışmıyor	19	57.6
Hastalık Tanısı	OKB	12	36.4
	Depresyon	10	30.3
	Anoreksiya Nervoza	4	12.1
	Kaygı Bozukluğu	2	6.1
	Panik Bozukluğu	1	3
	Sosyal Kaygı Bozukluğu	1	3
	Boderline Kişilik Bozukluğu	1	3
	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	1	3
	Öfke Kontrol Bozukluğu	1	3
Tedavi	İlaç	11	33.3
	Psikoterapi	2	6.1
	İlaç ve Psikoterapi	20	60.6
Belirtilerin Algılanan Şiddeti	Düşük	10	30.3
	Orta	10	30.3
	Yüksek	12	39.4

### 2.1.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara demografik bilgi formu, Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ-KF), Young Pozitif Şema Ölçeği (YPSÖ), Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Obsesif İnanışlar Ölçeği-20 (OIÖ-20) ve Minnettarlık Ölçeği (MÖ) uygulanmıştır.

#### 2.1.2.1. Demografik Bilgi Formu

Çalışma kapsamında, katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla demografik bilgi formu oluşturulmuştur. Form; genel demografik bilgiler, psikiyatrik ve fiziksel hastalık öyküsü, ilaç tedavileri, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve yakın zamanda yaşanan travmatik bir olay olup olmadığına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Demografik bilgi formu EK 1’de verilmiştir.

#### 2.1.2.2. Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ-KF)

Erken dönem uyum bozucu şemaların değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen, öz bildirime dayalı ölçeğin ilk versiyonu 16 şema ve 205 maddeden oluşmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda, beş boyut ve 18 alt ölçekten oluşan kısa formu geliştirilmiştir. Bu boyut ve alt ölçekler, beş şema alanı ve 18 erken dönem uyum bozucu şemadan oluşmaktadır. Ölçek, 6’lı Likert tipi derecelendirilen (1 = Benim için tamamıyla yanlış, 6 = Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) 90 madde içermektedir (Young ve ark., 2003). Ölçeğin alt ölçeklerinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının 0.76-0.93 arasında değiştiği belirlenmiştir (K. Welburn ve ark., 2002). Ülkemizde, ölçeğin kısa formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Soygüt ve arkadaşları (2009) tarafından yürütülmüştür. Elde edilen bulgulara göre ölçeğin Türkçe versiyonunun, orijinaline benzer olarak beş boyutu olduğu ancak 14 faktörlü olduğu belirlenmiştir. Madde sayısı aynı kalmış ancak maddelerin dağılımı değişmiştir. Yapılan analizler sonucunda tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır. Boyut ve faktörlere bakıldığında ise şema alanları için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0.53-0.81 ve şema boyutları için 0.63-0.80 arasında değişmektedir (Soygüt ve ark., 2009). Bu çalışmada psikiyatrik tanı

almamış örneklem için tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise 0.62-0.83 arasında değişmektedir. Psikiyatrik tanı alan örneklemde tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise 0.66-0.91 arasında değişmektedir. Ölçek formu EK 2’de verilmiştir.

### 2.1.2.3. Young Pozitif Şema Ölçeği (YPŞÖ)

Ölçek, erken dönem uyum bozucu şemaların karşılığı olduğu öne sürülen pozitif şemaların değerlendirilmesi amacıyla Louis ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirilme aşamasında, alanda uzman olan dört terapist tarafından madde havuzu oluşturulmuştur. Bu maddelerin bir kısmı YŞÖ-KF yer alan maddelerin aynalanmış formlarıdır. Bu aynalama etkisi, teorik olarak her bir erken dönem uyum bozucu şemanın pozitif bir karşılığı olmasına ve temelde her iki şema türünün de temel duygusal ihtiyaçlara dayanıyor olmasına bağlanmaktadır. Bazı maddeler ise doğrudan YŞÖ-KF’den çevrilerek elde edilmiştir. Oluşturulan ilk form 90 maddeden oluşmaktadır. Ancak ölçek, beş farklı ülkede yürütülen üç aşamalı araştırma sonucunda 14 faktörlü, 56 maddelik son haline getirilmiştir. Özbildirime dayalı olan ölçeğin maddeleri, 6’lı Likert tipi (1 = Benim için tamamıyla yanlış, 6 = Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) derecelendirilmektedir. Ölçeğin son halinin 14 faktörü ise şu şekildedir: Duygusal tatmin (emotional fulfillment), başarı (success), empatik düşünme (empathic consideration), temel sağlık ve güvenlik/optimizm (basic health and safety/optimism), duygusal açıklık ve kendiliğindenlik (emotional openness and spontaneity), öz-şefkat (self-compassion), sağlıklı sınırlar/gelişmiş benlik (healthy boundaries/developed self), sosyal aidiyet (social belonging), sağlıklı öz-kontrol/öz-disiplin (healthy self-control/self-discipline), gerçekçi beklentiler (realistic expectations), (self-directedness), sağlıklı öz- ilgi/öz-bakım (healthy self-interest/self-care), istikrarlı bağlanma (stable attachment), sağlıklı özgüven/yeterlilik (healthy self-reliance/competence) (Louis ve ark., 2018).

Ölçeğin uyum geçerliği analizleri kapsamında YPŞÖ ile Uluslararası Kişilik Envanteri-Kısa Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Minnettarlık Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Mizah Tarzları Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen bulgulara

göre Uluslararası Kişilik Envanteri-Kısa Formu ve YPŞÖ'nün faktörleri arasındaki ilişki şu şekildedir: uyumluluk (agreeableness) alt ölçeği ile YPŞÖ'nün duygusal açıklık ve kendiliğindenlik ile sosyal aidiyet alt ölçekleri arasında; sorumluluk sahibi olma alt ölçeği ile YPŞÖ'nün başarı, sağlıklı öz-kontrol/öz-disiplin, sağlıklı özgüven/yeterlilik, öz-yönelimlilik ve sosyal aidiyet alt ölçekleri; dışa dönüklük alt ölçeği ile YPŞÖ'nün duygusal açıklık ve kendiliğindenlik ve sosyal aidiyet alt ölçekleri arasında yüksek pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Minnettarlık Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği, YPŞÖ'nün tüm faktörleriyle pozitif ilişkili bulunmuştur. Mizah Tarzları ölçeğinin olumlu mizahla ilişkili olan alt ölçekleri ile YPŞÖ'nün alt ölçekleri pozitif ilişkiliyken, olumsuz mizahla ilişkili alt ölçekleri negatif ilişkilidir. Uluslararası Kişilik Envanteri-Kısa Formunun nevrotiklik alt ölçeği ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ile YPŞÖ'nün tüm alt faktörleri negatif ilişkili bulunmuştur. Ölçeğin yapı ve ayırt edici geçerliğinin belirlenmesi amacıyla YPŞÖ, YŞÖ-KF ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre YŞÖ-KF'nin alt ölçekleri, YPŞÖ'nün alt ölçekleriyle negatif ilişkilidir. Alt ölçekler arasındaki korelasyonlar -0.22 ile -0.72 arasında değişmektedir (Louis ve ark., 2018). Ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özellikleri bu araştırma kapsamında incelenecektir. Ölçek formu EK 3'te verilmiştir.

#### 2.1.2.4. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Yaşanan fiziksel ve psikolojik belirtilerin ve olumsuz stres tepkilerinin derecesinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiş olan ölçek, 5'li Likert tipi (0 = Hiç, 4 = İleri derecede) derecelendirilen 90 maddeden oluşmaktadır. Özbildirime dayalı bir ölçektir. Ölçeğin faktör yapısına ilişkin yürütülen çalışma sonucunda dokuz alt ölçeğinin bulunduğu saptanmıştır. Bunlar; somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paraniid düşünce ve psikotizmdir. Ayrıca ek bir ölçekle yeme sorunları, uyku problemleri ve suçluluk duyguları değerlendirilmektedir. Ölçeğin, genel belirti düzeylerini değerlendiren üç göstergesi bulunmaktadır. Bu göstergeler; Genel Belirti Düzeyi, Pozitif Belirti Düzeyi ve Pozitif Belirti Toplamıdır (Derogatis & Cleary, 1977). Ölçeğin orijinal formunun alt ölçeklerinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0.77-0.90 arasında değişmektedir (Derogatis ve ark., 1976). Ülkemizde, üniversite öğrencileriyle yürütülen çalışmada ölçeğin faktör yapısının orijinal formuyla

benzer olduğu, maddelerin faktör yüklerinin 0.79-0.88 aralığında olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ölçeğin birleşen ve ayırt edici geçerlik analizleri yürütülmüş ve ölçeğin geçerli bir ölçüm aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Güvenirlilik analizleri sonucunda ise ölçeğin tümünün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0.97 olduğu belirlenmiştir. Alt ölçeklerin test tekrar-test güvenirlilik katsayıları ise 0.65-0.90 arasında değişmektedir (Dağ, 1991). Yapılan araştırmanın örneklemelerinde, iç tutarlılık katsayıları psikiyatrik tanı almayan grup için 0.96, psikiyatrik tanı alan grup için ise .98 olarak hesaplanmıştır. Ölçek formu EK 4'te verilmiştir.

#### 2.1.2.5. Obsesif İnanışlar Ölçeği-20 (OIÖ-20)

Ölçek, OKBÇG (2001,2003) tarafından tanımlanan, OKB'de etkili altı obsesif inanç alanını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Obsessive Compulsive Cognitions Working, 2001, 2003). İlk olarak 87 maddeden oluşan ölçeğin, daha sonra obsesif inanç alanlarının üçe indirilmesiyle birlikte 44 maddelik versiyonu geliştirilmiştir (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005). Moulding ve arkadaşları (2011), iki farklı ülkede yürüttükleri çalışma sonucunda ölçeğin 4 faktörlü ve 20 maddelik kısa versiyonunun da geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir. Ölçeğin alt faktörleri tehdit öngürüsü, sorumluluk, düşüncelerin ve kontrolünün önemsenmesi ve mükemmeliyetçiliktir. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayılarının İsrail örneğinde 0.78-0.81, Avustralya örneklemelerinde 0.80-0.82 ve 0.77-0.83 arasında olduğu belirlenmiştir (Moulding ve ark., 2011). Ülkemizde, ölçeğin 20 maddelik kısa versiyonunun geçerlik ve güvenirlilik çalışması ise Yorulmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinaline uygun olarak dört faktör elde edilen çalışmada maddelerin faktör yüklerinin 0.38-0.77 arasında değiştiği belirlenmiştir. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları ise 0.78-0.80 arasında hesaplanmıştır (Yorulmaz ve ark., 2019). Bu çalışmada, tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı psikiyatrik tanı alan örnekte 0.88, psikiyatrik tanı alan örnekte ise 0.92 olarak hesaplanmıştır. Ölçek formu EK 5'te yer almaktadır.

### 2.1.2.6. Minnettarlık Ölçeği

Ölçek, 7'li Likert tipi derecelendirilen altı maddeden oluşmaktadır. Minnettarlığın sıklığı, yoğunluğu, şiddeti ve süresi değerlendirilmektedir. Tek boyutu olan ölçeğin iki maddesi ters puanlanmakta ve ölçekten alınan toplam puanın artması minnettarlığın arttığını göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.82 olarak hesaplanmıştır (McCullough ve ark., 2002). Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları hem üniversite öğrencileriyle hem de yetişkin örnekleme yürütülmüştür. Üniversite öğrencileriyle yürütülen çalışma sonucunda, bir maddenin ölçek dışı kalmasıyla birlikte madde sayısı 5'e düşmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.77 olarak hesaplanmıştır (Yüksel & Oğuz Duran, 2012b). Yetişkin örneklem grubuyla yürütülen geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda ise altı maddelik formun daha uygun olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.67'dir (Yüksel & Oğuz Duran, 2012a). Yürütülen mevcut çalışmada ise tüm ölçek için iç tutarlılık katsayısı psikiyatrik tanı almayan örnekleme 0.72, psikiyatrik tanı alan örnekleme 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek formu EK 6'da yer almaktadır.

### 2.1.3. İşlem

YPŞÖ'nün Türkçeye uyarlanması için ilk olarak ölçeğin çeviri süreci gerçekleştirilmiştir. Çeviri-geri çeviri yönteminin kullanıldığı süreçte, ölçek öncelikle Türkçe ve İngilizce dil becerileri yeterli olan üç klinik psikolog tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçeye çevrilen metin daha sonra klinik psikoloji alanında uzman üç farklı klinik psikoloğa gönderilerek, İngilizce orijinal formu ile karşılaştırılmıştır. Uzmanlardan gelen geribildirimler sonucunda gerekli düzenlemeler yapılarak, ölçek tek bir form haline getirilmiştir. Orijinal dili olan İngilizceden Türkçeye çevrilen ölçeğin Türkçeden İngilizceye geri çevirisi ise ölçeğe daha önce erişimi olmayan, Türkçe ve İngilizce dillerine hâkim profesyonel bir çevirmen tarafından gerçekleştirilmiştir. Profesyonel çevirmenin İngilizce form ile ölçeğin orijinal İngilizce formu karşılaştırılarak son düzenlemeler yapılmış ve ölçeğin Türkçe versiyonu son haline getirilmiştir.

Ölçeğin çeviri-geri çeviri sürecinin tamamlanmasının ardından Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli izinler alınarak veri toplama sürecine başlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların Bilgilendirilmiş Onam Formunu doldurmaları istenmiştir (EK 7). Bu formda araştırma ile ilgili detaylı bilgi verilerek katılımcılar bilgilendirilmiştir. Ölçekler sosyal medya ve elektronik posta aracılığıyla ulaşılan kişilere çevrimiçi formda uygulanmıştır. Uygulama süresi yaklaşık 45-50 dakika arasında sürmüştür. Uygulama sonucunda katılımcılara herhangi bir ödül verilmemiştir.

#### **2.1.4. Verilerin Analizi**

Araştırmanın istatistiksel analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS V. 23) ve RStudio programları kullanılarak yürütülmüştür. Elde edilen verilerin SPSS V. 23 programına aktarılmasının ardından kayıp veri, normallik ve uç değer analizleri yürütülmüştür. Katılımcıların SCL-90-R Genel Belirti Düzeyi puanları hesaplanmış, ortalamanın iki standart sapma üstünde olan 20 katılımcının verisi setten çıkartılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla toplam puanı ve 14 alt ölçeğinin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayıları hesaplanmış ve test tekrar-test güvenilirlik analizleri yürütülmüştür. Geçerlik analizlerinde ise ölçeğin faktör yapısını belirlemek amacıyla RStudio programında Doğrulamalı Faktör Analizi yapılmıştır. Ölçeğin birleşen ve ayırt edici geçerliğinin belirlenmesi amacıyla YPŞÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları ile YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ-20 ve MÖ toplam puanları ve YŞÖ-KF alt ölçek puanları arasındaki korelasyon değerleri korelasyon analizi yürütülerek elde edilmiştir.

Geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yanı sıra psikiyatrik tanı almış ve almamış olan iki grubun YPŞÖ, YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ-20 ve MÖ puanları açısından farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. İki örneklem grubu arasındaki sayı farkı göz önünde bulundurularak psikiyatrik tanı almamış örnekleme oluşturan 332 kişinin %10'u olacak şekilde seçkisiz atanan 30 kişi analize dahil edilmiştir. Gruplar arasında YPŞÖ, YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ-20 ve MÖ toplam puanları arasında anlamlı fark olup olmadığını incelemek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi uygulanmıştır. İki grup arasında YPŞÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla MANOVA



analizleri yürütülmüştür. Son olarak erken dönem uyum bozucu şemalar ile erken dönem uyumlu şemaların, psikolojik belirtiler üzerindeki yordayıcı gücünü belirlemek amacıyla Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi yapılmıştır.

## **2.2. BULGULAR**

Araştırmanın verileri analiz edilmeden önce psikiyatrik tanı almayan (N = 332), iki hafta aralıkla tekrar ölçüm alınan (N = 50) ve psikiyatrik tanı alan (N = 33) katılımcılardan elde edilen verilerin parametrik analizlere uygunluğu değerlendirilmiştir. Verilerin SPSS programına girilmesi sırasında oluşabilecek olası hataları belirlemek amacıyla sıklık analizleri yürütülmüş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Düzeltmelerin ardından kayıp değer analizi yapılarak, eksik verilere serinin ortalama değerleri girilmiştir. Verilerin düzenlenmesiyle birlikte her bir veri setinin normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadığı incelenmiştir. Tabachnick ve Fidell'e göre (2014), çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında olması normallik varsayımının karşılandığını göstermektedir. Araştırma kapsamında elde edilen verilere ilişkin basıklık ve çarpıklık değerleri hesaplanmış, psikiyatrik tanı almamış grubun (N = 332) normal dağılım varsayımını karşılamadığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra tekrarlı uygulama yapılan grup (N = 50) ve psikiyatrik tanı alan ve almayan katılımcılardan oluşturulan grubun (N = 63) normal dağılım varsayımını karşıladığı belirlenmiştir.

### **2.2.1. Geçerlik Analizleri**

#### **2.2.1.1. Yapı Geçerliği**

Erken dönem uyumlu şemaların değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen YPŞÖ, 6'lı Likert tipi 56 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal halinin 14 alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar: Duygusal tatmin (emotional fulfillment; Madde 4, 25, 30, 50, 55), başarı (success; Madde 5, 15, 35, 43, 48), empatik düşünme (empathic consideration; Madde 13, 20, 32, 51), temel sağlık ve güvenlik/optimizm (basic health and safety/optimism; Madde 7, 16, 27, 29 ve 34), duygusal açıklık ve kendiliğindenlik (emotional openness

and spontaniety; Madde 9, 23, 40, 46), öz şefkat (self-compassion; Madde 12, 17, 39), sağlıklı sınırlar/gelişmiş benlik (healthy boundaries/developed self; Madde 8, 24, 36), sosyal aidiyet (social belonging; Madde 3, 38, 44, 47, 49), sağlıklı öz-kontrol/öz-disiplin (healthy self-control/self-discipline; Madde 11, 18, 22, 31), gerçekçi beklentiler (realistic expectations; Madde 1, 10, 19, 53), öz-yönelimlilik (self-directedness; Madde 14, 21, 26, 54), sağlıklı öz-ilgi/öz-bakım (healthy self-Interest/self-care; Madde 42, 52, 56), istikrarlı bağlanma (stable attachment; Madde 2, 28, 33, 37) ve sağlıklı özgüven/yeterlilik'tir (healthy self-reliance/competence; Madde 6, 41, 45). Ölçeğin uyarlanmış formunun faktör yapısının orijinal formuyla benzer olup olmadığını incelemek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında tahmin yöntemi olarak en sık “En Çok Olabilirlik (Maximum Likelihood, ML)” yönteminin kullanıldığı görülmektedir. Ancak tahmin yöntemlerinin farklı sayıdaki örneklem üzerinde karşılaştırıldığı çalışmalarda ve sıralı değişkenlerin kullanıldığı analizlerde tahmin yöntemi olarak “Ağırlıklandırılmış En Küçük Kareler (Unweighted Least Squares, ULS)” yönteminin kullanımının daha uygun olduğu belirtilmektedir. ULS yönteminin faktör yüklerini ve düşük yapısal ilişkileri daha doğru değerlendirdiği öne sürülmektedir (Briggs & MacCallum, 2003; Koğar & Yılmaz Koğar, 2015; Li, 2016; Rhemtulla ve ark., 2012). Tahmin yöntemi seçilirken dikkat edilmesi gereken durumlardan birinin de normallik varsayımı olduğu belirtilmektedir. Verilerin normal dağılmadığı analizlerde dayanıklı (robust) tahmin yöntemlerinin kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Satorra & Bentler, 1990; Yuan & Bentler, 1998). Aktarılan bilgiler doğrultusunda, yürütülen DFA’da tahmin yöntemi olarak “ULSM” kullanılmıştır. Ölçeğin test edildiği modele ilişkin elde edilen uyum indekslerinin ( $\chi^2 = 2772.61$ ,  $\chi^2/sd = 1.99$ ,  $p = .000$ , GFI = .987, CFI = .969, RMSEA = .055) iyi düzeyde model-veri uyumu gösterdiği belirlenmiştir. Ölçek maddelerine ilişkin faktör yükleri Tablo 5’te verilmiştir.

**Tablo 5.** YPŞÖ Maddelerine İlişkin Faktör Yükleri

<b>Madde</b>	<b>Faktör Yüğü</b>
<b><i>Duygusal tatmin</i></b>	
4. Benim istediğim ve zayıflıklarımı görse bile beni sevmeye devam edecek bir insan (erkek/kadın) olduğuna eminim.	.74
25. Hayatım boyunca, biri için özel olduğumu hissettim.	.65
30. Çoğunlukla, beni gerçekten dinleyen, anlayan ya da gerçek ihtiyaçlarımın ve duygularımın farkında olan birisi oldu.	.73
50. Genellikle, insanlar beni kollamak, sıcaklık ve şefkat göstermek için orada oldular.	.64
55. Bana en yakın olan insanların her zaman benim için orada olacaklarına güvenebileceğimi biliyorum.	.83
<b><i>Başarı</i></b>	
5. İş ya da okul konusu olunca, genellikle diğer insanlar kadar ya da onlardan daha iyiyimdir.	.75
15. Başarı söz konusu olduğunda kendimi yetkin bir insan olarak görürüm.	.71
35. İş ve başarı konularında çoğu insan kadar yetenekliyim.	.88
43. İş ya da okul konusunda diğer insanlar kadar zeki yimdir.	.81
48. Çoğu insanın işinde yetenekli olduğü kadar yetenekliyimdir.	.87
<b><i>Empatik düşünme</i></b>	
13. Grup kararında benim dediğim olmadığında genellikle bu durumu sorun etmem.	.68
20. Benim isteklerimden farklı olsalar bile diğerlerinin isteklerine saygı duyarım.	.76
32. Diğerlerinin almış oldukları kararlara uymam gerektiğinde ve istediğimi yapamadığımda, kendi dediğimin olmasına çalışmadan bu kararı kabul edebilirim.	.56
51. Birisinden bir şey istediğimde ve “hayır” cevabı aldığımda, kendi isteğimde ısrarcı olmadan bunu rahatlıkla kabul ederim.	.61
<b><i>Temel sağlık ve güvenlik/Optimizm</i></b>	
7. Genellikle tehlikede olmadığımı ve her şeyin yolunda olacağımı hissederim.	.77
16. Her zaman endişelenmeye gerek yok; işler genellikle olumlu sonuçlanır.	.75
27. Karar verme konusunda genellikle rahatım; eğer yanlış yaparsam korkunç bir şey olacak diye endişe etmem.	.75
29. Başıma kötü şeyler (ciddi parasal problemler, hastalıklar, bana zarar verecek yabancılar ya da felaketler gibi) gelmeyeceğine dair genellikle kendimi güvenli ve emniyette hissederim.	.76
34. Gelecekte geçinmek için yeteri kadar param olacağına eminim ve her şeyi kaybetmekle ilgili endişelenmem.	.71
<b><i>Duygusal açıklık ve kendiliğindenlik</i></b>	
9. İstedediğim zaman, diğer insanlara olumlu duygularımı gösterme konusunda genellikle rahatımdır. (Örneğin, fiziksel şefkat, insanlara onları önemseğiğimi söylemek)	.82

<b>Madde</b>	<b>Faktör Yüğü</b>
23. İstedığım zaman diğer insanlara duygularımı ifade etmekte genellikle rahatımdır.	.82
40. Duygularımı gösterme konusunda, değer verdiğim insanlar beni doğal ve hislerini ifade edebilen biri olarak görürler.	.86
46. Önem verdiğim insanlar beni, duygularını göstermek konusunda açık ve rahat olabilen biri olarak görür.	.85
<b><i>Öz şefkat</i></b>	
12. Eğer bir hata yaparsam, genellikle kendimi affedebilirim; Cezalandırılmayı hak ettiğimi hissetmem.	.72
17. Bir şeyde başarısız olsam bile, bunun için acı çekmem gerektiğini düşünmüyorum.	.72
39. Hata yaptığımda, genelde kendime fazla yüklenmem ve kendime karşı anlayışlı olmaya çalışırım.	.86
<b><i>Sağlıklı sınırlar/Gelişmemiş benlik</i></b>	
8. Yaşıtlarımın pek çoğu kadar, anne babamdan ayrılabilirim ve bağımsız bir birey haline gelebildim.	.72
24. Kendi hayatımı kurabildim, ebeveynlerime ve onların problemlerine çok fazla karışmam.	.54
36. Ebeveynlerimin hayatlarını benim aracılığım ile yaşamaya çalıştıklarını hissetmiyorum- kendi hayatımın olmasına izin veriyorlar.	.70
<b><i>Sosyal aidiyet</i></b>	
3. Genellikle diğer insanlarla uyum içindeyimdir.	.66
38. Genellikle gruplara dahil olduğumu hissediyorum.	.75
44. Başkalarının yanındayken, genellikle onlar tarafından istediğim kadar kabul gördüğümü hissedirim.	.81
47. Olmak istediğim kadarıyla, grupların bir parçası olduğumu hissediyorum.	.82
49. Diğer insanlara olmak istediğim kadarıyla bağlı olduğumu hissediyorum.	.80
<b><i>Sağlıklı öz-kontrol/Öz-disiplin</i></b>	
11. Genellikle rutin ve sıkıcı görevleri tamamlamak için kendimi zorlayabilirim.	.67
18. Eğer bir hedefe ulaşamazsam, genellikle onun peşine düşer ve kolay kolay pes etmem.	.58
22. Uzun vadeli bir hedefe erişmek için anlık haz veya keyfi feda edebilirim.	.65
31. Genellikle kararlarımın bağlı kalırım.	.71
<b><i>Gerçekçi beklentiler</i></b>	
1. Bir şeylerde iyi olmayı isterim fakat en iyisi olmam gerekmiyor.	.50
10. Kendimle ilgili beklentiler konusunda genellikle gerçekçiyimdir; yaptıklarımın memnun olmak için en iyiler arasında yer almam gerekmiyor.	.77
19. Mükemmel olmak zorunda değilim; genellikle “yeteri kadar iyi” olmayı kabul edebilirim.	.66

<b>Madde</b>	<b>Faktör Yüğü</b>
53. Kendimle ilgili gerçekçi beklentilerim vardır ve genellikle yaptıklarım ile ilgili iyi hissederim.	.91
<b><i>Öz-yönelimlilik</i></b>	
14. Diğer insanlar onları fark etmese bile, kendi başarılarıma değer veririm.	.73
21. İnsanların benim hakkımda iyi düşüncelerini sağlamaktan ziyade en önemli olan ne ise ona odaklanırım	.64
26. Değerli olduğumu hissetmek için diğer insanlardan çok fazla övgü ya da iltifat almaya ihtiyaç duymam.	.68
54. Benim için, kendimle ilgili ne düşündüğüm, diğer insanların benimle hakkımda ne düşündüklerinden daha önemlidir.	.64
<b><i>Sağlıklı öz- ilgi/Öz-bakım</i></b>	
42. Hem iyi bir insan olup hem de kendi ihtiyaçlarımla diğerlerinininki kadar önemli olduğumu düşünebilirim.	.78
52. Çok çalışırım ve bunun yanı sıra rahatlamak ve eğlence için de zaman ayırırım.	.66
56. Değer verdiğim insanlar için bir şeyler yapmaktan keyif alırken kendime de vakit ayırdığımdan emin olurum.	.72
<b><i>İstikrarlı bağlanma</i></b>	
2. Bir şeylerde iyi olmayı isterim fakat en iyisi olmam gerekmiyor.	.68
28. Yakın olduğum insanların beni bırakmayacaklarından ya da terk etmeyeceklerinden eminim.	.76
33. İnsanların beni terk etmeyeceklerine güvenirim, bu yüzden onlara muhtaçmış gibi davranmam ve onları uzaklaştırmam.	.84
37. Tanıdığım çoğu insanın sadık olacağından ve bana ihanet etmeyeceklerinden eminim.	.75
<b><i>Sağlıklı özgüven/Yeterlilik</i></b>	
6. Günlük hayatta kendi kendime idare etme konusunda yeterli hiss ediyorum.	.68
41. Günlük işler konusunda kendimi bağımsız, kendine güvenen biri olarak görüyorum.	.81
45. Ortaya çıkan günlük problemlerin çoğunu çözme konusunda kendime güveniyorum.	.85

### 2.2.1.2. Birleşen ve Ayırt Edici Geçerlik

Ölçeğin birleşen ve ayırt edici geçerliğinin belirlenebilmesi için YPŞÖ puanları YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ-20 ve MÖ puanları arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda YPŞÖ'nün toplam puanı ile YŞÖ-KF, OİÖ-20, MÖ toplam puanları ve SCL-90-R ortalama puanı arasındaki korelasyonlar Tablo 6'da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre YPŞÖ ile YŞÖ-KF ( $r = -.51, p < .01$ ), SCL-90-R ( $r = -.49, p < .01$ ) ve OİÖ

( $r = -.33, p < .01$ ) arasında negatif yönde orta-yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. YPŞÖ ile MÖ ( $r = .45, p < .01$ ) arasında ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

**Tablo 6.** YPŞÖ ile YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ, MÖ Toplam Puanları Arasındaki Spearman Sıra Korelasyon Katsayıları

	YPŞÖ	YŞÖ-KF	SCL-90-R	OİÖ-20	MÖ
YPŞÖ	1				
YŞÖ-KF	-.51**	1			
SCL-90-R	-.49**	.60**	1		
OİÖ-20	-.33**	.44**	.35**	1	
MÖ	.45**	-.34**	-.29**	-.18**	1

Not 1: \*\* $p < .01$

Not 2: YPŞÖ: Young Pozitif Şema Ölçeği Toplam Puanı; YŞÖ-KF: Young Şema Ölçeği-Kısa Formu Toplam Puanı; SCL-90-R: Belirti Tarama Testi Ortalama Puanı; OİÖ-20: Obsesif İnançlar Ölçeği Toplam Puanı; MÖ: Minnettarlık Ölçeği Toplam Puanı.

YPŞÖ'nün alt ölçekleri ile YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ-20 ve MÖ arasındaki korelasyon incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre YPŞÖ'nün tüm alt ölçek puanları ile YŞÖ-KF, SCL-90-R ve OİÖ-20 puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. MÖ toplan puanı ile tüm YPŞÖ alt ölçek puanları arasında ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 7).

**Tablo 7.** YPŞÖ Alt Ölçek Puanları ile YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ-20 ve MÖ Puanları Arasındaki Spearman Sıra Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.YŞÖ	1																	
2.SCL-90-R	.60**	1																
3.OİÖ-20	.44**	.35**	1															
4.MÖ	-.34**	-.29**	-.18**	1														
5.Duygusal tatmin	-.40**	-.37**	-.26**	.41**	1													
6.Başarı	-.28**	-.28**	-.25**	.31**	.51**	1												
7.Empatik düşünme	-.36**	-.31**	-.21**	.26**	.46**	.39**	1											
8.Temel sağlık ve güvenlik	-.44**	-.48**	-.27**	.28**	.52**	.51**	.50**	1										
9.Duygusal açıklık ve kendiliğindenlik	-.40**	-.35**	-.24**	.39**	.60**	.48**	.49**	.52**	1									
10.Öz şefkat	-.39**	-.39**	-.36**	.29**	.53**	.49**	.47**	.65**	.54**	1								
11.Sağlıklı sınırlar/Gelişmiş benlik	-.34**	-.41**	-.22**	.29**	.48**	.46**	.42**	.48**	.48**	.44**	1							
12.Sosyal aidiyet	-.43**	-.39**	-.32**	.40**	.45**	.64**	.52**	.58**	.65**	.58**	.49**	1						
13.Sağlıklı öz-kontrol/Öz-disiplin	-.30**	-.32**	-.17**	.23**	.49**	.60**	.42**	.53**	.43**	.48**	.37**	.50**	1					
14.Gerçekçi beklentiler	-.27**	-.24**	-.19**	.29**	.49**	.39**	.45**	.44**	.50**	.60**	.35**	.49**	.41**	1				
15.Öz-yönelimlilik	-.31**	-.28**	-.18**	.23**	.45**	.55**	.48**	.54**	.43**	.56**	.44**	.49**	.60**	.50**	1			
16.Sağlıklı öz-İlgi/Öz-bakım	-.31**	-.30**	-.24**	.37**	.53**	.58**	.40**	.43**	.52**	.50**	.49**	.62**	.48**	.48**	.52**	1		
17.İstikrarlı bağlanma	-.40**	-.41**	-.27**	.39**	.73**	.55**	.47**	.61**	.55**	.56**	.49**	.73**	.47**	.50**	.48**	.51**	1	
18.Sağlıklı özgüven/Yeterlilik	-.38**	-.31**	-.28**	.36**	.50**	.63**	.46**	.55**	.56**	.53**	.52**	.66**	.52**	.50**	.52**	.57**	.59**	1

Not: \*\*p &lt; .01

YPŞÖ'nün alt ölçek puanları ile YŞÖ-KF'nin alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Bkz. Tablo 8) duygusal tatmin alt ölçeğinden alınan puanların YŞÖ-KF'nin başarısızlık ( $r = -.31, p < .01$ ), sosyal izolasyon ( $r = -.46, p < .01$ ), duyguları bastırma ( $r = -.39, p < .01$ ), iç içe geçme ( $r = -.40, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.36, p < .01$ ), kusurluluk ( $r = -.47, p < .01$ ) alt ölçek puanlarıyla orta düzeyde; duygusal yoksunluk ( $r = -.58, p < .01$ ) alt ölçek puanı ile yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Başarı alt ölçeği puanı ile iç içe geçme ( $r = -.39, p < .01$ ), kusurluluk ( $r = -.39, p < .01$ ) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde, başarısızlık ( $r = -.57, p < .01$ ) alt ölçek puanı ile yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Empatik düşünme alt ölçek puanı ile duygusal yoksunluk ( $r = -.32, p < .01$ ), karamsarlık ( $r = -.33, p < .01$ ), sosyal izolasyon ( $r = -.38, p < .01$ ), iç içe geçme ( $r = -.31, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.30, p < .01$ ) ve kusurluluk ( $r = -.36, p < .01$ ) alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Temel sağlık ve güvenlik alt ölçek puanı ile başarısızlık ( $r = -.35, p < .01$ ), sosyal izolasyon ( $r = -.40, p < .01$ ), duyguları bastırma ( $r = -.31, p < .01$ ), onay arayıcılık ( $r = -.32, p < .05$ ), iç içe geçme ( $r = -.40, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.39, p < .01$ ), kusurluluk ( $r = -.40, p < .01$ ) ve dayanıksızlık ( $r = -.45, p < .01$ ) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde, karamsarlık ( $r = -.52, p < .01$ ) alt ölçek puanı ile yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Duygusal açıklık ve kendiliğindenlik alt ölçek puanı ile duygusal yoksunluk ( $r = -.37, p < .01$ ), başarısızlık ( $r = -.32, p < .01$ ), karamsarlık ( $r = -.35, p < .01$ ), sosyal izolasyon ( $r = -.42, p < .01$ ), iç içe geçme ( $r = -.40, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.33, p < .01$ ) ve kusurluluk ( $r = -.47, p < .01$ ) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde, duyguları bastırma ( $r = -.60, p < .01$ ) alt ölçek puanı ile yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öz şefkat alt ölçeği puanı ile başarısızlık ( $r = -.32, p < .01$ ), karamsarlık ( $r = -.36, p < .01$ ), sosyal izolasyon ( $r = -.33, p < .01$ ), duyguları bastırma ( $r = -.31, p < .01$ ), iç içe geçme ( $r = -.39, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.34, p < .01$ ) ve kusurluluk ( $r = -.44, p < .01$ ) alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.



Sağlıklı sınırlar/gelişmiş benlik alt ölçek puanı başarısızlık ( $r = -.31, p < .01$ ), karamsarlık ( $r = -.30, p < .01$ ) ve kusurluluk ( $r = -.32, p < .01$ ) alt ölçek puanları ile orta düzeyde, iç içe geçme ( $r = -.55, p < .01$ ) alt ölçek puanı ile yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı ilişkilidir. Sosyal aidiyet alt ölçek puanı ile duygusal yoksunluk ( $r = -.32, p < .01$ ), karamsarlık ( $r = -.33, p < .01$ ), sosyal izolasyon ( $r = -.38, p < .01$ ), iç içe geçme ( $r = -.31, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.30, p < .01$ ) ve kusurluluk ( $r = -.36, p < .01$ ) alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki mevcuttur.

Sağlıklı öz-kontrol/öz-disiplin alt ölçek puanı ile başarısızlık ( $r = -.41, p < .01$ ), iç içe geçme ( $r = -.38, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.37, p < .01$ ) ve kusurluluk ( $r = -.37, p < .01$ ) alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Gerçekçi beklentiler alt ölçek puanı ile iç içe geçme ( $r = -.30, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.31, p < .01$ ), kusurluluk ( $r = -.41, p < .01$ ) ve yüksek standartlar ( $r = -.34, p < .05$ ) alt ölçek puanları negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkilidir. Öz-yönelimlilik alt ölçek puanı ile başarısızlık ( $r = -.34, p < .01$ ), onay arayıcılık ( $r = -.36, p < .01$ ), iç içe geçme ( $r = -.36, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.41, p < .01$ ) ve kusurluluk ( $r = -.32, p < .01$ ) alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sağlıklı öz-ilgi/öz-bakım alt ölçek puanı ile başarısızlık ( $r = -.33, p < .01$ ), sosyal izolasyon ( $r = -.30, p < .01$ ), iç içe geçme ( $r = -.42, p < .01$ ) ve kusurluluk ( $r = -.39, p < .01$ ) alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. İstikrarlı bağlanma alt ölçek puanı ile duygusal yoksunluk ( $r = -.44, p < .01$ ), başarısızlık ( $r = -.32, p < .01$ ), karamsarlık ( $r = -.34, p < .01$ ), sosyal izolasyon ( $r = -.44, p < .01$ ), duyguları bastırma ( $r = -.33, p < .01$ ), iç içe geçme ( $r = -.43, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.42, p < .01$ ), kusurluluk ( $r = -.45, p < .01$ ) alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Son olarak sağlıklı özgüven/yeterlilik alt ölçek puanı ile başarısızlık ( $r = -.40, p < .01$ ), karamsarlık ( $r = -.36, p < .01$ ), sosyal izolasyon ( $r = -.33, p < .01$ ), terk edilme ( $r = -.36, p < .01$ ) ve kusurluluk ( $r = -.48, p < .01$ ) alt ölçek puanları ile orta düzeyde, iç içe geçme ( $r = -.51, p < .01$ ) alt ölçek puanıyla ise yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Elde edilen tüm bu bulgular ölçeğin birleşen geçerliğini destekler yöndedir.

**Tablo 8.** YPŞÖ Alt Ölçekleri ve YŞÖ-KF Alt Ölçekleri Arasındaki Spearman Sıra Korelasyon Katsayıları

	YPŞÖ	Duygusal tatmin	Başarı	Empatik düşünme	Temel sağlık ve güvenlik	Duygusal açıklık ve kendiliğindenlik	Öz şefkat	Sağlıklı sınırlar	Sosyal aidiyet	Sağlıklı öz-kontrol	Gerçekçi beklentiler	Öz-yönelimlilik	Sağlıklı öz- ilgi	İstikrarlı bağlanma	Sağlıklı özgüven
Duygusal yoksunluk	-.43**	-.58**	-.27**	-.23**	-.23**	-.37**	-.25**	-.25**	-.38**	-.26**	-.28**	-.22**	-.22**	-.44**	-.28**
Başarısızlık	-.48**	-.31**	-.57**	-.27**	-.35**	-.32**	-.32**	-.31**	-.38**	-.41**	-.23**	-.34**	-.33**	-.32**	-.40**
Kararsızlık	-.44**	-.22**	-.25**	-.33**	-.52**	-.35**	-.36**	-.30**	-.33**	-.22**	-.22**	-.26**	-.25**	-.34**	-.36**
Sosyal izolasyon	-.50**	-.46**	-.23**	-.38**	-.40**	-.42**	-.33**	-.28**	-.50**	-.28**	-.26**	-.21**	-.30**	-.44**	-.33**
Duyguları bastırma	-.44**	-.39**	-.22**	-.29**	-.31**	-.60**	-.31**	-.18**	-.44	-.18**	-.27**	-.19**	-.26**	-.33**	-.27**
Onay arayıcılık	-.26**	-.12*	-.10	-.25**	-.32**	-.13*	-.17**	-.25**	-.13*	-.22**	-.09	-.36**	-.11*	-.14*	-.20**
İç içe geçme	-.56**	-.40**	-.39**	-.31**	-.40**	-.40**	-.39**	-.55**	-.45**	-.38**	-.30**	-.36**	-.42**	-.43**	-.51**
Ayrıcalıklılık	-.17**	-.17**	-.04	-.21**	-.14*	-.17**	-.08	-.11	-.11*	-.22**	-.08	-.02	-.04	-.10	-.10
Kendini feda	-.08	-.10	-.04	-.09	.02	-.04	-.08	-.14**	-.10	.03	.02	-.16**	-.20**	-.08	-.01
Terk edilme	-.47**	-.36**	-.28**	-.30**	-.39**	-.33**	-.34**	-.27**	-.38**	-.37**	-.31**	-.41**	-.29**	-.42**	-.36**
Cezalandırıcılık	-.12*	-.07	-.01	-.07	-.21**	-.04	-.25**	-.10	-.08	.01	-.06	-.08	-.04	-.10	-.08
Kusurluluk	-.56**	-.47**	-.39**	-.36**	-.40**	-.47**	-.44**	-.32**	-.48**	-.37**	-.41**	-.32**	-.39**	-.45**	-.48**
Dayanısızlık	-.34**	-.24**	-.19**	-.23**	-.45**	-.24**	-.27**	-.19**	-.29**	-.20**	-.15**	-.19**	-.16**	-.28**	-.28**
Yüksek standartlar	-.14*	-.13*	.08	-.20**	-.10	-.16**	-.17**	.00	-.11*	.02	-.34**	-.06	-.06	-.13*	-.06

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

### 2.2.2. Güvenirlik Analizleri

Ölçeğin güvenirliliğinin değerlendirilmesi amacıyla iç tutarlık katsayıları ve test-tekrar test değerleri hesaplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin tümü için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının .97 olduğu belirlenmiştir. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise duygusal tatmin alt ölçeği için  $\alpha = .84$ ; başarı alt ölçeği için  $\alpha = .90$ ; empatik düşünme alt ölçeği için  $\alpha = .73$ ; temel sağlık ve güvenlik alt ölçeği için  $\alpha = .86$ ; duygusal açıklık ve kendiliğindenlik alt ölçeği için  $\alpha = .90$ ; öz şefkat alt ölçeği için  $\alpha = .81$ ; sağlıklı sınırlar/gelişmiş benlik alt ölçeği için  $\alpha = .68$ ; sosyal aidiyet alt ölçeği için  $\alpha = .87$ ; sağlıklı öz-kontrol/öz-disiplin alt ölçeği için  $\alpha = .74$ ; gerçekçi beklentiler alt ölçeği için  $\alpha = .80$ ; öz-yönelimlilik alt ölçeği için  $\alpha = .76$ ; sağlıklı öz-ilgi/öz-bakım alt ölçeği için  $\alpha = .76$ ; istikrarlı bağlanma alt ölçeği için  $\alpha = .84$ ; sağlıklı özgüven/yeterlilik alt ölçeği için  $\alpha = .82$  olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 9). Test tekrar-test güvenirliliğini belirlemek amacıyla psikiyatrik tanı almamış olan katılımcılardan 50 kişiye iki hafta arayla iki uygulama yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda YPŞÖ toplam puanlarının test tekrar-test güvenirlilik değerinin .68 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 9'da verilmiştir. Elde edilen bulgular YPŞÖ'nün güvenirliliğini desteklemektedir.

**Tablo 9.** YPŞÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları için İç Tutarlılık Katsayıları ve Test Tekrar-Test Güvenirlik Değerleri

	Cronbach's $\alpha$	Test Tekrar-Test Güvenirlik Değerleri
1.YPŞÖ toplam puan	.97	.68**
2.Duygusal tatmin	.84	.70**
3.Başarı	.90	.64**
4.Empatik düşünme	.73	.55**
5.Temel sağlık ve güvenlik	.86	.72**
6.Duygusal açıklık ve kendiliğindenlik	.90	.66**
7.Öz şefkat	.81	.73**
8.Sağlıklı sınırlar/Gelişmiş benlik	.68	.76**
9.Sosyal aidiyet	.87	.63**
10.Sağlıklı öz-kontrol/Öz-disiplin	.74	.62**
11.Gerçekçi beklentiler	.80	.55**
12.Öz-yönelimlilik	.76	.56**
13.Sağlıklı öz-ilgi/Öz-bakım	.76	.54**
14.İstikrarlı bağlanma	.84	.74**
15.Sağlıklı özgüven/yeterlilik	.82	.67**

Not:  $p < .01$

### 2.2.3. Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Grupların Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan psikiyatrik tanı alan ve almayan kişilerin YPŞÖ, YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ-20 ve MÖ toplam puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıklarını belirlemek amacıyla Bağımsız Gruplar T-Testi yapılmıştır. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ve standart sapmalarına ilişkin bilgiler Tablo 10'da görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre iki grubun YPŞÖ ( $t(61) = -2.62, p = .011$ ), YŞÖ-KF ( $t(61) = 2.61, p = .012$ ), OİÖ-20 ( $t(61) = 2.54, p = .014$ ) toplam puanları ve SCL-90-R ortalama puanları ( $t(61) = 3.11, p = .003$ ) arasında anlamlı derecede fark olduğu görülmüştür.

Ancak MÖ toplam puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ( $t(61) = -.46, p = .644$ ).

**Tablo 10.** Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Katılımcıların YPŞÖ, YŞÖ-KF, OİÖ-20, MÖ Toplam Puanları ve SCL-90-R Ortalama Puanları ve Standart Sapma Değerleri

		n	X	ss
YPŞÖ	Tanı alan	33	207.14	61.56
	Tanı almayan	30	243.93	48.12
YŞÖ-KF	Tanı alan	33	263.60	81.14
	Tanı almayan	30	219.20	51.81
SCL-90-R	Tanı alan	33	1.58	.85
	Tanı almayan	30	1.02	.54
OİÖ-20	Tanı alan	33	78.22	23.21
	Tanı almayan	30	65.10	17.06
MÖ	Tanı alan	33	29.42	6.54
	Tanı almayan	30	30.07	4.29

*Not:* YPŞÖ: Young Pozitif Şema Ölçeği Toplam Puanı; YŞÖ-KF: Young Şema Ölçeği-Kısa Formu Toplam Puanı; SCL-90-R: Belirti Tarama Testi Ortalama Puanı; OİÖ: Obsesif İnançlar Ölçeği Toplam Puanı; MÖ: Minnettarlık Ölçeği Toplam Puanı.

Grupların YPŞÖ alt ölçek puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıklarını belirlemek amacıyla ise MANOVA yapılmıştır. İki grubun YPŞÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 11’de görülmektedir. Analiz sonucunda psikiyatrik tanı alan ve almayan katılımcıların YPŞÖ alt ölçek puanları açısından farklılaştığı belirlenmiştir (Wilk’s  $\lambda = .63, F(14,48) = 2.02, p < .05$ ).

**Tablo 11.** Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Grupların YPŞÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Ortalama Puanlar ve Standart Sapma Değerleri

		n	X	ss	F	p
Duygusal tatmin	Tanı alan	33	18.88	6.99	4.67	.035
	Tanı almayan	30	22.13	4.56		
Başarı	Tanı alan	33	20.21	5.82	2.87	.096
	Tanı almayan	30	21.13	4.44		
Empatik düşünme	Tanı alan	33	16.09	5.17	1.35	.250
	Tanı almayan	30	17.37	3.22		
Temel sağlık ve güvenlik	Tanı alan	33	15.54	6.60	7.84	.007
	Tanı almayan	30	19.90	5.65		
Duygusal açıklık ve kendiliğindenlik	Tanı alan	33	16.67	6.81	.13	.720
	Tanı almayan	30	17.20	4.62		
Öz şefkat	Tanı alan	33	8.82	4.28	6.81	.011
	Tanı almayan	30	11.53	3.95		
Sağlıklı sınırlar/Gelişmiş benlik	Tanı alan	33	10.45	4.23	.94	.337
	Tanı almayan	30	11.50	4.34		
Sosyal aidiyet	Tanı alan	33	19.00	7.17	4.23	.044
	Tanı almayan	30	22.33	5.48		
Sağlıklı öz-kontrol/Öz-disiplin	Tanı alan	33	15.76	5.21	.76	.388
	Tanı almayan	30	16.77	3.82		
Gerçekçi beklentiler	Tanı alan	33	13.64	5.80	12.75	.001
	Tanı almayan	30	18.33	4.48		
Öz-yönelimlilik	Tanı alan	33	15.22	5.83	4.92	.030
	Tanı almayan	30	18.07	4.09		
Sağlıklı öz- ilgi/Öz-bakım	Tanı alan	33	10.39	4.10	17.57	.000
	Tanı almayan	30	14.07	2.61		
İstikrarlı bağlanma	Tanı alan	33	13.90	5.83	5.20	.026
	Tanı almayan	30	16.97	4.69		
Sağlıklı özgüven/yeterlilik	Tanı alan	33	11.85	4.57	7.38	.009
	Tanı almayan	30	14.63	3.42		

Hangi alt ölçeklerde gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunun anlaşılması için ANOVA tablosu incelenmiştir. Yapılan Bonferroni düzeltmelerinin ardından (.05/14 = 0.003) psikiyatrik tanı alan grubun kendileri için belirledikleri standartların daha az gerçekçi ve esnek olduğu (gerçekçi beklentiler;  $F(1,61) = 12.75, p = .001, \eta^2 = .17$ ) ve ihtiyaçlarının farkına varmakta daha çok zorlandıkları (sağlıklı öz-ilgi/öz-bakım;  $F(1,61) = 17.57, p = .000, \eta^2 = .22$ ) sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca yürütülen analiz sonucunda temel sağlık ve güvenlik ( $F(1,61) = 7.84, p = .007, \eta^2 = .11$ ) ve sağlıklı özgüven/yeterlilik ( $F(1,61) = 7.38, p = .009, \eta^2 = .10$ ) alt ölçeklerinden elde edilen veriler sınırda anlamlı olarak kabul edilmiştir. Verilerden yola çıkarak psikiyatrik tanı alan kişilerin temel güvenlik ve dayanıklılık duyguları ile yeterlilik hislerinin daha düşük olduğu belirtilebilir.

Yürütülen çalışma kapsamında son olarak erken dönem uyum bozucu şemaların ve pozitif şemaların SCL-90-R ile değerlendirilen psikolojik belirtileri yordayıcı rolünün belirlenmesi amacıyla regresyon analizleri yürütülmüştür. Bu doğrultuda, öncelikle YPŞÖ'nün psikolojik belirtileri yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Regresyon analizinin yürütülmesinden önce değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Elde edilen korelasyon katsayıları Tablo 12'de görülmektedir. Bulgulara göre pozitif şemalar azaldıkça psikolojik belirtilerin arttığı görülmektedir. Korelasyon analizinin ardından pozitif şemaların psikolojik belirtiler üzerindeki yordayıcı rolünü değerlendirmek amacıyla Aşamalı Regresyon Analizi yürütülmüştür. Analize, SCL-90-R ortalama puanı ile ilişkili olmadığı belirlenen sağlıklı öz-kontrol/öz-disiplin alt ölçeği dahil edilmemiştir. Aynı zamanda çoklu doğrusallık sorununu engelleyebilmek adına değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı 1'e yakın olan değişkenler de analize dahil edilmemiştir. Analiz sonucunda ortaya çıkan regresyon modelinde, sağlıklı öz-ilgi/öz-bakım alt ölçeğinin, psikolojik belirtileri olumsuz yönde yordadığı saptanmıştır. Buna göre sağlıklı öz-ilgi/öz-bakım, psikolojik belirtilerin %24'ünü açıklamaktadır ( $F(1, 61) = 21.04, p = .00$ ). Diğer değişkenlerin ise psikiyatrik belirtiler üzerinde yordayıcı gücünün anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 12.** SCL-90-R Ortalama Puanı ve YPŞÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.SCL-90-R	1														
2.Duygusal tatmin	-.47*	1													
3.Başarı	-.42*	.65*	1												
4.Empatik düşünme	-.32*	.43*	.41*	1											
5.Temel sağlık ve güvenlik	-.72*	.68*	.59*	.54*	1										
6.Duygusal açıklık ve kendiliğindenlik	-.36*	.60*	.81*	.47*	.57*	1									
7.Öz şefkat	-.64*	.62*	.62*	.46*	.82*	.53*	1								
8.Sağlıklı sınırlar/Gelişmiş benlik	-.35*	.58*	.63*	.47*	.53*	.63*	.47*	1							
9.Sosyal aidiyet	-.44*	.81*	.70*	.51*	.74*	.67*	.69*	.61*	1						
10.Sağlıklı öz-kontrol/Öz-disiplin	-.15	.60*	.62*	.46*	.46*	.48*	.45*	.52*	.58*	1					
11.Gerçekçi beklentiler	-.49*	.52*	.51*	.60*	.76*	.47*	.77*	.43*	.57*	.46*	1				
12.Öz-yönelimlilik	-.40*	.65*	.70*	.60*	.63*	.65*	.66*	.59*	.68*	.72*	.76*	1			
13.Sağlıklı öz-ilgi/Öz-bakım	-.51*	.76*	.59*	.48*	.69*	.53*	.63*	.49	.70*	.45*	.65*	.68*	1		
14.İstikrarlı bağlanma	-.51*	.81*	.58*	.46*	.74*	.54*	.64	.49*	.75*	.56*	.60*	.60*	.68*	1	
15.Sağlıklı özgüven/yeterlilik	-.45*	.75*	.71*	.42*	.72*	.60*	.68*	.59*	.79*	.60*	.53*	.65*	.70*	.64*	1

Not: \* $p < .01$



Erken dönem uyum bozucu şemaların psikolojik belirtileri nasıl bir örüntüyle yordadığını belirlemek amacıyla regresyon analizi yürütmeden önce değişkenler arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 13'te görülmektedir.

**Tablo 13.** SCL-90-R Ortalama Puanı ve YPŞÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.SCL-90-R	1														
2.Duyusal yoksunluk	.36**	1													
3.Başarısızlık	.56**	.51**	1												
4.Karamsarlık	.32**	.38**	.54**	1											
5.Sosyal izolasyon	.64**	.64**	.55**	.55**	1										
6.Duyguları bastırma	.36**	.25*	.50**	.32**	.42**	1									
7.Onay arayıcılık	.59**	.29**	.52**	.53**	.43**	.37**	1								
8.İç içe geçme	.63**	.71**	.79**	.56**	.71**	.38**	.57**	1							
9.Ayrıcalıklılık	.40**	.34**	.40**	.39**	.41**	.36**	.55**	.45**	1						
10.Kendini feda	.40**	.15	.21*	.15	.41**	.17	.31**	.68**	.20	1					
11.Terk edilme	.59**	.56**	.63**	.53**	.54**	.20	.44**	.29*	.26*	.25*	1				
12.Cezalandırıcılık	.62**	.22*	.43**	.60**	.58**	.41**	.66**	.44**	.44**	.42**	.42**	1			
13.Kusurluluk	.50**	.61**	.78**	.61**	.60**	.45**	.50**	.78**	.43**	.26*	.62**	.43**	1		
14.Dayanıksızlık	.63**	.48**	.57**	.47**	.47**	.44**	.46**	.62**	.44**	.46**	.44**	.47**	.63**	1	
15.Yüksek standartlar	.52**	.18	.38**	.51**	.62**	.32**	.54**	.35**	.48**	.47**	.36**	.67**	.34**	.42**	1

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

Elde edilen bulgular erken dönem uyum bozucu şemaların artmasıyla birlikte psikolojik belirtilerin de artış gösterdiğine işaret etmektedir. Erken dönem uyum bozucu şemaların psikolojik belirtiler üzerindeki yordayıcı gücünü belirlemek amacıyla Aşamalı Regresyon Analizi yürütülmüştür. Değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının çoklu doğrusallık sorununa neden olabilecek yükseklikte olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle tüm değişkenler analize dahil edilmiştir. Analiz sonucunda sosyal izolasyon, onay arayıcılık ve karamsarlık alt ölçeklerinin SCL-90-R ortalama puanını yordadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 14). İlk aşamada sosyal izolasyon alt ölçeği varyansın %44'ünü açıklamaktadır ( $F(1, 61) = 49.16, p = .00$ ). İkinci aşamada modele eklenen onay arayıcılık alt ölçeği ile birlikte modelin açıkladığı varyans %54'e yükselmiştir ( $F(1, 60) = 37.46, p = .00$ ). Son aşamada ise karamsarlık alt ölçeğinin modele eklenmesiyle birlikte açıklanan toplam varyans %58'e yükselmiştir.

**Tablo 14.** Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	$R^2$	$R^2$ Değişim	$F$	$\beta$	$t$
Sosyal izolasyon	.44	.44	49.16	.41	4.04**
Onay arayıcılık	.54	.10	37.46	.27	2.68**
Karamsarlık	.58	.04	29.35	.27	2.53*

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

### 2.3. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamında yürütülen ilk çalışma kapsamında elde edilen bulguların tartışılmasına yer verilmiştir. Öncelikle YPŞÖ'nün Türkçeye uyarlanmasına ilişkin bulgular özetlenip değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, ilgili literatür ışığında tartışılmıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda şema alanları ve erken dönem uyum bozucu şemaların faktör yapılarına ilişkin farklı görüşler mevcuttur (Bach ve ark., 2018; Baranoff ve ark., 2006; Calvete ve ark., 2005; Calvete, Orue, & Gonzalez-Diez, 2013; K. Welburn ve ark., 2002). Klinik uygulamada henüz beş şema alanı kullanılmakla birlikte

pozitif şemalar dört şema alanı baz alınarak ortaya konulmuştur (Lockwood & Perris, 2012). Bu bölümde şema alanları her iki görüşe göre ele alınmaya çalışılacaktır. Ayrıca ölçeğin geliştirilmesi aşamasında önerilenden farklı yapıda pozitif şemalar ortaya çıkmış (Louis ve ark., 2018) ve şemaların detaylı tanımları henüz yapılmamıştır. Dolayısıyla pozitif şemaların tartışılmasında bazı sınırlılıkların ortaya çıkabileceği dikkate alınmalıdır.

### 2.3.1. YPŞÖ'nün Psikometrik Özellikleri

Ölçeğin psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla güvenilirlik ve geçerlik analizleri yürütülmüştür. Yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda ölçeğin tümünün ve alt ölçeklerinin toplam puanlarına ilişkin iç tutarlılık katsayılarının ve test tekrar-test güvenilirlik değerlerinin tatmin edici düzeyde olduğu belirlenmiştir. Geçerlik analizlerinde, öncelikle ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısının, orijinal formula benzer yapıya sahip olup olmadığını saptayabilmek için DFA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, ölçeğin 56 maddelik 14 faktörlü yapısının Türkiye örnekleminde elde edilen verilere iyi derecede uyum sağladığı saptanmıştır. Ölçeğin Almanca versiyonunun psikometrik özelliklerinin yapıldığı bir çalışmada, uyum indekslerinin kabul edilebilir değerlerin altında olduğu belirlenmiştir. Yazarlar elde ettikleri bu sonucun, test edilen modelin karmaşık yapısından kaynaklandığını öne sürmektedir (Paetsch ve ark., 2021). Literatürde, DFA'da faktör yapısının daha doğru belirlenebilmesi amacıyla karmaşık modellerde tahmin yöntemi olarak "ULS"nin kullanılması önerilmektedir (Savalei ve ark., 2014; Shi & Maydeu-Olivares, 2019; Xia & Yang, 2019). Modelin karmaşıklığı göz önünde bulundurularak, yapılan çalışmada DFA tahmin yöntemi olarak "ULSM" kullanılmıştır.

Birleşen ve ayırt edici geçerlik analizleri kapsamında YPŞÖ toplam ve alt ölçek puanları ile YŞÖ-KF, SCL-90-R, OiÖ-20 ve MÖ puanları arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda YPŞÖ toplam ve alt ölçek puanları ile YŞÖ-KF, OiÖ-20 toplam puanları ve SCL-90-R ortalama puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. MÖ toplam puanı ile YPŞÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu bulgular ölçeğin orijinal

çalışmasıyla (Louis ve ark., 2018) ve Almanca uyarlama çalışmasıyla paralellik göstermektedir (Paetsch ve ark., 2021). Pozitif şemaların gelişiminde temel duygusal ihtiyaçlar, ebeveynlik tarzları, kültür ve mizacın etkili rol oynadığı belirtilmektedir. Bu şemaların duygusal ihtiyaçların karşılanması, ebeveynlerin olumlu tarzları sonucunda olduğu ve işlevselliği artıracak şekilde uyumlu davranışların ortaya çıkmasını sağladığı öne sürülmektedir (Lockwood & Perris, 2012). Literatürde psikolojik ihtiyaçlar ve ebeveynlik tarzlarının psikolojik iyilik ve psikopatoloji üzerindeki etkisini gösteren çalışmalar mevcuttur. Buna göre psikolojik ihtiyaçların öz şefkat, koşulsuz kendini kabul, bilinçli farkındalık (Faustino, Vasco, ve ark., 2020) ve psikolojik iyi olma durumuyla ilişkili olduğu görülmüştür (Faustino, Branco Vasco, ve ark., 2020; Milyavskaya & Koestner, 2011; Van den Broeck ve ark., 2016). Yapılan bir çalışmada erken dönem uyum bozucu şemalar ile psikolojik stres arasındaki ilişkide öz şefkatin aracı rol oynadığı da belirlenmiştir (Thimm, 2017). Ayrıca psikolojik iyilik (McLeod, 2011) ve psikopatoloji (Kleiman ve ark., 2013; Petrocchi & Couyoumdjian, 2016; Wood, Maltby, Gillett, ve ark., 2008) ile ilişkili olduğu düşünülen minnettarlığın, ebeveynlerini sıcak olarak tanımlayan kişilerde yüksek olduğu görülmüştür (Lin, 2021).

Ebeveynlik tarzları ile ilgili yapılan bir çalışmada; ebeveynlik tarzında psikolojik esnekliğin olması demokratik/dengeli ebeveynliğin daha yüksek olduğunu, otoriter ve izin verici ebeveynliğin daha düşük olduğunu göstermiştir (Fonseca ve ark., 2020). Ebeveynliğe özgü psikolojik esnekliğin çocuklarda psikolojik problemlerle ilişkili olduğunu (Brassell ve ark., 2016) ve otoriter ebeveynlik tarzının çocuklarda daha düşük psikolojik esnekliğe neden olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (K. E. Williams ve ark., 2012). Anne-kız çiftlerinden oluşan örnekleme yürütülen bir çalışmada, ebeveynlik tarzlarından otoriter ve aşırı korumacı tarzları olan annelerin kızlarında erken dönem uyum bozucu şemaların daha yüksek olduğu; annelerin erken dönem uyum bozucu şemalarının az olmasının ise demokratik ebeveynlik tarzıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Gibson & Francis, 2019). Ayrıca psikolojik esnekliğin psikopatoloji ile negatif yönde ilişkili olduğunu (Dag & Gulum, 2013; Faustino, 2021; Kashdan & Rottenberg, 2010) ve erken dönem uyum bozucu şemalarla psikopatoloji arasındaki ilişkide psikolojik esnekliğin aracı rol oynadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Faustino & Branco Vasco, 2020; Fischer ve ark., 2016). Literatürde yer alan bu bilgiler

ışığında bakıldığında olumlu ve esnek ebeveynlerin bulunduğu ortamda yetişen kişilerin psikolojik ihtiyaçlarının karşılandığı düşünülebilir. Dolayısıyla psikolojik dayanıklılığı artıran öz şefkat, minnettarlık, bilinçli farkındalık gibi özelliklerin gelişimi söz konusu olabilir. Bu süreçte gelişen pozitif şemalar, kişinin psikolojik esnekliğe sahip olmasına, ihtiyaçlarını fark edip karşılamasına yardımcı oluyor olabilir. Böylece psikolojik iyi olma durumunu artıracak ve psikopatolojiye karşı koyucu olabilecek işlevsel davranışların ortaya çıkıyor olabileceği belirtilebilir.

Yine orijinal çalışmaya benzer şekilde (Louis ve ark., 2018), YPŞÖ ve YŞÖ-KF alt ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda ise erken dönem uyum bozucu şemalardan duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, iç içe geçme, terk edilme, kusurluluk ve dayanıksızlığın tüm pozitif şemalarla negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu belirlenmiştir. İlişkili olan erken dönem uyum bozucu şemalar Kopukluk ve Reddedilme, Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık ile Aşırı Uyarılma ve Ketlenme şema alanlarında yer almaktadır. Kopukluk ve Reddedilme şema alanının temel duygusal ihtiyaçlardan güvenli bağlanma, kabul ve bakımla ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Young ve ark., 2003). Literatürde bu şema alanının bağlanma ile ilişkisini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Elde edilen bulgulara göre Kopukluk ve Reddedilme şema alanının psikopatolojiyi en iyi yordayan alan olduğu (Faustino & Vasco, 2020; Yakın ve ark., 2019); güvensiz bağlanma tarzı ile psikopatoloji arasında aracı rol oynadığı belirlenmiştir (Bosmans ve ark., 2010; Kaya & Aydın, 2021). Yapılan boylamsal bir çalışmanın sonucunda ise kaygılı bağlanan çocukların genç yetişkinlikte, güvenli bağlanan çocuklara göre erken dönem uyum bozucu şemalardan daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır (Simard ve ark., 2011). Bağlanma ile psikolojik ihtiyaçların ilişkisini inceleyen bir çalışmada, ihtiyaçların doyumu ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide güvensiz bağlanma tarzlarından biri olan güvensiz bağlanmanın aracı rol oynadığı belirlenmiştir (Wei ve ark., 2005).

Şema alanlarının gelişiminde etkili olan temel psikolojik ihtiyaçlarla ilgili yapılan çalışmalardan birinde psikolojik ihtiyaçlarla Kopukluk Reddedilme ile Aşırı Uyarılma ve Ketlenme şema alanlarının ilişkili olduğu ve psikolojik esnekliğin öğelerinden biri olan bilişsel kaynaşmanın bu ilişkide aracı rol oynadığı belirlenmiştir (Faustino & Branco

Vasco, 2020). Bir diğerk çalışmada ise Kopukluk Reddedilme, Aşırı Uyarılma ve Ketlenme ve Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık şema alanları ile kaygı belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik katılığın aracı rol oynadığı belirlenmiştir (Borjali ve ark., 2016). Duygu işleme güçlükleri ile psikolojik ihtiyaçlar arasındaki ilişkide Kopukluk ve Reddedilme, Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık şema alanlarının aracı rol oynadığı gösterilmiştir. Bu alandaki şemalara sahip olan kişilerin duygularını düzenlemekte ve psikolojik ihtiyaçlarını gidermekte zorluk yaşıyor olabilecekleri öne sürölmektedir (Faustino &Vasco, 2020). Aktarılan bilgilerden yola çıkarak yaşamın erken dönemlerinde sıcak, tutarlı bir ortamda temel fiziksel ve duygusal ihtiyaçların karşılanmasıyla birlikte güvenli bağlanma örüntüsü gelişiyor olabilir. Özellikle bağlanma, otonomi ve kendiliğindenliğe ilişkin ihtiyaçların karşılanmasıyla birlikte ihtiyaçların sağlıklı bir şekilde giderilebilmesi, psikolojik olarak esnekliğin sağlanması ve duyguların düzenlenebilmesi söz konusu olabilir. Bu faktörlerin erken dönem uyum bozucu şemaların ortaya çıkmasını engelleyici olabileceği, aksine bu ihtiyaçlarla ilişkili olduğu öne sürölen pozitif şemaların gelişmesine neden olabileceği düşünölmektedir. Böylece kişinin, işlevselliğini artıracak ya da sürdürecekk uyumlu davranışları gelişiyor ve psikopatolojiye karşı koruyucu rol oynuyor olabilir.

Ancak elde edilen bulguların bir kısmı ölçeğin orijinal çalışmasıyla farklılık göstermektedir. Orijinal çalışmada cezalandırıcılık şeması tüm pozitif şemalarla negatif yönde ilişkili bulunurken, yapılan çalışmada sadece temel sağlık ve güvenlik/optimizm ve öz şefkat şemaları ile negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Hata yapıldığında cezanın hak edildiği inancının hâkim olduğu cezalandırıcılık şeması, kendine ve diğerlerine karşı acımasız ve tahammölsüz davranışlarla tanımlanmaktadır. Bu şemanın gelişmesinde öğrenmenin önemli bir rol oynadığı öne sürölmektedir (Young ve ark., 2003). Literatürde yapılan çalışmalarda cezalandırıcılık şemasının, cezalandırıcı ebeveynlik tarzıyla ilişkili olduğu (Bach ve ark., 2018; Soygut &Cakir, 2009) ancak otoriter ya da ilgisiz ebeveynlik tarzlarının cezalandırıcılık şeması ile ilişki olmadığı gösterilmiştir (Gibson &Francis, 2019; Sheffield ve ark., 2005). Anne ve kızlarıyla yapılan bir çalışmada annelerde cezalandırıcılık şemasının olmasının ebeveynlik tarzını etkilediği, daha az demokratik/dengeli davranışların ortaya çıktığı gösterilmiştir (Gibson &Francis, 2019). Öz şefkat ile ilgili yürütölen çalışmalarda ise cezalandırıcılık

şemasının öz şefkatle olumsuz ilişkili olduğu (Thimm, 2017), benzer şekilde ebeveynleri eleştirel ve cezalandırıcı olan kişilerde öz şefkatin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Potter ve ark., 2014). Bakım verenle etkileşimle birlikte geliştiği öne sürülen öz şefkatle (Neff, 2003) ilgili yapılan bir çalışmada ise ebeveynin öz şefkatinin yüksek olmasının farkında ebeveynliği (mindful parenting) ve demokratik/dengeli ebeveynliği artırdığı ve annelerin babalara oranla daha demokratik bir tutum sergiledikleri belirlenmiştir (Gouveia ve ark., 2016). Ebeveyn ve çocuklarının değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise annelerin cezalandırıcı bir tarzlarının olmasının dayanıksızlık şemasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Sheffield ve ark., 2005).

Bu bilgilerden yola çıkarak cezalandırıcı, hata kabul edilmeyen ortamların aksine daha kabullenici, güvenli, hataların kabul edilip uygun şekilde ele alındığı ortamlarda ve kendine bakım verebilen, merhametli bir tutum içerisinde olabilen ebeveynlerle büyüyen kişilerin de kendilerini kabullenebildiği ve kendilerine şefkatli davranabildiği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra özellikle annelerin bakım verme sürecinde destekleyici, şefkatli ve sıcak bakım sağlaması, ileride kişinin gerçekçi bir fiziksel dayanıklılık ve güvenlik algısının gelişmesinde rol oynuyor olabilir. Böylece kişi hastalık ya da tehdit söz konusu olduğunda çözüme yönelik davranışlar geliştirme becerisi kazanıyor olabilir.

Elde edilen bulgulara göre onay arayıcılık şeması, öz-yönelimlilik şeması ile negatif yönde anlamlı ilişkilidir. Başkaları tarafından onaylanma, başarıların takdir edilmesi ihtiyacı olarak tanımlanan onay arayıcılık şemasının sosyal durum ve davranışlarla ilişkili olması nedeniyle ikincil olarak gelişen şemalardan biri olduğu ileri sürülmektedir. Genellikle Kopukluk ve Reddedilme alanındaki şemalara ikincil olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (Young ve ark., 2003). Öz-yönelimlilik şemasının ise duygu, ihtiyaç ya da fikirleri ifade ederken cezalandırılma ya da reddedilme korkusu olmamasıyla birlikte geliştiği öne sürülmektedir. Böylece yetişkinlikte kişinin duygu, ihtiyaç ya da fikirleri diğerlerinden farklı olsa bile bunu rahatça söyleyebilmesi söz konusu olacaktır (Lockwood & Perris, 2012). Bu ilişkiden yola çıkarak ihtiyaçların cezalandırılmadan ya da korku yaratmadan ifade edilebildiği bir ortamın olması, bakım veren kişilerin kabullenici olmasıyla birlikte yetişkinlik hayatında da kişinin kendini onaylayabildiği



düşünülmektedir. Böylece başkalarının onayına daha az ihtiyaç duyma ve kendi ihtiyaçlarına odaklanabilme söz konusu oluyor olabilir.

Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasının ise sağlıklı öz-kontrol/öz-disiplin ve empatik düşünme şemaları ile en yüksek negatif yönde ilişkiyi gösterdiği belirlenmiştir. Zedelenmiş Sınırlar şema alanında yer alan ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasına sahip olan kişilerin normal sınırları kabul etmek ve uymakta zorlandıkları öne sürülmektedir. Kendini diğerlerinden üstün görme, özdenetim ve doyumunu erteleme becerisinde yaşanan sorunlar ön plana çıkmaktadır (Young ve ark., 2003). Bununla birlikte empatik düşünme ve sağlıklı öz-kontrol şemaları Lockwood ve Perris'in (2012) önerdiği Temel Duygusal İhtiyaçlar Modelindeki, Yeterli Sınırlar şema alanında yer almaktadır. Empatik düşünme şemasının, kişinin davranışlarının başkaları üzerindeki etkilerini öğrenebilmesi konusunda yol gösterilmesiyle birlikte geliştiği belirtilmektedir. Diğerlerinin ihtiyaçları, bakış açıları ve haklarına ilişkin empatik bir sınır oluşturulması gerektiği öne sürülmektedir. Bunun sonucunda kişi diğerlerine saygı duyabilir, kendi ihtiyaçları ile diğerlerinin ihtiyaçlarını sağlıklı bir şekilde dengeleyebilir. Sağlıklı öz-kontrol/öz-disiplin şemasında ise kısa süreli haz ve rahattan vazgeçerek günlük sorumluluk ve rutinlerin yerine getirilmesinin öğrenilmesi söz konusudur. Sağlıklı sınırlar konularak dürtüler ve kısa süreli hazların kontrolü sağlanmaktadır (Lockwood & Perris, 2012). Ayrıcalıklılık şemasının bu iki pozitif şema ile negatif ilişkili olması aktarılan bu bilgilerle tutarlıdır. Dolayısıyla gerçekçi sınırların koyulduğu bir ortamda büyümenin diğerlerine saygı duyma ve kendini kontrol etmeyi sağlıyor olabileceği söylenebilir.

Yüksek standartlar şemasının ise gerçekçi beklentiler şemasıyla en yüksek negatif yönde ilişkiyi gösterdiği saptanmıştır. Young ve arkadaşlarına göre (2003) yüksek standartlar şemasında başarıya ilişkin yoğun baskı mevcuttur. Kişinin standartlarının aşırı yüksek olması sonucunda da hiçbir zaman tatmin duygusu sağlanamamaktadır (Young ve ark., 2003). Kuramsal olarak yüksek standartlar şemasının olumlu karşılığı olan gerçekçi beklentiler şemasının ise hatalar ve kusurlar karşısında bağışlayıcı bir tutumun sergilendiği ortamda büyüyen kişilerde geliştiği öne sürülmektedir. Böylece kişi, uygun standartlar belirleyebilirken bir yandan da sağlık, rahatlama gibi diğer ihtiyaçlarını da

gözetmeyi öğrenmektedir. Bu şemanın gelişmesiyle birlikte başarısızlıklar karşısında kendini affedebilme, kendi standart ve koşullarını esnek bir şekilde adapte edebilme becerileri geliştiği belirtilmektedir (Lockwood & Perris, 2012). Yapılan mevcut çalışma sonucunda elde edilen bulgular da bu bilgiyle tutarlıdır.

Son olarak kendini feda şeması ise sağlıklı sınırlar/gelişmiş benlik, öz-yönelimlilik ve sağlıklı öz- ilgi/öz-bakım şemaları ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular da pozitif şemaların teorik tanımlamasıyla tutarlıdır. Lockwood ve Perris'e (2012) göre Kendini feda şeması Aşırı Çabalar şema alanında yer almaktadır (Lockwood & Perris, 2012). Gönüllü olarak diğerlerinin ihtiyaçlarına odaklanıp gidermeye çalışma olarak tanımlanan bu şemanın temelinde kişinin ihtiyaçlarının önemsenmesi yer almaktadır (Young ve ark., 2003). Çocuğun ihtiyaçlarının dikkate alınması ve bu ihtiyaçları ifade etmesine izin verilen ortamlarda çocuk, kendi ihtiyaçlarının diğerlerinin ihtiyaçları kadar önemli olduğunu öğrenebilmektedir. Böylece kendi ve diğerlerinin ihtiyaçlarının dengesini sağlıklı bir şekilde kurabileceği, uygun sınırlar koyabileceği ve kendine bakım verebileceği öne sürülmektedir (Lockwood & Perris, 2012). Elde edilen bulgular da bu bilgileri desteklemektedir. Yapılan mevcut çalışma ile ölçeğin orijinal çalışması arasındaki farklılıkların ise kültürel farklılıklara dayanıyor olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle kültürümüze özgü daha spesifik ileri çalışmaların yapılmasının hem literatür hem de klinik uygulama için önemli veriler sunacağı değerlendirilmektedir.

### **2.3.2. Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Grupların Karşılaştırılması**

Çalışma kapsamında psikiyatrik tanı almış ve almamış iki örneklem grubunun, YPŞÖ puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. İki grubun, YPŞÖ, YŞÖ-KF, OİÖ-20 toplam puanları ve SCL-90-R ortalama puanları açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır. Buna göre psikiyatrik tanı almış gruptaki katılımcılar YŞÖ-KF, SCL-90-R, OİÖ-20'den daha yüksek puanlar alırken YPŞÖ ölçeğinden daha düşük puanlar almıştır. Bu bulgular literatürde yer alan bilgilerle tutarlıdır (Louis ve ark., 2018; Paetsch ve ark., 2021). Ancak beklenilenin aksine MÖ puanları açısından iki grup arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Literatürde psikopatoloji ile minnettarlık arasındaki ilişkiye yönelik çelişkili bulgular olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalar ilişki olduğunu gösterirken

(Fredrickson ve ark., 2003; Kendler ve ark., 2003; Wood, Maltby, Stewart, ve ark., 2008) bazı çalışmalarda ilişki olmadığı gösterilmiştir (Jans-Beken, 2019; Jans-Beken ve ark., 2017). Minnettarlık ve psikopatoloji arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalarda Minnettarlığın ilişkili olduğu öne sürülen sosyodemografik özelliklerle ilgili de çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Yaş, çalışma durumu, cinsiyet ve eğitim durumunun önemli bir rol oynadığını gösteren bir çalışmanın yanı sıra (Jans-Beken ve ark., 2017) cinsiyet ya da yaş açısından farklılık olmadığını gösteren bir çalışma da mevcuttur (Portocarrero ve ark., 2020). Buradan yola çıkarak psikiyatrik tanı alan grup ile tanı almayan grubun minnettarlık puanları arasında fark olmamasının örneklem grubunun özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla örneklem sayısının düşük olması ve belirli bir psikiyatrik tanı grubunun olmaması elde edilen bulgularda rol oynamış olabilir.

YPŞÖ alt ölçekleri açısından iki grup değerlendirildiğinde ise psikiyatrik tanı alan katılımcıların gerçekçi beklentiler, sağlıklı öz-ilgi/öz-bakım, temel sağlık ve güvenlik/optimiz ile sağlıklı özgüven/yeterlilik şemalarından daha düşük puanlar aldıkları belirlenmiştir. Bunun yanı sıra elde edilen bulgulara göre duygusal tatmin, istikrarlı bağlanma, öz şefkat, sosyal aidiyet, başarı, duygusal açıklık ve kendiliğindenlik, öz-yönelimlilik, sağlıklı sınırlar/gelişmiş benlik, sağlıklı öz-kontrol/öz-disiplin ve empatik düşünme şemaları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ölçeğin Almanca uyarlama çalışmasında psikiyatrik tanı alan ve almayan gruplar karşılaştırıldığında ise sadece empatik düşünme şemasının iki grup arasında anlamlı fark göstermediği görülmüştür (Paetsch ve ark., 2021). Elde edilen bulgulara bakıldığında psikiyatrik tanı alan grubun Zedelenmemiş Otonomi ve Aşırı Çabalar alanlarındaki pozitif şemalardan düşük puanlar aldıkları görülmektedir. Şema alanları üzerinde kültürün etkisini inceleyen bir çalışmada toplulukçu ve bireyci kültürden gelen öğrencilerin Zedelenmiş Sınırlar, Zedelenmiş Otonomi ve Aşırı Uyarılmışlık ve Ketlenme alanlarından daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Bu farklılığın kültürden dolayı ortaya çıkıyor olabileceği öne sürülmüştür (Mairet, 2015). Kültürel farklılıklar olmakla birlikte otonomi ihtiyacının temel ihtiyaçlardan biri olduğu da belirtilmektedir (Ryan & Deci, 2000). Dolayısıyla toplulukçu özelliklere sahip olan ülkemizde kişinin özerklik ve yeterlik hissinin gelişmemesinin psikopatolojilerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra kişinin kendi ihtiyaçlarının farkına

varamaması, diğerlerinin ihtiyaçlarını öncelik yapması psikopatolojilerin gelişiminde etkili olabilir. Ayrıca gerçekçi olmayan standartlar ile yakınlık, sağlık, rahatlama gibi diğer ihtiyaçların dengesinin kurulamaması da bu süreçte rol oynuyor olabilir. Elde edilen bulgularda diğer pozitif şemaların iki grup arasında farklılık göstermemesinde ise psikopatolojilere özgü farklılıkların rolü olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında yürütülen regresyon analizleri sonucunda erken dönem uyum bozucu şemalardan sosyal izolasyon, onay arayıcılık ve karamsarlık şemalarının psikolojik belirtileri olumlu yönde yordadığı belirlenmiştir. Pozitif şemalardan ise sağlıklı öz-ilgi/öz-bakım şemasının psikolojik belirtileri yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Genel olarak psikolojik belirtileri yordadığı belirlenen şemaların Kopukluk ve Reddedilme, Diğer Yönelimlilik ve Aşırı Uyarılmışlık ve Ketlenme alanlarında yer aldığı görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, literatürde psikopatoloji ve şema alanlarının ilişkisini inceleyen çalışmalarla tutarlıdır (Borjali ve ark., 2016; Faustino & Branco Vasco, 2020; Faustino & Vasco, 2020; Yakin ve ark., 2019). Ayrıca Kopukluk ve Reddedilme ile Aşırı Uyarılmışlık ve Ketlenme şema alanlarının baş etme stratejilerinden duygusal kopma ile ilişkili olduğunu gösteren bir çalışma da mevcuttur. Dolayısıyla bu şema alanlarının, duygu düzenleme problemlerinde rol oynuyor olabileceği öne sürülmektedir (Ke & Barlas, 2020). Ülkemizde yürütülen bir gözden geçirmede ise olumlu davranış ve olumlu psikolojik özelliklerin sıcak bir ortamda yetişmeyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sümer ve ark., 2010). Bu bilgilerden yola çıkarak sıcak, kabullenici bir ortamda aidiyet hissinin gelişmesi söz konusu olabilir. Bunun yanı sıra ortaya çıkan sorunlara esnek yaklaşabilip çözüm odaklı bir tutum sergileyebilmenin öğrenilmesi, kişinin güven hissinin oluşmasında katkı sağlıyor olabilir. Tutarlı ve koşulsuz kabullenmenin olduğu bir ortamda, temel duygusal ihtiyaçların önemsenip karşılandığı varsayılmaktadır. Böylece kişinin, kendi ve diğerlerinin ihtiyaçları arasında denge kurabildiği ve kendine bakım sağlayabildiği düşünülmektedir. Aktarılan tüm bu süreçlerin psikopatolojiden koruyucu olabileceği öne sürülebilir.

### **3. BÖLÜM**

## **OKB'DE İŞLEVSEL OLMAYAN EBEVEYN MODLARININ İNCELENMESİ**

Araştırma kapsamında yürütülen ikinci çalışmada, OKB tanısı almış kişilerin işlevsel olmayan ebeveyn modlarında ortak temalar olup olmadığı ve bu temaların pozitif ya da negatif şemalarla ilişkisi incelenmiştir. Ortak temaları belirlemek amacıyla yürütülen sandalye çalışmasındaki deneyimlerin de incelenmesi amaçlanmıştır.

### **3.1. YÖNTEM**

#### **3.1.1. Katılımcılar**

Çalışmanın katılımcıları, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve OKB tanısı konup Bilişsel Davranışçı Terapiye yönlendirilmiş 7 kadın hastadan oluşmaktadır. Veri toplama sürecinde Covid-19 salgınının ortaya çıkması sonucunda bir katılımcı ikinci, bir diğer katılımcı ise dördüncü görüşmeden sonra devam edememiştir. Çalışma, 5 katılımcı ile tamamlanmıştır. Hastaların BDT'ye uygun olması, uygulanan ölçekleri ve yöntemleri anlayabilecek bilişsel kapasitede olması çalışmaya dahil etme kriterleridir. Dışlama kriteri ise uygulanan ölçek ve yöntemleri anlayabilecek bilişsel kapasitenin olmaması ve psikoz tanısının olmasıdır. Belirtilen bu kriterler doğrultusunda Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde görev yapan asistan ve uzman doktorlar tarafından değerlendirilen ve BDT için uygun görülen hastalarla psikoterapi sürecine başlanmıştır. Bu süreçte gerekli ölçek verileri de toplanmıştır.

Hastalarla yapılan öngörüşmelerde sosyodemografik bilgilerine ve hastalık öykülerine ilişkin detaylı bilgi alınmıştır. Elde edilen bilgiler hem hastalık belirtilerinin hem de şema kuramı açısından önemli olan erken dönem yaşantıların daha iyi anlaşılabilmesi için

detaylı olarak açıklanacaktır. Ancak hastaların anonimliğini koruyabilmek amacıyla bazı demografik bilgiler değiştirilerek aktarılmıştır.

**Hasta 1:** Ayşe Hanım, 38 yaşında, evli, iki çocuğu var. Ailesi ile Ankara’da yaşıyor. Bir hastanede sağlık personeli olarak çalışmaktadır. Hasta orta Anadolu’da yer alan bir şehirde doğup büyümüştür. Genel olarak sakin ve sevgi dolu bir evde büyüdüğünü ifade etmektedir. Arkadaş ilişkilerinin iyi olduğunu, mahallede oyunlar oynayarak büyüdüğünü belirtmektedir. Ayşe Hanım, ders başarısının da her zaman iyi olduğunu söylemektedir.

Hasta babasını sevecen, pozitif, esprili, kendisini ailesine adanmış ve herkes tarafından sevilen biri olarak tanımlamaktadır. Çocukluğunda onunla daha çok vakit geçirdiğini, kendisine daha yakın olduğunu belirtmektedir. Babası 45 yaşındayken, farklı bir ilde bir apartmanın çökmesinden etkilenip, panik bozukluğu belirtileri göstermeye başlamıştır. Kapalı alanlarda durmakta zorlanmaya, kendi apartmanlarının da çökeceğiyle ilgili yoğun endişe yaşamaya başlamıştır. Bunun üzerine psikiyatrik tedavi almıştır. Hastanın babası 52 yaşında kalp krizi nedeniyle vefat etmiştir. Ayşe Hanım’ın annesi ise 58 yaşındadır. İlkokul mezunu olan annesi hiç çalışmamıştır. Annesinin kendisini ifade etmekte zorlandığını ve bu nedenle ilişkilerinde sorun yaşayabildiğini belirtmektedir. Evin sorumluluklarının annesinin üzerinde olması nedeniyle annesiyle çok vakit geçiremediklerini ifade etmektedir. Ayrıca Ayşe Hanım annesinin de titiz biri olduğunu vurgulamaktadır. Üç kardeşi olan hasta, genel olarak iyi geçindiklerini belirtmektedir. Bir kız kardeşi panik bozukluğu, erkek kardeşi ise OKB tanısı almıştır. Özellikle erkek kardeşiyle birbirlerini çok iyi anladıklarını belirtmektedir.

Hastanın ilk belirtileri üniversite 4. sınıfta staja başlamasıyla yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlamıştır. Hastalarla ilgilenirken, özellikle temas izolasyonu olan hastalarla, oldukça zorlanmaktadır. Kendisine hastalık bulaşacağı ve kendisinin de başkalarına bulaştıracağı endişesi ortaya çıkmasına rağmen o dönemde işlevselliğini etkileyen bir durum ortaya çıkmamıştır. Mezun olmasının ardından bir özel eğitim kurumunda engelli hastalarla çalışmaya başlamıştır. Çalıştığı hastalardan vücut salgısı bulaşmasından endişe etmektedir. Herhangi bir bulaşı engellemek için oldukça dikkatli davranmaktadır. Bu nedenle işe ayrı bir kıyafet götürüp, çalıştığı süre boyunca bu kıyafetleri giymektedir.

Zorlanmakla birlikte işini sürdürebilmektedir. Hasta 2007 yılında, 5 yıldır beraber olduğu eşi ile evlenmiştir. Eşinin işi nedeniyle küçük bir şehre taşınmışlardır. Taşınmalarından altı ay sonra, 2008 yılının başında Ankara’da bir hastaneye atanmıştır. Atanmasını takip eden ilk aylarda Ayşe Hanım tek başına misafirhanede kalmıştır. Misafirhanede genellikle hastanede çalışmaya gelen kişilerle, dört kişilik odalarda kalmıştır. Ortak banyo-tuvalet kullanıldığı için zorlanmıştır. Kirleneceği ile ilgili endişeleri olmasına rağmen kalmaya devam edebilmiştir. Birkaç ay sonra eşinin iş bulup gelmesi ile birlikte bir eve taşınmışlardır. Benzer şekilde iş yerinde de temizlikle ilgili problemler yaşamaya başlamıştır. Genel olarak hastalara temas etmekte zorlanmaktadır. Tedaviye gelen hastalara eldivenle müdahale etmek istemesi üzerine bölüm şefiyle problem yaşamıştır. İşini sürdürebilmesine rağmen bu durumun bölümde probleme neden olduğunu belirtmektedir.

İşe başlamasından birkaç ay sonra hasta, babasının kolesterolünün çok yüksek olduğunu öğrenmiştir. “İşe yeni başlamıştım. Yeni yeni alışıyordum. Bu yüzden cesaret edip kardiyojiden randevu alamadım” şeklinde ifade etmektedir. Kalp problemlerinin yanı sıra babası kaygı sorunları yaşamaya başlamıştır. Bunun üzerine babasını psikiyatri bölümüne götürmüş ve ilaç başlanmıştır. Başlanan ilaçlarla birlikte kilo almasına rağmen babasının kolesterolü düşmüş ve dikkat edeceğini söyleyerek Ayşe Hanım’ı rahatlatmaya çalışmıştır.

Yıl başında birkaç gün tatil olması nedeniyle hasta ailesinin yanına gitmek istemiş ancak eşi istemediği için gidememişler. Birkaç gün sonra ise babasının aniden geçirdiği kalp krizi sonucunda öldüğünü öğrenmiştir. Babasının vefatından yaklaşık 40 gün önce kanserden anneannesini kaybeden hasta, cenazede sanki babası için geldiklerini hissettiğini belirtmektedir. Sonrasında bu hissinin gerçek olduğunu söylemektedir. Hastanın babasına düşkünlüğü nedeniyle bu haberi kaldıramayacağını düşünerek yakınları babasının rahatsız olduğunu ve gelmeleri gerektiğini iletmişlerdir. Hastanın eşi durumu yolda öğrenmiştir. Ayşe Hanım’ın ailesinin yaşadığı şehre yakın bir yerde ciddi bir trafik kazası geçirerek ölümden dönmüşlerdir. Herhangi bir yaralanma geçirmeyen çift, Jandarmanın kurtarmasıyla birlikte yollarına devam etmişlerdir. Ablasının evine gittiklerinde babasının vefat ettiğini öğrenen hasta, çalıştığı hastanede babasını tedavi

ettirmediği için kendisini suçlamıştır. Babasının ölümünü kendi sorumsuzluğu olarak kabul etmiştir. Aylarca çok kötü olan hasta, güçlü olduğunu ve bu durumun üstesinden gelebileceğini düşünerek yardım almamıştır. Hasta ve eşi eğer çocuk sahibi olurlarsa hastanın yaşadığı sıkıntılardan kurtulacağını düşünmüşlerdir. Hamilelik sürecinde hastanın, bebeğe hastalık bulaşacağıyla ilgili obsesyonları giderek artmıştır. Kendisi nedeniyle sevdiklerine bir şey bulaşacağına ve öleceklerine ilişkin yoğun kaygı duymaya başlamıştır. Bebeğin doğumuyla birlikte belirtileri giderek artmıştır. Yere düşen hiçbir şeyi almamakta ve sıklıkla el yıkamaktadır. Hastanın annesi kardeşlerine baktığı için bebeğe tek başına bakmak zorunda kalmıştır. Bebeğin başına bir şey gelirse kimden yardım isteyeceğiyle ilgili de endişeleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Ayrıca doğum sonrasında bacak damarlarıyla ilgili problem yaşadığı için hareketleri de kısıtlanmıştır.

Bebeğin doğumundan 3-4 ay sonra eşi kendi ailesinin yanına gitmek istemiştir. Ayşe Hanım gitmek istese de gitmek zorunda kalmıştır. Oldukça uzun süren yolda hasta, fiziksel kısıtlılığı nedeniyle çok zorlanmıştır. Dizlerini bükemediği için oturamamış, tuvalete girememiştir. Eşinin ailesinin yaşadığı evde de fiziksel kısıtlılıklar nedeniyle problem yaşayan hasta, eşinin ailesiyle sorunlar yaşamıştır. “Eşimin ablası beni istememişti. Onları beğenmediğimi düşündü ve bana saldırdı. Beni ölümle tehdit etti” şeklinde ifade etmektedir. Eşinin bu durumu iyi bir şekilde ele alamadığını belirten hasta ve eşi, 1.5 yıl birbirleriyle hiç konuşmamıştır. Doğum sonrası ücretsiz izin alıp evde olan hasta yoğun depresif belirtiler yaşamıştır. Hasta boşanmayı düşünse de herhangi bir adım atmamıştır.

Ücretsiz izninin bitmesiyle birlikte işe başlayan Ayşe Hanım’a ilk olarak temas izolasyonu olan bir hastanın tedavisi verilmiştir. Hastanın fiziksel sıkıntısının çok olması nedeniyle kan ve idrar bulaşma ihtimali vardır. Bir gün tedavi sırasından, hastanın idrar torbası Ayşe Hanım’ın ayağına dökülmüştür. Buna rağmen tedaviye devam edebilmiş, hemen ardından ise ayakkabılarını ve kıyafetlerini değiştirmiştir. Uzun süreli izinden sonra işe bu şekilde başlamanın kendisini çok yıprattığını belirtmektedir. Giderek belirtileri artan hasta, bir hastalık ya da pislik bulaşması korkusuyla toplu taşıma araçlarında ve dışarıda herhangi bir yere oturamamaktadır. Çocuğu ile birlikte dışarı çıktıklarında çocuğun oyun oynayacağı her yeri silmekte, eve döndüklerinde de çocuğu



ve kendisi banyo yapmaktadır. Eve misafir geldikten sonra tüm koltukları silmektedir. Giderek işlevselliği bozulan hasta ve eşi bu süreçte boşanmaya karar vermişlerdir.

İş yerinde ve evde yaşadığı sıkıntıların artmasıyla birlikte psikiyatri polikliniğine başvuran hastaya OKB ve depresyon tanıları konmuştur. İlaç tedavisi başlanarak, BDT'ye yönlendirilmiştir. Poliklinikte görev yapan bir psikiyatri asistanı, süpervizyon altında hastanın BDT sürecini devam ettirmiştir. Tedavi ile birlikte her gün banyo yapmayı bırakmıştır. Hastane dışında giydiği kıyafetleri asıp tekrar giyebilmeye başlamıştır. Kısa bir kıyafet giyip bacağı bir yere değdiği zaman bu kıyafeti tekrar giyebilmekte, sadece bacağı yıkamakla yetinebilmektedir. Dikkatli olmakla birlikte işlevselliğinin normale döndüğünü belirtmektedir. Tedavi sürecinde eşi de doktor ile görüşmeye gelmiş ve boşanmaktan vazgeçmişlerdir.

Tedaviden sonra belirtilerinde dalgalanma olmayan hasta ikinci kez hamile kalmıştır. Bu süreçte obsesyonlarının artmasından endişe etmiştir ancak işlevselliğini bozacak bir durum ortaya çıkmamıştır. Hamileliği sırasında amniyosentez yapılması gerektiğinde, karnına sokulacak iğneden bebeğin enfekte olup olmayacağına ilişkin düşünceleri olmuştur. Ancak doktora teyit ettirerek tetkiki yaptırabilmiştir. Hamilelikte yaşadığı bir diğer büyük sıkıntı ise doğum sırasında olmuştur. Hastayı, sezaryen ameliyatına hazırlayan görevli varis çorabı giydirirken çorabı yere düşürmüştür. Bunun sonucunda, çocuğa bir hastalık ya da mikrop bulaşması korkusu oluşmuştur. Doktora, bir şey olmayacağını teyit ettirdikten sonra bir miktar rahatlayabilmiştir. Ayşe Hanım, bebeği 10 günlükken yüksek lisansa başlamıştır. Hem dersler hem de çocukların bakımının yoğun olması nedeniyle yine doğum sonrası ücretsiz izin alıp bu süreçte yüksek lisansını bitirmiştir. Daha sonra akademik çalışmalarına devam edip doktora başlamıştır. Belirtileri minimum düzeyde devam eden hasta ilaçlarını da bırakmıştır.

Hastanın belirtileri, Covid-19 salgınının başlamasıyla birlikte alevlenmiştir. Bu sürece kadar işlevselliğini sürdüren hasta evden, yataktan çıkamayacak duruma gelmiştir. Sokağa çıktığı zaman “Ya biri arabadan tükürürse ve hastalık bulaşırsa” diye endişelenmektedir. Sevdiklerine hastalık bulaştırma korkusuyla yoğun bir şekilde temizlik yapmaya, sık el yıkamaya başlamıştır. Dışarıdan gelen yiyecekleri içeri almakta

zorlanmaktadır. Her yeri çamaşır suyuyla silmektedir. Eşi ve çocukları el yıkarken onları izlemekte, doğru yıkayıp yıkamadıklarını kontrol etmektedir. Eşinin çalışması nedeniyle, işten döndükten sonra kıyafetlerini kapıda çıkarttırıp banyo yapmasını sağlamaktadır. Çocukları, balkon dahil, dışarı çıkartmamaktadır. Temizlik uğraşlarının artmasıyla birlikte bu ritüellerle giderek baş edememiş ve iş yapamaz duruma gelmiştir. Hastalık bulaşması korkusuyla hastaneye gidememektedir. Sık ağlama, işlevsellikte bozulma, isteksizlik, kilo kaybı ile Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran hastaya antidepresan ilaç tedavisi başlanarak BDT'ye yönlendirilmiştir. Ayrıca işe devam edemediği için heyet raporu verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hasta ile 8 Haziran 2020 tarihinde görüşmelere başlanmıştır.

**Hasta 2:** Fatma Hanım, 25 yaşında, öğrenci. Ebeveynleri ve iki kardeşi ile birlikte yaşıyor. Hastanın babası 49 yaşında, lise mezunudur. Ailesinin durumunun iyi olması nedeniyle babası hiç çalışmamıştır. Annesi ise 43 yaşında, ortaokul mezunu, ev hanımıdır. Fatma hanımın bir kız bir de erkek kardeşi vardır. Kız kardeşi 23 yaşındadır ve kendi işiyle uğraşmaktadır. Erkek kardeşi ise ortaokul öğrencisidir.

Zor bir çocukluk geçirdiğini ifade eden hasta, babasının öfke kontrolü problemi yaşadığını belirtmektedir. Babasının, kendi ailesini mutlu etmeye çalıştığını ve herhangi bir problemde annesini şiddetli şekilde dövdüğünü ifade etmektedir. Hasta üniversiteye girene kadar bu fiziksel ve sözel şiddet devam etmiştir. Babasını hep tehlike olarak görmekte, annesi ve kız kardeşini koruması gerektiğine inanmaktadır. Fatma Hanım 7 yaşındayken gerçekleşen bir olayda, babası annesine şiddet uygularken babaanne ve halasından yardım istemiştir. Kimsenin yardım etmediğini, kendisinin de bir şey yapamadığını belirtmektedir. Bu olayda sandalyelerin kırıldığını ve annesinin ciddi zarar gördüğünü ifade etmektedir. Aile içi şiddet olan bir aileden geldikleri için babasının ailesinin bu gibi durumları normal karşıladığını belirtmektedir. Şiddet sahnelerinden kendisini en çok etkilediğini düşündüğü olaylardan biri ise 10-11 yaşlarındayken bir gece babasının annesini boğmaya çalışmasıdır. Bu olaydan sonra yoğun korku yaşayan hasta uyumakta zorlandığını belirtmektedir. Okula gittiğinde bile babasının annesine zarar verip vermediğini düşünmektedir. Annesini koruması gerektiğine inanmaktadır. Hasta, annesini güçsüz, korunması gereken, aynı zamanda bütün bunlara çocukları için boyun

eğen biri olarak tanımlamaktadır. Babası aynı zamanda çocuklara da şiddet uygulamaktadır. Sosyal medya hesabı açtığı için hastayı dövmesi, bunun sonucunda hastanın kulağının yırtılması buna bir örnektir. Babasının annesini sevmediğini, bu nedenle çocuklarını da sevmediğini düşündüğünü belirtmektedir. Çocukken, “keşke delirsem de babama ders olsa. Bize eziyet etmese” şeklinde düşündüğünü ifade etmektedir.

Fatma Hanım, sakın bir çocukluk geçirdiğini belirtmektedir. Ailesinin ona sorumluluk vermediğini, özellikle annesinin onun yerine her şeyi yaptığını ifade etmektedir. Çocukluğunda başlayan hafif şiddetteki kompulsif belirtileriyle ilgili hatırladığı ilk durumun tırnaklarını yemeye başlamasıyla olduğunu belirtmektedir. Tırnaklarını yemeyi bırakması için babası, pis olduğunu söyleyip kızmaktadır. Pis olmamak için de ellerini sık yıkadığını belirtmektedir. Kendisinin en temiz olmak istediğini, herkesin ne kadar temiz olduğunu görmesini istediğini ifade etmektedir. Oyuncaklarla oynamayı çok sevmeyen hasta, dışarıda da pek oyun oynamadığını, sadece kız kardeşiyle vakit geçirmeyi sevdiğini belirtmektedir. Tatillerde ise babasının ailesinin sahip olduğu bir bahçede vakit geçirmektedirler. Fareler olduğunu duyduğu için bahçeden yoğun bir şekilde tiksindiğini belirtmektedir. Bahçede bulunan evde kaldıklarında tiksindiği için kafasını yastığa koymamakta, kapüşonunu kafasına geçirip o şekilde yatmaktadır. İlerleyen yıllarda bahçenin olduğu araziye şimdiki evleri inşa edilmiştir. Bahçeyi hiç sevmediği için evlerini de sevmediğini ifade etmektedir. Küçükken en büyük mutluluğunun anneannesine gitmek olduğunu belirtmektedir. Orada kısıtlanmamakta, sevildiğini hissetmekte ve el üstünde tutulmaktadır.

Ortaokul yıllarında hasta, okulda arkadaşlarının cinsellikle ilgili konuşmalarının ardından, merak ederek internetten cinsel içerikli videolar izlemeye başlamıştır. Evdeki gergin durumdan kaçmak için mutsuz olduğu zamanlarda bu videoları izlemeye başladığını, böylece hiçbir şey düşünmediğini belirtmektedir. Bu videoları izlemeyi kendisine yakıştıramadığını ancak kendisini durduramadığını ifade etmektedir. Hasta 14 yaşındayken erkek kardeşi dünyaya gelmiştir. Kendisini hayata bağlayan tek şey olarak tanımladığı erkek kardeşini hiç kıskanmadığını, kendi çocuğu gibi gördüğünü ifade etmektedir. Kardeşi iki yaşındayken gözlerinin ileri derecede bozuk olduğu fark edilmiş

ve gözlük kullanmaya başlamıştır. Hastalığının anlaşıldığı günden itibaren, bu durumla ilgili kendisini suçlu hissetmiştir. Hasta, annesine, kardeşinin kirpiklerinin ne kadar güzel olduğunu, kendi kirpiklerinin de aynı olmasını isteyeceğini söylemiştir. Kardeşine nazarının değiştiğine, bu nedenle bu bozukluğun ortaya çıktığına inanmaktadır. Aynı dönemlerde hastada, izlediği cinsel içerikli videolar nedeniyle gusül abdesti alması gerektiği, akademik başarısının da buna bağlı olacağına ilişkin inançlar da ortaya çıkmaya başlamıştır. Sıkıntıları giderek artarak üniversite sınavına hazırlık döneminde obsesyonları hayatını engelleyecek düzeye ulaşmıştır. Fatma Hanım belirtilerinin artmasında, amcasının oğlunun evlenmesinin de etkisi olduğuna inanmaktadır. Babası annesine şiddet uyguladığında bu kuzeninin yardıma gelmesi, hastanın gözünde kahraman gibi olmasına yol açmıştır. Onun yanında mutlu, huzurlu ve güvende hissettiğini; evlenmesiyle birlikte kimsesi yok gibi hissetmeye başladığını belirtmektedir. Hastanın bu dönemdeki belirtileri sık ve uzun süre banyo yapma ile sık el yıkamadır. Gusül abdesti alırken doğru olup olmadığı konusunda emin olamamakta ve tekrar tekrar abdest almaktadır. Aksi takdirde yoğun bir suçluluk duygusu yaşamaktadır. Banyo süresi 1-1.5 saat arasında değişmektedir. Herhangi bir şeye dokunduktan sonra ellerini yıkamaktadır. Yağ, mikrop, toz gibi maddelerin bulaşacağından endişe etmektedir.

Belirtileri devam ederken üniversite sınavını kazanıp farklı bir şehre yerleşen hastanın sıkıntıları giderek artmıştır. Özellikle ellerini daha sık ve uzun (yaklaşık 5 dakika) yıkamakta, bu nedenle elleri tahriş olmaktadır. Ellerin kesinlikle pis olamaması gerektiğini, temiz olması gerektiğini düşünmektedir. Kirli çamaşırlara dokunamamaktadır. Tuvalete girerken kıyafetlerinin bir yere değmemesi için kıyafetlerini çıkartmaktadır. Tuvaletten çıktıktan sonra ise bacaklarını, kollarını, yüzünü yıkamaktadır. Özel bir yurttaki, iki kişilik odada kalan hasta, oda arkadaşının temizliğini beğenmediği için tuvalet ve banyoyu kullanmakta zorluk yaşamaktadır. Her gün odasının temizlenmesine rağmen yine de kirli olduğunu hissetmektedir. Üniversitenin ikinci senesinde kız kardeşinin de aynı şehre okumaya gelmesiyle birlikte yurttaki aynı odada kalmışlardır. Bir miktar rahatlmasına rağmen belirtileri azalmamıştır. Ailesinin ısrarı üzerine, okuduğu şehirde bir psikiyatriste başvurmuş ve ilaç kullanmaya başlamıştır. İlaç kullandığı süreçte düşüncelerini kontrol edebilmiş ve belirtileri azalmıştır. Tedavi sonrasında ellerini daha az ve kısa yıkamaya başlamıştır. Başkalarının dokunduğu

eşyalara ve kirli çamaşırlarına dokunabildiğini, işlevselliğinin yüksek oranda arttığını belirtmektedir.

Tedaviyle birlikte üniversite hayatının iyi geçtiğini belirtmektedir. Öncesinde yakın bir arkadaşı olmamasına rağmen üniversitedeki arkadaşlarıyla aile gibi olduklarını ifade etmektedir. Genellikle Fatma Hanım'ın sıkıntılarını göz önünde bulundurup, planlarını onun rahatsız olmayacağı şekilde düzenlemeye çalışmaktadırlar. Ayakkabı bağcıklarına dokunamadığı için bir arkadaşının ayakkabılarını bile bağladığını anlatmaktadır. Belirtilerinin giderek azalmasıyla birlikte ilaçlarını doktor kontrolü dışında azaltarak kesmiştir. Hastalık belirtilerinin en düşük seviyede olduğu bu süreçte okulunu bitirmiştir. Başarıya önem veren hasta, ailesinin başarılarını takdir etmediğini, zaten yapacağına inandıklarını söylediklerini belirtmektedir. Takdir edilmek ve başarılı olmak adına, kendisine uygun olmadığını düşündüğü bir bölüm seçmiş ve istemeyerek devam etmiştir. O dönemde akademisyen olmak istediği ve sarf ettiği emekleri boşa harcamak istemediği için okulu bitirdikten sonra aynı bölümde yüksek lisansa başlamıştır. Ailesinin yanına dönüp günü birlik derslere giderek yüksek lisans ders dönemini tamamlamıştır. Eve dönmesiyle birlikte de hastanın belirtileri giderek artmış, ilk hastalık döneminden de şiddetli hale gelmiştir. Yüksek lisans ders döneminin bitmesiyle birlikte yapmak istediği mesleğin farklı olduğunu belirterek yeniden üniversite sınavına girmiş ve tekrar üniversiteye başlamıştır.

Hastanın banyo süresi ve el yıkama sıklığı artmıştır. Başkalarının dokunduğu hiçbir yere dokunamamaktadır. Dolap kapakları, kapı kolları, prizler, çaydanlık gibi eşyalara peçete olmadan dokunamamaktadır. Eğer peçete bulamazsa aileden birine seslenip ona açtırmaktadır. Bulaşık ve çamaşır makinesine pis olduğu için değememektedir. Evdeki ortak alanlarda oturduğu sandalye ve koltuk bellidir ve bu alanların dışında hiçbir yere oturmamaktadır. Dışarıdan geldiği kıyafetlerle evin içerisinde duramamakta, bir giydiği kıyafeti bir daha giyememektedir. Kirli çamaşırlara dokunamamakta, eğer dokunursa da banyo yapmaktadır. Temiz çamaşırları kendisi de temizken kullanabileceğini belirtmektedir. Odasındaki eşyalara da kimsenin dokunmamasını istemektedir. Temizliğini kendisi yapmaktadır. Bilgisayarı ve telefonunu sık sık temizlemekte ancak yine de bu eşyalara dokunduktan sonra ellerini yıkamaktadır. Her zaman bir elini pis,

diğer elinin ise temiz olarak kabul etmektedir. Bu nedenle iki elini birbirine değdirmemeye çalışmaktadır. Ayrıca yatağına yatmadan önce (uyumak için olmasa bile) elleri temiz olmalıdır. Tuvalete girdiğı zaman herhangi bir yere değmekten korkmaktadır. Bunun mümkün olmadığını ancak bir yere değmediğine ikna olamadığını belirtmektedir. Çıktıktan sonra da ellerini dirseklerine kadar uzun süre yıkamakta ve hiçbir yerine su sıçramadığından emin olmaya çalışmaktadır.

Fatma Hanım'ın en yoğun sıkıntı yaşadığı durumlardan biri de banyodur. Banyo süresi yaklaşık 40 dakika sürmektedir. Her gün banyo yapmaktadır. Banyoya girmeden önce her yeri ıslak mendille silmektedir. Şampuan yeterli gelmediğı için bunun ardından beyaz sabunla tekrar saçlarını yıkamaktadır. Bir diğer beyaz sabunu da vücudu için kullanmaktadır. Banyo yaparken pis suyun üzerine sıçrayıp sıçramadığından emin olamamaktadır. Banyonun ardından her zaman bornozunu yıkayamayacağı için bornoz giymemektedir. Kurulanmak için önce bir iç çamaşırı giyip, çıkartmaktadır. Sonrasında kuru bir iç çamaşırı giymektedir. Yeni aldığı saç kurutma ve şekillendirme makinelerini pislenmelerinden endişe ederek kullanamamaktadır. Bu nedenle de saçlarını kuaförde yaptırmaktadır. Makyaj malzemelerini kirli elleriyle kullanamayacağı için makyaj da yapamamaktadır. Hasta, ailesinden kimseye dokunamamaktadır. Hayatında en değer verdiği kişi olan erkek kardeşine dokunduğunda bile pislendiğini hissetmektedir. Özellikle aralarının bozulduğu kız kardeşinin oldukça pis olduğunu düşünmekte ve onunla aynı tuvalet ve banyoyu kullanmamaktadır. Belirtilerinin giderek artması ve derslerine devam etmekte zorlanması nedeniyle hasta psikiyatriste başvurmuştur. BDT'ye yönlendirilen hastayla ilk görüşme 15 Aralık 2020 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

**Hasta 3:** Zeynep Hanım, 25 yaşında, üniversite mezunu. Ailesi ile birlikte Ankara'da yaşıyor. Hastanın 49 yaşında olan babası sıklıkla alkol kullanmaktadır. Babasının soğuk, mesafeli ve sinirli biri olduğunu belirtmektedir. Hastanın annesi 45 yaşında, ev hanımıdır. Hasta annesini fedakâr biri olarak tanımlamaktadır. Zeynep Hanım'ın iki kardeşi vardır. Kız kardeşi kendisinde iki yaş küçüktür. Evli ve bir çocuk sahibidir. Erkek kardeş ise üniversite öğrencisidir.

Zeynep Hanım Ankara’da doğup büyümüştür. Çocukluğunda sessiz ve sakin olduğunu ifade etmektedir. Oyunların kendisine saçma geldiğini, en çok kitap okumayı sevdiğini belirtmektedir. Çevresinde kitap okumayan kişilere kızmaktadır. Annesi hastaya “Sen bilmiş bir çocuktun” demektedir. Çocukluğu boyunca sıklıkla babaannesinde, kuzenleriyle vakit geçirmektedirler. Annesinin, babasının ailesiyle anlaşamadığını belirtmektedir. Ancak babasının sinirli olması nedeniyle babasından yoğun bir şekilde korkmaktadırlar. Bu nedenle babası ne isterse onu yapmaktadırlar. Hasta, liseye kadar okul başarısının iyi olduğunu, lisede ise ortalama bir başarıya sahip olduğunu belirtmektedir. Lise yıllarında, banyo süresinin uzamaya başladığını ifade etmektedir. Özellikle gusül abdesti alacağı zaman süre daha da uzamaktadır. Bu süreçte Zeynep Hanım’ın annesine romatizmal bir hastalık tanısı konmuştur. Tedavinin ağır olması annesini oldukça yıpratmıştır. Bu süreçte Zeynep Hanım da duygusal açıdan zor bir dönem geçirmiştir. Ailecek geçirdikleri zor süreçte hasta üniversiteyi kazanmıştır. Ankara’da bir devlet üniversitesine giren Zeynep Hanım’ın aktif bir öğrencilik hayatı olmuştur. Arkadaşlarıyla sık vakit geçirdiğini, çeşitli topluluklara ve organizasyonlara katıldığını ifade etmektedir.

Hastanın belirtileri ilk olarak eski erkek arkadaşı ile tekrar birleşmelerinin ardından başlamıştır. İki yıl önce üniversiteyi bitirdiği sene ise giderek şiddetlenmiştir. Zeynep Hanım, erkek arkadaşıyla ayrı kaldıkları dönemde yaklaşık bir yıl başka biriyle flört etmiştir. Bu nedenle, barışmalarının ardından erkek arkadaşı hastayı yoğun bir şekilde suçlamıştır. Bunun sonucunda da hasta, kendisini kirlenmiş ve suçlu hissettiğini ifade etmektedir. Bu olayın ardından evde yaşanan problemler artmıştır. Hastanın kız kardeşinin evlenmek istemiş ancak babasının izin vermemiştir. Alkol alan babası, hastanın annesi ile kız kardeşine fiziksel ve sözel şiddet uygulamıştır. Annesinin ciddi şekilde zarar gördüğü kavgada babasını durduramamışlardır. Ancak, erkek kardeşinin de babasına şiddet uygulamasıyla birlikte olay sona ermiştir. Kavganın yaşandığı sırada hasta polise haber vermiştir. Karakola gittiklerinde babasında ilk olarak şikayetçi olmasına rağmen babası, “Siz suçlusunuz, beni şikâyet etmeye hakkınız yok” diyerek öfkeleniği için şikayetini geri çekmek zorunda kalmıştır. Bu olayın ardından babası evden ayrılmıştır. Ancak iki hafta sonra annesi ve erkek kardeşiyle gidip babasından özür dileyip babasını eve geri getirmek zorunda kalmışlardır. Yaşanan bu olayların ardından

erkek arkadaşının “Sen hastasın” diyerek kendisinden ayrılması üzerine sıkıntılarının giderek arttığını belirtmektedir. Eşyalarına ya da kendisine kir bulaşacağından endişe etmeye başlamıştır. Gözle görülür bir şey olmasına gerek olmadığını, herhangi bir pislik ya da kirin söz konusu olabildiğini ifade etmektedir. Kirli olduğunu düşündüğü tüm kıyafetleri yıkamıştır. Ellerinin kirlenmemesi için kirli çamaşırlarını makineye koyarken eldiven kullanmaktadır. Diğer aile üyelerinin dokundukları yerleri, ellerini yıkama şekillerini izlemeye başlamıştır. Evde ve dışarıda yere düşen nesnelere yerden alamamaktadır. Belirtilerin şiddetlendiği ilk dönemlerde bir kursa gitmekte olan hasta toplu taşıma araçlarında oturamamakta ve hiçbir yere dokunamamaktadır. Oturmak zorunda kaldığı durumlarda ise bütün kıyafetlerini yıkamakta ve banyo yapmaktadır. Kursta tuvalete girmek zor olsa bile girmeye çalıştığını ifade etmektedir. El yıkama süresi ve sıklığı giderek artmıştır. Temizlenmesi için çamaşır suyuyla ellerini yıkamaktadır. Temizlik hissini sevdiği için hala ara sıra ellerini bu şekilde yıkadığını belirtmektedir.

Zeynep Hanım’ın belirtileri giderek artmıştır. Tedaviye başvurduğu zaman dışarıda hiç tuvalete girememektedir. Ellerini yıkamak için bile dışarıda tuvaletleri kullanmamaktadır. Dışarıda başlayan belirtiler eve de genellenmiştir. Evde sadece bir tuvaleti kullanmakta ve aile üyeleri bu tuvaleti kullanmamaktadır. İdrarını yaptıktan sonra, herhangi bir sıçrama olup olmadığını kontrol etmektedir. Eğer sıçradığını düşünürse bacaklarını yıkamaktadır. Tuvaletinin ardından her seferinde klozeti çamaşır suyu ile temizlemektedir. Haftada yaklaşık 5 litre çamaşır suyu kullanmaktadır. Yoğun kullanım nedeniyle bacaklarında hassasiyet oluşmuştur. Gaitasını yaptıktan sonra ise banyoya girmektedir. Tuvaletten sonra el yıkama süresi yaklaşık 5 dakikadır. Öncelikle kullandığı sıvı sabunun pompasını yıkamaktadır. Musluğu kimsenin tutmayacağını düşündüğü yerden tutmaktadır. Ellerini yıkarken kollarına sıçradığını düşünürse dirseklerine kadar yıkamaktadır. Ayrıca bu süreçte kıyafetlerine su sıçradığını düşünürse kıyafetlerini değiştirmektedir. Tuvalette geçirdiği sürenin uzaması ve kompulsyonların giderek zorlaşması nedeniyle günde iki kere tuvalete gitmeye çalışmaktadır. Bu nedenle gün içerisinde aldığı sıvı miktarını kısıtlamıştır. Genellikle de tuvaletini tutmaya çalışmaktadır. Bunun sonucunda altına kaçırıldığı zamanlar olduğunu belirtmektedir.



Hastanın banyo süresi ise yaklaşık 1 saattir. Banyoya girmeden önce banyoyu temizlemektedir. Terliklerini de yıkadıktan sonra duşu temizlemektedir. Duş başlığı ve musluğu temizledikten sonra banyo yapmaya başlayabilmektedir. Banyoda geçirdiği bir saat içerisinde en az üç kere şampuanlanmaktadır. Temiz olmayacağını düşündüğü için lif kullanmamaktadır. Sabunu ellerine döküp yıkanmaktadır. Su değip değmediğinden emin olamadığı için özellikle genital bölgelerinin temizliği uzun sürmektedir. Bu süreçte sık sık ellerini de yıkamaktadır. Vücudunu sabunladıktan sonra bir kez daha şampuanlanmaktadır. Sabunlanırken üzerinden pis su akması nedeniyle tekrar kirlendiğini düşündüğü için en son şampuanlandığını belirtmektedir. Belirtilerinin işlevselliğini azaltması nedeniyle psikiyatriste başvuran hastaya ilaç tedavisi başlanmış ve BDT önerilmiştir. Hasta ile ilk görüşme 31 Aralık 2020 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

**Hasta 4:** Gönül Hanım, 44 yaşında, lise mezunu. Evli, iki çocuğu var. Ailesi ile birlikte Ankara’da yaşıyor. Çalışmıyor.

Hasta, Orta Anadolu’daki bir şehrin köyünde doğup, ilçesinde büyümüştür. Anne ve babası arasında yaş farkı olan hastanın babası erkek çocuk istemektedir. Üç kız çocukları olduğu için problem yaşayan çiftin, bir erkek çocukları dünyaya gelmiştir. Bütün ailenin erkek kardeşinin doğumuna çok sevindiğini ve herkesin üzerine titrediğini belirtmektedir. En büyük kız çocuğu olduğu için kardeşinin bakımında rol oynadığını ifade etmektedir. Kardeşine bir şey olduğunda annesi hastaya kızmaktadır. Gönül Hanım ailecek erkek çocuklara düşkün olduklarını, kendisinin de erkek çocuk istediğini ifade etmektedir. İki kızı olan hasta, bu nedenle eşine öfkelenildiğini belirtmektedir.

Aile, çocukların okul çağına gelmeleriyle birlikte ilçeye yerleşmiştir. İlçede herkes hastanın babasını tanımaktadır. Bu nedenle kız kardeşleri ve kendisinin davranışlarına dikkat ettiklerini belirtmektedir. Babalarına laf gitmemesi için çaba sarf etmişlerdir. Hasta “Her şeyi iyi yapmak zorundaydım. Benim hatam babamın hatası gibi olacaktı” diye ifade etmektedir. Babasının özellikle yalana tahammülü olmadığını belirtmektedir. Kendi ayakları üzerinde durmaları gerektiğini de vurgulamaktadır. Kışın ailesiyle birlikte ilçede yaşayan hasta, yaz tatillerini annesinin köyünde geçirmektedir. Çok keyifli vakit

geçirdiğini, istediğini yapabildiğini belirtmektedir. O dönemde temizlikle ilgili herhangi bir problem yaşamamaktadır.

Gönül Hanım okul hayatı boyunca başarılı bir öğrencidir. Üniversite sınavından yüksek bir puan alamayınca açık öğretim üniversitesine girmiştir. Liseyi bitirince çalışmak istediğini söyleyerek Ankara'ya bir akrabalarının yanına gelmiştir. İşe giren hasta eşiyle tanışıp evlenmiştir. Bu süreçte açık öğretime de devam etmiştir. Ancak dördüncü sınıfta bir dersten kalması, ardından da hamile kalması sonucunda derslerini tamamlayamamıştır. Eşi ile evlilik sürecinde Gönül Hanım'ın yaşadığı bazı problemler olmuştur. Ailelerinin kültürel olarak çok farklı olmaları nedeniyle eşinin ailesiyle geçinmekte zorlanmaktadır. Eşinin ailesine çok düşkün olduğunu belirten hasta, aile içerisinde yaşadıkları tek problemin bu konu olduğunu ifade etmektedir. Eşinin ailesine karşı kendisini savunmadığını, hiç yanında olmadığını, hatta evde yaşadıkları tartışmalarda eşinin kendisine şiddet uyguladığını belirtmektedir. “Ben en güçlüyüm, en sabırlıyım. Ailenin düzenini sağlayan benim” şeklinde ifade eden hasta insanların kendisine acıyacaklarını, açıklarını göreceklerini düşünerek kimseye sıkıntılarını göstermemeye çalışmaktadır. Eksiklik olarak gördüğü konuları (yaşadıkları mahalle, maddi konular, aile içi şiddet gibi) kimseye paylaşmamaktadır. Bu konular nedeniyle giderek yakınlarıyla görüşmeyi kesen hasta vefasız olduğuna inanarak kendisini suçlu hissetmektedir.

Temizlik konusunda hiç problem yaşamayan Gönül Hanım, annesinin hastalık derecesinde temiz olduğunu ve bu konuda ona çok kızdığını ifade etmektedir. Annesi her gün temizlik yapmaktadır. Temizlik nedeniyle ellerinin kötü olduğunu belirtmektedir. Her şeyin düzenli olmasını sağlamaktadır. Eve misafir gelmesine izin vermemektedir. Gönül Hanım'ın belirtileri ise ilk olarak 10 yıl önce ortaya çıkmaya başlamıştır. İkinci çocuğunun doğumunun ardından eve geldiklerinde Gönül Hanım'ın eşinin “Şu evin pisliğine bak. Sen ne biçim kadınsın” demesi üzerine her yeri temizlemeye başlamıştır. Hasta eşinin de titiz olduğunu belirtmektedir. Evde hiçbir yerde toz ya da kir olmamasını sağlamaya çalışan hastanın belirtileri giderek artmıştır. Hasta dışarıda ciddi bir problem yaşamadığını belirtmektedir. Ancak dışarıdan eve geldiklerinde herkes kapının önünde soyunmaktadır. Evin antresini pis olarak kabul ettiği için orada beklemekte ve sırayla

banyoya girmektedirler. Eşinin ve büyük kızının nasıl yıkandıklarını kontrol etmekte, sıklıkla iyi yıkanıp yıkanmadıklarını sormaktadır. Küçük kızını kendisi yıkamaktadır. Bu nedenle küçük kızının temiz olduğunu düşünmekte ve sadece ona sarılıp öpebilmektedir. Büyük kızının bu durumdan oldukça rahatsız olduğunu da ifade etmektedir.

Evde hastanın pis olarak kabul ettiği bazı yerler vardır. Mutfak, banyo, tuvalet, salon, kızların masaları, bilgisayarlar ve antre pistir. Bu alanlara Gönül Hanım dışında kimse tek başına gidememekte ya da gittikleri takdirde yıkanmak zorunda kalmaktadırlar. Mutfakta kombinin pis olduğunu düşünmektedir. Bunun nedeninin tamir için gelen ustaların dokunması olduğunu belirtmektedir. Kombiyi temizlese de tam olarak temizlendiğinden emin olamamaktadır. Birkaç yıl önce bulaşık makinesi bozulan hasta eve usta girmesini istemediği için tamir ettirememiştir. Eve alınan paketli/ambalajlı gıdalar (süt kutuları dahil) yıkanmaktadır. Benzer şekilde meyve ve sebzeler de yıkandıktan sonra içeri alınmaktadır. Yıkayamadığı şeyleri ise pis olduğunu düşündüğü için kombinin altındaki dolapta saklamaktadır. Ayrıca yıkadığı süt kutuları ve kavanozları çok temiz oldukları ve güzel göründüklerini düşündüğü için atamamaktadır. Evde pis olduğunu düşündüğü bir diğer yer de salondur. Komşuları halı silkelediği için balkona çamaşır asamayan hasta çamaşırları salonda kurutmaktadır. Salonda her yerde kıyafet olduğunu, temizleyemediği için de tozlu olduğunu belirtmektedir. Evde terliksiz gezilmemektedir. Antrenin terliği ile evde giyilen terlik farklıdır. Eğer antrede giyilenle içeri geçilirse halılar yıkanmaktadır. Eve telefon sokulması da yasaktır. Telefonlar portmantoda bırakılmaktadır. Arama gelir ya da mesajlara bakılmak istenirse Gönül Hanım telefonu eline almaktadır. Konuşmalar hoparlörden yapılabilmektedir. Kir, mikrop bulaşacağından endişe ettiği için kendisine bir şeyin değmesine izin vermemeye çalışmaktadır. Hasta, evde herkesin nereye gittiğini kontrol etmektedir. Kirli olduğunu düşündüğü yerlere gitmelerine izin vermemektedir. Evde en son kendisi yatmaktadır. Böylece ondan habersiz kirli yerlere temas etmediğinden emin olduğunu ifade etmektedir. Yine aynı sebepten dolayı eve misafir kabul edememektedir. Ailesinden kimsenin evini görmediğini, bu durumun kendisini çok üzdüğünü ifade etmektedir.

Gönül Hanım sık sık ellerini yıkamaktadır. Ellerini kalıp sabunla uzun süre boyunca dirseklerine kadar yıkamaktadır. İyice köpürtüp ondan sonra durulamaktadır. Sık ve uzun süre el yıkadığı için ellerinde egzama oluşmuştur. Krem sürmesine rağmen ellerinde kanamalar olmaktadır. Hastanın banyo süresi yaklaşık 10 dakikadır. Ancak her gün yaptığı için ve her evden dışarı çıkıp eve geldiğinde yapmak zorunda hissettiği için oldukça zorlanmaktadır. Hastanın evde kirli olduğunu düşündüğü bir diğer alan da çocukların çalışma masalarıdır. Okulda kullandıkları kitaplar ve defterlerin koyulması nedeniyle bu alanların kirli olduğunu düşünmektedir. Özellikle pandemi sürecinde çocukların evden derslere girmeleri nedeniyle sık sık masaya oturup bilgisayarla vakit geçirmeleri gerekmektedir. Çocuklar derslerin bitimine kadar masada kalmakta, dersler bittikten sonra ise banyo yapmak zorundadırlar. Masada otururken giydikleri kıyafetlerle evin diğer alanlarına geçmelerine izin vermemektedir. Üniversite sınavına hazırlanan büyük kızının istediği gibi ders çalışamamaktan çok rahatsız olduğunu belirtmektedir.

Hasta belirtilerinin giderek arttığı 10 yıl içerisinde hiçbir zaman doktora başvurmamıştır. Annesinin de benzer temizlik örüntüsünün olması nedeniyle kimsenin yadırgamadığını belirtmektedir. Hastanın doktora gitmeye karar vermesine ise küçük kızı neden olmuştur. Kızına banyo yaptırırken ağlayarak artık bu şekilde banyo yapmak istemediğini ve annesinin bu kadar katı olmasını istemediğini belirtmesi üzerine hasta doktora başvurmuştur. Antidepresan tedavisi başlanan hasta BDT'ye yönlendirilmiştir. Gönül Hanım ile ilk görüşme 21 Ocak 2021 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

**Hasta 5:** Esmâ Hanım, 36 yaşında, üniversite mezunu. Ankara'da nişanlısı ile birlikte yaşıyor.

Hasta, çocukluğundan itibaren genital bölgesinde bir kaşıntı olduğunu belirtmektedir. Kaşıntı olduğu zamanlarda ileri geri hareket ederek kaşıntıyı gidermeye çalışmaktadır. Dokuz yaşında annesinin hareketlerini fark etmesi üzerine doktora götürülmüştür. Farklı doktorlara gitmelerine rağmen herhangi bir neden bulunamamıştır. Esmâ Hanım, annesinin “Sen çok mu keyif alıyorsun oranı göstermekten” şeklinde kızmasının ardından kaşıntısı olduğunu söylememeye, mümkün olduğu kadar da hareketleri insanların görebileceği şekilde yapmamaya çalışmıştır.

Hastanın annesi çok titizdir. Bir devlet kurumunda çalışan annesi, her sabah çok erken saatte kalkıp temizlik yaptıktan sonra işe gitmektedir. Özellikle tuvalet ve banyonun temizliği uzun sürmektedir. Genellikle iyi geçinemeyen anne ve babasının temizlik nedeniyle de sık sık kavga ettiklerini belirtmektedir. İlkokul beşinci sınıftayken hastanın annesine kanser tanısı konmuştur. Yoğun bir tedavi aldığı için bir süre farklı bir şehirde yaşayan teyzesinin yanında kalmıştır. Orta birinci sınıfta annesinin durumu kötüleştiği için ise ağabeyi ile birlikte yurttan kalmışlardır. Okulların kapanmasının ardından annesi vefat etmiştir. İlerleyen yıllarda annesinin intihar ettiğini öğrenmiştir. Defin işlemlerinin ardından tekrar yaşadıkları şehre teyzesinin yanına dönmüşlerdir. Burada hastanın bitlenmesi üzerine teyzesi saçlarını çok kısa kestirmiştir. Kendisini çirkin biri olarak tanımlayan hasta erkek gibi hissettiğini, çok üzüldüğünü belirtmektedir. Bu olayın ardından hastada bitlenmekle ilgili korkular başlamıştır. Kendisi ya da başkası kafasına dokunduğunda, bir yere değdiğinde bitlendiğini düşünmektedir. Bunun sonucunda da kafasında sürekli bir kaşıntı olmaktadır. Sıklıkla babasına bit şampuanı aldırıp yıkanmaktadır. Bitlenip bitlenmediğinden emin olmadığı durumlarda babasına kontrol ettirmektedir. Ancak “erkeklerin temizlikten anlamayacağını” düşündüğü için yine de rahatlayamamaktadır.

Annesinin vefatının ardından farklı bir şehre taşınmışlardır. Bu şehirde evleri vardır ve hastanın annesi burada yaşamak istemiştir. Taşınmalarından kısa bir süre önce annesi vefat etmiş ancak babası yine de planlarını değiştirmemiştir. Hasta hem okula gidip hem de ev işlerini yapmakta oldukça zorlanmaktadır. Bazı zamanlarda babaannesi yardım için gelmektedir. Aynı şehirde bir teyzesinin de olmasına rağmen annesinin ailesinden kimsenin destek olmadığını ifade etmektedir. Bu süreçte bitlenme korkusu devam ederken cinsellikle ilgili obsesyonlar da ortaya çıkmıştır. Yaklaşık 10-11 yaşlarından beri aklına gelen cinsel düşünceler olduğunu belirtmektedir. İlk başlarda kendi isteğiyle bunları düşündüğünü, kendisine keyif verdiğini ifade etmektedir. Ancak orta son sınıfta bu düşüncelerden sonra gusül abdesti alması gerekir gerekmediğiyle ilgili emin olamaması üzerine sıkıntı yaşamaya başlamıştır. İstemli aklına getirdiği düşünceler girici düşüncelere dönüşmüştür. Aklına getirmemeye çalıştıkça görüntüler de gelmeye başlamıştır. Obsesyonların artmasıyla birlikte hasta, kendisinin pis olduğuna dolayısıyla dokunduğu her nesnenin kirlendiğine inanmaya başlamıştır. Günde 2-3 kere banyo

yapmaktadır. Sık sık ellerini yıkamaktadır. Obsesyonlar nedeniyle kendini suçlayan ve utanan hasta bunları kimseyle paylaşamamıştır.

Fen lisesini kazanan Esmâ Hanım, aynı şehirde olmasına rağmen yurttan kalmak istemiştir. Böylece evde iş yapmak zorunda kalmayacağını düşündüğünü belirtmektedir. Ancak yurttan banyoların ortak olması, istediği zaman banyoya girememesi, çarşafları sık değiştirmek istemesi nedeniyle birkaç gün sonra eve dönmüştür. Ayrıca tuvaletlerde eskiden kalan pisuarlar olduğunu, onları gördüğü zaman kirlendiğini düşündüğünü belirtmektedir. Yurttan ayrılan hasta okulda obsesyonlar nedeniyle sık sık sırasını, sandalyesini temizlemektedir. Eve döndüğünde, ceketini dahil tüm kıyafetleri ve ayakkabılarını yıkamaktadır. Hastanın babası kızdığı için o işten dönmeden kompulsiyonlarını bitirmeye çalışmaktadır. Baş etmekte zorlanan hasta, halasına dolaylı olarak, akla gelen cinsel düşüncelerin ardından gusül abdesti alınması gerekip gerekmediğini sormuştur. Halasının gerek olmadığını söylemesi üzerine rahatlamıştır.

Hastanın ağabeyi üniversiteye gittiği için babasıyla ikisi beraber yaşamaktadır. Esmâ Hanım'ın fen lisesini kazandığı sene babası bir kişiyle evlenmek istemiştir. Ancak hastanın yurttan kalamaması sonucunda babasının evleneceği kişi vazgeçmiştir. Bu olayın sonrasında babası farklı bir şehirde yaşayan biriyle evlenmiştir. Aynı şehre taşınmak yerine babası sık sık eşinin yanına gitmiştir. Uzun tatillerde ise eşi Esmâ Hanımın yanına gelmektedir. Babasının yeni eşinin dominant bir kadın olduğunu belirtmektedir. Eleştirel bir tutumunun olduğunu ifade etmektedir. Ellerini sık yıkamasını ve yaptığı bütün işleri eleştirmektedir. Babasının her zaman eşine uyum sağladığını, ona çok düşkün olduğunu ifade etmektedir. Ailede hep övülen çocuklar olmuşlardır. Ancak babasının evlenmesinin ardından, yeni eşinin yeğenlerinin daha değerli olduğunu, bu durumun kendisini çok zorladığını ifade etmektedir. Her zaman başarılı bir öğrenci olmasına rağmen babasının eşi sıklıkla ders çalış diye hastayı uyarmaktadır. Obsesyonları nedeniyle yoğun suçluluk yaşayan hasta, babasının eşinin eleştirileriyle kendisini yetersiz hissetmeye başladığını belirtmektedir.

Lisenin ilk yılının yaz tatilinde babasıyla birlikte üvey annesinin yanına gitmişlerdir. El yıkama sıklığının fazla olması nedeniyle hastayı psikiyatriste götürmüşlerdir. Antidepresan ve antipsikotik ilaç başlanan hastanın belirtileri biraz azalmıştır. Okulun tekrar başlamasıyla birlikte hasta tekrar yurttan kalmak istemiştir. Babası, sık sık üvey annesinin yanına gittiği için evde yalnız kalmıştır. Ev işleriyle meşgul olmak istememesi nedeniyle yurttan kalmak istemiş ancak babası izin vermemiştir. Kullandığı ilaçlar nedeniyle uykusu artmış, sabahları uyanmakta zorlanmıştır. İlaç yan etkileri nedeniyle erken saatte ilaçlarını almak istemiş ancak üvey annesi erken yatıp, iş yapmak istemediği için ilaçları bahane ettiğini söylemiştir. Bir süre sonra yan etkiler nedeniyle ilaçları kullanmayı bırakmıştır. Bitlendiğine ve kirli olduğuna ilişkin obsesyonlar ve temizlik kompulsiyonları giderek artmıştır.

Üniversite sınavının ardından tercih yaparken çok kararsız kalan hasta, babası ve üvey annesinin istediği okula girmiştir. Aslında daha yüksek puanla girilen bir okula girebilecekken, onlar nedeniyle daha düşük bir okula girdiğini belirtmektedir. Acaba başka okula gitseydim nasıl biri olurum diye sık sık düşünmektedir. Üniversiteye başladığında bir yurttan, 10 kişilik odada kalmıştır. Kirli olduğunu hissederek sık sık el yıkamaktadır. Sık sık ağlamaya başlamıştır. Bunun üzerine oda arkadaşları bir psikiyatriste gitmeye ikna etmişlerdir. Tekrar antidepresan ile antipsikotik tedavi başlanmıştır. Delirdiğine inanan hasta, psikoloji mezunu olan babasında bulunan psikiyatri kitaplarından birini göndermesini istemiştir. Kitapta OKB tanısını okuyunca rahatladığını, bu belirtilerin sadece kendinde olmadığını öğrenmiştir. Obsesyon ve kompulsiyonlarında belirgin azalma olmayan hasta, antipsikotik ilacın ellerinde kuvvetsizlik yapması sonucunda doktorunu değiştirmiştir. Farklı doktorlara gitmesine rağmen belirtilerinde azalma olmadığını belirtmektedir. Bu süreçte bir psikologdan terapi de aldığını ancak kısa süreli görüşmelerini, daha sonra terapiye de devam etmediğini ifade etmektedir.

Esmâ Hanım, obsesyonlarının şiddeti nedeniyle derslere odaklanamamış ve ikinci senesinde sınıfta kalmıştır. Kaldığı için yurttan ayrılması gerekmiştir. Aynı şehirde olan ağabeyiyle eve çıkmışlardır. Ağabeyinin vurduğunu duymaz olduğunu, bu nedenle problem yaşadıklarını belirtmektedir. Temizlikle ilgili uğraşları devam ettiği için yaşadıkları eve

bir yardımcı gelmektedir. Bu sayede bir miktar rahat etmiştir. Eve çıktıkları senenin yazında ağabeyi sevgilisinin de aynı evde kalmaya başlayacağını söylemiştir. Esmâ Hanım, bu durumun kaldıramayacağı bir şey olduğunu belirtmektedir. Ancak babası ve üvey annesinin de aşırı tepki vermelerinden çekindiği için kimseye durumu anlatamamıştır. Sık sık ağladığını, “ruh gibi” olduğunu belirtmektedir. Bu süreçte hasta “Yurttan atılmasaydım burada yaşamak zorunda olmayacaktım” diye kendisini suçlamaktadır. Temizlik takıntıları da giderek artmıştır. Ağabeyi ve sevgilisinin dokunduğu yerlere dokunamamaktadır. Dokunduğu takdirde de sık sık el yıkamaktadır. Bu süreçte ilaçların bırakıp sinir geri-bildirim (neurofeedback) yöntemiyle tedavi olmaya başlamıştır.

Birkaç ay sonra hastanın babası yanlarına gelmiştir. Ağabeyinin sevgilisinin bazı eşyalarını görmesi üzerine durumu öğrenip evine geri dönmüştür. Bunun üzerine ağabeyi ve sevgilisi yakın bir eve taşınmış ancak kısa bir süre sonra ayrılmışlardır. İki evin giderlerinin çok olması nedeniyle ağabeyinin sevgilisiyle çıktığı eve taşınmaya karar vermişlerdir. Hastanın halası obsesyonlarının artacağından endişe etmiştir. Ancak hasta yurttan atılması nedeniyle tüm bu masrafların çıktığını düşünerek kendisini suçladığı için taşınmak zorunda hissetmiştir. Taşınma sırasında işçilerin eşyaları kirlettiğini düşünmektedir. Yakın bir yere taşındıkları için eşyaları taşırken eskici arabası kullanmışlardır. O arabalarda tuvalet bile taşındığını belirten hasta, yerleşirken eşyaları temiz ve kirli olarak ayırmaya çalışmıştır. Ancak ağabeyinin bu ayrıma dikkat etmemesi sonucunda hiçbir yere dokunamaz hale gelmiştir. Bütün vaktini temiz olduğunu düşündüğü bir koltuk ve yatakta geçirmektedir.

Okulu zamanında bitirememe riski olan hasta, af çıkması üzerine birkaç arkadaşıyla birlikte ilişkilerini kesmişlerdir. Yaptıkları plana göre bir ay bekleyip kaldıkları sınavdan geçip sonrasında okula devam edeceklerdir. Ancak bu sınav bir yıl sonra açılmıştır. Bu süreçte belirtilerinin de giderek artmasıyla birlikte hasta iki ay süreyle bir psikiyatri servisine yatmıştır. Yatışının kendisi için bir süre dinlenme fırsatı olduğunu, tedavi anlamında bir değişiklik olmadığını belirtmektedir. Belirtileri aynı şekilde devam ederken hasta okulu bitirip, doğuda bir kasabaya atanmıştır. Yaşadığı evden sadece kıyafetlerini götürmüştür. Kasabada ilk olarak bir misafirhanede kalmıştır. Kaldığı



odanın pis olduğunu düşünerek hiçbir yere dokunmamıştır. Odayı temizletmiş ancak yine de temiz olduğuna ikna olmamıştır. Sonrasında bir ev kiralamıştır. Evi önceden temizleyen hasta, eşyalar monte edilirken ayakkabıyla eve girilmesi nedeniyle mobilyaların pislendiğini düşünmüştür. Kısa bir süre sonra tuvalet tıkanmış ve itfaiye çağırarak zorunda kalmıştır. İtfaiye ekipleri tuvaleti açabilmek için hortumu evin içerisine sokmuşlardır. Hortumun lağımlarda kullanıldığını, bu nedenle bütün evin de pis olduğunu belirtmektedir. Hasta bu olaydan sonra evi temizleyememiştir. Evdeki eşyalara dokunmamaktadır. Yemek yapamadığı için orada tanıştığı bir arkadaşının evinde yemek yemekte ve zaman zaman kalmaktadır.

Esmâ Hanım, Ankara'ya tayininin çıkması üzerine tekrar taşınmıştır. Kıyafetleri ve kitapları dışında hiçbir eşyasını almamıştır. Bütün eşyalarının kirli olduğunu düşündüğü için atabildiği her şeyi çöpe atmıştır. Taşınma sürecinde eve ustalar geldiğinde yerlere bir şeyler döküldüğünü ve kirlendiğini düşünmüştür. Pislener yerlerin temizliğinin zor olması nedeniyle kaçınmış ve temizleyememiştir. Bu nedenle yere düşen her şey pislenermektedir. Örneğin dizüstü bilgisayarını yere düştüğü için çamaşır suyuyla temizlemiştir. Yerlere terliksiz basmamaktadır. Zaman içerisinde temizlik yapamadığı için pis olduğunu düşündüğü yerler tüm eve yayılmıştır. Salondaki koltuğun ve yatağının bir bölümünde yaşamaya başlamıştır. Mutfağı istediği gibi temizleyemediği için yemek yapamamaktadır. Restorandan sipariş vermektedir. Gelen siparişi aldığı kapıya dokunduğu için elini yıkamaktadır. Dolap, şifonyer, komodin gibi eşyaları kullanamamaktadır. Temiz ve kirli kıyafetlerinin aynı kolide gelmesi sonucunda kıyafetlerini yıkamak üzere bir odaya koymuştur. Diğer kişisel eşyaları ise (krem gibi) yatağın bir tarafına koymuştur. Çamaşır makinesinin kirli olduğunu düşündüğü için çamaşır yıkayamamaktadır. Aynı zamanda evdeki elektronik aletler bozuktur. Ancak uzun zamandır temizlik yapamadığı için tamir ettirememektedir. Eve gelecek olan ustalardan utandığını ifade etmektedir. Bu nedenle yaklaşık 1.5 sene kombisini tamir ettirememiştir. Sıcak suyu olmadığı için banyo yapamamıştır.

Hasta, kirli olduğunu düşündüğü yerlerin temizliğinde yoğun çamaşır suyu kullanmaktadır. Kullandığı bezi yıkayıp kullanırsa pisliğin bulaşacağını düşündüğü için her kullanımdan sonra bezleri atmaktadır. Temizlik sırasında bezlerin farklı yerlere

değmemesi için uğraşmaktadır. Kirli yerlere değdiği takdirde bezi atmaktadır. Kompulsiyonlarının yoğun olması nedeniyle bir süre sonra hiç temizlik yapamayacak duruma gelmiştir. Yaklaşık olarak taşındığından beri temizlik yapmamıştır. İki sene önce nişanlısının evinde kalmaya başlamıştır. Orada çamaşır ve bulaşık yıkayabilmektedir. Kendisinin zorlandığı durumlarda ise nişanlısı yardım etmektedir.

Temizlikle ilgili şikayetlerinin yanı sıra hastanın obsesif düşünceleri de mevcuttur. Yaptığı her davranış ve aldığı her kararla ilgili emin olmakta zorlanmakta ve genellikle sonrasında hata yaptığını ilişkin kendisini yoğun bir şekilde eleştirmektedir. Özellikle iş yerinde karar vermesi gereken durumları ertelemektedir. Yıllardır yoğun şekilde devam eden obsesif ve kompulsif belirtileri nedeniyle devam ettiği psikiyatrist tarafından BDT uygulanması amacıyla yönlendirilen hastayla 23 Ocak 2021 tarihinde ilk görüşme gerçekleştirilmiştir.

### **3.1.2. Veri Toplama Araçları**

Çalışma kapsamında katılımcıların BDT'ye uygunluklarını değerlendirmek, belirtilerinin şiddetini ölçmek, pozitif ve negatif şemalarını değerlendirebilmek amacıyla Kısa Süreli Bilişsel Terapiye Uygunluk Ölçeği (BİLTER-U), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ), Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri (VOKE), YŞÖ-KF ve YPŞÖ uygulanmıştır. Şemaları değerlendiren ölçekler önceki bölümde detaylı anlatıldığı için burada yer verilmemiştir.

#### **3.1.2.1. Kısa Süreli Bilişsel Terapiye Uygunluk Ölçeği (BİLTER-U)**

Safran ve arkadaşları (1993) tarafından, danışanların bilişsel terapiye uygunluğunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formatında olan ölçeğin 10 boyutu vardır. Bu boyutlar 0-5 puan arasında değerlendirilmektedir. Boyutların değerlendirilmesine ilişkin, bilişsel odaklı öngörümenin nasıl yürütüleceğine ilişkin bir yönerge mevcuttur. Ölçeğin boyutları; otomatik düşüncelere ulaşılabilirlik, duyguları fark edebilme ve ayırt edebilme, değişimde kişisel sorumluluk alma, bilişsel modelin mantığına uygunluk, ittifak potansiyeli (oturum içi ve dışı kanıtlar), sorunun

kroniklik düzeyi, güvenlik işlemleri, odaklanma ile hastanın psikoterapiye iyimserliği/kötümserliğidir. Ölçeğin psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmada yargıcılar arası sınıf-içi korelasyon katsayılarının 0.46-0.98 arasında değiştiği belirlenmiştir (Safran ve ark., 1993). Ölçeğin psikometrik özelliklerini incelemek amacıyla ülkemizde yürütülen çalışmada Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda gerçekleştirilmiş olan 9 öngörüşme kaydı, 9 yargıcı tarafından değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda tüm ölçek için yargıcılar arası güvenilirlik katsayısının 0.91 olduğu belirlenmiştir. Her yargıcı için ayrı değerlendirilen Cronbach alfa içtutarlılık katsayıları ise 0.23-0.88 arasında hesaplanmıştır (Soygüt & Dürü, 2008). Ölçek EK 8'de yer almaktadır.

### 3.1.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ)

Obsesif ve kompulsif belirtilerin şiddetini ve dağılımını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından doldurulan ölçek yarı yapılandırılmış formdadır. Ölçeğin, obsesyonları ve kompulsiyonları değerlendiren iki alt ölçeği ve toplam 10 maddesi bulunmaktadır. Maddeler 0-4 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça belirti şiddeti artmaktadır. Ölçeğin orijinal formunun psikometrik çalışmaları kapsamında dört yargıcılardan elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Yargıcıların, ölçeğin toplam puanlamaları arasındaki korelasyonlara bakıldığında 0.90-0.99 arasında değiştiği gözlenmiştir. Yargıcılar arası güvenilirlik katsayıları tüm ölçek için 0.98, obsesyon alt ölçeği için 0.97, kompulsiyon alt ölçeği için 0.96 olarak hesaplanmıştır. Maddelerin yargıcılar arası güvenilirlik katsayıları ise 0.86-0.97 arasında değişmektedir. Son olarak tüm yargıcıların iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak hesaplanmıştır. Yargıcılara ilişkin iç tutarlılık katsayıları ise 0.81-0.91 arasında değişmektedir (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, ve ark., 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, ve ark., 1989). Ölçeğin psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla ülkemizde gerçekleştirilen çalışmada Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri polikliniğinde tedavi göre 15 OKB tanısı almış hasta, 7 klinisyen tarafından değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda yargıcılar arasındaki toplam puan korelasyonları 0.90-0.98 arasında değişmektedir. Değerlendirmeciler arası güvenilirliğe bakıldığında ise sınıf-içi korelasyon katsayıları tüm ölçek için 0.98, obsesyon

alt ölçeği için 0.97 ve kompulsiyon alt ölçeği için 0.96 olarak hesaplanmıştır. Maddeler için ise bu katsayı 0.93-0.98 arasında değişmektedir (Tek ve ark., 1995). Ölçek formu EK 9'da verilmiştir.

### 3.1.2.3. Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri (VOKE)

Maudsley Obsesif-Kompulsif Envanteri'nin geliştirilmiş formu olan envanter, obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Envanter OKB'nin altı farklı belirti grubunu değerlendirmektedir. Bu belirti grupları; bulaşma/kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, biriktirme, sadece doğru hissetme ve kararsızlıktır. Özbildirime dayalı olan envanter, 55 maddeden oluşmakta ve 5'li Likert tipinde derecelendirilmektedir. Alınan yüksek puanlar belirti şiddetinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin psikometrik özelliklerine bakıldığında yapılan çalışma sonucunda OKB tanısı almış kişilerde toplam puan için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0.94 olduğu, alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayılarının ise 0.88-0.96 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Kaygı bozukluğu ve depresyon tanısı almış grupta ölçeğin toplam puanı için iç tutarlılık katsayısı 0.98 olarak hesaplanmıştır. Bu grupta alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise 0.90-0.94 arasında değişmektedir. Topluluk örnekleminde ölçeğin toplam puan iç tutarlılık katsayısı 0.90, alt ölçekler için 0.70-0.90 arasında olarak hesaplanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış örnekleme yapılan test tekrar test güvenilirlik değerleri 0.90-0.97 arasındadır (Thordarson ve ark., 2004). Ülkemizde yürütülen geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının ölçeğin toplam ölçek için 0.97 olduğu, alt ölçeklerin katsayılarının ise 0.77-0.90 arasında olduğu belirlenmiştir. Yapılan güvenilirlik çalışmaları sonucunda ölçeğin orijinal faktör yapısına benzer yapıda olduğu belirlenmiştir. Alt ölçekler için Orantısal Uzlaşma Katsayılarının 0.89-0.95 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca ölçeğin obsesif kompulsif belirtileri ve inançları değerlendiren diğer ölçeklerle anlamlı ve pozitif ilişkili olduğu sonucunda ulaşılmıştır (İnözü & Yorulmaz, 2013). Ölçek formu EK-10'da verilmiştir.

### 3.1.3. İşlem

Yapılan araştırma kapsamında yürütülen ikinci çalışmaya, Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinlerin alınmasıyla birlikte başlanmıştır. Çalışmayı kabul eden katılımcılara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Bkz. EK 11) verilmiştir. Onam formunda yer alan gizliliğe dair bilgiler sözel olarak da aktarılmıştır. Terapi sürecinin başladığı ilk görüşmede hastaların belirti şiddetlerinin ve şemalarının değerlendirilebilmesi amacıyla ölçekler uygulanmıştır. Covid-19 pandemisi nedeniyle hastaların ölçekleri evde ya da çevrimiçi olarak doldurmaları sağlanmıştır. Benzer şekilde pandemi nedeniyle katılımcılarla sürdürülen BDT süreçleri, farklı koşullarda gerçekleştirilmiştir. Yüz yüze görüşmelerin sürdürülemediği durumlarda, çevrimiçi görüşmeler yapılmıştır. Bunun yanı sıra sandalye yönteminin uygulanacağı görüşme ses kaydına alınabilmesi ve uygulamanın sağlıklı olabilmesi için her katılımcıyla yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Uygulamanın gerçekleştirildiği bu görüşmede nicel ölçümler tekrarlanmıştır.

#### 3.1.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Protokolü

Katılımcılarla BDT süreçleri, 2009 yılından itibaren Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapan, aynı zamanda bu tez çalışmasının yazarı olan Klinik Psikolog Berge Velibaşoğlu tarafından yürütülmüştür. Çalıştığı bölümün yataklı servisi ve polikliniğinde, süpervizyon altında BDT görüşmeleri sürdürmüştür. Yürütülen bu çalışma sürecinde ise Uluslararası Şema Terapi Birliği onaylı şema terapisti sertifikasını almıştır.

Obsesif Kompulsif Bozukluğun BDT modeline göre hastalığın temelinde obsesyonlar, kompulsiyonlar (fiziksel ya da zihinsel) ve obsesyonların tetiklenmesine neden olan uyarılardan kaçınma yer almaktadır. Tedavi sürecinin etkili olabilmesi için obsesyon, kompulsiyon, kaçınma ve nötrleme davranışlarının detaylı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Elde edilen bilgiler doğrultusunda tedavi süreçleri planlanmaktadır. Modele göre obsesyonlar yoğun kaygıya neden olmaktadır. Bu düşüncelerin felaketle sonuçlanabileceği korkusu belirli durumlardan kaçınmaya ya da sonuçları

engellenebileceği düşünölen bazı ritüellere neden olmaktadır. Bu kaçınma davranışları ve kompulsiyonlar ise kişinin korkulan durumun gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini test edememesiyle sonuçlanmaktadır. Olumsuz pekiştireç görevi gören bu davranışlar, obsesyonların kuvvetlenmesine ve kişinin yaşadığı sıkıntının artmasına neden olmaktadır. Tedavinin temel amacı ise kişinin aşamalı olarak kaçındığı durumlara maruz kalmasını sağlamaktır. Bu maruz bırakma sürecinde kişinin kompulsiyonları ve nötrleme davranışlarını gerçekleştirmemesi sağlanmaktadır. Maruz bırakma ve tepki önleme uygulamaları sonucunda kişinin yaşadığı yoğun kaygı giderek azalmaktadır (Salkovskis & Kirk, 1991). Obsesyonlar davranışçı müdahalelerin yanı sıra bilişsel yöntemlerle de obsesyonlar ele alınmaktadır. Girici düşüncelerin normalleştirilmesi, kişisel öneminin azaltılması, felaketeleştirilen olası sonuçları ve düşünceleri kontrol ihtiyacı ele alınarak obsesyonların şiddetinin azalması sağlanmaktadır. Ayrıca kişinin hatalı değerlendirmelerinin altında yatan işlevsel olmayan inançlar ele alınmaktadır (Clark, 2004).

OKB'nin BDT süreci 12-20 seans arasında değişmektedir. Yapılan değerlendirme görüşmesinin ardından hastaya tedavi rasyoneli anlatılmaktadır. Tedavi rasyonelinin üzerinde konuşulmasıyla birlikte tedavi hedefleri belirlenmektedir. Hastanın kompulsiyonları ve kaçınma davranışlarının hiyerarşik bir listesi oluşturulmaktadır. Oluşturulan liste, en kolaydan en zora doğru ilerlemektedir. Her bir madde üzerinde detaylı planlar yapılarak ev ödevleri verilmektedir. Bu ödevler hastanın baş edebileceği derecede kaygıya neden olacak ve gerçekleştirebileceği şekilde planlanmaktadır. Ödevlerin planlanması aşamasında dikkat edilmesi gereken bir diğer kavram da düşünce eylem kaynaşmasıdır. Hastanın, obsesyonlar sonucunda ortaya çıkabileceği düşünölen olumsuz sonuçlarla ilgili inancının iyi bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. İnançlar kuvvetli ise öncelikle görüşmede düşüncelerin ve davranışların farkları tartışılmalıdır. Verilecek olan ödevler, düşünce eylem kaynaşmasının kuvvetli olduğu kompulsiyonlardan tercih edilirse, hastanın ödevi gerçekleştirme ihtimali düşmektedir. Verilen ev ödevlerinin kaydedilmesi sağlanarak tedavinin gidişatı izlenmektedir. Terapi sürecinde terapist ve hasta iş birliği içerisinde olmalıdır. Ödevlere birlikte karar verilmekte, ilerleyen zamanlarda ise hastanın kendisinin ödevleri planlaması sağlanmaktadır. Görüşmelerin sıklığının tedavinin başlangıcında haftada bir olması

önerilmektedir. Tedavinin ilerlemesiyle birlikte görüşme sıklığı azaltarak sonlandırılmaktadır. Son görüşmeler, hastalığın tekrarlamasını önlemek amacıyla tekrar tedavi rasyoneli anlatılmakta ve tedavi sürecinin üzerinde durulmaktadır (Franklin & Foa, 2008). Çalışmaya dahil olan OKB tanısı almış kişilerin BDT süreçleri Franklin ve Foa'nın (2008) önerdiği protokole uygun olarak yürütülmeye çalışılmıştır. Katılımcıların tedavi süreçleri ayrı ayrı aktarılacaktır. Tedavi süreçleri Covid-19 salgınında sürdürüldüğü için tedavi kapsamında verilen ödevler gerekli hijyen kuralları gözetilerek kararlaştırılmıştır.

**Hasta 1:** Ayşe Hanım'la görüşmelere Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde başlanmıştır. İlk görüşmeye geldiğinde hastanın gergin olduğu ancak tedaviye oldukça istekli olduğu gözlenmiştir. Saçlarında bonesi, yüzünde çift maskesi ve siperliği bulunmaktaydı. Bu önlemlere rağmen oldukça gergin olan hasta, koltukta hiçbir yere değmemeye çalışmıştır. Yapılan ilk iki görüşmede hastanın belirtileri ve demografik bilgileriyle ilgili detaylı alınmıştır. İkinci görüşmenin sonunda tedavi rasyoneli anlatılarak tedavi planı oluşturulmuştur. Dışarı çıkmakta zorlanan hastanın evde işlevselliğinin artırılmasıyla başlanması planlanmıştır. Öncelikle evde yemek yapmak, temizlik yapmak, eşinin eve geldikten sonraki temizlik davranışları üzerinde çalışılmıştır. Yemek yaparken her malzemeye dokunduktan sonra el yıkaması engellenerek toplamda ikiye üçe indirilmiştir. Ev temizliğiyle ilgili olarak ise lavaboların temizliğiyle başlanmıştır. Her el yıkamadan sonra lavaboyu çamaşır suyuyla temizlerken, sadece dışarıdan birinin el yıkadığı durumlarda temizlenmesiyle sınırlandırılmıştır. Eşi dışarıdan geldikten sonra elini ve yüzünü yıkayıp kıyafetlerini değiştirdikten sonra eve girebilmeye başlamış ve Ayşe Hanım yoğun kaygı yaşamamıştır.

Hastanın ev içerisinde bir miktar rahatlamasıyla birlikte kademeli olarak dışarı çıkma ödevleri verilmiştir. Bu ödevler apartmanın etrafıyla başlayıp, giderek ana caddeye ve yakınlardaki bir açık alana kadar genişletilmiştir. İlk başlarda bone, siperlik ve maske ile dışarı çıkan hasta, kaygısının azalmasıyla birlikte sadece maske ile çıkabilmeye başlamıştır. Eve döndükten sonra banyo yapmaması planlanmıştır. Yalnızca görüşmeler için hastaneye geldiği zamanlarda banyo yapmıştır. Banyo süresi ise 20 dakikayla sınırlanmıştır. Dışarı çıkma ödevlerinden sonra ilk zamanlarda yoğun kaygı yaşayan hastanın film izleyerek, çocuklarıyla vakit geçirerek vakit geçirmesi planlanmıştır. Hasta

zaman içerisinde farklı aktivitelerle meşgul olunca sıkıntısının azaldığını fark etmiştir. Çalışma kapsamında sandalye yönteminin uygulandığı görüşmenin ardından hasta oldukça rahatlamış bir şekilde görüşmeye gelmiştir. Sadece dışarı çıkması planlanmışken, bir parka gidip kardeşiyle vakit geçirebilmiştir. Çocukları dondurma yemek istediği için, yine açık havada ailecek yiyebilmişlerdir. Hastanın bonesini çıkartması da bu görüşmeden sonrasında olmuştur.

Ayşe Hanım'ın dışarıya daha rahat çıkabilmesiyle birlikte iş yerine ilişkin ödevlerin planlanmasına başlanmıştır. Öncelikle görüşmeye geldiği günler birkaç saat iş yerine uğraması sağlanmıştır. Bu süre giderek arttırılmıştır. Ödevlerin gerçekleştirildiği bu süreçte işe başladığı zaman nasıl giyinebileceği, önlem alabileceği detaylı olarak konuşulmuştur. İş yeriyle ilgili ödevlerde ilerleme kaydederken Covid-19 vakalarında artış olmuştur. Takip eden doktoruyla yapılan görüşmenin ardından, kaygısı artan hastaya bir süre daha rapor verilmesi kararlaştırılmıştır. Bu süreçte görüşmelerin de çevrimiçi olarak devam ettirilmesine karar verilmiştir. Bu kararın hastanın kaçınmalarını destekleyip desteklemeyeceği hakkında konuşulmuştur. Ancak hem hastanın hem de terapistin korunması amacıyla bir süre görüşmeler bu şekilde devam ettirilmiştir.

Vakaların artmasıyla birlikte bir miktar hastanın kaygıları da artmıştır. Aynı zamanda erkek kardeşi covid tanısı almıştır. Ayşe Hanım hastalık haberini tahmin ettiğinden daha iyi karşılamıştır. Kardeşinin tedavisinin de iyi geçmesiyle birlikte kaygıları daha da azalmıştır. Genel olarak iyi giden tedavi sürecinde ara ara kaygılarında artış olmuş ve hastalığının başa döneceğiyle ilgili yoğun kaygı yaşamıştır. Bu durumlarda yapabildiği ödevleri sürdürdüğü ancak yeni kararlaştırılan ödevlerde zorlandığı görülmüştür. Ayrıca kendisinden beklentisinin yüksek olmasıyla birlikte, görüşmelerde kararlaştırılan ödevlerden daha fazlasını yapma eğilimi olduğu dikkati çekmiştir. Hasta ile bu konu üzerinde konuşulup, yapabildiği şeyleri sürdürmesinin önemi anlatılmıştır.

İzinleri biten hasta işe başlamak durumunda kalmıştır. Pandemi nedeniyle esnek mesaiyle çalışan hasta bir hafta çalışıp bir hafta çalışmamıştır. Bölüm şefiyle görüşülüp tedavi ile ilgili bilgi verilmiştir. Tedavinin bir aşaması olarak öncelikle poliklinik hastalarıyla çalışması sağlanmıştır. İşe başladığı günden itibaren iki hasta kabul etmek zorunda



kalmıştır. Detaylı olarak nasıl giyineceği, yemek yiyeceği planlanmıştır. Bölümde bulunan dolabının önüne bir çarşaf serip onu üzerinde giyinmiştir. Hasta alırken gerekli protokolleri uygulayarak maske, eldiven, önlük ve siperlik takmıştır. Evden getirdiği yemeğini boş bir odada tek başına yemiştir. İlk hafta yoğun kaygı yaşayan hastanın kaygıları giderek azalmıştır. İşini aksatmadan sürdürebilmiştir. Eve döndüğünde ise sadece kıyafetlerini çıkartıp, yaklaşık 15 dakika yıkanmıştır.

Ayşe Hanım aynı zamanda doktora yapmaktadır. Doktora derslerinde zorlanmakla birlikte sürdürebilmiştir. Derslerin zorunluluklarını yerine getirme konusunda talepkâr ve eleştirel ebeveyn seslerinin yoğun olduğu dikkat çekmiştir. Yapılan uygulamadan sonra bu modları kendisi fark edebilmiş ve görüşmede üzerinde konuşmayı talep etmiştir. İşlevsel olmayan ebeveyn modlarının ele alınmasıyla birlikte sıkıntısını azaldığını ifade etmiştir. Kendisine fazla yüklendiğini hem hastalık hem işle uğraşırken bir de doktoranın kendisini çok yıprattığını belirtmiştir. Doktoraya ara vermeye karar veren Ayşe Hanım’a bölümü izin vermediği için eğitimini donduramamıştır. Yine de sıkıntısı artmamış “olduğu kadar” sürdürebileceğini belirtmiştir.

Hastayla yapılan görüşmeler öncelikle haftalık olarak planlanmıştır. Belirtilerin azalmasıyla birlikte evde ve iş yerinde giderek işlevselliği artmıştır. Sıkıntılarının azalmasıyla birlikte görüşme sıklığı öncelikle iki haftada bir olarak planlanmıştır. İlerleyen süreçte ise üç haftada bir ve ayda bir kontrol görüşmeleriyle tedavi süreci tamamlanmıştır.

**Hasta 2:** Fatma Hanım’la görüşmeler Covid-19 salgını nedeniyle çevrimiçi olarak sürdürülmüştür. Yapılan ilk iki görüşmede hastanın belirtileri ve demografik bilgileriyle ilgili detaylı bilgi alınmıştır. İkinci görüşmenin sonunda hastaya tedavi rasyoneli anlatılmıştır. Tedavi planı oluşturularak kompulsif ve kaçınma davranışlarının hiyerarşik listesi oluşturulmuştur. Liste en kolay olan kendi eşyalarından başlayıp sırasıyla evdeki çaydanlık tencere gibi nesnelere, odasında kirli olduğunu düşündüğü nesnelere (yatak başı, şarj aleti, makyaj masası gibi) dokunmakla devam etmektedir. İlerleyen maddelerde ise ailenin diğer üyelerinin eşyaları, lamba düğmeleri, kapı kolları ve ev dışındaki nesnelere yer almaktadır. Hastanın kolay olacağını düşündüğü saçına ve yüzüne dokunma

ödevi ile başlanmıştır. Ders dinlerken, ödev yaparken elini saçına ya da yüzüne değdirmemeye çalışmaktadır. Görüşmede, saçını ve yüzünü elledikten sonra ellerini ve yüzünü yıkamaması kararlaştırılmıştır.

Hasta kararlaştırılan ödevi yerine getirebilmiştir. Ellerini yıkamadığı zaman yoğun bir sıkıntı yaşamadığını ifade etmiştir. Ancak görüşmede hastanın duygulanımının verilen ödevle uyumsuz olabileceği dikkat çekmiştir. İlk ödevle ilgili kaygı seviyesinin düşük olduğunu belirtmesi üzerine listeden farklı bir maddeye geçilebileceği düşünülmüştür. Yeni ödev kararlaştırılmaya çalışılırken Fatma Hanım bundan sonraki maddelerin hepsinin kendisi için çok zor, hatta “imkânsız” olduğunu belirtmiştir. Yeni ödev belirlenmeye çalışılan birkaç görüşmede hastayla ortak bir karara varılamaması terapistte çaresizlik hissi uyandırmıştır. Hastanın terapide uygulaması gereken etkinliklerle ilgili yakınmalarda bulunması ve iş birliği kurmakta zorlanması terapötik ittifakta kırılma olarak değerlendirilmiştir. Bütün psikoterapi yaklaşımlarında olduğu gibi şema terapide de terapist-hasta ilişkisinin büyük önemi vardır. Bu ilişkinin dinamiklerinin değişim aracı olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Young ve ark., 2003). Terapötik ittifakta yaşanan kırılma ele alınırken önerilen çözümlerden bir tanesi terapistin, terapi süreci bağlamında yaşadığı içsel deneyimi paylaşmasıdır. Terapist görüşme sırasında ve sonrasındaki deneyimlerini uygun bir şekilde danışana aktarmaktadır. Bu danışanın dış dünyada karşısındaki insanların nasıl hissediyor olabileceğini, düşüncelerin ifade şekilleriyle ilgili bilgi sahibi olur. Hastanın hem terapi sürecini hem de kendi duygu ve düşüncelerini ele alma şansı olmaktadır (Gülüm & Soygüt Pekak, 2018). Bu bilgilerden yola çıkarak altıncı görüşmede terapist, iş birliği kurmakta zorlandığını, ödevlerin belirlenmeye çalışıldığı aşamada kendisini çaresiz hissettiğini hastaya aktarmıştır. Verilen bu geri bildirimden ardından hasta süreci daha gerçekçi ele alabilmiş ve terapi sürecinde daha aktif rol alacağını belirtmiştir. Ayrıca genellikle olayların olumsuz yanlarına odaklandığını fark etmiştir. Yapılan bu görüşmeyle birlikte aslında hastanın görüşmeler arasında da ufak ilerlemeler kaydettiği öğrenilmiştir.

İlerleyen görüşmelerde Fatma Hanım el yıkama sıklığını azaltmıştır. Yatağa ellerini yıkamadan yatabilmeye başlamıştır. Odasında daha rahat hareket edip, eşyalarına dokunduktan sonra ellerini yıkamamıştır. Evde olmasına rağmen her gün banyo yapan

hastanın gün aşırı banyo yapması kararlaştırılmıştır. Sadece menstrüel dönemde olduğunda ya da dışarı çıkıp eve geldiğinde banyo sıklığı artmıştır. Banyo süresi giderek azalmış ve yaklaşık 20 dakikaya kadar inmiştir. Ailesinin de banyo süresinin kısaldığını fark ettiğini belirtmektedir. Evdeki nesnelere peçetesiz dokunmaya başlamıştır. Kapı kollarına hiçbir şekilde dokunmayan hasta öncelikle dirseğiyle dokunabileceğini belirtmiştir. Kademeli bir geçiş sağlanabileceği düşünülerek bu ödev kabul edilmiştir. Böylece kapı ya da lamba düğmeleri kapalı olduğunda aile üyelerine seslenmemekte, kendisi yapabilmektedir. Süreçte hastayı en çok mutlu eden gelişme ise erkek kardeşi ve annesine sarılabilmesi olmuştur. Görüşmede karar verilmemesine rağmen hasta yapabileceğini düşünerek kendisini zorlamış ve önce kardeşine sonra annesine sarılabilemiştir. Belirtilere maruz kalabildiğini ve kaygısının azaldığını fark ettikçe hastanın motivasyonu artmıştır.

Mart ayının sonunda hasta, farklı bir şehre arkadaşını ziyaret etme planı yapmıştır. Pandemi ve dersler nedeniyle hep evde olan hastanın kendisine vakit ayırmasının iyi olacağı düşünülmüştür. Gerekli önlemleri alarak seyahate çıkmıştır. Hastalık belirtileri gezide herhangi bir engel oluşturmamıştır. Otelde kalan hasta çok zorlanmadan banyo ve tuvaleti kullanabildiğini belirtmiştir. Banyoya girdiği bir seferde ayağı kayarak düşmüştür. Fiziksel olarak sıkıntısı olmayan hasta “Eskiden olsa pis otel banyosuna düştüğüm için çıldırırdım ama bu sefer daha sakin karşılayabildim” şeklinde ifade etmektedir. Bu olaydan sonra tekrar yıkanmamış ve gününe devam edebilmiştir.

Fatma Hanım ile görüşmeler haftalık olarak başlamıştır. On ikinci görüşmenin ardından aynı sıklıkla devam etmektedir. Tedavinin ilerleyen zamanlarında hastanın evdeki eşyalara dokunabilmesi, kendi odası dışındaki odalarda farklı yerlere oturabilmesi, kapı kolları ve lamba düğmelerine dokunabilmesi, ev dışındaki nesnelere daha rahat dokunabilmesi ile ilgili çalışılması planlanmaktadır. Hastanın belirtilerinin azalıp işlevselliğinin artması ve ödevlere kendisinin karar verebilmesiyle birlikte görüşme sıklığının azaltılabileceği düşünülmektedir. Kontrol görüşmeleri ile birlikte de tedavi sonlandırılacaktır.

**Hasta 3:** Zeynep Hanım'la gerçekleştirilen değerlendirme görüşmelerinin ardından tedavi rasyoneli anlatılarak tedavi planı yapılmıştır. Öncelikle kompulsiyon ve kaçınma davranışlarının listesi oluşturulmuştur. Listede yer alan maddeler elleri dirseğe kadar yıkama, kirli olduğunu düşündüğü nesnelere değdikten sonra el yıkama, ellerini yıkarken üzerine su sıçradığını düşünerek kıyafet değiştirme, klozette el yıkarken üzerine idrar sıçradığını düşünme, musluğa dokunma, el havlusunu kullanamama, kıyafetlerinin klozete değip değmediğini kontrol etme, tuvalete girdikten sonra her seferinde klozeti temizleme, tuvalete gitmekten kaçınma, sıvı kısıtlama, banyoda şampuan, krem gibi malzemelerin ambalajlarını yıkama, banyo süresi, banyoda idrar kaçırma hissi olduğu için sık şampuanlanma, evdekilerin el yıkamalarını takip etme ve temizlikle ilgili annesine teyit ettirme şeklindedir.

Öncelikle banyo süresinin bir saatten 40 dakikaya düşürülmesi ve ellerini dirseklerinin bir miktar altına kadar yıkaması planlanmıştır. Ayrıca sıvı kısıtlamaması gerektiği anlatılarak, günlük aldığı su miktarının 750 ml'den 1 litreye çıkartılması kararlaştırılmıştır. Hasta, kısa bir süre içerisinde ellerini bileklere kadar yıkamaya başlamıştır. Sıvı alımını bir süre artıramamakla birlikte zaman içerisinde 1-1.5 litreye kadar çıkartabilmiştir. Tuvalete girmekten kaçınan hastanın daha sık tuvalete girmesi planlanmıştır. Zeynep Hanım, tuvalete her girdiğinde bir rulo kâğıt havluyu bitirmektedir. Kâğıt havlu kullanımını kendisi azaltarak günde bir rulo kâğıt havluya düşürebilmiştir. Evde sadece kendisinin kullandığı tuvaleti her seferinde temizleyen hastanın günde 1 kere temizlemesi üzerinde anlaşılmıştır. Annesinin de hastayla aynı tuvaleti kullanması nedeniyle zaman zaman dalgalanma yaşamasına rağmen tuvalet temizliğini azaltabilmiştir. Özellikle çamaşır suyu kullanımını azaltmaya çalışmaktadır.

Zeynep Hanım'ın el yıkama sıklığı giderek azalmıştır. El yıkarken musluğun arka tarafından tutmaya çalışırken daha önden tutması sağlanmıştır. Bu süreçte ailenin diğer üyelerinin el yıkamalarını kontrol etmemeye başlamıştır. Tedavi rasyonelinin anlatılmasının ardından annesine temizlikle ilgili teyit ettirme çabalarının etkisi açıklanmıştır. Bu açıklamayla birlikte hasta annesine soru sormamaya başlamıştır. Hastanın banyo süresi giderek azalmış ve 25 dakikaya kadar inmiştir. Banyo için yeni aldığı şampuan, sabun ya da krem ambalajlarını yıkamadan kullanabilmiştir. İdrar

kaçırma hissi nedeniyle tekrarladığı şampuanlanma sayısı azaltılmıştır. Her gün banyo yapan hasta haftada 2-3 kere banyo yapmaya başlamıştır.

Hasta ile yapılan görüşmelerde ailesi ile olan ilişkileri de ele alınmıştır. Babasıyla yaşanan gerginlikler hastanın belirtilerinde dalgalanmalara neden olmuştur. Özellikle annesinin üzüldüğünü ancak bir şey yapamadığını ifade etmektedir. Bu nedenle annesini koruması gerektiğine, evden ayrılrsa bile annesine göz kulak olması gerektiğine inanmaktadır. Zaman zaman bu düşüncelerin kendisini çaresizliğe düşürdüğünü belirtmektedir. İş bulmaya çalışan Zeynep Hanım, seçeneklerini sınırlamaktaydı. Bunun yanı sıra hastanın kız kardeşi evlenip evden ayrılmasını, bulacağı eşin “babasından iyi” olacağını söylemektedir. Tedavi sürecinde bu konuların ele alınmasıyla birlikte hasta iş ihtimallerini genişletmiştir. Evlenmek yerine farklı bir şehirde çalışarak evden ayrılabilceğini belirtmiştir. Annesini koruması gerektiğiyle ilgili düşünceler üzerinde konuşulduğunda ise elinden geleni her zaman yapacağını ancak kendisinin de hayatına devam etmesi gerektiğini ifade etmiştir. Hasta, iş bulmak için gireceği sınavlara ve tedavi kapsamında yapması gereken aktivitelere odaklanmıştır.

Zeynep Hanım çalışma kapsamında uygulanan sandalye tekniğiyle birlikte yaşadığı suçluluk duygusunda azalma olduğunu belirtmiştir. Eski erkek arkadaşının kendisini suçlamasıyla, yaşadığı belirtiler arasında ilişki kurmasıyla birlikte belirtilerinde azalma olmuştur. Özellikle görüşme aralarında, üzerinde konuşulmayan belirtilerde ilerleme kaydettiği dikkat çekmiştir. İlerleyen görüşmelerde sıkıntılı olduğunda sandalye uygulamasını tekrarlamak istemiştir. Görüşmeler sırasında bir kişiyle flört etmeye başlayan hastanın eski erkek arkadaşıyla yaşadığına benzer problemler yaşamakla ilgili kaygıları olmuştur. Bu kaygıların ortaya çıktığı durumlarda, sandalye uygulaması ile işlevsel olmayan ebeveyn modları ele alınmış ve daha sağlıklı bir yetişkin sesi oluşturulmaya çalışılmıştır. Hasta, ilişkinin başlarında olmasına rağmen kişisel sınırlarını koruyup, ihtiyaçlarını ifade etmeye çalıştığı bir ilişki sürdürmeye çalışmaktadır. Tedavi sürecinde görüşmelere haftalık olarak başlanmıştır. Hastanın belirtilerinin azalmasıyla birlikte iki haftada bir görüşmeler devam etmektedir. İlerleyen görüşmelerde banyo süresinin azaltılması, el yıkama sıklığının daha da azaltılması, tuvalet temizliğinin haftada bire düşürülmesi ve dışarıdaki nesnelere rahat dokunabilmesi üzerinde çalışılması

planlanmıştır. Belirtilerin azalıp, hastanın işlevselliği daha da arttığında görüşme sıklığı azaltılarak sonlandırılacaktır.

**Hasta 4:** Gönül hanımla yapılan ilk üç görüşmede hastalık belirtileri ve demografik bilgilerin alınmasının ardından tedavi rasyoneli detaylı olarak anlatılmıştır. Hastanın kompulsif ve kaçınma davranışları belirlenerek bir tedavi planı oluşturulmuştur. Yapılan tedavi planına göre el yıkama sıklığının azaltılması, aile üyelerinin temizlik ritüellerine ve hareketlerine karışmama, evde pis olarak kabul edilen yerlerin kademeli olarak kullanılması, temizlik yapma ve dışarıdan gelince banyo yapmadan eve girebilmenin ele alınması kararlaştırıldı. Öncelikle hastadan el yıkama kaydı tutması istenmiştir. Dirseklerine kadar yıkadığı elleri ve kollarının egzama olması nedeniyle öncelikle bileklerinden yukarısını yıkamaması planlanmıştır. Hasta ellerini bileklerine kadar yıkayabilmiştir. Sadece tuvaletten çıktığı zamanlarda dirseklerinin biraz altına kadar yıkamıştır.

Hasta, aile üyelerini ev içerisinde takip etmektedir. Her kalktıklarında gittikleri yeri sormakta, kirli olan nesnelere değip değmeyeceklerinden endişe etmektedir. Ailesinin de zorluk yaşadığını belirterek onları takip etmek istemediğini belirtmiştir. Ödev planına eklenmesiyle birlikte evde biri kalktığı zaman kendisini durdurmaya çalışmış ve onları takip etmemiştir. Bu planın yapıldığı görüşmenin ardından aile üyelerinden de sorduğu takdirde kendisine cevap vermemelerini rica etmiştir. İlk zamanlarda sıkıntısı olmakla birlikte zaman içerisinde rahatlamış ve sorma ihtiyacı duymamaya başlamıştır. Aile üyelerine yönelik olarak ele alınan diğer konulardan biri ise büyük kızının ders çalıştığı masadır. Dışarıdan gelen kitaplar konulduğu için pis olan masa ve bilgisayar nedeniyle hastanın kızı belirli kıyafetlerle oturabilmektedir. Sadece masada ders çalışıp, kitap okuyabilmektedir. Gönül Hanım kızının bu durumdan çok rahatsız olduğunu belirtmektedir. Görüşmede alınan kararlar hasta kızının kitaplarını bir kereye mahsus olarak silmiştir. Bunun ardından kızı odasında istediği yerde (özellikle yatakta) ders çalışmaya başlamıştır. Ancak masanın hala kirli olduğunu düşündüğü için temizlenene kadar orada otururken giyilen kıyafetlerin çıkartılması söz konusudur. Kızlarının rahat etmelerini istediğini, bunu sağlayabilmek için elinden geleni yaptığını ifade etmektedir. Üzerinde konuşulan bir diğer madde ise dışarıdan gelince banyo yama zorunluluğudur.

Çocuklarının çok yıprandığını belirten hasta, çok zor olmasına rağmen bu konu ile ilgili çalışmak istemiştir. Öncelikle tek başına, mahallede dışarı çıkıp eve gelmesi planlanmıştır. Eve geldiğinde sadece çoraplarını çıkartıp banyo yapmadan eve girmiştir. Bu görevi gerçekleştirebilmesi üzerine eşiyile birlikte kısa bir yürüyüş yapıp eve banyo yapmadan girmesi planlanmıştır.

Görüşmeler sırasında temizlikle ilgili planlar da yapılmıştır. Öncelikle salonu temizlemek istediğini belirtmiştir. Çamaşırların salonda kurutulması nedeniyle çok fazla dağınıklık olduğunu, yerlerin ve eşyaların tozlu olduğunu ifade etmiştir. Temizliği nasıl yapacağı, eşyaları nasıl kaldıracağı detaylı planlanmıştır. Ancak hasta bu ödevde zorlandığı için farklı bir yerin temizlenmesi planlanmıştır. Antrede bulunan dolabı temizleyebileceğini belirtmiştir. Kapıya gelen kişilerin içeriye göreceğinden endişe etmektedir. “Herkes beni temiz sanıyor ama aslında değilim” şeklinde ifade etmektedir. Dolapta çok sayıda kutu bulunmaktadır. Kutuların içerisinde kırtasiye malzemeleri ve ufak eşyaların bulunduğunu belirtmektedir. Bu kutuları öncelikle balkona çıkartıp, aynayı ve dolabı silip sonrasında kutuları da silerek yerleştirmeye karar vermiştir. Ancak hasta nereden başlayacağını bilemediğini, bütün işlerin gözünde büyüdüğünü belirttiği için farklı bir ödev planlanmaya çalışılmıştır. Daha kolay görevlere geçilerek mutfakta kombinin ve altındaki dolabın temizlenmesi planlanmıştır. Temizlikle ilgili planlar yapılırken Gönül Hanım’ın kullandığı eşyaları çöpe atmakta zorlandığı öğrenilmiştir. Aldıktan sonra temizlediği için biten süt kutularını balkonda biriktirmektedir. Kullandığı kavanozları, çok güzel oldukları ve ileride kullanma ihtimali nedeniyle biriktirmektedir. Yakınları boş kavanoz istediklerinde vermekte zorlandığını belirtmiştir. Antrede bulunan kutularda ise çocukların ufalan kalemleri, silgileri gibi atamadığı kırtasiye eşyaları olduğu öğrenilmiştir. Bu biriktirme davranışlarına benzer olarak ihtiyacından fazla temizlik malzemesi almış ve kutularını atamamıştır. Evde kırılan ya da bozulan eşyaları da atmakta güçlük yaşamaktadır. Bu belirtilerin öğrenilmesiyle birlikte ilk olarak balkondaki süt kutularının atılması kararlaştırılmıştır. Her gün bir tane kutu atması planlanmıştır. Ayrıca ihtiyacından fazla malzeme almayacağını belirtmiştir.

Gönül Hanım, temizlik yapma konusunda yaşadığı sıkıntıları işlevsel olmayan talepkâr ebeveyn moduyla ilişkilendirmiştir. Çalışma kapsamında uygulanan sandalye tekniğinde bu modu “mürebbiye” olarak adlandıran hasta, bu mod nedeniyle kendisini sıkışmış hissettiğini ifade etmiştir. “Her şeyin en iyisini yapmaya” çalışırken yıprandığını belirtmiştir. İlk uygulamanın ardından da sandalye uygulamasını tekrarlamak istemiştir. Detaylı bir şekilde temizlik yapmaya çalışırken kendisine hiç vakit ayırmadığını, aksi takdirde boş vakit geçirdiğine inandığını belirtmektedir. Görüşmelerde uygulama yapılmasıyla birlikte Gönül Hanım gün içerisinde kendisine vakit ayırmaya başlamıştır. Sabah kahvaltısını televizyon karşısında yapıp, sonrasında da bir miktar dinlenebilmiştir. Deneyimlediği talepkâr sesin kendisini bir kalıba sokmaya çalıştığını, istediği gibi davranmadığını fark etmiştir. İlerleyen görüşmelerde ailesinin yanında da spontan davranmaya başlamıştır. Hem çekirdek ailesi hem de geniş ailesiyle keyifli vakit geçirebildiğini ifade etmektedir. İşlevsel olmayan talepkâr ebeveyn modunun neden olduğunu düşündüğü bir diğer konu ise insanların eksiklik olarak görebileceği durumları saklamaya çalışmasıdır. İyi bir semtte oturmadığını düşündüğü için nerede oturduğunu yakınlarına söylememektedir. Evine misafir kabul edemediği için kimseye gitmemeye çalışmakta, bir süre sonra telefonla dahi aramamaktadır. Uygulamaların ardından hasta yakınlarını aramaya, oturduğu yer sorulduğunda cevap vermeye başlamıştır.

Görüşmelerin başlangıcında Gönül Hanım eşiyle olan ilişkisini ele almak istemiştir. Eşini ailesi nedeniyle tartıştıklarını, eşinin kendisine şiddet uyguladığını ifade etmiştir. Yaşadığı bu tartışmalardan utandığı, kendisini ve ilişkisini dışarıya “mükemmel” göstermesi gerektiğine inandığı için kimseye paylaşmadığını belirtmektedir. Konunun detaylı olarak ele alınmasıyla birlikte Gönül Hanımın eşinin ailesiyle olan ilişkisine müdahalesi sınırlanmış ve ihtiyaçlarını eşine ifade etme şekliyle ilgili konuşulmuştur. Hastanın önerileri uygulamasıyla birlikte eşiyle olan ilişkisinde ihtiyaçlarını ve duygularını ifade etmeye başlamıştır. İhtiyaçlarını ifade etmesiyle birlikte eşiyle tartışmalarının şiddeti azalmıştır. Keyifli vakit geçirebildiklerini, eşine anlayış gösterebildiğini ifade etmektedir.



Tedavi sürecinde ele alınan bir diğer konu da hastanın ailesi ile olan ilişkileridir. Süreçte yaşadığı bazı problemler sonucunda hasta “aslında zihninde olmasını istediği mükemmel aile profilini” oluşturduğunu, gerçeğin ise bununla ilişkili olmadığını belirtmiştir. Özellikle annesi ile olan ilişkisi üzerinde durmak istemiştir. Hastanın annesiyle arasındaki yaş farkı azdır. Babasının, her koşulda kızına güvenip annesinin yapamayacağına inandığını ve bunu dile de getirdiğini belirtmektedir. Bu durumun hastanın sorumluluk duygusunu artırdığı ve artmış sorumluluk algısı oluşturmuş olabileceği üzerinde durulmuştur. Gönül Hanım ailesiyle olan ilişkilerinde gerçekçi sınırlar koymaya başlamıştır.

Hasta ile yapılan görüşmeler haftalık olarak başlamış ve devam etmektedir. Terapi kapsamında kararlaştırılan ödevlerin daha kolaylaştırılması ve detaylı planlar yapılması gerektiği görülmüştür. Yapılacak olan görüşmelerde evde kirli olduğu düşünülen yerlerin temizlenmesi, atılması gerekenlerin kademeli olarak atılması, telefonların eve alınması, çocukların masaya oturduktan sonra banyo yapmadan aynı kıyafetlerle evin içerisinde dolaşabilmeleri, dışarıdan gelince banyo yapmadan eve girebilme ve eve misafir kabul edebilme ele alınacaktır. Hastanın belirtilerinin azalması ve işlevselliğinin artmasıyla birlikte görüşme sıklığı azaltılarak sonlandırılacaktır.

**Hasta 5:** Esmâ Hanım’la yapılan ilk görüşmelerde hastalık belirtileriyle ilgili detaylı bilgi alınmıştır. Hastanın öyküsünü kronolojik olarak ve tüm detaylarıyla anlatmaya çalıştığı dikkat çekmiştir. Diğer hastalardan farklı olarak yapılan değerlendirme görüşmeleri dört görüşme devam etmiştir. Bu durumun hem hastanın erken yaşta itibaren belirtilerinin başlamasından hem de çok sayıda doktora gitmesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Görüşmelerin başlamasından önce hasta ile yapılan görüşmede daha önce BDT aldığı ve etkili olmadığını düşündüğü öğrenilmiştir. Değerlendirme aşamasında ise hasta maruz bırakma ve tepki önleme yöntemlerini uygulayamadığını bu nedenle terapileri bıraktığını ifade etmiştir. Çalışma kapsamında devam edilen görüşmelere ise istekli olarak devam ettiğini ifade etmiştir.

Çalışma kapsamında beşinci görüşmede sandalye tekniği uygulanmıştır. Uygulama sonrasında Esmâ Hanım uygulamanın tekrarlanması durumunda kendisine iyi gelebileceğini, işlevsel olmayan eleştirel ebeveyn modunun azalmasıyla belirtilerinin de azalabileceğini düşündüğünü belirtmiştir. Uygulama sonrasında hastanın işinin yoğunluğu ve evlilik hazırlıkları nedeniyle haftalık planlanan görüşmelerde aksama olmuştur. İlerleyen üç görüşmede ise Esmâ Hanım'ın karar verme sürecinde yaşadığı sıkıntılara odaklanılmıştır. Evlilik süreciyle ilgili verdiği kararlardan emin olamadığı durumlarda elinden geleni yaptığını düşünerek kendisini yatıştırılmaya çalışmasıyla ilgili konuşulmuştur. Benzer şekilde iş yerinde karar verme sürecinde de sıkıntı yaşamaktadır. Sıklıkla verdiği kararlarla ilgili suçluluk hissetmektedir. Bu noktalarda eleştirel ebeveyn modu ele alınmıştır. Hasta, görüşme aralarında eleştirel tutum ortaya çıktığında fark etmekte ancak rahatlama sağlayamadığını belirtmektedir.

Birkaç ay içerisinde evlenecek olan Esmâ Hanım evinde kalamamaktadır. Daha önce de bahsedildiği gibi sadece koltuğun ve yatağın bir bölümünde oturabilmektedir. Ancak evlilik öncesinde eşyalarını toparlamak zorundadır. Toparlanma süreci ve yeni evde yaşayabileceği olası sıkıntılar üzerinde konuşulmaya çalışıldığında, nişanlısının evine kendi eşyalarından götürmeyeceğini, bu nedenle de yeni evlerinde rahatsızlık yaşamayacağına inandığını belirtmiştir. Görüşmede hastalığın yeni evdeki nesnelere ilgili de çıkabileceği, bu durumun evle ilgili olmaktan çok obsesyonlarıyla ilgili olduğu anlatılmıştır. Ancak hastanın bu konuyla ilgili inancı aynıdır. Öncesinde eve başka birini kabul edemeyen hasta, banyoda tesisatla ilgili sıkıntı yaşandığı için eve usta çağırarak zorunda kalmıştır. Tamirat öncesinde ve sonrasında evi temizletmeye karar vermiştir. Zaten eşyaların çoğunu atacağı için çok sıkıntı yaşamayacağını belirtmiştir.

Hastayla ilerleyen görüşmelerde tedavi planının, evlilik sonrası yaşayacağı evde kompulsif ya da kaçınma davranışlarının ortaya çıkıp çıkmamasına göre yapılmasına karar verilmiştir. Bunun yanı sıra iş yerindeki kaçındığı durumlara kademeli olarak maruz kalmasına odaklanılacaktır. Ancak tedavinin daha büyük bir kısmını işlevsel olmayan ebeveyn modlarının ele alınmasının oluşturacağı düşünülmektedir. Görüşmeler mümkün olduğu kadar haftalık devam ettirilmektedir.

### 3.1.3.2. Sandalye Çalışması

Sandalye yöntemi ilk olarak psikodramada kullanılmakla birlikte (Moreno & Fox, 1987) Geştalt terapi (Perls, 1973) ile daha sık anılmaktadır. Günümüzde ise yöntem, farklı psikoterapi ekollerinde kullanılmaktadır. Kuramsal farklılıklar olmakla birlikte sandalye yönteminin uygulandığı terapilerde kişinin geçmiş yaşantılarının önemi vurgulanmaktadır. Bu yaşantıların, şimdiki işlevselliğin bozulmasında rol oynuyor olabileceği öne sürülmektedir. Sandalye yönteminin kullanılmasıyla birlikte geçmiş deneyimler ele alınabilmektedir. Uygulama yöntemleri ise ele alınan duruma ve terapi ekollerine göre, tek sandalye ile çoklu sandalyeler arasında değişiklik göstermektedir. Sandalye çalışmasında ortaya çıkan diyalogların içeriğinin ise ikiye ayrıldığı görülmektedir. Kişinin geçmiş hayatında olup şimdiki hayatında olmayan kişilerle (ölüm, ayrılık gibi durumlar sonucunda) olan diyaloglar, önemli kişilerle çözülemeyen yaşantılar (istismar, ihmal gibi yaşantılar) ile verilecek kararları içeren diyaloglar dışsal olarak adlandırılmaktadır. İçsel diyaloglar ise kişinin yaşadığı içsel çatışmaları, ikilemleri içermektedir. Genellikle bu diyaloglar içselleştirilen “iç sesler” oldukları için de uygulama sırasında genellikle dışsal diyaloglara dönüşmektedir (Kellogg, 2004).

Sandalye çalışmasının temel hedefi davranışsal, bilişsel ve duygusal değişimin sağlanmasıdır. Davranışsal hedeflere bakıldığında terapistin rehberliği ile birlikte kişi davranış örüntülerini değerlendirme ve yeni örüntüler kazanma şansı bulabilmektedir. Ayrıca terapi sürecindeki uygulamalar değerlendirilerek tedavinin seyri hakkında da fikir edinilebilmektedir. Bilişsel hedeflerin başında ise kişinin işlevsel olmayan bilişlerinin farkına varmasını sağlamaktır. Sandalyeler arasındaki diyaloglar, kişinin düşüncelerindeki çarpıtmaları, kutuplaşmaları fark edip, daha işlevsel bilişler geliştirebilmesini sağlamaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca duygusal stres yaratan çocukluk anılarının da ele alınması mümkündür. Böylece kişi, farklı sandalyelerde hem ebeveyn/bakım veren hem de çocuğun perspektifinden, geçmiş yaşantıları değerlendirebilmektedir. Yapılan bu değerlendirmelerle birlikte, olayları farklı bir şekilde anlamlandırmak mümkün olmaktadır. Sandalye çalışmasının temel amacı ise duygusal müdahaledir. Kişinin duygularını adlandırması, şiddetini fark edebilmesi ve duygudurumundaki değişiklikleri anlamlandırması amacıyla kullanılmaktadır. Özellikle

kişinin kaçındığı duygulara maruz kalarak duyguların test edilmesi sağlanmaktadır (Pugh, 2017).

Şema terapide ise sandalye yöntemi, kullanılan yaşantısal tekniklerden bir tanesidir ve tedavide önemli bir role sahiptir. Kişinin erken dönem uyum bozucu şemalarının şiddetinin azaltılması amacıyla kullanılmaktadır. Erken dönem uyum bozucu şemalara karşı gelinerek düzeltici bir deneyim sağlanmaya çalışılmaktadır. Şema Mod modelinin geliştirilmesiyle birlikte ise işlevsel olmayan modların ve bunların kökenlerinin belirlenmesi sağlanmaktadır. Ayrıca kişinin mevcut problemi ile modların kökenlerinin ilişkisi ele alınmaktadır. Mod modelinde farklı olarak sandalye çalışması sağlıklı yetişkin modunun kuvvetlendirilmesi için kullanılmaktadır. Uygulama sırasında şema ve modların şiddetine göre öncelikle terapist sağlıklı sesi oluşturabilir. Ancak daha sonra danışanın sağlıklı sesinin kuvvetlendirilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır (Kellogg, 2012; Young ve ark., 2003).

Yapılan araştırma kapsamında çift sandalye uygulaması yürütülmüştür. Uygulama, şema terapide kullanılan çerçeveye uygun şekilde yürütülmüştür (Young ve ark., 2003). Buna göre öncelikle uygulamanın mantığı ve süreciyle ilgili katılımcılara bilgi verilmiştir. Ele alınması planlanan işlevsel olmayan ebeveyn modları, OKB'nin şema mod modelinde önerilenlere uygun bir şekilde, katılımcının yaşantılarına göre seçilmiştir. İşlevsel olmayan ebeveyn modu ve sağlıklı yetişkin modunu temsil eden iki sandalye karşılıklı yerleştirilerek uygulama gerçekleştirilmiştir. Süreç boyunca katılımcının mod sandalyelerinde yer değiştirmesi sağlanmıştır. Danışanın, sürdürülen diyaloglarda işlevsel olmayan ebeveyn modunun olduğu sandalyede bulunduğu, sağlıklı yetişkin modunun olduğu sandalyeye bakarak ikinci tekil şahıs kipini kullanarak konuşması sağlanmıştır. Sağlıklı yetişkin modunun olduğu sandalyede ise diğer sandalyeye bakarak birinci tekil şahıs kipiyle konuşması istenmiştir. Uygulama, ebeveyn modunun bulunduğu sandalye ile başlatılmıştır. Sağlıklı yetişkin moduna, inandığı ve hissettiği tipik şeyleri söylemesi sağlanmış ve her bir esas noktaya değindiği zaman sağlıklı yetişkin modu sandalyesine geçmesi istenmiştir. Bu sandalyede ise ortaya çıkan esas noktalarla ilgili kanıtları sorgulaması ve ebeveyn moduna bu kanıtları kullanarak karşılık vermesi sağlanmıştır. Katılımcıların zorlandığı durumlarda terapist destek vermiştir.

Ebeveyn modunun tepkileri sona erene kadar uygulama sürdürülmüştür. Sağlıklı yetişkin modunun bulunduğu sandalyede uygulama sonlandırılmıştır. Uygulama süreleri katılımcılara göre değişmekle birlikte 10-25 dakika arasında değişmektedir.

Uygulamanın ardından katılımcıların süreçteki deneyimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yarı yapılandırılmış bir görüşme yürütülmüştür. Bu görüşme kapsamında sorulan sorular Tablo 15’de verilmiştir. Yapılan bu görüşme, katılımcıların verdikleri cevaplar sonucunda 15-30 dakika arasında değişmiştir. Sandalye uygulaması ve değerlendirme görüşmesinin tümü ses kaydına alınmıştır.

**Tablo 15.** Değerlendirme Görüşmesi Kapsamında Sorulan Sorular

- 
1. Uygulamaya başlamadan önce bu görüşmeyle ilgili herhangi bir düşünceniz var mıydı?
  2. Yaptığımız uygulamayı nasıl buldunuz? Şimdi aklınızdan neler geçiyor? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
  3. Yaptığımız uygulama süreci sizin için nasıl bir deneyimdi?
  4. Uygulama sırasında aklınızdan neler geçti? Nasıl hissettiniz?
  5. Uygulama sırasında yaşadığımız genel şikayetler dışında dikkatinizi çeken farklı şeyler oldu mu?
  6. Yaptığımız uygulamanın size en iyi gelen yanı neydi?
  7. Yaptığımız uygulamanın size en zorlayan yanı neydi? Bununla nasıl başa çıktınız?
  8. Bu yaptığımız uygulamadan sonra yaşadığımız sıkıntıları ve duyguları nasıl değerlendiriyorsunuz/anlamlandırıyorunuz?
- 

### 3.1.4. Analiz

Nitel analiz yöntemlerinden biri olan Tematik Analiz, herhangi bir teorik çerçeveden yola çıkmamaktadır. Veri setlerindeki temaları belirleyen, analiz eden ve raporlayan bir yöntemdir. Bu temalar, kişinin belirli bir konuya verdiği anlamı içermektedir (Braun &Clarke, 2006; McLeod, 2011). Esnek bir doğaya sahip olan Tematik Analizin izlenmesi gereken altı aşaması olduğu belirtilmektedir. İlk aşama, verinin deşifre edilmesi ve

tekrarlı bir şekilde okunmasıdır. Bu sayede veriye aşına olunmakta ve ilk fikirler ortaya çıkabilmektedir. İkinci aşamada, veri setindeki ilginç olabilecek bilgiler kodlanmaktadır. Kodların belirlenmesiyle birlikte olası temaların belirlendiği aşamaya geçilmektedir. Belirlenen temalar, gözden geçirilip veri setiyle uyumu incelenmektedir. Gözden geçirmenin sonucunda temalar isimlendirilmekte ve rapor edilmektedir (Braun & Clarke, 2006).

### 3.1.5. Güvenilirlik

Araştırmacı yanlılığı, farklı şekilde ortaya çıkmakla birlikte nitel ve nicel araştırmalarda görülmektedir. Araştırmalara yol gösteren sorular öznellik taşımaktadır. Bu doğrultuda güvenilirliğin sağlanabilmesi için bu yanlılığı kontrol etmek ya da bunun farkında olup araştırmada veri olarak kullanılması gerektiği öne sürülmektedir. Araştırmacının öznel kimliği ve duruşunun elde edilen bilgileri etkileyebileceğinin farkında olması önemlidir. Bu farkındalığın sağlanabilmesi amacıyla da araştırma başlamadan, sürerken ve analizlerin sonucunda araştırmacının içsel süreçlerinin, kendi ve başkalarıyla ilgili varsayım ve önyargıları değerlendirmesi gerekmektedir (Langdrige, 2007; Morrow, 2005). Bu değerlendirme sürecinde araştırmacının, analizde etkili olabilecek bilgileri paranteze alması (bracketing) önerilmektedir (Fischer, 2009; Morrow, 2005). Bu bilgilerden yola çıkaran bu çalışmanın araştırmacısının aldığı tuttuğu günlük, aldığı geri bildirimler ve kendi fark ettikleri şu şekildedir:

“38 yaşındayım, kadını, evliyim. İş hayatıma 2009 yılında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünde başladım. Bu süreçte dönüşümlü olarak yataklı serviste yatan ve polikliniğe başvuran hastalarla, çoğunlukla OKB hastalarıyla, süpervizyon altında görüşmeler sürdürdüm. Çalışma hayatına başlamamdan kısa bir süre sonra yüksek lisansımı tamamlayarak uzman klinik psikolog unvanını aldım. Bunun ardından doktora programına kabul edildim. Hem hastanede çalıştığım hem de lisansüstü eğitimim boyunca BDT süpervizyonu aldım. Ancak doktora programına başlamadan kısa bir süre önce Şema Terapi eğitimlerini tamamlayıp süpervizyon sürecine başladım ve bu araştırmaya devam ettiğim süreçte Uluslararası Şema Terapi Topluluğu onaylı şema terapisti sertifikasını aldım.

Hastanede çalışan bir klinik psikolog olarak, imkanların kısıtlılığı nedeniyle belirti odaklı yaklaşım, işlevsellikte artma olunca terapi süreçlerinin sonlandırılması gerektiğini biliyorum. Çalıştığım yıllar içerisinde hastaların belirtilerinin tekrar ortaya çıkarak hastaneye başvurmaları, tedavide neler yapılabileceğine ilişkin düşünmeme yol açtı. Şema terapi eğitimimle birlikte psikiyatrik bozukluklara yönelik önerilen modellerle ilgilenmeye başladım. Özellikle en sık çalıştığım ve kişisel hayatımda da deneyimlerim olan OKB tanısıyla ilgili gelişmelerden yola çıkarak, şema terapinin OKB hastalarının daha iyi anlaşılmasına yardımcı olup olamayacağını merak ederek bu araştırmaya başladım.

Katılımcılara ulaşmaya başladığım ve değerlendirme görüşmelerine hazırladığım dönemde her şeyin “mükemmel” olması gerektiğine ilişkin talepkâr ebeveyn modumun sıklıkla tetiklendiğini belirtmeliyim. Hem katılımcılara faydalı hem de iyi bir çalışma ortaya koyma isteğimin beni oldukça zorladığımı düşünüyorum. Bu talepkâr sesimin özellikle bazı uygulamalar ve sonrasında “yapamadığım ve yapamayacağıma” ilişkin eleştirel sese dönüşmesi bazı görüşmeler kendimi sürece vermemi ve değerlendirme görüşmelerinde derinleşmemi engellediğini düşünüyorum. Diğer görüşmelerde bu sesleri gözlemleyip kendimi sürece odaklamaya çalıştım. Ayrıca yürütülen sandalye çalışmaları ve değerlendirme görüşmeleri sırasında katılımcıların hastalık belirtileri ve duygularıyla ilgili farkındalıklarını gözlemlemem aslında OKB tanısı almış kişilerin bu farkındalığa sahip olamayacağına ilişkin bir önyargım olduğunu da fark etmemi sağladı. Analiz sürecinde de talepkâr ve eleştirel seslerin ortaya çıktığını söyleyebilirim. Bu süreçte nitel çalışmalarda deneyimli bir klinik psikologdan geribildirim aldım. Bu sayede temaları belirlerken belirli bir teorik alt yapıya ve detaylara odaklanmadan, daha bütüncül ve katılımcıların gözünden bakmaya çalıştım. Bununla birlikte uzun bir süredir OKB tanısı almış kişilerle terapi süreci yürütmüş olmamın hem araştırma kapsamında yaptığım görüşmeler hem de analiz süreci açısından yardımcı olduğunu fark ettim.

Araştırma sürecine genel olarak baktığımda konulara bütüncül bakabildiğim, spontane ve esnek olabildiğimi gördüğüm şaşırtıcı bir süreç olduğunu söyleyebilirim. Ayrıca terapist olarak önyargılarımın, kısıtlılıklarımın farkında olmayı ve “mükemmel” olmak yerine

“elimden gelenin en iyisini” yapmaya çalışmayı öğrendiğim bir süreç olduğunu belirtebilirim.”

## 3.2. BULGULAR

### 3.2.1. Katılımcıların Değerlendirilmelerine İlişkin Bulgular

Yürütülen çalışmaya dahil edilen beş OKB tanısı almış kadın hastaya terapi sürecinin başında şemalarının değerlendirilmesi amacıyla YPŞÖ, YŞÖ-KF; bilişsel terapiye uygunluklarını değerlendirmek amacıyla BİLTER-U; belirti düzeylerini belirlemek amacıyla Y-BOKÖ ve VOKE uygulanmıştır. Katılımcıların YPŞÖ toplam ve alt ölçek puanları Tablo 16’da verilmiştir.

**Tablo 16.** Katılımcıların YPŞÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları

	I.Hasta	II.Hasta	III.Hasta	IV.Hasta	V.Hasta
YPŞÖ Toplam Puan	218/336	153/336	181/336	229/336	154/336
Duygusal Tatmin	19/30	14/30	19/30	20/30	14/30
Başarı	18/30	12/30	16/30	26/30	21/30
Empatik Düşünme	16/24	13/24	19/24	16/24	12/24
Temel Sağlık ve Güvenlik	10/30	13/30	15/30	10/30	9/30
Duygusal Açıklık ve Kendiliğindenlik	17/24	18/24	19/24	16/24	14/24
Öz şefkat	14/18	5/18	7/18	7/18	5/18
Sağlıklı sınırlar	13/18	7/18	6/18	12/18	12/18
Sosyal aidiyet	25/30	12/30	19/30	25/30	15/30
Sağlıklı Öz-Kontrol/Öz-Disiplin	16/24	16/24	13/24	15/24	8/24
Gerçekçi Beklentiler	12/24	7/24	17/24	19/24	9/24
Öz-Yönelimlilik	19/24	7/24	11/24	17/24	8/24
Sağlıklı Öz-İlgi	15/18	7/18	7/18	12/18	8/18
İstikrarlı Bağlanma	12/24	15/24	9/24	17/24	11/24
Sağlıklı Özgüven	12/18	7/18	7/18	17/18	8/18

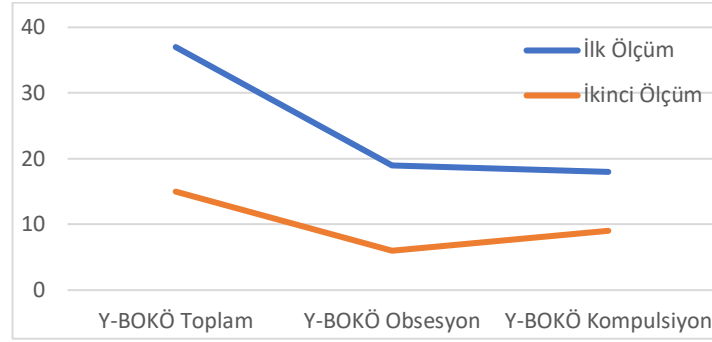


İlk olarak katılımcıların pozitif şemaları incelendiğinde ölçekten en yüksek puanı alan Gönül Hanım, en düşük puanı alan ise Fatma Hanım'dır. Genel olarak değerlendirildiğinde ise tüm katılımcılarda Temel Sağlık ve Güvenlik/Optimizm şemasının düşük olduğu dikkat çekmektedir. Katılımcıların YŞÖ-KF toplam ve alt ölçek puanları Tablo 17'de verilmiştir.

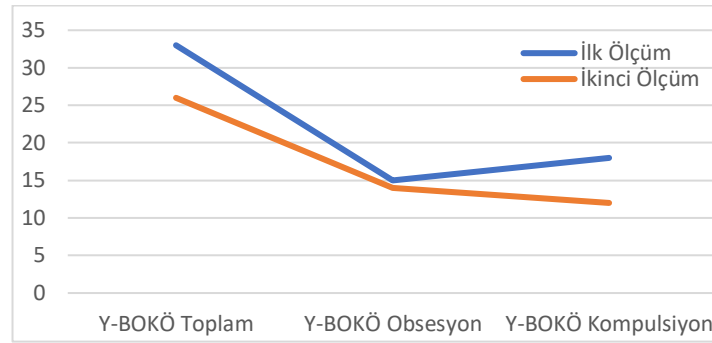
**Tablo 17.** Katılımcıların YŞÖ-KF Toplam ve Alt Ölçek Puanları

	I.Hasta	II.Hasta	III.Hasta	IV.Hasta	V.Hasta
YŞÖ-KF Toplam puan	210/480	309/480	236/480	276/480	258/480
Duygusal Yoksunluk	8/30	14/30	5/30	9/30	13/30
Başarısızlık	10/36	24/36	21/36	13/36	20/36
Karamsarlık	14/30	11/30	9/30	25/30	11/30
Sosyal İzolasyon	18/42	26/42	16/42	20/42	15/42
Duyguları Bastırma	7/30	12/30	10/30	22/30	8/30
Onay Arayıcılık	18/36	26/36	27/36	29/36	29/36
İç İç Geçme	15/54	40/54	25/54	10/54	20/54
Ayrıcalıklılık	23/42	28/42	16/42	24/42	21/42
Kendini Feda	14/30	19/30	9/30	18/30	13/30
Terk Edilme	7/30	14/30	23/30	8/30	14/30
Cezalandırılma	21/36	26/36	19/36	23/36	28/36
Kusurluluk/Utanç	10/36	16/36	9/36	13/36	13/36
Dayanısızlık	10/30	7/30	9/30	21/30	12/30
Yüksek Standartlar	9/18	11/18	4/18	17/18	9/18

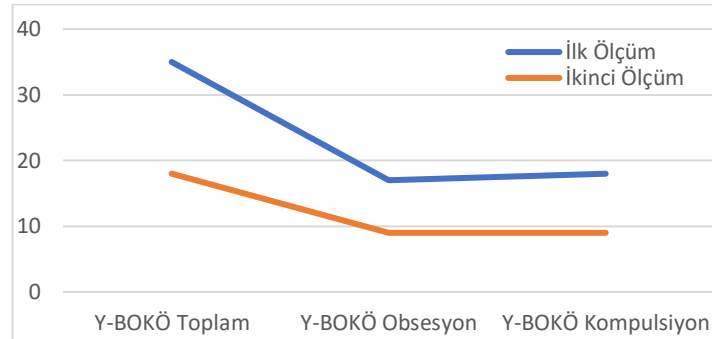
Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde Ayşe Hanım ölçekten en düşük puanı alan, Fatma Hanım ise en yüksek puanı alan kişidir. Çalışma kapsamında katılımcıların belirtilerine yönelik ölçekler terapi sürecinin başında ve ortalama 7. görüşmede uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından uygulanan Y-BOKÖ puanlarına bakıldığında en yüksek değerlendirilen kişiler Ayşe ve Esmâ Hanım'dır. Katılımcıların Y-BOKÖ puanları her bir katılımcı için ayrı şekillerde sunulmuştur (Bkz. Şekil. 1-5).



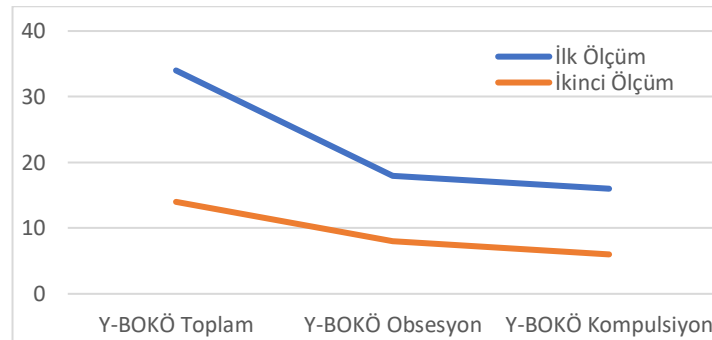
**Şekil 1.** I. Hastanın Y-BOKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları



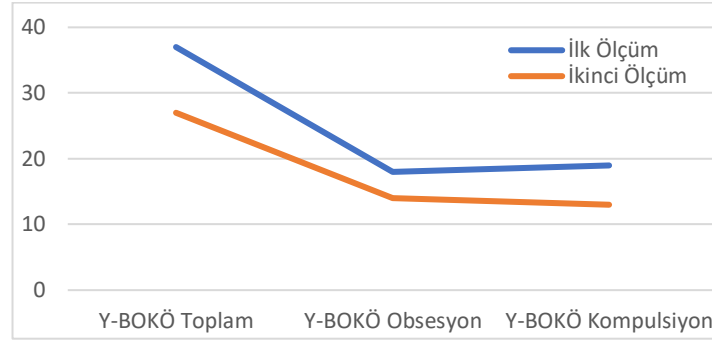
**Şekil 2.** II. Hastanın Y-BOKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları



**Şekil 3.** III. Hastanın Y-BOKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları

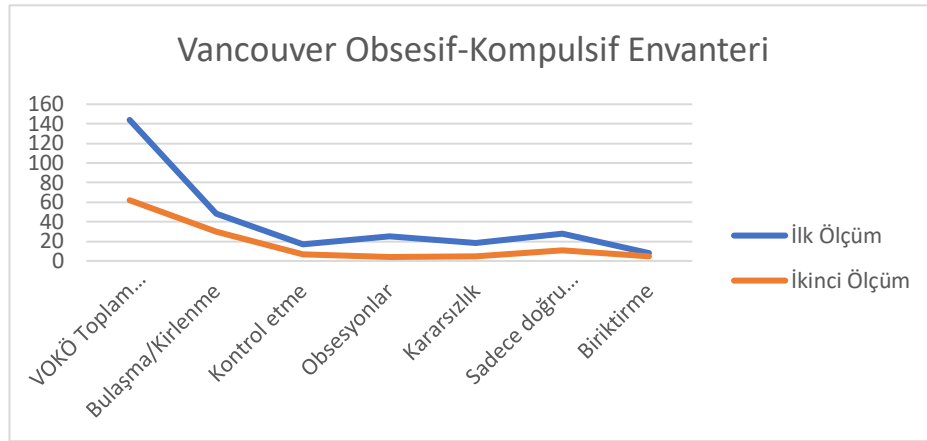


**Şekil 4.** IV. Hastanın Y-BOKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları

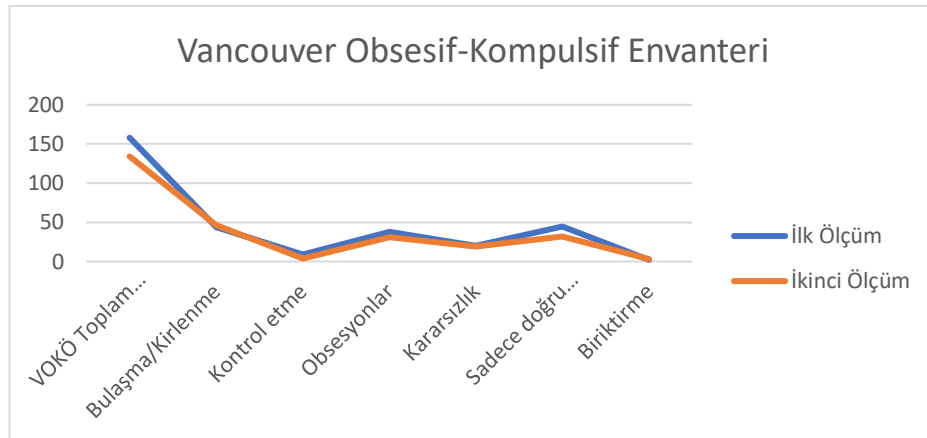


Şekil 5. V. Hastanın Y-BOKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları

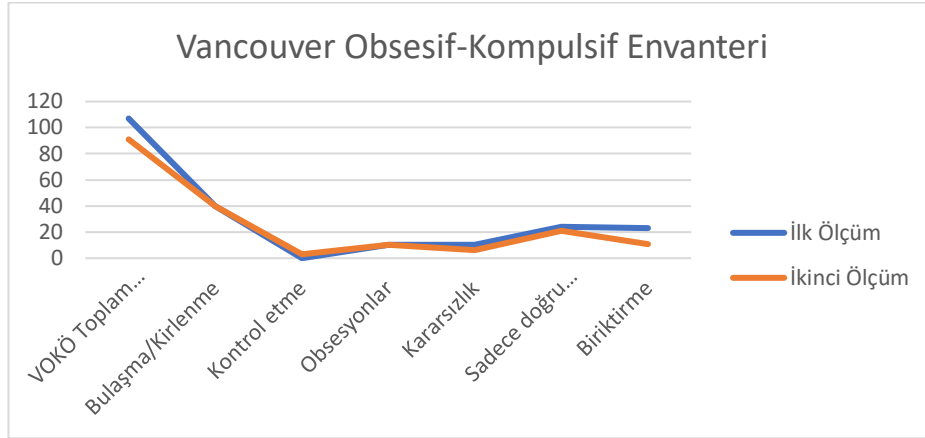
Katılımcıların öz-bildirimine dayalı olan VOKE puanlarında ise Gönül Hanım'ın en yüksek puanı aldığı gözlenmiştir. Katılımcıların ilk ve ikinci ölçümlerine ilişkin puanlar şekiller halinde verilmiştir (Bkz. Şekil. 6-10).



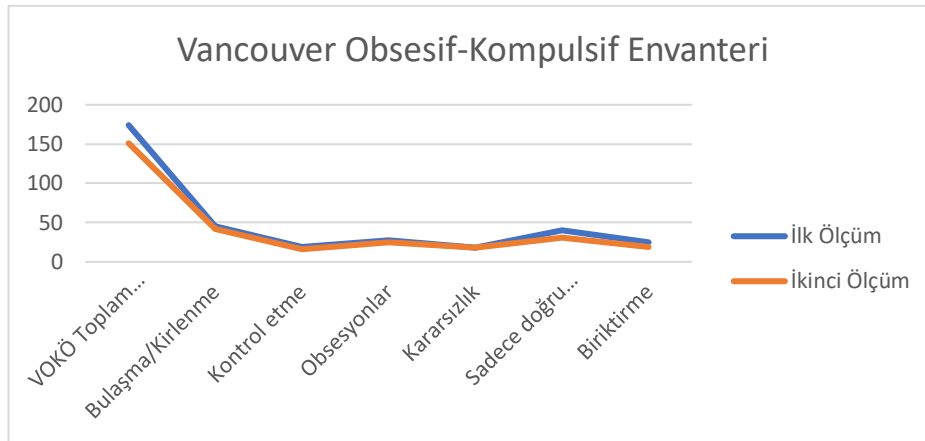
Şekil 6. I. Hastanın VOKE Toplam ve Alt Ölçek Puanları



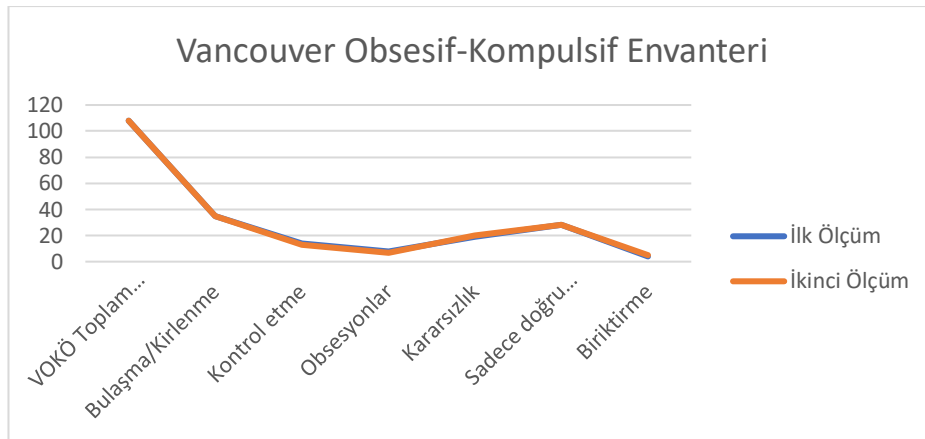
Şekil 7. II. Hastanın VOKE Toplam ve Alt Ölçek Puanları



**Şekil 8.** III. Hastanın VOKE Toplam ve Alt Ölçek Puanları



**Şekil 9.** IV. Hastanın VOKE0 Toplam ve Alt Ölçek Puanları



**Şekil 10.** V. Hastanın VOKE Toplam ve Alt Ölçek Puanları

### 3.2.2. Tematik Analize İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamında yürütülen sandalye uygulaması ve ardından gerçekleştirilen değerlendirme görüşmelerinin deşifrelerine Tematik Analiz uygulanmıştır. Analiz sonucunda 7 üst tema elde edilmiştir. Temalar, Tablo. 18’de aktarılmıştır. Temaların akışı öncelikle uygulamada ortaya çıkan işlevsel olmayan ebeveyn sesleriyle başlamaktadır. Bu sesle baş etmelerine yardımcı olan sağlıklı seslerin içeriği, belirtilerini nasıl değerlendirdikleri ile devam etmektedir. Ardından uygulama esnasındaki deneyimleriyle ilgili temalar yer almaktadır. Bahsedilen tüm bu temalar görüşmelere ait alıntılarla birlikte aktarılıp açıklanmıştır.

**Tablo. 18** Analiz Sonucunda Elde Edilen Temalar

*Analiz Sonucunda Elde Edilen Temalar*

---

1. “Benim Doğrum”u Yapmalısın, yoksa...
  2. Farklı Yerden Bakmak
  3. Takıntılar Üzerine
  4. Bilmediğim Yerden Geldi
  5. Karşıma Oturunca Üstesinden Geldim!
  6. Sonradan Gelen Rahatlama
  7. İyi Geldi, İyi Gelecek...
- 

#### 3.2.2.1. “Benim Doğrum”u Yapmalısın, Yoksa...

İlk tema, sandalye uygulamasında ortaya çıkan, belirli bir doğru olduğunu kabul eden ve aksinin gerçekleşmesi sonucunda ağır olarak nitelendirilebilecek suçlamalar yapan seslerden oluşmaktadır. Gerçekçi olmayan “doğru”ların yerine getirilememesinin başarısızlık, yetersizlik olarak algılandığı gözlenmektedir. Buna örnek olarak Ayşe Hanım’ın uygulamasında babasının tedavisini üstlenmesi gerektiğine inanan, bunu yapmadığı için babasının ölümüne neden olduğunu söyleyen bir ses ortaya çıkmıştır. Sesin şiddeti giderek artmakta ve Ayşe Hanım’ı acımasızca suçlamaktadır.

“G: Ne söylüyor şimdi size bu ses?

K: Sen babanın ilk check up yaptırdığını duyduğunda kolesterolü yüksek, karaciğerde yağlanma var dediğinde bu duruma müdahale edebilecek daha iyi bir doktor bulabilirdin, sen.

G: Başka ne diyor?

K: Yani engel olabilirdin bazı şeylere. Belki seninle ya da ailesiyle daha uzun süre daha yaşayabilirdin, daha düzgün bir tedavi görseydi. Yani daha iyi bir hekim görebilseydi, belki doktorların atladığı bir şey vardı. Buna müdahale edebilirdin. .... gibi büyük bir hastanede çalışıyordun. Baban seninle gurur duyuyordu “Kızım ..... çalışıyor” diye ama seninle gurur duyan babana bir faydan olmadı. Yani fayda sağlayamadın babana (ağlıyor).”

...

“K: Hayır, yapabilirdin. Yani sen ısrarcı olabilirdin. Sen ısrarla “baba orada belki gözden kaçırılıyor buraya gelmelisin” diyebilirdin. Babana sahip çıkabilirdin yapmadın (ağlıyor). Bahane buluyorsun. Bunların hiçbiri bahane değil. Babana sahip çıkmadın (ağlıyor).

G: Tamam. Böyle gelin.

K: Yapabileceğim bir şey yoktu herhalde. Bilmiyorum... bilmiyorum.

G: Aynen öyle.

K: Belki yapabiliyordum, yapamadım. Sevdiğim bir insanı belki ben kendi yüzümden kaybettim...” (AYŞE)

Ayşe Hanım’ın görüşmesinde ortaya çıkan ses kadar acımasız olmamakla birlikte Esmâ Hanım’ın da bir durumla ilgili karar verememesi sonucunda benzer şekilde suçlayan bir ses gözlenmiştir. Yapılan uygulamanın başlangıcında ortaya çıkan ses oldukça uzun bir konuşma yapmıştır. Klinik uygulamada müdahale edilebilecek bir süreçken araştırma kapsamında gerçekleştirildiği için bir süre devam etmesine izin verilmiştir. Bu sesin içeriği şu şekildedir:

“Tamam. Bir planlama yapmadın. Yapamadın. İki bir türlü kararını netleştiremedin. Karşı tarafta insanlar senin bu kararsızlığına sürekli maruz kalmak zorunda değil... “

...

“Ama kuaförleri ararken de şu hatayı yaptın önce bir kuaförü aradın. Bir şeyler sordun. Sonra aklına ay şunu da sormalıydım dedin. Bir daha aradın. Sonra diğer kuaförü aradın. Ona da sordun. Onda biraz daha ayrıntıyı sordun, bilgileri aldın ama en önemli iki bilgiyi unuttun. Oysa sen kâğıda yazacaktın bunları, neleri sorman gerektiğini. Böylece unutmuyacaktın. Telefonla görüştüğünde de hepsini unutmadan sormuş olacaktın. Ama kâğıda da yazmadın. Hani yazacağım dedin ama yazmadın. Üşendin orada. İki bunu yapıyorsun zaten. Bazen yazmak sana zor geliyor. Üşenmek de olmasa şey oluyor iki sen korkuyorsun. Bazen yazmaktan korkuyorsun. İki ama bunu yapmadığın için kuaförden aldığın bilgilerin yine eksik olduğunu gördün. Sonra tekrar aradın. Aradığında da “Ay kusura bakmayın. Özür dilerim” diyorsun hani. Karşıdaki insanların da sonuçta bir işleri

var. Yaptıkları bir iş var. Sürekli hani senin telefonlarına cevap veremeyebilirler. Cevap vermek zorunda değiller her defasında, dört beş kere...”

...

“O arada sabah sana ilk sözleşmeyi yolladıktan sonra ıh sana bir süre sonra incelediniz mi diye sordu. Sen o sırada bir telefon görüşmesi yaptın iş için. Tamam, o oyaladı seni. Sonra da kuaförleri aradın. Çok vakit geçti diye sözleşmeyi tam okumadığın halde inceledim dedin. Bu lafı dedikten sonra sana gönderilen sözleşmenin altındaki paragrafı okuduğunda şartlar biraz ağır geldi ama bir kere inceledim dedin ve okey demiş gibi oldun. Artık geri dönüşü yoktu. Ama bu sefer ıh ama bu şartlarla bunu kabul etmen doğru mu anksiyetesine girdin. Bunun sıkıntısını yaşadın. Aslında sen işte olduğunu baştan söyleyebilirdin. Ben işteydim. Bir telefon görüşmesi geldi. O yüzden incelemeye vaktim olmadı. Sonuçta bunu anlayabilirlerdi karşı taraftakiler. Ki daha önce nişanlın ona senin yoğun çalıştığını, o yüzden kısa sürede dönüş yapamadığını söylemişti. Bunu biliyordu zaten yoğun çalıştığını. Bunu söylemeliydin. Hani inceledim demek yerine henüz tam olarak inceleyemedim demeliydin. Burada çok büyük bir hata yaptın.” (ESMA)

Büyük bir hata yaptığını söyleyen bu sesin ardından Esmâ Hanım yaşadığı yetersizlik duygusundan bahsetmektedir.

G: Nasıl hissettirdi bunları duymak size?

K: Haklıydı.

G: Haklıydı?

K: Evet.

G: Peki. His olarak ne hissettirdi? Duygu olarak?

K: İh yetersiz. Evet, yetersiz.” (ESMA)

Uygulama devam ettikçe bu ses de taleplerine ve suçlamalarına devam etmektedir.

“Sonuçta onların tek müşterisi de sen değilsin. İh tamam, müşteri olarak onlara bazı taleplerin bazı bilgi almak için aramaların olabilir ama sen ıh çok fikir değiştirdiğin için çabuk, saniyeler içerisinde. Tam olarak ne istediğini tam olarak bilemediğin için ıh karşı tarafı çok yoruyorsun. Hayır, bunu çekmek zorunda değiller.” (ESMA)

Zeynep Hanım’la yapılan uygulamada ise geçmişte yaşadığı ilişkide bu sese göre uygunsuz olan bir deneyimden dolayı suçlamalar ortaya çıkmıştır. Bu deneyim nedeniyle o kişiye mecbur olduğunu, ileride kimsenin onunla sevgili olmak istemeyeceğini söylemektedir.

“G: Eleştirel ses ne söylüyor size içinizden?

K: Neden yaptın? Neden izin verdin? Keşke yapmasaydın. Bununla nasıl başa çıkacaksın gibi şeyler söylüyor.

G: Başka?

K: Sanki ıh ne kadar kötü biri olsa da o bana karşı... ben ona karşı mecburmuşum gibi hissediyorum. Yani nasıl söyleyeyim, böyle bir şey yaşadığımız için onun her şeyini görmezden gelip onunla beraber olmaya mecburum yani.

K: Mecbursun.

G: Evet. Mecbursun diyor bana.”

...

“Ya o kişiyi bu sebepten kaybedersen. Yani seninle olmak istemeyebilir böyle bir şey yaşadığın için.” (ZEYNEP)

Fatma Hanım’ın uygulamaya uyum sağlaması diğer katılımcılara oranla bir miktar daha zor olmuştur. Özellikle sandalyeler arasında sesler karışmış ve araştırmacı araya girip düzeltmekte zorlanmıştır. Ayrıca uygulama sırasında ortaya çıkan sese inancının da oldukça yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu nedenlerden dolayı görüşmecinin de en zor sürdürdüğü uygulama olduğunun vurgulanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Uygulama sırasında ortaya çıkan ses öncelikle hastalığı nedeniyle yetersiz olduğunu, düzelme şansı olmadığını ve çaresiz olduğunu söylemektedir.

“Sen ne kadar çabalarsan çabala, uğraş, didin dur ama sen busun, değişmeyeceksin. Böyle gelmiş böyle gideceksin yani. Genlerden gelen bir şey ve evet hayatta yaşadığın olumsuzluklarla bu ortaya çıktı ama bu senin genetik kodunda var yani. Bunu değiştirmek zor. Bunu bastırarak tek şey senin için şu an ilaç. Bir miktar. O da asla yok etmeyecek. Seni sadece biraz daha rahatlatacak. Biraz daha görmezden geleceksin. Duygusuz yaşayacaksın, tepkisiz olacaksın. Hep bir şeye bağımlı kalacaksın. Ama ilacı içmediğin sürece de bu bir girdap gibi seni içine çekecek. Yine (ağlıyor) aradığın umutlar umutsuzluğa dönüşecek ve sen yalnız, bir başına çaresiz kalmaya devam edeceksin.”

...

“Bu kadar iyimserlik fazla. Yani senin elinde olmayan, değişmeyecek bazı şeyler var. Bir kere çabaladın mesela. Değişeceğini sandın ve ilacı bıraktığın an tekrar eskisine döndün. Yani demek ki bu senin dışında gelişen olaylar ve yani... senin bu yani... bilmiyorum. Çıkmazda olarak görüyorum.” (FATMA)

Uygulamanın ilerleyen süreçlerinde ise yetersiz olduğunu söyleyen bu sesi ayrıştırmakta zorlandığı dikkat çekmiştir.



“Şu an en çok yanı üzen, kendi kazancım olmaması. Yani bir işim olmaması. Para da değil yani sadece işim olsaydı ve ben bir şeylerle uğraşsaydım. İnsanlara faydam olsaydı...” (FATMA)

Son olarak Gönül Hanım’ın “Mürebbiye” olarak adlandırdığı sesin uygulamada ortaya çıkan gerçek dışı beklentileri şu şekildedir:

“K: İçimdeki ses: Gönül belli bir kalıbın içine oturmalı, her şeyin en mükemmelini, en güzelini yapmalı. Kesinlikle yanlış yapmamalı.

G: Yapmamalısın.

K: Yapmamalısın. Her şeyin en güzelini yapmalısın. Herkese en iyi sen olmalısın. Ailenin en büyüğün. Herkesin, her şeyin sorumluluğu sende.” (GÖNÜL)

### 3.2.2.2. Farklı Yerden Bakmak

Hem uygulanan sandalye çalışmasında hem de sonrasında yapılan değerlendirme görüşmesinde tüm katılımcıların üzerinde durulan konulara farklı yönlerden bakabildikleri gözlenmiştir. Bir önceki temada yer alan kendi doğrularını dayatmaya çalışan sese cevap verirken ise çeşitli yöntemlerin ortaya çıkabildiği gözlenmiştir. Uygulama sırasında daha gerçekçi bir bakış açısıyla durumu ele almak, bu sesin verdiği zararı görüp ona karşı gelmek bu yöntemlerdendir. Bunun en iyi şekilde Ayşe Hanım’ın görüşmesinden alınan alıntılarla aktarılabileceği düşünülmektedir. Ayşe hanım önce farklı bir bakış açısı geliştirmektedir.

“Buna gerçekten hakkın yok çünkü ben evlat olarak iyi bir evlattım. O beni hep sevdi (ağlıyor). Babam beni hep sevdi. Yani ekstra bana bunu yapmadın diye sitem ettiği bir durum şu an karşıma geçse olacağını zannetmiyorum. Beni sevgiyle kucaklayacak. Kızım seni çok seviyorum diyecek. Seninle gurur duyuyorum diyecek. Ben bunları biliyorum ama ölüm zamanını değiştiremezdim. Ne yaparsam yapayım değişmeyecekti. Değişmeyecekti. Ya o zaman ya başka sebepten belki ya da babam kalp krizi geçirdiğinde eğer yaşasaydı daha zor durumda kalabilirdi çünkü felçli kalma, daha sıkıntılı... hasta olmak babamın kaldırabileceği bir yük değildi. O yüzden hep şunu söyledim “Allah’ım sen onu çok seviyorsun, onun için tek seferde böyle bir sıkıntıyla” belki de hissetmedi bile. Dışarıdan bizim gördüğümüz gibi değildi hiçbir şey. Ben inanıyorum. O çok acı hissetmeden gitti. Çok sıkıntı yaşamadan gitti. Ben bunları biliyorum ve gittiği yerde şu anda çok huzurlu olduğunu biliyorum. Buna inanıyorum çünkü o çok iyi bir insandı.”

...

“O zaman yapabileceğim şeyleri yaptım. Çünkü bazı şeyler benim dışımda geliyordu. Benim gücüm yetmeyecekti onları değiştirmeye, yetmedi. Enerjim yetmedi, hepsine yetişemedim. Her şeye yetişemedim o dönemde. Sorumluluklarımı yerine getiriyordum. Ekstra bir de böyle bir şey... yani çok takıldım, çok taktım kafama ama yapabileceğim bir şey yoktu. Çalıştığım hastane çok büyüktü. Randevu almak çok zordu. Babamı getirince kalacak yerimiz yoktu. Ben bile misafirhanelerde kalıyordum ki zaten o doktora gitmişti. Kardiyoloğa gitmişti. Onu gören de bir hekimdi. Kolesterolü yüksekti, karaciğerde yağlanması vardı. Başka bir sıkıntısı yoktu. Sigara içiyordu, sigara içmek onun tercihiydi. Defalarca söyledik. “Babacığım yapma bunu ne olursun” derdik. Hep endişe ederdim babam kardiyovasküler böyle bir sanki beyin kanaması ya da bir KOAH olacak sigaradan dolayı diye. Hep endişem oydu.”

...

“K: Bununla ilgili ben zaten doktora getirsem de zaten aynı seviyeye düşmüş olacaktı. Aynı düzeye gelmiş olacaktı kolesterolü. Ama kendi tercihleri vardı. Kendi beslenmesini değiştirmede. Kendi sigarasını bırakmadı. Kendi yapabileceği şeyleri yapmadı aslında. Bu senin sorumluluğunda değil.

G: Benim.

K: O bir yetişkin. Bunu kendisi, bu sorumluluğu kendisi almalıydı. Sen genç bir insandın.

G: Ben.

K: Ben genç bir insandım. Babam kendi sorumluluğunu alabilirdi, almadı. Evet, almadı. Kendi sorumluluk almadı.” (AYŞE)

Farklı bakış açısını kazandıktan sonra Ayşe Hanım bu sesin ona zarar vermesine izin vermeyeceğini, buna hakkı olmadığını ifade etmektedir.

“Beni suçlamaya hakkın yok. Asla yok (ağlıyor). Yeter artık beni suçlama çünkü dayanamıyorum. Tüm gücüm kırıldı. Hayatım mahvoldu. Yıllardır dünyayı kendime de sevdiğime de zehir ettim bu yüzden. Yeter artık ben yapabileceğim şeyleri yaptım. O zaman yapabileceğim şeyleri yaptım. Çünkü bazı şeyler benim dışımda geliyordu. Benim gücüm yetmeyecekti onları değiştirmeye, yetmedi. Enerjim yetmedi, hepsine yetişemedim. Her şeye yetişemedim o dönemde.”

...

“K: Beni suçlamaya hakkın yok. Yeter artık (ağlıyor). Yeter artık, düş yakamdan. Suçlu ben değilim. Yetişkin olan oydu ben gençtim. Benim farklı telaşlarım vardı. Zaten genç olarak sorumluluklarımın çok üstünde sorumlulukları ben hep üstlendim. Hep üstlendim. Gençken, çocukken. Babam işe gitmeden önce bile kahvaltısını kalkar ben hazırlardım. Birlikte kahvaltımızı yapardık. Ben okula giderdim, o işe giderdi. Sen yaşının gerektirdiği sorumlulukları zaten...”

G: Ben.

K: Ben yaşının gerektirdiği sorumlulukları zaten aldım. Aldım. Evet, aldım. Ben yapmam gerekenleri yaptım. Yaşının gerektirdiği şeyleri yaptım. Daha fazlasını yapamazdım.

G: Hatta fazlasını bile yaptım.

K: Fazlasını bile yaptım. Ben hep sorumluluk sahibi bir insan oldum. Küçüklükten beri. Küçüklükten beri kardeşimin bakımını da üstlendim, babamın kahvaltısını da hazırladım. Ailemin içinde anneme de çok yardımcı oldum. Hep sorumluluk aldım. Hep aldım. Hep sorumluluk aldım. Yapabileceğim her şeyi aslında yaptım aileme karşı. Yani bir şey yok aslında... boşluk yok aslında. Yeter artık bana bu kadar yüklenme. Dayanamıyorum (ağlıyor).”

...

“Artık buna izin vermeyeceğim (ağlıyor). Artık buna izin vermek istemiyorum. Hayatımı mahvetmene izin vermek istemiyorum. Tükendim artık. Kendi hayatım, kendi eşim, kendi çocuklarım perişan oldum. Yeter artık. Yeter. Düş yakamdan. Sıyrılmış git benden artık. Yeter. Yeter. Bu benim suçum değildi. Beni artık suçlama. Suçlayamazsın. Dayanamıyorum artık, hiç gücüm kalmadı. Çok perişan oldum. Çok zor günler geçirdim. Yeter artık (ağlıyor). Yeter artık.”

...

“Artık seni duymayacağım. Seni önemsemeyeceğim. Sen artık benim için bir hiçsin. Beni suçlayan bir Ayşe olmayacak artık. Seni hayatımdan siliyorum. Silmek istiyorum. Defol git. Yeter artık. Ben bir yetişkin olarak sorumluluklarımı zaten yerine getiriyorum. Düş yakamdan artık. Seni artık önemsemiyorum. Umurumda değilsin. Ne söylersen söyle, seni artık duymak istemiyorum. Çık hayatımdan. Çık!” (AYŞE)

Zeynep Hanım da Ayşe Hanım’a benzer bir şekilde öncelikle farklı bir yönden durumu ele alıp daha sonra bu sesin kendisine zarar vermesine izin vermeyeceğini belirtiyor.

“Bir yandan da diyorum ki yani olabilir böyle bir şey. Zaten bir gün yaşayacaktım ve yaşadım. Belki yanlış kişiydi ama yaşadım diyebiliyorum.”

...

K: Hayatına yeni insanlar girdikçe neden ona katlanmamak zorunda olduğunu göreceksin.

G: Göreceğim.

K: Göreceğim diyebiliyorum. Küçük değilim artık. Değilsin.

G: Değilim.

K: Değilim. Küçük değilim artık, aileme karşı da herhangi bir yükümlülük hissetmek zorunda değilim. Bu benim hayatım.”

...

K: Senin de bunları bana söylemeye hakkın yok.

G: Kimsenin yok.

K: Hiç kimsenin yok. Bundan sonra hayatıma girecek kişinin de böyle bir şey söylemeye hakkı yok.”

...

“Kafamı karıştırmana izin vermeyeceğim.”

...

“Acaba o kendine hiç bakmış mı? Herkesin bir geçmişi vardır ve kimse kimseyi bu sebeple hayatına almaya ya da çıkarmaya mecbur değil.”

...

“Kimse beni yargılayamaz, sorgulayamaz. Sus artık...” (ZEYNEP)

Gönül Hanım, öncelikle “Mürebbiye”ye cevap vermekte, daha sonra ise gücünü fark edip kendine inancını ifade etmektedir.

“K: Herkes dört dörtlük olamaz. Bunu artık sen de bir öğrensen. Yani olduğu gibi olsun hayat. İnanın her şey olduğu gibi olsun, zorlama kendini. Kasma.

G: Beni. Beni kasma, zorlama.

K: Evet. Beni kasma, beni germe. Bırak hayatı olduğu gibi yaşayayım. Yeter, gerçekten çok yoruldum.”

...

“K: Ben burada kendimi daha güçlü görüyorum. O yüzden seni yeneceğim. İnanıyorum buna. Yani böyle olmak istiyorum çünkü. Çok düşündüm, çoğu şeyi gözden geçirdim. Hayatıma döndüm baktım, bence sen orada kalmalısın. Ben burada çok iyiyim.

G: Süper. Bir şey söylüyor mu başka?

K: O gene şeyinde... yani o kadar kolay olmayacak.

G: Diyor.

K: Diyor. Ben başaracağıma inanıyorum. Çünkü bu konuda gerçekten çok kararlıyım. Yapmam gerekiyor. Çocuklarım için, kendim için, mutluluğum için, eşim için, sevdiğim için özellikle bunu yapacağım. Başaracağım, hep beraber göreceğiz.”

...

“Özellikle kendim için ıh hayata daha güzel bakmak istiyorum. Bu kalıbın içinden çıkmak istiyorum. Belli kurallara göre de yaşamak istemiyorum. Yani o an ne gerektiriyorsa onu yaşamak istiyorum. Bunların hepsini de sana göstereceğim. Gerçekten göstereceğim. Artık inanın böyle yaşamaktan, böyle yaşamaktan çok yoruldum. Böyle yaşamaktan gerçekten çok yoruldum (iç çekiyor). Burada (sağlıklı sandalye) bakış açısı bile değişti. Diyorum ya o yıkamalar falan yani tamam yıkarsın da bir kez sudan geçir. Niye üç kere deterjanla yıkıyorsun? Bir de şey var bir yıka, iki yıka, üç yıka. Şeye diyordum diziye, gerçekten ne aptalca diyordum. Farkında olmadan ben de yapıyormuşum Berge Hanım onu. Yani üç dört yapıyormuşum. Bu demek ki bilinçsiz olarak varmış ama o kadına dikkat edince fark ettim ki üç kere dört kere ben de yapıyorum. Ama bilmiyorum... evimi bir aydır süpürmüyorum. Sen de gördün (talepkâr sandalyeye söylemekte). Hiç de bir şey olmadı. Hiç de bir şey olmadı. Toz da almıyorum. Ölmedim de. Siz demiştiniz ya hani “bir anda eve girilirse ne olacak? Ne olabilir en kötü” diye. Gerçekten de bir aydır evi süpürmüyorum, hiçbir şey de

olmadı. Toz da almıyorum. Çok rahatım. Bulaşıkları da istediğim zaman yıkıyorum. Yatmadan her yeri derleyip toplamıyorum. Sabah kalkınca yapılabiliyormuş, onu gördüm. Gidip güzelce yatmak varken üçe dörde kadar ev toplamıyorum artık. Bunu sen de gördün.”

...

“Senin kurallarına ihtiyacım yok. Ben başaracağım. Biliyorum.” (GÖNÜL)

Diğer katılımcılara oranla Fatma Hanım ve Esmâ Hanım’ın farklı bakış açılarına inanmakta zorlandıkları dikkat çekmiştir. Buna rağmen görüşmeciden yardım almadan, ortaya çıkan sese cevap verebildikleri belirtilebilir. Buna ilişkin alıntılar sırayla verilmiştir.

“Yani ben istediği zaman başarabilen bir insanım. Tuttuğunu koparan insan derler ya. Evet, çok hani bunu çoğu zaman gerçekleştirmem ama çok istediğim bir şey varsa da sonuna kadar giderim. Azimli bir insanım. Pes etmem. Kolay kolay pes etmem. Yani başarmak için çalışırım, çabalarım. Yıpranmam, yorulmam. Sadece elde edebileyim (iç çekiyor). Eğer bu azimle ve istekle devam edersem güzel şeyler olabilir.”

...

“Bu olumsuzluklarla yaşamak beni yıpratır. Biraz da güzel şeyler düşünmeliyim gerçekten. Biraz da hani insanı ayakta tutabilecek düşüncelerim olmalı (gülüyor). Beni pozitif yönde yükseltecek. Herkes mükemmel değil, herkes işini... yani herkes hayata erken başlamak zorunda değil.”

...

“Terapi ve ilaçla bu sefer belki tamamen hani %100 değil ama bir %90-%85 azalacağını düşünüyorum ve eğer olumlu sonuçlanırsa hayatımın daha güzel günlerinin geçeceğini düşünüyorum.” (FATMA)

...

“Ben de bir müşteriyim ıh sonuçta ben de bir doktorum ve ıh işimde de benden bu şekilde şeyler talep edebiliyor ya da defalarca aranabiliyorum. ıh ve ben bunları olumlu karşılamaya çalışıyorum. Karşı taraf da karşılayabilir.”

...

“Zaten senin ıh biraz acımasızsın sen zaten. ıh bana karşı özellikle. Başkalarında bu kadar acımasız olmuyorsun. ıh yani şöyle evet, olumsuz yanlarım var. Ben bunu zaten kabul ediyorum.” (ESMA)

Sandalye uygulamasının ardından katılımcıların yeni bakış açılarını sürdürebildikleri gözlenmiştir. Ayşe Hanım daha gerçekçi sorumluluk algısından ve kendisini güçlü hissettiğinden bahsetmektedir.

“K: Yani sevdiğime zarar neden vereyim. Ben yetişkin, akli başında davranırsam, sorumluluğumu, kendi sorumluluğumu yerine getirirsem sevdiğimin başına gelenlerden ben sorumlu değilim. Ben sorumlu olamam. Neden olayım ki yani. Bu benim diğer sevdiğim için de geçerli. Ben niye sorumlu olacağım ki. Ben yani ben sorumlu olduğum şeyleri yerine getiriyorsam... getiriyorum ki, getiriyorum. Gerçekten sorumluluk sahibi bir insanım. Onların başına gelebilecek herhangi bir şeyden ben sorumlu olamam. Ben her şeyi kontrol edemem. Ben Tanrı değilim. Her şey benim kontrolümde olamaz. Her şeyi kontrol etmeye çalışıyorum ama. Her şeyi kontrol etmeye çalışıyorum. Çocuklarımın başına gelecek şeylere ben engel olmaya... hayır. Ben sadece tedbir alabilir. Engel olacak olan ben değilim. Ben Tanrı değilim. Evet.

G: Peki, yetişkin Ayşe diyorsunuz ya konuşurken...

K: Şuradaki (sağlıklı sesin olduğu sandalyeyi işaret ediyor).

G: O nasıl bir şey? Biraz onu tanımlar mısınız bana?

K: Nasıl bir şey... kendine güveniyor artık.

G: Yani yetişkinlikten kastettiğinizi anlamaya çalışıyorum.

K: Yetişkinlikten kastettiğim şu (düşünüyor)... aslında belki de çocuk. Yani neden diyeceksiniz çünkü savunma yapıyor. Diğer baskın en başta. Diğer baskın, bastırıyor. Üste çıkmaya çalışıyor. Hayır diyor suçlusun. Ama o da savunma yapıyor. Ama sonra savunma yaparken yaparken mantıklı olan diyor ki “Bak, benim söylediğim şeyler hep çok mantıklı. Sen sadece beni suçluyorsun ama ben sana bir sürü cevap verdim yani sen sadece, sadece suçluyorsun. Çözüm üretmiyorsun. Ne yapılabilir diye bana söylemiyorsun. Sadece suçluyorsun. Neden yapmadın diyorsun. Onu yapsam da değişmeyecekti bir şeyler belki. Değiştiremeyeceğim, benim dışımda gelişen şeyler vardı. Gücüm yetmeyecekti”. Bunları dile getirdiğim için, bunların farkına vardığım için yetişkin Ayşe diye ifade ettim aslında. Evet, farkına vardığım için aslında. Çünkü farkına vardım. “Çocuk değilsin, sen artık büyüksün. Bak söylediğin şeyler, cevapların çok mantıklı. Her şeyi sen kontrol edemezsin”. Yetişkinden kastım buydu, evet”

...

“Kendimi suçlamıyorum artık diğer geldiğim zaman, ilk geldiğim zaman ki gibi. Ben bir de şeyi düşündüm biliyor musunuz, şimdi ben hep baş etme stratejisi olarak herhalde pasifim diye düşünüyordum. Hep olumsuz diye düşünüyordum. Hayır, değil aslında. Ben en başından beri aktif mücadele ediyorum. Aktif baş etmeye çalışıyorum çünkü kitlenip kaldığım zamanda geldim ben buraya. Buraya geldim. Buraya gelebildim. “Benim sorunum var. Buna ne olur müdahale edin” dedim. Yardım isteyebildim ve toparlanabilmek için maksimum çaba sarf ediyorum. Doğal olarak çözüm odaklı bir baş etme stratejisi kullanıyorum aslında en başından beri. Baş etmek istemeseydim çok daha farklı olurdu. Herkes benimle ilgilenmek durumunda kalırdı. Ben belki hastanede yatmak durumunda kalırdım. Hayır, ben

çözüm odaklı, en başından beri çözüm odaklı yaklaşıyorum olaya. Güçsüz değilim.”  
(AYŞE)

Uygulamayı değerlendirirken Gönül Hanım da ortaya çıkan sese cevap verebildiği için kendisini güçlü hissettiğini aktarmaktadır.

“Yani içimden birine karşı savaş açtım ya demek ki yapabiliyorum yani yapma şeyim var, gücüm var. Güzel oldu. Şu an iyiyim.”

...

“Tek orada benim aklımdan geçen şey oldu yani ıh hani buradaki bana (talepkar sandalye) konuştum ya demek ki yapabiliyorum, konuşabiliyorum. Hani demiştim ya buraya laf geçiremiyorum (kalbini gösteriyor) diye. Aslında önemli olan benim hani ben istiyorsam ister orası olsun ister burası fark etmez. Ben istedikten sonra çünkü onlar benim organlarım hani ben asıl bir bütün olarak ben büyüğüm. Ben daha güçlüyüm. Demek ki ben isteyince, yani ben nereye yön veririm onlar da öyle gidecek. Yani onu düşündüm, o şey oldu. Ama orada gerçekten kendimi çok güçlü, kuvvetli böyle ve şey geldi... takıntılar falan gelmedi aklıma ya.”

...

“Herhalde özgüvenim ama şey oldu böyle bilmiyorum. Yani daha diyorum ya kendim yapabileceğimi anladım ben şu an. Yani daha kendimi güçlü görüyorum. “Yaparsın” diyorum ya. Gerçekten yaparım. O orada kalsın Berge Hanım. Gelmesin.” (GÖNÜL)

Zeynep Hanım da değerlendirme aşamasında farklı bakış açıları geliştirip, kendisine daha şefkatli davranmanın kendisine iyi geldiğini belirtiyor.

“Şimdi şey geçiyor mesela o kişinin benimle... o geldi aklıma, instagramda herhangi bir yerde bir şekilde fotoğraf paylaşmıyordu. Kimsenin duymasını, öğrenmesini istemiyordu. Şimdi aklımdan o geçiyor yani. Nasıl buna izin verdim diyorum yani. Nasıl bu kadar seninle gizli saklı bir şey yaşamasına izin verdin? Diyorum ama artık onu da oradaki sandalyeyle (sağlıklı), sandalyeye (eleştirel) söyleyerek susturabiliyorum. Orada diyor ki “o yaşandı bitti, onun hataları orada kaldı. Sen de hatalar yaptın. Senin hataların da vardı. Yaşandı ve bitti” onu susturabiliyor.”

...

“Kendime karşı daha şefkatli olabildiğimi gördüm. Şefkatle yaklaştığımda o sesin de sustuğunu gördüm. O sesi kendime şefkatimle susturabildim.”

...

“K: Onunla ilgili onu susturup gereken ne ise onu tekrar tekrar kendime söyleyeceğim. Bu senin hayatın...”

G: Benim.

K: Benim hayatım (gülüyor). Kimsenin yargılama ve suçlamaya hakkı yok. Kendin de suçlamana gerek yok, başkalarının da seni suçlamasına, yargılamasına izin verme diye düşünüyorum.” (ZEYNEP)

Benzer şekilde Fatma Hanım da olumlu yönlerini fark edebilip, bunlara odaklanabilmenin kendisine iyi geldiğini aktarmaktadır.

“Bazen güzel şeyleri duymak da iyi geliyormuş. İnsanın bunu kendi söylediğinde duyması iyi geliyormuş. Çünkü genelde pek öyle olumlu konuşmam geleceğe ya da hayata dair. Evet, içimde bir yerde belki biraz vardır ama dışa vurulmaz bu, açığa çıkmaz. Belki o biraz, onu söyleyip duymak iyi gelmiş olabilir.”

...

“Yani um olumlu şeyler de varmış hayatta. İçimde pozitif bir taraf da var. Az da olsa varmış yani (gülüyor). Onu fark ettim. Hep böyle olmadığımı fark ettim. Yani hep bu kadar umutsuz değildim çocukluğumda mesela. Hep böyle değildim.” (FATMA)

Son olarak Esmâ Hanım da uygulama sonrası değerlendirme görüşmesinde daha gerçekçi bir bakış açısıyla yetersizliğini ele almaktadır.

“Ya aslında çok yetersiz biri değilim ben. Sadece hayatımda düzeltmem gereken bazı şeyler var. Yani bunlar... bu da şey yani işe geç gidiyorum. Zamanında gitmem gerekiyor. Onun dışında bunun gibi hani. Bir yerlere hep geç kalıyorum, geç kalma bu ıh bunları da düzeltebilirim aslında çok yetersiz biri değilim ben. Yetersiz değilim aslında. Evet. Sadece düzeltmem gereken birkaç şey var. O da bahsettiğim gibi geç kalma huyum. En önemlisi.” (ESMA)

### 3.2.2.3. Takıntılar Üzerine

Sandalye uygulamasının ardından gerçekleştirilen değerlendirme görüşmesinde katılımcılar hastalık belirtileriyle ilgili yorumlar yapmışlardır. Bu temada yapılan yorumlara yer verilecektir. Bazı katılımcıların, uygulama sonrasında hastalık belirtileriyle ortaya çıkan sesleri ilişkilendirdiği gözlenmiştir. Bu ilişkiyi en net kuran Zeynep Hanım olmuştur.



“G: Uygulama sırasında bu takıntılar dışında fark ettiğiniz farklı bir şey var mıydı kendinize dair dikkatinizi çeken?”

K: Takıntılarımıla bağlarsam kendimi suçlu hissetmek bence temizlik takıntısı olarak hayatımda bana dönüş sağlamış yani. Suçlu hissettiğim için belki de sürekli kendimi ya da etrafımı temizlemek, yıkamak istiyorum. Yani bununla bağdaştırabiliyorum. Yani bununla alakası var mıdır siz daha iyi bilirsiniz ama sanki onunla alakalı gibi geldi.

G: Nasıl bir bağ var sizce?

K: Ben bu kafamdaki o sesi susturamadıkça kompulsiyonlarla onu yok etmeye çalışıyorum sanki. Elimi tekrar tekrar yıkadıkça, kollarımı yıkadıkça. Hani ben kafamı, zihnimi onlarla doldurmaya çalıştığım için karşıma, o takıntılarım geliyor. Sanki ben onlarla, temizlik yapmakla ilgilendiğimde o susuyormuş gibi hissediyorum ama aslında susmuyor. Bir süre susuyor sonra tekrar konuşmaya başlıyor.” (ZEYNEP)

Ayşe Hanım da kendisini suçlayan sesin hastalık belirtileri üzerindeki etkisini vurgulamaktadır.

“O hep diyordu ki “Hayır, sen sorumlusun. Sen suçlusun”. Ama ben ona cevap versem de “Hayır, ben yapamazdım. Sıkıntılarım vardı. Zor durumdaydım” desem de o baskın geliyordu. O hep güçlüydü. “Sen suçlusun” diyordu. “Sen suçlusun”. Ama benim zihnimde bunlar dile... kimseye de söyleyemiyordum belki. Belki kendime yavaş yavaş yazarak düğüm burada dedim. Belki çözdüm aslında orada. Belki dedim ki “Benim bu hastalığım bu durumdan sonra nüksetti”. Yani nüksetti. Bilmiyorum öğrencilikte de tedirginliklerim vardı temas hastalarına girerken ama babamdan sonra oldu olan. Çok ani bir travma oldu benim için. Çok beklenmedik bir şey oldu.”

...

“Sorumlu onu (eleştirel sesin olduğu sandalyeyi gösteriyor) tutuyordum. Yani ben OKB hastalığımın da sorumlusunu benim suçlayan yanımla olarak... evet, beni suçlayan yanımdı bence. Sorumlu oydu.” (AYŞE)

Yaşadığı belirtileri uygulamada ortaya çıkan gerçekçi olmayan kurallara sahip sese dayandıran Gönül Hanım hem belirtilerinden hem de yaşadığı sıkıntılardan bahsetmektedir.

“Çünkü o diyorum ya hep ayağımda bir şey gibi, zincir gibi o takıntı. Dışarıda yok ama eve girince onu yapma, bunu yapma, şunu yapma, oraya değme, buraya değme. Hayat öyle o kadar zor ki. Yani istediğiniz gibi mesela çocuk balonla oynayamıyor ev içinde ya da bir topla oynayamıyor. Neden? Evin bir köşesinde yasak bölge var. Ya oraya giderse? Hani. O da rahat oynayamıyor, ben de rahat olamıyorum çünkü aklım orada. Ya oraya değerse? Hani öyle bir gerginlik. Artık inanın onları yaşamak istemiyorum. Çocuk istediği gibi koşursun, istediği gibi oynasın. Ben bir daha bakın anlattım size köydeki hayatımı, çocukluğumu. Bir daha şu an istiyorum. Gidebiliyor muyum? Gidemiyorum. Yok, bitti. O da yarın bir gün büyüdüğünde diyecek “ben

çocukluğumu yaşayamadım” ama en azından ben yaşadım diyorum. Ne kadar üzücü bir şey. İstiyorum bırakayım ya çocuklar istedikleri gibi yaşasınlar, istedikleri gibi yatağın üzerine mesela büyük kızım diyor ki “Anne bilgisayarımı koyup ders çalışmıyorum. Nasıl bir şey acaba?”. Bilgisayar kirli ya. Ya kir diyorum, kendime kaç gündür onu soruyorum kir ne? Kir ne? Yani ne bulaşacak? Bulaşacak hiçbir şey yok Berge Hanım. Yani alıyorum şöyle koyuyorum bir şey yok yani temiz ama bendeki o pis ne? Neye pis diyorum ben onu daha ben kendim bilmiyorum. Yapış yapış bir şey olur, kaka olur, başka bir şey olur dersin ki “Aa gerçekten pis”. Ama burada görünen hiçbir şey yok ki. Ya ben neye pis diyorum? Pis olan ne? Yani ben bunu bulamıyorum.”

...

“G: Bu uygulamadan sonra yaşadığınız sıkıntıları nasıl değerlendiriyorsunuz? Nasıl anlamlandırıyorsunuz?

K: Hepsi diyorum ya size anlattıkça bana çok saçma geliyor zaten. Komik geliyor. O dizide görünce mesela diyorum ki ya ne aptal affedersiniz “ne kadar aptal kadın” diyorum ya. “Böyle bir şey olabilir mi?” diyorum. Çünkü dışarıdan gelince eve girilmiyor. Tamam, girilmiyor. Neden girilmiyor? Çünkü bakıyorsun üstünde hiçbir şey yok. Tertemiz. Hani temiz. Bir şey yok. Demek ki dediğim gibi bir pislik falan bulaşsa derim ki, çamurdu şuydu, pis. Ama hiçbir şey yok. Yani inanmıyorum ya ne kadar saçma. Yok böyle bir şey. Yok. Yani en basiti şunu diyeyim anneme gidiyorum, bununla (pantolonunu gösteriyor) oturuyorum. Kardeşime gidiyorum oturuyorum, hep koltukları tertemiz. Benimki de temiz, onlarınki de temiz. Hani benimki temiz olsa da sadece, onlarınki kirli olsa diyeceğim ki dışarıdan geldikleri için kirlendi. E zaten ben onu düzenli olarak her ay siliyorum mesela. Onlar da sildiriyor, siliyor her neyse. Ama sonuçta ikisi de temiz. Hiçbir fark yok. Ben niye o zaman kendimi bu kadar parçalıyorum? Neden kendimi mutsuz ediyorum?” (GÖNÜL)

Esmâ hanım ise yaşadığı hastalık sürecinin uzunluğundan bahsederek, hastalık ile kendisini ayırtmakta zorlandığını açıklamaktadır.

“Yirmi yıl kadar bir süre az değil. O yüzden. Yani aslında şöyle eskiden şöyle bir ayırımım vardı bu hastalığı anlatırken; gerçek Esmâ, bu hasta Esmâ gerçek olmayan Esmâ bu. Gerçek Esmâ böyle değil diyordum ama şu an artık o ayırımı yapamıyorum çünkü o zamanlar bu hastalık öncesi dönemimi daha iyi hatırlıyordum ve nasıl biri olduğumu biliyordum ya da nasıl davrandığımı ya da nasıl rahat ders çalışabildiğimi falan. Ama şu an onu yapamıyorum diyordum ve bu aradaki farkı gözlemleyebiliyordum. Ama artık o aradaki farkı göremiyorum çünkü OKB’li Esmâ’yım yıllardır. OKB’siz Esmâ’yı artık çok hayal edemiyorum. Öyle.” (ESMA)

#### 3.2.2.4. Bilmediğim Yerden Geldi

Yapılan değerlendirme görüşmesinde katılımcıların uygulama sırasında zorlandıkları noktalar üzerinde durulmuştur. Tüm katılımcılar uygulama sırasında ortaya çıkan sese

daha aşına olduklarını; ancak yine de onu sesli olarak duymanın zor olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu sese cevap vermenin zorluğundan da bahsetmişlerdir. Örneğin Ayşe Hanım bu sesin sürekli zihninde olmasına rağmen onu sesli olarak duymanın ve ona karşı gelmenin kolay olmadığını ifade etmektedir.

“Yani zorlayıcı. İnsanın zihninde sürekli suçlayan yanının... yanını dile getirmesi zorlayıcı. Yani oradan sessiz sessiz konuşurken daha sinsi oluyor. Daha güçlü oluyor. ‘Suçlusun sen. Hayır. Yapabileceklerin vardı. Yapmadım’. Hep böyle baskın geliyordu içimdeyken.”

...

“Zor gelen yanı onun sesini (eleştirel modun olduğu sandalyeyi işaret ediyor) duyurmaktı. Yani fısıltı halinde gelen sesin yükselmesi zor geldi ve cevap vermek de zor geldi. Yani çünkü o baskındı hep. Sürekli suçlu hissediyordum. Cevap vermek de zor geldi. Hem onun sesini yükseltmek, dışa vurmak zor geldi hem de cevap vermek zor geldi, savunma yapmak.” (AYŞE)

Benzer şekilde Fatma Hanım, Gönül Hanım ve Esmâ Hanım da uygulama sırasında ortaya çıkan sesin daha tanıdık olduğundan ve ona karşı bir şeyler söylemenin zorluğundan bahsetmektedir. İlgili alıntılar sırayla paylaşılmaktadır.

“Olumlu konuşmak beni biraz zorladı. Ben olarak konuşmak beni biraz zorladı. Alışkın olmadığım şeyler çünkü. Senli konuşulanlar evet, hep aşına olduğum şeyler ama benli kısımlar bana çok tanıdık gelmeyen şeyler. Belki zorlayarak biraz derinden çıktı bir şeyler yani. Öyle çok ım çok da nasıl diyeyim... aslında biraz zorlayarak onlar dile geldi. Öyle.”

...

“Onu (eleştirel ses) susturmakta zorlandım. Onu söyleyebilirim. Kolay bir şey değil çünkü o cümleler, o sözcükler kelimelere bile dökülmüyor. Zor oluyor gerçekten.” (FATMA)

...

“Yani hani bunu yapabileceğimi anladım. Bir de kendimle konuşmak da iyi geldi. Mesela ben hep konuşuyordum içimden ‘şunu şöyle mi yapsam’ ama hiç oturup da kendi kendimi yargılamadım. Kendi kendimle konuşmadım. ‘Ya işte bunu böyle niye yapıyorsun Gönül. Yapma’ diye hiç öyle bir şey aklıma gelmedi açıkçası. Zaten öyle bir şey olsa burada kolay gelirdi bana, zorlanmazdım.” (GÖNÜL)

...

“Sağlıksız, hasta olan taraftayken çok rahattım. Şöyle rahattım ıh o rolü çok iyi oynayabildim (gülüyor) çünkü o bana çok yakın bir roldü ve çok rahat oynayabildim.

Hiç zorlanmadım. Ama sağlıklı koltuğa geldiğimde cevap verirken ıh zorlandım.” (ESMA)

Ayrıca Zeynep Hanım ve Esmâ Hanım, farklı bir bakış açısıyla bakmakta zorlandıkları zaman araştırmacının rehberliğinin süreci kolaylaştırdığını vurgulamaktadır.

“Dediğim gibi arkadaşımın veya sizin bana beni yönlendirmesi... çünkü bunu anneme anlatsam başka türlü tepki verecek ya da kendim... annem ve kendim... anneme anlatamadığım şeyleri kendimle konuşmak zor oluyor yani. Birinin beni bu konuda desteklemesi gerekiyor. O yüzden iyi geldi yani.” (ZEYNEP)

...

“Onun söylediklerini kabul etmek benim için daha kolaydı. Kabul etmemek için ıh söylediklerim ıh çok hemen pat pat söyleyemedim. Biraz siz yardım ettiniz. Sizin yardımınızla biraz söyleyebildim sağlıklı koltukta. Ki zaten bir kısmını da hala kabul ediyordum. Uygulama bittikten sonra sizinle görüşürken ben bir şey için kalktım. Ha telefonu alayım, ses kaydı yapayım. Öncesinde otururken şu şekildeydi, şu ikisinin arasında geliyordu ayaklarım (ofis sandalyesinin ayaklarına kendi ayaklarımı koyma şeklini tarif etmektedir) sonra oturduğumda şu ortaya geldi. Şöyle oldu. Bir türlü ikisini koyamadım onun bir rahatsızlığını, dürtüsünü bir hissettim ama uygulama bittikten sonraydı. Uygulama sırasında bir dürtüsel bir şey ya da beni rahatsız eden bir düşünce olmadı. Sadece dediğim gibi hasta koltukta çok daha rahattım o rolü oynamakta ama sağlıklı taraftaki rolü oynamak kolay değildi. Sizin desteğinize ihtiyaç duydum.”

...

“Zaten tamamen diyemedim bunu. Sizin desteğiniz biraz kolaylaştırdı. Tek başıma yapamadım, yapamazdım. Yani sizin desteğinizle diyeyim.” (ESMA)

### 3.2.2.5. Karşıma Oturunca Üstesinden Geldim!

Sandalye çalışmasının ardından yapılan değerlendirme görüşmesinde tüm katılımcılar ortaya çıkan sesi gerçek biriymiş gibi duymanın kendilerini etkilediğinden bahsetmektedir. Bu seslerin etkilerini anlayabilmek açısından somutlaştırmanın oldukça faydalı olduğu dikkat çekmiştir. Buna örnek olarak öncelikle Esmâ Hanım’la yapılan görüşmelerden alıntılara yer verilecektir. Esmâ Hanım içindeki bu sesin acımasızlığının derecesini görmesinde yardımcı olan somutlaştırmayı aktarmaktadır.

“G: Peki bu uygulama süreci nasıl bir deneyimdi sizin için?

K: İlk defa böyle bir şey yaptım. Aslında ıh bunu söylerler kedine karşı çok acımasızsın, çok eleştiriyorsun. Evet, bunu ben kendim de söylüyordum. Başkalarına

söylüyordum “başkasını kolay affederim ama kendime karşı acımasızım” falan. Bunu biliyordum ama ıh ben ıh kendimi dışarıdan böyle görmemiştim hiç yani bu kadar eleştiri... yani aslında ıh yanlış bir yapım varmış gerçekten. Yani şu an eleştirel yapım o diğer koltuktaydı ya onu dışarıdan ilk defa dışarıdan baktım diyeyim. Dışarıdan bakmıyordum. Farkındaydım ama ilk defa dışarıdan gördüm.” (ESMA)

Fatma Hanım da somutlaşan sesle yüzleşmenin kendisine iyi geldiğini ifade etmektedir. Bu şekilde bu sesin aslında tahmin ettiği kadar korkutucu olmadığını fark etmenin kendisine iyi geldiğini söylemektedir.

“K: Olumlu ve olumsuz, pozitif ve negatifi ayırmak için de güzel bir yöntem bence. Somutlaştırıyor biraz daha. Sanki soyutu biraz daha somuta indiriyor gibi hissediyorum.

G: Somuttan kastettiğiniz?

K: O sesleri duymak mesela. Yani sözle söyleyip kulağınla duymak. Sadece zihninden değil de o seslerin gerçeğini duymak. Bu. Somuttan kastım biraz daha bu.”

...

“Kendimle konuşmak ve kendimle yüzleşmek bana iyi geldi. Belki de o içimden ya da aklımdan geçen sesleri dışa vurmak iyi geldi. Duyulduğunda korkunç şeyler değilmiş yani. Onu fark ettim.” (FATMA)

Benzer şekilde diğer katılımcılar da bu sesi somutlaştırdıklarını ifade etmektedir. Ancak farklı olarak bu sesi bir varlık, insan olarak gördüklerini ve bunun kendilerine iyi geldiğini belirtmektedirler. Örneğin Ayşe Hanım her ne kadar zor olsa da bu sesle yüzleşmenin kendisine iyi geldiğini belirtmektedir.

“G: Yaptığımız uygulamayla ilgili ne düşünüyorsunuz?

K: Çok iyi.

G: Biraz açar mısınız?

K: Yani sürekli içimde konuşan, sürekli beynimi meşgul eden birisi yani bir şey, bir düşünce, bir şey canlandı orada, beni suçladı. Evet, sözel olarak suçladı. Yani zihnimdeki düşünceler orada dile geldi. Beni rahatsız eden şeyler. Suçlayan, beni hep suçlayan. Dile geldi, beni suçladı. Ben de ona cevabını verdim. Yani o söyledi ben söyledim. Mantıklı olarak cevap verdim. Çünkü o sürekli o konuşuyordu, ben konuşuyordum ama bir türlü zihnimde konuştuğum için dile gelmediği için belki de dışarı çıkmadığı için bu ses olarak sürekli dolanıyordu. Yani hani şey gibi olur bir şeyleri düşünürsünüz yazdığınız zaman anlamlı olur çünkü artık bir şey çıkmıştır ortaya. Şimdi onun gibi oldu. Şu an anlamlı oldu. Bir şahıs gibi oldu benim için ve nefret ettim ondan. Çünkü benim hayatımı mahvetti.”

...

“Yani iyi bir uygulama bence bu. Çok iyi çünkü dile getiriyor yani insanın zihnindeki rahatsız edici şeyleri sözel olarak duymak onu gerçekten böyle bir varlık gibi kabul etmek, ona cevap verebilmek çok insanı rahatlatan bir şey. Çünkü sürekli düşünce olduğu zaman “git” diyorsunuz düşünce olarak “git başımdan” ama gitmiyor. Böyle bir figür gibi, biri gibi dile getirince... evet, gerçek oldu. Yani biri gibi olunca ona tepki verebilme şansım oldu, ona cevap verebilme şansım oldu. Çünkü cevap veremiyordum. O hep baskın geliyordu.”

...

“Babam benden mutluydu. İşte kızım ... Hastanesinde diye gurur duyuyordu. Ona rağmen ben o hastaneden hiç ona bir fayda sağlayamadım diye beni çok suçladı. Beni çok suçladı. Ama ben ona mantıklı cevaplar verdim ona şu anda. O hep baskın geliyordu ama şu an ben baskınım. Çok deli gibi de başım ağrıyor böyle. O kadar zorlandım ki, zorlanıyorum ki. Ama olsun, iyi hissediyorum. Yani... evet, evet. İyi hissediyorum (ağlıyor). Bunun etkisi eve gidince de sürer büyük olasılıkla ama olsun. Yüzleşmek çok iyi geldi” (AYŞE)

Bu somutlaştırmanın ardından ise Ayşe Hanım, Zeynep Hanım ve Gönül Hanım karşıdaki kişiyle mücadele edip, zafer kazanmanın nasıl güçlü hissettirdiğinden bahsetmektedir. Alıntılar sırasıyla aktarılmıştır.

“Yetişkin Ayşe gibi davranmama engel olamayacak o benim. Engel olamayacak artık inşallah. Dediğim gibi söylemesi kolay oluyor, yapmak belki zor olacak ama bilmiyorum şu an böyle bir şey durumdayım yani... böyle bir hıncımı çıkartmış işte gereken cevabı vermiş gibi hissediyorum. Böyle bir zafer kazanmışım falan gibi geliyor. Bilmiyorum (gülüyor) niye böyle hissediyorum bilmiyorum ama öyle hissediyorum. Yani yeter artık ben onun cevabını verdim diye hissediyorum şu an. Gerçekten o kişi, öyle bir şey var içimde yani. Orada oturan birinin olduğunu hissediyorum yani gerçekten. Sürekli kafamda benimle konuşuyor. Gerçekten öyle. Şimdi karşıma gelince de anladım. Öyle biri var gerçekten.” (AYŞE)

...

“O cevaplarla o kişiyi yani o sandalyede konuşan kişiyi susturabilmek beni güçlü hissettirdi.” (ZEYNEP)

...

“G: Peki nasıl buldunuz bu uygulamayı?

K: Değişik yani diyorum ya hiçbir yerde görmedim zaten. İlk kez böyle bir şeyle karşılaştım. Bana çok farklı, çok değişik geldi. Ama sonucu güzel. Sonucu güzel. İyi geldi bana. İnanın şu an şey gibi oldum sanki karşımdaki iki savaştı da böyle yani ben daha güçlüyüm, gösterdim. Tırtı, hani geri adım attı gibi oldu. İyi geldi. Ben şu an mutluyum.”

...

“G: Peki, uygulama sırasında aklınızdan neler geçti?

K: Uygulama sırasında açıkçası şey geçti yani içimdeki o şeylerin tam anlamıyla nasıl ifade edebilirim? Yani nasıl oraya (talepkâr sandalyeye) aktarabilirim? Çünkü beni anlamasını istedim. Direk beni dedim anlasın. O yüzden cümlelerimi düşünerek kurdum. Tam yerine gitsin diye. Yani hani öyle iki tane sandalye karşılıklı, çocuk hani şeyi gibi lay lay lom gibi değil de gerçekten sanki karşımda ben varmışım gibi yani. Diğer ben varmışım gibi öyle konuşmaya çalıştım.” (GÖNÜL)

### 3.2.2.6. Sonradan Gelen Rahatlama

Bu temada, sandalye uygulamasından sonra katılımcıların yaşadıkları duyguların yoğunluğunda azalma olduğu ve kendilerini rahatlamış hissettikleri görülmektedir. Ayşe Hanım ve Zeynep Hanım uygulama sonrasında yaşadıkları suçluluk duygusunun azaldığını anlatmaktadırlar.

“G. Bu uygulamadan sonra suçluluk duygunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

K: Düştü şu anda. O gitti. Yani 10 üzerinden 9’lardaydıysa suçluluk duygum şu an 4 falan. Yani... belki yok bile ya. Çünkü dediğim gibi ben yapabileceğimi yaptım. Ama yine de biraz var. Yok gibi değil yani biraz var. Yapabilirdim belki. Ama zaten yapacakları yaptım. Evet, suçluluk duygum azaldı. Kayda değer bir azalma bence. Tamamen yok olması zaten bence mümkün değil çok böyle hemen böyle bir anda. Ama evet, onun sesini kıstım biraz. O artık o kadar yüksek sesli konuşamaz. Bence konuşamaz artık.

G: Peki, nasıl anlamlandırıyor sunuz bu suçluluk duygusunu bu görüşmeden sonra? Yaptığımız uygulamadan sonra?

K: Yani... anlamsız ya suçluluk duygusu aslında. İnsanı yiyip bitiren, kemiren, gereksiz... gereksiz bir duygu suçluluk duygusu. Ama esir alıyor insanı. Esir alıyor. O kadar güçlü ki yani... çok baskın. Ama uygulamadan sonra baskın değil artık. Ben onu böyle biraz böyle tokatladım kenara bıraktım onu. Evet. Artık beni esir alamaz.” (AYŞE)

...

“G: Peki bu duyguyu nasıl anlamlandırıyor sunuz? Nasıl değerlendiriyorsunuz uygulama sonrasında? Suçluluk duygunuzu.

K: Suçluluk duyacağım hiçbir şey olmadığını düşünüyorum. Suçluluk duymamam gerektiğini. Bu hayatın benim olduğunu düşünüyorum. Yani bunu duymamı sağladı, suçluluk duymamam gerektiğini duymamı sağladı. Bu şekilde.” (ZEYNEP)

Gönül Hanım ise öncelikle yaşadığı gerginlik hissini azaldığından, daha sonra ise uygulamanın kendisini rahatlattığından bahsetmektedir.

“G: Ne hissettiniz peki uygulama sırasında?

K: Heyecan. Evet. İlk başta biraz gerildim. Heyecan vardı ama sonradan heyecan devam etti, gerginlik geçti. Sonra da rahatlama hissettim zaten.

G: Bu uygulamadan sonra bu gerginlik hissini nasıl değerlendiriyorsunuz ya da farklı bir anlam oluştu mu zihninizde?

K: Yani gerginlik derken boş geldi Berge Hanım. Boş geliyor yani gerçekten.”

...

“Çok da tuhaf geldi ilk başta ama sonra oturunca, özellikle oraya değil (talepkâr sandalye), beyaza oturunca (sağlıklı sandalye) sandalyeye kendimi daha rahat, daha güvende, daha belki de heyecanı attığım için daha rahatlamış olarak içimi boşalttım gibi oldu. Yani bir hafifledim, bir rahatlık geldi böyle. Güzel oldu.”

...

“O kadar rahatlamış hissediyorum ki. Ve kendimde şeyi görüyorum, inşallah bu şeyim geçmez çıkınca, o günler yakında yani. Gerçekten çok yakında gibi geliyor. Bitsin. Gerçekten artık tahammül edilecekmiş gibi değil. Ben de misafir ağırlamak istiyorum. Ben de sevdiğilerimi ağırlamak istiyorum. Yani ben de çocuklarımı mutlu etmek istiyorum. Eşimle rahat rahat yani orayı düşünüp burayı düşünüp, şunu düşünüp değil. Sadece o anı hani.” (GÖNÜL)

Fatma Hanım deneyimlediği çaresizlik duygusunu aktarmaktadır. Önceki temalarda bahsedildiği gibi araştırmacının en zorlandığı görüşme Fatma Hanım’la yürüttüğü sandalye uygulaması ve değerlendirmesidir. Benzer şekilde değerlendirme görüşmesinde araştırmacının yaşadığı zorlukların derinleşmesinin yetersiz kalmasına neden olduğunu belirtmek uygun olacaktır.

“K: Gerek yoktu bu kadar kendimi yıpratmaya. Yani... (ofluyor) ya ikisi de haklı. Gereken ikisi de haklı. Onun için kendime çok kızıyordum hep ama bu sefer de çok da kızamıyorum da yani. Çünkü iyi Fatma hep bir yerlerde var ama onun üstü örtülüyor. O da aslında biraz çaresiz yani. Öyle. Ya bazen kendimi çaresiz hissediyorum.

G: Peki bu uygulamadan sonra bu çaresizlik hissini nasıl değerlendiriyorsunuz ya da nasıl anlamlandırıyorsunuz?

K: Uygulamadan sonra çaresizlik...

G: O duyguyu?

K: Yani bunları konuşmak bana biraz kötü geldi. Ama çaresizlik boyutunda değil. Bu uygulamada çarem olduğunu gösterdi.” (FATMA)

Gerçekleştirilen sandalye uygulamasından sonra en az duygusal değişim ve rahatlama yaşayan kişinin Esmâ Hanım olduğu vurgulanabilir. Ancak ufak bir miktar da olsa uygulamanın iyi hissettirdiğini ifade etmektedir.



“G: Nasıl bir deneyimdi peki bu sizin için?

K: İh korkutucu diyeceğim ama değil. Şöyle, güzel bir şeydi onu biliyorum şöyle nasıl diyeyim kelimeyi bulamıyorum. Değişikti. Yani ih iyi ki böyle bir deneyim oldu.” (ESMA)

### 3.2.2.7. İyi Geldi, İyi Gelecek...

Bu çalışma kapsamında yürütülen sandalye uygulamasının tüm katılımcılara iyi geldiği gözlenmiştir. Özellikle uygulama sırasında ortaya çıkan sesi somutlaştırıp ona cevap vermenin kendilerine iyi geldiğini ve bunu sürdürebilirlerse hastalık belirtilerine iyi geleceğini vurgulamışlardır. İlk olarak Ayşe Hanım’ın sandalye uygulamasının kendisine iyi geleceğini belirttiği alıntılar verilmiştir.

“G: Peki. Bu uygulama genel olarak nasıl bir deneyimdi sizin için?

K: Güzeldi. Yani... bence çok iyi. Yani evet nitel hale getirmek çok iyi. Muhatap olmak çok iyi. Başarılı yani.

G: Siz nasıl deneyimlediniz?

K: Nasıl deneyimledim derken yani bana iyi geldi. Olumlu. Bana çok büyük bir katkı sağlayacak bu. Çok büyük bir adım attığımı düşünüyorum şu anda. Evet, çok büyük bir adım attığımı düşünüyorum. Artık onu görmeyeceğim. Yapabilirsem tabi. Ama onun sesi biraz kısıldı şimdi. Ben daha güçlüyüm çünkü ben erişkin ve mantıklı bir insanım. İzin vermeyeceğim artık. Büyük bir adım attığımı düşünüyorum. İzin vermeyeceğim. Yapabilirim inşallah. Bazı şeyler söylemekte kolay oluyor. Ödevleri söylerken ki gibi. Yapmak çok daha zorlayıcı ama yapabilirim”

...

“Benim evet hastalığıma... benim sıkıntım için bir şey olacak bu, büyük bir artı olacak. Bunu deneyimleyip göreceğim tabi. Az önce bile bunu yaşadım aslında. Ben hastane ortamında ağzımı, maskemi çıkartıp suyum içemiyordum. Buradayım ama gerçi burası benim için biraz güvenli oldu. Bayağı bir vakit geçirdim burada. Siz güvenlisiniz, burası güvenli. Sandalye biraz daha güvenli. Şey gibi güvenli alanıma bağlı yani güvenli alanım biraz kendimi zorladıkça zorladıkça genişliyor zaten. Bu OKB’de tecrübe ettiğim olay, deneyimlediğim şey bu. Zorlanarak o alanı genişletiyorum. Emekle, çabayla. Mesela maskemi değiştirdim. Yedek maske getirmiştin yanımda Allah’tan. Maskemi değiştirdim, su içtim. Suyumu içtim. Yani şey olacak bu deneyimden sonra biraz daha mantıklı olacağım inşallah.” (AYŞE)

Benzer şekilde Zeynep Hanım da somutlaştırdığı seslere vereceği cevapların kendisine iyi geleceğini ve hastalık belirtilerine etki edebileceğini ifade etmektedir.

“G: Peki nasıl buldunuz uygulamayı?

K: Güzel. Yani yapmam gereken zaten kafamın içinde konuşan biriyle yaşamak durumundayım. O konuşanı susturmak bana iyi geleceğini düşünüyorum. Verdiğim cevaplarla susturmak bana iyi gelecek diye düşünüyorum.

İhtiyacım olan buymuş diye düşündüm. Yani bunu hayatıma eğer geçirebilirim, sürekli o kişiyi susturacak cevaplar verebilirim hayatımı daha mutlu ve huzurlu yaşayabilirim.”

...

“Kırıp da bunu hayatıma geçirebilirim güzel olacak yani. Bunu her zaman yapıyor olsam, böyle yaşayabilsem faydası olacak bir şey. Ne diyebilirim... terapi yöntemi.”  
(ZEYNEP)

Gönül Hanım terapi görüşmeleri dışında da bu uygulamayı sürdürüp, “Mürebbiye” diye tanımladığı sesin gerçekçi olmayan isteklerine karşı gelmeye çalışacağını aktarmaktadır.

“Evet, eve gidince de yapabilirim. Eve gidince de yapabilirim. Nerede yapabilirim? Mesela o çamaşır makinesine çamaşır atıyorum, elimi yıkıyorum, tekrar çıkarırken alıyorum elimi yıkıyorum ya da işte lavaboyu siliyorum elimi yıkıyorum, telefona dokunuyorum elimi yıkıyorum. Orada yani oturup da hani telefonu karşıma koyup da ya pis diyorsun da ne. Görünen bir şey yok. Sana gelen bir şey yok ya da duvara değmiyorum mesela. Duvarda ne olabilir Berge Hanım? Ben bunu çözmiyorum yani ne olabilir? Değsen ne olacak. Yani onunla yüzleşmek istiyorum. İnanın ki gidince eve yapacağım. Hatta kızımı da şey yapabilirim kendime uhh sizin gibi doktor. Yani oturtup yani yaptırabilirim. Yapacağım ama yani şey değil de kesin yapacağım.”  
(GÖNÜL)

Fatma Hanım ve Esmâ Hanım’ın, sandalye uygulaması sırasında ortaya çıkan sese cevap vermekte ve verdikleri cevaplara inanmakta zorluk yaşadıkları gözlenmiştir. Bununla birlikte Fatma Hanım uygulamanın kendisine iyi geldiğini belirtmektedir.

“Ama uygulama sonunda yani olumlu düşünceleri duymak dediğim gibi biraz hoşuma gitti. Onlar evet iyi geliyor. İnsana iyi geliyor çünkü onlar aslında hiç açığa çıkmamış yani benim için hiç gün yüzüne çıkmamış düşüncelerdi. İyi yani onları duymak. Böyle.” (FATMA)

Esmâ Hanım, katılımcılar arasında hastalık süresi en uzun olandır. Geçmişte pek çok farklı tedavi almıştır. Araştırma kapsamında yürütülen görüşmelerin başında, önceki tedavilerde belirtilerinde önemli bir azalma olmaması nedeniyle yoğun bir ümitsizlik hissettiğini ifade etmiştir. Bu nedenle değerlendirme görüşmesinde yürütülen uygulamayı

istikrarlı bir şekilde devam ettirirse belirtilerine iyi geleceğini ifade etmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

“Eğer bu yöntemde ben başarılı olursam baya bir hayatım rahatlayacak. Ne kadar başarılı olurum işte onu bilmiyorum. Yani o konuda çok ümitli değilim. Çünkü yıllardır tedavi görüyorum ve ben çok dirençliyim.”

...

G: Peki. Nasıl hissediyorsunuz uygulamadan sonra?

K: İh şöyle ıh kötü hissetmiyorum. Ekstra bir iyilik hali de yok ama bu uygulamaya istikrarlı olarak devam edebilirsek bir şeyler hayatta değişebilir olumlu yönde. Hastalığımla ilgili.

G: Peki. Uygulamanın size en iyi gelen yanı neydi?

K: İh eğer istikrarlı olarak bu uygulama devam ederse bir nebze de olsa benim hastalığımı olumlu yönde değiştirebilir gibi bir düşüncem var ama henüz çok da ümitli değilim. Daha ümitli değilim yani. Zamanla göreceğiz.”

...

“Bu uygulama kolay bir uygulama değil aslında benim için. Şu an sadece bir örnek üzerinden yürüdük. Benim hayatımın her tarafını çevreleyen bu şekilde çok fazla örnek var. Bunları bu uygulamayla değiştirmek için yola çıksam da çok zorlanacağımı biliyorum. Kolay olmayacak benim için. İh çünkü çok fazla yapıştı üstüme bunlar. Bir nebze ama istikrarlı olursak yani şöyle düzenli yaparsam ben bu işi ancak.” (ESMA)

### 3.3. TARTIŞMA

Araştırma kapsamında yürütülen ikinci çalışmada OKB tanısı almış kişilerin işlevsel olmayan ebeveyn modlarının içeriklerini anlamaya yönelik sandalye uygulaması yürütülmüş ve uygulama sürecinde yaşadıkları deneyim incelenmiştir. Uygulama ve değerlendirme görüşmelerine ilişkin deşifrelere Tematik Analiz uygulanmış ve yedi üst tema elde edilmiştir. Elde edilen temalar şu şekildedir: “Benim Doğrum’u Yapacaksın, Yoksa...”, “Farklı Yerden Bakmak”, “Takıntılar Üzerine”, “Bilmediğim Yerden Geldi”, “Karşıma Geline Üstesinden Geldim!”, “Sonradan Gelen Rahatlama”, “İyi Geldi, İyi Gelecek...”. Bu bölümde elde edilen temalar ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

### 3.3.1. Uygulamada Ortaya Çıkan Sesler

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen sandalye çalışmalarında tüm katılımcıların, katı işlevsel olmayan ebeveyn seslerinin ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Uygulamaların hedefindeki durumlar farklı olmakla birlikte suçlayan seslerin benzer olduğu düşünülmektedir. Gerçekçi olmayan beklentilere sahip olan talepkâr ebeveyn modu, bu beklentiler yerine gelmediğinde ortaya çıkan eleştirel ebeveyn modunun tüm katılımcılarda gözlemlendiği belirtilebilir. Bu modlar katılımcılara yakınlarına sahip çıkmadığı için onlara zarar verdiğini (Ayşe); karar veremediği için yetersiz olduğunu (Esmâ); yanlış bir şey yaptığı için kimseyi hak etmediğini (Zeynep); hastalığı olduğu için faydasız olduğunu (Fatma) ve en iyi olması gerektiği için spontane olmaması gerektiğini (Gönül) söylemektedir. Bunun sonucunda da yoğun suçluluk, çaresizlik ve yetersizlik duyguları ortaya çıkabildiği gözlemlenmiştir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış kişilerle yürütülen nitel bir çalışmada katılımcıların oldukça eleştirel bir ortamda büyüdüğü, ebeveynlerden birinin duygusal karmaşa yaşadığı ve bunu telafi edebilecek bir diğer ebeveynin olmadığı belirlenmiştir. Duygusal ihtiyaçlarının karşılanmadığı, duygularıyla baş etmeyi öğrenemedikleri bir çocuklukları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ebeveynlerin en ufak bir olayda kendilerini eleştirdiklerini, hatta kendi hataları olmayan durumlar için de suçladıklarını ifade etmişlerdir (Mulhall ve ark., 2019). Yürütülen mevcut çalışmanın katılımcılarına bakıldığında ebeveynlerden birinin eleştirel tutum sergilediği ve bunu telafi edecek başka bir yetişkinin olmadığı dikkati çekmektedir. Örneğin terapi sürecinde Fatma Hanım ve Zeynep Hanım öfke kontrolünde problem yaşayan babaları karşısında boyun eğen annelerini korumaları gerektiğine inandıklarını ifade etmişlerdir. Gönül Hanım ise annesinin pasif olduğunu ve babası dahil evdekilerin kendisini evi çekip çeviren kişi olarak kabul ettiklerini aktarmıştır. Son olarak Esmâ Hanım anne ve babasının eleştirel tutumlarından bahsetmektedir. Annesinin vefatının ardından babasının evlendiği kişinin ise ebeveynlerinden daha da eleştirel tutum sergilediği görüşmelerde sık sık gündeme gelmiştir. İşlevsel olmayan ebeveyn modlarının öğrenildiği bilgisinden yola çıkarak (Young ve ark., 2003) öykülerden aktarılan bu süreçlerin katılımcıların işlevsel olmayan ebeveyn modlarının gelişmesinde rol oynamış olabileceği düşünülmektedir.

Şema Terapinin Mod modeline göre OKB tanısı almış kişilerin talepkâr ve eleştirel ebeveyn modları, kırılğan çocuk modlarının etkili olduğu öne sürülmektedir. Ebeveyn ve çocuk modlarının ortaya çıkarttığı yoğun duygulanımla baş etmek için ise mükemmeliyetçi/aşırı denetimci ve kopuk korungan modların devreye giriyor olabileceği belirtilmektedir (Gross ve ark., 2012). Bir tetikleyici durum ortaya çıktığında bilişsel olarak ilk değerlendirmenin devreye giriyor olabileceği ve bu değerlendirmede ebeveyn modlarının etkisiyle kaygı ve suçluluk duyguları ortaya çıkıyor olabileceği savunulmaktadır. Bu değerlendirmenin ardından ilk olası çözüm devreye girip mükemmeliyetçi/aşırı kontrolcü modla birlikte kompulsiyonların şiddeti artıyor olabilir. Ancak bu çözümün ardından ikinci bilişsel değerlendirmenin devreye girmesiyle birlikte kişi hastalığın hayatı üzerindeki etkisine odaklanmaktadır. Bu değerlendirmede de ebeveyn modlarının devreye girdiği; öfke, suçluluk ve üzüntü gibi yoğun duygulara neden olabildiği belirtilmektedir. Bu duygularla baş etmek için de yine mükemmeliyetçi/aşırı denetimci ve kopuk korungan modların devreye girdiği savunulmaktadır (Luppino ve ark., 2018). Literatürde OKB ile şema modları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında da ebeveyn modlarının önemli bir rol oynadığı (Akbaş, 2020; Basile ve ark., 2017; Tenore, Mancini, ve ark., 2018; Voderholzer ve ark., 2014) ve suçluluk duygularının ortaya çıktığı görülmektedir (Basile, De Sanctis, ve ark., 2018). Şema terapi yöntemleriyle bu suçluluk duygusunun azaldığı gösterilmiştir (Tenore ve ark., 2020). Yürütülen çalışma kapsamında elde edilen bulguların, aktarılan bilgilerle tutarlı olduğu görülmektedir.

Tüm katılımcıların, ebeveyn seslerinin baskın bir şekilde ortaya çıkmasına rağmen katılımcıların uygulama sırasında bu seslere cevap verebildikleri belirtilebilir. Sağlıklı yetişkin modunun olduğu sandalyeye geçtiklerinde yaşadıkları durumu farklı bir gözle değerlendirebilmişlerdir. Bakış açılarını değiştirebildikleri noktada ebeveyn moduna cevap verebildiklerinin vurgulanması gerektiği düşünülmektedir. Katılımcıların ebeveyn moduna verdikleri cevaplar bazen karşı gelme (örn. Ayşe, Gönül, Zeynep), bazen ikna etmeye çalışma (Fatma, Esmâ) şeklinde ortaya çıktığı gözlenmiştir. Sağlıklı yetişkin modunun tarzının karşı gelme şeklinde olmasıyla birlikte katılımcılar kendilerini güçlü hissettiklerini belirtmişlerdir. Şema kuramında sağlıklı yetişkin modu geliştirilirken, işlevsel olmayan ebeveyn modunu ikna etmenin uygun olmadığı savunulmaktadır. Bunun

yerine sağlıklı bir bakış açısı geliştirilmesi gerektiği önerilmektedir (Arntz & Jacob, 2013). Ancak uygulama sırasında danışanın ihtiyacının öncelikli olduğu düşünülmektedir. Fatma Hanım ve Esmâ Hanım'la yapılan sandalye çalışmalarında öncelikle eleştirel ebeveyn moduna karşı çıkmalarını destekleyecek şekilde yardımcı olunmaya çalışılmıştır. Ancak iki katılımcının da eleştirel ebeveyn modlarının oldukça kuvvetli olduğu ve farklı bakış açılarına inanmakta zorlandıkları gözlenmiştir. Bu nedenle verilen desteğin değiştirilerek bir miktar daha eleştirel ebeveyn sesi ikna etmeye çalışılmış ve bu yaklaşımın katılımcılara daha iyi geldiği gözlenmiştir. Bu noktada sandalye tekniğinin kullanıldığı Geşalt Terapi'deki kutuplardan altben (under dog) ve üstben (topdog) kavramları önem kazanmaktadır. Katı, kuralcı ve yargılayıcı olan üstben ile uysal, boyun eğen altben arasındaki çatışmada kişinin her iki sesi de uygun şekilde dinlemesi ve bütünleşmesidir (Pearls ve ark., 1951). Benzer şekilde Transaksiyonel Analiz kuramına göre de ideal olan yetişkin ego durumunun, diğer iki ego durumu olan çocuk ve ebeveyn ego durumlarının ihtiyaçlarını karşılaması gerektiği, bu nedenle de diğer ego durumlarının da görmezden gelinmemesi gerektiği belirtilmektedir (Berne, 1966). Aktarılan bu bilgiler çalışmada uygulanan sandalye çalışmasında iki sesin uzlaşmasına odaklanılmasını desteklemektedir. Sonuç olarak uygulama sonrasında da bu farklı bakış açısının devam ettiği, katılımcılarda çeşitli oranlarda olumsuz duygularda azalma sağladığı belirtilebilir.

### **3.3.2. Hastalık Belirtilerine İlişkin Değerlendirmeler**

Sandalye uygulaması sonrasında tüm katılımcılar, deneyimledikleri hastalık belirtilerinden bahsetmişlerdir. Ancak bazı katılımcıların doğrudan işlevsel olmayan ebeveyn modlarıyla bu belirtileri ilişkilendirdikleri dikkat çekmiştir. Yaşadıkları travmatik olayların dönüm noktası olabileceği, belirtilerinin aslında ortaya çıkan eleştirel sesleri susturmak ve yaşadıkları suçluluk duygusunu telafi etmek için ortaya çıkıyor olabileceğini belirtmişlerdir (Ayşe, Zeynep). OKB belirtilerinin kişinin yaşadığı kişilerarası tehditlerle ilişkili olabileceği ve bu nedenle belirtilerin devam ediyor olabileceği öne sürülmektedir. Bu katılımcıların terapi sürecinde kaydettikleri ilerleme göz önüne alındığında OKB tanısı almış kişilerin belirtileri ve geçmiş yaşantıları arasındaki ilişkiyi kurmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Literatüre bakıldığında OKB

tanısı almış kişilerin geçmiş yaşantıları ve hastalık belirtileri arasında ilişki kurabilmelerinin iyi geldiği (Fennell & Liberato, 2007; Murphy & Perera-Delcourt, 2014) ve bu nedenleri keşfetmenin özgüvenlerini artırdığı belirlenmiştir (Murphy & Perera-Delcourt, 2014). Benzer şekilde Ayşe Hanım ve Zeynep Hanım'ın bu ilişkiyi kurmalarının onlara iyi geldiği düşünülmektedir.

Katılımcıların hastalık öykülerine bakıldığında çocukluklarında ya da hastalığın ortaya çıkmasından hemen önce travmatik olaylar olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin Ayşe Hanım, yatkınlığı olmasına rağmen babasının ölümüyle birlikte belirtilerinin ortaya çıktığını belirtmektedir. Zeynep Hanım, babasının alkol ve öfke kontrolü nedeniyle fiziksel ve psikolojik şiddetin yoğun olduğu bir ortamda büyümüş; eski erkek arkadaşının kendisini suçlamasının ardından temizlikle ilgili problemler yaşamaya başlamıştır. Diğer katılımcılara bakıldığında ise çocukluklarında travmatik anıları olduğu belirtilebilir. Örneğin Fatma Hanım'ın babası da öfke kontrolü olmayan ve fiziksel şiddet uygulayan bir kişidir. Sandalye uygulamasında olmasa da terapi sürecinde Fatma Hanım geçmişte hastalanıp, babasına ceza çektirmek istediğini sık sık düşündüğünü belirtmiştir. Esmâ Hanım ise annesinin hayatta olduğu dönemde oldukça gergin ve sözel kavgaların olduğu bir evde büyüdüğünü ifade etmektedir. Bu dönemde belirtileri yavaş yavaş ortaya çıkmakla birlikte, annesinin vefatının ardından hastalık belirtileri giderek artmıştır. Son olarak Gönül Hanım'ın öyküsüne bakıldığında ebeveynlerinin erkek çocukları olmadığı için evde gerginlik yaşanması ve çocukların bu gerginliğe maruz kalması söz konusudur. Ayrıca yaşadıkları yerde babasının saygın bir kişi olması nedeniyle “onun yüzünü kara çıkartmamak” için hiçbir şekilde hata yapmamaya çalışması da önemli olarak görülmektedir. Aktarılan bu öykülerin, katılımcıların hastalıklarının ortaya çıkmasında rol oynuyor olabileceği düşünülmektedir. Elde edilen bulgularla paralel olarak, yapılan nitel çalışmalar sonucunda OKB tanısı almış kişilerin hastalıklarının, ailede yaşadıkları travmatik olaylarla ilişkili olduğunu vurguladıkları belirlenmiştir. Özellikle ailede fiziksel, sözel şiddet veya kayıp (Keyes ve ark., 2018); alkol kullanım bozukluğu görüldüğü ve katılımcıların hata yapmaktan çok korktukları belirtilmektedir (Haaland ve ark., 2019). Ritüellerin, yaşanan travmatik olaylarla baş etme stratejisi olarak ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Haaland ve ark., 2019).

Ailede travmatik olayların yaşanmasının yanı sıra, yapılan nitel çalışmalarda OKB tanısı almış kişiler hastalıklarının sebeplerinden birinin de öğrenme süreci olduğunu belirtmektedir. Benzer davranışlar sergileyen yetişkinler ya da psikiyatrik hastalığı olan, özellikle OKB, yetişkinlerin olmasının etkili olduğunu ifade etmektedirler (Haaland ve ark., 2019; Pedley ve ark., 2019). Yapılan bu çalışmanın katılımcılarına bakıldığında ise Esmâ Hanım, Zeynep Hanım, Ayşe Hanım ve Gönül Hanım annelerini, Fatma Hanım ise babasını titiz olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla yapılan bu çalışmanın katılımcılarında da öğrenme sürecinin etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Hastalık belirtilerine yönelik vurgulanması gereken bir diğer konu da yaşam kalitesidir. Yapılan çalışmalarda OKB tanısı almış kişilerin, hastalık belirtileri nedeniyle hayatlarının büyük oranda etkilendiğini ve hayat planlarını gerçekleştirmelerini engellediğini ifade ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Fennell & Liberato, 2007; Pedley ve ark., 2019). Hastalığın hayatı ne derece etkileyebileceği ve kişinin nasıl deneyimlediğini derinlemesine görmek için Cathrine Francis Brooks'un (2011) otoetnografik yazısının en iyi örneklerden olduğu düşünülmektedir. Akademisyen olan Brooks, yazdığı bir makalede OKB belirtileri ve tedavi sürecini aktarmaktadır. Mikrop bulaşmasına ilişkin obsesyonlar sonucunda yoğun temizlik kompulsiyonları mevcuttur. Hastalık belirtilerinin iş, ev ve sosyal hayatını oldukça etkilediğini ancak yine de 2 yıl süreyle bu durumun bir hastalık olabileceğini düşünmediğini belirtmektedir. Kirlenme korkusu nedeniyle sık sık el yıkamakta; kıyafetlerini sık sık değiştirmekte; çocuğu ve eşiyle vakit geçirememekte; kimin nereye dokunduğunu takip etmekte; iş yerinde mikrop bulaşmaması için gerçekleştirdiği kompulsiyonlar nedeniyle bazı evrakları atmakta ve işini sürdürmekte zorlanmaktadır (Brooks, 2011). Burada da görüldüğü gibi hastalık belirtilerinin nasıl deneyimlendiğinin büyük bir önemi vardır. Katılımcıların hepsinin, terapiye başvurduklarında işlevselliklerinin orta ve yüksek derecede bozulduğu görülmüştür. Ancak buna rağmen sürdürmeleri gereken sorumluluk ve görevleri yerine getirmeye çalışmaktaydılar. Bu deneyimin kişiyi ne kadar zorladığının anlaşılabilmesi için aktarılan bilgilerin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.



### 3.3.3. Uygulamanın Zor Yanları

Değerlendirme görüşmesinde, katılımcıların uygulama sırasında zorlandıkları yönleri incelenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu eleştirel ebeveyn modunun sesini duymanın kendilerini zorladığından bahsetmiştir. Bu seslerin, zihinlerinde her zaman olmasına rağmen sesli olarak duyduktan sonra ne kadar acımasız olduğunu fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra tüm katılımcılar sağlıklı yetişkin modunun sesini yükseltmekte zorlandıklarını belirtmiştir. Gerçekçi olmayan talep ve eleştirilerin bildikleri olduğu için kolayca dile geldiğini, bununla birlikte farklı yönden hiç bakmadıklarını dile getirmişlerdir. Daha gerçekçi, esnek yapıya sahip olan sağlıklı sesin ortaya çıkmasının bu nedenle zorlaştığı belirtilebilir. Bu noktada, Zeynep Hanım ve Esmâ Hanım'ın görüşmecinin rehberliğinin iyi geldiğini belirttikleri vurgulanabilir. Şema Terapi'de temel amaç kişinin işlevsel olmayan ebeveyn ve baş etme modlarını ele alıp, ihtiyaçlarını karşılayabilen ve sorumluluklarını yerine getirebilen sağlıklı yetişkin modunu geliştirmektir. Terapi süreci ilerledikçe işlevsel olmayan modların giderek etkisinin azalması, işlevsel davranışların ortaya çıkacağı anlamına gelmemektedir. Dolayısıyla terapistin amacı kişiye sağlıklı bakış açısı ve davranışları öğrenmesine yardım etmektir. Sağlıklı yetişkin modunun daha az geliştiği kişilerde bu rehberliğin daha da önemli olduğu belirtilmektedir (Arntz & Jacob, 2013).

Temel psikolojik ihtiyaçların karşılanmasıyla birlikte pozitif şemaların oluştuğu öne sürülmektedir. Bu şemaların gelişmesiyle birlikte uyumlu/işlevsel davranış örüntülerinin ortaya çıktığı ve ihtiyaçların karşılanmaya devam ettiği belirtilmektedir. Özetle sağlıklı yetişkin modunun geliştiği ifade edilebilir (Lockwood & Perris, 2012). Buradan yola çıkarak terapide erken dönem uyum bozucu şemaların etkisinin azalmasıyla birlikte pozitif şemaların gelişmediği; ayrı kavramlar olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Lockwood & Perris, 2012; Louis ve ark., 2018). Gelişim sürecinde oluşan sağlıklı tutum ve davranışlara ilişkin repertuarın kısıtlı olması nedeniyle katılımcıların ebeveyn modlarına karşılık vermekte zorlanmış olabilecekleri düşünülmektedir. Özellikle uygulama sırasında sağlıklı yetişkin modunun sesini yükseltmekte zorlanan Fatma ve Esmâ Hanım'ın YPŞÖ'den en düşük puanları almaları da bu bilgiyi destekler görünmektedir.

### 3.3.4. Uygulamanın Olumlu İşlevleri

Sandalye uygulamasının katılımcılar için nasıl bir deneyim olduğuna, onlara iyi gelen yönlerinin neler olduğuna bakıldığında tüm katılımcılara işlevsel olmayan ebeveyn modunun dışsallaşmasının iyi geldiği gözlenmiştir. Bu seslerin zihinlerinde düşünce formunda olmasının, talepkâr ve eleştirel ebeveyn modlarına ilişkin farkındalıklarını engellediği dikkat çekmiştir. Sandalye çalışmasında ise bu düşüncelerin sesli olarak ifade edilmeleri, her ne kadar zor olsa da katılımcıların bu seslere karşılık verebilmesinde faydalı olmuştur. Bu sesin aslında çok korkutucu olmadığı ya da gerçekçi olmadığını fark ettikleri ifade edilebilir. Somutlaştığında karşılarında biri varmış gibi savaş açmak, kavga etmek karşı gelmenin süreci kolaylaştırdığı ifade edilebilir. Ayrıca bu savaşta galip geldiklerini görüp kendilerini güçlü hissettiklerini de belirtmek gerekmektedir. Uygulamanın, katılımcıların yaşadıkları suçluluk, çaresizlik, gerginlik gibi olumsuz duyguları farklı düzeylerde azalttığı gözlenmiştir. Şema terapide yaşantısal tekniklerden biri olan sandalye çalışmasının özellikle modların ayrıştırılması ve her birinin ayrı görülebilmesi açısından faydalı olduğu belirtilmektedir. Böylece bu modlarla sağlıklı biçimde başa çıkmanın daha kolay olacağı belirtilmektedir (van Vreeswijk ve ark., 2012). Bu çalışmanın katılımcıların da ebeveyn modlarını dışsallaştırıp, ayrıştırabildiği ve bu sayede sağlıklı bakış açısını geliştirebildikleri söylenebilir.

Duygusal olarak en az etkilenen Esmâ Hanım ise genel olarak iyi bir uygulama olduğunu ifade etmiştir. Esmâ Hanım'ın duygusal olarak en az etkilenmesinin nedenleri çocukluğundan itibaren belirtilerinin mevcut olması, ailede destek alabileceği bir kişinin olmaması, pek çok tedavi alıp belirtilerinde değişiklik olmaması ve bu nedenle ümitsizlik yaşıyor olması olabilir. Tüm bunlara rağmen Esmâ Hanım'ın sandalye uygulamasını istikrarlı bir şekilde sürdürdüğü takdirde belirtilerinde azalmaya yol açabileceğini belirtmesi oldukça önemli görülmektedir. Esmâ Hanım'la birlikte tüm katılımcılar uygulamanın tekrarlanmasıyla belirtilerinin azalmasında ve yaşam kalitelerinin artmasında rol oynayabileceğini ifade etmişlerdir.

## 4. GENEL DEĞERLENDİRME

Bu bölümde araştırma kapsamında yürütülen iki çalışmanın bulguları bir arada değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmenin ardından çalışmaların sınırlılıklarına yer verilmiştir. Ardından her iki çalışmanın klinik doğurguları aktarılmıştır. Son olarak ise elde edilen bulgulardan yola çıkılarak gelecekte yapılabilecek araştırmalara öneriler sunulmuştur.

### 4.1. GENEL DEĞERLENDİRME

Klinik psikoloji uzun yıllar boyunca psikolojik/psikiyatrik belirtiler üzerine odaklanmıştır. Hastalıkların tanımlanıp kümelenmesi başta olmak üzere; ortaya çıkan hastalık belirtilerinin biyolojik ve çevresel nedenleri, nasıl tedavi edilecekleri her zaman odak noktası olmuştur. Ancak pozitif psikolojinin gelişmesiyle birlikte, klinik psikoloji alanının da insana ve hastalıklara bakış açısı değişmeye başlamaktadır. Son dönemlerde yapılan çalışmaların bilgelik, mutluluk, şefkat, psikolojik iyilik hali, kişilerarası beceriler gibi insanların sahip olabileceği güçlü yönler odaklandığı dikkat çekmektedir. Böylece kişinin zayıflıkları ve belirtilerinin tedavisi ve önlenmesinin yanı sıra fiziksel ve ruhsal sağlığı desteklenerek yaşam doyumunun artırılacağı öne sürülmektedir (Maddux, 2016). Pozitif klinik psikolojiyle birlikte daha dengeli bir araştırma alanının oluşturulacağı belirtilmektedir. Ayrıca hastalıkların anlaşılmasında ve olumsuz yaşam olaylarına tampon görevi görebilecek özelliklerin belirlenmesinde faydalı olacağı ileri sürülmektedir. Böylece yeni tedavi teknikleri geliştirerek güçlü ve olumlu özellikleri geliştirmenin mümkün olacağı savunulmaktadır (Wood & Tarrier, 2010).

Bu tez kapsamında elde edilen bulgulardan da yola çıkıldığında pozitif şemaların tanımlanmasının ve değerlendiriliyor olmasının pozitif klinik psikoloji alanı için oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Büyüme döneminde karşılanan ihtiyaçların sonucunda oluşan pozitif şemaların kişinin güçlü yanları olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu şemaların erken dönem uyum bozucu şemalardan farklı kavramlar oldukları

vurgulanmaktadır. Olumsuz olan şemalara odaklanıp bunların şiddetinin azaltılması pozitif şemaların gelişeceği anlamına gelmemektedir. Bu nedenle terapi süreçlerinde ayrı bir şekilde ele alınmaları gerektiği öne sürülmektedir (Lockwood & Perris, 2012; Louis ve ark., 2018). Her ne kadar küçük bir örnekleme yürütülmüş olsa da elde edilen bulgular psikiyatrik tanı alan ve almayan gruplar arasında pozitif şemalar açısından farklılık olduğunu göstermektedir. Bu farklılıklardan yola çıkılarak hastalıklarla ilgili önemli farkındalıkların gelişebileceği ve tedavi süreçlerinde kişilerin güçlü yanlarına odaklanılabileceği düşünülmektedir. Bu noktada elde edilen bulgularla özellikle kişinin gerçekçi beklentiler oluşturabilmesi; kendi ihtiyaçları ile diğerlerinin ihtiyaçları arasında denge kurabilmesi; olası tehditler karşısında dayanıklı hissedebilmesi ve kendisini yeterli hissedebilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Araştırma kapsamında yürütülen ikinci çalışmaya bakıldığında OKB tanısı almış beş katılımcının pozitif şemalardan temel sağlık ve güvenlik şemasından düşük puanlar aldıkları görülmektedir. Bu şemanın, çocuklukta tehdit ve hastalıklar karşısında yaşadığı endişeyi dengeleyebilen, güvenilir bir bakım verenin olmasıyla birlikte gelişeceği öne sürülmektedir. Böylece kişi, risklerin üstesinden gelebileceğine inanmayı ve ketleyici bir endişe yaşamak yerine uygun davranışlarla baş etmeyi öğrenebilir. Gerçekçi bir güvenlik ve fiziksel dayanıklılık hissini oluşması söz konusudur (Lockwood & Perris, 2012). Katılımcıların da yaşam ve hastalık öyküleri göz önüne alındığında tehditler ya da sorunlarla baş etme konusunda yol gösteren bir bakım verenin olmadığı belirtilebilir. Bu nedenle yetişkin hayatlarında hastalık tehdidi yaratabilecek uyarılar karşısında işlevselliği bozacak derecede endişe ve kontrol davranışları ortaya çıkıyor olabileceği düşünülmektedir. Katılımcılar arasından, uygulamada sağlıklı yetişkin modunu ortaya çıkartmakta zorlanan iki katılımcının öz şefkat şema puanlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Öz şefkat şemasının eleştirinin yoğun olmadığı, kabullenici bir ortamda bu düzenli övgüyle büyüme sonucunda geliştiği ileri sürülmektedir. Çocukluktan itibaren benliğinin koşulsuz kabul edildiğini deneyimleyerek büyüyen kişilerin kendisine de kabullenici ve şefkatli olabilmesi söz konusu olacaktır (Lockwood & Perris, 2012). Bu şemadan düşük puanlar alan katılımcılara bakıldığında ailelerinin yoğun şekilde eleştirel oldukları, ailede çoğu konuda kabul görmediklerini hissettikleri dikkati çekmektedir. Dolayısıyla kendilerini kabullenmekte ve kendilerine şefkat göstermekte zorlandıkları

söylenbilir. Buradan yola çıkarak da sağlıklı yetişkin seslerinin zayıf kalmasındaki önemli nedenlerden birinin bu şema olduğu öne sürülebilir. Son olarak uygulama ve tedavi sürecinde en çok fayda gördüğü düşünülen iki katılımcının sosyal aidiyet şemasından yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Bu şemanın, bir topluluk tarafından benzer ilgi ve değerlerin paylaşıldığını hissetme, topluluğa dahil edilme ve kabul edilme hissiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yetişkinlikle birlikte de benzer değerleri olan topluluklarla bağlantı içinde olma, diğerleriyle benzer noktalar bulabilme becerileri geliştiği öne sürülmektedir (Lockwood & Perris, 2012). Bu iki katılımcının çocukluk öykülerine bakıldığında küçük ilçede büyüdükleri, çocukluklarında çevreleriyle sıcak ilişkiler kurabildikleri görülmektedir. Kabul edildikleri bir çevrenin, topluluğun olması bir miktar eleştirel tutumu dengelemiş, desteklemiş olabilir. Bunun sonucunda da bu katılımcıların kabullenici bir tutum sergilemelerinin daha kolaylaşmış olabileceği düşünülmektedir.

İkinci çalışmada aynı zamanda pozitif klinik psikolojinin belirtiden çok kişiye odaklanılmasına ilişkin önerisinin de desteklendiği düşünülmektedir. Belirtiler üzerinden düşünüldüğünde hepsi OKB tanısı almış olan katılımcıların aslında belirtilerinin temelinde yatan etmenlerin ve bu belirtileri deneyimleme şekillerinin farklılaştığı görülmektedir. Ayrıca aynı tekniğin uygulanmasına rağmen farklı şekillerde müdahale etmenin daha uygun olduğu vurgulanabilir. Buradan yola çıkarak tedaviye başvuran kişileri belirtiler üzerinden değerlendirmek yerine; geçmişleri, belirtileri deneyimleme şekilleri, hayatlarını nasıl etkilediği ve onların zor da olsa hayatlarına devam etmelerini sağlayan etmenlerin neler olduğuna odaklanmanın oldukça kıymetli olduğu düşünülmektedir.

## **4.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Yapılan çalışmanın sınırlılıklarından bir tanesi ölçüm araçlarının öz-bildirime dayalı olmasıdır. Katılımcıların çevrimiçi ortamda ölçekleri doldurmuş olmaları nedeniyle ölçeklerin doldurulmasında belli yanlılıklar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca çevrimiçi uygulamanın imkanları doğrultusunda ölçeklerin aynı sırada verilmesi gerekmiştir. Bu nedenle sıra etkisinden kaynaklanabilecek yanlılıklar olabilir. Ayrıca

toplam ölçek madde sayısının fazlalığı nedeniyle katılımcılar uygulama sırasında yorulmuş ve dikkatleri dağılmış olabilir.

Bir diğer önemli kısıtlılık ise örnekleme ile ilgilidir. Ölçeğin psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilerden oluşturulan örneklemin sayısının artırılması daha iyi sonuçlar verebilir. Ayrıca verilerin toplanma sürecinin Covid-19 salgıyla aynı döneme gelmesi de bir kısıtlılık olarak belirtilmelidir. Salgınla birlikte normal popülasyonda psikiyatrik belirtilerin görüldüğü, bu nedenle döneme özgü değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Xiong ve ark., 2020). Dolayısıyla hayatı tehdit eden evrensel bir olayın olmadığı süreçte yeniden normal popülasyonla çalışma yürütülmesi önerilebilir. Araştırmanın örneklemini oluşturan bir diğer grup olan psikiyatrik tanı alan katılımcıların sayısı da Covid-19 salgını nedeniyle oldukça azdır. Daha sağlıklı bulgular elde edebilmek amacıyla daha büyük bir psikiyatrik tanı alan grupla çalışma tekrarlanabilir. Ayrıca çalışmanın, spesifik bir psikiyatrik tanı grubu ile yürütülememiş olmasının da bir kısıtlılık olabileceği düşünülmektedir. Özellikle OKB tanısı almış kişilerde pozitif şemaların incelenememiş olmasının ikinci çalışmadan elde edilen nitel verilerle pozitif şemaların entegre edilmesini zorlaştırdığı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra örneklemin büyük bir çoğunluğu kadın katılımcılardan oluşmaktadır. İleride yapılacak olan çalışmalarda örneklem cinsiyet açısından eşitlenerek yürütülebilir. Örnekleme ile ilgili bahsedilen tüm bu kısıtlılıklar nedeniyle elde edilen bulguların genellenemeyeceği de vurgulanmalıdır.

Araştırma kapsamında yürütülen nitel çalışma kapsamında Covid-19 salgını nedeniyle görüşmelerin sürdürülmesindeki güçlüklerin bazı sınırlılıklara neden olabileceği düşünülmektedir. Bazı katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yapılmasına rağmen salgın koşulları nedeniyle bazı katılımcılarla sadece sandalye uygulamasının gerçekleştirildiği görüşme yüz yüze gerçekleştirilebilmiştir. Dolayısıyla uygulama için bir araya gelindiğinde alıştırma sürecine ihtiyaç duyulmuştur. Uygulama öncesinde mümkün olduğu kadar katılımcıların rahat hissetmeleri sağlanmaya çalışılsa da bir miktar farklı hissettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca salgın koşulları nedeniyle uygulamalarda maske kullanılmış ve mümkün olduğu kadar katılımcılara mesafeli durulmaya çalışılmıştır. Katılımcıların rahat hissetmeleri sağlanmaya çalışılarak, duyguları ya da tepkileri

anlaşılmadığında detaylı olarak sorularak bu sınırlılıklar aşılmaya çalışılmıştır. Ancak yine de bahsedilen bu faktörler çalışmanın sınırlılığı olarak değerlendirilebilir. Son olarak elde edilen bulguların genellenebilir olmadığının vurgulanması gerekmektedir.

### **4.3. ARAŞTIRMANIN KLİNİK DOĞURGULARI**

Bu tez çalışmasının amaçlarından bir tanesi YPŞÖ'nün ülkemize uyarlanmasıdır. Ölçeğin uyarlanması ile birlikte pozitif şemaların değerlendirilmesinin hem araştırma hem de klinik alanda önemli katkıları olacağı düşünülmektedir. Psikiyatrik tanı alan ve almayan kişilerde pozitif şemaların farklılık gösterdiği bulgusundan yola çıkarak bu farklılıkların tedavilerde dikkat edilmesi gereken konularda fikir verebileceği belirtilebilir. Özellikle psikiyatrik tanılara özgü farklılıklar olup olmadığının belirlenmesinin hem tedavide hem de önleme çalışmalarında oldukça yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Yürütülen ikinci çalışmada ise OKB tedavisine katkı sağlayabilecek bulgular elde edildiğine inanılmaktadır. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Şema Mod modeline ilişkin yürütülen çalışmalar literatürde yer almaktadır (Basile ve ark., 2017; Tenore, Basile, ve ark., 2018; Thiel ve ark., 2016). Ancak modelde önerilen modların içerikleri ve hastalar tarafından nasıl deneyimlendiklerine ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu tez çalışmasıyla birlikte hastaların belirtilerinin modelde tanımlanan modlarla ilişkili olduğu dikkati çekmektedir. Bu nedenle modların ortaya çıkmasında etkili olan durumlarla birlikte hastalık belirtilerinin değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Uygulamalar sırasında araştırmacının kendi önyargısını da fark ettiğinin tekrar belirtilmesi gerekmektedir. Psikiyatrik tedavilerden farklı bir süreç olsa dahi psikiyatrik tanı alan kişilerle yürütülen terapi süreçlerinde kişinin sadece belirtilerden ibaret olduğu görüşü ister istemez ortaya çıkıyor olabilir. Bu çalışmayla birlikte terapistlerin belirtiden çok karşılarına gelen insana odaklanmalarının önemi ortaya çıkmıştır.

Sandalye uygulamasıyla ilgili olarak katılımcıların yaşadıkları rahatlamanın önemli olduğu düşünülmektedir. Farklı düzeylerde de olsa uygulamanın iyi hissettirdiği, kişilerin tedavi sürecine katılımlarının arttığı gözlenmiştir. Katılımcıların belirtilerinin şiddetli olduğu göz önüne alındığında tedavi sürecinde şema modlarının ele alınması, sandalye uygulaması gibi yaşantısal tekniklerin uygulanmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Özellikle çocukluğundan itibaren belirtileri olan, farklı tedavilerle belirtilerinde azalma olmaması sonucu psikolojik ve psikiyatrik tedaviler konusunda oldukça ümitsiz olan bir katılımcının bu uygulamanın kendisine iyi gelebileceğini belirtmesinin de bu doğurguyu desteklediği düşünülmektedir.

#### **4.4. GELECEK ARAŞTIRMALAR İÇİN ÖNERİLER**

Araştırmanın bulguları göz önünde bulundurulduğunda hem pozitif şemalar hem de OKB'nin Şema Mod modeline ilişkin gelecekte yapılacak olan araştırmalara öneriler sunulabilir. Öncelikle YPŞÖ'nün daha geniş örnekleme gerçekleştirilmesinin daha sağlıklı sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Normal örneklem üzerinde olumsuz etkisi olan küresel tehditlerin de söz konusu olmadığı dönemlerde çalışmaların yürütülmesi de önerilmektedir. Ayrıca daha geniş bir psikiyatrik tanı almış örneklemin, psikiyatrik tanı almayan örnekleme karşılaştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra farklı psikopatolojilerde rol oynayabilecek pozitif şemaların belirlenmesinin de literatüre büyük katkısının olabileceği düşünülmektedir. Böylece psikopatolojiler üzerinde etkili olan pozitif şemalar belirlenip, erken dönem uyum bozucu şemalarla birlikte terapi sürecinde ele alınabilir. Özellikle bu tez çalışmasının da konusu olan OKB tanısı almış kişilerde hangi pozitif şemaların düşük olduğunun belirlenmesinin önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Son olarak hem sağlıklı hem de psikiyatrik tanı alan örneklemlerde pozitif şemalar ve ebeveynlik tarzları, bağlanma, psikolojik esneklik gibi farklı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesinin de psikolojik iyiliği ve psikopatolojileri daha bütüncül değerlendirebilmek açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.



Literatürde OKB tanısı almış kişilerle yürütülen nitel çalışmaların sayısının sınırlı olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamında elde edilen bulgulardan yola çıkarak hastaların deneyimlerinin anlaşılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. OKB tanısı almış kişilerin belirtilerini nasıl deneyimledikleri, anlamlandırdıklarına ilişkin çalışmaların yürütülmesi klinik açıdan oldukça yararlı olabilir. Ayrıca OKB’de etkili olabilecek farklı modların ve imgelemeyle yeniden senaryolaştırma uygulamalarının da ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Son olarak benzer bir çalışmanın farklı katılımcılarla tekrarlanması ve farklı şekilde ele alınması literatüre katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- Abramovitch, A., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2021, Feb 18). The OCI-12: A syndromally valid modification of the obsessive-compulsive inventory-revised. *Psychiatry Research*, 298, 113808. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113808>
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Timpano, K. R., McGrath, P. B., Riemann, B. C., Adams, T., Bjorgvinsson, T., Storch, E. A., & Hale, L. R. (2010, Mar). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22(1), 180-198. <https://doi.org/10.1037/a0018260>
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2004). Association between Protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*, 20(2), 70-76. <https://doi.org/10.1002/da.20021>
- Abramowitz, J. S., & Foa, E. B. (2000). Does comorbid major depressive disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behavior Therapy*, 31(4), 795-800. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80045-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80045-3)
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003, Dec). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1049-1057. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1049>
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: a critical review of the new diagnostic class. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 165-186. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713>
- Abramowitz, J. S., Nelson, C. A., Rygwall, R., & Khandker, M. (2007). The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: a longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 91-104. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.05.003>
- Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G., & Storch, E. A. (2008, Sep). The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1026-1033. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.006>

- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2012, Mar). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(3), 339-349. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0337-5>
- Adams, T. G., Jr., Willems, J. L., & Bridges, A. J. (2011, Mar). Contamination aversion and repeated exposure to disgusting stimuli. *Anxiety, Stress, & Coping*, *24*(2), 157-165. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.506953>
- Akbaş, B. Ç. (2020). Obsesif-kompulsif bozuklukta erken dönem uyum bozucu şemalar. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.87115>
- Albert, U., Baffa, A., & Maina, G. (2017). Family accommodation in adult obsessive-compulsive disorder: clinical perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, *10*, 293-304. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S124359>
- Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. (2010, Sep 30). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*, *179*(2), 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.06.008>
- Alonso, P., Menchon, J. M., Mataix-Cols, D., Pifarre, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., Jimenez, S., Vallejo, G., & Vallejo, J. (2004, Jul 15). Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Research*, *127*(3), 267-278. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2001.12.002>
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., & Rossler, W. (2004, Jun). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, *254*(3), 156-164. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0459-4>
- Anholt, G. E., Aderka, I. M., van Balkom, A. J., Smit, J. H., Schruers, K., van der Wee, N. J., Eikelenboom, M., De Luca, V., & van Oppen, P. (2014, Jan). Age of onset in obsessive-compulsive disorder: admixture analysis with a large sample. *Psychological Medicine*, *44*(1), 185-194. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000470>

- APA, A. P. A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.). American Psychiatry Association.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2013). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. Wiley-Balckwell.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005, Sep). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 226-239.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.005>
- Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., & Panzeri, M. (2021). Towards reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10608-021-10209-5>
- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015, Nov). Prediction of treatment discontinuation and recovery from Borderline Personality Disorder: Results from an RCT comparing Schema Therapy and Transference Focused Psychotherapy. *Behavior Research and Therapy*, 74, 60-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.002>
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Wiley-Blackwell.
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., & Caliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(4), 268-279.  
<https://doi.org/10.1080/13651500802095004>
- Aycicegi, A., Harris, C. L., & Dinn, W. M. (2002). Parenting styles and obsessive-compulsive symptoms and personality traits in a student sample. *Clinical psychology and Psychotherapy*, 9, 406-417. <https://doi.org/DOI:10.1002/cpp.338>
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018, Jul). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328-349.  
<https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>

- Bachrach, N., & Arntz, A. (2021, Feb 4). Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23118>
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014, Mar). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Bamelis, L. L., Renner, F., Heidkamp, D., & Arntz, A. (2011, Feb). Extended Schema Mode conceptualizations for specific personality disorders: an empirical study. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 41-58. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.41>
- Baranoff, J., Oei, T. P., Cho, S. H., & Kwon, S. M. (2006, Jul). Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.003>
- Basile, B., De Sanctis, B., Fadda, S., Luppino, O. I., Perdighe, C., Saliari, A. M., Tenore, K., & Mancini, F. (2018). Early life experiences in OCD and other disorders: A retrospective observational study using imagery with rescripting. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(5), 299-305.
- Basile, B., Luppino, O. I., Mancini, F., & Tenore, K. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Experiential Techniques and Cognitive-Based Interventions in Action (Part III). *Psychology*, 9, 2296-2311. <https://doi.org/https://doi.org/10.4236/psych.2018.99131>
- Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I., & Mancini, F. (2017). Schema therapy mode model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(6), 407-414.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995, May). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7777651>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive theory of depression*. Guilford Press.
- Benatti, B., Celebre, L., Girone, N., Priori, A., Bruno, A., Vigano, C., Hollander, E., & Dell'Osso, B. (2020, Dec). Clinical characteristics and comorbidity associated

with female gender in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 209-214. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.019>

Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment*. Oxford University Press.

Bernstein, D. P., Arntz, A., & de Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14999013.2007.10471261>

Bernstein, D. P., Nijman, H. L. I., Karos, K., Keulen-de Vos, M., de Vogel, V., & Lucker, T. P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary finding of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 312-324. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746757>

Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Reuman, L., Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2017, Dec). Anxiety sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 57, 113-117. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.003>

Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1532-1542. <https://doi.org/doi:10.1176/appi.focus.130209>

Borjali, A., Bahramizadeh, H., Eskandari, H., & Farrokhi, N. (2016). Psychological flexibility mediate the effect of early maladaptive schemas on psychopathology. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 3(4), 9-17. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v3i4.15451>

Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010, Sep-Oct). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clin Psychol Psychother*, 17(5), 374-385. <https://doi.org/10.1002/cpp.667>

Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss* (Second ed., Vol. I). Basic Books.

Brady, R. E., Adams, T. G., & Lohr, J. M. (2010, Aug). Disgust in contamination-based obsessive-compulsive disorder: a review and model. *Expert Rev Neurother*, 10(8), 1295-1305. <https://doi.org/10.1586/ern.10.46>

- Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., Lochner, C., Marazziti, D., Matsunaga, H., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., do Rosario, M. C., Shavitt, R. G., Shyam Sundar, A., Stein, D. J., Torres, A. R., & Viswasam, K. (2017, Jul). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Compr Psychiatry*, *76*, 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.002>
- Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K., & Seehuus, M. (2016). Parent's psychological flexibility: associations with parenting and child psychosocial well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *5*(2), 111-120. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.03.001>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*, 77-101.
- Briggs, N. E., & MacCallum, R. C. (2003, Jan 1). Recovery of Weak Common Factors by Maximum Likelihood and Ordinary Least Squares Estimation. *Multivariate Behav Res*, *38*(1), 25-56. [https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3801\\_2](https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3801_2)
- Brooks, C. F. (2011, Feb). Social performance and secret ritual: battling against obsessive-compulsive disorder. *Qual Health Res*, *21*(2), 249-261. <https://doi.org/10.1177/1049732310381387>
- Calvert, F., Smith, E., Brockman, R., & Simpson, S. (2018). Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *J Eat Disord*, *6*, 1. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0185-8>
- Calvete, E., Estevez, A., Lopez de Arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire-short form; structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, *21*(2), 90-99. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.2.90>
- Calvete, E., Orue, I., & Gonzalez-Diez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, *29*(4), 283-290. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000158>
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013, Apr). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts. *J Anxiety Disord*, *27*(3), 278-288. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.011>

- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995, Mar). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, *152*(3), 441-443.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.152.3.441>
- Carr, A. T. (1974, May). Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychol Bull*, *81*(5), 311-318. <https://doi.org/10.1037/h0036473>
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Douglas, K., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2018, Sep). Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and schema therapy for depression. *Aust N Z J Psychiatry*, *52*(9), 887-897. <https://doi.org/10.1177/0004867417750756>
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013, Nov). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J Affect Disord*, *151*(2), 500-505. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034>
- Catapano, F., Perris, F., Fabrazzo, M., Cioffi, V., Giacco, D., De Santis, V., & Maj, M. (2010, Mar 17). Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, *34*(2), 323-330. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.12.007>
- Catapano, F., Perris, F., Masella, M., Rossano, F., Cigliano, M., Magliano, L., & Maj, M. (2006, Sep). Obsessive-compulsive disorder: a 3-year prospective follow-up study of patients treated with serotonin reuptake inhibitors OCD follow-up study. *J Psychiatr Res*, *40*(6), 502-510.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.04.010>
- Ching, T. H. W., & Williams, M. T. (2019). The role of ethnic identity in OC symptom dimensions among Asian Americans. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *21*, 112-120.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.03.005>
- Cilli, A. S., Telcioglu, M., Askin, R., Kaya, N., Bodur, S., & Kucur, R. (2004, Sep-Oct). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*, *45*(5), 367-374.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.009>
- Cisler, J. M., Adams, T. G., Brady, R. E., Bridges, A. J., Lohr, J. M., & Olatunji, B. O. (2011, Jan). Unique affective and cognitive processes in contamination



appraisals: Implications for contamination fear. *J Anxiety Disord*, 25(1), 28-35.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.07.002>

Clark, D. A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy fo OCD*. The Guilford Press.

Clark, D. A., & Guyitt, B. D. (2008). Pure obsessions: Conceptual misnomer or clinical anomaly? In J. S. Abramowitz, D. McKay, & S. Taylor (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions* (1 ed., pp. 53-75). Elsevier Ltd.

Clark, D. A., & Hilchey, C. A. (2017). Repugnant Obsessions: Phenomenology, Etiology, and Treatment. In J. S. Abramowitz, D. McKay, & E. A. Storch (Eds.), *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders* (Vol. I, pp. 421-440). John Wiley and Sons Ltd. .

Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010, May-Jun). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam Veterans with PTSD. *Clin Psychol Psychother*, 17(3), 165-182. <https://doi.org/10.1002/cpp.690>

Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-12.

Dag, I., & Gulum, I. V. (2013, Winter). [The mediator role of cognitive features in the relationship between adult attachment patterns and psychopathology symptoms: cognitive flexibility]. *Turk Psikiyatri Derg*, 24(4), 240-247.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24310090> (Yetiskin baglanma oruntuleri ile psikopatoloji belirtileri arasindaki iliskide bilissel ozelliklerin araci rolu: bilissel esneklik.)

de Mathis, M. A., Diniz, J. B., Hounie, A. G., Shavitt, R. G., Ferrao, Y., Leckman, J. F., de Bargaça Pereira, C., Rosario, M. C., & Miguel, E. C. (2013). Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *European Neuropsychopharmacology*, 23(7), 594-601.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.006>

Deacon, B., & Olatunji, B. O. (2007, Sep). Specificity of disgust sensitivity in the prediction of behavioral avoidance in contamination fear. *Behav Res Ther*, 45(9), 2110-2120. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.03.008>

Denys, D., Tenney, N., van Meegen, H. J., de Geus, F., & Westenberg, H. G. (2004, Jun). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-

compulsive disorder. *J Affect Disord*, 80(2-3), 155-162.  
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00056-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00056-9)

Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977, Nov). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *Br J Soc Clin Psychol*, 16(4), 347-356. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1977.tb00241.x>

Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976, Mar). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*, 128, 280-289. <https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280>

Doron, G. (2020). Self-vulnerabilities, attachment and obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms: Examining the moderating role of attachment security on fear of self. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100575. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100575>

Doron, G., & Kyrios, M. (2005, Jun). Obsessive compulsive disorder: a review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clin Psychol Rev*, 25(4), 415-432. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.02.002>

Doron, G., Kyrios, M., & Moulding, R. (2007). Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): further evidence for a multidimensional model of OCD. *J Anxiety Disord*, 21(3), 433-444. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.05.008>

Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., Nedeljkovic, M., & Mikulincer, M. (2009). Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 1022-1049.

Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M., & Sar-El, D. (2012, Jun). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychol Psychother*, 85(2), 163-178. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02028.x>

Dweck, C. S. (2017, Nov). From needs to goals and representations: Foundations for a unified theory of motivation, personality, and development. *Psychol Rev*, 124(6), 689-719. <https://doi.org/10.1037/rev0000082>

Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema Therapy in Historical Perspective. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (pp. 3-26). John Wiley and Sons, Ltd.

- Elliott, C. H., & Lassen, M. K. (1997). A schema polarity model for case conceptualization, intervention, and research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 12-28. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00095.x>
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009, Jun). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 40(2), 317-328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Faustino, B. (2021, Mar). Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behav Cogn Psychother*, 49(2), 233-246. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000600>
- Faustino, B., & Branco Vasco, A. (2020). Early maladaptive schemas and cognitive fusion on the regulation of psychological needs. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 105-112. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09446-3>
- Faustino, B., Branco Vasco, A., Delgado, J., Farinha-Fernandes, A., & Guerreiro, J. C. (2020, Dec 31). Exploring the impacts of COVID-19 related social distancing on loneliness, psychological needs and symptomatology. *Res Psychother*, 23(3), 492. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.492>
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020, Nov). Relationships between emotional processing difficulties and early maladaptive schemas on the regulation of psychological needs. *Clin Psychol Psychother*, 27(6), 804-813. <https://doi.org/10.1002/cpp.2464>
- Faustino, B., Vasco, A. B., Silva, A. N., & Marques, T. (2020, Sep 7). Relationships between Emotional Schemas, Mindfulness, Self-Compassion and Unconditional Self-Acceptance on the Regulation of Psychological Needs. *Res Psychother*, 23(2), 442. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.442>
- Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020, Jun 23). Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *J Clin Psychiatry*, 81(4). <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13085>
- Fennell, D., & Liberato, A. S. Q. (2007). Learning to live with OCD: labeling, the self, and stigma. *Deviant Behavior*, 28(4), 305-331. <https://doi.org/10.1080/01639620701233274>

- Ferrao, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., de Mathis, M. E., Carlos Lopes, A., Fontenelle, L. F., Torres, A. R., & Miguel, E. C. (2006, Aug). Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*, *94*(1-3), 199-209. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.019>
- Fink, J., Pflugradt, E., Stierle, C., & Exner, C. (2018, Mar). Changing disgust through imagery rescripting and cognitive reappraisal in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*, *54*, 36-48. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.002>
- Fischer, C. T. (2009, Jul). Bracketing in qualitative research: conceptual and practical matters. *Psychother Res*, *19*(4-5), 583-590. <https://doi.org/10.1080/10503300902798375>
- Fischer, T. D., Smout, M. F., & Delfabbro, P. H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science* *5*, 169-177.
- Flanagan, C. M. (2010). The case for needs in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *20*(1), 1-36. [https://doi.org/DOI: 10.1037/a0018815](https://doi.org/DOI:10.1037/a0018815)
- Foa, E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, *12*(2), 199-207. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20623924>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002, Dec). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess*, *14*(4), 485-496. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12501574>
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. A. (1995, Jan). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, *152*(1), 90-96. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.90>
- Fonseca, A., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2020). Uncovering the links between parenting stress and parenting styles: the role of psychological flexibility within parenting and global psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 59-67. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.004>

- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2008). Obsessive-Compulsive Disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-step treatment manual* (4 ed., pp. 164-215). The Guilford Press.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003, Feb). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol*, 84(2), 365-376. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.84.2.365>
- Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., & Griess, K. (1994, Jan). Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behav Res Ther*, 32(1), 47-56. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90083-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90083-3)
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009, Mar). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *Am J Psychiatry*, 166(3), 329-336. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08071006>
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology. *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>
- Ghafoor, H., Schulz, S. M., & Mohsin, H. (2018). Does religiosity ameliorate the negative impact of obsessive-compulsive disorder on self-esteem. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(2), 171-179. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1458082>
- Gibson, M., & Francis, A. J. P. (2019). Intergenerational transfer of early maladaptive schemas in mother-daughter dyads, and the role of parenting. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 737-747. <https://doi.org/doi.org/10.1007/s10608-018-09994-3>
- Gonsalvez, C. J., Hains, A. R., & Stoyles, G. (2010). Relationship between religion and obsessive phenomena. *Australian Journal of Psychology*, 62(2), 93-102. [https://doi.org/DOI: 10.1080/00049530902887859](https://doi.org/DOI:10.1080/00049530902887859)
- Gonzalez-Sanguino, C., Ausin, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., Lopez-Gomez, A., Ugidos, C., & Munoz, M. (2020). Mental Health Consequences of the Coronavirus 2020 Pandemic (COVID-19) in Spain. A Longitudinal Study. *Front Psychiatry*, 11, 565474. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.565474>

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989, Nov). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*, *46*(11), 1012-1016.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110054008>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989, Nov). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, *46*(11), 1006-1011.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: the mediating role of mindful parenting. *Mindfulness* *7*, 700-712.  
<https://doi.org/doi.org/10.1007/s12671-016-0507-y>
- Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Williams, K. A., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2007, Jul 30). Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res*, *152*(1), 21-27.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.09.015>
- Gross, E., Stelzer, N., & Jacob, G. (2012). Treating OCD with the schema mode model. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 173-184). John Wiley & Sons Ltd.
- Grover, S., Sarkar, S., Gupta, G., Kate, N., Ghosh, A., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2018). Factor analysis of symptom profile in early onset and late onset OCD. *Psychiatry Research*, *262*, 631-635.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.006>
- Gude, T., & Hoffart, A. (2008). Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and Cluster C personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, *49*(2), 195-199.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00629.x>
- Gülüm, İ. V., & Soygüt Pekak, G. (2018). *Etkili Psikoterapistlik: Terapötik ittifak odaklı uygulamalar*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Guzick, A. G., Cooke, D. L., Gage, N., & McNamara, J. P. H. (2018). CBT-Plus: A meta-analysis of cognitive behavioral therapy augmentation strategies for

obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 6-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.07.001>

Guzick, A. G., Reid, A. M., Balki, A. M., Flores, C., Hancock-Smith, A. D., Olsen, B., Muller, G., Geffken, G. R., & McNamara, J. P. H. (2017). Diagnostic Description and Prevalence. In J. S. Abramowitz, D. McKay, & E. A. Storch (Eds.), *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders* (Vol. I, pp. 24-43). John Wiley and Sons Ltd.

Haaland, A. T., Launes, G., Sunde, T., Himle, J. A., Vogel, P. A., Haaland, V. O., & Walseth, L. T. (2019). Where did my OCD come from? A qualitative study. *Scandinavian Psychologist*, 12(6). <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.6.e12>

Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. O., Hansen, B., Solem, S., & Himle, J. A. (2011, Nov). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 49(11), 781-788. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.007>

Hacıömeroğlu, A. B., Keser, E., & İnözü, M. (2018). Farklı psikopatolojilerde duyguların rolü: Tiksinme, öfke, suçluluk ve anksiyete. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 13-20. <https://doi.org/doi: 10.5455/apd.264617>

Hasler, G., LaSalle-Ricci, V. H., Ronquillo, J. G., Crawley, S. A., Cochran, L. W., Kazuba, D., Greenberg, B. D., & Murphy, D. L. (2005, Jun 15). Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res*, 135(2), 121-132. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.03.003>

Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257-276. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257>

Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2012, Feb). Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 136(3), 803-811. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.036>

Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Arntz, A. (2011, Oct). Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *J Affect Disord*, 133(3), 428-436. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.040>

Himle, J. A., Van Etten, M. L., Janeck, A. S., & Fischer, D. J. (2006). Insight as a predictor of treatment outcome in behavioral group treatment for obsessive-

compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 661-666.  
<https://doi.org/10.1007/s10608-006-9079-9>

Hofer, P. D., Wahl, K., Meyer, A. H., Miche, M., Beesdo-Baum, K., & Lieb, R. (2020). Parental emotional warmth interacts with traumatic life events predicting the onset of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100531.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100531>

Hoffart, A. (2018, Nov). The interplay between experiential states in first generation schema therapy of Cluster C personality problems: A network approach. *Clin Psychol Psychother*, 25(6), 809-817. <https://doi.org/10.1002/cpp.2316>

Hoffart Lunding, S., & Hoffart, A. (2016, Mar-Apr). Perceived Parental Bonding, Early Maladaptive Schemas and Outcome in Schema Therapy of Cluster C Personality Problems. *Clin Psychol Psychother*, 23(2), 107-117.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.1938>

Hunt, C. (2020). Differences in OCD symptom presentations across age, culture, and gender: A quantitative review of studies using the Y-BOCS symptom checklist. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 1-11.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100533>

Hwang, S. E., Kwon, J. S., Shin, Y., Lee, K. J., Kim, Y. Y., & Kim, M. (2007). Neuropsychological profiles of patients with obsessive-compulsive disorder: early onset versus late onset. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 30-37. <https://doi.org/DOI:10.10170S1355617707070063>

Inozu, M., Karanci, A. N., & Clark, D. A. (2012, Sep). Why are religious individuals more obsessional? The role of mental control beliefs and guilt in Muslims and Christians. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 43(3), 959-966.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.02.004>

İnözü, M., & Yorulmaz, O. (2013). Vancouver Obsesif-Kompulsif Ölçeği: Türkçe Formu'nun üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Yazıları*, 16(32), 64-72.

Jaisoorya, T. S., Janardhan Reddy, Y. C., Nair, B. S., Rani, A., Menon, P. G., Revamma, M., Jeevan, C. R., Radhakrishnan, K. S., Jose, V., & Thennarasu, K. (2017, Jan-Mar). Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive disorder among college students in



Kerala, India. *Indian J Psychiatry*, 59(1), 56-62. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.204438>

Jans-Beken, L. (2019). The dialectic dynamics between trait gratitude, subjective well-being, and psychopathology across 30 weeks. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(3-4), 502-515. <https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1638228>

Jans-Beken, L., Lataster, J., Peels, D., Lechner, L., & Jacobs, N. (2017). Gratitude, psychopathology and subjective well-being: results from a 7.5 month prospective general population study. *Journal of Happiness Studies*, 18, 1673-1689. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9893-7>

Johnstone, L. (2020, Sep 3). Does COVID-19 pose a challenge to the diagnoses of anxiety and depression? A psychologist's view. *BJPsych Bull*, 1-4. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.101>

Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41(7). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.019>

Karadag, F., Oguzhanoglu, N. K., Ozdel, O., Atesci, F. C., & Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depress Anxiety*, 23(3), 145-152. <https://doi.org/10.1002/da.20148>

Karahan, D. (2006). *Erken disfonksiyonel şemaların obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kişilerdeki aktivasyonlarının karşılaştırılması* İstanbul.

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010, Nov). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>

Kaya, Y., & Aydin, A. (2021). The mediating role of the early maladaptive schemas in the relationship between attachment and mental health symptoms of university students. *Journal of Adult Development*, 28, 15-24. <https://doi.org/10.1007/s10804-020-09352-2>

Ke, T., & Barlas, J. (2020, Mar). Thinking about feeling: Using trait emotional intelligence in understanding the associations between early maladaptive schemas and coping styles. *Psychol Psychother*, 93(1), 1-20. <https://doi.org/10.1111/papt.12202>

- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R. (2008, Jan). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*, 28(1), 118-130.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.003>
- Kellogg, S. (2004). Dialogical encounters: Contemporary perspectives on “chairwork” in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 310-320. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.310>
- Kellogg, S. (2012). On speaking One’s mind: Using chairwork dialogues in schema therapy. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (pp. 197-208). Wiley-Balckwell.
- Kendler, K. S., Liu, X. Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A. (2003, Mar). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 160(3), 496-503.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.3.496>
- Kenrick, D. T., Griskevicius, V., Neuberg, S. L., & Schaller, M. (2010, May). Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. *Perspect Psychol Sci*, 5(3), 292-314.  
<https://doi.org/10.1177/1745691610369469>
- Keyes, C., Nolte, L., & Williams, T. I. (2018, Sep). The battle of living with obsessive compulsive disorder: a qualitative study of young people's experiences. *Child Adolesc Ment Health*, 23(3), 177-184. <https://doi.org/10.1111/camh.12216>
- Khosravani, V., Mohammadzadeh, A., & Sheidaei Oskouyi, L. (2019, Jan). Early maladaptive schemas in patients with schizophrenia and non-patients with high and low schizotypal traits and their differences based on depression severity. *Compr Psychiatry*, 88, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.011>
- Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., Samimi Ardestani, M., & Jamaati Ardakani, R. (2017, Sep). Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 255, 441-448.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.080>
- Kim, J. E., Lee, S. W., & Lee, S. J. (2014, Jan 30). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 215(1), 134-140.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.036>

- Kizilagac, F., & Cerit, C. (2019). Obsessif kompulsif bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemaların incelenmesi. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 1(32), 14-22.  
<https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2019.00003>
- Kleiman, E. M., Adams, L. M., Kashdan, T. B., & Riskind, J. H. (2013). Gratitude and grit indirectly reduce risk of suicidal ideations by enhancing meaning in life: evidence for a mediated moderation model. *Journal of Research in Personality*, 47, 539-546. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2013.04.007>
- Knolle, F., Ronan, L., & Murray, G. K. (2021, Apr 24). The impact of the COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a comparison between Germany and the UK. *BMC Psychol*, 9(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00565-y>
- Koğar, H., & Yılmaz Koğar, E. (2015). Comparison of Different Estimation Methods for Categorical and Ordinal Data in Confirmatory Factor Analysis. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 6(2), 351-362.
- Koyuncu, A., Tükel, R., Ozyildirim, I., Meteris, H., & Yazici, O. (2010, May-Jun). Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*, 51(3), 293-297. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.07.006>
- Kwak, K. H., & Lee, S. J. (2015, Dec 30). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Res*, 230(3), 757-762. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015>
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological psychology: theory, research and method*. Pearson Education Limited.
- Leckman, J. F., Bloch, M. H., & King, R. A. (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues Clin Neurosci*, 11(1), 21-33.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19432385>
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Pauls, D. L. (1997, Jul). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 154(7), 911-917.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.911>

- Lennertz, L., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Rampacher, F., Vogeley, A., Schulze-Rauschenbach, S., Ettelt, S., Meyer, K., Kraft, S., Reck, C., Pukrop, R., John, U., Freyberger, H. J., Klosterkotter, J., Maier, W., Falkai, P., & Wagner, M. (2010, Apr). Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatr Scand*, *121*(4), 280-288. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01469.x>
- Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2012). The co-occurrence of obsessions and compulsions in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*, 211-215. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.06.002>
- Li, C. H. (2016, Sep). The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychol Methods*, *21*(3), 369-387. <https://doi.org/10.1037/met0000093>
- Lin, C. C. (2021). The influence of parenting on gratitude during emerging adulthood: the mediating effect of time perspective. *Current Psychology*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s12144-020-01312-z>
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, *63*, 76-85.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008, Jul). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behav Res Ther*, *46*(7), 854-860. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.006>
- Lochner, C., Seedat, S., du Toit, P. L., Nel, D. G., Niehaus, D. J., Sandler, R., & Stein, D. J. (2005, Jan 13). Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. *BMC Psychiatry*, *5*, 2. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-2>
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy* (pp. 41-65). John Wiley & Sons, Ltd.
- Lomax, C. L., Oldfield, V. B., & Salkovskis, P. M. (2009, Feb). Clinical and treatment comparisons between adults with early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, *47*(2), 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.015>

- Louis, J. P., Wood, A. M., & Lockwood, G. (2020, Jun). Development and Validation of the Positive Parenting Schema Inventory (PPSI) to Complement the Young Parenting Inventory (YPI) for Schema Therapy (ST). *Assessment*, 27(4), 766-786. <https://doi.org/10.1177/1073191118798464>
- Louis, J. P., Wood, A. M., Lockwood, G., Ho, M. R., & Ferguson, E. (2018, Sep). Positive clinical psychology and Schema Therapy (ST): The development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *Psychol Assess*, 30(9), 1199-1213. <https://doi.org/10.1037/pas0000567>
- Ludvik, D., Boschen, M. J., & Neumann, D. L. (2015). Effective behavioral strategies for reducing disgust in contamination-related OCD: A review. *Clinical Psychology Review*, 42, 116-129. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.001>
- Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Goals and Beliefs of the Obsessive Mind (Part I). *Psychology*, 9, 2261-2277. <https://doi.org/https://doi.org/10.4236/psych.2018.99129>
- Maddux, J. E. (2016). Toward a more positive clinical psychology: deconstructing the illness ideology and psychiatric diagnosis. In A. Wood, M. & J. Johnson (Eds.), *Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology* (pp. 19-30). Wiley-Blackwell.
- Magalhaes, P. V., Kapczinski, N. S., & Kapczinski, F. (2010, Jul-Aug). Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*, 51(4), 353-356. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.11.001>
- Mairet, K. (2015). *An examination of the theoretical pathways proposed by Young's schema therapy model in relation to social anxiety* [Macquarie University]. Australia.
- Maloney, G., Koh, G., Roberts, S., & Pittenger, C. (2019, Aug). Imagery rescripting as an adjunct clinical intervention for obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord*, 66, 102110. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102110>
- Marcks, B. A., Weisberg, R. B., Dyck, I., & Keller, M. B. (2011, Nov-Dec). Longitudinal course of obsessive-compulsive disorder in patients with anxiety disorders: a 15-year prospective follow-up study. *Compr Psychiatry*, 52(6), 670-677. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.01.001>

- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mason, E. C., & Richardson, R. (2012). Treating disgust in anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(2), 180-194. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2012.01282.x>
- Mataix-Cols, D., Cullen, S., Lange, K., Zelaya, F., Andrew, C., Amaro, E., Brammer, M. J., Williams, S. C., Speckens, A., & Phillips, M. L. (2003, Mar 15). Neural correlates of anxiety associated with obsessive-compulsive symptom dimensions in normal volunteers. *Biol Psychiatry*, 53(6), 482-493. <https://doi.org/> [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01504-4](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01504-4)
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005, Feb). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 162(2), 228-238. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>
- Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety*, 25(9), 742-751. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1002/da.20316>
- Mathis, M. A., Alvarenga, P., Funaro, G., Torresan, R. C., Moraes, I., Torres, A. R., Zilberman, M. L., & Hounie, A. G. (2011, Dec). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Braz J Psychiatry*, 33(4), 390-399. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1590/s1516-44462011000400014>
- McCarty, R. J., Guzick, A. G., Swan, L. K., & McNamara, J. P. H. (2017). Stigma and recognition of different types of symptoms in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 64-70. <https://doi.org/> <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.12.006>
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. A. (2002, Jan). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *J Pers Soc Psychol*, 82(1), 112-127. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.1.112>
- McKay, D. (2006, Mar). Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 37(1), 53-59. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.09.005>
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004, Jul). A critical evaluation of obsessive-

compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clin Psychol Rev*, 24(3), 283-313. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.003>

McKay, D., Abramowitz, J. S., & Taylor, S. (2008). Discussion: Conceptualizing subtypes of Obsessive-Compulsive Disorder. In J. S. Abramowitz, D. McKay, & S. Taylor (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum conditions* (1 ed., pp. 127-135). Elsevier Ltd.

McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counseling and psychotherapy* (Second ed.). SAGE Publications.

Melli, G., Bulli, F., Carraresi, C., Tarantino, F., Gelli, S., & Poli, A. (2017, Jan). The differential relationship between mental contamination and the core dimensions of contact contamination fear. *J Anxiety Disord*, 45, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.005>

Milyavskaya, M., & Koestner, R. (2011). Psychological needs, motivation, and well-being: a test of self-determination theory across multiple domains. *Personality and Individual Differences*, 50(3), 387-391. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.10.029>

Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., Chieffo, D., Janiri, L., Fiorillo, A., Sani, G., & Di Nicola, M. (2020, Jul). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain Behav Immun*, 87, 75-79. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.048>

Mohammadi, M. R., Ghanizadeh, A., Rahgozar, M., Noorbala, A. A., Davidian, H., Afzali, H. M., Naghavi, H. R., Yazdi, S. A., Saberi, S. M., Mesgarpour, B., Akhondzadeh, S., Alaghebandrad, J., & Tehranidoost, M. (2004, Feb 14). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. *BMC Psychiatry*, 4, 2. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-2>

Moreno, J. L., & Fox, J. (1987). *The essential Moreno: Writings on psychodrama, group method, and spontaneity*. Springer.

Moretz, M. W., & McKay, D. (2008, May). Disgust sensitivity as a predictor of obsessive-compulsive contamination symptoms and associated cognitions. *J Anxiety Disord*, 22(4), 707-715. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.004>

Moritz, S., Fricke, S., Jacobsen, D., Kloss, M., Wein, C., Rufer, M., Katenkamp, B., Farhumand, R., & Hand, I. (2004, Feb). Positive schizotypal symptoms predict

treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 42(2), 217-227. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00120-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00120-7)

- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Moulding, R., Anglim, J., Nedeljkovic, M., Doron, G., Kyrios, M., & Ayalon, A. (2011, Sep). The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): examination in nonclinical samples and development of a short version. *Assessment*, 18(3), 357-374. <https://doi.org/10.1177/1073191110376490>
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Mulhall, K., O'Connor, J. O., & Timulakova, K. (2019). Managing the monster in the mind: a psychoanalytically informed qualitative study exploring the experiences of the people diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 33(2), 117-132. <https://doi.org/10.1080/02668734.2019.1614087>
- Murphy, H., & Perera-Delcourt, R. (2014). 'Learning to live with OCD is a little mantra i often repeat': understanding the lived experience of obsessive-compulsive disorder (OCD) in contemporary therapeutic context. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87, 111-125. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02076.x>
- Myhr, G., Sookman, D., & Pinard, G. (2004, Jun). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand*, 109(6), 447-456. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00271.x>
- Narayanaswamy, J. C., Viswanath, B., Veshnal Cherian, A., Bada Math, S., Kandavel, T., & Janardhan Reddy, Y. C. (2012, Dec 30). Impact of age of onset of illness on clinical phenotype in OCD. *Psychiatry Res*, 200(2-3), 554-559. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.037>
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>



- Nordahl, H. M., & Nysaeter, T. E. (2005, Sep). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 36(3), 254-264. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.007>
- Nota, J. A., Blakey, S. M., George-Denn, D. A., Jacoby, R. J., Schubert, J. R., Abramowitz, J. S., & Coles, M. E. (2014). The experience of OCD-related intrusive thoughts in African and European Americans: Testing the generalizability of cognitive models of obsessive compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 115-123. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.03.003>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working, G. (2001, Aug). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behav Res Ther*, 39(8), 987-1006. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00085-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00085-1)
- Obsessive Compulsive Cognitions Working, G. (2003, Aug). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behav Res Ther*, 41(8), 863-878. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00099-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00099-2)
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, O. (1997, Jul). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. . *Behav Res Ther*, 35(7), 667-681. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00017-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00017-x)
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, O. (2005, Nov). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory--Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behav Res Ther*, 43(11), 1527-1542. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010>
- Ok, Ü., & Gören, A. B. (2018). The connections between religiosity and obsessive-compulsive symptoms and the role of personality traits in a non-clinical Muslim sample. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(2), 153-170. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1446130>
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013, Jan). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res*, 47(1), 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>

- Olatunji, B. O., Ebesutani, C., & Abramowitz, J. S. (2017, Jan). Examination of a Bifactor Model of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Assessment*, 24(1), 45-59. <https://doi.org/10.1177/1073191115601207>
- Olatunji, B. O., Ebesutani, C., David, B., Fan, Q., & McGrath, P. B. (2011, Oct). Disgust proneness and obsessive-compulsive symptoms in a clinical sample: structural differentiation from negative affect. *J Anxiety Disord*, 25(7), 932-938. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.05.006>
- Olatunji, B. O., Ebesutani, C., Kim, J., Riemann, B. C., & Jacobi, D. M. (2017, Apr 15). Disgust proneness predicts obsessive-compulsive disorder symptom severity in a clinical sample of youth: Distinctions from negative affect. *J Affect Disord*, 213, 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.017>
- Olatunji, B. O., Lohr, J. M., Sawchuk, C. N., & Tolin, D. F. (2007, Feb). Multimodal assessment of disgust in contamination-related obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 45(2), 263-276. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.004>
- Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K. B., Willems, J., Lohr, J. M., & Armstrong, T. (2009, Jan). Differential habituation of fear and disgust during repeated exposure to threat-relevant stimuli in contamination-based OCD: an analogue study. *J Anxiety Disord*, 23(1), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.04.006>
- Ost, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015, Aug). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clin Psychol Rev*, 40, 156-169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
- Ost, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016, Oct). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*, 43, 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.003>
- Pearls, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. The Gestalt Journal Press.
- Pedley, R., Bee, P., Wearden, A., & Berry, K. (2019). Illness perceptions in people with obsessive-compulsive disorder; A qualitative study. *PLoS One*, 14(3), e0213495. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213495>

- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., van Passel, B., & Krans, J. (2021, Mar). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *Br J Clin Psychol*, *60*(1), 68-76. <https://doi.org/10.1111/bjc.12271>
- Perls, F. (1973). *The Gestalt approach and eye witness to therapy*. Science and Behaviour Books.
- Pertusa, A., Fullana, M. A., Singh, S., Alonso, P., Menchon, J. M., & Mataix-Cols, D. (2008, Oct). Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *Am J Psychiatry*, *165*(10), 1289-1298. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111730>
- Petrocchi, N., & Couyoumdjian, A. (2016). The impact of gratitude on depression and anxiety: the mediating role of criticizing, attacking, and reassuring the self. *Self and Identity*, *15*(2), 191-205. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1095794>
- Pinto, A., Liebowitz, M. R., Foa, E. B., & Simpson, H. B. (2011, Aug). Obsessive compulsive personality disorder as a predictor of exposure and ritual prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther*, *49*(8), 453-458. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.04.004>
- Portocarrero, F. F., Gonzalez, K., & Ekema-Agbaw, M. (2020). A meta-analytic review of the relationship between dispositional gratitude and well-being. *Personality and Individual Differences*, *164*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110101>
- Potter, R. F., Yar, K., Francis, A. J. P., & Schuster, S. (2014). Self-compassion mediates the relationship between parental criticism and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *14*(1), 33-43.
- Pugh, M. (2017). Chairwork in cognitive behavioral therapy: A narrative review. *Cognitive Therapy and Research*, *41*, 16-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10608-016-9805-x>
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical psychology and Psychotherapy*, *6*, 102-110.
- Rachman, S. (1993, Feb). Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther*, *31*(2), 149-154. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90066-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90066-4)

- Rachman, S. (1994, Mar). Pollution of the mind. *Behav Res Ther*, 32(3), 311-314.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90127-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90127-9)
- Rachman, S. (1997, Sep). A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*, 35(9), 793-802. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00040-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00040-5)
- Rachman, S. (1998, Apr). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther*, 36(4), 385-401. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)10041-9)
- Rachman, S. (2004, Nov). Fear of contamination. *Behav Res Ther*, 42(11), 1227-1255.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.009>
- Ravindran, A., Richter, M., Jain, T., Ravindran, L., Rector, N., & Farb, N. (2020, May). Functional connectivity in obsessive-compulsive disorder and its subtypes. *Psychol Med*, 50(7), 1173-1181. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001090>
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016, Jun). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 51, 66-73.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001>
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. H. (2018, Mar). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 58, 97-105.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002>
- Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P. E., & Savalei, V. (2012, Sep). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. *Psychol Methods*, 17(3), 354-373. <https://doi.org/10.1037/a0029315>
- Rickelt, J., de Wit, S. J., van der Werf, Y. D., Schruers, K. R. J., Marcelis, M., de Vries, F. E., & van den heuvel, O. A. (2019). Emotional processing and disgust sensitivity in OCD patients with and without contamination-type obsessive-compulsive symptoms - An fMRI study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100443.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100443>
- Rosa-Alcazar, A. I., Sanchez-Meca, J., Gomez-Conesa, A., & Marin-Martinez, F. (2008, Dec). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-

analysis. *Clin Psychol Rev*, 28(8), 1310-1325.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001>

Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F., Mercadante, M. T., Shavitt, R. G., Prado, H. S., Sada, P., Zamignani, D., & Miguel, E. C. (2001, Nov). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 158(11), 1899-1903.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1899>

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010, Jan). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 15(1), 53-63.  
<https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). The Darker and Brighter Sides of Human Existence: Basic Psychological Needs as a Unifying Concept. *Psychological Inquiry*, 11(4), 319-338. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_03](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_03)

Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2009, Mar). The psychometric properties of the Finnish Young Schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 40(1), 158-168.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.07.005>

Safran, J. D., Segal, Z. V., Vallis, T. M., Shaw, B. F., & Samstag, L. W. (1993). Assessing patient suitability for short-term cognitive therapy with an interpersonal focus. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 23-38.

Sakulsriprasert, C., Phukao, D., Kanjanawong, S., & Meemon, N. (2016, Dec). The reliability and factor structure of Thai Young Schema Questionnaire-Short Form 3. *Asian J Psychiatr*, 24, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.09.011>

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther*, 23(5), 571-583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)

Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*, 27(6), 677-682; discussion 683-674. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90152-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90152-6)

Salkovskis, P. M. (1999, Jul). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 37 Suppl 1, S29-52.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10402695>

- Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1991). Obsessional disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide* (pp. 129-168). Oxford Medical Publications.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1990). Model conditions for asymptotic robustness in the analysis of linear relations. *Computational Statistics & Data Analysis*, *10*(3), 235-249.
- Savalei, V., Bonett, D. G., & Bentler, P. M. (2014). CFA with binary variables in small samples: a comparison of two methods. *Front Psychol*, *5*, 1515.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01515>
- Schwartzman, C. M., Boisseau, C. L., Sibrava, N. J., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2017, Mar). Symptom subtype and quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, *249*, 307-310.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.025>
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*, 379-391.
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, F., & Meyer, C. (2005). Links between parenting and core beliefs: preliminary psychometric validation of the young parenting inventory. *Cognitive Therapy and Research*, *29*(6), 787-802.  
<https://doi.org/10.1007/s10608-005-4291-6>
- Shi, D., & Maydeu-Olivares, A. (2019). The effect of estimation methods on SEM fit indices. *Educational and Psychological Measurement*, *80*(3), 421-445.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0013164419885164>
- Siev, J., Huppert, J. D., & Zuckerman, S. E. (2017). Understanding and Treating Scrupulosity. In J. S. Abramowitz, D. McKay, & E. A. Storch (Eds.), *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders* (Vol. I, pp. 527-546). John Wiley & Sons Ltd.
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011, Dec). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: a 15-year longitudinal study. *Psychol Psychother*, *84*(4), 349-366. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02009.x>

- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Front Psychol*, *1*, 182. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999, Feb). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder [see commetns]. *Arch Gen Psychiatry*, *56*(2), 121-127. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.2.121>
- Smith, A. H., Wetterneck, C. T., Hart, J. M., Short, M. B., & Björkvinsson, T. (2012). Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*, 54-61. <https://doi.org/doi:10.1016/j.jocrd.2011.11.003>
- Sookman, D. (2016). *Specialized Cognitive Behavior Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An Expert Clinician Guidebook*. Routledge.
- Sookman, D., Abramowitz, J. S., Wilhelm, S., & McKay, D. (2005). Subtypes of obsessive-compulsive disorder: Implications for specialized cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, *36*(4), 393-400. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80121-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80121-2)
- Soygut, G., & Cakir, Z. (2009, Summer). [The mediating role of the interpersonal schemas between parenting styles and psychological symptoms: a schema focused view]. *Turk Psikiyatri Derg*, *20*(2), 144-152. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19504365> (Ebeveynlik Bicimleri ile Psikolojik Belirtiler Arasindaki Iliskilerde Kisilerarasi Semalarin Araci Rolu: Sema Odakli Bir Bakis.)
- Soygüt, G., & Dürü, Ç. (2008). Kısa Süreli Bilişsel Terapiye Uygunluk Ölçeği'nin (BİLTER-U) psikometrik özelliklerinin incelenmesine ilişkin bir ön çalışma. *Türk Psikoloji Yazıları*, *11*(21), 54-62.
- Soygut, G., Karaosmanoglu, A., & Cakir, Z. (2009, Spring). [Assessment of early maladaptive schemas: a psychometric study of the Turkish young schema questionnaire-short form-3]. *Turk Psikiyatri Derg*, *20*(1), 75-84. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19306129> (Erken Donem Uyumsuz Semalarin Degerlendirilmesi: Young Sema Olcegi Kisa Form-3'un Psikometrik Ozelliklerine Iliskin Bir Inceleme.)
- Starcevic, V., & Brakoulias, V. (2008, Aug). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment? *Aust N Z J Psychiatry*, *42*(8), 651-661. <https://doi.org/10.1080/00048670802203442>

- Steketee, G., Siev, J., Fama, J. M., Keshaviah, A., Chosak, A., & Wilhelm, S. (2011, Apr). Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 28(4), 333-341.  
<https://doi.org/10.1002/da.20785>
- Stewart, S. E., Beresin, C., Haddad, S., Egan Stack, D., Fama, J., & Jenike, M. (2008, Apr-Jun). Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry*, 20(2), 65-70.  
<https://doi.org/10.1080/10401230802017043>
- Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Ricketts, E., Geffken, G. R., Marien, W., & Murphy, T. K. (2010). An open trial of intensive family based cognitive-behavioral therapy in youth with obsessive-compulsive disorder who are medication partial responders or nonresponders. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 39(2), 260-268.  
<https://doi.org/10.1080/15374410903532676>
- Sümer, N., Gündoğdu Aktürk, E., & Helvacı, E. (2010). Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye’de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13(25), 42-59.
- Sümer, N., Ünal, S., Selçuk, E., Kaya, B., Polat, R., & Çekem, B. (2009). Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63), 38-45.
- Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J. A., Walseth, L. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. O., & Haaland, A. T. (2019, Oct 26). Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*, 19(1), 318.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2285-2>
- Taylor, S. (2011a, Nov). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clin Psychol Rev*, 31(7), 1083-1100.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.007>
- Taylor, S. (2011b, Dec). Etiology of obsessions and compulsions: a meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clin Psychol Rev*, 31(8), 1361-1372.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.008>
- Taylor, S., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Wu, K. D., Olatunji, B. O., Timpano, K. R., McKay, D., Kim, S., Carmin, C., & Tolin, D. F. (2010). How are dysfunctional



beliefs related to obsessive-compulsive symptoms? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3). <https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.3.165>

- Tek, C., Ulug, B., Rezaki, B. G., Tanriverdi, N., Mercan, S., Demir, B., & Vargel, S. (1995, Jun). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*, 91(6), 410-413. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09801.x>
- Tenore, K., Basile, B., Cosentino, T., De Sanctis, B., Fadda, S., Femia, G., Gragnani, A., Luppino, O. I., Pellegrini, V., Perdighe, C., Romano, G., Saliani, A. M., & Mancini, F. (2020). Imagery Rescripting on Guilt-Inducing Memories in OCD: A Single Case Series Study. *Front Psychiatry*, 11, 543806. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.543806>
- Tenore, K., Basile, B., Mancini, F., & Luppino, O. I. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Conceptualization and Rationale (Part II). *Psychology*, 9, 2278-2295. <https://doi.org/https://doi.org/10.4236/psych.2018.99130>
- Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). Schemas, modes and coping strategies in obsessive-compulsivelike symptoms. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6), 384-392.
- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Kulz, A. K., Hertenstein, E., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2016, Sep). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 52, 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.006>
- Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Kulz, A. K., Nissen, C., Hertenstein, E., Gross, E., & Voderholzer, U. (2014, Dec 25). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*, 14, 362. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0362-0>
- Thimm, J. C. (2017). Relationship between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 3-17.
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., & Ralph Hakstian, A. (2004, Nov). The Vancouver Obsessional Compulsive

- Inventory (VOCI). *Behav Res Ther*, 42(11), 1289-1314.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.007>
- Tibi, L., van Oppen, P., van Balkom, A., Eikelenboom, M., Emmelkamp, P. M. G., & Anholt, G. E. (2019, Dec). Predictors of treatment outcome in OCD: An interpersonal perspective. *J Anxiety Disord*, 68, 102153.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102153>
- Tibi, L., van Oppen, P., van Balkom, A., Eikelenboom, M., Hendriks, G. J., & Anholt, G. E. (2020, Mar 1). Childhood trauma and attachment style predict the four-year course of obsessive compulsive disorder: Findings from the Netherlands obsessive compulsive disorder study. *J Affect Disord*, 264, 206-214.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.028>
- Timpano, K. R., Keough, M. E., Mahaffey, B., Schmidt, N. B., & Abramowitz, J. (2010). Parenting and obsessive compulsive symptoms: Implications of authoritarian parenting. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24(3), 151-164. [https://doi.org/DOI: 10.1891/0889-8391.24.3.151](https://doi.org/DOI:10.1891/0889-8391.24.3.151)
- Tolin, D. F., & Meunier, S. A. (2007). Contamination and Decontamination. In J. S. Abramowitz, D. McKay, & S. Taylor (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and spectrum conditions* (pp. 3-18). Elsevier Ltd.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044701-8.X5000-1>
- Tolin, D. F., Woods, C. M., & Abramowitz, J. S. (2006, Mar). Disgust sensitivity and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 37(1), 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.09.003>
- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Ferrao, Y. A., do Rosario, M. C., Storch, E. A., & Miguel, E. C. (2016, Jan 15). Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord*, 190, 508-516.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.051>
- Torres, A. R., & Lima, M. C. (2005, Sep). [Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review]. *Braz J Psychiatry*, 27(3), 237-242.  
<https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000300015> (Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisao.)
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2006, Nov). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the

- British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*, 163(11), 1978-1985. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1978>
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T., Shavitt, R. G., do Rosario, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2013, Sep 30). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 209(2), 186-195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.006>
- Tukel, R., Meteris, H., Koyuncu, A., Tecer, A., & Yazici, O. (2006, Jun). The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(4), 240-245. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0632-z>
- Tukel, R., Polat, A., Genc, A., Bozkurt, O., & Atli, H. (2004, Sep-Oct). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 45(5), 362-366. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.006>
- Turkuler Aka, B., & Gencoz, T. (2014). Perceived parenting styles, emotion recognition and regulation in relation to psychological well-being. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 529-533. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.418>
- Van den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C. H., & Rosen, C. C. (2016). A review of self-determination theory's basic psychological needs at work. *Journal of Management*, 42(5), 1195-1229. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0149206316632058>
- van Donzel, L., Ouwens, M. A., van Alphen, S. P. J., Bouwmeester, S., & Videler, A. C. (2021, Mar). The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults - integrating positive schemas. *Contemp Clin Trials Commun*, 21, 100715. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100715>
- van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical Model: Schemas, Coping Styles, and Modes. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (pp. 27-40). John Wiley & Sons, Ltd.
- van Leeuwen, W. A., van Wingen, G. A., Luyten, P., Denys, D., & van Marle, H. J. F. (2020, Mar). Attachment in OCD: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*, 70, 102187. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102187>

- van Oudheusden, L. J. B., Eikelenboom, M., van Megen, H. J. G. M., Visser, H. A. D., & Schruers, K. (2018). Chronic obsessive-compulsive disorder: prognostic factors. *Psychological Medicine*, *48*(13), 2213-2222.  
<https://doi.org/DOI:10.1017/S0033291717003701>
- van Overveld, W. M. J., de Jong, P. J., Peters, M. L., Kavanagh, K., & Davey, G. C. L. (2006). Disgust propensity and disgust sensitivity: Separate constructs that are differentially related to specific fears. *Personality and Individual Differences*, *41*, 1241-1252. <https://doi.org/doi:10.1016/j.paid.2006.04.021>
- van Vreeswijk, M., Broersen, J., Bloo, J., & Haeyen, S. (2012). Techniques within schema Therapy. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Balckwell Handbook of Schema Therapy* (pp. 185-196). Wiley-Blackwell.
- Veale, D., Page, N., Woodward, E., & Salkovskis, P. (2015, Dec). Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, *49*(Pt B), 230-236.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.03.003>
- Veldhuis, J., Dieleman, J. P., Wohlfarth, T., Storosum, J. G., van Den Brink, W., Sturkenboom, M. C., & Denys, D. (2012, Jun). Incidence and prevalence of "diagnosed OCD" in a primary care, treatment seeking, population. *Int J Psychiatry Clin Pract*, *16*(2), 85-92.  
<https://doi.org/10.3109/13651501.2011.617454>
- Vickers, K., Ein, N., Koerner, N., Kusec, A., McCabe, R. E., Rowa, K., & Antony, M. M. (2017). Self-reported hygiene-related behaviors among individuals with contamination-related obsessive-compulsive disorder, individuals with anxiety disorders, and nonpsychiatric controls. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *14*, 71-83.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.06.001>
- Vidal-Ribas, P., Stringaris, A., Ruck, C., Serlachius, E., Lichtenstein, P., & Mataix-Cols, D. (2015, Feb). Are stressful life events causally related to the severity of obsessive-compulsive symptoms? A monozygotic twin difference study. *Eur Psychiatry*, *30*(2), 309-316. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.11.008>
- Videler, A. C., van Alphen, S. P. J., van Royen, R. J. J., van der Feltz-Cornelis, C. M., Rossi, G., & Arntz, A. (2018, Jun). Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. *Aging Ment Health*, *22*(6), 738-747.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1318260>

- Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuelz, A. K., Hartmann, A., Scheidt, C. E., Schlegl, S., & Zeeck, A. (2014). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*, *47*(1), 24-31.  
<https://doi.org/10.1159/000348484>
- Vorstenbosch, V., Hood, H. K., Rogojanski, J., Antony, M. M., Summerfeldt, L. J., & McCabe, R. E. (2012). Exploring the relationship between OCD symptom subtypes and domains of functional impairment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*(1), 33-40.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2011.10.002>
- Wegener, I., Alfter, S., Geiser, F., Liedtke, R., & Conrad, R. (2013, Spring). Schema change without schema therapy: the role of early maladaptive schemata for a successful treatment of major depression. *Psychiatry*, *76*(1), 1-17.  
<https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.1.1>
- Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Shame, Depression, and Loneliness: The Mediation Role of Basic Psychological Needs Satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(4), 591-601.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.591>
- Welburn, K., Carstine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-short form: Factor analysis and relationships between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 519-530.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The schema questionnaire-short form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, *26*, 519-530.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:1016231902020>
- Wheaton, M. G., Berman, N. C., Fabricant, L. E., & Abramowitz, J. S. (2013). Differences in obsessive-compulsive symptoms and obsessive beliefs: a comparison between African Americans, Asian Americans, Latino Americans, and European Americans. *Cogn Behav Ther*, *42*(1), 9-20.  
<https://doi.org/10.1080/16506073.2012.701663>
- Williams, K. E., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. (2012, Aug). Inflexible parents, inflexible kids: a 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. *J Youth Adolesc*, *41*(8), 1053-1066. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9744-0>

- Williams, M. T., Elstein, J., Buckner, E., Abelson, J. M., & Himle, J. A. (2012). Symptom dimensions in two samples of African Americans with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*, 145-152. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.03.004>
- Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., Pinto, A., Ozanick, K., Franklin, M. E., Liebowitz, M., Simpson, H. B., & Foa, E. B. (2011, Jun). Myth of the pure obsessional type in obsessive--compulsive disorder. *Depress Anxiety*, *28*(6), 495-500. <https://doi.org/10.1002/da.20820>
- Williams, M. T., Mugno, B., Franklin, M., & Faber, S. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*, *46*(6), 365-376. <https://doi.org/10.1159/000348582>
- Wilson, A., & Thayer, K. (2020). Cross-cultural differences in the presentation and expression of OCD in Black individuals: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *27*, 100592. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100592>
- Wong, S. F., Krause, S., Marishel, D., & Grisham, J. R. (2021, Mar). Reappraisal of disgust: Self-report and behavioural assessment of individuals with moderate to high contamination fears. *J Anxiety Disord*, *78*, 102346. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102346>
- Wood, A. M., Maltby, J., Gillett, R., Linley, P. A., & Joseph, S. (2008). The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality*, *42*(4), 854-871. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.11.003>
- Wood, A. M., Maltby, J., Stewart, N., Linley, P. A., & Joseph, S. (2008, Apr). A social-cognitive model of trait and state levels of gratitude. *Emotion*, *8*(2), 281-290. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.2.281>
- Wood, A. M., & Tarrrier, N. (2010, Nov). Positive Clinical Psychology: a new vision and strategy for integrated research and practice. *Clin Psychol Rev*, *30*(7), 819-829. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003>
- Wu, K. D. (2017). Diagnostic Assessment and Measures of Symptom Severity fo OCD in Adults. In J. S. Abramowitz, D. McKay, & E. A. Storch (Eds.), *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders* (Vol. I, pp. 75-94). John Wiley and Sons Ltd.

- Wu, K. D., & Wyman, S. V. (2016). Examination of racial differences in assessment of OCD symptoms and obsessive beliefs. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 10*, 10-18.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.04.008>
- Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R. R., & Storch, E. A. (2016, Apr). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clin Psychol Rev, 45*, 34-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.003>
- Xia, Y., & Yang, Y. (2019, Feb). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behav Res Methods, 51*(1), 409-428.  
<https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020, Dec 1). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord, 277*, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Yakin, D., Gencoz, T., Steenbergen, L., & Arntz, A. (2019, Jun). An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *J Clin Psychol, 75*(6), 1098-1113. <https://doi.org/10.1002/jclp.22755>
- Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K., & Bozkurt, A. I. (2009, Jul 6). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC Psychiatry, 9*, 40.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-40>
- Yoosefi, A., RajeziEsfahani, S., Pourshahbaz, A., Dolatshahee, B., Assadi, A., Maleki, F., & Momeni, S. (2016, Oct 1). Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive Disorder and Anxiety Disorders. *Glob J Health Sci, 8*(10), 53398.  
<https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n10p167>
- Yorulmaz, O., Gencoz, T., & Woody, S. (2009, Apr). OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *J Anxiety Disord, 23*(3), 401-406.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.11.001>
- Yorulmaz, O., Gungor, D., & Gokdag, C. (2019, Fall). [The Obsessive Beliefs Questionnaire: Adaptation of Its Short Forms to the Turkish and Examination of Their Psychometric Properties]. *Turk Psikiyatri Derg, 30*(3), 191-199.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31613978> (Obsesif Inanclar Anketi: Kisa Formlariin Turkceye Uyarlanmasi ve Psikometrik Ozelliklerinin Incelenmesi.)

- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An Integrative Schema-Focused Model for Personality Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 6(11-23).
- Yuan, K., & Bentler, P. M. (1998). Structural Equation Modelling With Robust Covariances. *Sociological Methodology*, 28(1), 363-396.
- Yüksel, A., & Oğuz Duran, N. (2012a). Minnetarlık Ölçeği'nin yetişkinlere uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Çağdaş Eğitim Dergisi Akademik*, 1(1), 31-40.
- Yüksel, A., & Oğuz Duran, N. (2012b). Turkish adaptation of the Gratitude Questionnaire. *Eğitim Araştırmaları-Eurasian Journal of Educational Research*(46), 199-216.



## EK 1 DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1- Cinsiyetiniz:.....

2- Yaşınız:.....

3- Medeni Durumunuz:.....

4- Evde kimlerle yaşıyorsunuz? .....

5- Eğitiminiz:.....

6- Mesleğiniz:.....

7- Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

Evet  Hayır

Cevabınız **evet** ise belirtiniz:

.....

8- Aylık geliriniz ne kadar? .....

9- İlgi alanlarınız nelerdir? .....

10- Fiziksel bir rahatsızlığınız veya hastalığınız var mı?

Evet  Hayır

Cevabınız **evet** ise lütfen bu rahatsızlık veya hastalıkları belirtiniz.....

11- Bu rahatsızlık veya hastalıkların her birini ne kadar süredir yaşamaktasınız?

.....  
.....

12- Bu rahatsızlık veya hastalıklar için herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? (Şu an kullandığınız ilaçları yazınız)

.....

13- Şu anda sizi profesyonel bir yardım almaya yönlendiren, ruh sağlığınızla ilgili bir sorunuz var mı?

Evet  Hayır

Cevabınız **evet** ise ruh sağlığıyla ilgili şu anki problemleri yazınız:

.....

14- Belirttiğiniz ruh sağlığı sorunlarının her birine ne zaman teşhis konuldu?

.....

**15- Bu ruhsal problem için hangi tedavileri (örn., ilaç, psikolojik tedavi, danışma)**

**aldınız? .....**  
.....  
.....

**16- Söz konusu ruhsal probleminiz şu an size ne kadar sıkıntı vermektedir?**

.....  
.....  
.....

**17- Geçtiğimiz 12 ay içerisinde hayatınızı tehdit eden herhangi bir terör olayı, şiddet veya saldırı yaşadınız mı veya yakınlarınızın başına böyle bir olay geldi mi?**

Cevabınız evet ise lütfen olay(lar)ı anlatınız: .....

.....  
.....  
.....

## EK 2 YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ-KISA FORMU (YŞÖ-KF)

**Yönerge:** Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin. Birkaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1'den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

### Derecelendirme:

1. Benim için tamamıyla yanlış
2. Benim için büyük ölçüde yanlış
3. Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
4. Benim için orta derecede doğru
5. Benim için çoğunlukla doğru
6. Beni mükemmel şekilde tanımlıyor.

1. \_\_\_\_\_ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. \_\_\_\_\_ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. \_\_\_\_\_ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. \_\_\_\_\_ Uyumsuzum.
5. \_\_\_\_\_ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. \_\_\_\_\_ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. \_\_\_\_\_ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.

8. \_\_\_\_ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. \_\_\_\_ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşlıtlarım kadar, başaramadım.
10. \_\_\_\_ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. \_\_\_\_ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. \_\_\_\_ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. \_\_\_\_ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. \_\_\_\_ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. \_\_\_\_ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. \_\_\_\_ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. \_\_\_\_ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. \_\_\_\_ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hakkederim.
19. \_\_\_\_ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. \_\_\_\_ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. \_\_\_\_ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. \_\_\_\_ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. \_\_\_\_ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. \_\_\_\_ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. \_\_\_\_ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. \_\_\_\_ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissedyorum.

27. \_\_\_\_ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. \_\_\_\_ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. \_\_\_\_ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. \_\_\_\_ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. \_\_\_\_ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. \_\_\_\_ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. \_\_\_\_ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. \_\_\_\_ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. \_\_\_\_ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. \_\_\_\_ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. \_\_\_\_ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. \_\_\_\_ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. \_\_\_\_ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. \_\_\_\_ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. \_\_\_\_ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. \_\_\_\_ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. \_\_\_\_ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. \_\_\_\_ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. \_\_\_\_ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız

46. \_\_\_\_\_ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. \_\_\_\_\_ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. \_\_\_\_\_ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. \_\_\_\_\_ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. \_\_\_\_\_ İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. \_\_\_\_\_ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. \_\_\_\_\_ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. \_\_\_\_\_ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. \_\_\_\_\_ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. \_\_\_\_\_ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. \_\_\_\_\_ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. \_\_\_\_\_ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. \_\_\_\_\_ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. \_\_\_\_\_ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. \_\_\_\_\_ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. \_\_\_\_\_ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. \_\_\_\_\_ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. \_\_\_\_\_ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. \_\_\_\_\_ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.

65. \_\_\_\_\_ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. \_\_\_\_\_ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. \_\_\_\_\_ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. \_\_\_\_\_ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. \_\_\_\_\_ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. \_\_\_\_\_ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. \_\_\_\_\_ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. \_\_\_\_\_ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. \_\_\_\_\_ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. \_\_\_\_\_ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. \_\_\_\_\_ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. \_\_\_\_\_ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. \_\_\_\_\_ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. \_\_\_\_\_ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. \_\_\_\_\_ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
80. \_\_\_\_\_ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.

81. \_\_\_\_\_ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. \_\_\_\_\_ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. \_\_\_\_\_ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. \_\_\_\_\_ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. \_\_\_\_\_ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyrıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. \_\_\_\_\_ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. \_\_\_\_\_ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. \_\_\_\_\_ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. \_\_\_\_\_ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. \_\_\_\_\_ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.



### EK 3 YOUNG POZİTİF ŞEMA ÖLÇEĞİ (YPSÖ)

#### YÖNERGE:

Aşağıda insanların kendilerini tanımlamak için kullanabilecekleri ifadeler listelenmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve **son bir yıl içinde** size ne derece uygun olduğuna göre değerlendirin. Emin değilseniz, **duygusal olarak nasıl hissediyorsanız** cevabınızı ona göre verin – doğru olduğunu düşündüğünüz şekilde değil. Aşağıdaki değerlendirme ölçeğine göre sizi en iyi anlatan 1’den 6’ya kadarki en yüksek puanı seçin ve sonra her bir ifadenin önündeki satıra cevabınızı yazın.

#### DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ:

<b>1 = Benim için kesinlikle doğru değil derecede doğru</b>	<b>4 = Benim için orta</b>
<b>2 = Benim için çoğunlukla doğru değil çoğunlukla doğru</b>	<b>5 = Benim için</b>
<b>3 = Doğru olan tarafı doğru olmayan tarafından şekilde tanımlıyor biraz daha fazla</b>	<b>6 = Beni mükemmel</b>

1. \_\_\_\_\_ Bir şeylerde iyi olmayı isterim fakat en iyisi olmam gerekmiyor.
2. \_\_\_\_\_ Yakın olduğum insanlara yapışmam çünkü beni terk etmeyeceklerine dair güvenim tamdır.
3. \_\_\_\_\_ Genellikle diğer insanlarla uyum içindeyimdir.
4. \_\_\_\_\_ Benim istediğim ve zayıflıklarımı görse bile beni sevmeye devam edecek bir insan (erkek/kadın) olduğuna eminim.
5. \_\_\_\_\_ İş ya da okul konusu olunca, genellikle diğer insanlar kadar ya da onlardan daha iyiyimdir.
6. \_\_\_\_\_ Günlük hayatta kendi kendime idare etme konusunda yeterli hissediyorum.
7. \_\_\_\_\_ Genellikle tehlikede olmadığını ve her şeyin yolunda olacağını hissedirim.

8. \_\_\_\_ Yaşıtlarımın pek çoğu kadar, anne babamdan ayrılabilirdim ve bağımsız bir birey haline gelebilirdim.
9. \_\_\_\_ İstedığım zaman, diğer insanlara olumlu duygularımı gösterme konusunda genellikle rahatımdır. (Örneğin, fiziksel şefkat, insanlara onları önemseydiğimi söylemek)
10. \_\_\_\_ Kendimle ilgili beklentiler konusunda genellikle gerçekçiyimdir; yaptıklarımın memnun olmak için en iyiler arasında yer almam gerekmiyor.
11. \_\_\_\_ Genellikle rutin ve sıkıcı görevleri tamamlamak için kendimi zorlayabilirim.
12. \_\_\_\_ Eğer bir hata yaparsam, genellikle kendimi affedebilirim; Cezalandırılmayı hak ettiğimi hissetmem.
13. \_\_\_\_ Grup kararında benim dediğim olmadığında genellikle bu durumu sorun etmem.
14. \_\_\_\_ Diğer insanlar onları fark etmese bile, kendi başarılarıma değer veririm.
15. \_\_\_\_ Başarı söz konusu olduğunda kendimi yetkin bir insan olarak görürüm.
16. \_\_\_\_ Her zaman endişelenmeye gerek yok; işler genellikle olumlu sonuçlanır.
17. \_\_\_\_ Bir şeyde başarısız olsam bile, bunun için acı çekmem gerektiğini düşünmüyorum.
18. \_\_\_\_ Eğer bir hedefe ulaşamazsam, genellikle onun peşine düşer ve kolay kolay pes etmem.
19. \_\_\_\_ Mükemmel olmak zorunda değilim; genellikle “yeteri kadar iyi” olmayı kabul edebilirim.
20. \_\_\_\_ Benim isteklerimden farklı olsalar bile diğerlerinin isteklerine saygı duyarım.
21. \_\_\_\_ İnsanların benim hakkımda iyi düşüncelerini sağlamaktan ziyade en önemli olan ne ise ona odaklanırım.
22. \_\_\_\_ Uzun vadeli bir hedefe erişmek için anlık haz veya keyfi feda edebilirim.
23. \_\_\_\_ İstedığım zaman diğer insanlara duygularımı ifade etmekte genellikle rahatımdır.
24. \_\_\_\_ Kendi hayatımı kurabilirdim, ebeveynlerime ve onların problemlerine çok fazla karışmam.
25. \_\_\_\_ Hayatım boyunca, biri için özel olduğumu hissettim.
26. \_\_\_\_ Değerli olduğumu hissetmek için diğer insanlardan çok fazla övgü ya da iltifat almaya ihtiyaç duymam.
27. \_\_\_\_ Karar verme konusunda genellikle rahatım; eğer yanlış yaparsam korkunç bir şey olacak diye endişe etmem.

28. \_\_\_\_\_ Yakın olduğum insanların beni bırakmayacaklarından ya da terk etmeyeceklerinden eminim.
29. \_\_\_\_\_ Başıma kötü şeyler (ciddi parasal problemler, hastalıklar, bana zarar verecek yabancılar ya da felaketler gibi) gelmeyeceğine dair genellikle kendimi güvenli ve emniyette hissedirim.
30. \_\_\_\_\_ Çoğunlukla, beni gerçekten dinleyen, anlayan ya da gerçek ihtiyaçlarımın ve duygularımın farkında olan birisi oldu.
31. \_\_\_\_\_ Genellikle kararlarıma bağlı kalırım.
32. \_\_\_\_\_ Diğerlerinin almış oldukları kararlara uymam gerektiğinde ve istediğimi yapamadığımda, kendi dediğimin olmasına çalışmadan bu kararı kabul edebilirim.
33. \_\_\_\_\_ İnsanların beni terk etmeyeceklerine güvenirim, bu yüzden onlara muhtaçmış gibi davranmam ve onları uzaklaştırmam.
34. \_\_\_\_\_ Gelecekte geçinmek için yeteri kadar param olacağına eminim ve her şeyi kaybetmekle ilgili endişelenmem.
35. \_\_\_\_\_ İş ve başarı konularında çoğu insan kadar yetenekliyim.
36. \_\_\_\_\_ Ebeveynlerimin hayatlarını benim aracılığım ile yaşamaya çalıştıklarını hissetmiyorum- kendi hayatımın olmasına izin veriyorlar.
37. \_\_\_\_\_ Tanıdığım çoğu insanın sadık olacağından ve bana ihanet etmeyeceklerinden eminim.
38. \_\_\_\_\_ Genellikle gruplara dahil olduğumu hissediyorum.
39. \_\_\_\_\_ Hata yaptığımda, genelde kendime fazla yüklenmem ve kendime karşı anlayışlı olmaya çalışırım.
40. \_\_\_\_\_ Duygularımı gösterme konusunda, değer verdiğim insanlar beni doğal ve hislerini ifade edebilen biri olarak görürler.
41. \_\_\_\_\_ Günlük işler konusunda kendimi bağımsız, kendine güvenen biri olarak görüyorum.
42. \_\_\_\_\_ Hem iyi bir insan olup hem de kendi ihtiyaçlarımın diğerlerinininki kadar önemli olduğunu düşünebilirim.
43. \_\_\_\_\_ İş ya da okul konusunda diğer insanlar kadar zekiyimdir.
44. \_\_\_\_\_ Başkalarının yanındayken, genellikle onlar tarafından istediğim kadar kabul gördüğümü hissedirim.
45. \_\_\_\_\_ Ortaya çıkan günlük problemlerin çoğunu çözme konusunda kendime güveniyorum.

46. \_\_\_\_\_ Önem verdiğim insanlar beni, duygularını göstermek konusunda açık ve rahat olabilen biri olarak görür.
47. \_\_\_\_\_ Olmak istediğim kadarıyla, grupların bir parçası olduğumu hissediyorum.
48. \_\_\_\_\_ Çoğu insanın işinde yetenekli olduğu kadar yetenekliyimdir.
49. \_\_\_\_\_ Diğer insanlara olmak istediğim kadarıyla bağlı olduğumu hissediyorum.
50. \_\_\_\_\_ Genellikle, insanlar beni kollamak, sıcaklık ve şefkat göstermek için orada oldular.
51. \_\_\_\_\_ Birisinden bir şey istediğimde ve “hayır” cevabı aldığımda, kendi isteğimde ısrarcı olmadan bunu rahatlıkla kabul ederim.
52. \_\_\_\_\_ Çok çalışırım ve bunun yanı sıra rahatlamak ve eğlence için de zaman ayırırım.
53. \_\_\_\_\_ Kendimle ilgili gerçekçi beklentilerim vardır ve genellikle yaptıklarımla ilgili iyi hissederim.
54. \_\_\_\_\_ Benim için, kendimle ilgili ne düşündüğüm, diğer insanların benimle hakkımda ne düşündüklerinden daha önemlidir.
55. \_\_\_\_\_ Bana en yakın olan insanların her zaman benim için orada olacaklarına güvenebileceğimi biliyorum.
56. \_\_\_\_\_ Değer verdiğim insanlar için bir şeyler yapmaktan keyif alırken kendime de vakit ayırdığımdan emin olurum.

## EK 4 BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R)

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç: **0** Örnek:1. ( **2** ) Baş ağrısı

Çok az: **1**

Orta derecede: **2**

Oldukça fazla: **3**

İleri derecede: **4**

1. ( ) Baş ağrısı
2. ( ) Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ( ) Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. ( ) Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ( ) Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ( ) Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ( ) Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ( ) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ( ) Olayları anımsamada güçlük
10. ( ) Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ( ) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ( ) Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ( ) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ( ) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ( ) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ( ) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ( ) Titreme
18. ( ) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ( ) İştah azalması
20. ( ) Kolayca ağlama
21. ( ) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ( ) Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ( ) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ( ) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ( ) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ( ) Olanlar için kendisini suçlama
27. ( ) Belin alt kısmında ağrılar
28. ( ) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ( ) Yalnızlık hissi
30. ( ) Karamsarlık hissi

31. ( ) Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ( ) Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ( ) Korku hissi
34. ( ) Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ( ) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ( ) Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ( ) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ( ) İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. ( ) Kalbin çok hızlı çarpması
40. ( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ( ) Kendini başkalarından aşağı görme
42. ( ) Adale (kas) ağrıları
43. ( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ( ) Uykuya dalmada güçlük
45. ( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ( ) Karar vermede güçlük
47. ( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ( ) Nefes almada güçlük
49. ( ) Soğuk veya sıcak basması
50. ( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. ( ) Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ( ) Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ( ) Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ( ) Gerginlik veya coşku hissi
58. ( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. ( ) Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ( ) Aşırı yemek yeme
61. ( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ( ) Bir başkasına vurmaya, zarar vermek, yaralamaya dürtülerinin olması
64. ( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ( ) Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ( ) Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
70. ( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ( ) Dehşet ve panik nöbetleri
73. ( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ( ) Sık sık tartışmaya girme
75. ( ) Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu

77. ( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ( ) Değersizlik duygusu
80. ( ) Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ( ) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ( ) Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ( ) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ( ) Suçluluk duygusu
90. ( ) Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

## EK 5 OBSESİF İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ-20 (OİÖ-20)

Bu envantere, insanların zaman zaman takındıkları bir dizi tutum ve inanış sıralanmıştır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Her bir ifade için, nasıl düşündüğünüzü en iyi tanımlayan cevaba karşılık gelen rakamı seçiniz. İnsanlar birbirinden farklı olduğu için envantere doğru veya yanlış cevap yoktur.

Sunulan ifadenin, tipik olarak yaşama bakış açınızı yansıtıp yansıtmadığına karar vermek için sadece çoğu zaman nasıl olduğunuzu göz önünde bulundurunuz.

Derecelendirme için aşağıdaki ölçeği kullanınız:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

Derecelendirme yaparken, ölçekteki orta değeri işaretlemekten (4) kaçınmaya çalışınız; bunun yerine, inanış ve tutumlarınızla ilgili ifadeye genellikle katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

1. Bir şeyden tamamıyla emin değilsem, kesin hata yaparım?	1	2	3	4	5	6	7
2. Değerli biri olmam için yaptığım herşeyde mükemmel olmalıyım	1	2	3	4	5	6	7
3. Zarar verme/görme olasılığı çok az olsa bile, bedeli ne olursa olsun onu engellemeliyim	1	2	3	4	5	6	7
4. Bana göre, kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında onları gerçekleştirme kadar kötüdür	1	2	3	4	5	6	7
5. Bir tehlikeyi önceden görmeme karşın bir harekette bulunmazsam, herhangi bir sonuç için suçlanacak kişi konumuna ben düşerim	1	2	3	4	5	6	7
6. Her türlü günlük aktivitede, zarar vermeyi engellemede başarısız olmak kasten zarar vermek kadar kötüdür	1	2	3	4	5	6	7



7. Benim için, zararı önlememek zarar vermek kadar kötüdür	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir hata yaparsam üzüntülü olmalıyım	1	2	3	4	5	6	7
9. Benim için, her şey mükemmel olmazsa işler yolunda sayılmaz	1	2	3	4	5	6	7
10. Müstehcen düşüncelerin aklımdan geçmesi çok kötü bir insan olduğum anlamına gelir	1	2	3	4	5	6	7
11. İlave önlemler almazsam, ciddi bir felaket yaşama veya felakete neden olma ihtimalim, diğer insanlara kıyasla daha fazladır	1	2	3	4	5	6	7
12. Diğer insanlara kıyasla, kendime veya başkalarına kazara zarar vermem daha muhtemeldir	1	2	3	4	5	6	7
13. Kötü düşüncelere sahip olmak tuhaf veya anormal biri olduğum anlamına gelir	1	2	3	4	5	6	7
14. Dikkatli olsam da kötü şeylerin olabileceğini sıklıkla düşünürüm	1	2	3	4	5	6	7
15. İstenmeyen biçimde zihnimde beliren düşünceler, kontrolü kaybettiğim anlamına gelir	1	2	3	4	5	6	7
16. Dikkatli olmadığım takdirde zarar verici hadiseler yaşanabilir	1	2	3	4	5	6	7
17. Bir şey tam anlamıyla doğru yapıncaya kadar üzerinde çalışmaya devam etmeliyim	1	2	3	4	5	6	7
18. Benim için bir felaketi önlemekte başarısız olmak ona sebep olmak kadar kötüdür	1	2	3	4	5	6	7
19. Kötü bir düşünceye sahip olmak, ahlaki açıdan kötü bir şekilde davranmaktan çok da farklı değildir	1	2	3	4	5	6	7
20. Ne yaparsam yapayım, yaptığım iş yeterince iyi olmayacaktır	1	2	3	4	5	6	7

## EK 6 MİNNETTATLIK ÖLÇEĞİ (MÖ)

	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KİSMEN KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KİSMEN KATILYORUM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1. Hayatta minnettar olacağım çok şeye sahibim.							
2. Minnettar olduğum şeylerin listesini yapsaydım, bu çok uzun bir liste olurdu.							
3. Dünyaya baktığımda, memnun olacağım çok fazla şey görmüyorum.							
4. Çok çeşitli insanlara minnettarım.							
5. Yaşım ilerledikçe, hayat hikâyemin bir parçası olan insanları, olayları ve durumları daha fazla takdir edebildiğimi görüyorum.							
6. Bir şeye veya birine karşı minnettarlık hissetmem için çok zaman geçebilir.							

## EK 7 AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde Prof. Dr. Müjgan İnözü Mermerkaya ve Uzm. Psk. Berge Velibaşoğlu tarafından yürütülen “Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Young Pozitif Şema Ölçeği ile Değerlendirilen Erken Dönem Uyumlu Şemalar Üzerinden Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri ve Müdahale” isimli doktora tez projesi kapsamında yürütülen “Young Pozitif Şema Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”dır. Çalışmanın amacı; pozitif şemalar ve negatif şemalar ile psikiyatrik belirtilerin ilişkisini incelemektir. Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık olarak 45 dakikanızı alacaktır. Katılımınızdan belirli bir süre sonra uygulamanın tekrarlanması gerekmekte olduğu için size ulaşabilmek amacıyla isim ve iletişim bilgileri alınması gerekmektedir. Kişisel bilgileriniz size tekrar ulaşmak amacı dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler ve cevaplar grup halinde değerlendirilecektir. Bu bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından bilimsel çalışma kapsamında kullanılacaktır. Bu anlamda, araştırma sonuçlarından sağlıklı bilgiler edinilebilmesi için soruların **içtenlikle ve boş bırakılmadan** doldurulması oldukça önemlidir. Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Ölçekler genel olarak kişisel rahatsızlık teşkil edecek soruları içermemektedir. Ancak araştırma sırasında herhangi bir nedenden dolayı rahatsızlık hissederseniz, katılımınızı sonlandırabilirsiniz.

Çalışma sırasında sizden istenilen, verilen ölçekleri boş madde bırakmamaya özen göstererek samimi bir şekilde doldurmanızdır. Uygulamalar esnasında araştırmacılara istediğiniz soruları yöneltebilirsiniz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için aşağıdaki araştırmacılara ulaşabilirsiniz:

Uzm. Psk. Berge Velibaşoğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

Tel: 0312 305 18 73

E-posta: [bergeengur@gmail.com](mailto:bergeengur@gmail.com)

Prof. Dr. Müjgan İnoz Mermerkaya

Hacettepe Üniversitesi Psikoloji AD

Tel: 0312 297 8325

E-posta: [mujganinozu@hacettepe.edu.tr](mailto:mujganinozu@hacettepe.edu.tr)



### EK 9 YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri
1. Obsesyonlarla geçen zaman	0	1	2	3	4
2. Obsesyonlardan etkilenme	0	1	2	3	4
3. Obsesyonlardan rahatsız olma					
	Sürekli				Tam
	direnme				teslimiyet
4. Obsesyonlara karşı direnme	0	1	2	3	4
	Tam	Yeterli	Orta	Az	Kontrol
	kontrol	kontrol	kontrol	kontrol	yok
5. Obsesyonların kontrolü	0	1	2	3	4
	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri
6. Kompulsiyonlarla geçen zaman	0	1	2	3	4
7. Kompulsiyonlardan etkilenme	0	1	2	3	4
8. Kompulsiyonlardan rahatsız olma	0	1	2	3	4
	Sürekli				Tam
	direnme				teslimiyet
9. Kompulsiyonlara karşı direnme	0	1	2	3	4
	Tam	Yeterli	Orta	Az	Kontrol
	kontrol	kontrol	kontrol	kontrol	yok
10. Kompulsiyonların kontrolü	0	1	2	3	4

## EK 10 VANCOUVER OBSESİF-KOMPULSİF ENVANTERİ

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

Aşağıdaki ifadeler sizin için ne kadar doğru? Hiç Çok Biraz Oldukça Çok az

1. Mektupları postalamadan önce, her harfi tekrar tekrar kontrol etme mecburiyeti hissedirim.	0	1	2	3	4
2. Kesici bir alet kullanmakla ilgili istenmeyen düşüncelerim nedeniyle sıklıkla keyfim kaçır.	0	1	2	3	4
3. Paraya dokunduktan sonra kendimi çok kirli hissedirim.	0	1	2	3	4
4. Önemsiz kararları almak bile bana çok zor gelir.	0	1	2	3	4
5. Kendimi, tamamıyla mükemmel olmaya mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
6. Bir kaza hakkındaki aynı istenmeyen düşünce veya imge (hayal) tekrar tekrar aklıma gelir	0	1	2	3	4
7. Musluk ve elektrik düğmesi gibi şeyleri kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
8. Evi veya kendimi mikroplardan korumak için aşırı miktarda dezenfektan (mikrop öldürücü) kullanırım.	0	1	2	3	4
9. Sıklıkla önemsiz şeyleri (ör. araba plakaları, levhalardaki talimatlar) ezberlemeye mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
10. Evim, biriktirdiğim eşyalarla darmadağınık olduğu için günlük ev işlerini yapmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
11. Bir şeye karar verdikten sonra, çoğunlukla kararım konusunda uzun süre endişe duyarım.	0	1	2	3	4
12. Hemen hemen her gün, zihnimde istem dışı beliren olumsuz düşüncelerden dolayı rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
13. Ellerimi yıkamak için çok zaman harcarım	0	1	2	3	4
14. Her şeyi tam olarak doğru yapmaya çalıştığım için işleri tamamlamakta sıklıkla zorluk yaşarım.	0	1	2	3	4

15. Ayakkabılarımın tabanına dokunmak beni çok huzursuz eder.	0	1	2	3	4
16. Cinsel içerikli istenmeyen düşünce ve imgelerimden (hayallerden) sıklıkla rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
17. Çok önemsiz bir karar bile vermek zorunda olsam, kendimi gergin hissedirim.	0	1	2	3	4
18. Kendimi günlük işleri yaparken, çok katı bir sıralama takip etmeye mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
19. Mobilyalarımın veya diğer eşyalarımın her zaman tam olarak aynı pozisyonda/konumda olmaması beni rahatsız eder.	0	1	2	3	4
20. Her ne kadar bunu yapma isteğine karşı koymaya çalışsam da kapı ve pencerelerin kilitli olup olmadığını tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21. Çöp ya da çöp kutusuna dokunmak bana çok zor gelir.	0	1	2	3	4
22. Bir şeyi atmam gerektiğini düşündüğümde kendimi çok gergin veya üzgün hissedirim.	0	1	2	3	4
23. Mikroplar ve hastalık konusunda gereğinden fazla endişeliyimdir.	0	1	2	3	4
24. Günlük işleri zamanında tamamlayamadığım için çoğunlukla geç kalırım.	0	1	2	3	4
25. Bir şey bulaşma (kirlenme) olasılığı nedeniyle umumi telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
26. Biriktirdiğim gereksiz eşya yığınlarından dolayı insanları evime davet etmeye utanırım.	0	1	2	3	4
27. Ölüm ile ilgili aynı üzüntü verici düşünce veya imge (hayal) aklıma tekrar tekrar gelir	0	1	2	3	4
28. Herkesin içinde birden bire küfür etmek ve hakaret etmek ile ilgili istenmeyen düşünce ve imgeler beni sıklıkla rahatsız eder.	0	1	2	3	4
29. Diğer insanları üzümüş olabileceğime dair çok endişelenirim.	0	1	2	3	4



30. Sıklıkla, akıp giden bir trafiğin içine arabayla veya koşarak dalma dürtüsü beni korkutur.	0	1	2	3	4
31. Rutin işlerimi yaparken neredeyse her zaman sayı sayarım.	0	1	2	3	4
32. Bir hayvana dokunduğum zaman kendimi çok kirlenmiş hissederim.	0	1	2	3	4
33. En büyük sorunlarımdan biri, bir şeyi tekrar tekrar kontrol etmektir.	0	1	2	3	4
34. Aklıma sıklıkla, kontrolü kaybedeceğime dair rahatsız edici istem dışı düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
35. Neyi saklayıp neyi atmam gerektiğine karar vermek benim için neredeyse imkânsızdır.	0	1	2	3	4
36. Güçlü bir şekilde, bir şeyleri saymaya kendimi mecbur hissederim.	0	1	2	3	4
37. Bunu yapma dürtüsüne karşı koysam bile, ocağı kapatıp kapatmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
38. Yatmadan önceki rutin hazırlığımı kesinlikle aynı şekilde tamamlayamazsam çok rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
39. Vücut salgıları (kan, idrar ve ter vb.) ile en ufak bir temastan bile çok korkarım.	0	1	2	3	4
40. Sıklıkla, diğer insanlara zarar vermeye yönelik istem dışı istek ve dürtülerimden çok rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
41. Her gün, aynı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmekle çok zaman harcarım.	0	1	2	3	4
42. İsraf etmekten korktuğum için bazı şeyleri atmakta çok zorlanırım.	0	1	2	3	4
43. Sıklıkla elektrik düğmesi, musluk, araç-gereç ve kapı gibi şeyleri birkaç defa kontrol etmek zorunda kalırım.	0	1	2	3	4

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

## EK 11 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### Araştırmacının Açıklaması

Yürütülmekte olan bu çalışmada Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış kişilerin şikayetlerinde ortak öğeler olup olmadığını araştırmaktayız. Takıntı şikayetleri nedeni ile Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran kişiler ile yapılacak bu araştırmanın ismi “Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Young Pozitif Şema Ölçeği ile Değerlendirilen Erken Dönem Uyumlu Şemalar Üzerinden Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri ve Müdahale”dir.

Bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Araştırmanın yapılma amacı takıntıları olan kişilerin yakınmalarının içeriğinin benzer olup olmadığını incelemesidir. Bu benzerlikler “Şema Terapi” kapsamında değerlendirilecektir. Bu terapiye göre her kişinin çocukluk döneminde karşılanması gereken temel ihtiyaçları bulunmaktadır. Temel ihtiyaçların karşılanmadığı durumlarda ise yetişkinlikte kişinin hayatını olumsuz etkileyebilecek duygular ve davranış örüntüleri ortaya çıkmaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler de bu temel ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığı durumlara dayanarak değerlendirilecektir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Uzm. Psk. Berge Velibaşoğlu tarafından yürütülecek olan Bilişsel Davranışçı Terapi programına başlanacaktır. Yönlendirildiğiniz terapi görüşmeleri başlamadan önce yaklaşık 20-30 dakika sürmesi öngörülen psikolojik ölçekler verilecektir. Takip eden beşinci görüşmede Şema Terapiye ilişkin “boş sandalye” tekniği uygulanıp ardından uygulamayla ilgili deneyimleriniz ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Elde edilen bilgilerin değerlendirilebilmesi amacıyla, bu görüşmenin tümünün ses kaydı alınacaktır. Bu araştırma kapsamında tedaviniz ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmayacaktır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalında gerçekleştirilecek olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Araştırmaya en az 5 gönüllünün katılması beklenmektedir.

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

Çalışma sürecinde sizinle ilgili elde edilen bilgiler gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi kimliğiniz gizlenecektir. Bu bilgiler çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerince gereği halinde incelenebilecek ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzaladığımızda söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir. Araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

### **Hastanın Beyanı**

Sayın Uzm. Psk. Berge Velibaşoğlu tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında klinik bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam gerekli hallerde, araştırma dahilinde elde edilen bilgilerimin inceleneceğini biliyorum ve araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim*).

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; Uzm. Psk. Berge Velibaşoğlu’na 0 (312) 305 18 73 veya 0 (534) 828 12 55 numaralı telefonlardan ve HÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı adresinden, Prof. Dr. Elif Barışkın’a ise 0 (312) 305 18 73 numaralı telefondan ve HÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı adresinden ulaşılabileceğimi biliyorum.

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

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşığıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

**Katılımcı ile görüşen araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza