

T. C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

DİNİ İÇERİKLİ PSİKO-EĞİTİM EKLENMİŞ BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI GRUP
PSİKOTERAPİNİN DİNİ İÇERİKLİ OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI
OLAN HASTALARDAKİ ETKİLİLİĞİ

DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
Taha Burak TOPRAK

GAZİANTEP – 2022

**T. C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI**

**DİNİ İÇERİKLİ PSİKO-EĞİTİM EKLENMİŞ BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI GRUP
PSİKOTERAPİNİN DİNİ İÇERİKLİ OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI
OLAN HASTALARDAKİ ETKİLİLİĞİ**

DOKTORA TEZİ

**HAZIRLAYAN
Taha Burak TOPRAK**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. M. Hakan TÜRKCAPAR**

GAZİANTEP – 2022

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Doktora Tezi olarak sunduğum “**Dini İçerikli Psiko-Eđitim Eklenmiř Biliřsel Davranışçı Grup Psikoterapinin Dini İçerikli Obsesyon ve Kompulsiyonları Olan Hastalardaki Etkililiđi**” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı dūřecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gōsterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım. 13 / 01 / 2022

[İmza]

ÖNSÖZ

Çalışmanın, ruhsal acıyı farklı boyutlarıyla yaşayan, iyileşmek için bizlere ümit bağlayan hastalarımızın en üstün iyiliğine hizmet etmesini ümit ediyorum.

Bir hocanın çok ötesinde ustam olan, çok değerleri zamanından beni mahcup edecek denli vakit ayıran, en ince ayrıntılarda bile tam bir usta hassasiyeti ile bana yön veren kıymetli tez hocam Prof. Dr. Hakan Türkçapar'a, her daim nezaketi ve cesaret veren geri bildirimleriyle Prof. Dr. Levent Sütçügil'e, çalışmanın felsefi arka planını en kritik yönleri ile belirginleştiren dikkatini ve öğütlerini hiç esirgemeyen, her geri bildiriminde bana güç ve ümit aşıl原因an Prof. Dr. Mehmet Hilmi Demir'e, tezin her sürecinde ve her konuda bir hoca olmasının ötesinde öncü bir meslek büyüğüm olarak, benimle hem dertleşip hem yön gösteren Doç. Dr. Fatih Yavuz'a, büyük hayallerimizle bilimin ısrarlı tevazuu arasındaki ilişkiyi hayallerimizi hiç incitmeden kuran, sorularımı hiç cevapsız bırakmayan Prof. Dr. Osman Tolga Arıcak'a, meslek hayatımın önemli kavşaklarında hep öğütleri ve örnekliliği olan, çalışmalarımı her zaman dikkatle dinleyip teşvik eden ve jürime üyeliği kabul etme nezaketini gösteren Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe'ye, ve tabi mesleğimdeki tüm güzel başlangıçlarda sözü, ayrı bir yeri ve emeği olan Dr. Mehmet Dinç'e...

Her daim dostluklarını gördüğüm, tüm süreçleri bana empati ile kolaylaştıran bölümün güzide ekibi, Dr. Saadet Yapan, Kln. Psk. Feyza Topçu, Kln. Psk. Merve Gülçin Tutlu, ve Uzm.Psk. Abdullah Solmaz'a, kritik süreçlerde önerilerini esirgemeyen Dr. Ömer Toprak, Dr. Akif Avcu ve Dr. Erdem Sevim'e...

Meslekte ve hayatta yol arkadaşlarım, kardeşlerim, çalışmamın böyle özenli, düzenli ve sistemli ilerlemesinde her zaman destekçim olan Kln. Psk. Yakup Işık, Kln. Psk. Nurşin Çetiner, Psk. Beyza Karakan ve Kln. Psk. Hanne Nur Özçelik'e ve tabi her zaman güler yüzleri, heyecanlarıyla, çalışmanın en güzel şekilde sonuçlanmasını en az benim kadar istediklerinden hiç şüphem olmayan İDP ekibindeki kıymetli yol arkadaşlarım, kardeşlerime...

Birçok insan gibi benim için de gizli kahramanlarla dolu olan Aileme...

Çok teşekkür ederim....

Ocak, 2022

ÖZET

Bu araştırmanın amacı Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- eklenmiş Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin, dini içerikli obsesyon ve kompulsiyonların tedavisinde etkisinin incelenmesi ve Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi ile karşılaştırılarak 4T müdahalesinin anlamlı bir fark oluşturup oluşturmadığını incelemektir. Deneysel desende gerçekleştirilen araştırmada veri toplama araçları olarak, Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği, Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği İçgörü Maddesi, Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri, Obsesif İnançlar Ölçeği ve Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği kullanılmıştır. Dahil olma ölçütlerini karşılayan 32 hasta OKB belirti şiddetleri, cinsiyet, eğitim, ilaç kullanımı, belirti türleri (otojen-reaktif) kontrol edilerek randomize şekilde BDGT ve 4T Eklenmiş BDGT olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Yapılan analizler sonucunda iki grup müdahalesinin de OKB'nin tedavisinde güçlü şekilde etkili olduğu, bu etkinin 1 aylık izleme sürecinde de devam ettiği, iki grup tedavisi arasında 4T'nin orta düzeyde etkiyle daha iyi içgörü oluşturması dışında anlamlı bir fark bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Grup içi etkilere bakıldığında, genel olarak, 4T Eklenmiş BDGT, içgörü ve obsesif inanç alanlarında daha etkiliyken, BDGT'nin ise hem genel kaygı hem de dini obsesyon/kaygılarda daha etkili olduğu görülmüştür. 4T müdahalesinin yapıldığı haftalarda ise, 4T'nin obsesif inançlara ek olarak obsesif ve kompulsif belirti ve depresif belirtilerde de BDT'ye kıyasla daha etkili olduğu bulunmuştur. 4T'nin tedavi müdahalesi içindeki yerinin arttırıldığı ve bilişsel terapiye eklenmek yerine onun alternatifi olarak ERP'ye eklendiği yeni çalışmalar ilgili etkinin istatistiksel olarak sınanması bağlamında daha faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Dini içerikli OKB, Bilişsel davranışçı psikoterapi, Grup terapisi, Dini içerikli psiko-eğitim, 4T modeli

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the effectiveness of Religious Psycho-education -4T Model- Integrated Cognitive Behavioral Group Therapy in the treatment of religious obsessions and compulsions, to compare its effect with the Cognitive Behavioral Group Therapy and to examine whether the 4T intervention makes a significant difference. Study was conducted in an experimental design. Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, Brown Assessment of Beliefs Scale, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Penn Inventory of Scrupulosity, Obsessive Beliefs Questionnaire and Thought–Action Fusion Scale were used as data collection tools. 32 OCD patients meeting the inclusion criteria were randomly assigned to two groups as, 4T Integrated CBGT and CBGT. Gender, education, medication and type of autogenous or reactive were controlled. The results of the study showed that; both groups were strongly effective in the treatment of OCD, this effect continued during the 1-month follow-up period, and there was no significant difference between the two groups of treatment, except that 4T produced better insight with moderate effect. Considering the in-group effects, in general, it was seen that 4T Integrated CBGT was more effective in insight and obsessive beliefs, while CBGT was more effective in both general anxiety and religious obsessions/anxieties. In the weeks of the 4T intervention, it was found that 4T was more effective than CBT in obsessive and compulsive symptoms and depressive symptoms in addition to obsessive beliefs. In future studies, integrating the 4T model directly to ERP instead of cognitive therapy and allocate more space to 4T in the general treatment may help us validate the statistical significance of the specific effects of 4T.

Keywords: Religious OCD (Scrupulosity), Cognitive behavioral psychotherapy, Group therapy, Religious psycho-education, 4T model

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
BİRİNCİ BÖLÜM	
GİRİŞ.....	1
1.1. Genel Giriş ve Amaç	1
1.1.1. Problem Durumu/ Konunun Tanımı	1
1.1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.1.3. Araştırmanın Önemi	7
1.1.4. Varsayımlar	8
1.1.5. Sınırlılıklar	8
1.1.6. Tanımlar	8
İKİNCİ BÖLÜM	
KAVRAMSAL ÇERÇEVE	10
2.1. OKB.....	10
2.1.1. OKB Tanımı ve Tanı Ölçütleri	10
2.1.2. OKB Tarihçe.....	12
2.1.3. OKB Epidemiyoloji	12
2.1.4. OKB Belirti Boyutları/Alt Türleri	13
2.1.4.1. Otojen – Reaktif Ayrımı.....	14
2.1.5. İçgörü	15
2.1.6. OKB Etiyoloji	18

2.1.6.1. Biyolojik.....	18
2.1.6.1.1. Genetik.....	18
2.1.6.1.2. Nörokimyasal.....	19
2.1.6.1.3. Nörofizyolojik	20
2.1.6.1.4. Nöroimmünoloji	21
2.1.6.2. Psikososyal	21
2.1.6.2.1. Psikanaliz ve Psikodinamik Yaklaşım.....	21
2.1.6.2.2. Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşım	23
2.1.6.2.2.1. Davranışsal Özellikler.....	23
2.1.6.2.2.2. Bilişsel Özellikler.....	24
2.1.7. Komorbidite	24
2.1.8. Tedavi	25
2.1.8.1. Farmakoterapiler	25
2.1.8.2. Psikoterapiler.....	26
2.1.8.2.1. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler.....	26
2.1.8.2.2. Grup Psikoterapileri.....	29
2.2. Dini İçerikli OKB	30
2.2.1. Dini İçerikli OKB Tanımı	30
2.2.2. Epidemiyoloji.....	31
2.2.3.1. Alt Türleri.....	32
2.2.3.1.1. Otojen – Reaktif Ayrımı	33
2.2.4. İçgörü	33
2.2.5. Etiyoloji.....	34
2.2.5.1. Dini İçerikli Belirtiler ve Dindarlık.....	34
2.2.5.2. Psikanaliz ve Psikodinamik Yaklaşım	34
2.2.5.3. Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşım	35
2.2.5.2.1. Davranışsal Özellikler	35

2.2.5.2.2. Bilişsel Özellikler	35
2.2.6. Tedavi	36
2.2.6.1. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler	36
2.2.6.1.1. Dini/Manevi Duyarlılıklara Uygun Olarak Yapılandırılan Dini Yönden Duyarlı Bilişsel Davranışçı Psikoterapi.....	36
2.2.6.1.2. Dini İçerikli Bilgilerin Entegrasyonu ile Oluşturulan Özgün Modeller	39
2.2.6.2.2.1 RCBT	39
2.2.6.2.2.2. İslamiyet Özelinde Çalışmalar	40
2.2.6.2.2.2.1. 4T Modeli	42
2.2.7. İlgili Araştırmalar.....	43
2.2.7.1. Dini İçerikli OKB Tedavisinde Dini Yönden Duyarlı Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler ve Dini Bilgilerin Entegrasyonu ile Oluşturulmuş Özgün Modellerin Bireysel ve Grup Psikoterapileri Araştırmaları	44
2.5.7.1.1. Bireysel Psikoterapi Araştırmaları.....	44
2.5.7.1.2. Grup Psikoterapisi Araştırmaları	46
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	
YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırma Deseni	48
3.2. Örneklem	50
3.3. Çalışmanın Aşamaları.....	51
3.4. Veri Toplama Araçları.....	53
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	53
3.4.2. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID – 5/CV)	53
3.4.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Semptom Kontrol Listesi (Y-BOCS-SC) ...	53
3.4.4. Değerlendirme/Formülasyon Görüşmesi Formu	54
3.4.5. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)-Öz Bildirim Formu	54
3.4.6. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin 11. Maddesi	54

3.4.7. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)	55
3.4.8. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	55
3.4.9. Beck Anksiyete Envanteri (BAE).....	55
3.4.10. Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri (PDOE)	56
3.4.11. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ).....	56
3.4.12. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ)	57
3.5. Deneysel Uygulama.....	58
3.6. İstatiksel Analiz	62

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT, BDGT grubunun ön test, son test ve izlem sonuçlarının gruplar arası farklar yönünden karşılaştırılması	64
4.2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT, BDGT grubunun ön test son test ve izlem sonuçlarının gruplar arası farklar yönünden karşılaştırılması	82
4.3. Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT, BDGT grubunun 17.seans ara ölçüm/ön test, 20.seans ara ölçüm/son test sonuçlarının gruplar arası farklar yönünden karşılaştırılması.....	87
4.4. Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT, BDGT grubunun 17.seans ara ölçüm/ön test, 20.seans ara ölçüm /son test sonuçlarının gruplar arası farklar yönünden karşılaştırılması.....	91

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Terapi Müdahalelerinin, Obsesif ve Kompulsif Belirti Şiddetine ve Obsesif İnançlara Etkisi	97
5.2. Terapi Müdahalelerinin İçgörü Düzeyine Etkisi	103
5.3. Terapi Müdahalelerinin, Depresyon ve Kaygı Belirtilerine Etkisi	104
5.3.1. Depresif Belirtilere Etkisi	105
5.3.2. Anksiyete Belirtilere Etkisi	106
5.4. Terapi Müdahalelerinin Dini Obsesyon/Kaygılara Etkisi	107

5.5. Hastalardan Alınan Sözel ve Yazılı Geri Bildirimler	109
--	-----

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	112
-------------------------------	------------

6.1. Sonuç	112
------------------	-----

6.2. Öneriler.....	113
--------------------	-----

KAYNAKÇA	115
-----------------------	------------

EKLER.....	140
-------------------	------------



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Araştırma Deseni.....	49
Tablo 2. Çalışmayı tamamlayan katılımcıların yaş ortalamaları, cinsiyet, eğitim düzeyleri ve OKB türüne göre dağılımı.....	52
Tablo 3. Deneysel müdahale	59
Tablo 4. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT grubu Y-BOCS ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları	64
Tablo 5. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT grubu Y-BOCS ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	65
Tablo 6. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları	67
Tablo 7. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	67
Tablo 8. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği İçgörü Alt Boyutu ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları.....	68
Tablo 9. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği İçgörü Alt Boyutu ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları	69
Tablo 10. Depresyon ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları.....	70
Tablo 11. Depresyon ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları	70
Tablo 12. Anksiyete ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları.....	71
Tablo 13. Anksiyete ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları	72
Tablo 14. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT grubu Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları.....	73
Tablo 15. Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	73

Tablo 16. Obsesif İnançlar Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları	75
Tablo 17. Obsesif İnançlar Ölçeği ön-test, son-test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	77
Tablo 18. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları	79
Tablo 19. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	80
Tablo 20. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT gruplarının Y-BOCS ön test, son test ve izleme testi skorlarına ilişkin Mann-Whitney U sonuçları	82
Tablo 21. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılık düzeylerini belirlemek üzere yapılan Mann-Whitney U sonuçları.....	83
Tablo 22. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği İçgörü Alt Boyutu ön test, son test ve izleme testi puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılık düzeylerini belirlemek üzere yapılan Mann-Whitney U sonuçları	83
Tablo 23. BDGT ve 4T gruplarının Depresyon Ölçeği ön test, son test ve izleme testi skorlarına ilişkin Mann-Whitney U sonuçları	83
Tablo 24. BDGT ve 4T gruplarının Anksiyete Ölçeği ön test, son test ve izleme testi skorlarına ilişkin Mann-Whitney U sonuçları	84
Tablo 25. Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri ön test, son test ve izleme testi puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılık düzeylerini belirlemek üzere yapılan Mann-Whitney U sonuçları	84
Tablo 26. BDGT ve 4T gruplarının Obsesif İnançlar Ölçeği ön test, son test ve izleme testi skorlarına ilişkin Mann-Whitney U sonuçları	85
Tablo 27. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılık düzeylerini belirlemek üzere yapılan Mann-Whitney U sonuçları	86
Tablo 28. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT gruplarının Y-BOCS 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları	87
Tablo 29. BDGT ve 4T gruplarının Depresyon Ölçeği 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları	87
Tablo 30. BDGT ve 4T gruplarının Anksiyete Ölçeği 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları	88

Tablo 31. Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri 17. seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları.....	88
Tablo 32. BDGT ve 4T gruplarının Obsesif İnançlar Ölçeği 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları	89
Tablo 33. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları.....	90
Tablo 34. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT grubu Y-BOCS 17. seans ve 20. seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	91
Tablo 35. Depresyon ölçeği 17. seans ve 20. seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	92
Tablo 36. Anksiyete ölçeği 17. seans ve 20. seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	92
Tablo 37. Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri 17. seans ve 20. seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	93
Tablo 38. Obsesif İnançlar Ölçeği 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	94
Tablo 39. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği 17. seans ve 20. seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları.....	95

KISALTMALAR LİSTESİ

4T	:	Tahayyül, Tevehhüm, Taakkul, Tasdik
BAE	:	Beck Anksiyete Envanteri
BDE	:	Beck Depresyon Envanteri
BDT	:	Bilişsel Davranışçı Terapi
BDGT	:	Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi
BİDÖ	:	Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği
DEKÖ	:	Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği
DSM-5	:	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition)
ERP	:	Exposure and Response Prevention (Maruz Bırakma ve Tepki Engelleme)
OİÖ-44	:	Obsesif İnanışlar Ölçeği-44
OKB	:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PDOE	:	Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri
YB-İ	:	Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği 11.Maddesi (İçgörü)
Y-BOCS	:	Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Genel Giriş ve Amaç

1.1.1. Problem Durumu/ Konunun Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, OKB, kişilerin yaşamlarında işlev bozucu 10 hastalıktan biridir (World Health Organization, 2001). Obsesif kompulsif bozukluk, obsesyon ve kompulsiyon ile karakterize edilen yaygın bir ruh sağlığı problemidir. Obsesyon; istenmeyen, girici, tekrarlayan ve ısrarcı düşünceler, imge veya dürtüler olarak ifade edilirken; kompulsiyon, belli kurallara göre ya da basmakalıp bir şekilde gerçekleştirilen ve kendi içinde bir sonu olmayan ancak bir durumu veya olayı önlemeyi amaçlayan, tekrarlayan ve görünüşte amaçlı davranış olarak ifade edilir. Obsesyonlar veya kompulsiyonlar, kişinin normal rutinini, mesleki işlevselliğini, günlük sosyal faaliyetlerini veya ilişkilerini önemli ölçüde bozmaktadır (Giasuddin ve Hossain, 2020). Kişinin yaşam kalitesini etkileyen obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) genel popülasyonda görülme oranı ise yaklaşık %4'tür (Nazeer vd., 2019). Genellikle geç ergenlik veya erken yetişkinlikte ortaya çıkmaktadır (Abramowitz vd., 2009). OKB sıklıkla simetri, saldırganlık, cinsel, dini, bulaşma, temizlik ve biriktirme alt boyutlarını içeren heterojen bir durumdur (Vellozo vd., 2021). Lee ve Kwon (2003), obsesyonları otojen ve reaktif obsesyonlar şeklinde sınıflandırmışlardır (Lee ve Kwon, 2003). Otojen ve reaktif obsesyon ayrımı, bilişsel gelişim sürecindeki farklılıklara, uyaranlarla tetiklemeye, düşünce içeriğine, nötralize etme veya kontrol stratejilerine dayanarak homojen bir alt tip tanımına imkân sağlamaktadır (Kaloğlu vd., 2019). OKB'nin gelişiminde rol oynayan temel alanların biyolojik/genetik etkiler, öğrenilmiş inanç ve davranışlar, sosyal bağlam ve tetikleyici olaylar olduğu düşünülmektedir (Bream vd., 2017). Aile ve ikiz çalışmaları, obsesif kompulsif bozukluğun etiolojisinde genetiğin önemli bir rolünü ortaya koymaktadır (Mahjani vd., 2021). Davranışçı kuramlar, OKB'nin oluşumu ve gelişimini, özünde nötral bir uyarının kaygı uyandıran bir uyarana ile eşleşmesi sonucu, obsesyonun açığa çıkması, klasik koşullanma ile başlayan; kaygıyı azaltan her türlü davranış, kompulsiyon, kaçınma, nötralizasyonun oluşmasını da edimsel koşullanma ile sürdürülen bir durum olarak açıklarlar (Salzman ve Thaler, 1981). Bilişsel kuramcılar ise, uyumsuz

inançların OKB'nin gelişimine yol açtığını ifade etmektedirler (Gagné ve Radomsky, 2017). Genellikle ortaya çıkan girici düşüncelerin felaketleştirici bir şekilde yorumlanması ise OKB'yi sürdürmektedir (Tibi vd., 2018). Davranışçı ve bilişsel yaklaşımın bir entegrasyonu olan bilişsel davranışçı modele göre, doğal bir olay olan istenmeyen girici düşünce deneyimi kişi tarafından çok önemli ya da tehdit edici olarak değerlendirilirse, intrüzyon obsesyona dönüşmektedir. Bu şekilde bir değerlendirme kişiye sıkıntı vermektedir ve kişiyi istenmeyen düşünceleri bastırmaya ya da ortadan kaldırmaya, intrüzyonla ilişkili zararlı olayları önlemeye yönelik girişimde bulunmaya motive etmektedir. Bu perspektiften bakıldığında, kompulsiyonların, girici düşünceleri ortadan kaldırma ve algılanan zararlı sonuçları önleme çabaları olarak geliştiği görülmektedir. Bu çabalar sıkıntıyı anlık azaltma ve istenmeyen düşüncelerin geçici olarak ortadan kaldırılmasıyla pekiştirildiği için kompulsiyonlar, kalıcı ve aşırı hale gelmektedir (Abramowitz vd., 2009). OKB tedavisinde bireylerin %40-60'ının seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi birinci basamak tedavilere yanıt verdiği görülmektedir (Grassi ve Pallanti, 2018). Genellikle OKB tedavisi için bireysel veya grup formatında verilen bilişsel davranışçı terapi önerilmektedir (Papageorgiou vd., 2018). Bununla birlikte maruz kalma ve tepki önleme (ERP) OKB için ampirik olarak desteklenen en güçlü psikolojik tedavidir (Rector vd., 2019). Günümüzde halihazırdaki kanıta dayalı müdahalelerden yeterli faydaya ulaşamayanlar için yeni ve daha yeterli/etkili tedavi stratejileri geliştirilmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır (Pittenger vd., 2021).

“Scrupulosity”, dini obsesyon ve kompulsiyonlar ile tanımlanmış OKB'nin yaygın ancak az çalışılmış bir alt türüdür (Buchholz vd., 2019; Deacon ve Nelson, 2008). Dini obsesyon ve kompulsiyonlar, klinisyenler tarafından iyi bilinmesine rağmen ampirik/deneysel tedavi çalışmalarında nispeten daha seyrek olarak ele alınmaktadır (Abramowitz ve Hellberg, 2020). Dini içerikli OKB'nin, kir ve bulaşma alt türünden sonra ülkemizde en yaygın görülen OKB alt türlerinden olduğunu belirten çalışmalar vardır (Tezcan ve Millet, 1997). Diğer alt türlerle kıyaslandığında kendisine özgü zorlukları mevcuttur (Abramowitz, 2001; Huppert ve Siev, 2010; Purdon ve Clark, 2013; Siev ve Huppert, 2017; Toprak, 2018). Bu zorlukların aşılmasına dair dindar hastaların kendilerine özgü duyarlılıklarına uygun çerçevelerin oluşturulması; tedavilerin buna uygun şekilde yeniden düşünülmesi tavsiye edilmektedir. (Siev ve Huppert, 2017; Witzig; 2017; Toprak, 2018; Huppert vd., 2007). Bu bağlamda Dini içerikli OKB'nin BDT'sinde iki tür yaklaşım belirgindir. Dini/manevi konulara duyarlı BDT ve özel olarak dini bilgi ve davranışların da kavramsal ve eylemsel bir katkı olarak BDT'nin teorik ve pratik yapısına entegre edildiği özgün tedavi modeli yaklaşımları. Dini bilgilerin

kullanıldığı özgün modellere baktığımızda burada öncelikle karşımıza RCBT (Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi) çıkmaktadır. Dini içerikli OKB’de, Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT’nin etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, tedavinin dini içerikli OKB hastaları için faydalı olduğu belirtilmektedir (Aouchekian vd., 2017). Diğer bir çalışmada ise manevi değerlerle entegre terapi uygulamasında, dinin, bozukluğun fenomenolojisinde ve hastanın başa çıkmasında önemli bir rolü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Md Rosli vd., 2018). Bir başka çalışmada, terapide pratik kavramsal kullanımlar yoluyla terapiye manevi değerlerin entegrasyonu önerilmektedir (Md Rosli vd., 2019). Bu tür çalışmaların tedaviye uyumu artırabileceği ifade edilmektedir (Toprak, 2018). Bu bağlamda ülkemizdeki bir çalışma ise Toprak’ın, İslam alimlerinin insanın psikolojik yapısı ve özel olarak bilişsel işleyişe dair kavramsallaştırmalarından hareketle geliştirdiği ve vaka çalışmalarında uyguladığı 4T Modeli isimli psiko-eğitim modelidir (Toprak ve Emül, 2016).

1.1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmamızın amacı, BDT modelinin bilişsel psiko-eğitimine bir ek olarak Dini içerikli OKB için açıklayıcı olacak ‘tasdik’, ‘iman’, ‘kalp’ gibi dini bilgi ve kavramlar öneren 4T Psiko-Eğitim modelinin, BDGT’ye eklendiğinde etkinlik açısından ek bir katkıda bulunup bulunmadığını saptamaktır. Bu doğrultuda Dini içerikli OKB psikoterapisine yönelik, Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş Bilişsel Davranışçı Grup Psikoterapisi programı geliştirilerek etkililiğinin incelenmesi ve bilişsel davranışçı grup psikoterapisi programıyla karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
 - 1.1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların ‘obsesyon’ alt boyutunda ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
 - 1.2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların ‘kompulsiyon’ alt boyutunda ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği İçgörü alt testi ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
3. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Brown İçgörü Ölçeği ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
4. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Beck Depresyon Ölçeği ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
5. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Beck Anksiyete Ölçeği ön test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
6. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Penn Dinsel Obsesyonlar Ölçeği'nin ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
 - 6.1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Penn Dinsel Obsesyonlar Ölçeği'nin 'Tanrı Korkusu' alt boyutunda ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
 - 6.2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Penn Dinsel Obsesyonlar Ölçeği'nin 'Günah Korkusu' alt boyutunda ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
7. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Obsesif İnançlar Ölçeği'nin ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
 - 7.1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Obsesif İnançlar Ölçeği'nin 'Sorumluluk / Tehlike Beklentisi' alt boyutunda ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.
 - 7.2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Obsesif İnançlar Ölçeği'nin 'Mükemmeliyetçilik / Kesinlik'

alt boyutunda ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

7.3. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Obsesif İnançlar Ölçeği'nin 'Düşüncelere Önem Verme / Düşünceleri Kontrol Etme' alt boyutunda ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

8. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

8.1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği 'Olasılık' alt boyutunda ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

8.2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği 'Ahlak' alt boyutunda ön-test, son-test, izleme ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

9. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.seans (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

9.1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların 'obsesyon' alt boyutunda 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

9.2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların 'kompulsiyon' alt boyutunda 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

10. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Beck Depresyon Ölçeği 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara

ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

11. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Beck Anksiyete Ölçeği 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

12. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Penn Dinsel Obsesyonlar Ölçeği'nin 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

12.1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Penn Dinsel Obsesyonlar Ölçeği'nin 'Tanrı Korkusu' alt boyutunda 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

12.2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Penn Dinsel Obsesyonlar Ölçeği'nin 'Günah Korkusu' alt boyutunda 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

13. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Obsesif İnançlar Ölçeği'nin 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

13.1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Obsesif İnançlar Ölçeği'nin 'Sorumluluk / Tehlike Beklentisi' alt boyutunda 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

13.2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Obsesif İnançlar Ölçeği'nin 'Mükemmeliyetçilik / Kesinlik' alt boyutunda 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

13.3. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Obsesif İnançlar Ölçeği'nin 'Düşüncelere Önem Verme / Düşünceleri Kontrol Etme' alt boyutunda 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

14. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

14.1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği 'Olasılık' alt boyutunda 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

14.2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- BDGT ve BDGT grubunda yer alan hastaların Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği 'Ahlak' alt boyutunda 17.hafta (ara ölçüm/ön-test) ve 20.hafta (ara ölçüm/son-test) ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

1.1.3. Araştırmanın Önemi

Araştırma dini içerikli OKB gibi yaygın olmasına rağmen zorlukları nedeniyle ampirik olarak yeteri kadar ele alınmamış (Abramowitz ve Hellberg, 2020) bir alanla ilgili ampirik bir çalışma yaparak alana katkı sunacaktır. Her iki grup da dini yönden duyarlı şekilde dizayn edildiği için bu tür yaklaşımların tedavideki etkisini araştırmış olacaktır. Bununla birlikte en temelde Dini/Manevi Entegrasyon gibi ontolojik referansları farklı olan alanlar arasında kurulacak ilişkiye dair kritik bir konuyu ele alacak ve burada ampirik bir yöntem kullanacaktır.

Bu bağlamda özgün yanlarından biri olarak, araştırma, dini ve kültürel hassasiyete uygun modellere ihtiyacın yanı sıra dini bilgi ve eylemlerin tedaviye aktif katılımının önerildiği dini içerikli OKB tedavisinde kullanılacak özgün bir model önermektedir. 4T modelinin yeni ontolojik katkıları ve dini içerikli bilgi paylaşımları ile 'kalp' ve 'tasdik'

kavramları ile, iman, ahlak ile imge, dürtü ve düşünceyi birbirinden ayırmak; ‘tasdik’ kavramı ile imge, dürtü, düşünce ve eylemi birbirinden ayırmak; ‘şeytan ve vesvese’ kavramları ile obsesyonla kişinin kendi arzu ve istek ve değerlerini birbirinden ayırmak; ‘dini bilgilerle’, mükemmelliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük’ün dinen de uygun olmadığını öğretmek gibi müdahaleler içermektedir. Bu model, müslüman hastalar için dini hassasiyetlere uygun olmasının yanı sıra İslam geleneğindeki bilgilerden hareketle bilişsel modele de faydalı olabilecek farklı bir bilişsel yeniden yapılandırma şekli ve hastaların psiko-eğitim sürecini kolaylaştıracağını iddia ettiği ontolojik eklemeler önermektedir. **Yeni bir model önerisi** sunarak, dini içerikli OKB gibi tedavi direnci yüksek bir hastalık için özgün bir tedavi müdahalesinin etkisini araştırarak tedavide **direncin bileşenlerini zayıflatacak noktaları araştıracaktır.**

Araştırmanın hipotezleri doğrulandığı takdirde dini içerikli OKB tedavisini kolaylaştıran yeni bir model kazanılmış olacak, bu da öncelikle ülkemiz sonra da dünyada dini içerikli OKB tedavilerine katkı sağlayacaktır. Yanı sıra güncel klinik pratiğimizdeki kanıta dayalı uygulamalarımızı yeni ontolojik çerçevelerle birlikte düşünmenin imkanlarını tartışmaya açacaktır.

1.1.4. Varsayımlar

Araştırma örnekleminin evreni temsil ettiği varsayılmıştır. Hastaların kullanılan ölçüm aletlerine doğru ve içten cevap verdikleri varsayılmıştır.

1.1.5. Sınırlılıklar

Kovid-19 şartları nedeniyle terapi oturumları online olarak yapılmıştır.

İzleme çalışması 1 ay ile sınırlıdır.

OKB’ye dair yapılan ölçümler, çalışmada kullanılan araçların ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.

1.1.6. Tanımlar

Dini İçerikli OKB: Dini içerikli OKB, temelinde dini ve/veya ahlaki girici düşüncelerin ve ardından tekrarlayan davranışların olduğu, işlevselliği kısıtlayan, OKB'nin bir alt boyutudur (McIngvale vd., 2017). Obsesif dini şüpheler, kutsal değerlere karşı hürmetsizlik içeren düşünce ve imgeler ile kompulsif şekilde yapılan “dini” ritüellerle, onay arayıcı davranış ve kaçınmaları içermektedir (Abramowitz ve Jacoby, 2014a).

Dini İçerikli Psiko-eğitim: Dini içerikli psikoeğitim, BDT'ye dini kaynaklardaki bilgilerin eklenmesiyle oluşturulan Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT protokolü şeklinde uygulanan bir yöntemdir (Aouchekian vd., 2017).

4T Modeli: 4T modeli, İslam düşüncesinin bilişsel dair kullandığı zengin kavramsal imkanlardan hareketle, OKB hastalarının obsesyon, hatalı inanç ve yorumlarla, mantıksal akıl yürütme ve değerleri arasındaki farkı daha güçlü şekilde anlayabilmeleri için oluşturulmuş bir psiko-eğitim modelidir (Toprak, 2021).

Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi: Bilişsel Davranışçı Psikoterapinin bireysel uygulamasının grup terapisinin yapı ve işleyişine uygun hale getirilmiş versiyonudur. Bu çalışma için, dini inanç ve davranışlara duyarlı olacak şekilde ilgili literatürden faydalanılarak oluşturulmuştur (Clark, 2019; Purdon ve Clark, 2013; Şafak vd., 2014).

Dini İçerikli Psiko-eğitim (4T Modeli) eklenmiş Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi: BDGT uygulamasına, dini içerikli bilgileri içeren psikoeğitim eklenerek oluşturulmuştur. 4T modeli merkezinde dini metinlerden alınan referanslar psiko-eğitime yeni bir boyut olarak katılmaktadır (Toprak, 2021).

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. OKB

2.1.1. OKB Tanımı ve Tam Ölçütleri

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), zihinde istem-dışı ortaya çıkan ve kişilerde sıkıntı ve rahatsızlığa neden olan obsesyonlar ile bu obsesyonlara bir yanıt olarak veya bir bütünlük duygusu elde etmek için yapmaya zorlandığını hissettiği zihinsel ya da davranışsal tepkiler olan kompulsiyonların varlığı ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanır. Obsesyon girici, tekrarlayıcı, ısrarlı ve istenmeyen düşünce, imge ve dürtüleri ifade ederken; kompulsiyon ise kişinin obsesyonlara bir yanıt olarak yapmaya zorlandığını hissettiği tekrarlayıcı zihinsel ya da dış dünyadaki eylemlerini ifade eder (Stein vd., 2019).

Ayrıca, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının Beşinci Basımında (DSM-5) Kaygı Bozuklukları başlığı altından çıkarılarak Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer almıştır.

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5 Obsesif Kompulsif Bozukluk (takıntı zorlantı bozukluğu) tanı kriterlerine göre (American Psychiatric Association, 2013);

“A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler/dürtüler ya da imgeler.

2. Kişi bu düşüncelere, itkilere/dürtülere ya da imgelere aldirmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

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

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme,

denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

2. Bu davranış ya da zihinsel eylemler yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin sonuçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya toplumsal ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozukluğun belirtileri ile daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular, beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma, biriktirme bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide olduğu gibi saç yolma, deri yolma bozukluğunda olduğu gibi deri yolma, basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ve düşlemler; yıkıcı bozukluklarla dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanırsal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

2.1.2. OKB Tarihçe

Obsesyon (saplantı), 1510’larda ‘kuşatmak’ anlamına gelen Fransızca bir sözcüktür. Latince ‘kuşatma, abluka altına alma’ anlamlarına gelen ‘obsidere’ den türemiştir. Daha sonra 1600’lerde ‘kötü ruhların düşmanca eylemleri’ni ifade için kullanıldığı görülmektedir. Nihayet 1670’lerde zihni meşgul eden/dalıcı herhangi bir şey için kullandığı ve ilk kez 1901 yılında psikolojik anlamda ‘kişinin iradesi dışında zihnine giren fikir veya görüntü’ olarak ifade edildiği görülmektedir (Online Etymology Dictionary, 2021). Kompulsiyon kavramının ise 15. yüzyıl başlarında zorlama (birine tercihlerini ezici şekilde güç uygulanması) anlamında Latince ‘compulsionem’ den türetilerek kullanıldığı görülmektedir. Psikolojik anlamda ‘belirli şekilde davranmaya yönelik anlık dürtü’ olarak ifade edilmesinin ise ilk kez 1909 yılında Brill’ in Freud’un Histeri Üzerine Yazılarının çevirisinde zwangsneurose için kompulsiyon nevrozunu tercih etmesi ile olduğu görülmektedir (Online Etymology Dictionary, 2021).

Klinikteki yerine baktığımızda 19. yüzyılın başlarında Esquirol (1838) tarafından obsesif kompulsif bozuklukla ilgili ilk yazılı bilginin sunulduğu görülmektedir (Sadock ve Sadock, 2000). Bu süreçte OKB’nin bir tür psikoz ama içgörüsü olan delilik ifadesinin kullanılarak düşünülmesi ise dikkat çekicidir (Insel ve Akiskal, 1986). 19. yüzyılın sonlarında Pierre Janet’ in obsesif kompulsif reaksiyonları nevrozların altında ayrı bir tanı olarak ifade ettiği görülmektedir (Solyom vd., 1985). Birçok psikopatolojinin, dönemin psikiyatri geleneğinden farklı olarak, ruhsal kaynaklarının tanımlanmasında ilk adımı atan Freud, obsesyon için de kökenini iç ruhsal çatışmalara bağladığı, takıntılı düşünce ve eylemler, patolojik şüphelerden oluşan bir sendroma işaret etmek için obsesif nevroz tabirini kullanır (Quinodoz, 2016). Bugün artık klinisyenler için OKB’ yi anlamak ve tedavi etmek için genetik, nörofizyolojik ve psiko-sosyal faktörler birlikte düşünülmekte ve sınıflama için ICD-11 ve DSM-5 kullanılmaktadır (Stein vd., 2019; Giasuddin ve Hossain, 2020).

2.1.3. OKB Epidemiyoloji

OKB en yaygın görülen ruhsal hastalıklardan biridir (Karno vd., 1988). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre kişilerin işlevselliklerine zarar vererek hayatlarında sorun oluşturan 10 hastalıktan biridir (World Health Organization, 2001). OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %2-3 arasındadır (Fontenelle vd., 2006). Genel popülasyonda görülme oranı ise yaklaşık %4'tür (Nazeer vd., 2019: 76). Kadınlarda erkeklerden fazlayken klinik durumlar genellikle eşittir. Her sosyo-ekonomik sınıf ve her türden gelir düzeyindeki ülkede görülmektedir (Stein vd., 2019). Hastaların 10'da 4'ünde OKB kronikleşmekte ve başkalarından da gizlenmektedir (Walitza vd., 2011). Çocuklukta görülmekle birlikte yaklaşık 10 hastadan 8'inde 18 yaş civarında başladığı görülmektedir. (Veale and Roberts, 2014). Erişkin OKB hastalarının %30'dan fazlası tedavi yardımı almaktadır (Shapiro vd., 1984). OKB tanısı almış 26 ve 32 yaşlarındaki bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, bireylerin %67'sinin yardım arama davranışında bulunduğu belirtilmiştir. Her iki yaşta da yardım arama davranışının başkalarına zarar verme korkusu ve utanç verici düşünceler ile ilişkili olduğu görülmüştür (Fullana vd., 2009). Bununla birlikte OKB hastalarının tedavi yardımı arama davranışları altında yatan faktörler net olmasa da çalışmalar, yardım arayan bireylerin daha fazla bozulmuş işlevsellik ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda, OKB hastalarında yardım arama davranışı ile ilgili 13 çalışmanın incelendiği makalede, yardım arama davranışının daha fazla içgörü, şiddet, agresif ve diğer hoş olmayan obsesyonlar gibi spesifik obsesif kompulsif semptomlar ve komorbidite ile ilişkili olduğu; eğitim düzeyiyle de hiçbir ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir (García-Soriano vd., 2014).

Türkiye'deki çalışmalarda yaşam boyu prevalans %2,5 - 6,2 arasında bulunmuştur (Doğan vd.,1995; Kırpınar vd., 1997; Çilli vd., 2004; Hacimusalar vd., 2018). 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' araştırmasının verilerine göre; 1 yıl içerisindeki yaygınlık %0,5 olarak tespit edilmiştir. Kadınlarda (%0,6) erkeklerden (%0,2) olarak bulunmuştur (Erol vd., 1997). Tedavi arama davranışına dair de %32 (Erol vd., 1997) - %31 şeklinde oranlar mevcuttur (Beşiroğlu vd., 2004).

2.1.4. OKB Belirti Boyutları/Alt Türleri

OKB geniş spektrumlu bir hastalıktır ve hem klinik özellikleri belirginleştirmek hem de tedavi modaliteleri spesifikleştirmek için tasnifler yapılmıştır (Clark, 2019; Taylor, 2005; Abramowitz vd., 2011). Birçok çalışmada bu bağlamda hem obsesyon hem kompulsiyon olarak belirti boyutlarının farklı şekillerde tasnif edilerek özel olarak incelendiği görülmüştür

(Kumar, 2018; D'Souza, 2020). Genel kabul gören ayrımların öncelikli obsesyon ve kompulsiyonları, özetle şu şekilde tasnif ettiği görülmektedir. Obsesyonlar: Saldırganlık, Cinsel, Dinsel, Bulaşma, Simetri ve Kesinlik İhtiyacı, Patolojik Kuşku ve Sorumluluk, Bedensel/Somatik Obsesyonlar; Kompulsiyonlar: Temizlik, Kontrol Etme, Düzenleme, Sayma, Dokunma, Biriktirme, Tekrarlama (Kumar, 2018; D'Souza, 2020; Rasmussen ve Eisen, 1992; Coles vd., 2008). Birçok çalışma, boyutların tedaviye yanıtlarının da kendilerine özgü olduğunu ifade etmektedir (Abramowitz vd., 2003). Yaklaşık 2000 hastanın verilerini içeren bir gözden geçirme çalışması, en çok görülen türlerin simetri/sıralama, biriktirme, bulaş/temizleme, obsesyon/kontrol en tutarlı ayırım olduğunu ifade etmiştir (Mataix-Cols vd., 2005). Burada kendine özgü tedavi protokolleri, BDT bağlamında yapılan bir ayırım olarak 'Bulaş Türü', 'Şüphe, Kontrol, Tekrarlayıcı Davranış Türü', 'Saldırganlık, Cinsel ve Dini Obsesyon Türü', 'Simetri, Sıralama, Düzenleme Türü' ayrımı mevcuttur (Clark, 2019). Belirti boyutlarına göre kliniği pratik şekilde tanımlamak amacıyla, Bulaşma Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları, Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar, Dinsel – Cinsel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar, Simetri, Sıralama, Sayma, Düzenleme, Obsesyon ve Kompulsiyonları, Bedensel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar şeklinde ayrımlara gidildiğini de görmek mümkündür (Beşiroğlu, 2014). Tüm bu belirti boyutları arasında çalışmalar genellikle en yaygın görülen tür olarak bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonlarına işaret etmektedir (Zheng vd., 2020; Karakuş ve Tamam, 2018; Aktaş ve Çuhadar, 2020; Altıntaş vd., 2021). OKB Araştırma grubunun 2013 tarihli çalışmasına göre Türkiye'deki olguların %76'sında bulaşma, %68'inde simetri, %44'ünde saldırganlık, %26'sında dini, %17'sinde bedensel, %16'sında cinsel, %34'ünde ise diğer OK belirtileri saptanmıştır (OKB Araştırma Grubu'ndan [2013] aktaran Beşiroğlu, 2017). Dini İçerikli OKB ile ilgili yapılan çalışmalar farklı bulgulara işaret ederken oran %11-42 arasında değişmektedir (Tek ve Uluğ, 2001). Tüm bunlarla birlikte boyutların bir şekilde net bir ayırım oluşturmadığını, kendi içinde daha tutarlı olabilecek tasniflere ihtiyaç olduğunu ifade eden çalışmalar da vardır (Olatunji vd., 2017; Beşiroğlu vd., 2007).

Tedavi bağlamında da boyutların tek faktör olduğunu düşünerek, diğer önemli faktörleri göz ardı ederek tedaviyi sadece alt belirti boyutuna göre düzenlemenin uygun olmadığını ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Starcevic ve Brakoulias, 2008).

2.1.4.1. Otojen – Reaktif Ayrımı

Burada OKB’de özel olarak obsesyonu merkeze alarak yapılan, son dönemde de giderek önemi artan bir ayırım da Lee ve Kwon’un 2003’te literatüre kazandırdıkları otojen ve reaktif ayırımıdır. Otojen obsesyonlar genellikle belirlenebilir bir tetikleyici olmaksızın zihinde oluşan, egodistonik/kişinin değerlerine yabancı olan, dini, cinsellik ve saldırganlık temaları içeren obsesyonlardır. Daha tekrarlayıcı, daha rahatsız edici, kişinin kendisinde bulunmasından daha çok rahatsızlık duyabileceği, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyulanlardır. Reaktifler ise özellikle belirgin bir dış tetikleyici ile meydana gelen, daha gerçekçi ve makul görünen ve daha çok kirlenme-bulaşma, simetri-düzen ve somatik temaları içeren obsesyonlardır. Kişi tarafından daha az saçma daha çok makul bulunur, daha az saklama gereği duyulur ve diğerlerine oranla daha az rahatsızlık uyandırır (Lee ve Kwon, 2003). Bir hastalık belirtisi olarak obsesyonun oluşmasının bilişsel düzenekleri bağlamında, otojen obsesyonlarda, istenmeyen düşünceleri bilinçli olarak bastırma eğilimi söz konusuysen, reaktif obsesyonlarda anksiyeteyi azaltma davranışları (kompulsiyonlar) etkilidir (Beşiroğlu vd., 2007).

2.1.5. İçgörü

OKB’de önemli konulardan biri de içgördür. DSM-5 tanı kriterlerine göre, kişinin, OKB ile ilgili inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımında olduğu durumlar ‘iyi ya da oldukça iyi içgörü’; kişinin, OKB ile ilgili inançlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşündüğü durumlar ‘kötü içgörü’; Kişinin, OKB ile ilgili inançlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanması ‘içgörüsü yok/sanırsal inanışlar’ şeklinde değerlendirilmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

OKB ve içgörü ile ilgili çalışmalara bakıldığında, içgörü düzeyi ve OKB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara göre, Jakobovski ve arkadaşlarının OKB’si olan Brezilyalı hasta örnekleminde yaptıkları bir çalışmada, zayıf içgörü ile mevcut OKB semptom şiddeti arasında bir pozitif yönde korelasyon görülmüştür (Jakubovski vd., 2011). Bellino ve arkadaşlarının çalışmalarında da içgörü düzeyi ile OKB belirti şiddeti düzeyini belirleyen Y-BOCS toplam puanı ve kompulsiyonlar için Y-BOCS puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur (Bellino vd., 2005). OKB tanısı olup tedavi arayan 130 yetişkin üzerinde yapılan bir çalışmada ise, zayıf içgörü düzeyi ile daha yüksek OKB belirti şiddeti arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır (Jacob vd., 2014). Farklı bir çalışmada, zayıf ve iyi içgörülü olarak gruplandırılan OKB hastalarında

ıçgörü düzeyi ile obsesyon ve kompulsiyon şiddeti arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Yılmaz vd., 2020).

ıçgörü düzeyi ve eşlik eden tanılar ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, Türksoy ve arkadaşlarının iyi ve zayıf ıçgörüye sahip OKB hastalarının klinik özelliklerini karşılaştırdıkları çalışmalarına bakıldığında, zayıf ıçgörü grubunda mevcut ve geçmiş majör depresyon ile sınırdaki ve narsisistik kişilik bozukluğu sıklıkla eş tanı olarak görülürken iyi ıçgörü grubunda kaçınan kişilik bozukluğu daha yaygın olarak görülmektedir. Bununla birlikte B kümesi kişilik bozuklukları, zayıf ıçgörü grubunda, iyi ıçgörü grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Türksoy vd., 2002). Farklı bir çalışmada ise, ıçgörü düzeyi zayıf veya hiç olmayan hastaların ıçgörü düzeyi mükemmel, iyi veya orta olan hastalara kıyasla daha aleksitimik olduğu sonucuna ulaşılmıştır (De Berardis vd., 2005). Elvish ve arkadaşlarının çalışmalarında ise obsesyonları ve/veya kompulsiyonları olan kişilerde zayıf ıçgörünün klinik belirleyicileri incelenmiş olup depresyon, panik bozukluk ve sosyal fobi, zayıf ıçgörüyü yordayan komorbid değişkenler olarak saptanmıştır (Elvish vd., 2010). Bellino ve arkadaşları tarafından ıçgörüsü zayıf olan 74 OKB hastası üzerinde yapılan bir çalışmada ise, komorbid paranoid ve şizotipal kişilik bozukluklarında OKB'deki zayıf ıçgörü düzeyi ile eşdeğer olarak kabul edilen aşırı değerli düşünceleri ölçen Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (Overvalued Ideas Scale - OVIS) puanı istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Bellino vd., 2005). Zayıf ıçgörü ve iyi ıçgörü düzeyine sahip OKB hastalarına eşlik eden kişilik bozukluklarının incelendiği bir çalışmada ise, şizotipal ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarının olma olasılığının zayıf ıçgörü düzeyine sahip grupta iyi ıçgörü düzeyine sahip olan gruba kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Matsunaga vd., 2002). Kishore ve arkadaşlarının çalışmasında ise, zayıf ıçgörü özellikle majör depresyon ile ilişkili bulunmuştur (Kishore vd., 2003). ıçgörünün derecesi kişinin içinde zamana, duruma ve obsesyonların türüne bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin bir kişi obsesif düşüncelerin anlamsızlığı konusunda iyi bir ıçgörü düzeyine sahip olabilirken kimyasallardan kaynaklanan bulaşma korkuları konusunda kötü bir ıçgörü düzeyine sahip olabilir (Abramowitz ve Jacoby, 2014b). ıçgörü düzeyi ve belirti türleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında, Marazziti ve arkadaşları OKB'si olan İtalyan hasta örneğinde yaptıkları çalışmada, Y-BOCS 11. madde ile değerlendirdikleri ıçgörü düzeyi ile yalnızca somatik obsesyonlar arasında negatif bir korelasyon bulmuşlardır. Buna göre, ıçgörü düzeyi ne kadar düşükse bir somatik obsesyonun varlığı o kadar olasıdır (Marazziti vd., 2002). Cherian ve arkadaşlarının çalışmasında ise zayıf ıçgörü grubunda daha yüksek bulaşma korkuları ve yıkama kompulsiyonları görülürken iyi

ıçgörü grubunda saldırganlık obsesyonlarının sıklığının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Cherian vd., 2012). De Berardis ve arkadaşlarının çalışmaları da ise somatik ve biriktirme obsesyonları ile düşük ıçgörü arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur (De Berardis vd., 2005). Farklı bir çalışmada da artan biriktirme semptomları zayıf ıçgörü ile ilişkilendirilmiştir (Jakubovski vd., 2011). Rashid ve arkadaşları ise zayıf ıçgörü ile OKB'nin nötralize etme, kontrol etme, yıkama ve düzen belirti türleri arasında bir ilişki bulmuştur (Rashid vd., 2017). Alonso ve arkadaşlarının çalışmasında, ıçgörü düzeyi iyi olan OKB hastalarının ıçgörü düzeyi kötü olanlara kıyasla bulaşma korkuları ve temizlik ritüelleri hakkında daha fazla obsesyon ve kompulsiyon bildirdiği belirtilmiştir (Alonso vd., 2008). Son olarak Çamlı ve arkadaşlarının reaktif ve otojen özellikler gösteren 30 OKB hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, Y-BOCS 11. madde puanı otojen obsesyonları olan hastalarda, reaktif obsesyonu olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Çamlı vd., 2012).

ıçgörü düzeyi ve işlevsellik ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, OKB ve şizotipal kişilik bozukluğu olan 15 hasta ile OKB'si olmayan 31 hastanın karşılaştırıldığı bir çalışmada, OKB ve şizotipal kişilik bozukluğu hastalarında daha zayıf bir ıçgörü düzeyi, daha düşük işlevsellik ve daha yüksek negatif şizofreni belirtileri görülmüştür (Poyurovsky vd., 2008). Matsunaga ve arkadaşlarının çalışmalarında ise, zayıf ıçgörü düzeyine sahip OKB hastalarının iyi ıçgörü düzeyine sahip hastalara kıyasla daha kötü işlevselliğe sahip olduğu bulunmuştur (Matsunaga vd., 2002). ıçgörü düzeyi ve yardım arama davranışı ile ilgili çalışmalar, çoğunlukla semptomları için ya tedavi almayan ya tedavi istemeyen ya da tedavi aramayı geciktiren OKB hastalarında, hastaların yardım arama davranışının daha fazla ıçgörü düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (García-Soriano vd., 2014). Kashyap ve arkadaşlarının çalışmalarında ise, ıçgörü düzeyi zayıf olan OKB'li hastaların tedavi arama ve tedaviye uyma ihtimallerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Kashyap vd., 2015).

ıçgörü düzeyi ve tedavi yanıtları arasındaki ilişkiye bakıldığında, ilaç tedavisine yanıt ile ilgili çalışmalarda, Poyurovsky ve arkadaşları çalışmalarında, zayıf ıçgörüye sahip OKB ve şizotipal kişilik bozukluğu grubunda yeterli bir tedavi yanıtı sağlayabilmek için hastaların daha fazla antipsikotik güçlendirmeye ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte antipsikotik güçlendirmenin, en az iki yeterli SRI uygulaması başarısız olduğunda yapılabileceği ifade edilmiştir (Poyurovsky vd., 2008). Alonso ve arkadaşları çalışmalarında, ıçgörü düzeyi ile farmakolojik tedaviye yanıt arasındaki ilişkiyi inceleyerek ıçgörü düzeyi iyi olan grupta ıçgörü düzeyi kötü olan gruba kıyasla daha fazla hastanın tedaviye yanıt verdiğini tespit etseler de istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulamamışlardır (Alonso vd., 2008). Kishore

ve arkadaşlarının çalışmasında ise zayıf içgörü düzeyine sahip OKB hastalarının ilaç tedavisine zayıf yanıt verdiği görülmüştür (Kishore vd., 2003). İçgörü düzeyi ve psikoterapiye yanıt arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında, Himle ve arkadaşlarının 7 haftalık bilişsel davranışçı grup terapisi uyguladıkları 69 OKB hastasında zayıf içgörünün tedaviye yanıt üzerindeki etkisi incelenmiş olup yeterli içgörüye sahip hastaların tedavi sonuçlarının içgörüsü zayıf olan hastalara kıyasla daha iyi olduğu görülmüştür. Bununla birlikte içgörü düzeyi daha düşük olan hastaların tedaviden yine de fayda görebileceği ancak yeterli içgörü düzeyine sahip olan hastalara kıyasla tedaviden daha az olumlu yanıt alabilecekleri belirtilmiştir (Himle vd., 2006). Çimen ve arkadaşlarının 15 yaşında içgörüsü zayıf OKB'si olan bir hastayı inceledikleri olgu sunumunda, zayıf içgörü düzeyinin hastanın tedaviye katılmada isteksiz ve BDT tedavisine uyumsuz olmasına yol açarak tedavi sürecini güçleştirdiği görülmüştür (Çimen vd., 2016). Menon ve Rajashekharaiyah ise çalışmalarında, içgörüsü zayıf olan 31 OKB hastasının davranışçı terapiye yanıt vermediğini belirtmişlerdir (Menon ve Rajashekharaiyah, 2016).

2.1.6. OKB Etiyoloji

Birçok psikopatoloji gibi OKB'nin oluşum ve gelişimi de ancak çok boyutlu olarak anlaşılabilir. Bu boyutları biyolojik ve psiko-sosyal etkenler olarak iki temel başlık altında düşünmek mümkündür.

2.1.6.1. Biyolojik

Biyolojik nedenlere dair geniş ve güçlü bir literatür mevcuttur. Bununla birlikte biyolojik açıklamaların hiçbiri, hastalığın mekanizmasını tam olarak açıklama yetisine kavuşmuş değildir. Ayrıca, bio-genetik açıklamaların hem tedavi tercihlerinde önyargı oluşturduğu hem prognozla ilgili kötümserlikle ilişkili olup hem de buna sebep olduğu ifade edilmiştir (Schultz, 2019).

2.1.6.1.1. Genetik

Genetik olarak moleküler mekanizmaların tam ortaya konamamış olmasına rağmen hastalığın oluşumunda genetiğin önemli bir faktör olduğunu düşündüren çalışmalar mevcuttur (Mahjani vd., 2021). OKB tanısı alan kişilerin akrabalarıyla kontrol grubu karşılaştırıldığında

OKB tanı alma oranının 5 kat fazla olduğu görülmüştür (Nestadt vd., 2000). Yine çocuk ve ergenlerle yürütülen çalışmalar da ailede OKB' li birey olma oranının %17 olduğu bulunmuştur (Leonard vd., 1992). Hastaların birinci derece yakınlarından ebeveyn, çocuk, kardeş, ikizlerinin diğer insanlara kıyasla daha fazla OKB, şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu riskine sahip olduğunu ve OKB hastalarının yakınlarının da iyi takip edilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Huang vd., 2021). OKB'de etkili olduğu ifade edilen tüm genleri derleyen bir çalışmada sonuç olarak glutamatla ilgili yollarda belirgin bir sorun olduğu ve ayrıca OKB'nin epilepsi ve bazı kanser türleri ile ortak genleri paylaştığı ifade edilmiştir. Bununla birlikte birçok psikopatoloji gibi OKB'nin de açıklanması kompleks, kapsamlı ve bütünlük bir bakış açısına ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Bozorgmehr vd., 2017). Başka bir çalışmada alt tiplerin, agresif, cinsel/dini ile düzen, biriktirme arasında genlerin temsil ettiği farklı yollar ve biyolojik süreçler arasında anlamlı bir fark ortaya konmuştur (Alemany-Navarro vd., 2020). Tüm bu çalışmalar birlikte düşünüldüğünde henüz ilgili genler spesifik hale getirilememiş olsa da kısmen ayırt edici unsurların belirginleşmeye başladığı görülmektedir.

2.1.6.1.2. Nörokimyasal

OKB'nin oluşum ve gelişiminde nörotransmitter anormalliklerine baktığımızda, burada karşımıza en belirgin olarak serotonin, dopamin ve glutamat üzerinden oluşturulan üç hipotez çıkmaktadır.

Serotonin

OKB'de serotonin hipotezi, özgün serotonerjik ilaçların (SRI) seçici etkisi ve serotonin agonistlerine dair yapılan çalışmalara dayanmaktadır (Karşlıoğlu ve Yüksel, 2007). SSRI, Serotonin geri alımını inhibe eden ilaçların, klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin gibi etkili olduğu görülmüştür (Tükel vd., 2006) Yapılan çalışmalar OKB hastalarının beyin omurilik sıvısında (BOS), serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin kontrol grubuna göre yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir ve (5-HIAA) düzeyleri yüksek olanlarının tedaviye yanıtının daha iyi olduğu görülmüştür (Swedo vd., 1992).

Dopamin

Düşük doz antipsikotik ilaçların SSRI ile kombinasyonlarından olumlu sonuç alınması OKB'de dopaminin etkisi ile ilgili hipotezi desteklemektedir (Stahl, 2003; Metin vd., 2003). Yine kokain gibi presinaptik dopamin geri alım inhibitörü olan maddelerin OKB hastalarının

belirtilerini artırması (Goodman vd., 1990) dopamin yoğunluğunun bulunduğu bazal gangliyon ile ilgili hastalıkları olan kişilerde obsesyon ve kompulsiyon görülmesi (Işıkli ve Gönül, 2012) bu görüşü destekleyen diğer önemli unsurlardır.

Glutamat

Glutamat, kortiko-striatal yolak üzerinde ve kaudat çekirdekte serotonin salınımını azaltmakta, serotonerjik nöronlar da glutamatın salınımında etkili olmaktadır (Karslıoğlu ve Yüksel, 2007). Rosenberg ve Keshavan'a göre (1998) OKB'de serotonin-glutamat etkileşiminde bir anormallik vardır (Rosenberg ve Keshavan, 1998). OKB hastalarında, glutamat modülatörü ilaçların, (SSRI) tedavisine eklenmesiyle olumlu yanıt alınması (Pittenger vd., 2008) glutamaterjik projeksiyon alanlarına müdahale eden cerrahi müdahalelerin belirtileri azaltması (Karslıoğlu ve Yüksel, 2007) bu hipotezi destekleyen unsurlardır.

2.1.6.1.3. Nörofizyolojik

Nöroanatomik çalışmalar, öncelikle OKB ile bazal gangliyon ilişkisinin gösterilmesi ile başlamıştır (Schilder, 1938). Sonrasındaki yapısal çalışmalar, orbito-frontal korteks (OFK), medial frontal girus (MFG) ve anterior singulat kortekste (ACC) gri ve beyaz madde düzeyinde azalma; ventral putamen düzeyinde artışı ortaya koymuştur (Pena-Garijo vd., 2010). OKB hastalarında beyin görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda genellikle frontal bölgede yoğun zihinsel aktivite bulunmuştur (Akan vd., 2017). Çalışmalar, bu aktivitenin özellikle orbitofrontal-korteks (OFK)'de yoğunlaştığını ortaya koymaktadır (Pena-Garijo vd., 2010).

PET çalışmalarında sağlıklı kişilere kıyasla OKB hastalarında orbitofrontal bölgeler (OFK ve dorsolateral korteks), singulat girus, insula ve parietal girus glukoz metabolizmasında ve aktivasyonunda artış görülmüştür (Watkins vd., 2005). OKB hastalarının özellikle teta ve alfa frekans bölgelerinde güç değerleri kontrol grubuna kıyasla yüksek bulunmuştur (Akan vd., 2017). 2020 yılına ait geniş bir derleme çalışmasında, OKB hastalarının bilişsel düzenleme sırasında, frontoparietal ağa ait bölgeler (Dorsomedial ve dorsolateral prefrontal korteksler (dlPFC/dmPFC), alt/üst parietal korteks ve üstün temporal korteks) belirgin aktivite artışının altını çizmişlerdir (Ferreira vd., 2020). OKB'de alt tipler düşünüldüğünde ise bazı çalışmalar bulaş, simetri/düzenleme ile agresif, cinsel ve dinsel obsesyonlar kıyaslandığında, agresif, cinsel ve dinsel obsesyonu olan hastalarının

belirtilerinin amigdala ve limbik sistem aktivasyonu ile daha belirgin bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur (Thorsen vd., 2018).

Özetle tüm çalışmalar iki noktada belirginleşmektedir: OFK ve bazal ganglion. Ancak sanıldığı gibi aksine, çok boyutlu bir etkileşimin düşünülmesi gereğinin altını çizen çalışmalar da mevcuttur. Grant ve Chamberlain (2020), OKB’de sadece OFK’de değil diğer bölgelerde de değişimler, kortikal kalınlıkta azalmalar olduğunu, bunun da yine çalışmalarda merkezi role sahip bazal gangliyon yanıtlarındaki farklılığı ile açıklanabileceğini ifade etmişlerdir (Grant ve Chamberlain, 2020).

2.1.6.1.4. Nöroimmünoloji

İmmün mekanizmaların rolü giderek önem kazanan bir araştırma konusudur. Çocuklarda, streptokok enfeksiyonları ile OKB başlangıcı arasındaki bağlantıların ortaya çıkarılması önemli bir kırılma noktasıdır. İlk kez, 1998 yılında, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrasında duygusal dalgalanma, ayrılma anksiyetesi, dikkat bozuklukları ve obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıktığı otoimmün bir hastalık olarak PANDAS (Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pedyatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık) tanımlanmış ve literatüre girmiştir (Swedo vd., 1998). Bir nöropsikiyatrik sendrom olan Sydenham koresinde de öncelikli ve sık görülen psikiyatrik tablonun obsesif ve kompulsif belirtiler olması, bu belirtilerin antibakteriyel ve steroid tedaviye olumlu yanıt vermesi immünolojinin etkisini düşündüren başka bir unsurdur (Otto, 1992).

2.1.6.2. Psikososyal

2.1.6.2.1. Psikanaliz ve Psikodinamik Yaklaşım

Psikopatolojide ruhsal yapının ele alındığı ilk çalışmalar genel olarak Freud’un analitik çalışmalarına dayanmaktadır. Freud, ruhsal yapıyı nevrotik, psikotik ve sapkın şeklinde kategorize etmiştir. Obsesyonel nevroz üzerine klinik çalışmalarını ise nevrotik yapı altındaki histeri kısmıyla ilgili ilk çalışmalarından sonra yapmıştır (Yaka, 2021). Freud, öncelikle obsesyonların ruhsal kaynağını ortaya koymaktadır. Böylece, kendi döneminin

psikiyatri geleneğinden ayrılarak o zamana kadar zihinsel dejenerasyon ve psikasteni gibi farklı patolojilerle birlikte düşünülmüş olan obsesif düşünce ve davranışlar, patolojik kuşkular gibi belirtilerin kaynağını ruhsal çatışmalara dayandırarak bu sendromu obsesif nevroz olarak adlandırmaktadır (Quinodoz, 2016). Obsesyonel nevroz da histeri gibi ödipal arzular neticesinde ortaya çıkar. Ödipal çatışma neticesinde, anal döneme gerileme olması ve bu bağlamda anal-sadistik dürtülere dair kontrol kaygısı, ambivalansın merkezi rolünü; yer değiştirme, yalıtma, yapma-bozma gibi bu bozukluğa özgü savunma mekanizmalarını ve ego ile sadistik süperego arasındaki sadomazoşistik ilişkiyi obsesyonel nevrozu kendine özgü nitelikleri olan bir bozukluk haline getiren temel öğeler olarak açıklar. Ödipal dönemin çatışmaları ve bu ambivalans ile baş etme güçlüğü anksiyeti iyice arttırarak regresyona, yani ödipal dönem öncesi anal döneme gerilemeye neden olur. Böylece de libidonun genital organizasyonun yerini, anal erotizm ve sadizm alır. Anal dürtülerin rahatsızlık verici doğası kişiyi rahat bırakmaz ve hastalığın önemli bir unsuru olan savunmalar böylece gelişir. Böylelikle kişi saldırgan ve anal erotik dürtülerini karşıt tepki oluşturma, yalıtma ve yapma-bozma savunma mekanizmalarını kullanarak bilinçdışında tutmaya çalışır (Freud, 1913). *Karşıt tepki oluşturma* savunmasında birbiriyle çatışan sevgi ve nefret duygularından biri diğerini baskı altında tutmaya yoğun bir şekilde çaba harcarsa da diğerini ortadan kaldırmaya güç yetiremez ve ancak onu bilinçdışına itebilir. Fakat böylece bilinçte yoğun bir sevgi görülse de bilinçdışındaki nefret sürer. Burada da bir diğer önemli savunma olan *yalıtma* kritik bir yol oynar ve istenilmeyen yaşantıyı duygusal içeriğinden soyutlar. Böylece düşünce ve duygu birbirinden ayrılır. Bununla birlikte çağrışım bağlantılarının baskılanması veya kesintiye uğratılması sonucunda, düşünce bilinçte zayıflamış, etkinliğini kaybetmiş, olağan düşünce süreci sonucu oluşmamış gibi kalır. Böylelikle zihinde temas edilemez, dokunulamaz hale gelen bazı düşünce içerikleri artık kişinin zihinsel işleyişinde aktif bir rol oynamaz ama bununla birlikte dokunulmadan da yerinde kalabilmiş olur. Sevgi ve nefret ambivalansının etkisini regüle etmek amacıyla devreye giren bir diğer savunma ise *yapma-bozma'dır*. Ego dürtüyle savaşında zorlandığında obsesyonel nevrozda iki eylemin de yapıldığı iki evreli semptomla karşımıza çıkar. Dürtüsel olan eylem, farklı bir niyet alınan ikinci eylem ile nötralize edilir. Böylelikle, önceden dürtüsel olarak ortaya konarak ifadesini bulmuş olanın yerine şimdi süperegonun yaptırdığı yeni eylem geçirilir (Gürdal, 2000; Topçuoğlu, 2003). Kısacası, obsesif bir korku içeren obsesif bir arzu ile acı verici bir arzu ve ona karşı koyma çabası ile ifade edilen OKB semptomlarının işleyişi, aynı zamanda nevrozun mükemmel formülüdür (Csigó, 2021). Sonrasında, Anna Freud'un nesne ilişkilerindeki başarısızlık ve anal özelliklerin artışı arasında bir ilişki öne sürdüğü görülürken (Freud' dan [1966] aktaran

Topçuoğlu, 2003), Klein'ın, obsesyonları içsel iyi nesnenin tahrip edilmesi arzusunun karşı kullanılan savunmalar şeklinde, çocuğun sevdiği nesneyi tahrip ettiğinden korktuğu için buna engel olabilmek adına kontrol etmeye çalışması, yani bir çeşit tamir çabası olarak açıkladığını görürüz (Klein' dan [1940] aktaran Topçuoğlu, 2003). Mallinger (1984) ise obsesif hastaların zihnindeki devamlı bir kontrol ihtiyacını ifade ederken, belirtilerin bu kontrol çabanın yetersiz kaldığı düşüncesinin sonucunda artan anksiyete nedeniyle oluştuğunu vurgular (Mallinger, 1984). Leib farklı olarak, onnipotans, despot, aşırı koruyucu anne tasarımının içselleştirilmesini vurgulamaktadır (Leib, 2001).

2.1.6.2.2. Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşım

2.1.6.2.2.1. Davranışsal Özellikler

Davranışçı modele göre, özünde korkutucu olmayan bir uyarı, özünde rahatsız edici bir uyarıya eşleşince korku ile ilişkilendirilir. Sonrasında artık koşullu uyarıya dönüşen bu şeylerin verdiği kaygıyı azaltmak için ortaya çıkan kaçınma davranışları da kaygıyı azalttıkları için olumsuz pekiştirici işlevi gördüklerinden süreklilik kazanırlar (Mowrer, 1960). Bu bağlamda da obsesyonlar aslında yansız /nötr bir uyarının rahatsız edici ya da travmatik bir yaşantı ile eşleşmesi sonucu rahatsız edici nitelik kazanır ve bu kaygıyı hafifleten kompulsif davranışlar, kaçınmalar da olumsuz pekiştirici olarak süregelen hale gelir (Ertekin, 2017). Bu bağlamda herkesin aklına gelebilecek düşünceler, koşullanma yoluyla kişide kaygı gibi duygularla ilişkilendirilerek rahatsız edici özellikler kazanmaktadır. Sonrasında ise bu tür düşüncelerin akla gelmesi artık kaygıyı ortaya çıkaracak ve kişi kaygının şiddetinden korunmak için kaçınma davranışları ve kompulsiyonlar oluşturacaktır. Bu noktada kaçınma davranışları ve kompulsiyonlar kaygıyı azaltan bir tür pekiştirici rolünü üstlenecektir (Türkçapar ve Şafak, 2012). Bununla birlikte kompulsif davranışlar kaygıyı hafifletse de sadece kısa vadede kaygıyı azaltmaktadır. Kaygı yeniden meydana çıktıkça bu davranışlar tekrarlanmakta ve bu durum davranışı sürdüren, tekrarlayan bir döngü haline getirmektedir. Kompulsif davranışlar kaç kez tekrarlanırsa tekrarlanırsa kaygı sürmekte ve bundan dolayı nötrleştirici davranışlar da devam etmek durumunda kalmaktadır (Giasuddin ve Hossain, 2020).

2.1.6.2.2.2. Bilişsel Özellikler

Bilişsel teoriler, OKB semptomlarının oluşmasında uyumsuz inançların rol oynadığını öne sürerler (Gagné ve Radomsky, 2017). OKB'nin gelişiminde ve sürdürülmesinde inançların, değerlendirmelerin ve yorumların temel rolü vurgulanır (Türkçapar ve Şafak, 2012). Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu abartılmış sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik, düşünceye aşırı önem verme, düşünceyi kontrol etmenin önemine dair aşırı kaygı, tehlikeyi büyük görme şeklinde OKB ile ilgili 6 inanç tarzı tanımlamıştır (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Salkovskis tarafından geliştirilen abartılı sorumluluk modelinde, OKB'li bireylerin olası bir zararı önlemeye ya da sebep olmamaya yönelik abartılı bir sorumluluk algısına sahip oldukları belirtilir. Herkeste olması genel olarak beklenen intrusif/girici imge, dürtü ve düşünceler kişinin kendisine ya da bir başkasına zarar verebileceğinin bir delili olarak değerlendirildiğinde sorun ortaya çıkar (Salkovskis, 1999). Bu bağlamda, Rachman, normal intrusif düşüncelerin, kişi tarafından önemli ve tehdit edici olarak değerlendirildiğinde obsesyona dönüştüğünü ifade eder (Rachman, 1997). Bununla birlikte Rachman, obsesyonların oluşumunda, başka bilişsel süreçlerin de rol oynadığını belirtir. Bu bağlamda “düşünce-eylem kaynaşması” kavramı, kişinin olumsuz bir olay hakkında düşündüğünde onun gerçekleşme olasılığının arttığı ve/ya da ahlaki olarak “kötü” düşüncelerin ahlaki olarak “kötü” eylemlere eşit olduğu şeklindeki yorumlarını ifade eder ve kişiyi OKB'ye daha yatkın hale getirir (Rachman, 1997). Özetle bilişsel açıklamada, hatalı yorumlamaların yol açtığı kaygının bazı davranış ve/veya düşüncelerle nötralize edilmeye çalışılması, kompulsiyonların ortaya çıkmasına yol açar. Ayrıca, bu kompulsiyonlar kişinin algılanan sorumluluğunu daha da yükseltebilir. Yani, kompulsif davranıştan sonra korkulan sonucun olmaması, kişinin tehdidi ortadan kaldırmaktan sorumlu olduğu inancını pekiştirebilmektedir (Abramowitz vd., 2009).

2.1.7. Komorbidite

OKB ile ilgili eş tanı literatürü, genel olarak en yaygın eş tanının Majör Depresif Bozukluk olduğunu göstermektedir (Sadock vd., 2021). OKB hastalarının eş tanı özelliklerini inceleyen geniş çaplı bir çalışmanın bulgularına göre OKB hastalarına en sık eşlik eden bozukluklar; majör depresyon bozukluğu %56,6, tik bozukluğu %27,3, sosyal fobi %23,2,

panik bozukluk ve/veya agorafobi %22,4 ve DEHB %21,7 şeklindedir. Aynı çalışma özel olarak kaygı bozuklukları bağlamında incelendiğinde ise OKB ile eş tanı alma oranlarının yaygın kaygı bozukluğu %9,1, özgül fobi %10,3, panik bozukluk ve/veya agorafobi %22,4 ve sosyal fobi %23,2 şeklinde olduğu görülmektedir (Van Oudheusden vd., 2020). Farklı bir çalışmada ise OKB’de en sık %39,5 oranında majör depresyon, %20,4 distimi, %17,7 özgül fobi, %15,6 sosyal fobi, %12,2 yaygın anksiyete bozukluğu ve %9,5 panik bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir (Tükel vd., 2002). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar açısından bakıldığında, bu bozuklukların %4,3 oranında OKB’ye eşlik ettiği görülmektedir (Van Oudheusden vd., 2020). OKB’nin eşlik ettiği bozukluk olarak görüldüğü şizofreni hastalarında ise pozitif, negatif ve depresif semptom şiddeti daha yüksek, işlevsellik ise daha düşük bulunmuştur (Kokurcan, 2020).

Çocuk ve ergenlerle yapılan bir komorbidite çalışmasında, OKB hastalarında anksiyete bozukluğu (%72), depresif bozukluk olduğu (%32), hastaların %8’inde tiklerin de eşlik ettiği bulunmuş, OKB’nin şiddeti ile öfke, kaygı ve depresyon düzeyinin ilişkili olduğu ifade edilmiştir (İnce ve Kandil, 2018).

Eşlik eden kişilik bozukluklarına bakıldığında, çalışmalarda, öncelikle OKKB ve sonrasında diğer C kümesi kişilik bozukluklarına (Reddy vd., 2017; Türksöy vd., 2000), başka bir çalışmada ise Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu ve Çekinik Kişilik Bozukluğuna işaret edilmektedir (Beşiroğlu vd., 2007).

Alt tipler yönüyle bakıldığında ise otojen grupta reaktif ve karışık gruba göre komorbid olarak dissosiyatif bozukluğun daha az sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir (Beşiroğlu vd., 2006). Yine otojen özelliklerle şizotipal kişilik özellikleri arasında ilişki bulgusu ifade eden çalışmalar mevcuttur (Lee ve Telch, 2005).

2.1.8. Tedavi

2.1.8.1. Farmakoterapiler

OKB hastalarının farmakoterapisinde, öncelikli seçenek seratonerjik ilaçlardır (klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram, essitalopram gibi). İlk tedavi müdahalesi olarak kullanılmaktadır. Bu süreçte SSRI grubu ilaçların yanında trisiklik antidepresan (TSA) ilaçlarından (klomipramin)’in de tedavide etkililiği gösterilmiştir (Antony ve Swinson, 2001). Bununla birlikte TSA grubu ilaçlar güçlü etkileriyle birlikte (Karşlıoğlu ve Yüksel, 2007), ortaya çıkardıkları yoğun yan etkiler nedeniyle genellikle daha

az tercih edilir olmuştur. Yanı sıra, son dönemde OKB için güçlendirici tedavilerin, özellikle dirençli hastalarda, kullanıldığını görmekteyiz. Burada ise karşımıza daha çok aripiprazol, buspiron ve klomipramin gibi antipsikotik ilaçların daha düşük doz kullanımı çıkmaktadır (Özen vd., 2019).

2.1.8.2. Psikoterapiler

OKB'nin ilk psikoterapileri, diğer birçok tanı grubunda olduğu gibi psikanalizdir. Psikanalitik psikoterapiler ilk güçlü temsilcilerinden itibaren OKB'nin psikanalitik müdahaleye direncinin altını çizmişlerdir (Fenichel, 1974). Bugünkü anlamda kanıta dayalı ilk çalışma ise Victor Meyer'in davranışçı metotla müdahale ettiği ilk vaka bildirimini ile başlar (Meyer, 1966). Süreç daha ayrıntılı formülasyon ve müdahaleler yapan davranışçılık; ona bilişsel alanın OKB'deki etiyolojik etkisini ve bilişsel yeniden yapılandırma müdahalesini ekleyen bilişsel yaklaşım ile devam eder ve bugün gitgide yaygınlık kazanan üçüncü kuşak terapilere kadar gelir. Günümüzde OKB için önerilen tedavilerin, bir müdahale olarak ERP "exposure and response prevention" (maruz bırakma ve tepki engelleme) ve psikoterapi olarak BDT olduğunu (American Psychological Association, 2021); öncelikle tedavi önerisinin de ERP içerikli BDT olduğunu görmekteyiz (Koran vd., 2017).

2.1.8.2.1. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler

OKB'nin davranışçı tedavisi 1970'lerden beri uygulanmaktadır, temelde ERP, obsesyon ve kompulsiyonlara dair klasik öğrenme teorisi üzerine kurulmuştur (Clark, 1999). Amerikan Psikoloji Birliği'nin, son olarak 2015 yılında yenilenen tedavi etkililik raporuna göre OKB'de ERP, en güçlü tedavi olma özelliğini korumaktadır (American Psychological Association, 2021). ERP'nin değişmeyen önemi, birçok çalışmada kendisini göstermektedir (Mathes vd., 2015; Abramowitz ve Arch, 2014; Neziroğlu vd., 2011; Rosa-Alcázar, 2008). ERP'de, kişinin kendisine kaygı veren uyaranlarla -bu düşünce ya da nesne olabilir- karşılaşması sağlanmakta (maruz bırakma) ve açığa çıkan kaygıyı, kaçınma ya da kompulsiyonlarla yatıştırması engellenmektedir (tepki engelleme). Böylece, düşüncenin oluşturduğu kaygının süreç içinde alışma ile sönmesi amaçlanmaktadır (Türkçapar ve Şafak, 2012).

Tedavinin bir diğer önemli komponenti olan bilişsel açıklama ve müdahaleye bakıldığında; Rachman (1997) obsesyonların, düşüncelere atfedilen önemin felaketleştirici bir

şekilde hatalı yorumlanmasından kaynaklandığını belirtir. Bununla birlikte obsesyonların, hatalı yorumlamalar devam ettiği sürece sürdüğünü ve bu yorumlamaların güçsüzleşmesiyle / ortadan kaybolmasıyla azaldığını / kaybolduğunu ifade eder. Böyle bir azalmayı sağlayan tedavi yönteminin etkili olacağını savunur (Rachman, 1997). Bu bağlamda OKB'nin etiolojisinde ve sürmesinde altı hatalı inanç alanının rol oynadığı görülmektedir (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Bilişsel tedavi, en temelde, hastaların insan zihninin doğal bir fenomeni olan rahatsız edici bilişsel süreçleri, hatalı yorumlamalarının yeniden değerlendirmesi üzerine kuruludur (Clark, 2019). Psikoterapi müdahalesi, ilgili inançların tespiti ve bilişsel yeniden yapılandırılmasına dayanmaktadır. Burada üzerinde çalışılan bilişsel alanlar ve temel özellikleri daha ayrıntılı şekilde şöyledir:

Abartılmış Sorumluluk/Aşırı Sorumluluk: Bu alan, kişinin öznel olarak ciddi olumsuz olaylara sebep olmada ya da önlemede çok önemli bir güce sahip olduğu inancını ifade eder (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Kişinin, kendine ya da diğer insanlara zarar vermekten sorumlu olduğu ile ilgili uygunsuz ve aşırı endişeleri vardır (Clark ve Purdon, 2013). Kişinin inandığı bu abartılmış sorumluluk inançlarının örnekleri ise şöyledir: "Sık sık yanlış giden şeylerden sorumlu olduğumu düşünüyorum"; "Tehlikeyi ön gördüğümde harekete geçmezsem, kötü sonuçlardan sorumlu olurum"; "Bana göre, olası bir felaketi önlemek için harekete geçmemek, ona neden olmak kadar kötüdür"; "Bir trajediyi duyduğumda, sorumlu olduğumu düşünmekten vazgeçemem"; ve "Zararı önlememek, zarar vermekle aynıdır" (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

Düşünceye Aşırı Önem Verme: Bu alan, girici ve/veya sıkıntı verici bir düşüncenin varlığının o düşüncenin önemli olduğunu gösterdiği inancı olarak tanımlanır (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005). Yani, olumsuz bir olay hakkındaki düşüncelerin onun gerçek olma ihtimalini artırdığı ve/veya bu düşüncelerin akla gelmesinin ahlaki olarak böyle bir şey yapmakla eşit olduğu varsayımdır (Rachman ve Shafran, 1999). Düşünceye aşırı önem vermenin örnekleri ise şöyledir: "Girici düşüncelerim gerçek doğamı yansıtıyor"; "Kötü bir düşünceye sahip olmak, kötü bir iş yapmakla aynıdır"; "Aklıma rahatsız edici bir düşünce geliyorsa, bu önemlidir"; "İstenmeyen bir düşünceye sahip olmak, onu yapmayı gerçekten arzuladığım anlamına gelir"; "Kötü bir şey hakkında düşünmek, onun olma olasılığını artırır"; "Kötü düşüncelere sahip olmak benim garip ya da anormal biri olduğum anlamına gelir"; ve "Şiddet içeren düşüncelerim olursa, kontrolü kaybedip şiddet uygulayacağım demektir" (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

Düşünce Kontrol İnancı: Bu alan, girici düşünce, imge ve dürtüler üzerinde tam kontrol sağlamanın öneminin aşırı değerlendirilmesini ve bunun mümkün olduğu inancını

yansıtır. Bu başlık altında, düşünceleri kontrol etmemenin ahlaki sonuçlarına, zihinsel olayları takip etmenin ve aşırı tetikte olmanın önemine, düşünceler üzerinde kontrol sağlayamamanın psikolojik ve davranışsal sonuçlarına ve kontrolün yeterliliğine ilişkin inançlar olmak üzere dört alt alan tanımlanmıştır. Düşünce kontrol inancının örnekleri ise şöyledir: "Düşüncelerimi kontrol edebilmem için her an aklımdan neler geçtiğini bilmeliyim"; "Düşüncelerimi kontrol altına alırsam daha iyi bir insan olurum"; "Girici düşüncelere sahip olmak, kontrolden çıktığım anlamına gelir"; "Eğer irade gücümü yeterince kullanırsam, zihnimin kontrolünü tamamen ele geçirebilirim"(Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

Tehlikeyi Abartma/Tehlikeyi Büyük Görme: Bu alan, bir zararın gerçekleşme olasılığının ve ciddiyetinin abartılması olarak tanımlanır (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Zihne gelen bir takıntının hayal edilmiş olumsuz sonuçlarının gerçekleşme olasılığı ve/veya şiddetini abartma eğilimini ifade etmektedir (Clark ve Purdon, 2013). Bu inancın örnekleri ise; "Kötü şeylerin benim başıma gelme olasılığı diğer insanlardan daha fazla" ve "Hayatımda küçük problemler her zaman büyük problemlere dönüşüyor gibi görünüyor" şeklindedir (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

Belirsizliğe Tahammülsüzlük: Belirsizliğe tahammülsüzlük bir konuda bir karar vermeden ya da gündelik yaşamımızın doğal akışına devam etmeden önce kötü bir şeyin olmadığı ya da olmayacağına dair tam bir kesinlikle emin olmamız gerektiği inancını ifade eder (Clark ve Purdon, 2013). Belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilgili, kesin emin olmanın gerekliliğine, öngörülemeyen değişikliklerle başa çıkma kapasitesinin zayıf olduğuna ve doğal olarak belirsiz durumlarda yeterli işlevin ortaya konmasının zorluğuna dair inançlar şeklinde üç tür inanç olduğu görülmektedir. Örnekleri ise şöyledir: "Yeterince çabalarsam, yaptığım şeylerden kesinlikle emin olabilirim"; "Beni endişelendiren soruların cevaplarından o sorular gelmeden önce emin olmalıyım"; "Belirsizliğe tahammül edemem" ve "Eğer bir şeyden kesinlikle emin değilsem, mutlaka bir hata yaparım" (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

Mükemmeliyetçilik: Bu ifade ise her soruna mükemmel bir çözümün olduğu, bir şeyi mükemmel (yani hatasız) yapmanın yalnızca olası değil aynı zamanda gerekli de olduğu ve küçük hataların bile ciddi sonuçlara yol açacağı inancı olarak tanımlanır. Bu özellikleri yansıtan örnekler şöyledir: "Bir şey bitene kadar çalışmaya devam etmek önemlidir, sadece mücadele önemlidir"; "Kısmen başarısız olmak da tamamen başarısız olmak kadar kötüdür" ve "Küçük hatalar bile bir işin tamamlanmadığını gösterir" (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

Burada asıl amaç hastanın zihnine gelen obsesyonlara dair yaptığı hatalı yorum ve inancın değişmesi ve yerine makul ve gerçekçi bir yorumun konmasıdır. En önemli nokta hastanın kendi düşüncelerini daha az tehdit edici algılamasını sağlamaktır. Bu bağlamda, hastalara, belirtileri ile ilgili hatalı inanç ve yorumların öğretilerek bunların birlikte yeniden ele alınması kritik öneme sahiptir. Tedavi sürecinde değerlendirme, obsesyon, kompulsiyon, kaçınma ve nötralizasyon saptanması ve formülasyon, OKB ile ilgili psiko-eğitim, bilişsel modelin açıklanması, bilişsel yeniden yapılandırma, ERP şeklinde bir süreç takip edilir (Türkçapar ve Şafak, 2012).

2.1.8.2.2. Grup Psikoterapileri

OKB tedavisinde, grup terapisi, bireysel terapi kadar etkilidir. Yanı sıra da daha az terapistle daha çok hastaya ulaşımı sağlaması gibi avantajları da söz konusudur (Yurtsever ve Sütçü, 2016). Literatürde, doğrudan yapılan bilişsel davranışçı grup terapisi etkililik çalışmaları ile tedavi sonrasındaki izleme çalışmalarının etkisini araştıran çeşitli çalışmaların olduğu görülmektedir. OKB tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, OKB tanısı almış hastalara haftalık 90-120 dakika oturumlardan oluşan toplam 14 seans BDGT uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda, tedaviyi tamamlayan hastaların Y-BOCS, BDE ve BAE ortalama puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Sonuçlar değerlendirildiğinde BDGT'nin OKB'nin tedavisinde etkin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Şafak vd., 2014). Farklı bir çalışmada, OKB'li hastalara ERP içeren BDGT uygulanarak etkili olup olmadığı incelenmiş. Hastalara toplam 10 oturum öncesinde ve sonrasında Y-BOCS doldurulmuş olup tedavi sonrasındaki Y-BOCS ortalama puanının önemli düzeyde düştüğü görülmüştür. Çalışmada, grup temelli BDT kullanımının hastalar için psikoterapiye ulaşmada etkili bir yol ve kabul edilebilir bir tedavi olduğu belirtilmiştir (Kearns vd., 2010). OKB hastalarında ERP temelli 12 haftalık grup terapisinin etkinliğinin incelendiği bir diğer çalışmada, tedavi öncesi Y-BOCS, BDE ve Spielberger Durumluk Anksiyete Envanteri (STAI-S) uygulanmış olup tedavi sonrasında bu ölçeklerden alınan ortalama puanlarının önemli derecede azaldığı, tedavinin OK semptomlarını önemli derecede iyileştirdiği ve bu iyileşmelerin 3 ve 12 aylık izleme çalışmalarında korunduğu, 3 aylık izleme çalışmasına kadar semptomlarda ek bir azalma olduğu görülmüştür (Haland vd., 2010). Bir çalışmada, 7 haftalık BDGT uygulanan OKB hastalarında zayıf içgörünün rolü incelenmiş olup katılımcılar, “zayıf” veya “yeterli” içgörüyü sahip olanlar şeklinde gruplara ayrılmıştır. Tedavi öncesinde ve sonrasında katılımcılara Y-BOCS uygulanmış olup tedavi sonrasında

yeterli içgörüye sahip hastaların zayıf içgörüye sahip hastalara kıyasla daha iyi sonuçlar ortaya koyduğu görülmüştür. Bununla birlikte zayıf içgörüye sahip hastaların tedaviden hala fayda göreceği ancak yeterli içgörüye sahip olanlara kıyasla daha az olumlu sonuçlar alabileceği ifade edilmiştir (Himle vd., 2006). BDGT'nin, OKB semptomları ve abartılmış sorumluluk inançları üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, tedavinin etkisi tedavi öncesi ve sonrası uygulanan Y-BOCS, Sorumluluk Tutum Ölçeği (STÖ) ve Sorumluluk Yorumlama Envanteri (SYE) ölçüm araçları kullanılarak değerlendirilmiştir. BDGT'nin, tedavi sonrasında OKB hastalarında hem obsesif kompulsif belirtileri hem de abartılmış sorumluluk inançlarını iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Haraguchi vd., 2011).

Literatürde BDGT ve farklı grup terapilerini karşılaştıran çalışmalarda mevcuttur. McLean ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, Y-BOCS toplam puanı değerlendirme aracı olarak kullanılmış olup BDGT ve ERP tedavisi alan hastaların semptomlarında azalma görülürken, iki tedavinin etkililiğinin benzer olduğu görülmüştür. Fakat 3 aylık izleme çalışmasında BDGT'ye kıyasla ERP'nin daha etkili olduğu bildirilmiştir (McLean vd., 2001). Farklı bir çalışmada, BDGT ile motivasyonel görüşme ve düşünce haritalama eklenmiş BDGT karşılaştırılmış olup motivasyonel görüşme ve düşünce haritalama eklenen BDGT'nin, BDGT'ye kıyasla Y-BOCS ortalama puanının düştüğü ve OKB belirtilerinde daha çok azalmaya neden olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Meyer vd., 2010). Başka bir çalışmada ise OKB hastalarında bilişsel terapi ve ERP kullanılarak bireysel ve grup terapisinin 2 yıllık izleme çalışmaları sonuçları karşılaştırılmıştır. Bu sonuçlara göre, bireysel BT ve ERP için anlamlı bir farklılık görülmezken, grup ERP katılımcılarının grup BT'ye kıyasla Y-BOCS puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir (Whittal vd., 2008).

2.2. Dini İçerikli OKB

2.2.1. Dini İçerikli OKB Tanımı

OKB'nin dini/ahlaki içerikli türü İngilizce literatürde "Scrupulosity" kavramı ile ifade edilmektedir (Abramowitz ve Hellberg, 2020). Kelimenin kökenlerine bakıldığında "scruple" kelimesi, davranışı engelleyen etik bir itiraz (Merriam Webster Dictionary, 2021), "scrupulosity" doğru ve uygun kabul edilen şeylere sıkı sıkıya bağlı kalmak şeklinde ifade

edilmektedir (Merriam Webster Dictionary, 2021). Diğer bir ifadeyle “scrupulosity” adeta, günahın/suçun olmadığı yerde günahıtan/suçtan korkmak olarak tanımlanır (Abramowitz ve Hellberg, 2020). Kültürümüzde ise “scrupulosity” için ‘vesvese’ akla gelse de bu kavram sadece obsesyona dönüşmüş dini içerikli düşünceler için değil tüm girici düşünceler için kullanılan bir kavram olduğundan ve ayrıca her zaman patolojik durumu ifade etmediğinden uygun olmayacaktır (Toprak, 2018). Burada patolojiyi karşılayacak şekilde ‘maraz-ı vesvese’ tabiri kullanılmaktadır (Nursi, 2012) ancak bu terkip de güncel dilden uzak gözükmektedir. Türkçe literatürde “scrupulosity” için “dinsel obsesyon” (İnözü vd., 2017) ve “dini OKB” tabiri kullanıldığı görülmektedir (Toprak, 2018). Ancak burada, belirtilerin fenomenolojisinde görülen farkın içerikten kaynaklanması nedeniyle ‘dini içerikli OKB’ ifadesinin daha uygun olduğu düşünülmüş ve çeviri bu şekilde yapılmıştır. Dini içerikli OKB, temelinde dini ve/veya ahlaki girici düşüncelerin ve ardından tekrarlayan davranışların olduğu, işlevselliği kısıtlayan, OKB’nin bir alt boyutudur (McIngvale vd., 2017). Obsesif dini şüpheler, kutsal değerlere karşı hürmetsizlik içeren imge ve düşünceler ile kompulsif tarzda yapılan “dini” ritüeller, onay arayıcı davranış ve kaçınmaları içerir (Abramowitz ve Jacoby, 2014a). Dini içerikli OKB’de, obsesyonlar aşırı katı ahlaki prensipler şeklinde de görülebilir (Wetterneck vd., 2021). Obsesyonlar, günaha girmiş olup olmamakla ilgili şüphe, farkında olmadan ahlaksızca davranış içinde olmak, dürtülerinin kontrolden çıkıp günaha gireceği endişesi, iman ve Tanrı’ya bağlılıkla ilgili şüpheler, ibadetlerin kabul olmayacağına dair endişe, cehenneme gitme korkusu, kutsal değerlere karşı hürmetsizlik içeren imge ve düşünceler; kompulsiyonlar ise daha çok aşırı şekilde tekrarlı ibadet, dua, tövbe, zikir, temizlik; bu davranışları “kusursuz” yaptığına ikna olana kadar tekrar etme, dini sorumlulukları tam yerine getirip getirmediğinden emin olmak ya da günahkar olup olmadığını ya da cehenneme gidip gitmeyeceğini netleştirebilmek için onay arayıcı şekilde sorma, teyit ettirme; kendini cezalandırıcı davranışlarda bulunma, ateizm vs. gibi dine zarar verebileceğini düşündüğü konulardan, çağrıştıran kişi ve mekanlardan özellikle kaçınma, zihinsel olarak Tanrı ile anlaşma yapma şeklindedir (Abramowitz ve Jacoby, 2014; Pollard, 2010; Toprak, 2018). Ayrıca, dini içerikli OKB’de genel olarak kişinin farkında olmadan veya yanlışlıkla günah işlediğine veya ahlaki prensiplerine uygun olmayan davranışlarda bulunduğu dair tekrarlayıcı şüpheler ile bazı kişilerin bu obsesif korkuyu gidermek için dini sembollere yöneldiği bazıların ise hakaret içerikli düşünceleri tetikledikleri için bu sembollerden kaçınabildiği görülmektedir (Abramowitz ve Hellberg, 2020).

2.2.2. Epidemiyoloji

Dini içerikli obsesyon ve kompulsiyonlar OKB'nin oldukça yaygın görülen bir alt türüdür (Abramowitz ve Hellberg, 2020). Literatürde dini içerikli OKB sıklığı oranının %0 ile %93 arasında değiştiği görülmektedir (Greenberg ve Huppert, 2010). Bu bağlamda farklı ülkelerde yapılan araştırmalara bakıldığında, klinik popülasyonda dini obsesyon görülme sıklığı ülkeden ülkeye ve hatta ülke içinde bölgesel olarak da değişmektedir: ABD %10-22, İngiltere %5, İsrail %50, Bahreyn %40, Mısır %60, Suudi Arabistan %50, Hindistan %11, Singapur %7, Türkiye %11 (Batı Bölgeler), %34 (Doğu Bölgeler), %42,2 (Ankara)'dir. (aktaran Tek ve Uluğ, 2001). Greenberg ve Huppert (2010) OKB hastalarında dini belirti görülme sıklığını, İngiltere'de 2%; Amerika'da 18%; Hindistan'da %12, Japonya'da %11; Türkiye'de %27; Ortadoğu'da %52 olarak ifade etmişlerdir (Greenberg ve Huppert, 2010). Türkiye özelinde ise, ülke Müslümanlarının örnekleminde yapılan çalışmada, hastaların %42'sinde dini obsesyonların olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tek ve Uluğ, 2001). Türkiye'de yapılan bir diğer çalışmada, OKB hastalarının %42,1'inde dini obsesyonların olduğu bulunmuştur (Aktaş ve Çuhadar, 2020). Aynı zamanda OKB hastalarında dini obsesyonların yaşam boyu görülme sıklığı %22 olarak tespit edilmiştir (Karakuş ve Tamam, 2018). Bu bağlamda Türkiye'deki OKB hastaları OKB'nin alt alanları açısından değerlendirildiğinde, en yaygın alt türlerin şüphe ve bulaşma alt türlerinden sonra dini içerikli OKB olduğu görülmektedir (Karayağız, 2020).

2.2.3. Dini İçerikli OKB Belirti Boyutları / Alt Türleri

2.2.3.1. Alt Türleri

Dini içerikli OKB, OKB'nin oldukça kendine özgü ve heterojen bir türüdür (Abramowitz ve Hellberg, 2020). Bununla birlikte, literatürde dini içerikli belirtilerin kendi içinde alt türlerine dair, net, herkes tarafından kabul edilen bir ayırım ifade edilmemektedir. Ancak yine literatürün yardımıyla, belirtilerin içeriklerine göre şöyle bir tasnife gitmek mümkündür: İmani şüphe, Kutsallara karşı küfür hakaret (hürmetsizlik), Gayri ahlaki imge-düşünce (cinsel temalı), Gayri ahlaki imge-düşünce (şiddet temalı), Günlük hata ve günaha dair anlık uygunsuz/ağır ceza görme endişesi, Tanrı ile anlaşma, Kuşku (hakka girme), Kuşku (geçmiş günah), Kuşku (ibadetler tam olmadı), Kirlenme bulaş (necaset olarak), Simetri (dinen olumsuz sonuçlarla ilişkili) (Abramowitz ve Jacoby, 2014a; Pollard, 2010; Toprak, 2018).

2.2.3.1.1. Otojen – Reaktif Ayrımı

Literatürdeki tipik durumlara yapılan tasnifi otojen ve reaktif ayrımı üzerinde de ayrıca değerlendirmek de mümkündür. Dini içerikli belirtilerin daha çok otojen olarak değerlendirildiği görülmektedir (Altun vd., 2017; Lee ve Kwon, 2003). Bu görüş dini içerikli belirtilerin bir türü için geçerli olacakken, temizlik, necaset, ibadetlerin uygun/kabul olup olmaması şüphesi konularında açıklama gücü düşmektedir. Bu bağlamda: İmani şüphe, Kutsallara karşı küfür hakaret (hürmetsizlik), Gayri ahlaki imge-düşünce (cinsel temalı), Gayri ahlaki imge-düşünce (şiddet temalı), Tanrı ile anlaşma daha çok otojen özellikler taşıırken; Günlük hata ve günaha dair anlık uygunsuz/ağır ceza görme endişesi, Kuşku (hakka girme), Kuşku (geçmiş günah), Kuşku (ibadetler tam olmadı), Kirlenme bulaş (necaset olarak), Simetri belirtilerinin ise reaktif özellikler taşıdığı görülmektedir.

2.2.4. İçgörü

İçgörü ve dini içerikli belirtilerin arasındaki ilişkiyle ilgili çalışmalarda, farklı bulgular mevcuttur. Elmasry ve arkadaşlarının (2016) OKB hastaları ile yaptıkları çalışmalarında, en sık görülen obsesyon ve kompulsiyon türlerinin dini, bulaşma ve temizlik olduğu ve bu alt türler ile içgörü düzeyini belirleyen OVIS puanı arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür (Elmasry vd., 2016). Elvis ve arkadaşları (2010) ise, OKB hastalarıyla yaptıkları çalışmada dini içerikli obsesyonlar ve Y-BOCS 11. madde ile belirlenen zayıf içgörü arasında pozitif bir korelasyon saptamıştır (Elvish vd., 2010). Dini içerikli OKB, bulaşma içerikli OKB ve sağlıklı kontrollere sahip 68 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada, dini içerikli OKB'ye sahip grupta diğer gruplara kıyasla OKB'nin şiddeti, BİDÖ ile belirlenen zayıf içgörü düzeyi ile güçlü bir şekilde ilişkili olarak bulunmuştur (Siev vd., 2021). Bu çalışmaların aksine anlamlı bir ilişki olmadığını ifade eden çalışmalar da vardır. Cherian ve arkadaşları (2012) ise OKB'si olan hastalarda içgörü düzeyi ile belirti türleri arasındaki ilişkiyi incelemiş olup çalışmalarında, dini içerikli obsesyon türü ile içgörü düzeyini ölçen Y-BOCS 11. madde (içgörü) puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Cherian vd., 2012). Manarte ve

arkadaşlarının (2021) çalışmasında da dini içerikli obsesyon ile içgörüyü değerlendiren BİDÖ puanı arasında anlamlı bir korelasyon görülmemiştir (Manarte vd., 2021).

2.2.5. Etiyoloji

Etiyolojik açıklamalara bakıldığında, çalışmaları, dini içerikli OKB'nin dindarlıkla ilişkisi, psikanalitik yaklaşım, davranışsal ve bilişsel özellikler başlıkları altında toplamak mümkündür.

2.2.5.1. Dini İçerikli Belirtiler ve Dindarlık

Müslüman ve Hristiyan dini içerikli OKB hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada hastalığın ortaya çıkışında belirgin anlamlılıkta bir fark bulunamamıştır (Inözü vd., 2012). Türkiye ve Kanada'daki dindar üniversite öğrencilerinin Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri (PDOE) ve OİÖ-44 puanlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, yüksek dindar Türk öğrencilerinin, yüksek dindar Kanadalı öğrencilere kıyasla PDOE tanrı korkusu alt ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Çalışmada, bulgular göz önünde bulundurularak İslam ve Hristiyan inançlarında dini obsesyonların ortaya çıkışında ince farklılıkların olabileceği belirtilmiştir (Inözü vd., 2012). Başka bir çalışmada, dindarlık ve OKB ile ilgili bilişler arasındaki ilişki Müslüman ve Hristiyan örneklemelerinde incelenmiştir. Bulgular, OKB belirtileri ve bilişleri arasında dindarlığın, Hristiyan örneğinde ahlaki düşünce eylem kaynaşması ve düşünceleri kontrol etmenin önemine dair inançlarla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir. Müslüman örneğinde ise dindarlık sadece ahlaki düşünce eylem kaynaşması ile pozitif yönde korelasyon göstermektedir (Yorulmaz vd., 2009). Özetle, literatürde dindarlıkla ilişkisine bakılmış ancak, dindarlığı dini içerikli OKB'nin nedeni olarak açıklayan çalışmaya rastlanmamıştır (Purdon ve Clark, 2013; Tek ve Uluğ, 2001). Dindarlığın belirtilerin nedeni değil, ancak obsesif düşünce ve endişelerin türünü belirlemede bir etken olabileceği ifade edilmiştir (Witzig, 2017).

2.2.5.2. Psikanaliz ve Psikodinamik Yaklaşım

Psikanalitik açıklamaya göre dini içerikli belirtilerde görünen iç dünyadaki ödipal çatışmanın anal döneme gerileme ile ifade bulmuş halidir. Tanrı, babanın yer değiştirmiş bir sembolü olarak, rahatsız edici imgeler de aslında babaya, yer değiştirmiş haliyle de Tanrı'ya

karşı, bilinç dışına itilmiş dürtülerin zihinsel ifadesi olarak yorumlanır (Freud, 1927). Aşırı şekilde sergilenen dini ritüeller de hissedilen öfkenin karşıt tepkisi olarak devreye girer, öfke nedeniyle hissedilen yoğun suçluluğu dengelemek amacıyla başvurulan bir seramoni olarak yorumlanır (Freud, 1907). Sonrasındaki kuramsal katkılar ödipal çatışma ve anal dönem gibi vurgu noktalarından uzaklaş da psikanalizin kuramsal zemininin dini inancı da analiz eden, dini psikolojik bir fenomene indirgeyen doğasının ve ilgili obsesif içeriklerin hastanın arzuları ile direkt bir bağı olduğunu ima etmesinin tedaviyi zorlaştırıcı bir unsur olduğunu düşünülebilir (Toprak, 2018).

2.2.5.3. Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşım

2.2.5.2.1. Davranışsal Özellikler

Dini içerikli belirtisi olan hastaların davranışsal özelliklerinde farklı bir durumu ifade eden bir araştırmaya rastlanmamıştır. Diğer OKB türlerinde olduğu gibi kaygıyı azaltma vazifesi gören aynı tür ritüel ve kaçınma stratejilerinin dini içerikli OKB’de de görüldüğü ifade edilmektedir. Bununla birlikte ilgili hastaların kompulsiyonları ile dinin kendilerinden beklediği ritüel davranışlar arasında farkı ayırt etmenin zorluğu literatürde belirtilmiştir. Dini kompulsiyonlar da referans noktalarını, dini inancın kendi içinden bulunabileceği için dini içerikli OKB'yi sağlıklı dini uygulamalardan ayırt etmek zorlaşmaktadır (Abramowitz ve Hellberg, 2020). Ayrıca bu hastaların dünyevi sonuçlar dışında ahiret inancına bağlı ödül ve ceza çıkarımları zaman zaman davranışların sonuçları itibariyle yapılan analizleri boşa düşürmektedir (Abramowitz ve Buchholz, 2020).

2.2.5.2.2. Bilişsel Özellikler

Dini içerikli OKB ve hatalı inanç alanları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında, hastalığın ‘belirsizliğe tahammülsüzlük’ ile ilişkisi olduğunu ifade eden çalışmaların (Fergus ve Rowat, 2015) yanı sıra ‘düşüncelere aşırı önem verme’, ‘düşüncelerin kontrolü ile ilgili kaygı’, ‘abartılı sorumluluk’ ve ‘ahlaki düşünce-eylem kaynaşması’ inançları (Nelson vd., 2006) ve nevroz ile ilişkili olabileceği sonucuna da ulaşılmıştır (İnözü vd., 2017; İnözü vd., 2020). Dini içerikli belirtisi olan hastalarda özellikle ‘belirsizliğe tahammülsüzlük’ ve ‘düşünceye aşırı önem verme’ alanlarının daha baskın olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Abramowitz ve Jacoby, 2014a). Bir çalışmada, dini içerikli OKB ile

‘ahlaki düşünce eylem kaynaşması’, ‘düşüncelerin önemi’ ve ‘düşünceleri kontrol etme’ gibi bilişsel stiller arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Kaviani vd., 2015). Farklı bir çalışmada, Obsesif İnanışlar Ölçeği-44’teki (OIÖ-44) hangi bilişsel alanların dini obsesyonları yordadığını belirlemek için çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bu sonuçlara göre, dini obsesyonların OIÖ-44’ün ‘düşüncelerin önemi’ ve ‘düşüncelerin kontrolü’ ile ‘sorumluluk (abartılmış sorumluluk) / tehdit beklentisi (tehlikeyi büyük görme/abartılmış tehdit)’ alt ölçekleriyle istatistiksel açıdan önemli derecede ilişkili olduğu ve bu alt ölçeklerin dini obsesyonları yordadığı, ancak ‘mükemmeliyetçilik’ ve ‘kesinlik (belirsizliğe tahammülsüzlük)’ alt ölçekleriyle istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisinin olmadığı ve bu alt ölçeklerin dini obsesyonları yordamadığı sonucuna ulaşılmıştır (Siev vd., 2011).

2.2.6. Tedavi

Dini içerikli OKB söz konusu olduğunda, diğer birçok alana kıyasla düşük tedavi yanıtı karşımıza çıkmakta, semptomların dini içerikli olması direnci artırmakta ve uzun dönemli tedavi etkililiğinin de düşük olduğu görülmektedir (Ferrão, 2006; Mataix-Cols, 2002).

2.2.6.1. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler

Dini içerikli OKB’nin psikoterapisi sürecinde, kendine özgü temel zorluklar şu şekilde özetlenebilir: Dinen normal olarak görülen düşünce ve davranışlarla, dini obsesyon ve kompulsiyonları ayırmanın güçlüğü. En temel korkuları günaha girmek olan hastaların maruz bırakma tedavisine uyumu sorunu. Maruz bırakma sürecindeki sınırların belirlenmesi ve bir din görevlisini sürece dahil etmenin nasıl ve ne şekilde olabileceği (Huppert ve Siev, 2010). Bu zorlukları aşmak adına Dini içerikli OKB tedavisinin iki başlık altında geliştiği düşünülebilir. Dini/manevi konulara duyarlı bilişsel davranışçı terapi ve dini bilgi ve eylemlerin tedavinin teorik ve pratik çerçevesine eklendiği entegratif/bütünleştirici yaklaşımlar.

2.2.6.1.1. Dini/Manevi Duyarlılıklara Uygun Olarak Yapılandırılan Dini Yönden Duyarlı Bilişsel Davranışçı Psikoterapi

Dini içerikli belirtilerin tedavisinde BDT'nin nasıl uygulanması gerektiği ile ilgili farklı görüşler vardır. Bu bağlamda Salkovkis'in terapiye özellikle manevi bir değişken eklenmemesi gerektiği vurgusuna karşılık, Purdon, Huppert, Aljabar gibi önemli isimlerin de BDT'nin temel açıklama ve müdahale ilkeleri çelişmeyen manevi bilgilerin terapiye katkısı olacağı yönündeki yaklaşımları dikkat çekmektedir (Huppert vd., 2019). Bu bağlamda Abramowitz ve Jacoby'nin (2014a), dini içerikli OKB hastaları için kavramsal bir model önerdiğini görmekteyiz. Modelde dini içerikli OKB'nin, herkeste olabilecek girici düşüncelerin, düşüncelere verilen önemle ilgili hatalı inançlar (düşünce eylem kaynaşması gibi) tarafından aşırı ve abartılı yorumlanması sonucu oluştuğu ifade edilmiştir. Bu inançların oluşumu, dini içerikli OKB'si olan kişilerin kişisel dini görüş ve prensiplerinde bulunabilirse de onların abartılı bir ifadesine dönüşmüş şeklidir. Normal girici düşüncelerin bu şekilde abartılı yanlış yorumlanması ise kişide günah ve Tanrı korkusuna ve kişisel dini inançlarına özgü obsesif kaygı ve şüpheye yol açar. Belirsizliğe tahammülsüzlük anlamında ise kişinin günah işlemiş olması (ve cezalandırılabilmesi) ihtimali kişide yoğun kaygı ve sıkıntıya sebep olur. Bunun sonucunda kişi bu sıkıntıları azaltmak, kesinliğe ulaşmak, istenmeyen düşünce veya şüpheden ve korkulan olumsuz sonuçlardan kurtulmak için birçok kompulsiyon, kaçınma ve nötralize edici yöntemlere başvurur. Ancak bu yöntemler, daha çok istenmeyen girici düşüncelere ve obsesif kaygıya neden olur. Bununla birlikte sıkıntıyı kısa vadede de olsa azalttıkları için olumsuz pekiştirici özelliği kazanarak sürdürülür olurlar. (Abramowitz ve Jacoby, 2014a). Bu kavramsallaştırma, yani dini içerikli OKB'nin bilişsel davranışçı formülasyonu OKB'nin diğer alt türleri ile benzer bir psikolojik tedavi programını (psikoeğitim ve tedavi planlaması, maruz bırakma ve tepki önlemeyi (ERP) içeren bilişsel terapi tekniklerini) önermektedir. Kavramsal modelin temel amaçları ise; kişinin dini değerleri ile tutarsız olan hatalı/uyumsuz inançlarını zayıflatmak, şüphe ve belirsizliğe karşı toleransı artırmak ve hatalı/uyumsuz inanç değişikliğini ve belirsizliğe toleransı önleyen kompulsiyon, kaçınmaya ve diğer nötrleştirici tepkilere olan ihtiyacı azaltmak şeklinde açıklanmaktadır. Dolayısıyla tedavi, dini içerikli OKB'si olan kişilerin daha sağlıklı ve inançlı bir şekilde dinlerini sürdürebilmelerine yardımcı olmak şeklinde kavramsallaştırılmıştır. bir hastanın dini kimliğine ve inancına tevazu ile yaklaşılması ve saygı gösterilmesi, tedavinin kabul edilebilirliğini ve terapötik uyumunu kuvvetlendirmenin yanı sıra BDT'nin dini içerikli OKB üzerindeki etkinliğini desteklemek için de gereklidir (Abramowitz ve Hellberg, 2020). Toparlarsak, bilişsel davranışçı yaklaşımda, tedavilerin kişilerin dini hassasiyetleri ile çatışmayacak, dini/manevi yönden duyarlı şekilde yapılandırılması gereği ortak bir kanaattir.

Purdon ve Clark (2013) tedavide, bir din görevlisiyle ortak çalışmanın önemini belirtirmiş; terapistin OKB ve BDT konusunda yeterli donanıma sahip olması gereğinin yanında, dini içerikli obsesyon ve kompulsiyonları tedavi ederken özellikle özenli, saygılı olması ve OKB belirtileri ile dini ibadetleri ayırabilmesini sağlayacak düzeyde de bilgi sahibi olması gerektiğini vurgulamışlardır (Purdon ve Clark, 2013).

Tedavilerini, dini-kültürel hassasiyetler çerçevesinde kurgulayan vaka tedavilerini konu alan olgu makaleleri mevcuttur. Siev ve Huppert (2017), aşırı ortodoks Yahudi bir hastanın Dini içerikli OKB psikoterapisini anlattıkları çalışmalarında, tedavide anahtar belirli duruş ve müdahaleler belirlemişlerdir: Terapistler, hastanın dini inançları ve inancının yapmasını emrettiği davranışlar ile obsesif ve kompulsif semptomları çok dikkatle ayırmaya özen göstermeli, hasta grubunun dini ve kültürel referansları ile ilgili bilgi sahibi olmalı, bu aşamada da gerekirse hastanın bağlı olduğu özgün din grubunun görevlilerinden bilgi almalılardır. Yine, hastanın inancı ve inancının gerektirdiği davranış örüntülerini anlamakta esnek olmalı; kesinlikle, hastalarıyla bu konuda “mantık” tartışmalarına girmeye çalışmamalıdır (Siev ve Huppert, 2017). Protestanları konu alan bir çalışmada, yargılamadan, hastanın dini inançlarının “istenmeyen düşünce” kavramına nasıl yaklaştığını, dini öğretinin ya da dini grup liderlerinin bu tür düşüncelerle nasıl başa çıkılmasını salık verdiğini anlamaya çalışmanın önemi ifade edilmiştir (Abramowitz vd., 2004). Yine, Hıristiyan hastalarla yapılan çalışmalara göre din görevlisi ile iş birliği içinde çalışmanın ya da norm olarak kişinin aile ve kültürünün temel uygulamalarını kullanmanın, hangi düşüncenin obsesyon, hangi düşüncenin dinin bir gereği olduğunu; hangi ibadetin sağlıklı bir gereklilik hangisinin ritüelistik bir kompulsiyon olduğunu ayırt etme konusunda içgörü sağlayacağı ifade edilmiştir (Witzig, 2017; Garcia, 2008). Özellikle semptomları besleyen Tanrı imajının değiştirilmesinde din görevlileri, dini otorite olarak kabul edilen figürler ve sağlıklı dini bilgi önemli bir işleve sahiptir. Birçok terapist, bu hastalar için önemli olan, örneğin, cehennem varlığı ve buraya gitme korkusunu küçümseyerek, bununla ilgili şaka yaparak ya da buna saygı duyduğunu ifade etse bile, bu korkuyu, yaşadığı anksiyeteden ayrı düşünmesini salık vererek, ERP’ye devam etmeye çalışarak hata yapmaktadır (Witzig, 2017). Klasik ERP uygulamasından farklı olarak, burada, hastaların büyük günah işleme ya da cehenneme gitme gibi korkuları, yineleyici güvence verici davranışa dönüşmeyecek şekilde, doğru dini bilgi ve yeniden çerçevelemelerle cevaplanmalıdır (Ertekin, 2017; Witzig, 2017). Tedavi planı, hastaların dini sınırlarına girmeyecek şekilde dizayn edilmeli; hastaları günaha maruz bırakma hatasına düşülmemelidir (Siev ve Huppert, 2017). Buradaki en önemli nüans da bu hastaların sorununun, açık bir günah endişesi olarak değil; belirsizliğe

tahammülsüzlükle ilgili bir sorun olarak yorumlanması gerektiğini unutmamaktır (Siev ve Huppert, 2017; Witzig, 2017; Fergus ve Rowat, 2015). Bu bağlamda, müdahaleler dizayn edilirken, günahı değil, riski tolere etmenin öğrenileceği şekilde kurgulanmalıdır (Siev ve Huppert, 2017). Yine, Peris ve Rozenman (2016), 11 yaşında Ortodoks Yahudi bir kız çocuğunun Dini içerikli OKB tedavisi olgusunda, gerektiğinde dini lider ile konsültasyonun altını çizmişler; ailenin inanç sistemine uygun dengeli bir hiyerarşi ile ayarlanmış ERP rasyonelinin önemini ve bunun hem çocuğunun genel tedavi motivasyonunu hem de ERP'ye katılımını artıracak olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, ERP sürecinin, çocuğun dini grup etkinliklerine katılımını artıracak şekilde düzenlenmesinin hem çocuk hem de ailenin tedaviye uyumunu artırdığını ifade etmişlerdir (Peris ve Rozenman, 2016).

2.2.6.1.2. Dini İçerikli Bilgilerin Entegrasyonu ile Oluşturulan Özgün Modeller

Dini bilgi ve eylemlere saygılı ve tedavi sürecinde bu konuda esnek ve duyarlı çerçeveye ek olarak dini bilgi ve eylemlerin tedavi yaklaşımının teorik ve pratik yapısına da eklendiği entegratif/bütünleştirici çalışmaları ise '*Dini İçerikli Bilgilerin Entegrasyonu ile Oluşturulan Özgün Modeller*' başlığı altında ele alacağız.

2.2.6.2.2.1 RCBT

RCBT (Religious Cognitive Behavioral Therapy) Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT, dini-manevi entegre psikoterapiler alanında böyle bir entegratif tedavinin ilk manuelle modelidir. Bu müdahale, dini olarak inançlı, tıbbi bir hastalığı olan depresif hastalar için geliştirilmiştir. Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT'nin amacı, depresyonu sürdüren düşünceleri belirlemede ve değiştirmede hastanın kendi dini inancını ve uygulamalarını kullanarak depresyon belirtilerini azaltmak ve dini kaynakları olumlu duyguları ortaya çıkarmada kullanmaktır. Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT; tefekküre dayalı duayı, dini öğretileri kullanarak düşüncelerle mücadele etmeyi, zihni yenilemek için kutsal metinleri ezberlemeyi, dini uygulamalara ve dini bir topluluğa katılmak gibi müdahaleleri içermektedir. Burada asıl amaç, kişilerin kendi dini inançları ve davranışlarını tedavi süreçlerine katkısı olacak en uygun şekilde entegre etmelerine yardımcı olmaktır. Bu bağlamda beş büyük din İslam, Hristiyanlık, Musevilik, Hinduizm ve Budizm için ayrı manuelle geliştirilmiştir (Pearce vd., 2015). Müslümanlar için geliştirilen manuele de IICBT (Islamically Integrated Cognitive Behavioral Therapy) denmekte, manuelin Sünnî (Sabki vd., 2018) ve Şif

versiyonları da (Ciarrocchi vd., 2014) ayrı şekilde bulunmaktadır. Literatüre bakıldığında ise OKB hastaları için Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT'nin etkinliğinin incelendiği çalışmaları görmek mümkündür.

2.2.6.2.2.2. İslamiyet Özelinde Çalışmalar

Müslümanlara dair yapılan çalışmalara baktığımızda, İslam geleneğinin modern psikoloji/psikoterapi ilişkisine dair sistemli bilgi üretimi özellikle son yıllarda artan bir ivme göstermektedir. Modern psikoloji/psikoterapiye dair yapılan keskin epistemolojik eleştirilerle başlayan ilk çalışmalar yerini bugün iki geleneğin etkileşime ve bütünleşmeye açık olduğu alanlara dair araştırmalara bırakmış; teorik ve eleştirel içerikte çalışmaların yerini psikoterapide entegrasyon ve özgün müdahale modelleri almıştır (Haque vd., 2016; Rüschoff ve Kaplick, 2018; aktaran Şahin, 2019). Konu ilgili derleme çalışmaları da bu çalışmaları farklı başlıklar altında tasnif etmişlerdir. Bu bağlamda Haque ve arkadaşları beş temel başlık altında değerlendirme yapmışlardır: 1- İslam inanç pratiklerini kullanarak batılı psikoloji modellerinin daha da geliştirilmesi. Batılı psikoloji modellerini İslami kabul etmek. Kültürel duyarlılıklara uygun modeller geliştirmek. Ya da bu kavramları daha kültürel hassasiyetlere uygun hale getirmeye çalışmak. 2-İslam düşüncesi tarihi psikoloji konulu çalışmaları yeniden gündeme getirilmesi. 3- İslami psikoloji modelleri oluşturmak, İslam düşüncesinden hareketle teorik model ve çerçevelerin geliştirilmesi. 4- İslam düşüncesinden hareketle müdahale ve tekniklerin geliştirilmesi. 5- Müslümanlar için değerlendirme araçlarının ve ölçeklerinin geliştirilmesi (Haque vd., 2016). Bu bağlamda İslam geleneği ile çağdaş psikoterapilerin entegrasyonuna dair çalışmalar düşünüldüğünde burada özellikle BDT'nin öne çıktığını görmekteyiz (Amer ve Jalal, 2015). Hatta bu alandaki bazı önemli yazarlar İslam geleneği ve BDT arasındaki benzerliklerin özellikle altını çizmiştir (Haque vd., 2016). Bununla birlikte İslam ve BDT arasındaki özellikle epistemolojik farklara vurgu yapan çalışmalar da mevcuttur (Beshai vd., 2013). Yine genel çerçevede itibarıyla İslami değerlerle uyumlu olmakla birlikte terapidaki isimlendirmelerin seküler olduğunu ve Müslümanlara uygun olmadığını, bunun da İslami özel versiyonla aşılabileceğini ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Hodge ve Nadir, 2008). Bu alana dair çalışmalar ilk kez 90'lı yılların sonunda Kur'an ve hadisleri alternatif düşünce olarak aktif şekilde kullanan çalışmalarla (Razali vd.,1998) başlar. Sonrasında yukarıda da belirtildiği gibi IICBT manüelleri oluşturulmuş, Dini-İslami BDT

modelinin net şekilde tanımlanarak bir kılavuz halinde kullanıldığı çalışmalar ortaya çıkmıştır (Sabki vd., 2018; Ciarrocchi vd., 2014).

OKB özelinde yapılan çalışmalara geldiğimizde öncelikle Awaad ve Ali'nin 2015'te 9.yy'da yaşamış Müslüman bir tıp hekimi olan Belhî'nin OKB'yi bugün DSM-5'e benzer şekilde tanı kriterleri üzerinde tespit ettiği ve yine BDT'ye çok benzer şekilde tedavisini önerdiği kitabını konu ettikleri çalışma önemlidir (Awaad ve Ali, 2015). Yine Keshavarzi ve arkadaşları, İslam'da rahatsız edici düşünceler için kullanılan 'vesvese' kavramı ile OKB arasındaki ilişkiyi klasik İslam geleneği metinleri ve çağdaş psikoterapi literatürü üzerinden kıyasladıkları çalışmalarında, ERP uygulamasını ilk dönem İslam alimlerinin tavsiyeleri arasındaki benzerliğe dikkat çekmiş, yine hastaların belirtileri ve dini inanç ve davranışlarını ayırt etmek konusunda din adamları ile işbirliği içinde çalışmanın önemini vurgulamış, bunun sadece hastalara karşı dini konulardaki saygılı olmak, norm davranışı ayırt etmek için değil hastaların da yaşadıkları durumun hastalık olmasına ikna olmaları için önemli olduğunu vurgulamışlardır. Son olarak bu alanda özellikle İslam geleneğindeki belirli kavramlarla tedavideki kavramların entegre edilmesini, bilişsel ve davranışsal müdahalelerin referanslarının da bu şekilde zenginleştirilmesini ve bu çerçevede yapılacak bilimsel çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır (Keshavarzi vd., 2020). Rosli ve arkadaşları, davranışçı terapide, dine ve kültüre uygun hale getirmek için bazı değişiklikler sağladıkları, psiko-eğitim ve dini bilgiler eğitiminin terapist, din görevlisi iş birliği ile yaptıkları çalışmalarında, OKB hastalarına destek olmak için din alimi ya da imamın da yer aldığı ortak bir ekip çalışmasının önemli olduğu ve sonuçta İslami kavram, değer ve uygulamaların, klasik psikoterapiye entegrasyonunun mümkün olduğunu ifade etmişlerdir (Md Rosli vd., 2019). Diğer bir çalışmada, ERP terapisine, İslami değerlerin, bilgi ve uygulamalarının dahil edilmesiyle oluşturulan dini entegre terapinin hastalığın fenomenolojisinde ve hastanın başa çıkmasında önemli bir rolünün olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Md Rosli vd., 2018). Başka bir çalışmada ise, Dini İçerikli Bilgilerle Bütünleştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi protokolünün dini içerikli OKB hastalarının belirtilerinde azalma sağladığı ve bunun izlem çalışmalarında da korunduğu belirtilmiştir (Aouchekian vd., 2017).

Türkiye'de de bu alanda teorik ve pratik çalışmalar mevcuttur. Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2014) İslam'ın 'vesvese'ye bakışını anlattıkları ve BDT ile İslam alimlerinin 'vesvese'ye dair yazdığı metinlerdeki yaklaşımın benzerliklerini ortaya koydukları çalışmaları mevcuttur. Sonrasında, Toprak'ın OKB hastalarının psikoterapisinde kullanmak üzere, İslam alimlerinin 'vesvese' ilgili çalışmalarını temel alarak geliştirdiği psiko-eğitim modelini uyguladığı çalışma, teori ve pratiği birleştiren bir ilk denemedir (Toprak ve Emül, 2016). Dini

boyutu içeren bir psikolojik danışma sürecinin etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, dini boyutun psikopatoloji düzeyinin azalmasında bir katkısının olup olmadığına bakılmıştır. Bulgularda, obsesif kompulsif düşünceler, somatizasyon, anksiyete ve depresyon ile genel psikopatoloji düzeyindeki azalma da, dini boyutu içeren bireysel psikolojik danışma müdahalesinin, içermeyen bireysel psikolojik danışmaya göre daha etkili olduğu görülmüştür (Acar ve Karaca, 2019).

2.2.6.2.2.2.1. 4T Modeli

Bu kısımda araştırmamızda etkililiği sınanan bir Dini İçerikli Psiko-Eğitim modeli olarak 4T modelinin temel kavram ve güncel uygulaması ile ilgili bilgi verilecektir.

Toprak (2016), İslam alimlerinin bilişsel işleyişe dair kavramsallaştırmalarından hareketle geliştirdiği yeni bir bilişsel açıklama modelini, BDT psikoterapi sürecinin psiko-eğitim müdahalesi kısmına entegre etmiştir. Kullandığı bilişsel kavramların baş harflerini ifade eden 4T Modeli'nde, BDT'nin özel bir hiyerarşi farkı belirtmeden imge ve düşünce şeklinde ikili bir yapı olarak ele aldığı bilişsel modelin yerine bilişsel yapılar arasında niteliksel hiyerarşi öneren bir model teklif etmektedir. Bu bağlamda tahayyül, tasavvur, taakkul ve tasdik şeklinde dörtlü bir kognisyon modeli betimlemektedir. Burada bilişsel terapi ile en temel fark *tahayyül* (hayal etme), *tasavvur* (tanımlama-tasarımlama), *taakkul* (düşünme), *tasdik* (fikri onaylama) basamakları arasında, iradi olup olmamaya göre sıralı bir hiyerarşi ayrımı yapılmasıdır (Toprak ve Emül, 2016; Toprak, 2021). Yapılan hasta çalışmasında, 4T psiko-eğitimi yoluyla, hastaların, zihinlerine gelen obsesyonları, bu dört kavramla yeniden tanımlamalarını, böylelikle sorumluluk hiyerarşisi ve iradeyle ilişkilerini yeniden değerlendirmelerini sağlamıştır. Hastalara verilen psiko-eğitim sırasında, zihinlerine bir hayalin gelmesi (tahayyül ya da tasavvur), zihinlerinin bir konu üzerine düşünüp akıl yürütmeleri (taakkul) ve üzerinde düşündükleri bir fikri değerleri ile uyumlu bularak kabul etmeleri (tasdik) olarak anlatılmıştır. Burada ayrıca eylemin ancak tasdik sonrası mümkün olduğu; tahayyül, tasavvur ve taakkul aktiviteleri sürecinde açığa çıkan bilişsel ürünler olan hayaller ve düşüncelerin kişinin tam bir kontrolü altında olmadığı, kontrol altında olabilecek iradi eylemin ise tasdik olduğu vurgulanmıştır. Kişinin ahlaki dünyasını temsil eden inançları/imanının ancak bu tasdik sonucu oluştuğu ifade edilmiştir. Bu eğitim modeli uygulanan OKB tanısı almış 4 hastanın, obsesyon ve kompulsiyon düzeylerinde belirgin bir düşüş tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların hepsi 4T modelinin olumlu etkisine vurgu yapmış, zihinlerinden geçenlerle eylemlerini birbirinden ayırmaya dair katkısı ile ilgili, geri

bildirimlerde bulunmuştur (Toprak ve Emül, 2016). İlerleyen çalışmalarda (2018), 4T modeline ek modeller üzerinde durduğu ve özellikle kalp kavramının öne çıkardığı görülür. Kalbi, tasdikleri (inanç/iman ve değerleri) içeren bir alan olarak zihinden ayırmış, böylece inanç/imanı, değerler sistemi ve eylemi temsil eden kalbin onaylama süreci ile insan yapısının işlevsel bir aleti olan zihnin hayal etme, tanım/tasarım yapma ve düşünme süreçlerinin farkını daha belirgin ifade etmek imkanına kavuşmuştur (Toprak, 2018; Toprak, 2021). Toprak'a (2021) göre, model, OKB hastalarında özellikle 'düşünceye aşırı önem verme', 'düşünce eylem kaynaşması', gibi bilişsel hatalara karşı etkili bir çerçeve sunmaktadır.

4T modeli, çalışma için kısmi bir revizyondan geçirilmiştir. Bu süreçte modeldeki tasavvur kavramının, tahayyül ile birleştirildiği ve yerine tevehhüm kavramının eklendiği görülmektedir. Burada amaç hastalarda en uygun etkiyi en basit ve hızlı şekilde oluşturacak kavramları en ekonomik şekilde kullanmak olduğundan, OKB sürecinin psiko-eğitiminde anlamlı bir fark oluşturmamayan tasavvur -tanım ya da geniş tasvir- kavramının yerine; tevehhüm -zan, sanı- kavramı eklenmiştir. Bu haliyle özellikle otojen hastaların zihinlerine gelen kutsallara karşı hürmetsizlik içeren hayaller, cinsel ve şiddet içerikli imgesel obsesyonlar vb. 'tahayyül'; "ya necis olduysa", "ya abdestim olmadıysa", "ya namazım olmadıysa", "ya imandan çıktıysam" vb. türünden daha çok reaktif şüphe obsesyonları ise 'tevehhüm' olarak anlatılmıştır. Yanı sıra bu çalışmada, dini içerikli psiko-eğitimin doğasına uygun olarak dini bilgilerdeki ontolojik referanslara da yer verilmiş, model dini içerikli bilgiler olan, şeytan, vesvese, kalp gibi kritik ontolojik kavramlarla da birlikte kullanılabilir hale getirilmiştir (Toprak, 2021). Bu noktada modelin sadece pratikte farklı bir bilişsel yeniden yapılandırma önerisinin ötesine geçerek psikoterapi uygulamasının teorisinde de farklılaştığı düşünülebilir. Burada bilişsel yaklaşımı davranışçılıktan ayıran 'zihnin varlığı' aksiyomuna ek olarak 4T modelini de bilişsel yaklaşımdan ayıran 'kalb'in varlığı' aksiyomunun yer aldığını görmekteyiz. Yanı sıra şeytan ve onun vesvese vermesi de ek bir ontolojik referans olarak aksiyomlar arasında yer almış olmaktadır.

Çalışma sırasında kullanılan referans metinler eşliğinde (Nursi, 2012; Çağrıncı, 2013), dini içerikli OKB, maraz-ı vesvese olarak açıklamış, dini içerikli OKB'yi -maraz-ı vesveseyi- şeytanın vesveselerini doğru zanneden bir insanın içine düştüğü psikolojik bir hastalık, kişinin değerlerine uygun olmayan düşüncelerin ise sadece zihinsel bir tecrübe olduğu, imanın bulunduğu yer olan kalbe ve onun içindeki ahlaki değerlere zarar veremeyeceği bilgisi paylaşılmıştır.

2.2.7. İlgili Araştırmalar

Bu bölümde, Dini İçerikli OKB’de dini yönden duyarlı BDT ve Dini Bilgilerin Entegrasyonu ile Oluşturulan Özgün Modelli Yaklaşımlara dair çalışmalara yer verilmiştir.

Bu iki yaklaşım arasındaki temel farkları şöyle ifade etmek mümkündür: BDT yaklaşımında diğer OKB alt türlerinden farklı olarak özellikle dini değerlere duyarlı olunması gereğinin altı çizilirken temel teorik ve pratik yapı korunur. Dini bilgilerin entegrasyonu ile oluşturulan özgün model yaklaşımlarında ise dini kaynaklardan hareketle BDT’nin teorik ve pratik içeriğine yeni kavramsal katkılar yapılır. Bu özgün modellerin, dini içerikli psiko-eğitimi, dini referanslarla yapılandırdıkları, kimi zaman insanın genel yapısı ve zihinsel işleyişi ilgili de yeni kavramsal katkılar sundukları, Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT ve 4T modeli gibi, görülmüştür.

Bu bağlamda dini hassasiyet çerçevesinde esnek ve gerektiğinde din adamlarıyla da pratik iş birliğine dayanan çalışmalar yine dini yönden duyarlı BDT’nin bir parçası olarak değerlendirilmiş; dini içerikli katkıları yapılandırarak teorik ve pratik bir müdahale halinde uygulayan çalışmalar da dini bilgilerin entegrasyonu ile oluşturulan özgün modeller olarak değerlendirilmiştir. Bu iki yaklaşımın da bireysel ve grup terapisi şeklinde uygulamaları mevcuttur. Bununla birlikte her yaklaşım için ayrı ayrı çalışmalar olsa da iki yaklaşımın kıyaslandığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2.2.7.1. Dini İçerikli OKB Tedavisinde Dini Yönden Duyarlı Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler ve Dini Bilgilerin Entegrasyonu ile Oluşturulmuş Özgün Modellerin Bireysel ve Grup Psikoterapileri Araştırmaları

2.5.7.1.1. Bireysel Psikoterapi Araştırmaları

Dini yönden duyarlı BDT yaklaşımlarına uygun olduğu düşünülen çalışmalara örnek olarak; OK belirti profillerinin kişiler arasında farklılıklar gösterebileceği ve kültürel geçmişten etkilenebileceği vurgulanan bir çalışmada, dini içerikli obsesyonları olan İspanyol bir hastanın tedavi süreci incelenmiştir. Tedavinin etkisi, tedavi öncesinde ve sonrasında uygulanan Y-BOCS ölçüm aracı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tedavi sürecine bakıldığında ise, hastanın öğrenme süreçlerine ilişkin kültürel arka planı dikkate alınarak

bireyin değerler sistemi tedaviye dahil edilmiş olup terapist hastanın dinle ilgili inançlarına bağlı olan ceza korkusuyla ilgili algısını daha olumlu inanç anlayışıyla değiştirmesine yardımcı olmuştur. Maruz bırakma temelli BDT'ye, aile terapisinin entegre edilmesiyle oluşturulan tedavinin sonucunda, hastanın OKB semptomlarında belirgin bir iyileşme olduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda bu bulguların, kültürel, aile ve sosyal faktörleri dikkate alan bireyselleştirilmiş müdahalelere olan ihtiyacı gösterdiği belirtilmiştir (Rosa-Alcázar ve Iniesta-Sepúlveda, 2018). Siev ve Huppert (2017) tedavinin hastanın dini değerleriyle uyumlu, kültürel duyarlılıkla çerçvelenebileceğini ve gerektiğinde din adamları ile iş birliği yapılabileceğini vurguladıkları bir çalışmada, 42 yaşında aşırı Ortodoks Yahudi bir hastanın dini içerikli OKB psikoterapisini incelemişlerdir. Tedavide, terapist hastanın kendi inançlarını keşfetmesi için sokratik tekniği kullanmış olup hastanın dini değerlerine uygun maruz bırakma oluşturarak hastayla birlikte sinagoga gitmiştir. Tedavinin sonuçları, tedavi öncesi ve sonrasında uygulanan Y-BOCS ve PDOE ölçüm araçları kullanılarak değerlendirilmiştir. Buna göre, başlangıçta Y-BOCS ve PDOE ortalama puanı yüksek olan hastanın, tedavi sonrasında ölçek puanlarında önemli derecede azalma olduğu görülmüştür (Siev ve Huppert, 2017). Peris ve Rozenman (2016) ise çalışmalarında ERP'nin, çocuğun dini uygulamalara ve grup etkinliklerine etkin bir şekilde katılımını artıracak şekilde düzenlemesi gerektiğinin altını çizerek dini içerikli OKB'si olan 11 yaşında Ortodoks Yahudi bir kız çocuğunun tedavi sürecini incelemişlerdir. Tedavide, terapist hastanın dini zorlantıları üzerine maruz bırakmaları planlarken, kişinin inanç yapısını değiştirmek ya da onu dini pratiklerden yoksun bırakmak gibi bir amaçla değil, inanç ve ibadetlerini aslına uygun yaşaması için dini figürler ve aile ile işbirliği içinde çalışmıştır. Tedavi sonucunda, hastanın tedavi öncesi CY-BOCS (Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale/ Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği) toplam puanı 24 iken tedavi sonrasında CY-BOCS toplam puanı 12 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar ise, OKB semptomlarında önemli bir azalma olduğunu göstermektedir (Peris ve Rozenman, 2016).

Özgün bir modelin kullanıldığı çalışmalara bir örnek olarak ise; Toprak geliştirdiği 4T modelini OKB tanısı almış 5 hastada uygulamış, (Y-BOCS, Padua Envanteri, BDE, BAE) ölçümlerinde hastalarda obsesyon ve kompulsiyon düzeylerinde belirgin bir düşüş tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların hepsi 4T Modelinin olumlu etkisine vurgu yapmış, zihinlerinden geçenlerle eylemlerini birbirinden ayırmaya dair katkısı ile ilgili, geri bildirimlerde bulunmuştur (Toprak ve Emül, 2016). Dinin OKB'nin fenomenolojisinde ve hastanın başa çıkma becerisinde önemli bir rolünün olduğu vurgulayan bir vaka/olgu çalışmasında dini entegre terapi, tedavi seçeneği olarak sunulmuştur. Çalışmada, hastaya bilişsel yeniden

yapılandırma ile birlikte art arda 5 gün boyunca ERP uygulandığı sırada İslami değerler, bilgiler ve uygulamalar dahil edilerek dini entegre terapi yapılmış ve sonucunda hastanın önemli ölçüde semptomlardan kurtulduğu görülmüştür (Md Rosli vd., 2017). Arip ve arkadaşları (2018) klinik OKB'nin kişinin dini inanç ve uygulamalarından, kültüründen etkilenebileceğini belirttikleri çalışmalarında, İslami ritüeller ve bulaşma ile ilgili korkuları olan 27 yaşında OKB'li Müslüman bir kadının psikoterapi sürecini incelemişlerdir. Hastanın işlevsel olmayan tehlikeyi büyük görme ve abartılı sorumluluk inançlarını azaltmayı amaçlayan tedavi, İslami metinlerden alınan kavramlarla birlikte ERP'nin mantığının anlatıldığı İslami psiko-eğitimi içermektedir. 10 oturum uygulanan IERT (Islamic Integrated Exposure Response Therapy/İslami Temelli ERP) sonrası, hastanın başlangıçta 39 olan Y-BOCS puanı, 40 olan PDOE puanı ve 67 olan dini obsesif kompulsif semptomlar ölçeği puanı, tedavi sonrası sırasıyla 15, 20 ve 32 puana düşmüştür. Çalışmada, İslami temelli ERP özellikle İslami ritüellerle ilgili bulaşma temaları olan OKB'yi tedavi etmek için bir model olarak önerilmiştir (Arip vd., 2018). Singh ve Khan (1997) ise, İslam'ın boşanma için kullandığı 'talak' kavramı ile ilgili şüphe obsesyonları (Müslüman hastalarda talaka sebep olacak bir şey söylemiş ya da yapmış olmakla ilgili şüpheler) olan bir hastayı, bir din âliminin yardımıyla tedavi etmişlerdir. Tedavide hastaya âlim tarafından talak ile ilgili kapsamlı bir eğitim verilmiştir. Tedavi sonucunda, hastanın obsesyonlarında önemli ölçüde azalma olduğu görülmüştür (Singh ve Khan'dan [1997] aktaran Md Rosli vd., 2019). Atık kâğıt biriktirmek gibi belirtileri ile namazlarına ilişkin obsesif şüpheleri olan namaz ibadeti için aşırı zaman harcayan Sudanlı kadın bir hastanın tedavi sürecinin incelendiği çalışmada, İslami temelli yaklaşımla oluşturulmuş "modelleme" tekniği şeklinde bir tedavi uygulanmıştır. Tedavide, terapist hastaya namazın İslami hükümlerini açıklayarak namazı bir imamın arkasında cemaatle kılmasını, imama uymasını, namazlarını tek başına kılmamasını tavsiye etmiştir. Terapist hastayla aynı camide namaz kılarak hastayı gözlemlemiştir. Bir ayın sonunda, hastanın namazla ilgili kompulsif ritüellerinin ortadan kalktığı görülmüştür (Badri, 2017).

2.5.7.1.2. Grup Psikoterapisi Araştırmaları

Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT (RGBT)'nin, dini içerikli OKB hastalarındaki etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, tedavi öncesinde ve sonrasında Y-BOCS ölçüm aracı kullanılmış olup 90 dakikalık seanslardan oluşan 10 haftalık tedavinin sonucunda obsesyon ve kompulsiyonlarda azalma olduğu görülmüştür. Bulgular, Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT'nin OKB belirtilerinin şiddetini azaltmada pozitif bir etkiye sahip olduğunu

göstermektedir (Akuchekian vd., 2011). Benzer bir çalışmada da tedavi öncesi ve sonrasında uygulanan Y-BOCS ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)-Yaşam Kalitesi Ölçek (QOL) toplam puanları değerlendirildiğinde, Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT'nin OKB belirtilerinin şiddetini azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada etkili olabileceği görülmüştür (Akuchekian vd., 2015). Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT'nin dini içerikli OKB hastaları üzerindeki etkinliğinin incelendiği randomize kontrollü klinik bir çalışmada ise tedavinin etkinliği tedavi öncesi-sonrası uygulanan Y-BOCS ölçüm aracıyla değerlendirilmiş olup tedavi sonrası Y-BOCS puanında anlamlı derecede azalma görülmüştür. Tedavi bulgularında ise dini içerikli OKB'si olan dindar hastalarda dini içerikli müdahalelerin tedaviye verilen yanıtları önemli düzeyde artırabileceği ve dini içerikli OKB hastalarında etkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Omranifard vd., 2011). Dini inançların OKB fenomenolojisi üzerindeki etkisine vurgu yapan bir çalışmada, Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT'nin etkinliği incelenmiştir. Tedavinin etkinliği Y-BOCS ölçüm aracı ve 3 ve 6 aylık izleme çalışmalarıyla değerlendirilmiştir. 90 dakikalık toplam sekiz seanstan oluşan bu klinik çalışmanın sonucunda, dini içerikli OKB belirtilerinde önemli düzeyde azalma olduğu görülmüştür. 3 ve 6 aylık izleme çalışmalarında da bu sonucun kalıcı olduğu gözlemlenmiştir (Aouchekian vd., 2017).

Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT dışında uygulama çalışmaları da mevcuttur. Bir çalışmada, yetişkin OKB hastalarına uygulanan manevi grup psikoterapisi sonrası Y-BOCS, DEKÖ, OİÖ-44 ve PDOE puanları değerlendirildiğinde, OKB'li hastaların semptomları, düşünce-eylem kaynaşması, obsesif inançları ve dini içerikli obsesyonlarında azalma olduğu görülmüştür (Alimadadi vd., 2020). Yine sadece dini içerikli belirtisi olan hastalara özel olarak olmasa da içinde bu belirtisi olan hastaları da kapsayan çalışmalar da vardır. Raffin ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada (2009) OKB'li hastalara haftada iki saatlik toplam 12 oturumdan oluşan bilişsel davranışçı grup terapisi uygulanmıştır. Tedavi sonrası Y-BOCS toplam puanları değerlendirildiğinde, dini içerikli obsesyonlara sahip 59 hastanın 43'ünün tedaviye yanıt verdiği bildirilmiştir (Raffin vd., 2009). Bu çalışma dini içerikli özgün bir model kullanılmadan dini içerikli belirtilerdeki iyileşmeyi ifade eden bir örnektir.

Tüm literatür birlikte değerlendirildiğinde dini içerikli bilgilerin kullanılarak oluşturulan özgün modellerin entegre edildiği BDT ile dini yönden duyarlı BDT'yi kıyaslayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle araştırmamız alanında bir ilk olacaktır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM YÖNTEM

3.1. Araştırma Deseni

Bu çalışma, ilgili hipotezleri test etmek amacıyla, Dini İçerikli Psikoeğitim Eklenmiş - 4T Modeli- Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi programı ile Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi programlarının, Dini içerikli OKB belirtileri üzerindeki etkisini incelemeye yönelik deneysel bir araştırma olarak kurgulanmıştır. Araştırmada iki deney grubu ile ön test, ara ölçümler, son

test ve izleme ölçümlerini içeren 2x5'lük karışık desen kullanılacaktır. Birinci faktör bağımsız işlem gruplarını (deney 1, deney 2), ikinci faktör ise bağımlı değişkene ilişkin tekrarlı ölçümleri (ön-test, ara ölçüm/ön test, ara ölçüm/son test, son-test, izleme I) göstermektedir (Howitt ve Cramer, 2011). Araştırma deseni Tablo 1' de gösterilmiştir:

Tablo 1. Araştırma Deseni

Gruplar	Ön-test	İşlem	Ara Ölçüm /ön-test	İşlem	Ara Ölçüm /son-test	İşlem	Son-test	İzleme (1 ay)
R	Deney 1	Y-BOCS					Y-BOCS	Y-BOCS
	8K 2E	YB-İ-	Y-BOCS	Y-BOCS	Y-BOCS	YB-İ-	YB-İ-	YB-İ-
		BİDÖ	BDGT	BDE	4T Modeli	BDE	BDGT	BİDÖ
		BDE	Programı	BAE	Psiko-eğitim	BAE	Programı	BDE
		BAE	Bilişsel	PDOE	PDOE	PDOE	ERP	BAE
		PDOE	Müdahale	OİÖ	OİÖ	OİÖ	PDOE	PDOE
		OİÖ	DEK	DEK	DEK	DEK	OİÖ	OİÖ
		DEK					DEK	DEK
			16 Hafta	17-19 Hafta		20-25 Hafta		
R	Deney 2	Y-BOCS					Y-BOCS	Y-BOCS
	10K 3E	YB-İ-	Y-BOCS	Y-BOCS	Y-BOCS	YB-İ-	YB-İ-	YB-İ-
		BİDÖ	BDGT	BDE	BDGT	BDE	BDGT	BİDÖ
		BDE	Programı	BAE	Programı	BAE	Programı	BDE
		BAE	Bilişsel	PDOE	-Bilişsel	PDOE	PDOE	BAE
		PDOE	Müdahale	OİÖ	Müd.	OİÖ	PDOE	PDOE
		OİÖ	DEK	DEK	Tekrar-	DEK	ERP	OİÖ
		DEK					DEK	DEK
			16 Hafta	17-19 Hafta		20-25 Hafta		

Y-BOCS: Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği

YB -İ: Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği İçgörü Maddesi

BDİÖ: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

PDOE: Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri

OİÖ: Obsesif İnançlar Ölçeği

DEKÖ: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği

Obsesif ve kompulsif belirtiler, içgörü, depresyon düzeyi, kaygı düzeyi, dinsel obsesyonlar, obsesif inanç alanları, düşünce eylem kaynaşması araştırmanın bağımlı değişkeni; Dini İçerikli Psikoeğitim Eklenmiş -4T Modeli- Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak belirlenmiştir.

3.2. Örneklem

Çalışma sosyal medyadan, ‘dini içerikli OKB belirtisi olan hastalara araştırma kapsamında ücretsiz psikoterapi hizmeti verileceği’ ilanı ile duyurulmuştur. Online başvuru yapılabilen ilan 4 ay boyunca başvuruya açık tutulmuştur.

Araştırmamızdaki Grup Terapisi için hasta seçiminde kullanılan dışlama kriterleri şunlardır:

1. Hastanın <18 yaş olması
2. İlkokul mezunu olmaması
3. OKB belirtileri içerisinde dini içerikli belirti bulunmaması
4. OKB’den daha öncelikli psikiyatrik sorunu olması
5. Primer nörolojik bozukluk veya mental retardasyonu bulunması

6. DSM-5 tanı ölçütlerine göre Psikotik Bozukluklar, Bipolar Bozukluk eş tanısı bulunması
7. Madde kullanımına bağlı psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması
8. Antisosyal kişilik bozukluğu, Borderline kişilik bozukluğu eş tanısı bulunması
9. Halihazırda psikoterapi alması

Bu ilana gelen 395 online başvurudan, 18 yaş altında olan, psikoz ve bipolar tanıları olan, dini içerikli OKB belirti kıstaslarını karşılamayan, halihazırda psikoterapi alan ve mükerrer yapılan toplam 210 başvuru elenmiştir. Araştırma kriterlerine uygun olabileceği değerlendirilen 185 hasta ile DSM-5'e göre yapılandırılmış OKB tanısız görüşmesi yapılmış ve OKB tanısını karşılayan 76 hastaya SCID-I uygulanmıştır. Bu hastalardan 15'i dini içerikli OKB kriterlerini tam karşılamadığı, 3'ü Psikoz/Bipolar tanıları olduğu, 3'ü grup çalışmasını kabul etmediği, 10'u OKB'den daha öncelikli şekilde TSSB, Anksiyete Bozuklukları ya da Majör Depresyon tedavisine ihtiyaç duyduğu, 1'i psikoterapiye başladığı için elenmiştir.

SCID yapılarak OKB ve diğer eş tanıları kesinleştirilmiş 43 hastayla ayrıntılı değerlendirme görüşmesi yapılmış, obsesyon ve kompulsiyon şiddeti, depresyon, kaygı ve içgörü puanları belirlenmiştir. Bu süreçte 2 hasta psikoterapiye başlamış, 2 hasta sebep belirtmeden ayrılmış, 2 hasta grup terapisi nedeniyle kaygılandığını ve vazgeçtiğini ifade etmiş, 2 hasta süreç içerisinde iyileşme göstermiş, 1 hastaya tekrar ulaşılamamış, 1 hasta yatarak tedaviye başlamış, 1 hastanın depresyon belirtilerinde yoğun artış nedeniyle tedavi önceliği değişmiş, böylece toplamda 32 hasta çalışmaya hazır şekilde tespit edilmiştir.

3.3. Çalışmanın Aşamaları

Araştırma için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya başvuran tüm hastalar online başvuru sürecinde ayrıntılı sosyo-demografik bilgi formunu ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Semptom Kontrol Listesi'ni doldurmuştur. Uygun olan hastalarla bu sürece ek olarak DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Ayrıntılı Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu, Klinik Değerlendirme Görüşmesi yapılmıştır. Çalışmaya alınması uygun olan hastalara ek olarak Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Semptom Kontrol Listesi, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Y-BOCS'un 11. maddesi (içgörü), Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği uygulanmıştır. Süreçte yeni bir tedaviye

başlamayan ve grup terapisini kabul eden 32 hasta ile çalışmaya başlanmıştır. Hastalar cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş ortalamaları, ilaç kullanımları, OKB türleri (otojen/reaktif) ve OKB şiddetlerine göre başlangıçta denk olan 16 kişilik 2 randomize gruba ayrılmıştır. 25 hafta boyunca haftada 1 kez terapi programı uygulanmıştır. Gruplardan biri sadece BDT terapisini alırken diğer gruba BDT terapisine ek olarak 17. ve 20. haftalar arası 4T müdahalesi (Dini İçerikli Psiko-eğitim) uygulanmıştır. Katılımcılar tüm tedavinin başında (ön test), 4T müdahalesi başlamadan önce (ara ölçüm/öntest), 4T müdahalesi sonunda (ara ölçüm/son test), tüm tedavinin sonunda (son test) Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği, Y-BOCS'un 11. maddesi (içgörü), Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, PENN Dinsel Obsesyonlar Envanteri, Obsesif İnançlar Ölçeği-44, Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği sorularını yanıtlamışlardır. Aynı ölçekler bir ay sonra tekrar edilerek izlem süreci tamamlanmıştır. BDGT grubunda 13, Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- eklenmiş BDGT grubunda 10 hasta çalışmayı tamamlamıştır. Çalışmayı tamamlayamama 4T müdahalesi öncesinde gerçekleşmiş, bir hasta da mücbir sağlık nedenleriyle düzenli katılım sağlayamamıştır.

Çalışmayı tamamlayan katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve OKB türüne göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Çalışmayı tamamlayan katılımcıların yaş ortalamaları, cinsiyet, eğitim düzeyleri ve

	Yaş Ort.	Cinsiyet		Eğitim		OKB Türü	
BDGT Grubu	28,5	Kadın	10	Lisans ve Sonrası	9	Otojen	5
		Erkek	3			Reaktif	5
				Lisans Öncesi	4	Karışık	3
4T Grubu	28,3	Kadın	7	Lisans ve Sonrası	6	Otojen	3
		Erkek	3			Reaktif	3
				Lisans Öncesi	4	Karışık	4

OKB türüne göre dağılımı

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Hastalara verilen bu form sosyo-demografik bilgiler ve psikiyatrik durumlarına dair klinik özellikleri belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Bu formda hastalara yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, çalışma durumu, nerede ve kiminle yaşadığı, psikiyatrik tanı ve tedavi durumu, ilaç kullanım durumu, sigara, alkol, madde kullanımı, geçmişte ya da şimdi psikoterapi hizmeti alıp almadığı ve dini içerikli OKB belirtileri olup olmadığı sorulmuştur.

3.4.2. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID – 5/CV)

DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu First ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen, Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan DSM-5 bozukluklarını değerlendirmeyi amaçlayan yapılandırılmış bir tanısal görüşmedir. SCID-5; duygudurum dönemleri, psikoz belirtileri ve eşlik eden belirtiler, psikozla giden bozuklukların ayırıcı tanısı, duygudurum bozukluklarının ayırıcı tanısı, madde kullanım bozuklukları, kaygı bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ile travma sonrası stres bozukluğu, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için tarama ve uyum bozukluğu olmak üzere 10 modülden oluşmaktadır. SCID-5'i uygulayabilme kriterleri ise bireylerin 18 yaş üstü olması ve bilişsel kusurunun, ağır psikotik belirtilerinin, ajitasyonunun olmamasıdır. Ortalama uygulama süresi 40-60 dakika arasında değişmekte olup birden fazla oturumda tamamlanabilmektedir. SCID-5/CV için yapılan Türkçe güvenilirlik çalışması sonucunda ise tüm tanıların uyuşma yüzdesi %97,2 ve kappa katsayısı .74 olarak hesaplanmıştır. Kappa katsayısı .65-1 arasında değişmekte olup hepsi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları göz önünde bulundurularak SCID-5/CV'nin ülkemizde güvenilir bir araç olarak kullanılabileceği ifade edilmektedir (First vd., 2016; Elbir vd., 2019).

3.4.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Semptom Kontrol Listesi (Y-BOCS-SC)

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Semptom Kontrol Listesi Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir. Karamustafaloğlu ve arkadaşları (1993) ile Tek ve arkadaşları (1995) tarafından ise Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek, obsesyonların ve kompulsiyonların türlerini belirlemeye yardımcı olup sekiz obsesyon (Saldırganlık, Kirlenme, Cinsel, Biriktirme/Saklama, Dini, Simetri, Somatik ve Diğer) ve yedi kompulsiyon (Temizleme veya Yıkama, Kontrol Etme, Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar, Sayma, Sıralama/Düzenleme, Biriktirme/Toplama ve Diğer) şeklinde kategorize edilmiştir.

3.4.4. Değerlendirme/Formülasyon Görüşmesi Formu

Çalışma için belirlenen hastaların güncel OKB belirtilerinin ayrıntılı tespiti için yapılandırılmış bir formülasyon görüşmesi ve ek bilgilerden oluşmaktadır. Hastanın tüm belirtilerinin ayrıntılı formülasyonu, obsesyon, kompulsiyon ve kaçınmalarına eşlik eden hatalı inanç ve yorumlarının tespitine yönelik sorular içeren formülasyon formu, OKB hastalarının ayrıntılı değerlendirilmesi için Prof.Dr. Hakan Türkçapar tarafından hazırlanmıştır. Buradaki bilgiler hastanın OKB oluşum ve gelişim süreci, şiddeti, içgörü düzeyi, OKB türü, tedavi öyküsü, eş tanı ve diğer klinik bilgileri ile birlikte değerlendirilerek çalışma öncesi formülasyonları tamamlanmıştır.

3.4.5. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)-Öz Bildirim Formu

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen, Türkçapar (2005) tarafından Türkçe öz bildirim formunun çevirisi ve Koçoğlu ve Bahtiyar (2021) geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan toplam 19 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu ölçekte, obsesif-kompulsif belirtilerin alt türlerinin ve şiddetinin derecelendirilmesi amaçlanmıştır. Puanlama 0 ile 4 arasında yapılmakta olup ölçekten alınan toplam puan 0 ile 40 arasında değişmektedir. Toplam puanı belirlemek için obsesyonların toplamı ilk 5 ve kompulsiyonların toplamı ikinci 5 olmak üzere ölçeğin sadece ilk 10 maddesi kullanılmaktadır. Ölçekten alınan puanlar, 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 ciddi; 32-40 çok şiddetli şeklinde sınıflandırılmaktadır (Koçoğlu ve Bahtiyar, 2021).

3.4.6. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin 11. Maddesi

Y-BOCS'un ilk 10 maddesi OKB şiddetini ölçerken 11. maddesi, hastanın belirtilerini mantıksız olarak algıladığı anlamına gelen içgörüyü değerlendirmektedir (Goodman vd., 1989). Bununla birlikte ölçeğin 11. maddesi (içgörü) ile Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde bir korelasyon tespit edilmiştir (Özcan vd., 2013).

3.4.7. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği Eisen ve arkadaşları (1998) tarafından OKB, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu ve beden dismorfik bozukluğu hastalarında geliştirilen (Eisen vd., 1998), Özcan ve arkadaşları (2013) tarafından Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan 7 maddelik bir ölçektir. Toplam puan ilk altı maddenin toplanmasıyla elde edilmekte olup yedinci madde toplam puana alınmamaktadır. Puanlama her bir madde için 0 ile 4 arasında yapılmaktadır. Puanın artması içgörünün kötüleştiğini ifade etmektedir. Maddelerin toplam puanının 0 olması içgörünün mükemmel olduğunu, 4 olması ise içgörünün olmadığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .90 bulunmuştur. Kappa değerleri ise .54-.83 aralığındadır. Test-tekrar test değerleri arasındaki korelasyon .80-.96 aralığında hesaplanmıştır. Madde-toplam korelasyon değerleri ise .62-.89 arasında değişim göstermektedir. Çalışmanın bulguları, BİDÖ'nün Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak sanırsal inançların değerlendirilmesinde kullanılabileceğine işaret etmektedir (Özcan vd., 2013).

3.4.8. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen, depresyonun davranışsal belirtilerini ölçmeyi amaçlayan 21 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Puanlama her bir madde için 0 ile 3 arasında yapılmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 0-63 arasında değişmekte olup toplam puan arttıkça depresyon belirtilerinin şiddeti de artmaktadır. Hisli (1989) tarafından Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .80 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin depresyon belirtilerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bildirilmiştir (Hisli, 1989).

3.4.9. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Beck Anksiyete Envanteri Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen, anksiyetinin şiddetini ölçmeyi amaçlayan 21 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Puanlama her bir madde için 0 ile 3 arasında yapılmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 0-63 arasında değişmekte olup toplam puan arttıkça anksiyete belirtilerinin şiddeti de artmaktadır. Ulusoy ve arkadaşları tarafından (1998) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin anksiyete şiddetini ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bildirilmiştir (Ulusoy vd., 1998).

3.4.10. Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri (PDOE)

Abramowitz ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri, ‘Günah İşleme Korkusu’ ve ‘Tanrı Korkusu’ olmak üzere iki alt boyuttan oluşan toplam 19 maddelik bir ölçektir. Günah İşleme Korkusu alt boyutu, dini veya ahlaki alanda günah işlemekle ilgili korkuları; Tanrı Korkusu alt boyutu ise Tanrı tarafından cezalandırılma korkularını içerir. Puanlama 0 ‘‘asla’’ ile 4 ‘‘sık sık’’ arasında yapılmaktadır. Puanın artması daha yüksek günah işleme ve Tanrı korkusunu ifade etmektedir (Abramowitz vd., 2002). Ölçeğin Türkçe’ye adaptasyonu ise Altın (2009) tarafından yapılmış olup Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin kabul edilebilir değerler taşıdığı belirtilmiştir. Ancak İnözü ve arkadaşları (2016) ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özelliklerini Türk kültürüne özgü faktör yapısı ve madde dağılımını yeniden ele alarak daha detaylı olarak inceleme gereği duymuşlardır. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin Türkçe formu orijinalinden farklı bir madde dağılımı göstermiş olup 4. ve 6. maddeler Günah İşleme Korkusu alt boyutu yerine Tanrı Korkusu alt boyutunda yer almıştır. 2, 5, 9, 13, 17, 19. maddeler Tanrı Korkusu ve 1, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 16, 18. maddeler Günah İşleme Korkusu düzeylerini ölçmektedir. Ayrıca bu ölçekte, 10. ve 15. maddeler ölçekten çıkarılarak 17 maddeye yer verilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları tüm ölçek için .95, Günah İşleme Korkusu alt boyutu için .90 ve Tanrı Korkusu alt boyutu için .95 olarak hesaplanmıştır. Test-Tekrar Test Güvenirlikleri ise sırasıyla, .84, .73 ve .87 bulunmuştur. Ölçeğin Madde-Toplam Korelasyonları tüm ölçek için .41-.85, Günah İşleme Korkusu alt ölçeği için .48-.84 ve Tanrı Korkusu alt ölçeği için ise .79-.90 arasında değişmektedir. Bu haliyle ölçeğin, ülkemizde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabileceği ifade edilmiştir (İnözü vd., 2017).

3.4.11. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ)

Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (2005) tarafından geliştirilen ölçek OKB'nin altında yatan inançları ortaya çıkarmayı hedeflemektedir. 87 madde ve 6 alt boyuttan oluşan OİÖ'nün ilk formu, klinik ortamda kullanım kolaylığı sağlamak, alt boyutlar arasında yüksek korelasyonlar gösteren ve birbiriyle örtüşen alt boyutları birleştirmek amacıyla revizyon edilerek 44 maddelik 3 alt boyutlu son haline getirilmiştir. Güncellenen üç alt boyut; olabilecek tüm olumsuz durumların sonuçlarından dolayı kendini sorumlu hissetme, önemli olumsuz olaylara sebep olmaya ya da önlemeye duyulan abartılı sorumluluk inançlarını içeren *Sorumluluk/ Tehlike Beklentisi* (S/TB), hata yapma konusundaki endişeleri, bir görevi tamamlama konusunda yüksek ve kesin standartları, aşırı katılığı ve belirsizlik karşısında hissedilen huzursuzluğu ifade eden *Mükemmeliyetçilik/Kesinlik* (M/K) ve girici düşüncelere verilen aşırı önem ve bu düşünceleri kontrol etme isteği düzeyini belirleyen *Düşünceleri Kontrol Etme/Düşüncelere Önem Verme* (DKE/ÖV) şeklindedir. Sorumluluk/Tehlike Beklentisi ve Mükemmeliyetçilik/Kesinlik on altışar maddeyle, Düşünceleri Kontrol Etme/Düşüncelere Önem Verme on iki maddeyle ölçülmektedir (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005).

Boysan ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan 7'li Likert tipi bir ölçektir. Puanlama 1 "kesinlikle katılmıyorum" 7 "tamamen katılıyorum" şeklinde yapılmaktadır. OKB'si olan hastaların, sağlıklı bireylere göre OİÖ-44 toplam puanı ve alt ölçek puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları tüm ölçek için .95, Sorumluluk/ Tehlike Beklentisi alt boyutu için .88, Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutu için .88 ve Düşünceleri Kontrol Etme/Düşüncelere Önem Verme alt boyutu için .86 olarak hesaplanmıştır. 30 günlük test tekrar test güvenirlik katsayısı .79 bulunmuştur. Alt boyutlar için test tekrar test güvenirlik değerleri ise .69-.81 arasında değişmektedir. Ölçeğin düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri ise .35-.64 arasında değişim göstermektedir. Çalışmada ölçeğin, Türk örnekleminde yüksek geçerlik ve güvenirlik düzeylerine sahip olduğuna işaret edilmektedir (Boysan vd., 2010).

3.4.12. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ)

Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği Shafran ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen, Yorulmaz ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan *DEK-Ahlak*

(12 madde) ve *DEK-Olabilirlik* (7 madde) olmak üzere iki alt boyuttan oluşan 19 maddelik 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin orijinalinde DEK-Ahlak, DEK-Olabilirlik-Kendisi ve DEK-Olabilirlik-Diğerleri olmak üzere üç alt boyut bildirilmiştir. Puanlama 0 “hiç katılmıyorum” 4 “tamamen katılıyorum” şeklinde yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 76'dır. Ölçekten alınan puanın artması daha şiddetli düşünce eylem kaynaşmasını göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık değerleri ise .85 ile .96 arasında bulunmuştur. Yorulmaz ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan Türkçe uyarlama çalışmalarında iç tutarlılık katsayıları tüm ölçek için .86, DEK-Ahlak alt boyutu için .85 ve DEK-Olabilirlik alt boyutu için .92 bulunmuştur. Çalışmada ölçeğin, Türk kültüründe kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirtilmiştir (Yorulmaz vd., 2004).

3.5. Deneysel Uygulama

Bu terapinin içeriği hazırlanırken, Clark'ın (2019) *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD and Its Subtypes* kitabıyla ve Purdon ve Clark'ın (2013) *Takıntılarla Başa Çıkma* kitabından, Şafak ve arkadaşlarının ‘Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Grup Psikoterapisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi’ makalesinden (Şafak vd., 2014) yararlanılmış. Prof. Dr. Hakan Türkçapar OKB'nin BDT'si eğitim içerikleri ve süperziyonuna başvurulmuştur. BDT'nin bireysel seanslardaki tedavi sıralaması, grup terapisinin kendine özgü ihtiyaçlarına göre yeniden yapılandırılmıştır.

Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Müdahale Programının Uygulanması

Bu bağlamda hastalara OKB ile ilgili psiko-eğitim, BDT modelinin anlatılması ve belirtilerinin buna göre açıklanması, 6 Hatalı İnanç Alanın öğretilerek ilgili belirtilere uygun tekniklerle bilişsel yeniden yapılandırma yapılması ve ERP'den oluşan bir tedavi modeli uygulanmıştır. Uygulama, ilgili literatürle uyumlu olarak dini/manevi değerlere duyarlı şekilde sürdürülmüştür.

Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Müdahale Programının Oluşturulması

Bu terapinin içeriği hazırlanırken de yukarıdaki BDGT içeriğine sadık kalınmış; temel referans kaynaklar olarak, Toprak'ın daha önceki çalışmaları ve ilgili yayınlarına (Toprak ve

Emül, 2016; Toprak, 2018; Toprak, 2021) ek olarak, Diyanet İşleri Yüksek Kurulu Vesvese makalesi (Çağrı, 2013) ve Said Nursi'nin Vesvese Risalesi metni esas alınmıştır (Nursi, 2012).

Dini İçerikli Psiko-Eğitim Eklenmiş -4T Modeli- Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Programının Uygulanması

Obsesif inanç alanına dair bilişsel yeniden yapılandırma sürecinin sonuna 4T psiko-eğitim seansları eklenmiştir. Toplamda, (17. Hafta - 20. Hafta) 3 seans sürmüştür. Seanslarda hastaların belirtileri 4T modelindeki kavramlarla formüle edilmiş ve dini içerikli metinlerdeki ilgili bilgiler paylaşılmıştır.

Her iki grupta da uygulaması sırasında, literatürle uyumlu olarak hastaların dini değerlerine saygılı olma konusunda özen korunmuş, ERP sırasında dini davranışın normunun belirsiz olduğu yerlerde, hasta kendi dini inanç grubu ya da diyanet işlerindeki uzmanlara yönlendirilerek, ERP buradan alınan norm üzerine oluşturulmuştur. Bu bağlamda iki grup da literatürdeki dini/manevi olarak duyarlı terapi uygulamasına uygundur.

Tablo 3. Deneysel müdahale

BDGT GRUBU	4T MODELİ EKLENMİŞ BDGT GRUBU
1.Seans	1.Seans
Tanışma	Tanışma
Süreç ile ilgili genel bilgilendirme	Süreç ile ilgili genel bilgilendirme
Grup terapisinin doğası/yapısı ve kuralları üzerine bilgilendirme	Grup terapisinin doğası/yapısı ve kuralları üzerine bilgilendirme
Seans yapısı üzerine genel bilgilendirme ve geri bildirim alma	Seans yapısı üzerine genel bilgilendirme ve geri bildirim alma
Herkesin kendi şikayetleri ve beklentisini kısaca anlatması	Herkesin kendi şikayetleri ve beklentisini kısaca anlatması

<p>2 - 5. Seans</p> <p>OKB ve özel olarak dini içerikli OKB ilgili psiko-eğitim. -Oluşumu, gelişimi, tedavisi-</p> <p>6-7-8. Seans</p> <p>Hastalarının belirtilerinin OKB'nin BDT modeline göre psiko-eğitimle formülasyonunun tamamlanması.</p> <p>9. Seans</p> <p>Genel tekrar ve hastalığın sürmesinin kaybettirdikleri ve iyileşmenin kazanımlarının konuşulması</p> <p>10 - 15. Seans</p> <p>6 Obsesif İnanç Alanın öğretilmesi ve her hafta birinin ele alınarak çalışılması.</p> <p>16. Seans</p> <p>Formlar, Defterler, Soru-Cevaplarla Genel Toparlama</p> <p>17, 18, 19. Seans</p> <p>Genel Tekrar</p> <p>Pekiştirme ve Güçlendirme Seansları</p> <p>6 Hatalı İncanın OKB'nin oluşum, gelişim ve sürmesindeki etkisi.</p> <p>Hatalı İnançları yeniden yapılandırmak üzere yapılan müdahale ve bilişsel sonuç ve özetlerin tekrarı.</p>	<p>2 - 5. Seans</p> <p>OKB ve özel olarak dini içerikli OKB ilgili psiko-eğitim. -Oluşumu, gelişimi, tedavisi-</p> <p>6-7-8. Seans</p> <p>Hastalarının belirtilerinin OKB'nin BDT modeline göre psiko-eğitimle formülasyonunun tamamlanması.</p> <p>9. Seans</p> <p>Genel tekrar ve hastalığın sürmesinin kaybettirdikleri ve iyileşmenin kazanımlarının konuşulması</p> <p>10 - 15. Seans</p> <p>6 Obsesif İnanç Alanın öğretilmesi ve her hafta birinin ele alınarak çalışılması.</p> <p>16. Seans</p> <p>Formlar, Defterler, Soru-Cevaplarla Genel Toparlama</p> <p>17, 18, 19. Seans</p> <p>4T Modeli Psiko-eğitimi</p> <p>Belirtilerinin 4T Modeline göre açıklanması</p> <p>İlgili dini içerikli metin referanslarına göre hastalıkları ilgili dini içerikli önerilerin paylaşılması</p>
--	--

<p>20. Seans</p> <p>Sıkıntıya Dayanıksızlıkla ilgili Bilişsel Yeniden yapılandırma</p> <p>ERP'nin mantığının anlatılması</p> <p>Liste oluşturma ve üzerine gitmenin mantığının anlatılması-örneklerle açıklanması-</p> <p>21 - 22. Seans</p> <p>- Aksamalar-Sorunlar-Engeller</p> <p>Genel olarak liste oluşturma ve uygulama sırasındaki hataların üzerinden geçilmesi.</p> <p>Stres ile ilgili yanlış inançlara dair psiko-eğitim</p> <p>Co-terapistlerle birlikte yeniden listelerin revize edilmesi</p> <p>22 - 24. Seans</p> <p>- ERP sürecine dair tüm hastalardan geri bildirim alınması.</p> <p>- Gönüllü hastalarla zorluk anlarının formüle edilmesi</p> <p>- Soruların cevaplanması</p> <p>25. Seans</p> <p>- Terapi sürecine dair tüm hastalardan geri bildirim alınması</p> <p>- Tüm hastaların sorularının cevaplanması</p>	<p>20. Seans</p> <p>Sıkıntıya Dayanıksızlıkla ilgili Bilişsel Yeniden yapılandırma</p> <p>ERP'nin mantığının anlatılması</p> <p>Liste oluşturma ve üzerine gitmenin mantığının anlatılması-örneklerle açıklanması-</p> <p>21- 22. Seans</p> <p>- Aksamalar-Sorunlar-Engeller</p> <p>Genel olarak liste oluşturma ve uygulama sırasındaki hataların üzerinden geçilmesi.</p> <p>Stres ile ilgili yanlış inançlara dair psiko-eğitim</p> <p>Co-terapistlerle birlikte yeniden listelerin revize edilmesi</p> <p>22 - 24. Seans</p> <p>- ERP sürecine dair tüm hastalardan geri bildirim alınması.</p> <p>- Gönüllü hastalarla zorluk anlarının formüle edilmesi</p> <p>- Soruların cevaplanması</p> <p>25. Seans</p> <p>- Terapi sürecine dair tüm hastalardan geri bildirim alınması</p> <p>- Tüm hastaların sorularının cevaplanması</p>
---	--

-Tedaviden öğrenilen önemli bilgi ve becerilerin özetlenmesi - Bundan sonra yapılacaklarla ilgili bilgi verilmesi.	-Tedaviden öğrenilen önemli bilgi ve becerilerin özetlenmesi - Bundan sonra yapılacaklarla ilgili bilgi verilmesi.
---	---

3.6. İstatiksel Analiz

Çalışmamızdaki alt grup örneklem sayısı 30'un altında olduğundan non-parametrik testler kullanılmıştır. Ön test, son test ve izleme testleri arasında grup içi farklılıkların anlamlı olup olmadığını incelemek için Friedman Testi, hangi ölçüm ikilileri arasındaki farklılıkların anlamlı olduğunu incelemek için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Gruplar arasında ön-test, son-test ve izleme skorları arasında anlamlı farklılıklar olup olmadığını incelemek için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda, ön test puanları arasında anlamlı farklılığın olduğu durumlarda, öntest puanlarının etkisi kontrol edilerek ANCOVA analizi ile gruplar arası karşılaştırmalar gerçekleştirilmiştir. Yine 17. seans ile 20. seans ölçümlerindeki grup içi ve gruplar arası anlamlı farklılıkları belirlemek için Mann-Whitney U Testi ve Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Bulgulanan anlamlı farkların etki büyüklüğünün hesaplanması için $r = \frac{\Delta}{\sqrt{N}}$ formülü kullanılmıştır (Pallant, 2011). Etki büyüklükleri Cohen tarafından yapılan sınıflamaya göre yorumlanmıştır. Buna göre $r = .10 - .29$ arasındaki etkiler düşük, $r = .30 - .49$ arasındaki etkiler orta; $r = .50$ ve daha yüksek düzeyde olan etkiler ise büyük olarak kabul edilmektedir (Cohen, 1988). Nicel veriler IBM SPSS 21 (IBM Corp., 2012) paket programı aracılığıyla çözümlenmiştir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın hipotezlerini test etmek amacıyla yapılan istatistiksel analizlere ve bu analizlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Bölüm boyunca, zaman zaman, okuma ve takip kolaylığı olması için, Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi için ‘BDGT’, ‘BDT’; Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT için de ‘4T Eklenmiş BDGT’ ‘4T’ ifadesi kullanılacaktır.

4.1. Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT, BDGT grubunun ön test, son test ve izlem sonuçlarının gruplar arası farklar yönünden karşılaştırılması

Tablo 4. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT grubu Y-BOCS ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları

BDT grup	Puan	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Toplam puan	Ön test	13	3,00			
	Son test	13	1,58	20,04	2	.000
	İzleme Testi	13	1,42			
Obsesyon	Ön test	13	3,00			
	Son test	13	1,54	21,16	2	.000
	İzleme Testi	13	1,46			
Kompulsiyon	Ön test	13	2,96			
	Son test	13	1,62	19,39	2	.000
	İzleme Testi	13	1,42			
4T grup	Puan	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Toplam puan	Ön test	10	2,95			
	Son test	10	1,45	15,17	2	.001
	İzleme Testi	10	1,60			
Obsesyon	Ön test	10	2,75			
	Son test	10	1,55	9,50	2	.009
	İzleme Testi	10	1,70			
Kompulsiyon	Ön test	10	3,00			
	Son test	10	1,50	16,67	2	.000
	İzleme Testi	10	1,50			

Yale Brown OKB ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Friedman analizine göre ölçekten elde edilen toplam puan BDGT ($x^2 = 20,04$; $p < ,05$) ve 4T grubunda ($x^2 = 15,17$; $p < ,05$) farklı ölçümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Obsesyon alt boyutunda BDGT ($x^2 = 21,16$; $p < ,05$) ve 4T grubunda ($x^2 = 9,50$; $p < ,05$) farklı ölçümler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yine aynı şekilde kompulsiyon alt boyutunda da BDGT ($x^2 = 19,39$; $p < ,05$) ve 4T grubunda ($x^2 = 16,67$; $p < ,05$) farklı ölçümler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hangi ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunduğunu belirlemek adına uygulanan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT grubu Y-BOCS ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

BDT	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Toplam puan	Ön test- Son test	Azalanlar	13	7	91	-3.18	.001	
		Artanlar	0	0	0			-0,62
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	7	5,79	40,5	-.118	.906	
		Artanlar	5	7,5	37,5			-0,02
		Eşit	1					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	13	7	91	-3.19	.001	
		Artanlar	0	0	0			-0,63
		Eşit	0					
Obsesyon	Ön test- Son test	Azalanlar	13	7	91	-3.19	.001	
		Artanlar	0	0	0			-0,63
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	5	4,6	23	-.06	.952	
		Artanlar	4	5,5	22			-0,01
		Eşit	4					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	13	7	91	-3.17	.001	
		Artanlar	0	0	0			-0,62
		Eşit	0					
Kompulsiyon	Ön test- Son test	Azalanlar	13	7	91	-3.18	.001	
		Artanlar	0	0	0			-0,62
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	7	4,71	33			
		Artanlar	4	8,25	33	-.00	1.00	0,00
		Eşit	2					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	12	6,5	78	-3.08	.002	
		Artanlar	0	0	0			-0,60
		Eşit	1					
4T	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Toplam puan	Ön test- Son test	Azalanlar	10	5,5	55	-2.81	.005	
		Artanlar	0	0	0			-0,63
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	3	5	15	-.175	.861	
		Artanlar	4	3,25	13			-0,04
		Eşit	3					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	9	5	45	-2.67	.008	
		Artanlar	0	0	0			-0,60

		Eşit	1					
Obsesyon	Ön test- Son test	Azalanlar	9	5,89	53	-2.61	.009	
		Artanlar	1	2	2			-0,58
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	3	5,83	17,5	-.597	.551	
		Artanlar	4	2,63	10,5			-0,13
		Eşit	3					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	8	5,5	44	-2.55	.011	
		Artanlar	1	1	1			-0,57
		Eşit	1					
Kompulsiyon	Ön test- Son test	Azalanlar	10	5,5	55	-2.81	.005	
		Artanlar	0	0	0			-0,63
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	3	2,83	8,5	-.425	.675	
		Artanlar	3	4,17	12,5			-0,10
		Eşit	4					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	10	5,5	55	-2.81	.005	
		Artanlar	0	0	0			-0,63
		Eşit	0					

Tabloda görüldüğü üzere BDGT grubunda toplam puanların ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -3,18$; $r = -,62$), obsesyon alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -3,19$; $r = -,63$) ve kompulsiyon alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -3,18$; $r = -,62$); toplam puanların ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -3,19$; $r = -,63$); obsesyon alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -3,17$; $r = -,62$) ve kompulsiyon alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -3,08$; $r = -,60$) ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılıkların etkisinin büyük olduğu görülmektedir ($p < .05$).

4T grubunda da aynı şekilde toplam puanların ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,81$; $r = -,63$), obsesyon alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,61$; $r = -,58$) ve kompulsiyon alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,81$; $r = -,63$); toplam puanların ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,67$; $r = -,60$); obsesyon alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,55$; $r = -,57$) ve kompulsiyon alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,81$; $r = -,63$) ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılıkların etkisinin büyük olduğu görülmektedir ($p < .05$). Her iki grubun son test puanları ile izleme testi puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 6. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları

Grup	B-İnançDeğ	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	p
BDT	Ön test	13	3,00			
	Son test	13	1,77	24,17	2	.000
	İzleme Testi	13	1,23			
4T	Ön test	10	3,00			
	Son test	10	1,55	18,24	2	.000
	İzleme Testi	10	1,45			

Brown İnançların Değerlendirilmesi ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanların arasında anlamlı farklılığı olup olmadığını belirleme için yapılan Friedman analizine göre hem BDGT ($x^2 = 24,17$; $p < ,05$) hem de 4T grubunda ($x^2 = 18,24$; $p < ,05$) ön test, son test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hangi ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunduğunu belirlemek adına uygulanan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

BDT	Puanlar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	r	
Brown İnanç Değerlendirme	Azalanlar	13	7	91				
		Artanlar	0	0	0	-3.19	.001	-.62
		Eşit	0					
	Azalanlar	7	4	28				
		Artanlar	0	0	0	-2.39	.017	-.47
		Eşit	6					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	13	7	91	-3.18	.005	-.62

4T grup		Puanlar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	
Brown İnanç Değerlendirme	Ön test- Son test	Artanlar	0	0	0			
		Eşit	0					
		Azalanlar	10	5,5	55			
	Son test- izleme	Artanlar	0	0	0	-2.81	.005	-.63
		Eşit	0					
		Azalanlar	2	1,5	3			
	Ön test- İzleme	Artanlar	1	3	3	-.001	1.00	-.01
		Eşit	7					
		Azalanlar	10	5,5	55			
	Ön test- İzleme	Artanlar	0	0	0	-2.81	.005	-.63
		Eşit	0					
		Azalanlar	10	5,5	55			

Tabloda görüldüğü üzere BDGT grubunda Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği ön- test ve son-test ($z = -3,19$; $p < .05$; $r = -.62$), ön test ve izleme testi ($z = -3,18$; $p < .05$; $r = -.62$) puanları arasında ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin büyük olduğu görülmektedir. Son test ve izleme testi ($z = -2,39$; $p < .05$; $r = -.47$) puanları arasında son test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.

4T grubunda da benzer şekilde Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği ön- test ve son-test ($z = -2,81$; $p < .05$; $r = -.63$), ön test ve izleme testi ($z = -2,81$; $p < .05$; $r = -.63$) puanları arasında ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin büyük olduğu görülmektedir. 4T grubunun son test puanları ile izleme testi puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 8. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği İçgörü Alt Boyutu ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları

Grup	YB-İçgörü	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	p
BDT	Ön test	13	2,65			
	Son test	13	1,69	12,76	2	.002
	İzleme Testi	13	1,65			
4T	Ön test	10	2,85	16,22	2	.000
	Son test	10	1,50			

İzleme Testi	10	1,65
--------------	----	------

İçgörü alt boyutu ön test, son test ve izleme testi puanların arasında anlamlı farklılığı olup olmadığını belirlemek için yapılan Friedman analizine göre hem BDGT ($\chi^2 = 12,76$; $p < ,05$) hem de 4T grubunda ($\chi^2 = 16,22$; $p < ,05$) ön test, son test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hangi ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunduğunu belirlemek adına uygulanan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği İçgörü Alt Boyutu ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

BDT	Puanlar		N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	r
YB- İçgörü	Ön test- Son test	Azalanlar	9	5	45	-2.75	.006	-.54
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	4					
	Son test- izleme	Azalanlar	3	3	9	-.447	.655	-.09
		Artanlar	2	3	6			
		Eşit	8					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	9	5,83	52,5	-2.62	.009	-.51
		Artanlar	1	2,5	2,5			
		Eşit	3					
4T grup	Puanlar		N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	
YB- İçgörü	Ön test- Son test	Azalanlar	9	5	45	-2.72	.006	-.61
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	1					
	Son test- izleme	Azalanlar	0	0	0	-1.00	.317	-.22
		Artanlar	1	1	1			
		Eşit	9					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	8	4,5	36	-2.57	.010	-.57
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	2					

Tabloda görüldüğü üzere BDGT grubunda Y-BOCS ölçeği içgörü alt boyutu ön- test ve son-test ($z = -2,75$; $p < .05$; $r = -,54$), ön test ve izleme testi ($z = -2,62$; $p < .05$; $r = -,51$)

puanları arasında ön test puanları lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin büyük olduğu görülmektedir. 4T grubunda da benzer şekilde Y-BOCS ölçeği içgörü alt boyutu ön- test ve son-test ($z = -2,72$; $p < .05$; $r = -,61$), ön test ve izleme testi ($z = -2,57$; $p < .05$; $r = -,57$) puanları arasında ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin büyük olduğu görülmektedir. Her iki grubun son test puanları ile izleme testi puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 10. Depresyon ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları

Grup	Depresyon	N	$\bar{x}_{sıra}$	χ^2	sd	p
BDT	Ön test	13	3,00	20,32	2	.000
	Son test	13	1,54			
	İzleme Testi	13	1,46			
4T	Ön test	10	2,90	12,46	2	.002
	Son test	10	1,55			
	İzleme Testi	10	1,55			

Depresyon ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanların arasında anlamlı farklılığı olup olmadığını belirleme için yapılan Friedman analizine göre hem BDGT ($\chi^2 = 20,32$; $p < ,05$) hem de 4T grubunda ($\chi^2 = 12,46$; $p < ,05$) depresyon düzeylerine ilişkin farklı ölçümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hangi ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunduğunu belirlemek adına uygulanan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Depresyon ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

Grup	Puanlar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	r	
BDT	Ön test- Son test	Azalanlar	13	7	91	-3.19	.001	-0,63
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	6	7	42	-.81	.418	-0,16
		Artanlar	5	4,8	24			
		Eşit	2					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	13	7	91	-3.18	.001	-0,62
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	0					

4T	Ön test- Son test	Azalanlar	10	5,5	55	-2.81	.005	-0,63
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	5	5,3	26,5	-.479	.632	-0,11
		Artanlar	4	4,63	18,5			
		Eşit	1					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	9	5,67	51	-2.40	.017	-0,54
		Artanlar	1	4	4			
		Eşit	0					

Tabloda görüldüğü üzere BDGT grubunda depresyon ölçeği ön- test ve son-test ($z = -3,19$; $p < .05$; $r = -,63$), ön test ve izleme testi ($z = -3,18$; $p < .05$; $r = -,62$) puanları arasında ön test puanları lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin büyük olduğu görülmektedir. 4T grubunda da benzer şekilde depresyon ölçeği ön- test ve son-test ($z = -2,81$; $p < .05$; $r = -,63$), ön test ve izleme testi ($z = -2,40$; $p < .05$; $r = -,54$) puanları arasında ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin büyük olduğu görülmektedir. Her iki grubun son test puanları ile izleme testi puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 12. Anksiyete ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları

Grup	Anksiyete	N	$\bar{x}_{sıra}$	χ^2	sd	p
BDT	Ön test	13	3,00	21.75	2	.000
	Son test	13	1,42			
	İzleme Testi	13	1,58			
4T	Ön test	10	2,60	6.82	2	.033
	Son test	10	1,45			
	İzleme Testi	10	1,95			

Anksiyete ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanların arasında anlamlı farklılığı olup olmadığını belirleme için yapılan Friedman analizine göre hem BDGT ($\chi^2 = 21,75$; $p < .05$) hem de 4T grubunda ($\chi^2 = 6,82$; $p < .05$) anksiyete düzeylerine ilişkin farklı ölçümler

arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hangi ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunduğunu belirlemek adına uygulanan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Anksiyete ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

Grup	Puanlar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	
BDT	Ön test- Son test	Azalanlar	13	7	91	-3.18	.001	-0,62
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	3	4,17	12,5	-.79	.429	-0,15
		Artanlar	5	4,7	23,5			
		Eşit	5					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	13	7	91	-3.18	.001	-0,62
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	0					
4T	Ön test- Son test	Azalanlar	9	5,56	50	-2.30	.022	-0,51
		Artanlar	1	5	5			
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	3	3,83	11,5	-1.30	.192	-0,29
		Artanlar	6	5,58	33,5			
		Eşit	1					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	7	6,21	43,5	-1.63	.103	-0,36
		Artanlar	3	3,83	11,5			
		Eşit	0					

Tabloda görüldüğü üzere BDGT grubunda anksiyete ölçeği ön- test ve son-test ($z = -3,18$; $p < .05$; $r = -,62$), ön test ve izleme testi ($z = -3,18$; $p < .05$; $r = -,62$) puanları arasında ön test puanları lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin büyük olduğu görülmektedir. 4T grubunda da benzer şekilde anksiyete ölçeği ön- test ve son-test ($z = -2,30$; $p < .05$; $r = -,51$), ön test ve izleme testi ($z = -2,40$; $p < .05$; $r = -,54$) puanları arasında ön test puanları lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin ön test ve son test puanlarında büyük olduğu, ön test ve izleme puanlarında ise orta düzeyde olduğu görülmektedir. Her iki grubun son test puanları ile izleme testi puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 14. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT grubu Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan

Friedman Analizi Sonuçları

BDT grup	Puan	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Toplam puan	Ön test	13	2,92			
	Son test	13	1,73	18,65	2	.000
	İzleme Testi	13	1,35			
Tanrı korkusu	Ön test	13	2,92			
	Son test	13	1,65	20,51	2	.000
	İzleme Testi	13	1,42			
Günah işleme korkusu	Ön test	13	2,73			
	Son test	13	1,65	13,55	2	.001
	İzleme Testi	13	1,62			
4T grup	Puan	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Toplam puan	Ön test	10	2,1			
	Son test	10	1,95	,154	2	.926
	İzleme Testi	10	1,95			
Tanrı korkusu	Ön test	10	2,70			
	Son test	10	1,60	7,79	2	.020
	İzleme Testi	10	1,70			
Günah işleme korkusu	Ön test	10	2,05			
	Son test	10	2,00	,054	2	.973
	İzleme Testi	10	1,95			

Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri ön test, son test ve izleme testi puanların arasında anlamlı farklılığı olup olmadığını belirleme için yapılan Friedman analizine göre ölçekten elde edilen BDGT grubunda toplam puan ($\chi^2 = 18,65$; $p < ,05$), tanrı korkusu alt boyutunda ($\chi^2 = 20,51$; $p < ,05$) ve günah işleme korkusu alt boyutunda ($\chi^2 = 13,55$; $p < ,05$) farklı ölçümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4T grubunda ise sadece alt boyutlardan Tanrı korkusu alt boyutunda ($\chi^2 = 7,79$; $p < ,05$) farklı ölçümler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hangi ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunduğunu belirlemek adına uygulanan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 15’te sunulmuştur.

Tablo 15. Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

BDT	Puanlar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	
3	Ön test- Son	Azalanlar	12	7,5	90	-3.11	.002	-.61

Tanrı korkusu	test	Artanlar	1	1	1					
		Eşit	0							
	Son test-izleme	Azalanlar	7	5,43	38					
		Artanlar	3	5,67	17	-1.07	.283	-.21		
		Eşit	3							
	Ön test- İzleme	Azalanlar	13	7	91					
		Artanlar	0	0	0	-3.18	.001	-.62		
		Eşit	0							
	Ön test- Son test	Azalanlar	12	6,5	78					
		Artanlar	0	0	0	-3.07	.002	-.60		
		Eşit	1							
	Son test-izleme	Azalanlar	5	4	20					
		Artanlar	2	4	8	-1.02	.306	-.20		
		Eşit	6							
	Ön test- İzleme	Azalanlar	12	6,5	78					
		Artanlar	0	0	0	-3.07	.002	-.60		
		Eşit	1							
	Günah işleme korkusu	Ön test- Son test	Azalanlar	11	7	77				
Artanlar			1	1	1	-2.99	.003	-.59		
Eşit			1							
Son test-izleme		Azalanlar	3	2,83	8,5					
		Artanlar	2	3,25	6,5	-2.17	.786	-.05		
		Eşit	8							
Ön test- İzleme	Azalanlar	10	6,5	65						
	Artanlar	1	1	1						
	Eşit	2			-2.85	.004	-.56			
4T Grup	Puanlar	Ön test- Son test	Azalanlar	5	7,9	39,5				
			Artanlar	5	3,1	15,5	-1.23	.221	-.27	
			Eşit	0						
		Son test-izleme	Azalanlar	4	6,63	26,5				
			Artanlar	5	3,7	18,5	-4.74	.635	-.11	
			Eşit	1						
		Ön test- İzleme	Azalanlar	6	6,83	41				
			Artanlar	4	3,5	14	-1.38	.168	-.31	
			Eşit	0						
		r1 kor kus	Ön test- Son test	Azalanlar	9	5,44	49			
				Artanlar	1	6	6	-2.20	.028	-.49

	Eşit	0						
Son test-izleme	Azalanlar	4	5,5	22				
	Artanlar	4	3,5	14	-.561	.574	-.13	
	Eşit	2						
Ön test- İzleme	Azalanlar	8	5,94	47,5				
	Artanlar	2	3,75	7,5	-2.05	.040	-.46	
	Eşit	0						
Günah işleme korkusu	Azalanlar							
	Ön test- Son test	Azalanlar	5	7,6	38			
		Artanlar	5	3,4	17	-1.07	.283	-.24
		Eşit	0					
	Son test-izleme	Azalanlar	4	5,13	20,5			
		Artanlar	4	3,88	15,5	-.352	.725	-.08
		Eşit	2					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	5	6,2	31			
		Artanlar	4	3,5	14	-1.01	.314	-.23
Eşit		1						

Tabloda görüldüğü üzere BDGT grubunda toplam puanların ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -3,11$; $r = -,61$), tanrı korkusu alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -3,07$; $r = -,60$) ve günah işleme korkusu alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,99$; $r = -,59$); toplam puanların ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -3,18$; $r = -,62$); tanrı korkusu alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -3,07$; $r = -,60$) ve günah işleme korkusu alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,85$; $r = -,56$) ön test puanları lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılıkların etkisinin büyük olduğu görülmektedir ($p < .05$). 4T grubunda ise sadece tanrı korkusu alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,20$; $r = -,49$) ve ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,05$; $r = -,46$) ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılıkların etkisinin orta düzeyde olduğu görülmektedir ($p < .05$). Her iki grubun son test puanları ile izleme testi puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 16. Obsesif İnançlar Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları

BDT grup	Puan	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	p
----------	------	---	------------------	-------	----	---

Toplam puan	Ön test	13	2,85			
	Son test	13	1,69	14,31	2	.001
	İzleme Testi	13	1,46			
Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	Ön test	13	2,81			
	Son test	13	1,58	12,98	2	.002
	İzleme Testi	13	1,62			
Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	Ön test	13	2,54			
	Son test	13	1,92	6,88	2	.032
	İzleme Testi	13	1,54			
Düşünceye önem verme/Kontrol etme	Ön test	13	2,69			
	Son test	13	1,73	11,49	2	.003
	İzleme Testi	13	1,58			
4T grup	Puan	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Toplam puan	Ön test	10	3,00			
	Son test	10	1,60	16,00	2	.000
	İzleme Testi	10	1,40			
Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	Ön test	10	2,9			
	Son test	10	1,35	13,28	2	.001
	İzleme Testi	10	1,75			
Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	Ön test	10	3,00			
	Son test	10	1,60	16,00	2	.000
	İzleme Testi	10	1,40			
Düşünceye önem verme/Kontrol etme	Ön test	10	2,7			
	Son test	10	1,95	9,38	2	.009
	İzleme Testi	10	1,35			

Obsesif İnançlar Ölçeği ön-test, son-test ve izleme testi puanların arasında anlamlı farklılığı olup olmadığını belirleme için yapılan Friedman analizine göre ölçekten elde edilen BDGT grubunda toplam puanlarda ($x^2 = 14,31$; $p < ,05$), sorumluluk-tehlike beklentisi alt boyutunda ($x^2 = 12,98$; $p < ,05$); mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutunda ($x^2 = 6,88$; $p < ,05$) ve düşünciyi kontrol etme alt boyutunda ($x^2 = 11,49$; $p < ,05$) farklı ölçümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4T grubunda da toplam puanlarda ($x^2 = 16,00$; $p < ,05$), sorumluluk-tehlike beklentisi alt boyutunda ($x^2 = 13,28$; $p < ,05$); mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutunda ($x^2 = 16,00$; $p < ,05$) ve düşünciyi kontrol etme alt boyutunda ($x^2 = 9,38$; $p < ,05$) farklı ölçümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hangi ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunduğunu belirlemek adına uygulanan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Obsesif İnançlar Ölçeği ön-test, son-test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçlar

BDT	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Toplam puan	Ön test- Son test	Azalanlar	12	7,33	88	-2.97	.003	-.58
		Artanlar	1	3	3			
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	8	7,69	61,5	-1.12	.263	-.22
		Artanlar	5	5,9	29,5			
		Eşit	0					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	12	7,33	88	-2.97	.003	-.58
		Artanlar	1	3	3			
		Eşit	0					
Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	Ön test- Son test	Azalanlar	11	7	77	-2.98	.003	-.58
		Artanlar	1	1	1			
		Eşit	1					
	Son test- izleme	Azalanlar	6	7,25	43,5	-1.41	.888	-.03
		Artanlar	7	6,79	47,5			
		Eşit	0					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	12	7,5	90	-3.11	.002	-.61
		Artanlar	1	1	1			
		Eşit	0					
Mükemmeliyetçilik/ Kesinlik	Ön test- Son test	Azalanlar	10	8	80	-2.41	.016	-.47
		Artanlar	3	3,67	11			
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	8	5,88	47	-1.25	.212	-.24
		Artanlar	3	6,33	19			
		Eşit	2					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	10	8,2	82	-2.55	.011	-.50
		Artanlar	3	3	9			
		Eşit	0					
Düşünceye önem verme/ Kontrol Etme	Ön test- Son test	Azalanlar	10	7,5	75	-2.82	.005	-.55
		Artanlar	2	1,5	3			
		Eşit	1					
	Son test- izleme	Azalanlar	4	5,13	20,5	-1.10	.270	-.22
		Artanlar	3	2,5	7,5			
		Eşit	6					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	11	6,91	76	-2.90	.004	-.57
		Artanlar	11	6,91	76			
		Eşit	1	2	2			
4T Grup	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Toplam puan	Ön test- Son test	Azalanlar	10	5,5	55	-2.80	.005	-.63
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	5	5,3	26,5	-1.19	.233	-.27
		Artanlar	3	3,17	9,5			
		Eşit	2					

Sorumluluk / Tehlike Beklentisi	Ön test- İzleme	Azalanlar	10	5,5	55			
		Artanlar	0	0	0	-2.80	.005	-.63
		Eşit	0					
	Ön test- Son test	Azalanlar	10	5,5	55			
		Artanlar	0	0	0	-2.80	.005	-.63
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	3	5,83	17,5			
		Artanlar	6	4,58	27,5	-.595	.552	-.13
		Eşit	1					
Ön test- İzleme	Azalanlar	9	5,83	52,5				
	Artanlar	1	2,5	2,5	-2.55	.011	-.57	
	Eşit	0						
Mükemmeliyetçilik / Kesinlik	Ön test- Son test	Azalanlar	10	5,5	55			
		Artanlar	0	0	0	-2.81	.005	-.63
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	5	5,2	26			
		Artanlar	3	3,33	10	-1.12	.261	-.25
		Eşit	2					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	10	5,5	55			
		Artanlar	0	0	0	-2.80	.005	-.63
		Eşit	0					
Düşünceye önem verme / Kontrol Etme	Ön test- Son test	Azalanlar	8	6,06	48,5			
		Artanlar	2	3,25	6,5	-2.14	.032	-.48
		Eşit	0					
	Son test- izleme	Azalanlar	7	5,21	36,5			
		Artanlar	2	4,25	8,5	-1.66	.096	-.37
		Eşit	1					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	9	5,94	53,5			
		Artanlar	1	1,5	1,5	-2.65	.008	-.59
		Eşit	0					

Tabloda görüldüğü üzere BDGT grubunda toplam puanların ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,97$; $r = -,58$), sorumluluk-tehlike beklentisi alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,98$; $r = -,58$); Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,41$; $r = -,47$) ve düşünceyi kontrol etme alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,82$; $r = -,55$); toplam puanların ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,97$; $r = -,58$); sorumluluk-tehlike beklentisi alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -3,11$; $r = -,61$); Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,55$; $r = -,50$) ve düşünceyi kontrol etme alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,90$; $r = -,57$) ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve mükemmeliyetçilik alt boyutu ön test ve son test puanları arasındaki farklılığın etkisinin orta düzeyde olduğu diğer farklılıklarının etkisinin ise büyük olduğu görülmektedir ($p < .05$).

4T grubunda da aynı şekilde toplam puanların ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,80$; $r = -,63$), sorumluluk-tehlike beklentisi alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,80$; $r = -,63$); Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,81$; $r = -,63$) ve düşünceyi kontrol etme alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,14$; $r = -,48$); toplam puanların ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,80$; $r = -,63$); sorumluluk-tehlike beklentisi alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,55$; $r = -,57$); Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,80$; $r = -,63$) ve düşünceyi kontrol etme alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,65$; $r = -,59$) ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve düşünceyi kontrol alt boyutu ön test ve son test puanları arasındaki farklılığın etkisinin orta düzeyde olduğu diğer farklılıklarının etkisinin ise büyük olduğu görülmektedir ($p < .05$).

Tablo 18. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Friedman Analizi Sonuçları

BDT grup	Puan	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Toplam puan	Ön test	13	2,46			
	Son test	13	1,81	6,23	2	.044
	İzleme Testi	13	1,73			
Ahlak	Ön test	13	2,46			
	Son test	13	1,77	6,35	2	.042
	İzleme Testi	13	1,77			
Olabilirlik	Ön test	13	2,46			
	Son test	13	1,81	11,47	2	.003
	İzleme Testi	13	1,73			
4T grup	Puan	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Toplam puan	Ön test	10	2,35			
	Son test	10	2,05	3,16	2	.205
	İzleme Testi	10	1,60			
Ahlak	Ön test	10	2,45			
	Son test	10	1,85	3,50	2	.174
	İzleme Testi	10	1,70			
Olabilirlik	Ön test	10	2,30			
	Son test	10	1,90	2,33	2	.311
	İzleme Testi	10	1,80			

Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarının arasında anlamlı farklılığı olup olmadığını belirleme için yapılan Friedman analizine göre BDGT grubunda ölçekten elde edilen toplam puan ($\chi^2 = 6,23$; $p < ,05$), ahlak alt boyutunda ($\chi^2 = 6,35$; $p < ,05$) ve olabirlik alt boyutunda ($\chi^2 = 11,47$; $p < ,05$) farklı ölçümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4T grubunda ise ölçümler arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > ,05$). Hangi ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunduğunu belirlemek adına uygulanan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarına ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

BDT	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Toplam puan	Ön test- Son test	Azalanlar	8	6,38	51	-2.40	.016	-.47
		Artanlar	2	2	4			
		Eşit	3					
	Son test- izleme	Azalanlar	3	2,17	6,5	-.272	.785	-.05
		Artanlar	2	4,25	8,5			
		Eşit	8					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	8	6,25	50	-2.29	.022	-.45
		Artanlar	2	2,5	5			
		Eşit	3					
Ahlak	Ön test- Son test	Azalanlar	8	6,13	49	-2.19	.028	-.43
		Artanlar	2	3	6			
		Eşit	3					
	Son test- izleme	Azalanlar	2	1,75	3,5	-.552	.581	-.11
		Artanlar	2	3,25	6,5			
		Eşit	9					
	Ön test- İzleme	Azalanlar	8	6,13	49	-2.20	.028	-.43
		Artanlar	2	3	6			
		Eşit	3					
Olabilirlik	Ön test- Son test	Azalanlar	6	3,5	21	-2.21	.027	-.43
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	7					
	Son test- izleme	Azalanlar	1	1	1	-1.00	.317	-.20
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	12					

4T Grup	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>		
	Ön test-İzleme	Azalanlar	6	3,5	21				
Artanlar		0	0	0	-2.21	.027	-.43		
Eşit		7							
Toplam puan	Ön test-Son test	Azalanlar	6	7,5	45				
		Artanlar	4	2,5	10	-1.78	.074	-.40	
		Eşit	0						
	Son test-izleme	Azalanlar	5	3,2	16				
		Artanlar	2	6	12	-.344	.731	-.08	
		Eşit	3						
	Ön test-İzleme	Azalanlar	7	5,71	40				
		Artanlar	2	2,5	5	-2.08	.038	-.46	
		Eşit	1						
Ahlak	Ön test-Son test	Azalanlar	7	6,64	46,5				
		Artanlar	3	2,83	8,5	-1.94	.053	-.43	
		Eşit	0						
	Son test-izleme	Azalanlar	4	3	12				
		Artanlar	3	5,33	16	-.341	.733	-.08	
		Eşit	3						
	Ön test-İzleme	Azalanlar	7	5,71	40				
		Artanlar	2	2,5	5	-2.07	.038	-.46	
		Eşit	1						
Olabilirlik	Ön test-Son test	Azalanlar	5	4,8	24				
		Artanlar	2	2	4	-1.70	.089	-.38	
		Eşit	3						
	Son test-izleme	Azalanlar	2	2,25	4,5				
		Artanlar	1	1,5	1,5	-.816	.414	-.18	
		Eşit	7						
	Ön test-İzleme	Azalanlar	5	5	25				
		Artanlar	2	1,5	3	-1.87	.062	-.42	
		Eşit	3						

Tabloda görüldüğü üzere BDGT grubunda toplam puanların ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,40$; $r = -,47$), ahlak alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,19$; $r = -,43$) ve olabilirlik alt boyutu ön test ve son test ölçümleri arasında ($z = -2,21$; $r = -,43$); toplam puanların ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,29$; $r = -,63$); ahlak alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -3,17$; $r = -,45$) ve olabilirlik alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,21$; $r = -,43$) ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılıkların etkisinin orta düzeyde olduğu görülmektedir ($p <$

.05). 4T grubunda ise sadece toplam puanların ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,08$; $r = -,46$) ve ahlak alt boyutu ön test ve izleme testi ölçümleri arasında ($z = -2,07$; $r = -,46$) ön test puanlarına lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılıkların etkisinin orta düzeyde olduğu görülmektedir ($p < .05$). Her iki grubun son test puanları ile izleme testi puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

4.2. Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT, BDGT grubunun ön test son test ve izlem sonuçlarının gruplar arası farklar yönünden karşılaştırılması

Tablo 20. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT gruplarının Y-BOCS ön test, son test ve izleme testi skorlarına ilişkin Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Toplam puan	Ön test	BDT	13	12,19	158,5			
		4T	10	11,75	117,5	62,5	-,155	,877
	Son test	BDT	13	11,65	151,5			
		4T	10	12,45	124,5	60,5	-,287	,774
	İzleme	BDT	13	12,15	158			
		4T	10	11,8	118	63,0	-,126	,900
Obsesyon	Ön test	BDT	13	11,88	154,5			
		4T	10	12,15	121,5	63,5	-,093	,926
	Son test	BDT	13	11,42	148,5			
		4T	10	12,75	127,5	57,5	-,469	,639
	İzleme	BDT	13	12,19	158,5			
		4T	10	11,75	117,5	62,5	-,156	,876
Kompulsiyon	Ön test	BDT	13	12,31	160			
		4T	10	11,6	116	61,0	-,249	,804
	Son test	BDT	13	12,23	159			
		4T	10	11,7	117	62,0	-,186	,852
	İzleme	BDT	13	12,62	164			
		4T	10	11,2	112	57,0	-,500	,617

Tabloda görüldüğü üzere 4T Eklenmiş grup ile BDGT grupların Y-BOCS ölçeği ve alt boyutları ön test, son test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 21. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılık düzeylerini belirlemek üzere yapılan Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Brown İnanç Değerlendirme	Ön test	BDT	13	12,35	160,50			
		4T	10	11,55	115,50	60,5	-,280	,779
	Son test	BDT	13	14,08	183,00			
		4T	10	9,30	93,00	38,0	-1,85	,064
	İzleme	BDT	13	12,77	166,00			
		4T	10	11,00	110,00	55,0	-,762	,446

Mann-White U testi sonuçları incelendiğinde gruplara göre ön test, son test ve izleme testi Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği skorları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > .05$).

Tablo 22. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği İçgörü Alt Boyutu ön test, son test ve izleme testi puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılık düzeylerini belirlemek üzere yapılan Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
YB - İçgörü	Ön test	BDT	13	11,96	155,50			
		4T	10	12,05	120,50	64,5	-,033	,973
	Son test	BDT	13	14,04	182,50			
		4T	10	9,35	93,50	38,5	-1,95	,052
	İzleme	BDT	13	13,54	176,00			
		4T	10	10,00	100,00	45,0	-1,40	,163

Mann-White U testi sonuçları incelendiğinde gruplara göre ön test, son test ve izleme testi Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği içgörü alt boyutu skorları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > .05$). Farkın istatistiksel anlamlılık sınırında olduğu son test skorlarında 'r' değeri etki büyüklüğü incelendiğinde 4T grubu lehine orta düzeyde bir etki gözlemlenmiştir ($r = -.41$).

Tablo 23. BDGT ve 4T gruplarının Depresyon Ölçeği ön test, son test ve izleme testi skorlarına ilişkin Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Depresyon	Ön test	BDT	13	10,73	139,5	48,5	-1,03	,305
		4T	10	13,65	136,5			
	Son test	BDT	13	10,92	142,0	51,0	-,873	,383
		4T	10	13,4	134,0			
	İzleme	BDT	13	10,81	140,5	49,5	-,968	,333
		4T	10	13,55	135,5			

Tabloda görüldüğü üzere 4T Eklenmiş grup ile BDGT grupların depresyon ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 24. BDGT ve 4T gruplarının Anksiyete Ölçeği ön test, son test ve izleme testi skorlarına ilişkin Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Anksiyete	Ön test	BDT	13	10,58	137,5	46,5	-1,15	,250
		4T	10	13,85	138,5			
	Son test	BDT	13	10,08	131	40,0	-1,57	,116
		4T	10	14,5	145			
	İzleme	BDT	13	10,65	138,5	47,5	-1,11	,267
		4T	10	13,75	137,5			

Tabloda görüldüğü üzere 4T Eklenmiş grup ile BDGT grupların anksiyete ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 25. Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri ön test, son test ve izleme testi puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılık düzeylerini belirlemek üzere yapılan Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Toplam puan	Ön test	BDT	13	11,27	146,5	55,5	-,590	,555
		4T	10	12,95	129,5			
	Son test	BDT	13	10,31	134,0	43,0	-1,36	,172

Tanrı korkusu	İzleme	4T	10	14,2	142,0	51,0	-,869	,385
		BDT	13	10,92	142,0			
	Ön test	4T	10	13,4	134,0	48,0	-1,06	,290
		BDT	13	10,69	139,0			
	Son test	4T	10	13,7	137,0	48,5	-1,03	,305
		BDT	13	10,73	139,5			
Günah korkusu	İzleme	4T	10	13,65	136,5	54,5	-,654	,513
		BDT	13	11,19	145,5			
	Ön test	4T	10	12,55	125,5	59,5	-,342	,732
		BDT	13	11,58	150,5			
	Son test	4T	10	13,15	131,5	53,5	-,720	,472
		BDT	13	11,12	144,5			
İzleme	4T	10	12,8	128,0	57,0	-,508	,611	
	BDT	13	11,38	148,0				

Tabloda görüldüğü üzere 4T Eklenmiş grup ile BDGT gruplarının Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri ve alt boyutları ön test, son test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 26. BDGT ve 4T gruplarının Obsesif İnançlar Ölçeği ön test, son test ve izleme testi skorlarına ilişkin Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Toplam puan	Ön test	BDT	13	10,15	132	41,0	-1,49	,136
		4T	10	14,4	144			
	Son test	BDT	13	11,5	149,5	58,5	-,400	,687
		4T	10	12,65	126,5			
	İzleme	BDT	13	11,85	154	63,0	-,124	,901
		4T	10	12,2	122			
Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	Ön test	BDT	13	10,23	133	42,0	-1,43	,153
		4T	10	14,3	143			
	Son test	BDT	13	11,12	144,5	53,5	-,714	,475
		4T	10	13,15	131,5			
	İzleme	BDT	13	11,19	145,5	54,5	-,654	,513
		4T	10	13,05	130,5			
meliyetçilik/Kesi	Ön test	BDT	13	10,27	133,5	42,5	-1,40	,162
		4T	10	14,25	142,5			
Son test	BDT	13	12,23	159	62,0	-,186	,852	

Düşünceye önem verme/Kontrol Etme	İzleme	4T	10	11,7	117	56,5	-,520	,597	
		BDT	13	12,65	164,5				
	Ön test	4T	10	11,15	111,5	56,0	-,559	,576	
		BDT	13	11,31	147				
	Son test	4T	10	12,9	129	47,5	-1,10	,273	
		BDT	13	10,65	138,5				
	İzleme	4T	10	13,75	137,5	59,0	-,380	,704	
		BDT	13	11,54	150				
			4T	10	12,6	126			

Mann-White U testi sonuçları incelendiğinde gruplara göre ön test, son test ve izleme testi Obsesif İnançlar skorları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > .05$).

Tablo 27. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılık düzeylerini belirlemek üzere yapılan Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Toplam puan	Ön test	BDT	13	9,54	124,0	33,0	-1,99	,047
		4T	10	15,2	152,0			
	Son test	BDT	13	10,58	137,5	46,5	-1,16	,246/,341*
		4T	10	13,85	138,5			
	İzleme	BDT	13	10,35	134,5	43,5	-1,35	,178
		4T	10	14,15	141,5			
Ahlak	Ön test	BDT	13	10,77	140,0	49,0	-,995	,320
		4T	10	13,6	136,0			
	Son test	BDT	13	11,42	148,5	57,5	-,470	,638
		4T	10	12,75	127,5			
	İzleme	BDT	13	11,62	151,0	60,0	-,315	,753
		4T	10	12,5	125,0			
Olabilirlik	Ön test	BDT	13	9,46	123,0	32,0	-2,11	,035
		4T	10	15,3	153,0			
	Son test	BDT	13	9,23	120,0	29,0	-2,74	,006/,143*
		4T	10	15,6	156,0			
	İzleme	BDT	13	9,27	120,5	29,5	-2,70	,007/,135*
		4T	10	15,55	155,5			

*ANCOVA analizi sonucuna göre anlamlılık değerleri

Mann-Whitney U testi sonuçları incelendiğinde Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği toplam puanı ($U = 33,0$; $z = -1,99$) ve olabilirlik alt boyutu ($U = 32,0$; $z = -2,11$) ön test puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sebeple ön test puanların etkisi kontrol altına alınarak ANCOVA analizi yapılmış ve analiz sonuçlarına göre son test ve izleme testi puanların gruplar arasında anlamlı farklılığın ortadan kalktığı tespit edilmiştir ($p > .05$). DEKÖ ahlak alt boyutunda ön test, son test ve izleme testi puanların gruplara göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

4.3. Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT, BDGT grubunun 17.seans ara ölçüm/ön test, 20.seans ara ölçüm/son test sonuçlarının gruplar arası farklar yönünden karşılaştırılması

Tablo 28. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT gruplarının Y-BOCS 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Toplam puan	17.seans	BDT	13	11,35	147,5	56,5	-,528	,597
		4T	10	12,85	128,5			
	20.seans	BDT	13	12,38	161	60,0	-,311	,756
		4T	10	11,5	115			
Obsesyon	17.seans	BDT	13	11,15	145	54,0	-,686	,492
		4T	10	13,1	131			
	20.seans	BDT	13	12,73	165,5	55,5	-,595	,552
		4T	10	11,05	110,5			
Kompulsiyon	17.seans	BDT	13	11,81	153,5	62,5	-,157	,875
		4T	10	12,25	122,5			
	20.seans	BDT	13	12,12	157,5	63,5	-,094	,925
		4T	10	11,85	118,5			

Tabloda görüldüğü üzere 4T Eklenmiş grup ile BDGT grupların Y-BOCS ölçeği ve alt boyutları 17. seans ve 20. seans puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 29. BDGT ve 4T gruplarının Depresyon Ölçeği 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
--	------	------	----------	------------------	---------------	----------	----------	----------

Depresyon	Puan	Grup	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
	17.seans	BDT	13	10,1	131,0	40,0	-1,55	,120
		4T	10	14,5	145,0			
	20.seans	BDT	13	10,9	142,0	51,0	-,873	,383
		4T	10	13,4	134,0			

Tabloda görüldüğü üzere 4T Eklenmiş grup ile BDGT grupların depresyon ölçeği 17. seans ve 20. seans puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 30. BDGT ve 4T gruplarının Anksiyete Ölçeği 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları

Anksiyete	Puan	Grup	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
	17.seans	BDT	13	10,5	137,0	46,0	-1,18	,237
		4T	10	13,9	139,0			
	20.seans	BDT	13	9,8	127,0	36,0	-1,82	,069
		4T	10	14,9	149,0			

Tabloda görüldüğü üzere 4T Eklenmiş grup ile BDGT grupların anksiyete ölçeği 17. seans ve 20. seans puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 31. Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri 17. seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları

Toplam puan	Puan	Grup	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
ri kor kus	17.sean s	BDT	13	10,4	135,0	44,0	-1,31	,191
		4T	10	14,1	141,0			
	20.sean s	BDT	13	10,1	131,5	40,5	-1,52	,128
		4T	10	14,5	144,5			
17.sean s	BDT	13	10,2	133,0	42,0	-1,43	,153	
	4T	10	14,3	143,0				

Günah korkusu	20.seans	BDT	13	10,0	130,0	39,0	-1,62	,106
	s	4T	10	14,6	146,0			
	17.seans	BDT	13	10,9	141,0	50,0	-,934	,350
	s	4T	10	13,5	135,0			
	20.seans	BDT	13	10,6	138,0	47,0	-1,12	,261
	s	4T	10	13,8	138,0			

Tabloda görüldüğü üzere 4T Eklenmiş grup ile BDGT gruplarının Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri ve alt boyutları 17. seans ve 20.seans puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 32. BDGT ve 4T gruplarının Obsesif İnançlar Ölçeği 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Toplam puan	17.seans	BDT	13	11,1	144,0	53,0	-,744	,457
		4T	10	13,2	132,0			
	20.seans	BDT	13	11,5	149,0	58,0	-,434	,664
		4T	10	12,7	127,0			
Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	17.seans	BDT	13	10,6	137,5	46,5	-1,15	,251
		4T	10	13,9	138,5			
	20.seans	BDT	13	10,6	137,5	46,5	-1,15	,251
		4T	10	13,9	138,5			
Mükemmeliyetçilik / Kesinlik	17.seans	BDT	13	11,9	154,0	63,0	-,124	,901
		4T	10	12,2	122,0			
	20.seans	BDT	13	11,9	154,0	63,0	-,124	,901
		4T	10	12,2	122,0			
Düşünceye önem	17.seans	BDT	13	11,0	142,5	51,5	-,839	,402
		4T	10	13,4	133,5			

20.seans	BDT	13	11,7	152,5	61,5	-,217	,828
	4T	10	12,4	123,5			

Mann-White U testi sonuçları incelendiğinde gruplara göre 17. seans ve 20. seans Obsesif İnançlar skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > .05$).

Tablo 33. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Mann-Whitney U sonuçları

	Puan	Grup	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Toplam puan	17.seans	BDT	13	9,0	117,5	26,5	-2,40	,017
		4T	10	15,9	158,5			
	20.seans	BDT	13	10,0	130,0	39,0	-1,62	,105/,176*
		4T	10	14,6	146,0			
Ahlak	17.seans	BDT	13	11,0	143,0	52,0	-,809	,418
		4T	10	13,3	133,0			
	20.seans	BDT	13	11,3	147,0	56,0	-,560	,575
		4T	10	12,9	129,0			
Olabilirlik	17.seans	BDT	13	8,2	106,0	15,0	-3,52	,000
		4T	10	17,0	170,0			
	20.seans	BDT	13	9,3	121,0	30,0	-2,55	,011/,725*
		4T	10	15,5	155,0			

*ANCOVA analizi sonucuna göre anlamlılık değerleri

Mann-Whitney U testi sonuçları incelendiğinde Düşünce ve Eylem kaynaşması Ölçeği toplam puanı ($U= 26,5$; $z=-2,40$) ve olabilirlik alt boyutu ($U= 15,0$; $z=-3,52$) 17.seans puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sebeple 17.seans puanların etkisi kontrol altına alınarak ANCOVA analizi yapılmış ve analiz sonuçlarına göre 20. seans puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılığın ortadan kalktığı tespit edilmiştir ($p>.05$). DEKÖ ahlak alt boyutunda 17. seans ve 20. seans puanlarının gruplara göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

4.4. Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT, BDGT grubunun 17.seans ara ölçüm/ön test, 20.seans ara ölçüm /son test sonuçlarının gruplar arası farklar yönünden karşılaştırılması

Tablo 34. 4T Eklenmiş BDGT, BDGT grubu Y-BOCS 17. seans ve 20. seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

BDT	Puanlar		N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	r
Toplam puan	17.seans- 20.seans	Azalanlar	5	6,8	34	-,679	.497	-0,13
		Artanlar	5	4,2	21			
		Eşit	3					
Obsesyon	17.seans- 20.seans	Azalanlar	4	4,75	19	-,879	.380	-0,17
		Artanlar	3	3	9			
		Eşit	6					
Kompulsiyon	17.seans- 20.seans	Azalanlar	4	3,5	14	-,750	.453	-0,14
		Artanlar	2	3,5	7			
		Eşit	7					
4T	Puanlar		N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	
Toplam puan	17.seans- 20.seans	Azalanlar	5	3	15	-2.02	.043	-0,45
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	5					
Obsesyon	17.seans- 20.seans	Azalanlar	7	4	28	-2.39	.017	-0,53
		Artanlar	0	0	0			
		Eşit	3					
Kompulsiyon	17.seans- 20.seans	Azalanlar	3	3,67	11	-,962	.336	-0,22
		Artanlar	2	2	4			
		Eşit	5					

Tabloda görüldüğü üzere BDGT grubunda toplam puanların ve alt boyut puanları 17.seans ve 20.seans ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. 4T Eklenmiş grubunda ise toplam puanların 17. seans ve 20. seans ölçümleri arasında ($z = -2,02$; $r = -,45$)

anlamli bir farklılık olduğu ve bu farklıliğın etkisinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Obsesyon alt boyutu 17. seans ve 20. seans ölçümleri arasında da ($z = -2,39$; $r = -,53$) anlamli bir farklılık olduğu ve bu farklıliğın etkisinin güçlü düzeyde olduğu görülmüştür. Kompulsiyon alt boyutu 17. seans ve 20. seans ölçümleri arasında ise ($z = -961$; $p > .05$) anlamli bir farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 35. Depresyon ölçeği 17. seans ve 20. seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

Grup	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
BDT	17.seans- 20.seans	Azalanlar	6	5,67	34,0	-,668	.504	-,13
		Artanlar	4	5,25	21,0			
		Eşit	3					
4T	17.seans- 20.seans	Azalanlar	6	5,17	31,0	-1,83	.068	-,41
		Artanlar	2	2,5	5,0			
		Eşit	2					

Tabloda görüldüğu üzere depresyon ölçeği 17. seans ve 20. seans ölçümleri arasında hem BDT grubunda ($z = -,668$; $p > .05$) ve 4T Eklenmiş grupta ($z = -1,83$; $p > .05$) istatistiksel açıdan anlamli farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 36. Anksiyete ölçeği 17. seans ve 20. seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

Grup	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
BDT	17.seans- 20.seans	Azalanlar	8	5,44	43,5	-2,49	.013	-0,49
		Artanlar	1	1,5	1,5			
		Eşit	4					
4T	17.seans- 20.seans	Azalanlar	7	5,07	35,5	-,821	.412	-0,18
		Artanlar	3	6,5	19,5			

Tabloda görüldüğü anksiyete 17. seans ve 20. seans ölçümleri arasında 4T grubunda ($z = -.821$; $p > .05$) anlamlı bir farklılık yokken BDT grubunda ($z = -2,49$; $p < .05$; $r = -.49$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 37. Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri 17. seans ve 20. seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

BDT	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Toplam puan	17.seans- 20.seans	Azalanlar	6	5,5	33	-1,26	.208	-.25
		Artanlar	3	4	12			
		Eşit	4					
Tanrı korkusu	17.seans- 20.seans	Azalanlar	5	5,1	25,5	-1,07	.287	-.20
		Artanlar	3	3,5	10,5			
		Eşit	5					
Günah işleme korkusu	17.seans- 20.seans	Azalanlar	5	5,1	25,5	-1,06	.291	-.21
		Artanlar	3	3,5	10,5			
		Eşit	5					
4T	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>P</i>	
Toplam puan	17.seans- 20.seans	Azalanlar	4	6,5	26	-1,13	.260	-.25
		Artanlar	4	2,5	10			
		Eşit	2					
Tanrı korkusu	17.seans- 20.seans	Azalanlar	5	6,4	32	-,466	.641	-.10
		Artanlar	5	4,6	23			
		Eşit	0					
Günah işleme korkusu	17.seans- 20.seans	Azalanlar	5	4,5	22,5	-1,45	.147	-.32
		Artanlar	2	2,75	5,5			
		Eşit	3					

Tabloda görüldüğü üzere hem BDGT grubunda hem de 4T Eklenmiş grubunda toplam puanların ve alt boyut puanların 17. seans ve 20. seans ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 38. Obsesif İnançlar Ölçeği 17.seans ve 20.seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

BDT	Puanlar		N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	r
Toplam puan	17.seans- 20.seans	Azalanlar	8	7,38	59	-1,57	.116	-,31
		Artanlar	4	4,75	19			
		Eşit	1					
Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	17.seans- 20.seans	Azalanlar	5	4,8	24	-,840	.401	-,16
		Artanlar	3	4	12			
		Eşit	5					
Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	17.seans- 20.seans	Azalanlar	7	8	56	-1,34	.182	-,26
		Artanlar	5	4,4	22			
		Eşit	1					
Düşünceye önem verme/Kontrol etme	17.seans- 20.seans	Azalanlar	8	4,75	38	-1,07	.284	-,21
		Artanlar	2	8,5	17			
		Eşit	3					
4T	Puanlar		N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	r
Toplam puan	17.seans- 20.seans	Azalanlar	9	5,78	52	-2.50	.012	-,56
		Artanlar	1	3	3			
		Eşit	0					
Sorumluluk/Tehlike Beklentisi	17.seans- 20.seans	Azalanlar	7	4,93	34,5	-,714	.475	-,16
		Artanlar	3	6,83	20,5			
		Eşit	0					
Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	17.seans- 20.seans	Azalanlar	9	5,72	51,5	-2.45	.014	-,55
		Artanlar	1	3,5	3,5			
		Eşit	0					

Düşünceye önem verme/ Kontrol Etme	17.seans- 20.seans	Azalanlar	9	5,72	51,5	-2.45	.014	-.55
		Artanlar	1	3,5	3,5			
		Eşit	9	5,78	52			

Tabloda görüldüğü üzere BDGT grubunda toplam puanların ve alt boyutların 17.seans ve 20.seans ölçümleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

4T grubunda ise toplam puanların 17. seans ve 20. seans ölçümleri arasında ($z = -2,50$; $r = -,56$), Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutu 17. seans ve 20. seans ölçümleri arasında ($z = -2,45$; $r = -,55$) ve düşünciyi kontrol etme alt boyutu 17. seans ve 20. seans ölçümleri arasında ($z = -2,45$; $r = -,55$) 17. seans puanların lehine anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın etkisinin büyük olduğu görülmektedir ($p < .05$). Sorumluluk-tehlike beklentisi alt boyutunda ise 17.seans ve 20.seans ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 39. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği 17. seans ve 20. seans ölçümlerine ilişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

BDT	Puanlar		<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Toplam puan	17.seans- 20.seans	Azalanlar	5	4,8	24	-,843	.399	-.16
		Artanlar	3	4	12			
		Eşit	5					
Ahlak	17.seans- 20.seans	Azalanlar	5	4	20	-1.02	.308	-.20
		Artanlar	2	4	8			

	Puanlar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	
Olabilirlik	Eşit	6					
	17.seans- 20.seans	Azalanlar	0	0	0		
	Artanlar	2	1,5	3	-1,41	.157	-.28
	Eşit	11					
4T	Puanlar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	Z	p	
Toplam puan	17.seans- 20.seans	Azalanlar	7	6,07	42,5		
	Artanlar	3	4,17	12,5	-1,55	.121	-.35
	Eşit	0					
Ahlak	17.seans- 20.seans	Azalanlar	6	5,17	31		
	Artanlar	2	2,5	5	-1,84	.065	-.41
	Eşit	2					
Olabilirlik	17.seans- 20.seans	Azalanlar	4	3,5	14		
	Artanlar	2	3,5	7	-,736	.462	-.16
	Eşit	4					

Tabloda görüldüğü üzere hem BDGT grubunda hem de 4T Eklenmiş grubunda toplam puanların ve alt boyut puanların 17. seans ve 20. seans ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, BDT modelinin bilişsel psiko-eğitime bir ek olarak, özellikle dini içerikli OKB’de faydalı bir katkı olacağı düşünülen ‘tasdik’, ‘iman’, ‘kalp’ gibi dini bilgi ve kavramlar öneren 4T psiko-eğitim modelinin, BDT modelinin bilişsel çalışmasına eklendiğinde, etkinlik açısından bir katkıda bulunup bulunmadığını araştırmaktır. Bu

bağlamda tezimizin birinci bölümünde çalışmanın amacı, hipotezleri, sınırlılık ve varsayımları ortaya konmuştur. İkinci bölümde OKB ve onun özel bir alt türü olan Dini İçerikli OKB ile ilgili temel bilgiler ve psikoterapisindeki temel tartışmalarla ilgili bilgiler verilmiştir. Üçüncü bölümde katılımcılar, ölçekler, çalışmanın prosedürü, dördüncü bölümünde de verilerin analiz bulguları ve yorumları aktarılmıştır. Bu bölümde de Dini içerikli OKB psikoterapisine yönelik, Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş Bilişsel Davranışçı Grup Psikoterapisi programı ve Bilişsel Davranışçı Grup Psikoterapisi (BDGT) programının OKB belirtileri, içgörü, depresyon ve kaygı düzeyleri, dinsel obsesyon/kaygılar ve obsesif inanç alanları üzerindeki etkisine dair bulgular literatür eşliğinde tartışılacaktır. Tartışmamızda, obsesif ve kompulsif belirtilerin değişiminde aracı değişken özelliği nedeniyle obsesif inançlar, obsesif ve kompulsif belirtilerdeki değişimle birlikte tartışılacak, sonrasında içgörü, depresyon, kaygı ve son olarak da dini obsesyon/kaygılardaki değişimler üzerinde durulacaktır. Bulgular tartışılırken öncelikle BDGT ve Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT programlarının 25 haftalık müdahalesini ölçen ön test ve son test bulguları ve izlemleri grup içi etkileriyle ortaya konacak böylece iki grubun da tek başlarına belirtiler üzerindeki etkileri ifade edilecektir. Sonrasında iki grubun ön test, son test ve izlem puanları, gruplar arasında karşılaştırılarak iki farklı terapi programının etki farkı tartışılacaktır. Son olarak da 4T modelinin BDGT grubuna eklendiği, iki grubu birbirinden ayıran haftalar arasında (17 - 20. Seans arası) yapılan ölçümlerin grup içi ve gruplar arası anlamlı farkları ile 4T müdahalesinin etkisine dair tartışmanın belirginleştirilmesi amaçlanacaktır. Bölüm boyunca, zaman zaman, okuma ve takip kolaylığı olması için Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi için 'BDT', Dini İçerikli Psiko-Eğitim -4T Modeli- Eklenmiş BDGT için de '4T' ifadesi kullanılacaktır.

5.1. Terapi Müdahalelerinin, Obsesif ve Kompulsif Belirti Şiddetine ve Obsesif İnançlara Etkisi

4T Modeli eklenmiş BDGT de BDGT de obsesif ve kompulsif belirtiler üzerinde anlamlı bir etki oluşturmuş ve izlemde de bu etkiyi devam ettirmişlerdir. İki müdahale de güçlü şekilde etkili bulunmuştur. Tüm OKB alt alanlarının karışık ele alındığı bir çalışmada, OKB tanısı almış hastalara haftalık 90-120 dakika oturumlardan oluşan toplam 14 seans

BDGT uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda, tedaviyi tamamlayan hastaların Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS), puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (Şafak vd., 2014). OKB'li hastalara ERP içeren BDGT'nin uygulandığı bir çalışmada uygulama sonrası Y-BOCS ortalama puanının anlamlı düzeyde düştüğü görülmüştür (Kearns vd., 2010). Yine ERP temelli başka bir çalışmada tedavinin OKB semptomlarını anlamlı derecede iyileştirdiği ve bu iyileşmelerin 3 ve 12 aylık izleme çalışmalarında korunduğu, 3 aylık izleme çalışmasına kadar semptomlarda ek bir azalma olduğu görülmüştür (Haland vd., 2010). Özel olarak dini içerikli belirtilere dair yapılan çalışmalarda ise Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT' nin, dini içerikli OKB hastalarındaki etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, 90 dakikalık seanslardan oluşan 10 haftalık tedavinin sonucunda Y-BOCS ile ölçülen obsesyon ve kompulsiyonlarda azalma olduğu görülmüştür. Bulgular, Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT'nin OKB belirtilerinin şiddetini azaltmada pozitif bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Akuchekian vd., 2011). Benzer bir çalışmada da ön test-son test Y-BOCS puanları değerlendirildiğinde, Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT'nin OKB belirtilerinin şiddetini azaltmada etkili olduğu ifade edilmiştir (Akuchekian vd., 2015). Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT'nin etkinliğini inceleyen başka bir çalışmada, uygulama sonunda, Y-BOCS ile ölçülen dini içerikli OKB belirtilerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür. 3 ve 6 aylık izleme çalışmalarında da bu sonucun kalıcı olduğu gözlemlenmiştir (Aouchekian vd., 2017). Dini Bilgilerle Bütünleştirilmiş BDT'nin dini içerikli OKB hastaları üzerindeki etkinliğinin incelendiği randomize kontrollü klinik bir çalışmada ise tedavinin etkinliği tedavi öncesi-sonrası uygulanan Y-BOCS ölçeği ile ölçülmüş ve dini içerikli OKB'si olan dindar hastalarda dini içerikli müdahalelerin tedaviye verilen yanıtları anlamlı düzeyde arttırabileceği ve dini içerikli OKB hastalarında etkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Omranifard vd., 2011). 4T modeline ilişkin yapılan ilk çalışmada da OKB tanısı almış 5 hastaya 4T modeli uygulanmış, Y-BOCS, Padua Envanteri puanlarında, araştırmamızın sonuçlarıyla paralel olarak belirgin bir düşüş tespit edilmiştir (Toprak ve Emül, 2016).

Çalışmamızın bulguları gerek BDGT gerekse Dini İçerikli Psikoeğitim -4T Modeli-Eklenmiş BDGT açısından literatürle uyumludur. İki uygulamanın da dini yönden duyarlı yapısı düşünüldüğünde, obsesif ve kompulsif belirti şiddetini azaltan güçlü etkileri ve bu etkiyi izlemde de korumaları dini içerikli belirtilerde dini yönden duyarlı yaklaşımların tedavide güçlü bir etki oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bununla birlikte, burada tezimizin başından itibaren ifade ettiğimiz, dini içerikli kavram ve bilgilerin terapiye katılımının özel bir fark oluşturup oluşturmadığına bakmak

gerekmektedir. Literatür incelendiğinde gerek dini içerikli belirtilere yapılan farklı tedavilerin kıyaslanması gerekse de özel olarak dini içerikli psiko-eğitim eklenmiş modellerle eklenmemiş olanların kıyaslanması bağlamında bir karşılaştırma çalışmasına rastlanmamıştır. Ancak genel OKB belirtilerinde literatürde BDGT ve farklı grup terapilerini karşılaştıran çalışmalar mevcuttur. BDGT ile motivasyonel görüşme ve düşünce haritalama eklenmiş BDGT'nin karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki gruba da BDGT öncesi iki bireysel seans verilmiş ve sonrasında 12 haftalık BDGT uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubu bireysel seanslar açısından farklılık göstermekte olup deney grubu iki seans bireysel motivasyonel görüşme ve düşünce haritalama eklenmiş BDGT almıştır. BDGT ise, psikoeğitim, ERP, işlevsiz düşünce ve inançları değiştirmek için bilişsel teknikler, tekrarları önlemeye yönelik stratejiler, ev ödevi ve her seans için bilişsel uygulamalar ve grup teknikleri entegrasyonundan oluşmaktadır. Çalışmada, motivasyonel görüşme ve düşünce haritalama eklenen BDGT'nin, BDGT'ye kıyasla Y-BOCS ortalama puanının düştüğü ve OKB belirtilerinde daha çok azalmaya neden olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Meyer vd., 2009). Başka bir çalışmada ise OKB hastalarında Bilişsel Terapi (BT) ve ERP kullanılarak bireysel ve grup terapisinin 2 yıllık izleme çalışmaları sonuçları karşılaştırılmıştır. Her iki tedavi 12 hafta boyunca haftalık olarak gerçekleştirilmiştir. Bireysel tedavi 50-60 dakikalık, grup tedavisi ise 2,5 saatlik seanslardan oluşmaktadır. Bu sonuçlara göre, bireysel BT ve ERP için anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bununla birlikte, grup ERP katılımcılarının grup BT'ye kıyasla Y-BOCS puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir (Whittal vd., 2008). Dini içerikli belirtilere yapılan müdahalelerin karşılaştırıldığı bir çalışma olması yönüyle ilk olan çalışmamızda iki grup karşılaştırıldığında müdahaleler açısından anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir.

Bununla birlikte, alan yazında karşılaştığımız şekilde, grup içi anlamlı etkilerin şiddetine dair bulguları karşılaştırarak yorumlamada bulunmak mümkündür. 4T müdahalesi uygulanmaya başlamadan hemen önce ve uygulamanın yapıldığı üç haftanın sonundaki Y-BOCS ölçümleri kıyaslandığında (17. Hafta - 20. Hafta arası), BDT grubunda obsesif belirtiler, kompulsif belirtiler ve toplam şiddette anlamlı bir değişim olmadığı görülürken; 4T grubunun obsesif kompulsif belirtiler toplamında orta, özel olarak obsesif belirtilerde güçlü etkiyle anlamlı bir değişim sağladığı görülmüştür. Kompulsif belirtilerde de 4T'nin değişim etkisi BDT'den daha yüksek bulunmuştur.

Burada yorumlanması gereken iki önemli nokta oluşmaktadır: Öncelikle, 4T lehine oluşan bu farkın nedenleri ne olabilir? Öte yandan bu fark terapi sonunda neden korunmamıştır?

OKB belirti şiddetinin değişiminde 4T ve BDT arasındaki farkın nedenleri ne olabilir sorusu, bizi obsesif inanç alanlarına götürecektir. BDT'ye göre bilişsel tedavi, hastaların, rahatsız edici bilişsel süreçlerinin ve hatalı yorumlamalarının yeniden değerlendirmesi üzerine kuruludur (Clark, 2019). Tedavinin amacı, hastanın zihnine gelen obsesyonlara dair yaptığı hatalı yorum ve inancın değişmesi ve yerine makul ve gerçekçi bir yorumun konmasıdır. Bu bağlamda, hastalara, belirtileri ile ilgili hatalı inanç ve yorumların öğretilerek bunların birlikte yeniden ele alınması kritik öneme sahiptir (Türkçapar ve Şafak, 2012). Birçok çalışma obsesif inançların aracı değişken rolünü ortaya koymaktadır. Dini içerikli OKB hastaları söz konusu olduğunda obsesif inanç alanlarından özellikle 'düşüncelere aşırı önem verme', 'düşüncelerin kontrolü ile ilgili kaygı' (Nelson vd., 2006; Kaviani vd., 2015; Siev vd., 2011) ve 'belirsizliğe tahammülsüzlük' öne çıkmaktadır (Fergus ve Rowat, 2015; Abramowitz, 2014). 'Abartılı sorumluluk' ve 'tehlikeyi büyük görme/abartılmış tehdit' ile de ilişkisini ifade eden çalışmalar da vardır (Siev vd., 2011). Dini içerikli belirtisi olan hastalarda özellikle 'belirsizliğe tahammülsüzlük' ve 'ahlaki düşünce eylem kaynaşması' alanları vurgulanmış (Abramowitz, 2014), dini içerikli OKB ile 'ahlaki düşünce eylem kaynaşması', 'düşüncelerin önemi' ve 'düşünceleri kontrol etme' gibi bilişsel stiller arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Kaviani vd., 2015).

İki grup müdahalesinin tedavide etkisinin ön test-son test ve izlemdeki geneline bakıldığında iki grupta da genel olarak obsesif inanç alanlarında anlamlı şekilde etki oluşturmuştur. Bu da özellikle 4T açısından, yetişkin obsesif kompulsif bozukluk hastalarına uygulanan manevi grup psikoterapisi sonrasında, OKB'li hastaların semptomları, düşünce-eylem kaynaşması, obsesif inançları ve dini içerikli obsesyonlarında azalma olduğu görüldüğü (Alimadadi vd., 2020) şeklindeki literatürle uyumludur. Her iki tedavi de genel olarak hatalı/obsesif inanç alanlarında etkilidir ve aralarında anlamlı bir fark yoktur. Bu bağlamda iki uygulamanın da dini yönden duyarlı yapısı düşünüldüğünde, dini yönden duyarlı yaklaşımların obsesif inanç alanlarındaki değişimde etkili olduğunu söylemek mümkündür.

Bununla birlikte, yukarıdaki ilk sorumuz çerçevesinde, 4T müdahalesinin eklendiği ve eklenmediği gruplar arası OKB belirti şiddetleri arasındaki farkları tartışabilmek amacıyla (17-20 seans arasındaki) obsesif inançlara dair grup içi farklılıklara bakıldığında, 4T grubunda düşünceye aşırı önem ve kontrolü ile ilgili kaygı ile birlikte belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik alanlarında ve genel obsesif inançlar toplamında güçlü bir değişim etkisi

ortaya çıkarken, BDT grubunda anlamlı bir değişim oluşmadığı görülmektedir. Yine sorumluluk ve abartılmış tehdit alanlarında 4T'nin etki gücü BDT'ye kıyasla daha yüksektir. Genel olarak obsesif inançlarda BDT'nin etkisi orta düzeyde kalırken 4T'nin güçlü şekilde etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca düşünce eylem kaynaşması genel toplamda ve özel olarak düşünce ahlak kaynaşması alanlarında BDT zayıf etkili kalırken 4T orta düzeyde etkili bulunmuştur. Bu bulgular, literatürde özellikle dini içerikli OKB için belirsizliğe tahammülsüzlük ve düşünceye aşırı önem vermenin kritik öneminin vurgulandığı özgün modellerinde de yer aldığı düşünülürse ayrıca önemlidir (Abramowitz ve Jakoby, 2014).

Bu bağlamda, OKB belirti şiddetinin değişiminde 4T ve BDT arasındaki farkın nedenlerine ilişkin ilk sorumuzun cevabı olarak, aynı seans aralığında gerek özel olarak obsesyonlar gerekse obsesif ve kompulsif belirtilerin genel şiddetindeki güçlü etkiyi, 4T'nin, kendine özgü bilişsel yeniden yapılandırma etkisiyle, obsesif inanç alanlarında değişim oluşturarak sağladığı öne sürülebilir. Tedavi sürecinde iki grup da hatalı inanç alanlarının tespiti ve yeniden çerçevelendirilmesi sürecinden geçmiştir. Ancak 4T grubu bu altı inanç alanına dair çalışmanın yanı sıra, belirtilerini, bu yeni bilişsel modelle yeniden yapılandırmış ve belirtilerin kaynağı -şeytanın vesvesesi ya da zihnin random çalışma alışkanlıklarının yanlış yorumlanması-, iman ve ahlakın bulunduğu ayrı bir ontolojik entite olarak 'kalp' ve davranış öncesi ayrı bir bilişsel süreç olarak 'tasdik' kavramlarını öğrenmiştir. Bunun yanı sıra bu etkinin nedenleri arasında, 4T müdahalesi sırasında dini içerikli bilgilerde de özellikle belirsizliğe tahammülün önemi ve mükemmeliyetçi olmanın dini olarak doğru ve faydalı olmadığını ifade eden bilgilerin paylaşılmış olması düşünülebilir. Yine 'şeytanın vesvesesi' ifadesi, bunun 'kulun iradesinden bağımsız' olduğu fikrinin benimsenmesi, iman ve ahlakın merkezi olan kalpteki değerlerle zihnin imgelem ve düşünme süreçlerinin birbirinden farklı olduğunun anlatılması ile düşünceye aşırı önem verme ve düşünce ahlak kaynaşmasında ayırmayı kolaylaştırarak, düşüncenin kontrolü ile ilgili aşırı kaygının önüne geçilmesini sağlamış olabilir. Bu bağlamda belirtilerdeki bu değişimi sağlayan şeyin 4T modelinin bilişsel yeniden yapılandırmadaki etkisi olduğu düşünülebilir. Yukarıda ifade edildiği gibi obsesyon ve kompulsiyon şiddetindeki azalmaya obsesif inançların da aynı güçlü etki ile eşlik etmesi, hipotezimizi destekler niteliktedir.

Bununla birlikte burada önemli bir soru da ikinci soru olarak ele aldığımız, 4T grubunun kendi özel müdahalesi sırasında BDT'den farklı olarak etkili olduğu alanlarda, bu etkiyi tüm tedavinin sonunda aynı şekilde koruyamamasıdır. Burada gerek obsesif ve kompulsif belirtiler gerekse genel obsesif inanç alanlarındaki etki farkının belirsizleştiği, kısmen küçük farklarla belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik üzerinde

korunurken, düşünceye aşırı önem verme ve kontrolüne dair kaygı, düşünce eylem kaynaşması toplam ve ahlak boyutu kısmında grup içi etki gücünün BDT ile eşitlendiği hatta düşünce eylem kaynaşması toplamda ve olasılık da BDT lehine kısmi farklar göstermeye başladığı görülmektedir. Bununla birlikte farkların izlemde yeniden neredeyse eşitlendiği görülmektedir.

Burada birkaç farklı yorum mümkündür. Öncelikle sonuçta, iki grup arasında anlamlı bir fark oluşmaması 4T müdahalesinin üç seans gibi kısa bir vakit içinde kalmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. Literatürdeki benzer karşılaştırma çalışmalarının ya seans oranlarının daha makul dağıldığı (McLean vd., 2001) ve/veya bunun bireysel görüşmeler ile dengelendiği hatta yeni müdahale lehine ek seansların olduğu (Meyer vd., 2010) ya da zaten başından itibaren farklı şekilde kurgulanarak eşit seans dağılımına sahip oldukları görülmektedir (Whittal vd., 2008). Bu bağlamda bizim çalışmamızda 4T'nin uygulama kısmının sınırlı kaldığı düşünülebilir. 16 seanslık ortak bilişsel müdahale gibi güçlü bir müdahale sonrasında, 4T'nin üç seanslık anlamlı bir etki oluşturduğu görülmekle birlikte, 4T yeterince pekişmemiş, geçici bir güçlü etki olarak kalmış olabilir. Yanı sıra sonrasında yine güçlü bir müdahale olan ERP'nin altı seanslık uygulaması ile 4T bilişsel ve davranışsal iki güçlü müdahale arasında kalmıştır. Kısıtlı ve görece az zaman içinde uygulanmış olması, etkisinin zaman içinde belirsizleşmesine sebep olmuş olabilir. McLean ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, Y-BOCS toplam puanı değerlendirme aracı olarak kullanılmış olup BDGT ve ERP tedavisi alan hastaların semptomlarında azalma görülürken, iki tedavinin etkililiğinin benzer olduğu görülmüştür. Fakat 3 aylık izleme çalışmasında BDT'ye kıyasla ERP'nin daha etkili olduğu bildirilmiştir (McLean vd., 2001). OKB hastalarında bilişsel terapi ve ERP kullanılarak bireysel ve grup terapisinin 2 yıllık izleme çalışmaları sonuçları karşılaştırılmıştır. Grup ERP katılımcılarının grup BT'ye kıyasla Y-BOCS puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir (Whittal vd., 2008). Bu bağlamda, etki gücü yüksek olan ERP tedavisi, başlı başına belirgin bir etki oluşturarak gruplar arası farkı belirsizleştirmiş olabilir. Burada da karşımıza, bir grubun diğerinin neden daha iyi ERP yapmış olabileceği sorusu çıkar. Bu noktada 4T grubunun ek bilgiler almasının ileriye doğru düşük de olsa ket vurucu bir etkiyle yeni bilgilere adaptasyonu zorlaşmış olabilir ya da zamana yaymış olduğu düşünülebilir. Obsesif inançlardan özellikle düşünceye önem verme, düşüncenin kontrolü ve düşünce eylem kaynaşması alt boyutlarında görülen ilk uygulama anında grup içi karşılaştırmalarda 4T lehine sonuçların, son testte eşitlenmesi ve yer yer BDT lehine dönmesi ancak izlemle birlikte yeniden eşitlenmesi öğrenme süreçlerine dair yapılan bu yorumu destekler niteliktedir.

5.2. Terapi Müdahalelerinin İçgörü Düzeyine Etkisi

OKB hastalarında en önemli konulardan biri de içgördür (Fıstıkçı vd., 2006). Dini içerikli belirtilerle içgörü düşüklüğü arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar (Elmasry vd., 2016; Elvish vd., 2010; Siev vd., 2021) düşünüldüğünde tedavinin içgörü belirtileri üzerindeki etkisi daha da önem kazanmaktadır.

4T Modeli eklenmiş BDGT de BDGT de içgörü düzeyi üzerinde anlamlı bir fark oluşturmuş ve izlemde de bu farkı devam ettirmişlerdir. Literatürde içgörü çalışmaları, daha çok iyileşmede aracı değişken rolünün üzerinde durur ve tedavi müdahalelerinin içgörü üzerindeki etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. OKB hastalarında uygulanan BDT'nin içgörü üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, BDT sonrası içgörünün önemli düzeyde iyileştiği ve içgörü kötü olduğunda tedaviye yanıt oranlarının düşük olduğu bulunmuştur (Selles vd., 2020). Başka bir çalışmada ise 12 haftalık BDGT programına katılan 181 OKB hastasında, tedavi sonrası istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek içgörü görülmüştür (Raffin vd., 2009). İki farklı müdahalenin etkisini karşılaştıran bir çalışmada da yine çalışma bulgularımızla paralel olarak hem BDT hem IBA (Inference Based Approach/Çıkarım Temelli Yaklaşım) seansı alan OKB hastalarının içgörülerinde önemli düzeyde iyileşme görülmüştür. Her iki tedavinin içgörü düzeyi üzerinde etkili olduğu bildirilmekle beraber IBA'nın, içgörü düzeyi düşük hastalar için BDT'den daha etkili olabileceği ifade edilmiştir. (Visser vd., 2015). Bu literatür de bulgularımızla uyumludur. Araştırmamızın bulguları, yine her grubun da ortak özelliği olması yönüyle dini içerikli belirtilerde dini/manevi olarak duyarlı BDGT yaklaşımların psikoterapide içgörü oluşumunda önemli bir katkı sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

İçgörü düzeylerindeki öntest son test arasındaki değişim, iki grup arasında karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlılığın sınırındadır. Bu nedenle etki büyüklükleri incelendiğinde ise 4T grubunun orta düzeyde daha anlamlı bir etki ortaya koyduğu görülmüştür. Bu bağlamda 4T modelinin hastaların içgörülerini arttırmada BDT'ye kıyasla neyin etkili olduğu sorusu karşımıza çıkmaktadır. Literatür genel olarak dini kavramların kullanımının tedaviye katkıları üzerinde durmuştur (Md Rosli vd., 2018). Özel olarak içgörü düşünüldüğünde ise Keshavarzi ve arkadaşlarının OKB tedavisinde dini kavram ve bilgilerin önemini tartıştıkları çalışmalarında, dini kavramlarla, klasik tedavideki kavramların entegre edilmesinin, hastaların da yaşadıkları durumun hastalık olmasına ikna olmaları için önemli olduğunu vurgulanmıştır (Keshavarzi vd., 2020). 4T modelinin ilk

kullanıldığı çalışmada modelin, hastaların psiko-eğitimi kabullenmelerine yardımcı olduğunu ifade edilmiştir (Toprak ve Emül, 2016). Araştırmamızda da 4T müdahalesinde kullanılan kalp, vesvese veren şeytan, imanın kalpte olması bilgilerinin hastaların dışsallaştırma yaparak belirtilerine mesafe almalarını kolaylaştırmış olabileceği ve dini bilgi ile bilimsel bilginin teyit edilmesinin, bilimsel bilginin kabullenilmesine katkı sağlamış olabileceği düşünülebilir.

Burada, yine önemli bir nokta içgörüdeki bu farkın, aynı belirginlikte belirti şiddetinde kendisini gösterememiş olmasıdır. Burada da iki nokta üzerinde durulabilir. İçgörü ölçeklerinin klinik görüşme yoluyla yapılması araştırmacı yanlılığına sebep olmuş olabilir. Bununla birlikte bu yanlılığı ortadan kaldırmak amacıyla, klinisyen, her soruda açık uçlu başlangıçlarla hastayı dinleyip, hasta için işaretlemeyi düşündüğü cevabın, kendisi için uygun olup olmadığını teyit ettirmiş, hastaların kendileri ile ilgili ifadelerini esas almıştır.

Diğer nokta ise içgörü ile belirti şiddeti arasında her zaman pozitif bir ilişkinin olmayabileceği noktasıdır. OKB'deki içgörü düzeyinin ilaç tedavisine yanıtı yordayıp yordamadığını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, yüksek içgörü düzeyine sahip hastalar düşük içgörü düzeyine sahip olan hastalarla karşılaştırılmış olup Y-BOCS puanlarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Eisen vd., 2001). Yine OKB'de obsesyonlara dair içgörü çok önemli olmakla birlikte, ERP'de sıkıntıya dayanma becerisi gelişmedikçe bu içgörünün tedavide etkili olmadığı bilinmektedir. ERP ve kaygı yönetimi müdahalesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, ERP uygulanan OKB hastalarının belirtilerinde anlamlı bir azalma görülürken kaygı yönetimi müdahalesi yapılan grupta bir değişiklik görülmemiştir (Lindsay vd., 1997). Bu bağlamda çalışmamızda 4T grubunda yer alan hastaların bilişsel içgörülerini yükselmiş olmakla birlikte yeteri kadar ERP ile desteklenmemiş olduğu düşünülebilir. Ancak bu yorum dini içerikli kavramların ERP özelinde de (Badri, 2013) genel tedavi motivasyonu olarak da katkı sunacağı (Keshavarzi vd., 2020; Toprak ve Emül, 2016) literatür bilgisi ile çelişmektedir.

Bununla birlikte birçok diğer alanda olduğu gibi burada da izlemde fark belirsizleşmektedir. Bu durum da yine, genel olarak 4T'nin yeterince öğrenme ve pekişme zamanı bulamaması yorumu ile birlikte düşünülebilir.

5.3. Terapi Müdahalelerinin, Depresyon ve Kaygı Belirtilerine Etkisi

Depresyon, kaygı ile ilişkili bozukluklar, OKB’de en çok rastlanan eş tanıları ifade eder (Karamustafalıoğlu vd., 2009; İnce ve Kandil, 2018). Burada öncelikle depresif belirtileri ve sonra da kaygı belirtilerini ele alacağız.

5.3.1. Depresif Belirtilere Etkisi

4T Modeli eklenmiş BDGT de BDGT de ön test - son test depresyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etki oluşturmuş ve izlemde de bu etkiyi devam ettirmişlerdir. Burada dini içerikli belirtiler için ayrıca bir uygulama ya da belirtilere özgü bir model bulunmayıp genel OKB belirtilerine BDGT uygulamaları mevcuttur. OKB tedavisinde BDGT’nin etkinliğinin incelendiği çalışmada, OKB tanısı almış hastalara haftalık 90-120 dakika oturumlardan oluşan toplam 14 seanslık BDGT uygulanmış ve çalışma sonunda Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (Şafak vd., 2014). ERP temelli 12 haftalık grup terapisinin etkinliğinin incelendiği bir diğer çalışmada, BDE’den alınan ortalama puanların anlamlı derecede azaldığı, bu iyileşmelerin 3 ve 12 aylık izleme çalışmalarında korunduğu, 3 aylık izleme çalışmasına kadar semptomlarda ek bir azalma olduğu görülmüştür (Haland vd., 2010). 4T modeline ilişkin yapılan ilk çalışmada ise OKB tanısı almış 5 hastaya 4T modeli uygulanmış; Y-BOCS, Padua Envanteri, BDE, BAE ile ölçüm yapılmıştır. Araştırmamızın sonuçlarıyla paralel olarak hastaların obsesyon ve kompulsiyon düzeylerinin yanı sıra depresyon düzeylerinde de belirgin bir düşüş tespit edilmiştir (Toprak ve Emül, 2016).

İki grubun da tedavi sonucunda anlamlı etki oluşturması ve izlemde bunu koruması, dini içerikli belirtilerde dini yönden duyarlı yaklaşımların depresyon belirtilerinin azalmasında önemli bir katkı sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

Özel olarak 4T ve BDT müdahalelerinin kıyaslandığı seans aralığına bakıldığında ise depresyon belirtilerinde, BDT zayıf düzeyde etkiliyken, 4T orta düzeyde etkili bulunmuştur. Bu durumda, 4T’de yapılan dini içerikli psiko-eğitimin, hastaların obsesyonları nedeniyle hissettikleri suçluluk duygularını azaltmasının etkili olduğu düşünülebilir. OKB hastaları, özellikle değerleri ile uyuşmayan obsesyonları nedeniyle yoğun suçluluk duyguları yaşarlar. Bunun nedeni, hastaların düşüncelerine aşırı önem vermeleri ve düşünceleri ile ahlaklarını eşit görme eğiliminde olmalarıdır (Shafran, 1996). 4T psiko-eğitimdeki iman ve ahlaki değerlerin merkezi olan kalp ile obsesyonların da tecrübe edildiği yer olan zihinsel süreçlerin arasındaki farkın vurgulanması, kişinin değerleri ile zihinsel süreçleri arasındaki iç içe geçmeyi azaltmış olabilir. 4T grubunun aynı seans aralığında, BDT’nin zayıf etkide kaldığı, ‘düşünceye aşırı

önem verme' alanında anlamlı ve güçlü etki göstermesi ve düşünce ahlak kaynaşması alanında da BDT'ye kıyasla daha güçlü etkiye sahip olmuş olması bu hipotezi destekler niteliktedir.

Bununla birlikte, bu farkın korunamaması ve son test ve izlemde iki grubun hem grup içi anlamlı etkide eşitlenmesi ve sonuçta da gruplar arası bir farkın söz konusu olmaması yine daha önce tartıştığımız 4T seans sayısının 3 seans ile kısıtlı kalması, iki güçlü tedavi arasında yapılması nedeniyle yeterince güçlü bir öğrenme oluşmaması ve sonrasında ERP'nin güçlü etkisine bağlanabilir.

5.3.2. Anksiyete Belirtilere Etkisi

4T Modeli eklenmiş BDGT de BDGT de kaygı düzeyi üzerinde anlamlı bir etki oluşturmuştur. Ancak izlemlere bakıldığında BDGT etkisini korurken, 4T Modeli eklenmiş BDGT'nin anlamlı etkiyi kaybettiği görülmektedir. Genel OKB hastalarında kaygı düzeyinin ele alındığı çalışmalara bakıldığında, OKB tedavisinde BDGT'sinin etkinliğinin incelendiği 14 seanslık müdahale çalışmasında, Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (Şafak vd., 2014). OKB hastalarına BDGT uygulanan başka bir araştırmada da Spielberger Durumluk Anksiyete Envanteri (STAI-S) kullanılarak katılımcıların anksiyete düzeyleri ölçülmüş ve tedavi sonrasında bu ölçeklerden alınan ortalama puanların anlamlı derecede azaldığı, tedavinin anlamlı derecede iyileştirdiği ve bu iyileşmelerin 3 ve 12 aylık izleme çalışmalarında korunduğu, 3 aylık izleme çalışmasına kadar semptomlarda ek bir azalma olduğu görülmüştür (Haland vd., 2010). 4T modelinin uygulandığı ilk çalışmada da bu çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde kaygı düzeylerinde de belirgin bir düşüş tespit edilmiştir (Toprak ve Emül, 2016). Bu yönüyle çalışmamızın bulguları OKB hastalarında anksiyete düzeylerinin incelendiği literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bununla birlikte iki grup arasında anlamlı bir fark oluşmamış olsa da 4T müdahalesinin grup içi etkisinin izlemde azaldığı görülmektedir. Bu durumu açıklamak amacıyla iki nokta ele alınabilir. Birincisi, dini içerikli psiko-eğitim hastaların kaygı seviyesini arttırmış olabilir. Özel olarak 4T ve BDT müdahalelerinin kıyaslandığı seans aralığına bakıldığında kaygı belirtilerinde BDT orta düzeyde etkiliyken 4T zayıf etkili kalmıştır. Bu bulgu dini kaygılara dair ölçümlerle de paralellik göstermektedir. Aşağıda ele alacağımız dini kaygılara dair ölçümler de BDT'nin, grup içi karşılaştırmalarda, daha etkili

olduğu yönünde bulgular içermektedir. Bu bulgular dini içerikli psiko-eğitimin hastaların kaygı seviyesini arttırmış olabileceği açıklamasını destekler niteliktedir.

Burada da karşımıza bir ara soru çıkmaktadır. Eğer gerçekten hem genel hem dini kaygılarda daha az bir etki oluyorsa acaba bu, OKB tedavisini nasıl etkilemektedir? İzlem çalışmasında son seanstaki değerlendirmeye oranla gerek genel kaygı gerek dini kaygı seviyelerindeki etki azalmasının diğer alanlara, örneğin obsesif ve kompulsif belirti şiddetine ya da obsesif inançlara ya da içgörüyeye yansımaması, bu alanlarda etkinin korunması, çalışmamız özelinde, artan genel ve dini kaygıların OKB'deki genel belirti şiddetini etkilemediğini göstermektedir.

Peki, dini içerikli psiko-eğitimin, kaygının yavaş azalmasına sebep olmadığını düşünürsek başka ne etkili olmuş olabilir? Bu bizi ikinci açıklamaya götürür. ERP tedavisi temelde, uygulama sırasında, hastaların kaygılarını artırmakta; ERP süreci hastaların genel süreçlerinden daha zorlu ve stresli geçmektedir (McGuire vd., 2015). 4T grubundaki, obsesyon ve obsesif inançlar seviyelerindeki azalmayla birlikte, kompulsiyon seviyelerindeki azalma da göz önünde bulundurulduğunda bu, 4T grubu hastalarının ERP denemelerine, yapılandırılmış olmasa da daha önce başladıkları ve bu nedenle de kaygılarının diğer gruba kıyasla daha yavaş ve daha az düştüğü düşünülebilir.

5.4. Terapi Müdahalelerinin Dini Obsesyon/Kaygılara Etkisi

Çalışmamıza dini obsesyon/kaygılar açısından bakıldığında yine iki grup arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Ancak grup içi farklar incelendiğinde, toplam dini kaygı puanları açısından, 4T grubunun anlamlı bir değişim göstermediği; son testte zayıf, izlemde ise orta etkili kaldığı görülmüştür. Buna karşılık BDT hem son test hem de izlemde güçlü bir etki ile anlamlı değişim ortaya koymuştur. Bu durum genel toplam puanların yanı sıra Tanrı korkusu ve günah korkusu alt testlerinde de benzerlik göstermektedir. Burada, 4T müdahalelerinin etki farkını belirginleştirmek amacıyla, 4T müdahalesinin uygulandığı, 17-20 seans aralığındaki değişime bakıldığında ise, iki grubun da hem toplam dini kaygı puanlarında hem tanrı ve günah korkusu alanlarında anlamlı etkiye sahip olmadığı, zayıf etki düzeyinde kaldığı görülmektedir. Burada günah korkusu alt boyunda 4T'nin orta düzeyde etkisi söz konusuysen BDT zayıf etkili kalmıştır.

Tüm bunlar genel olarak değerlendirildiğinde, -müdahale özelinden ziyade grup süreçlerinin tamamı ele alındığında- 4T'nin genel olumlu etkisini dini kaygılarda koruyamadığı; BDT'nin dini kaygıların düşmesinde daha etkili gözükteği düşünülebilir.

Bununla birlikte böylece karşımıza müdahalelerden birinin obsesif inançlar, genel OKB belirtileri ve depresyondaki etkisine karşılık; diğerinin genel ve dini kaygıda daha etkin gözüktüğü düşünülebilir.

Literatüre bakıldığında bu farkı destekleyen bir bulguya rastlanmamakta, aksine literatür bu etkiyi genel olarak paralel değerlendirmektedir. Çalışmalarda OKB tedavisi ile paralel olarak Penn Dini Obsesyonlar Envanteri değerlerinin de düştüğü görülmektedir. Siev ve Huppert (2017) tedavinin, hastanın dini değerleriyle uyumlu şekilde, gerektiğinde din adamlarıyla iş birliği yapılarak ilerleyebileceğini vurguladıkları çalışmalarında, 42 yaşında aşırı Ortodoks Yahudi bir hastanın dini içerikli OKB psikoterapisini incelemişlerdir. Tedavide, terapist hastanın kendi inançlarını keşfetmesi için sokratik tekniği kullanmış, uygun maruz bırakmayı hastanın dini değerlerine uygun şekilde oluşturarak onunla birlikte sinagoga gitmiştir. Başlangıçta Y-BOCS ve PDOE ortalama puanı yüksek olan hastanın, tedavi sonrasında ölçek puanlarında anlamlı derecede azalma olduğu görülmüştür (Siev ve Huppert, 2017). Bu çalışma, araştırmamızda da dini/manevi yönden duyarlı şekilde uygulanan BDGT grubunda görülen değişimle büyük oranda paralel bulgular ortaya koymaktadır. Bununla birlikte 4T grubu söz konusu olduğunda, 4T müdahale seanslarındaki kısmi etkiler hariç, literatürde görülen belirgin değişim, tüm hastaların büyük kısmı için söz konusu olmamıştır. Arip ve arkadaşlarının (2018) bulaş türü bir dini içerikli OKB hastasının psikoterapi sürecini inceledikleri çalışmalarında 10 oturum uygulanan IERT (Islamic Integrated Exposure Response Therapy/İslami Temelli ERP) sonrası, hastanın başlangıçta 39 olan Y-BOCS puanı, 40 olan PDOE puanı ve 67 olan dini obsesif kompulsif semptomlar ölçeği puanının tedavi sonrası sırasıyla 15, 20 ve 32 puana düştüğü raporlanmıştır (Arip vd., 2018).

4T uygulamasında, ön test ve son test puanları arasındaki farkın anlamlı olmaması, hiçbir etkisi olmadığı anlamına gelmemektedir. Sayısal veriler üzerinden bakıldığında her iki grupta da yukarıda bahsedilen alan yazındaki çalışmalarla benzer şekilde sayısal düşüşün sağlandığı gözlemlenmektedir. Özellikle, 4T müdahale seansları sırasında grup içi karşılaştırmalarda örneğin günah korkusu alt boyutunda daha etkili olduğu da görülmektedir. Bununla birlikte, diğer alanlardaki gücüne kıyasla, dini obsesyonlar/kaygılar alanında, etki büyüklüklerinin neden bu şekilde azaldığını anlayabilmek için şu durumları ele almak gerekmektedir:

Öncelikle, çalışmada kullandığımız ölçek, direkt dini içerikli belirtileri sorgulayan, ‘Dürüst olmayan art niyetli düşüncelerim olabileceğinden ötürü endişeleniyorum’, ‘Günahlarım için, tekrar tekrar tövbe etmek zorunda hissediyorum.’, ‘Zevk almak istediğim bir şeyi yaparken, kendimi suçlu hissettiğim için o şeyden zevk alamıyorum.’, ‘Aklıma

ahlaksız düşünceler geliyor ve onlardan kurtulamıyorum.’ gibi soruların yanında; ‘Günahkâr bir insan olabileceğimden korkuyorum.’, ‘Allah’ın emirlerine karşı çıkmaktan korkuyorum.’, ‘Allah’ın benden hoşnut olmamasından endişeleniyorum.’ gibi sorularla dini obsesyonların/kaygıların şiddetini ölçmektedir. Bu bağlamda, soruların bir kısmı, dini içerikli OKB belirtileri için çok uygunken bir kısmı bu tip belirtilerden bağımsız olarak, dini konularda olumlu anlamda duyarlı kişiler için de geçerli olabilecek sorular içermektedir. Konu ile ilgili literatürde bu ölçeğin Hristiyan gruplar dışında, ölçüm sorunları yaşayabileceği, özellikle bulaş türü diğer belirtiler de eşlik ettiğinde spesifik ölçümlerin zorlaştığı, bu konuda kültürel olarak daha duyarlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir (Huppert ve Fradkin, 2016). Yine, ölçeğin obsesif içerikli endişelerle sınırlı kalarak kompulsiyonları ihmal edebileceği ve klinik gruplarda etkili bir ölçüm aracı olabilmesi konusunda kısıtlılıklarının olabileceği ifade edilmiştir (İnözü vd., 2017). Bu nedenle, hastaların bir kısmı bu belirtilerde değişimler yaşamakla beraber, inanç konularındaki hassasiyetlerini sürdürdükleri için iyileşme bu ölçeğe beklenen şekilde yansımamış olabilir. 4T’nin Y-BOCS OKB şiddeti ölçümlerinde güçlü etkili değişimi, yine aynı güçlü etkili değişimin depresyon ve obsesif inançların çoğunda sürmesi, bu açıklamayı destekler niteliktedir.

Bir diğer açıklama ise, genel kaygı belirtilerindeki yorumumuzla paralellik göstermektedir. ERP tedavisinin temelde uygulama sırasında hastaların kaygılarını artırdığı, sürecin hastaların genel süreçlerinde daha zorlu ve stresli geçtiği bilinmektedir (McGuire vd., 2015). 4T grubundaki, obsesyon ve obsesif inançlar seviyelerindeki azalmaya, kompulsiyon seviyelerindeki azalmanın eşlik ettiği göz önünde bulundurulduğunda, 4T grubu hastalarının ERP denemelerine, terapide yapılandırılmadan, kendi inisiyatifleri ile başladıkları ve bu nedenle de kaygılarının BDT grubuna kıyasla daha yavaş ve daha az düştüğü düşünülebilir.

5.5. Hastalardan Alınan Sözel ve Yazılı Geri Bildirimler

İlgili bulguların yanı sıra, hastalardan terapi sonunda sözel ve yazılı geri bildirim alınmış olup bu süreçte iki grup hastalarında da belirgin şekilde göze çarpan ortak geri bildirimler; terapinin sistemli ve düzenli ilerlemesinden çok fayda gördükleri, terapistlerin saygılı ve özenli davranışlarından çok motive oldukları, tedavi başında herkesin kendi sorunlarını ifade etmesinin belirgin bir ümit oluşturduğu şeklinde olmuştur.

Özel olarak sözel geri bildirimlere bakıldığında, BDGT hastaları tedavinin son derece sistemli olduğunu ve özenle uygulandığını ifade etmişler; hem grup arkadaşları hem de terapistlerle güçlü bir bağ kurdukları gözlenmiştir. Genel olarak tüm hastalar kendilerindeki değişimden şaşkınlıkla bahsetmişler, olumlu değişimin beklediklerinin üzerinde olduğu yönünde geri bildirim vermişlerdir. “Çok güzel bir süreç geçirdik.”; “Samimiyetle paylaşmak, başka kişilerde de benzer sorunlar olduğunu görmek, kendimizi samimiyetle ifade etmek, sırdaş olmak çok faydalı oldu.” şeklinde ifadeleri olmuştur. Terapistler için ‘sabırlı’, ‘özverili’, ‘özenli’, ‘mesleklerine hâkim’, ‘çok emek verdikleri’ ifadeleri ile birlikte, ‘nezaketli’, ‘düşünceli’, ‘ince’ ifadelerini kullanmışlardır. Özetle, hatalı inanç alanlarını öğrenme, üzerine gitme çalışmaları ve içtenlikle paylaşmanın önemi belirginleştirilerek tedavinin sağlam bir temel oluşturduğu vurgulanmıştır. 4T eklenmiş grupta ise tedavinin ve terapistlerin katkısına dair büyük oranda benzer geri bildirimlere ek olarak, daha önce de farklı tedaviler aldıklarını ancak burada aldıkları tedavinin olumlu anlamda çok farklı olduğunu ifade eden hastalar olmuştur. Yine bu grubun geri bildirimlerde daha çok dini referans kullandığı; ayet, hadis ve dualara gerek örnek gerek temenni noktasında daha çok başvurduğu gözlenmiştir. Hem bilimsel hem dini açıklamanın birlikte verilmesinin boşlukları doldurduğuna birçok hasta tarafından vurgu yapılmış, yine 4T psiko-eğitimi sırasında, zihinden geçenlerden sorumlu olunmadığı, öğrenilen önemli şeyler arasında belirgin şekilde vurgulanmıştır.

Yazılı geri bildirimler de sözlü içerikleri teyit eder niteliktedir: Terapistlerin konuya hâkim olması, samimi ilgisi, başka kişilerde de bu belirtilerin olduğunu görmek, OKB ile ilgili verilen bilgiler, özellikle hatalı inançların öğrenilmesi ve üzerine gitme kısımlarından görülen faydanın altı çizilmiştir. Yanı sıra 4T grubunda farklı olarak, hastaların yarısından fazlasının özellikle 4T sürecini vurgulaması, tevehhüm-tasdik ayrımının, akla gelen rahatsız edici düşünceleri ‘vesvese’ olarak kabul etmenin, ‘düşüncelerin günah olmayacağı ancak eylemlerden sorumlu olduğunu’ öğrenmenin, ‘aklımızdan geçen düşüncelerden ne dinen ne de bilimsel olarak sorumlu olmadığımızı’, ‘bu şekilde tekrarların dinen doğru olmadığını öğrenmenin’, ‘doğru dini bilgiler öğrenmenin’, ‘marazı vesvese’ kavramının özellikle öneminden bahsetmişlerdir.

Özetle, iki grupta da hastaların tipik olarak iki noktaya dikkat çektikleri görülmektedir. İlki, bilişsel müdahale ile bağlantılı; hastalığı tanıma, onu bir hastalık olarak kabul etme, inanç hatalarını öğrenme ve bunları yaşantısal tekniklerle sorgulamanın belirgin etkisinin

ifade edilmesidir. Yine üzerine gitmenin belirgin etkisi, bu süreçte kendilerini de şaşırtan şekilde mesafe kat ettikleri, vurgulanan başka bir nokta olmuştur. Yanı sıra metaforların, hastaların belirtilerini anlamlandırma ve tedaviyi sürdürmelerinde güçlü bir etkisi olduğu göze çarpmaktadır. 4T grubunda ise farklı olarak, modelin, düşünce ahlak kaynaşmasının değişmesindeki öneminin, bilimsel ve dini açıklamaların bir arada sunulmasının bütünleştirici katkısının altının çizildiği görülmektedir. Sonuç olarak hastaların sözel ve yazılı geri bildirimleri de iki tedavinin de güçlü şekilde etkili olduğu, dini yönden duyarlılığın terapideki etkisinin olumlu katkısı ve 4T'nin kendine özgü katkılarının hastalar için özellikle bilişsel süreçlerle kurulan ilişkide önemli fark oluşturduğu yönündeki niceliksel bulguları destekler niteliktedir.



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmamızdaki iki grup uygulamasının da ortak ve farklı yönleri mevcuttur. İki uygulama da OKB'deki en etkili tedavi olan ERP eklenmiş bilişsel tedaviyi, yani OKB'nin Bilişsel Davranışçı Terapisini içermektedir. Her iki uygulama da dini/manevi yönden duyarlılık kistaslarına uygun hazırlanmış ve uygulanmıştır. Sonuç olarak iki tedavinin de dini içerikli obsesyon ve kompulsiyonları ve bu belirtilere neden olan obsesif inançların şiddetini azaltmada ve içgörü düzeyini artırmada etkin bulunması en temelde iki önemli noktayı ortaya koymaktadır: BDT pek çok psikopatolojide olduğu gibi burada da güçlü etkili bir tedavidir. Dini yönden duyarlı tedaviler, dini içerikli OKB belirtilerinin tedavisinde güçlü şekilde etkilidir. Gruplar arasındaki fark söz konusu edildiğinde, 4T modelinin buradaki farkı dini inanç ve davranışlara duyarlı olmasının yanı sıra dini içerikli bilgi ve kavramları tedavinin bir parçası haline getirmesidir. Çalışma sonuçlarına göre, dini içerikli bilgi ve kavramların eklendiği bu şekildeki bir tedavi müdahalesi en az dini yönden duyarlı BDT kadar etkilidir ancak çalışmanın başındaki hipotezlerimizde beklenen düzeyde, içgörüdeki orta düzeydeki etki farkı dışında, anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmektedir.

Bununla birlikte 4T müdahalesinin etkisinin belirgin olarak anlaşılması için sadece müdahalenin uygulandığı seans aralıkları karşılaştırıldığında hem obsesif kompulsif belirtilerin hem obsesif hatalı inançların hem de depresif belirtilerin azalmasında 4T'nin, BDT'ye kıyasla daha güçlü bir etki ortaya koyduğu görülmektedir. 4T grubundaki anlamlı etkinin ERP seansları sonrasında korunamamış olması çalışmanın önemli ve düşündürücü sonuçlarından biridir. Son 6 haftadaki ERP müdahalesi iki grubu da neredeyse eşit hale getirmiştir. Bu çalışma, tüm diğer sonuçlarının yanında ERP müdahalesinin gücünü teyit etmesi bağlamında da önemlidir. Bu da önümüzdeki çalışmalarda yapılacak karşılaştırmaların ERP'ye eklenecek bilişsel terapi ve 4T müdahalesi arasında kurgulanmasının daha faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Bu sonuçlar, araştırmamızın birkaç önemli sınırlılığına işaret etmekte, gelecek çalışmalar için de bize yol göstermektedir. Son olarak bu sınırlılıklar ve önerilere değinilecektir.

6.2. Öneriler

Çalışma 13-10 şeklinde toplamda 23 hastalık bir örnekleme tamamlanmıştır. OKB hasta grubunun zor ulaşılan bir örneklem olması ve tedaviyi devam ettirme konusundaki zorlukları da bu araştırmadaki örneklem sayısının az olmasında etkili olmuştur. Bununla birlikte araştırmadan ayrılan hastaların 4T grubunda daha fazla olması, bu ayrılma 4T uygulaması öncesidir, gruplar arası kişi sayısı eşişsizliğine yol açmıştır. Bu durum da araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir.

Bu araştırmada kullanılan ölçeklerin özbildirim ölçekleri olması da araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Hastalar çeşitli kişilik özellikleri ve motivasyonel farklar nedeniyle kendilerini daha iyi veya daha kötü gösterme çabasında olmuş olabilirler. Bu açıdan gelecek araştırmalarda hem özbildirim ölçeklerinin hem de klinisyen değerdendirmelerinin bir arada uygulandığı değerdendirmeler yapılabilir. Yine dini içerikli belirtileri ölçmek için kullanılan Penn Dini Obsesyonlar Ölçeği sonuçları ile Yale Brown Obsesif Kompulsif Belirtileri Ölçeği ve Obsesif İnanç Ölçekleri sonuçları beklenen paralellikte olmamıştır. Bu bağlamda dini içerikli OKB alışmaları için özđün bir ölçeğin özellikle klinik örnekleme çalışılarak ve kültüre özđü belirtiler de dikkate alınarak geliştirilmesi gelecek çalışmalardaki ölçümleri daha güçlü hale getirebilir.

Araştırmamızdaki iki grup da dini yönden duyarlı bir tedavi almıştır. Dini yönden duyarlı bir tedavi ile dini ontolojik referansların psikoterapinin teorisi ve pratiğinde açıkça yer bulması önemli bir farktır. Ancak dini yönden duyarlılık kapsamında hastaların dini bilgi ve eylemlerinin aynı duyarlılıkla yer bulmuş olması iki tedavi arasındaki farkı belirsizleştirmiş olabilir.

Çalışmamızın müdahale aşamasında, 4T modeli gibi hastalar için de yeni olan bir model, 16 seans güçlü bir bilişsel terapi sürecinden sonra, (17-20. seans arası) sadece 3 seans uygulanmıştır. Bu süreçte BDT grubunun tekrar yaptığını göz önünde bulunduracak olursak, aslında 19 seans bilişsel terapi ile 3 seans 4T modelinin etkisi kıyaslanmıştır. 6 seans ERP de düşünöldüğünde 4T'nin tüm tedavideki yeri %20'nin altında kalmıştır. Yine bilişsel terapi

gibi son derece güçlü ve kuşatıcı bir psiko-eğitim ve müdahale süreci ödevlerle de birlikte iyice sindirildikten sonra 4T süreci bu yeni öğrenmelerin üzerine, ayrıca farklı ontolojik referansları da olan yeni bir bilişsel model şeklinde eklenmiştir. Bu yoğun ve değişken program, yeni öğrenmenin etkisini azaltan diğer bir unsur olmuş olabilir. Bu çalışma da ortaya koymuştur ki güçlü bir modelle yeni bir modelin entegrasyonunu sınarken modellere ayrılacak vakit istatistiksel etkiyi görebilecek kadar yakın düzeyde olmalıdır. Yine bununla birlikte 4T modeli kendi içinde ontolojik referansları ile bilişsel terapiyle ne kadar uyumlu olsa da entegrasyonun uygulama şekli hastalara aynı tedavide iki farklı ontolojik model sunulması ve öğrenmelerinin beklenmesi gibi bir zorluk da oluşturmuş olabilir.

Bu nedenle hem 4T modelinin tedavideki teorik ve pratik yoğunluğunu artırmak öğrenmeyi kolaylaştırıp pekişmeyi güçlendirebilir hem de 4T modelindeki yeni kavramlar sadece teorik anlatımla bırakılmadan daha çok yaşantısal teknik ve metaforlarla desteklenebilir. Bu haliyle 4T modelinin kalp, şeytanın vesvesesi gibi farklı ontolojik varsayımlarının hastalar tarafından içselleştirilme yoğunluğu artabilir ve bu da ilgili ontolojik katkıların tedavideki etkisini görmeyi kolaylaştırabilir. Yine bu bağlamda, önümüzdeki çalışmalarda, bilişsel terapi ve 4T birbirlerine entegre edilmeden karşılaştırılırsa, bu iki farklı ontolojik model arasındaki tedavi gücü farkını görebilmek daha da kolaylaşır. Bunun için bilişsel terapi eklenmiş ERP ile 4T eklenmiş ERP'nin karşılaştırılması da uygun bir model olabilir.

Çalışma sonunda hastalardan sözlü ve yazılı geri bildirim alınmış ancak bu veriler başından itibaren nitel bir yöntem olarak kurgulanmamıştır. 4T modeli gibi yeni bir modelin, hastaların öğrenme süreçlerindeki yansımalarını daha ayrıntılı takip edilmek için nitel yöntemler sistemli şekilde çalışmaya dahil edilebilir. Böylelikle hangi kavramların tedavide belirgin değişim oluşturup oluşturmadığı daha net ortaya konmuş olur.

KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S. (2001). Treatment of Scrupulous Obsessions and Compulsions Using Exposure and Response Prevention: A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice* 8, 79-85.
- Abramowitz, J. S. and Arch, J. J. (2014). Strategies for Improving Long-term Outcomes in Cognitive–Behavioral Therapy for Obsessive–Compulsive Disorder: Insights from Learning Theory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 20–31.
- Abramowitz, J. S. and Buchholz, J. L. (2020). Spirituality/Religion and Obsessive–Compulsive-Related Disorders. *Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health*, 61-78.
- Abramowitz, J. S. and Hellberg, S. N. (2020). Scrupulosity. In *Advanced Casebook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* (pp. 71-87). Academic Press.
- Abramowitz, J. S. and Jacoby, R. J. (2014a). Scrupulosity: A Cognitive-Behavioral Analysis and Implications for Treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 140-149. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.12.007>.
- Abramowitz, J. S. and Jacoby, R. J. (2014b). *Obsessive-Compulsive Disorder in Adults* (Vol. 31). Hogrefe Publishing.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M. and Tolin, D. F. (2004). Association between Protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*, 20, 70-76.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A. and Furr, J. M. (2003). Symptom Presentation and Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1049.

- Abramowitz, J. S., McKay, D. and Taylor, S. (Eds.). (2011). *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions*. Amsterdam: Elsevier.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S. and McKay, D. (2009). Obsessive-Compulsive Disorder. *Lancet (London, England)*, 374, 491–499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3).
- Acar, M. C. ve Karaca, F. (2019). Dinî Boyutun Psikolojik Danışma Sürecine Etkisi: Üniversite Öğrencileri ile Yapılmış Deneysel Bir Çalışma. *İlahiyat Tetkikleri Dergisi*, (52), 195-216. DOI: 10.29288/ilted.556705.
- Akan, A., Özçoban, M. A. and Tan, O. (2017). Investigation of EEG Relative Power Spectral Changes in Obsesive Compulsive Disorder Patients. In *2017 Medical Technologies National Congress (TIPTEKNO)*, 1-4.
- Aktaş, M. C. ve Çuhadar, D. (2020). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Sosyal Uyum ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Medical Sciences*, 15(2), 55-70.
- Akuchekian, S. H., Almasi, A., Meracy, M. R. and Jamshidian, Z. (2011). Effect of religious cognitive-behavior therap on religious content obsessive compulsive disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1647-1651.
- Akuchekian, S., Nabi, L. N., Emranifard, V., Najafi, M. and Almasi, A. (2015). The affect of religious cognitive-behavior therapy on quality of life obsessive–compulsive disorder. *Advanced Biomedical Research*, 3(1), 71-74.
- Alemanı-Navarro, M., Cruz, R., Real, E., Segalàs, C., Bertolín, S., Rabionet, R., ... and Alonso, P. (2020). Looking Into The Genetic Bases of OCD Dimensions: A Pilot Genome-Wide Association Study. *Translational Psychiatry*, 10(1), 1-16.
- Alimadadi, S., Najafi, M., Mohammadi, M., Rahimian Bogar, I. and Salmanian, M. (2020). Assessment the Effect of Spiritual Psycho Therapy Protocol in Groups on Symptoms, Cognitive Factors and Religious Obsession in Adult Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Islamic Life Journal*, 4(3), 18-25.
- Alonso, P., Menchón, J. M., Segalàs, C., Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Cardoner, N., Labad, J., Real, E., Pertusa, A. and Vallejo, J. (2008). Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 49(3), 305–312. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.005>

- Altın, M. (2009). *A cross-cultural investigation of obsessive compulsive disorder symptomatology: the role of religiosity and religious affiliation*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Altıntaş, E., Kütük, M. Ö. ve Tufan, A. E. (2021). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Mevsimsel Değişiklikler: Prospektif-Klinik Veri Analizi. *Arch Neuropsychiatry*, 58, 193–199.
- Altun, İ. K., Uysal, E. and Karagüzel, E. Ö. (2017). Differences between autogenous and reactive obsessions in terms of metacognitions and automatic thoughts. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, Article 2977-2985.
- Amer, M. ve Jalal, B. (2015). Bireysel Psikoterapi/Psikolojik Danışma: Psikodinamik, Bilişsel Davranışçı ve Hümanistik-Yaşantısal Modeller. Ahmed, S. ve Amer, M. M. (Ed), *Müslümanlar için psikolojik danışma* (V. Yorgun, Çev.) (ss.87-119). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5)*. Washington DC: APA
- American Psychological Association. (2021). *Treatment Target: Obsessive-Compulsive Disorder*. <https://div12.org/diagnosis/obsessive-compulsive-disorder/> (7.12.2021).
- Antony, M. M and Swinson, R. P. (2001). Comparative and combined treatments for obsessive compulsive disorder. In M. T. Sammons and N. B. Schmidt (Eds.), *Combined treatments for mental disorders: A guide to psychological and pharmacological interventions* (pp. 53–80). Washington, DC: American Psychological Association.
- Aouchekian, S., Karimi, R., Najafi, M., Shafiee, K., Maracy, M. and Almasi, A. (2017). Effect of Religious Cognitive Behavioral Therapy on Religious Obsessive-Compulsive Disorder (3 and 6 Months Follow-Up). *Advanced Biomedical Research*, 6, 1-5.
- Arip, A. A. M., Sharip, S. and Md Rosli, A. N. (2018). Islamic integrated exposure response therapy for mental pollution subtype of contamination obsessive-compulsive disorder: a case report and literature review. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(2), 210-218.

- Awaad, R. and Ali, S. (2015). Obsessional Disorders in al-Balkhi's 9th century treatise: Sustenance of the Body and Soul. *Journal of Affective Disorders*, 180, 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.003>
- Badri, M. (2013). Innovative treatment of a rare Exaggerated Obsessive-compulsive reaction to smell. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 14, 62–65
- Badri, M. (2017). *Müslüman Psikologların Çıkmazı*. (İ. N. Kaya, Çev.). İstanbul: Mahya Yayınları
- Bellino, S., Patria, L., Ziero, S. and Bogetto, F. (2005). Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry research*, 136(2-3), 223–231. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.04.015>
- Beshai, S., Clark, C. M. and Dobson, K. S. (2013). Conceptual and pragmatic considerations in the use of cognitive-behavioral therapy with Muslim clients. *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 197-206.
- Beşiroğlu, L. (2014). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji: Tedavi Yanıtı İçin Önemli mi?. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, 4(3), 221-230.
- Beşiroğlu, L., Agargun, M. Y., Ozbebit, O. and Aydın, A. (2006). A Discrimination Based on Autogenous Versus Reactive Obsessions in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Clinical Manifestations. *CNS Spectrums*, 11(3), 179-186.
- Beşiroğlu, L., Karaca, S. ve Keskin, İ. (2014). Scrupulosity and obsessive compulsive disorder: The cognitive perspective in islamic sources. *J Relig Health*, 53(1), 3-12.
- Beşiroğlu, L., Uguz, F., Ozbebit, O., Guler, O., Cilli, A. S. and Askin, R. (2007). Longitudinal Assessment of Symptom and Subtype Categories in Obsessive–Compulsive Disorder. *Depression and Anxiety*, 24(7), 461-466.
- Beşiroğlu, L. (2017). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. R. Tükel ve M.M. Demet (Ed.), *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar*. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Beşiroğlu, L., Çilli, A. S. and Aşkın, R. (2004). The Predictors of Health Care Seeking Behavior in Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 99-108.

- Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, M., Yılmaz, E., Ağargün, M. Y., ve Aşkın, R. (2007). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(1), 5-13.
- Boysan, M., Beşiroğlu, L., Çetinkaya, N., Atlı, A. ve Aydın, A. (2010). Obsesif İnanışlar Ölçeği-44'ün (OIÖ-44) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirligi/The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44). *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 47(3), 216.
- Bozorgmehr, A., Ghadirivasfi, M. and Shahsavand Ananloo, E. (2017). Obsessive–Compulsive Disorder, Which Genes? Which Functions? Which Pathways? An Integrated Holistic View Regarding OCD and Its Complex Genetic Etiology. *Journal Of Neurogenetics*, 31(3), 153-160.
- Bream, V., Challacombe, F., Palmer, A. and Salkovskis, P. (2017). *Cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder*. Oxford University Press.
- Buchholz, J. L., Abramowitz, J. S., Riemann, B. C., Reuman, L., Blakey, S. M., Leonard, R. C. and Thompson, K. A. (2019). Scrupulosity, Religious Affiliation And Symptom Presentation in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(4), 478-492.
- Büyüköztürk, Ş. (2016). *Deneyisel desenler: öntest-sontest kontrol grubu, desen ve veri analizi* (5. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Cherian, A. V., Narayanaswamy, J. C., Srinivasaraju, R., Viswanath, B., Math, S. B., Kandavel, T. and Reddy, Y. C. (2012). Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD?. *Journal of affective disorders*, 138(3), 352–359. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.017>
- Ciarrocchi, J. W., Schechter, D., Pearce, M. J. and Koenig, H. G. (2014). *Religious Cognitive Behavioral Therapy (Christian Version): 10-Session Treatment Manual for Depression in Clients with Chronic Physical Illness*. <https://spiritualityandhealth.duke.edu/files/2021/11/RCBT-Manual-Final-Christian-Version-3-14-14.pdf>
- Ciarrocchi, J. W., Schechter, D., Pearce, M. J., Koenig, H. G. and Vasegh, S. (2014). *Religious Cognitive Behavioral Therapy (Muslim Version) 10-Session Treatment Manual for Depression in Clients with Chronic Physical Illness*.

<https://spiritualityandhealth.duke.edu/index.php/religious-cbt-study/therapy-manuals/>

- Clark, A. and Purdon, C. (2013). Takıntılarla Başa Çıkma (P. İşçen ve A. Gündoğdu, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları
- Clark, D. A. (1999). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: A commentary. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(4), 408-415.
- Clark, D. A. (2019). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD and Its Subtypes*. New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Coles, M. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Rasmussen, S. A. and Eisen, J. L. (2008). OCD with Comorbid OCPD: A Subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research*, 42(4), 289-296.
- Csigó, K. (2021). Obsessive Position: The New Psychoanalytic Approach of Obsessive-Compulsive Disorder. *Current Psychology*, 1-8.
- Çağrıç, M. (2013). Vesvese. *Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi*, <https://islamansiklopedisi.org.tr/vesvese> (06.12.2021).
- Çamlı, K., Türkçapar, M. H. ve Sargın, A. E. (2012). Reaktif ve Otojen Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü, Bilişsel İçgörü ve Sosyodemografik Özellikler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 28-35.
- Çilli, A. S., Telcioglu, M., Aşkin, R., Kaya, N., Bodur, S. and Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 367-374. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.009>
- Çimen, İ. D., Memik, N. Ç. and Gündoğdu, Ö. Y. (2016). İç görüşü kötü obsesif kompulsif bozukluk: Bir olgu sunumu. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 17-19.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A., La Rovere, R., Pelusi, L., Penna, L., Cicconetti, A., Cotellessa, C., Salerno, R. M. and

- Ferro, F. M. (2005). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255(5), 350–358. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0573-y>
- Deacon, B. and Nelson, E. A. (2008). On The Nature and Treatment of Scrupulosity. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 4(2), 39-53.
- Doğan, O., Gülmez, H. ve Ketenoğlu, C. (1995). *Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi*, (1.Baskı). Sivas: Dilek Matbaası.
- D'Souza, R. (2020). *Types of Obsessive Compulsive Disorder*. <https://www.clinicalhypnotherapy-cardiff.co.uk/types-of-obsessive-compulsive-disorder/> (27.10.2021)
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D. and Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *The American journal of psychiatry*, 155(1), 102–108. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.102>
- Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Price, L. H., Davidson, J., Lydiard, R. B.,... Piggott, T. (2001). Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 494–497.
- Elbir, M., Topbaş, Ö. A., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., Çetin, Ş., ... and Aydemir, Ö. (2019). Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders-clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1), 51.
- Elmasry, N. M., Youssef, A. M., Mohamed, A. E. and Ashour, W. R. (2016). Neurological soft signs and insight in obsessive–compulsive disorder. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 37(3), 125-131.
- Elvish, J., Simpson, J. and Ball, L. J. (2010). Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions?. *Journal of anxiety disorders*, 24(2), 231–237. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.11.001>
- Erol, N., Kılıç, C. ve Ulusoy, M. (1997). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili* (1. Baskı). Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

- Ertekin, E. (2017). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Psikoterapisi. R. Tükel ve M.M. Demet (Ed.), *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
- Fenichel, O. (1974). *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi* (S. Tuncer, Çev.). İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Fergus, T. A. and Rowatt, W. C. (2015). Uncertainty, god, and scrupulosity: Uncertainty salience and priming god concepts interact to cause greater fears of sin. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 93-98.
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., De Mathis, M. E., Lopes, A. C., Fontenelle, L. F.,...Miguel, E. C. (2006). Clinical features associated to refractory obsessivecompulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94, 199–209.
- Ferreira, S., Pêgo, J. M. and Morgado, P. (2020). A Systematic Review of Behavioral, Physiological, and Neurobiological Cognitive Regulation Alterations in Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain Sciences*, 10(11), 1-15.
- Fıstıkçı, N., Keyvan, A. ve Cesur, E. (2016). Psikiyatrik Hastalıklarda İçgörü Kavramı: Bir Gözden Geçirme. *Yeni Symposium Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 54(2), 25-29.
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S. and Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. Inc.:American Psychiatric Publishing.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V. and Versiani, M. (2006). The Descriptive Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30(3), 327–337. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.001>.
- Freud, S. (1907). Saplantılı eylemler ve dini uygulamalar. S. Budak (Çev.), *Dinin Kökenleri*. Ankara: Öteki Yayınevi.
- Freud, S. (1913) Saplantı nevrozuna yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). *Psikopatoloji Üzerine*, (Çev. S Budak) Ankara, 1997, Öteki Yayınları, s.125-143.
- Freud, S. (1927). *Bir Yanılsamanın Geleceği* (H. İlhan, Çev.). Ankara: Alter Yayıncılık.

- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E. and Poulton, R. (2009). Obsessions and Compulsions in The Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, Developmental Stability, and Co-Occurring Psychiatric Conditions. *The American Journal of Psychiatry*, 166(3), 329–336.
- Gagné, J. P. and Radomsky, A. S. (2017). Manipulating Beliefs About Losing Control Causes Checking Behaviour. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 15, 34-42.
- Garcia, H. A. (2008). Targeting Catholic rituals as symptoms of obsessive compulsive disorder: A cognitive-behavioral and psychodynamic, assimilative integrationist approach. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 4, 1-38.
- García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A. and Weidt, S. (2014). Factors Associated with Non-Treatment or Delayed Treatment Seeking in OCD Sufferers: A Review of The Literature. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 1-10.
- Giasuddin, N. A. and Hossain, M. J. (2020). Understanding Obsessive Compulsive Disorder and Management Options. *Faridpur Medical College Journal*, 15(1), 38-42.
- Goodman, W. K., McDougle, C. J., Price, L. H., Riddle, M. A., Pauls, D. L. and Leckman, J. F. (1990). Beyond The Serotonin Hypothesis: A Role For Dopamine in Some Forms of Obsessive Compulsive Disorder?. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 51(8), 36-43.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. and Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006–1011.
- Grant, J. E. and Chamberlain, S. R. (2020). Exploring The Neurobiology of OCD: Clinical Implications. *The Psychiatric Times*, 46(8), 51-55.
- Grassi, G. and Pallanti, S. (2018). Current And Up-And-Coming Pharmacotherapy For Obsessive-Compulsive Disorder in Adults. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 19(14), 1541-1550.

- Greenberg, D. and Huppert, J.D. (2010). Scrupulosity: A Unique Subtype of Obsessive-Compulsive Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12, 282-289.
- Gürdal, A. (Ed.) (2000). *Psikanalitik kurama giriş*. İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Haland, Å. T., Vogel, P. A., Lie, B., Launes, G., Pripp, A. H. and Himle, J. A. (2010). Behavioural group therapy for obsessive–compulsive disorder in Norway. An open community-based trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 547-554.
- Håland, Å. T., Vogel, P. A., Lie, B., Launes, G., Pripp, A. H. and Himle, J. A. (2010). Behavioural group therapy for obsessive–compulsive disorder in Norway. An open community-based trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 547-554.
- Haque, A., Khan, F., Keshavarzi, H. and Rothman, A. E. (2016). Integrating Islamic traditions in modern psychology: Research trends in last ten years. *Journal of Muslim Mental Health*, 10(1). DOI: 10.3998/jmmh.10381607.0010.107
- Haraguchi, T., Shimizu, E., Ogura, H., Fukami, G., Fujisaki, M. and Iyo, M. (2011). Alterations of responsibility beliefs through cognitive-behavioural group therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(4), 481-486.
- Hezel, D. M. and Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian journal of psychiatry*, 61(1), 85–S92.
- Himle, J. A., Van Etten, M. L., Janeck, A. S. and Fischer, D. J. (2006). Insight as a predictor of treatment outcome in behavioral group treatment for obsessive–compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 661-666.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hodge, D. R. and Nadir, A. (2008). Moving toward culturally competent practice with Muslims: Modifying cognitive therapy with Islamic tenets. *Social Work*, 53(1), 31-41.
- Howitt, D. and Cramer, D. (2017). *Research methods in psychology*. Harlow: Pearson.
- Huang, M. H., Cheng, C. M., Tsai, S. J., Bai, Y. M., Li, C. T., Lin, W. C., ... and Chen, M. H. (2021). Familial Coaggregation of Major Psychiatric Disorders Among First-

- Degree Relatives of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: A Nationwide Study. *Psychological Medicine*, 51(4), 680-687.
- Huppert, J. D. and Fradkin, I. (2016). Validation of the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS) in scrupulous and nonscrupulous patients: Revision of factor structure and psychometrics. *Psychological assessment*, 28(6), 639–651. <https://doi.org/10.1037/pas0000203>
- Huppert, J. D. and Siev, J. (2010). Treating scrupulosity in religious individuals using cognitive-behavioral therapy. *Cognitive And Behavioral Practice*, 17, 382-392.
- Huppert, J. D., Siev, J. and Kushner, E. S. (2007). When religion and obsessive-compulsive disorder collide: Treating scrupulosity in ultra-orthodox Jews. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 925-941.
- Huppert, J., Salkovskis, P., Aljaber, K. and Purdon, C. (2019). *Treating Scrupulosity in Different Religious Populations. Proceedings of the 9th World Congress of Behavioural and cognitive therapies July 17-20 Berlin.* <https://wcbct2019.org/Downloads/Congress-Programme.pdf>
- IBM Corp. Released (2012). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Insel, T.R. and Akiskal, H.S. (1986) Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A Phenomenologic Analysis. *Am J Psychiatry*, 143, 1527-1533.
- İşıklı, S. ve Gönül, A.S. (2012) Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 5(3), 24-32.
- İnce, C. ve Kandil, S. (2018). Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde öfke düzeyi ve depresyon ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 307-313.
- İnozu, M., Clark, D. A. and Karanci, A. N. (2012). Scrupulosity in Islam: A comparison of highly religious Turkish and Canadian samples. *Behavior Therapy*, 43(1), 190-202.
- İnozu, M., Keser, E. ve Karanci, A. N. (2017). Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri'nin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27, 1-9.

- İnözü, M., Eremsoy, E., Cicek, N. M. and Ozcanli, F. (2017). The Association of Scrupulosity With Disgust Propensity and Contamination Based Obsessive Compulsive Symptoms: An Experimental Investigation Using Highly Scrupulous Muslims. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 15, 43-51.
- İnözü, M., Kahya, Y. and Yorulmaz, O. (2020). Neuroticism and Religiosity: The Role of Obsessive Beliefs, Thought-Control Strategies and Guilt İn Scrupulosity and Obsessive–Compulsive Symptoms Among Muslim Undergraduates. *Journal of Religion and Health*, 59(3), 1144-1160.
- İnözü, M., Keser, E. ve Karanci, A. N. (2016). Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri'nin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27, 1-9.
- Jacob, M. L., Larson, M. J. and Storch, E. A. (2014). Insight in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 896–903. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.016>
- Jakubovski, E., Pittenger, C., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., do Rosario, M. C., Ferrão, Y. A., de Mathis, M. A., Miguel, E. C. and Bloch, M. H. (2011). Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 35(7), 1677–1681. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.05.012>
- Kaloğlu, A.H., Koparal, B. and Yüksel, N. (2019). Comparison of Cognitive Functions in Patients with Autogenous and Reactive Obsessive-Compulsive Patients. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 29, 21-22.
- Karakuş, G. ve Tamam, L. (2018). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Uyku ve Özkıyım İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 37-44.
- Karamustafalıoğlu, O., Üçışık, A. M., Ulusoy, M. ve Erkmen, H. (1993). Yale-Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin Türkçe'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*, 29.
- Karayağız, Ş. (2020). Investigation of Sociodemographic Factors of The Individuals With Obsessive-Compulsive Disorder. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (Special Issue), 505-511.

- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. and Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, 45(12), 1094–1099.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360042006>
- Karlıoğlu, E. H. ve Yüksel, N. (2007). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10(3), 3-13.
- Kashyap, H., Kumar, J. K., Kandavel, T. and Reddy, Y. C. (2015). The dysfunctional inner mirror: poor insight in obsessive-compulsive disorder, contributions to heterogeneity and outcome. *CNS spectrums*, 20(5), 460–462.
<https://doi.org/10.1017/S1092852915000619>
- Kaviani, S., Eskandari, H. and Ebrahimi, G. S. (2015). The relationship between scrupulosity, obsessive-compulsive disorder and its related cognitive styles. *Practice in Clinical Psychology*, 3(1), 47-59.
- Kearns, C., Tone, Y., Rush, G. and Lucey, J. V. (2010). Effectiveness of group-based cognitive-behavioural therapy in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatrist*, 34(1), 6-9.
- Keshavarzi, H., Khan, F. and Syed, B. (2020). Islamically Integrated Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Scrupulosity (Waswasa) in Muslim Patients. N. Tınaz, A. Ayten, M. Zengin ve H. Ekşi. (Ed.), *Spiritual Counselling and Care in Health and Prison Services: Diverse Experiences & Practices* (229-247). İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.
- Kırpınar, İ., Özer, H., Coşkun, İ., Anaç, Ş., Turan, M., Gençelli, Ş., ... ve Ulaş, Y. (1997). Erzurum'daki Üniversite Öğrencilerinde CIDI DSM III R Ruhsal Bozukluklarının Yaşam Boyu ve 12 Aylık Yaygınlığı. *3P Dergisi*, 5(4), 253-265.
- Kishore, V. R., Samar, R., Janardhan Reddy, Y. C., Chandrasekhar, C. R. and Thennarasu, K. (2004). Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 19(4), 202–208.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.12.005>

- Koçoğlu, F. ve Bahtiyar, B. (2021). Yale-Brown Obsession Compulsion Scale-Turkish Self Report Form: A Study of Reliability and Validity. *Klinik Psikoloji Dergisi*. 1. 10.5455/kpd.26024438m000047.
- Kokurcan, A. (2020). Şizofreninin Klinik Özelliklerinin Obsesif– Kompulsif Bozukluk Eş Tanısı ve Obsesif– Kompulsif Semptomlarla İlişkisi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(2), 81-87.
- Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G. and Simpson, H. B. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd.pdf
- Kumar, P. (2018). Assessment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorders. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*, 6(11), 132-135.
- Lee, H. J. and Kwon, S. M. (2003). Two Different Types of Obsession: Autogenous Obsessions and Reactive Obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 11-29.
- Lee, H. J. and Telch, M. J. (2005). Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Journal of anxiety disorders*, 19(7), 793–805. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.001>.
- Leib, P. T. (2001). Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessivecompulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 222-242.
- Leonard, H. L., Lenane, M. C., Swedo, S. E., Rettew, D. C., Gershon, E. S. and Rapoport, J. L. (1992). Tics and Tourette's Disorder: A 2-To 7-Year Follow-Up of 54 Obsessive-Compulsive Children. *Am J Psychiatry*, 149(9), 1244-1251.
- Lindsay, M., Crino, R. and Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 171, 135–139. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.2.135>
- Mahjani, B., Bey, K., Boberg, J. and Burton, C. (2021). Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychological Medicine*, 1-13.

- Mallinger, A. E. (1984). The obsessive's myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 12(2), 147–165.
- Manarte, L., Andrade, A. R., do Rosário, L., Sampaio, D., Figueira, M. L., Langley, C., Morgado, P. and Sahakian, B. J. (2021). Poor insight in obsessive compulsive disorder (OCD): Associations with empathic concern and emotion recognition. *Psychiatry research*, 304, 114129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114129>
- Marazziti, D., Dell'Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F. and Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(7), 407–410. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(02\)00697-1](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00697-1)
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C. and Leckman, J. F. (2005). A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238.
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A. and Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 255–262.
- Mathes B. M., Van Kirk, N. and Elias, J. A. (2015). Review of psychotherapeutic approaches for OCD and related disorders. *Curr Treat Options Psych*, 2, 284-296
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Oya, K., Iwasaki, Y., Koshimune, K., Miyata, A., & Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive psychiatry*, 43(2), 150–157. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.30798>
- McGuire, J. F., Wu, M. S. and Storch, E. A. (2015). Cognitive-behavioral therapy for 2 youths with misophonia. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(5), 573–574. <https://doi.org/10.4088/JCP.14cr09343>
- McIngvale, E., Rufino, K., Ehlers, M. and Hart, J. (2017). An in-Depth Look At The Scrupulosity Dimension of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 19(4), 295-305.

- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W. J., ... and Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(2), 205.
- Md Rosli, A. N., Sharip, S. and Thomas, N. S. (2019). Scrupulosity and Islam: a perspective. *Journal of Spirituality in Mental Health, 1-23*.
- Md Rosli, A. N., Sharip, S. and Wan Ismail, W. S. (2018). Religious-Integrated Therapy For Religious Obsessive-Compulsive Disorder in An Adolescent: A Case Report and Literature Review. *Mental Health, Religion & Culture, 21*(2), 204-209.
- Menon, S. G. and Rajashekharaiyah, M. (2016). Socio-demographic characteristics and psychiatric comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal Of Evolution Of Medical and Dental Sciences-Jemds, 5*(55), 3727-3732.
- Merriam-Webster Dictionary, (2021). *Scruple*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/scruple> (Erişim Tarihi: 30.11.2021).
- Merriam-Webster Dictionary, (2021). *Scrupulous*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/scrupulous> (Erişim Tarihi: 30.11.2021).
- Metin, Ö., Yazici, K., Tot, S. and Yazici, A. E. (2003). Amisulpiride Augmentation in Treatment Resistant Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 18*(6), 463-467.
- Meyer V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour research and therapy, 4*(4), 273-280. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90023-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90023-4)
- Meyer, E., Shavitt, R. G., Leukefeld, C., Heldt, E., Souza, F. P., Knapp, P. and Cordioli, A. V. (2010). Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial. *Brazilian Journal of Psychiatry, 32*, 20-29.
- Mowrer, O. H. (1960). Two-Factor Learning Theory: Versions One and Two. In O. H. Mowrer, *Learning theory and behavior* (pp. 63-91). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/10802-003>.

- Nazeer, A., Latif, F., Mondal, A., Azeem, M. W. and Greydanus, D. E. (2020). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Epidemiology, Diagnosis and Management. *Translational Pediatrics*, 9(1), 76.
- Nazeer, A., Latif, F., Mondal, A., Azeem, M. W. and Greydanus, D. E. (2019). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Epidemiology, Diagnosis and Management. *Translational Pediatrics*, 9(1), 76-93.
- Nelson, E. A., Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P. and Deacon, B. J. (2006). Scrupulosity in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: Relationship to Clinical and Cognitive Phenomena. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 1071-1086. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.02.001>.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., LaBuda, M., ... and Hoehn-Saric, R. (2000). A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(4), 358-363.
- Neziroglu, F. Forhman, B. and Khemlani-Patel, S. (2011). Exposure with response prevention treatment for obsessive-compulsive disorder In Hudak, R., Dougherty, D.D. (Eds.) *Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children*. New York: Cambridge University Press
- Nursi, S. (2012). *Sözler*. İstanbul: Söz Yayıncılık. (Erişim adresi: <http://www.erisale.com/#content.tr.1.368>)
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory--Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour research and therapy*, 43(11), 1527–1542. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010>
- Olatunji, B. O., Ebesutani, C. and Abramowitz, J. S. (2017). Examination of A Bifactor Model of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Assessment*, 24(1), 45-59.
- Omranifard, V., Akuchakian, S., Almasi, A. and Maraci, M. R. (2011). Effect of religious cognitive-behavior therapy on religious content obsessive compulsive disorder and marital satisfaction. *European Psychiatry*, 26(2), 1742-1742.

- Online Etymology Dictionary, (2021). “obsession”.
<https://www.etymonline.com/search?q=obsesyon> (Erişim Tarihi: 26.10.2021)
- Online Etymology Dictionary, (2021). *Attestation*.
https://www.etymonline.com/word/attestation#etymonline_v_26702 (Erişim Tarihi: 30.11.2021).
- Online Etymology Dictionary, 2021. “compulsion”.
(<https://www.etymonline.com/search?q=compulsion> (Erişim Tarihi: 26.10.2021))
- Otto, M. W. (1992). Normal and Abnormal Information Processing: A Neuropsychological Perspective On Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics*, 15(4), 825-848.
- Özcan, T., Kuru, E., Şafak, Y., Karadere, M. E., Yavuz, K. F. ve Turçapar, M. H. (2013). Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2(1), 25-33.
- Özen, M. E., Kalenderoğlu, A., Çelik, M., Örum, M. H. ve Hocaoğlu, Ç. (2019). Obsesif kompulsif bozukluk güçlendirme tedavisinde aripiprazol, klomipramin ve buspironun etkinliği: Retrospektif bir araştırma. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1293-1302.
- Papageorgiou, C., Carlile, K., Thorgaard, S., Waring, H., Haslam, J., Horne, L. and Wells, A. (2018). Group Cognitive-Behavior Therapy or Group Metacognitive Therapy For Obsessive-Compulsive Disorder? Benchmarking and Comparative Effectiveness in A Routine Clinical Service. *Frontiers in Psychology*, 9, 2551, 1-11.
- Pearce, M. J., Koenig, H. G., Robins, C. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Cohen, H. J. and King, M. B. (2015). Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 52(1), 56–66. <https://doi.org/10.1037/a0036448>
- Peris, T.S., Rozenman, M. (2017). Treatment of Scrupulosity in Childhood Obsessive-Compulsive Disorder In Storch, E.A., Lewin, A.B., (Eds.), *Clinical Handbook of Obsessive– Compulsiveand Related Disorders*. NewYork: Springer International Publishing

- Pittenger, C., Brennan, B. P., Koran, L., Mathews, C. A., Nestadt, G., Pato, M., ... and Storch, E. A. (2021). Specialty Knowledge and Competency Standards For Pharmacotherapy For Adult Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research*, 300, 1-34.
- Pittenger, C., Kelmendi, B., Wasyluk, S., Bloch, M. H. and Coric, V. (2008). Riluzole Augmentation in Treatment-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: A Series of 13 Cases, With Long-Term Follow-Up. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 28(3), 363-367.
- Pollard, A. C. (2010). Scrupulosity. http://www.ocfoundation.org/uploadedfiles/maincontent/find_help/iocdf_scrupulosity_fact_sheet.pdf (Erişim Tarihi: 16.12.2021)
- Poyurovsky, M., Faragian, S., Pashinian, A., Heidrach, L., Fuchs, C., Weizman, R. and Koran, L. (2008). Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 159(1-2), 254–258. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.02.019>
- Purdon, C. and Clark, D. (2013). *Takıntılarla Başa Çıkma*. (A. Gündoğdu ve P. İşçen, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Quinodoz, J. M. (2016). *Freud'u okumak*. (B. Kolbay, Ö. Soysal, Çev.). İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Rachman S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35(9), 793–802. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00040-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00040-5)
- Raffin, A. L., Fachel, J. M. G., Ferrao, Y. A., de Souza, F. P. and Cordioli, A. V. (2009). Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24(5), 297-306.
- Rashid, S., Khosheh, M., Khorramdel, K., mehdi Hosseini, S. and Amiri, F. (2017). The relationship between the severity and specific dimensions of OCD in Iranian clinical sample. *Researcher Bulletin of Medical Sciences*, 22(1), 1-9.
- Rasmussen, S. A. and Eisen, J. L. (1992). The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743–758.

- Razali, S. M., Hasanah, C. I., Aminah, K. and Subramaniam, M. (1998). Religious—sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(6), 867-872.
- Rector, N. A., Richter, M. A., Katz, D. and Leybman, M. (2019). Does The Addition of Cognitive Therapy to Exposure and Response Prevention for Obsessive Compulsive Disorder Enhance Clinical Efficacy? A Randomized Controlled Trial In A Community Setting. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 1-18.
- Rosa-Alcázar, A. I. and Iniesta-Sepúlveda, M. (2018). Integrating family therapy into exposure-based CBT for a Spanish patient with obsessive scrupulosity. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(4), 308-325.
- Rosa-Alcázar, A.L., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310-1325.
- Rosenberg, D. R. and Keshavan, M. S. (1998). Toward A Neurodevelopmental Model of Obsessive–Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry*, 43(9), 623-640.
- Rüschoff, I. and Kaplick, P. (2018). Islam und Psychologie: Beiträage zu aktuellen Konzepten in Theorie und Praxis. Münster: Waxmann.
- Sabki, Z. A., Sa'ari, C. Z. and Syed Muhsin, S. B. (2018). *Islamic Integrated Cognitive Behavior Therapy 10 Sessions Treatment Manual for Depression In Clients with Chronic Physical Illness Therapist Manual Workbook*.
- Sadock, B. J. and Sadock, V. A. (2000). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th Eds.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. and Ruiz, P. (2021). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. In A. Bozkurt. (Eds.), *Anksiyete Bozuklukları* (pp.1718-88). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi.
- Salkovskis, P. M. (1999) Understanding and treating obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Salzman, L. and Thaler, F. H. (1981). Obsessive-Compulsive Disorders: A Review of The Literature. *The American Journal of Psychiatry*, 138(3), 286–296. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.3.286>

- Schilder, P. (1938). The Organic Background of Obsessions And Compulsions. *American Journal of Psychiatry*, 94(6), 1397-1416.
- Schultz, W. (2019). Biogenetic etiologies of OCD: Review and recommendations for clinicians. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 1-7.
- Shafran, R., Thordarson, D. S. and Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.
- Shapiro, S., Skinner, E. A., Kessler, L. G., Von Korff, M., German, P. S., Tischler, G. L., ... and Regier, D. A. (1984). Utilization of Health and Mental Health Services: Three Epidemiologic Catchment Area Sites. *Archives of General Psychiatry*, 41(10), 971-978.
- Siev, J. and Huppert, D. J. (2017). Treatment of Scrupulosity-Related Obsessive-Compulsive Disorder In Storch, E.A., Lewin, A.B., (Eds.), *Clinical Handbook of Obsessive– Compulsiveand Related Disorders*. NewYork: Springer International Publishing
- Siev, J., Rasmussen, J., Sullivan, A., & Wilhelm, S. (2021). Clinical features of scrupulosity: Associated symptoms and comorbidity. *Journal of clinical psychology*, 77(1), 173–188. <https://doi.org/10.1002/iclp.23019>
- Siev, J., Steketee, G., Fama, J. M. and Wilhelm, S. (2011). Cognitive and clinical characteristics of sexual and religious obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 167-176.
- Solyom, L., DiNicola, V. F., Phil, M., Sookman, D. and Luchins, D. (1985). Is There An Obsessive Psychosis? Aetiological and Prognostic Factors of An Atypical Form of Obsessive-Compulsive Neurosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30(5), 372–380. <https://doi.org/10.1177/070674378503000515>
- Stahl, S. M. (2003). Drug Treatments For Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, and Phobic Disorders. B. Taneli ve Y. Taneli (Eds.), *Essential Psychopharmacology* (pp. 335-364). New York: Cambridge University Press.
- Starcevic, V. and Brakoulias, V. (2008). Symptom Subtypes of Obsessive–Compulsive Disorder: Are they Relevant for Treatment? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(8), 651–661. <https://doi.org/10.1080/00048670802203442>.

- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., ... and Simpson, H. B. (2019). Obsessive–Compulsive Disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-21.
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Garvey, M., Mittleman, B., Allen, A. J., Perlmutter, S., ... and Lougee, L. (1998). Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections: Clinical Description of The First 50 Cases. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 264-271.
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Kruesi, M. J., Rettew, D. C., Listwak, S. J., Berrettini, W., ... and Rapoport, J. L. (1992). Cerebrospinal Fluid Neurochemistry in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49(1), 29-36.
- Şafak, Y., Karadere, M. E., Özdel, K., Özcan, T., Türkçapar, M. H. ve Kuru, E. (2014). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 225-233.
- Şahin, Z. A. (2019). Müslüman psikologlar kertenkele deliğinden çıktı mı? İslami psikoloji alanındaki gelişmeler. *Turkish Studies*, 14(2), 15-47.
- Taylor, S. (2005). Dimensional and Subtype Models of OCD. In J. S. Abramowitz, & A. C. Houts (Eds.), *Concepts and Controversies in Obsessive– Compulsive Disorder* (pp. 27–41). New York: Springer.
- Tek, C. and Ulug, B. (2001). Religiosity and Religious Obsessions in Obsessive– Compulsive Disorder. *Psychiatry Research*, 104(2), 99-108.
- Tek, C., Uluğ, B., Rezaki, B. G., Tanriverdi, N., Mercan, S., Demir, B., & Vargel, S. (1995). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 91(6), 410–413. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09801.x>
- Tezcan, E. and Millet, B. (1997). Phenomenology of Obsessive-Compulsive Disorders. Forms and Characteristics of Obsessions and Compulsions in East Turkey. *L'encephale*, 23(5), 342-350.

- Thorsen, A. L., Kvale, G., Hansen, B. and Van den Heuvel, O. A. (2018). Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder As Predictors of Neurobiology and Treatment Response. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 5(1), 182-194.
- Tibi, L., van Oppen, P., Van Balkom, A. J., Eikelenboom, M., Hendriks, G. J. ve Anholt, G. E. (2018). The Relationship Between Cognitions and Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 495-502.
- Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*, 6, 46-50.
- Toprak, T. B. (2021). İslam ve Psikoterapi: Bir Model ve Uygulama Örneği. T. B. Toprak (Ed.), *İslam Düşüncesinde Psikoloji ve Psikoterapi* (ss. 151-210). İstanbul: Muhit Kitap.
- Toprak, T. B. and Emül, H. M (2016). A contribution attempt to contemporary ocd theories: “Meratib-i ilim of dimağ” framework within islamic tradition, 23. Annual OCD Congress July 27-31 Chicago.
- Toprak, T.B. (2018). An Attempt for Alternative Approach for the Structure of Human and its Applications: İlm’u Nafs. 22.World Congress of Pyschotherapy June 7-9 Amsterdam.
- Toprak, T.B. (2019). An Integrative Model for Religious OCD. 9.World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies June 17-20 Berlin.
- Tükel R., Topçuoğlu V. ve Demet, M. M. (2006) Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. R. Tükel. (Ed), *Anksiyete Bozuklukları*, (ss. 277-98). Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Tükel, R., Polat, A., Ozdemir, O., Aksüt, D. and Türksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 43(3), 204–209. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.32355>.
- Türkçapar, H. (2005). Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu (YBOKÖ-Öz Bildirim). <https://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/olcekler/yobcshakan.pdf>.
- Türkçapar, M.H. ve Şafak, Y. (2012). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Özellikler ve Bilişsel Tedaviler. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 5(3), 69-75.

- Türksoy, N., Tükel, R. ve Özdemir, Ö. (2000). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında klinik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 92-98.
- Türksoy, N., Tükel, R., Ozdemir, O., & Karali, A. (2002). Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 16(4), 413–423. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00135-4](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00135-4)
- Ulusoy, M., Sahin, N.H. and Erkmen, H. (1998) Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 163-172.
- Van Oudheusden, L. J., Van de Schoot, R., Hoogendoorn, A., Van Oppen, P., Kaarsemaker, M., Meynen, G. and Van Balkom, A. J. (2020). Classification of Comorbidity in Obsessive–Compulsive Disorder: A Latent Class Analysis. *Brain and Behavior*, 10(7), 1-10.
- Veale, D. and Roberts, A. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder. *BMJ (Clinical research ed.)*, 348, g2183. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2183>.
- Vellozo, A. P., Fontenelle, L. F., Torresan, R. C., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., ... and Torres, A. R. (2021). Symmetry Dimension in Obsessive–Compulsive Disorder: Prevalence, Severity and Clinical Correlates. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), 274.
- Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C. and Warnke, A. (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Arzteblatt international*, 108(11), 173–179. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0173>
- Watkins, L. H., Sahakian, B. J., Robertson, M. M., Veale, D. M., Rogers, R. D., Pickard, K. M., ... and Robbins, T. W. (2005). Executive Function in Tourette's Syndrome and Obsessive–Compulsive Disorder. *Psychological Medicine*, 35(4), 571-582.
- Wetterneck, C. T., Rouleau, T. M., Williams, M. T., Vallely, A., La Torre, J. T. and Björgvinsson, T. (2021). A New Scrupulosity Scale for the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS): Validation With Clinical and Nonclinical Samples. *Behavior Therapy*, 1-41.
- Whittal, M. L., Robichaud, M., Thordarson, D. S. and McLean, P. D. (2008). Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and

- exposure plus response prevention: A 2-year follow-up of two randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1003.
- Witzig, T. (2017). *Developing effective treatment plans for religious scrupulosity with emphasis on adult clients*. 24. Annual OCD Congress July 7-9 San Francisco.
- World Health Organization. (2001). *Mental Health: A Call For Action*. Geneva: by World Health Minister.
- Yaka, A. İ. (2021). Obsesyonel Yapıda Baba İşlevinin Lacanyen Açından İncelenmesi. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 8(2), 199-220.
- Yılmaz, O., Boyraz, R. K., Kurtulmuş, A., Parlakkaya, F. B. ve Öztürk, A. (2020). Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörünün Obsesif İnançlar ve Üstbiliş ile İlişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 11-19.
- Yorulmaz, O., Gençöz, T. and Woody, S. (2009). OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.11.001>
- Yorulmaz, O., Yılmaz, A. E. and Gençöz, T. (2004). Psychometric properties of the Thought-Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behaviour research and therapy*, 42(10), 1203–1214. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.005>
- Yurtsever, S. S. ve Sütçü, S. T. (2016). Obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 39-60
- Zheng, Y., Xiao, L., Xie, Y., Wang, H. and Wang, G. (2020). Prevalence and Characteristics of Obsessive-Compulsive Disorder Among Urban Residents in Wuhan During The Stage of Regular Control of Coronavirus Disease-19 Epidemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1435.



EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu

Kişisel Bilgiler

1. Adınız soyadınız *

2. Cinsiyetiniz *

Erkek

Kadın

3. Doğum yeriniz *

4. Doğum tarihiniz *

5. Eğitim durumunuz *

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

Lisansüstü

6. Mesleğiniz *

7. Çalışma durumunuz *

Çalışıyorum

Çalışmıyorum

Diğer: _____

8. Hangi işte çalışıyorsunuz? *

9. Medeni durumunuz *

Bekar

Evli

Boşanmış

Diğer: _____

10. Evli iseniz eşinizin; işi, yaşı ve eğitim durumu bilgileri

11. Varsa çocuklarınızın; yaşları, cinsiyetleri

12. Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir? *

Aile Bilgisi

13. Anne – Baba *

İki de hayatta

Anne vefat etti

Baba vefat etti

Her ikisi de vefat etti

Anne Bilgileri

14. Anne yaşı *

15. Anne eğitim durumu *

16. Anne mesleği *

17. Annenin çalıştığı iş *

Baba Bilgileri

18. Baba yaşı *

19. Baba eğitim durumu *

20. Baba mesleği *

21. Babanın çalıştığı iş *

Kardeş Bilgileri

22. Ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz? *

23. Varsa kardeşlerinizin, cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, eğitim ve iş durumları hakkında kısaca bilgi veriniz. *

Örn: Ağabey, 32, evli, 2 çocuk sahibi, lise mezunu, işçi. Kız kardeş, 16, bekar, lise öğrencisi

24. Ailede ruhsal rahatsızlığı olan var mı? *

() Evet

() Hayır

25. Ailede ruhsal rahatsızlığı olan varsa kimdir, rahatsızlığı nedir? Tedavisi nedir?

Ruhsal Öykü Bilgileri

26. Sigara kullanır mısınız? *

() Evet

() Hayır

27. Sigara kullanıyorsanız, ne zaman başladınız, ne kadar kullanıyorsunuz?

28. Alkol kullanır mısınız? *

- Evet
 Hayır
29. Alkol kullanıyorsanız, ne zaman başladınız? Neyi, ne kadar kullanıyorsunuz?

30. Alkol dışında madde (esrar, eroin, kokain, hap, tiner, bali vb) kullanımınız var mı? *
 Evet
 Hayır
31. Alkol dışında madde (esrar, eroin, kokain, hap, tiner, bali vb) kullanımınız varsa, ne zaman başladınız? Neyi, ne kadar kullanıyorsunuz?

32. Geçmişte veya şu anda kronik (uzun süreli) bedensel bir hastalığınız oldu mu/ var mı? *
 Evet
 Hayır
33. Geçmişte veya şu anda kronik (uzun süreli) bedensel bir hastalığınız olduysa, nedir, ne zaman başladı, tedavi için ne yapıyor, ne ilacı kullanıyorsunuz?

34. Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu? *
 Evet
 Hayır
35. İntihar girişiminde bulduysanız, ne zaman, kaç kez?

36. Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü? *
 Evet
 Hayır
37. Daha önce psikiyatrik tedavi gördüyseniz, hangi tanı ile, hangi tarihte, hangi ilaçları kullandınız?

38. Şu anda psikiyatrik tedavi görüyor musunuz? *

Evet

Hayır

39. Şu anda psikiyatrik tedavi görüyorsanız hangi tanı ile, hangi ilaçları kullanıyorsunuz? Ne kadar süredir?

40. Daha önce psikoterapi tedavisi gördünüz mü? *

Evet

Hayır

41. Daha önce psikoterapi tedavisi gördüyseniz, hangi şikayetle, hangi tarihte, ne kadar sürdü? Hangi psikoterapi ekolüydü?

OKB ile ilgili bilgiler

42. Şu anda tanıli bir psikiyatrik hastalığınız var mı? *

Evet

Hayır

43. Şu anda tanıli bir psikiyatrik hastalığınız varsa nedir?

44. Lütfen şu anda size en çok sorun oluşturan başlıca ruhsal şikayetlerinizi birkaç cümle ile yazınız *

OKB

Bilgileri

OKB, obsesyon adı verilen takıntılı dürtü, hayal ve düşünceler ile kompulsiyon adı verilen yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerden oluşan bir ruhsal hastalıktır. Birçok konuda olabileceği gibi dini konularla ilgili de olabilir.

A. Obsesyonlarla ilgili şu andaki şikâyet alanlarımızı belirtiniz.

Obsesyon: Zihne istenmeden gelen ve kişide belirgin kaygı ya da sıkıntıya neden olan yineleyici düşünceler, dürtüler, hayallerdir.

45. Dini değerlere, kişilere, sembollere vb. değerlerime aykırı şekilde küfür, hareket içeren ya da hürmetsizlik şeklinde düşünceler, dürtüler, hayaller ısrarla zihnime geliyor. *

Evet

Hayır

46. Dini inançlarıma dair şüphelerim var. Bu şüpheler asla kabul edemeyeceğim, makul bulmayacağım fikirler olmasına rağmen ısrarla zihnime geliyor. *

Evet

Hayır

47. Günaha girmeme sebep olacağından endişe ettiğim, değerlerime göre asla kabul edemeyeceğim cinsel ya da şiddet içerikli hayal, dürtü ve düşünceler ısrarla zihnime geliyor. *

Evet

Hayır

48. Varsa başka obsesyonlarımızı belirtiniz.

49. Yukarıda belirttiğim dini içerikli istemediğim, rahatsız edici düşünceler, dürtüler, hayaller bende belirgin bir sıkıntıya sebep oluyor, bunları uzaklaştırmak, ortadan kaldırmak için ciddi bir çaba harcıyorum. *

Evet

Hayır

B. Kompulsiyonlarla ilgili şu andaki şikâyet alanlarımızı belirtiniz.

Kompulsiyon: Kişinin obsesyonlarına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış hissettiği tekrarlı davranışlardır.

50. Aşırı şekilde defalarca abdest alıyorum. *

Evet

Hayır

51. Aşırı şekilde defalarca namaz, dua, zikir ve benzeri ibadetleri tekrar ediyorum. *

() Evet

() Hayır

52. Dini durumla ilgili imansız olma/günahkâr olma/cehenneme gitmeye dair aşırı şekilde onay arama, sorma, teyit ettirme davranışlarım var. *

() Evet

() Hayır

53. Varsa başka kompulsiyonlarınızı belirtiniz.

54. Bu davranışlarım dini kural ve tavsiyelerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değil ya da açıkça aşırı düzeydedir. *

() Evet

() Hayır

Obsesyon ve Kompulsiyonların genel değerlendirmesi

55. Belirttiğim obsesyon ve kompulsiyonlar günde bir saatten fazla zamanımı alıyor ya da bende ciddi bir sıkıntıya yol açıp yaşam kalitemi belirgin düzeyde etkiliyor. *

() Evet

() Hayır

56. Bu belirtiler sizde belirgin bir sorun oluşturuyor mu?

Belirgin sorun oluşturuyor

İletişim Bilgileriniz

57. Cep telefonunuz *

58. Yakınınızın cep telefonu *

Yakınınızın kim olduğunu ve numarasını yazınız

59. Mail adresiniz *



Ek 2: Değerlendirme Görüşmesi Formu

Değerlendirme Görüşmesi Formu

İsim:

Tarih:

OKB ile İlgili Kısa Bilgiler

Hastalık ve tedavi öyküsü:

Belirtileri:

YB Puanı:

İçgörü Puanı:

Depresyon ve Kaygı Puanları:

OKB Türü:

Obsesyonların Değerlendirmesi

Halihazırdaki Obsesyonlar

A-

B-

C-

Tetikleyiciler/Başlatıcılar

1. Takıntılarınızı (bulaşma, kirlenme, şüphe, huzursuzluk, sıkıntı vb) tetikleyen ne tür durumlar veya ortamlar var?

A-

B-

C-

2. Durduk yerde gelen takıntılarınız var mı? Varsa bular nelerdir?

A-

B-

C-

3. Takıntılarınız olduğunda duygularınız nasıl oluyor?

A-

B-

C-

4. Bu takıntılarınızla ilgili korkularınız sizce ne kadar gerçekçi?

A-

B-

C-

5. Takıntılarınız saçma bulduğunuz zamanlar oluyor mu?

A-

B-

C-

6. Saçma ise neden saçma?

A-

B-

C-

Obsesyonlara İlişkin Olumsuz Yorumların Elde Edilmesi

1. (Obsesyonla-Takıntıyla) ilgili olumsuz bir düşünceniz oldu mu?

A-

B-

C-

2. (Kirli olmanın, hata yapmanın, kapının açık kalmasının vb) ne zararı var?

Bunların (eğer olursa) ne tür kötü sonuçları olabilir?

A-

B-

C-

3. Aklınıza böyle bir düşünce gelmesinin sizin için anlamı nedir?

Bunların (düşünce, istek, hayal) olmasının sizin için anlamı nedir?

Bunlar sizin için ne ifade ediyor?

A-

B-

C-

4. Bunlar sizin yaptıklarınızla, davranışlarınızla, olaylarla ilgili size ne söylüyor?

A-

B-

C-

5. Bu (düşünce, istek, hayal) e sahip olmanın sonucunda kötü bir şey olabilir mi? Ne olabilir?

A-

B-

C-

6. Bu (düşünce, istek, hayal) in olması kötü bir şeyin olmuş olduğu anlamına gelebilir mi?

Bu nedir?

A-

B-

C-

7. Bu (düşünce, istek, hayal) olması normal mi?

A-

B-

C-

8. Bu (düşünce, istek, hayal) den kurtulamazsanız ne olur? Olabilecek en kötü şey ne olur?

A-

B-

C-

Kompulsiyonların Değerlendirmesi

Halihazırdaki Kompulsiyonlar, Nötralizasyonlar ve Kaçınmalar

A-

B-

C-

Kompulsiyon veya nötralizasyonun bulunması

1. –Obsesyonla ilişkili) felaketin olmaması için birşey yapıyor musunuz?

A-

B-

C-

2. Ne yapıyorsunuz?

A-

B-

C-

3. Bunu yapmazsanız kötü bir şey olur mu? Olursa ne olur?

A-

B-

C-

4. Eğer bu yöntemi kullanmazsanız olabilecek en kötü şey ne olur?

A-

B-

C-

5. Bu stratejinin olumsuz yanları nelerdir?

A-

B-

C-

6. Bu olumsuz yanlara rağmen bunları neden yapıyorsunuz? Niye bırakmıyorsunuz?

A-

B-

C-

7. Bu davranışlar üzerine kontrolünüz ne kadar?

A-

B-

C-

8. Kompulsiyonlar ne kadar yardımcı oluyor?

A-

B-

C-

9. Kompulsiyonlar korktuğunuz felaketi önüyor mu?

A-

B-

C-

10. Önlüyorsa bunu nasıl yapıyor?

A-

B-

C-

11. Durdurmaya çalıştınız mı?

Neden?

A-

B-

C-

12. Eğer nötralizasyonu (yıkama, kontrol, soru sorma vb) yapmazsanız duygu ve düşüncelerinize ne olur?

A-

B-

C-

Formülasyon Özetleriyle Obsesyon ve Kompulsiyona Dair İnançların Belirginleştirilmesi

Özet -A-:

Özet -B-:

Özet -C-:

Ek 3: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Semptom Kontrol Listesi (Y-BOCS-SC)

İsim:

Y-BOCS Belirti Kontrol Listesi

Tarih:

Var olan tüm belirtilerinizi işaretleyiniz önemli belirtileri “✓” ile işaretleyiniz

SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu

Şimdi - Geçmişte

- Utanılacak bir şey yapmaktan korkma _____
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama) _____
- Çalacağından korkma _____
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası) _____
- Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olduğu korkusu (örn. yangın, hırsızlık) _____

KİRLENME OBSESYONLARI

- | | Şimdi | Geçmişte |
|---|-------|----------|
| • Vücut artık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek | _____ | _____ |
| • Kir veya mikroplardan kaygılanmak | _____ | _____ |
| • Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar) | _____ | _____ |
| • Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. temizlik maddeleri, Çözücüler) | _____ | _____ |
| • Kontaminasyon (bulaşma) nedeni ile hastalanma kaygısı | _____ | _____ |
| • Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler) | _____ | _____ |
| • Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak | _____ | _____ |
| • Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan) | _____ | _____ |
| • Sadece kontaminasyon (bulaşma) halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, Sonuçları düşünmemek | _____ | _____ |
| • Diğer | _____ | _____ |
| | Şimdi | Geçmişte |

CİNSEL OBSESYONLAR

- | | | |
|---|-------|-------|
| • Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler | _____ | _____ |
| • Çocuklar veya incest ilişki ile ilgili | _____ | _____ |
| • Homoseksüel ilişkili ile ilgili | _____ | _____ |
| • Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)* | _____ | _____ |
| • Diğer | _____ | _____ |

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır.)

DİNİ OBSESYONLAR

- | | | |
|---|-------|-------|
| • Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili | _____ | _____ |
| • Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi | _____ | _____ |
| • Diğer | _____ | _____ |

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- | | | |
|--|-------|-------|
| • Doğaüstü düşünce ile birlikte (örn. Eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği) | _____ | _____ |
| • Doğa üstü düşünceler olmadan | _____ | _____ |

DİĞER OBSESYONLAR

- | | Şimdi | Geçmişte |
|---|-------|----------|
| • Bilme veya hatırlama ihtiyacı | _____ | _____ |
| • Belirli şeyleri söyleme korkusu | _____ | _____ |
| • Doğru şeyleri söylememe korkusu | _____ | _____ |
| • Bir şeyler kaybetme korkusu | _____ | _____ |
| • İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler | _____ | _____ |
| • Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma | _____ | _____ |

• Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma	_____	_____
• Uğurlu veya uğursuz sayılar	_____	_____
• Özel anlamı olan renkler	_____	_____
• Batıl itikatlar	_____	_____
• Diğer	_____	_____
	Şimdi	Geçmişte
SOMATİK (Bedensel) OBSESYONLAR		
• Hastalık ile ilgili	_____	_____
• Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili (örn. dismorfofobi)	_____	_____
• Diğer	_____	_____
	Şimdi	Geçmişte
TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI		
• Aşırı veya törensel el yıkama	_____	_____
• Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat	_____	_____
• Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili	_____	_____
• Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler	_____	_____
• Diğer	_____	_____
	Şimdi	Geçmişte
KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI		
• Kilit, ocak, alet vb. lerinin kontrolü	_____	_____
• Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek	_____	_____
• Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek	_____	_____
• Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek	_____	_____
• Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek	_____	_____
• Somatik obsesyonlara bağlı kontroller	_____	_____
• Diğer	_____	_____
SAYMA KOMPULSİYONLARI	_____	_____
SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI	_____	_____
	Şimdi	Geçmişte
DİĞER KOMPULSİYONLAR		
• Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)	_____	_____
• Aşırı liste hazırlama	_____	_____
• Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi	_____	_____
• Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi	_____	_____
• Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları	_____	_____
• Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)	_____	_____
• Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları	_____	_____
• Batıl davranışlar	_____	_____
• Trikotillomani	_____	_____
• Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar	_____	_____

Ek 4: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS)-Öz Bildirim Formu

Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS)

Şu andaki rahatsızlık düzeyinizi saptamak amacıyla oluşturulmuş olan aşağıdaki soruları son bir haftanızı düşünerek puanlamanız istenmektedir. Puanlama yaparken her sorunun karşısındaki açıklamaları okuyarak size uygun gelen puanı kutucuğa yazınız.

1-5'e kadar olan sorular obsesif (takıntılı) düşünceler içindir.

Obsesyonlar (takıntılar) isteğiniz dışında düşüncenize giren ve direnmeye çalışmanıza rağmen tekrar tekrar zihninize giren istenmeyen düşünceler, hayaller veya isteklerdir, Bunlar genellikle zarar verme, tehdit ve tehlike konularını içerirler. Sık görülen obsesyonlar aşırı bulaşma korkuları, tehlikeye ilişkin tekrarlayan şüpheler; sıra, simetri veya kesinlikle ilgili aşırı kaygılar; önemli şeyleri kaybetme korkusu.

<p>1. TAKINTILI (OBSESİF) DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN</p> <p>Soru (S): Ne kadar zaman bunlarla meşgul oldunuz (Gün/ saat)?</p> <p><input type="text"/></p> <p>0-Hiç</p> <p>1-Hafif Günde toplam 1 saatten az veya kısa sürelerle gelip gidiyor (günde 8 kereden az) 2-Orta (günde toplam 1-3 saat) veya sık sık gelen ama kısa süren (günde 8 kereden fazla ama günün büyük kısmı bunlar yok) 3-Ağır (günde toplam 3-8 saat) veya çok sık bir şekilde kısa süreli olarak gelip geçen (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bölümünü bunlar işgal ediyor) 4-Çok ağır (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden (sayılamayacak kadar çok ve arada çok nadiren 1 saat ara veren)</p>	<p>4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENÇ</p> <p>S. Obsesif düşüncelere direnebilmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz? Ne sıklıkla yok sayabiliyor veya bunlar zihninize geldiğinde dikkatinizi bu düşüncelerden başka bir yere çevirebiliyorsunuz?</p> <p><input type="text"/></p> <p>0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum</p> <p>1-Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum</p> <p>2- Direnmek için bir miktar çabalıyorum</p> <p>3- Hepsine teslim olmuş durumdayım; direnmiyorum ancak bu durumdan hoşnut değilim</p> <p>4-Hiç direnmiyorum tam ve gönüllü olarak boyun eğmiş durumdayım</p>
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERE BAĞLI	4. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNE

ENGEL

S. Obsesif düşüncelerin iş, okul, sosyal yaşam veya yaşamınızın diğer önemli işlevsellik alanlarında sizi ne kadar engelliyor? Bunlar yüzünden yapamadığınız şeyler var mı?

0-Hiç

1-**Hafif** Sosyal hayatı veya diğer faaliyetleri çok hafif olarak engelliyor ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki

2-**Orta** Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki

3-**Ağır** Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum

4-**Çok ağır** iş görmez bir durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELER EŞLİK EDEN RAHATSIZLIK

S. Obsesif düşünceler sizde ne kadar sıkıntıya neden oldu?

0-Hiç

1-**Hafif** pek rahatsız etmiyor.

2-**Orta** Sık olarak çok rahatsızlık veriyor ancak halen baş edebiliyorum

3-**Ağır** Çok sık olarak çok rahatsızlık veriyor

4-**Çok ağır** Neredeyse sürekli ve beni iş göremez duruma getiren derecede rahatsızlık veriyor

OLAN KONTROLÜN DÜZEYİ

S. Obsesif düşünceleriniz üzerine ne kadar kontrolünüz var? Obsesif düşüncelerinizi durdurabilme veya başka yöne çevirebilmede ne kadar başarılısınız? Bunları atabiliyor musunuz?

0- Tam olarak kontrol edebiliyorum

1- Obsesyonu genellikle bir miktar çaba ve dikkatle durdurabiliyorum veya untabiliyorum

2- Obsesyonu bazen durdurabiliyorum veya dikkatimi başka şeye verebiliyorum.

3- Obsesyonu durdurmada veya atmakta nadiren başarılı olabiliyorum veya sadece zorlukla dikkatimi başka şeylere yöneltebiliyorum

4- Obsesyon İrademin dışında. Çok nadiren anlık olarak obsesyonel düşüncüyü değiştirebiliyorum.

<p>Bundan sonraki sorular kompulsif (zorlantılı) davranışlarla ilgilidir.</p> <p>Kompulsiyonlar kişinin kaygı veya diğer rahatsızlık hislerini azaltmak için yapmaya zorlandığı bir şeydir. Bunlar çoğu zaman ritüel adı verilen tekrarlayıcı, amaca dönük, iradi davranışlardır. Davranışın kendisi uygun görünmekle beraber aşırı yapıldığında bir ritüel (kurallı-törensiz davranış) haline gelir. El yıkama, kontrol, tekrarlama, düzeltme biriktirme ve birçok diğer davranış ritüel olabilir. Bazı ritüeller zihinseldir. Örneğin içinizden defalarca bir şeyi söylemek veya düşünmek gibi</p>	<p>8. KOMPULSİF DAVRANIŞA BAĞLI RAHATSIZLIK</p> <p>S. Eğer kompulsiyonunuzu yapmanız engellenirse nasıl hissedersiniz? Ne kadar kaygılı-sıkıntılı hale gelirsiniz?</p> <p><input type="text"/></p> <p>0-Hiç</p> <p>1-Hafif Kompulsiyonlar: engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyorum; kompulsif davranış gerçekleştirirken çok az sıkıntı duyuyorum</p> <p>2-Orta Kompulsiyonlar: engellendiğinde sıkıntım artabilir ancak baş edebiliyorum; kompulsiyonu yaparken sıkıntı duyuyorum ancak baş edebiliyorum</p> <p>3-Ağır Eğer kompulsiyonu yapmazsam veya engellenirse belirgin bir şekilde çok sıkıntı duyuyorum; kompulsiyonu yaparken belirgin şekilde çok sıkıntı duyuyorum</p> <p>4-Çok ağır Kompulsiyonlarımı yapmazsam veya engellenirse çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum; kompulsiyonu yaparken çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum</p>
<p>6. KOMPULSİF DAVRANIŞI GERÇEKLEŞTİRMEK İÇİN HARCANAN ZAMAN</p> <p>S. Kompulsif davranışlarınızı gerçekleştirmek için ne kadar zaman harcadınız? Bu sıradan işlemleri yaparken ritüelleriniz yüzünden, insanların çoğunun harcadığı zamana kıyasla ne kadar fazla zaman harcadınız? Ne sıklıkla ritüellerinizi yapıyorsunuz?</p> <p><input type="text"/></p> <p>0-Hiç</p> <p>1-Hafif (günde toplam 1 saatten az) veya kompulsif davranışın nadiren gerçekleştirilmesi</p>	<p>9. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENÇ</p> <p>S. Kompulsiyonlara direnebilmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?</p> <p><input type="text"/></p> <p>0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum</p> <p>1-Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum</p> <p>2- Direnmek için bir miktar çabalıyorum</p> <p>3- Kontrol etmeye dönük hiçbir girişimde bulunmaksızın, kompulsiyonlarımın hepsine teslim olmuş durumdayım; ancak bu durumdan hoşnut değilim</p> <p>4-Hiç direnmiyorum. Tam ve gönüllü olarak</p>

<p>(günde 8 kereden az)</p> <p>2-Orta (günde toplam 1-3 saat) veya kompulsif davranışın sıklıkla gerçekleştirilmesi (günde 8 kereden fazla)</p> <p>3-Ağır (günde toplam 3-8 saat) veya kompulsif davranışın çok sık gerçekleştirilmesi</p> <p>4-Çok ağır (günde 8 saatten fazla) veya kompulsif davranışın sürekli gerçekleştirilmesi (sayılamayacak kadar çok)</p>	<p>bütün kompulsiyonlarıma boyun eğmiş durumdayım</p>
<p>7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA BAĞLI ENGEL</p> <p>S. Kompulsif davranışlarınız iş, okul, sosyal yaşam veya yaşamınızın diğer önemli işlevsellik alanlarında sizi ne kadar engelliyor? Bunlar yüzünden yapamadığınız şeyler var mı?</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>0-Hiç</p> <p>1-Hafif Sosyal hayatı veya işi çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki</p> <p>2-Orta Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki</p> <p>3-Ağır Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum</p> <p>4-Çok ağır iş görmez bir durum</p>	<p>10. KOMPULSİF DAVRANIŞ ÜZERİNE OLAN KONTROLÜN DÜZEYİ</p> <p>S. Kompulsif davranışı gerçekleştirme isteğiniz ne kadar güçlü? Kompulsiyonlarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var?</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>0- Tam olarak kontrol edebiliyorum</p> <p>1-Davranışı yapmak için baskı hissetmeme rağmen genellikle istemli olarak kontrol edebiliyorum</p> <p>2-Orta derecede kontrol edebiliyorum.</p> <p>Kompulsif hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı var ancak güçlkle kontrol edebiliyorum</p> <p>3-Az miktarda kontrol edebiliyorum.</p> <p>Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcamam gerekiyor, engelleyemiyorum sadece zorlukla yapmayı geciktirebiliyorum</p> <p>4-Kontrol edemiyorum. Davranışı yapmakla ilgili dürtü tamamıyla benim iradem dışında gibi geliyor ve çok güçlü, nadiren anlık olarak davranışı geciktirebiliyorum.</p>

Toplam Skor:

Ek 5: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği 11. Madde (Y-BOCS)

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru : Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak bir şey olmadığına tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız görüldüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

Ek 6: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)

1. **Son hafta içinde** sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu? Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz? (Asıl inanç):
2. Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı?

Her bir madde için hastayı en iyi şekilde karakterize eden cevabı saptayarak daire içine alın. Hastanın spesifik inançları sorularla bütünleştirilebilir -- Örneğin “Kapı kollarına dokunmanın sizi hasta yapacağına ne kadar inanıyordunuz”. Tercihe bağlı sorular parantez içinde belirtilmiştir; görüşmeciye yönelik yönergeler italik olarak yazılmıştır.

1. İkna olma

Bu fikirlere veya inançlara ne kadar inanıyordunuz? Fikirlerinizin veya inançlarınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz? (Bu eminliğiniz neye dayanıyor?)

- 0- Kesinlikle bu inançların yanlışlığına inanıyor (%0 emin olma)
- 1- İnançlar doğru değil ya da önemli derecede bir şüphe bulunmakta.
- 2- İnançlar doğru olabilir ya da olmayabilir veya inançların doğru olup olmadığına karar veremiyor.
- 3- Bu inançların doğru olduğuna oldukça inanmış durumda fakat bir parça şüphe bulunmakta.
- 4- Var olan inançların gerçekliğiyle ilgili tamamıyla ikna olmuş durumda (%100 emin).

2. Diğerlerinin inançla ilgili bakış açıları konusundaki algı

Diğer insanların inançlarınızla ilgili olarak ne düşündüklerini (düşünebileceklerini) düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE]
İnsanların çoğunun inançlarınızı anlamlı buldukları konusunda ne kadar eminsiniz?

(Görüşmeci eğer gerekliyse hastaya bu soruyu cevaplarken diğer insanların dürüst bir şekilde fikrini açıkladığını varsayarak cevaplamasını söylemelidir)

- 0- İnsanların çoğunun bu inançları gerçek dışı düşündüğü konusunda tamamıyla emindir.
- 1- İnsanların çoğunun bu inançların gerçek dışı olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğer insanlar bu inançların gerçek dışı olduğunu düşünebilirler veya düşünmeyebilirler veya bu

inançlara ilişkin diğer insanların bakış açıları konusunda emin değildir.

- 3- Çoğu insanın bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.

- 4- Çoğu insanların bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda tamamen emindir

3. Farlı bakış açılarının açıklanması

Demıştiniz ki (...1. maddedeki cevabı buraya koyarak...) fakat (2. maddedeki cevabı buraya yaz...) dediniz? [DURUP BEKLE] inançlarınızın doğruluyla ilgili olarak sizin düşündüklerinizle diğer insanların düşündükleri arasındaki farkı nasıl açıklarsınız? (Kimin doğru olması daha muhtemeldir?)

(Görüşmeci eğer 1 ve 2. maddeler verilen cevaplar aynıysa bu soruyu sormamalıdır. Bu durumda 1 ve 2'deki skor ne ise o skoru vermelidir.)

- 0- Bu inançların gerçek dışı veya absürd olduğu konusunda

tamamıyla emindir. (Ör. Zihnim bana oyun oynuyor.)

- 1- Bu inançların gerçek dışı olduğu konusunda oldukça emindir.
2- Diğerlerinin neden onunla aynı fikirde olmadığı konusunda emin değildir. —inançlar gerçek dışı olabilir veya diğerleri yanılıyor olabilir.
3- İnançların doğru olduğu konusunda oldukça emindir; diğerlerinin bakış açıları daha az doğrudur.
4- İnançların doğru olduğu konusunda tamamıyla emindir; diğerlerinin inançları yanlıştır doğru değildir.

4. Fikirlerin sabitliği

Eğer inançlarınızın doğruluğunu sorgularsam (veya karşı çıkarsam) tepkiniz ne olur? [DURUP BEKLE] Sizi yanıldığınıza ikna edebilir miyim?

(Eğer gerekliyse hastayı yüzleştirmeyen bir örnek veriniz.)

(Hastanın ikna edilip edilemeyeceğini esas alarak derecelendirin. Onun

kendisinin ikna edilip edilmemesi konusundaki arzusunu dikkate almayın.)

- 0- İnançların yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya istekli; bu olasılıkla ilgili olarak herhangi bir hoşnutsuzluk sergilemiyor.

- 1- İnançın yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya kolaylıkla istekli arzulu; buna olan hoşnutsuzluğu/isteksizliği minimal.
- 2- Bir şekilde inançların yanlış olabileceği olasılığını dikkate almaya istekli fakat orta derecede direnç var.
- 3- Çok açık bir şekilde inancın yanlış olabileceğini dikkate alma konusunda isteksiz; isteksizlik/hoşnutsuzluk belirgin.
- 4- İnançın yanlış olabileceği olasılığını dikkate alma konusunu dikkate almayı kesinlikle reddediyor—Ör: inanç sabit.

5. Fikri yanlışlama girişimleri

İnançlarınızın yanlışlığını kanıtlamaya veya reddetmeye ne kadar aktif bir biçimde çalışıyorsunuz.? İnançlarınızın yanlış olabileceğine kendinizi ikna etmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?

(Görüşmeci hastanın kendisini bu inançtan kurtarmaya dönük çabalarını derecelendirmelidir. Bu düşünce veya fikirleri zihninden atmaya dönük veya başka bir şey düşünmeye dönük girişimlerini dikkate almamalıdır.)

- 0- Bu inancın yanlışlığını hep kanıtlamaya çalışıyor veya inançlar yanlış olduğu için böyle bir kanıtlama çabasına gerek duymuyor.
- 1- Genellikle bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor
- 2- Bazen bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 3- Nadiren bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 4- İnançların yanlışlığını kanıtlamak için herhangi bir girişimde bulunmuyor.

6. İçgörü

Bu inançlara neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] Bunların psikiyatrik veya psikolojik herhangi bir nedeni olabilir mi veya bunlar gerçekten doğru mu?

(Görüşmeci hastanın gerçekten inanıp inanmadığı konusunda karar vermelidir. Ona söyleneni veya gerçek olmasını umduğu şeyi değil. Psikolojik etiyojji psikiyatrik hastalıkla eşdeğer olarak görülmelidir.)

(Düşüncelerin abartılı olduğunun bilinmesi—örneğin çok zaman aldığıının-veya hasta için sorun oluşturduğunun bilinmesi psikiyatrik veya psikolojik etiyojjiyle aynı şeymiş gibi değerlendirilmemelidir. Bunun yerine hastanın bu inançlarının psikiyatrik veya psikolojik kaynağı veya nedeni olduğu konusundaki farkındalığını derecelendirin.)

- 0- İnançların kesinlikle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 1- İnançların büyük ihtimalle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.

2- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni olma olasılığı var.

3- Muhtemelen inançların psikiyatrik veya psikolojik nedeni yok.

4- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni kesinlikle yok.

TOPLAM BABS SKORU =1 DEN 6'YA KADAR OLAN SORULARIN TOPLAMI

EK MADDE (toplam puana katmayınız)

7. referans fikirleri veya hezeyanları

İnancınız yüzünden insanların sizinle ilgili konuştukları veya size dikkat ettikleri oluyor mu?
OPSIYONEL: (inancını yazın) çevreden özel mesajlar aldığınız oluyor mu? (Bundan ne kadar eminsiniz?)

(Bu soru sadece BABS görüşmecisi tarafından değerlendirilen inançlarla ilgilidir— değerlendirilen inançla alakasız bir nedenle kendisine dikkat edildiğini düşünüyorsa bununla ilgili değil. Görüşmeci bu soruyu cevaplarken gözlenebilir eylem veya kompulsiyonları değil, bunun yerine temel inancı puanlamalıdır.)

0- Hayır, diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat etmiyorlar.

1- Diğerleri muhtemelen bana özel bir dikkat göstermiyorlar.

2- Diğerleri bana özel bir dikkat gösteriyor da olabilir göstermiyor da olabilir.

3- Diğerleri muhtemelen bana özellikle dikkat ediyor.

4- Diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat ediyor.

Ek 7: Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

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

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum
15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19. (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi Őikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka Şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Saęlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, baŐka hiçbir Őey dűŐünemiyorum.

20. (0) Sekse karşı ilginde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21. (0) Cezalandırılması gereken Şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi dűŐünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuŐum gibi geliyor

Ek 8: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

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

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek 9: Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri (PDOE)

Penn Dinsel Obsesyonlar Envanteri (PDOE)

Aşağıdaki ifadeler, insanların zaman zaman aklından geçen bazı düşünceleri içermektedir. Lütfen aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak bu durumları ne sıklıkla yaşadığınızı işaretleyiniz.

0= Hiç bir zaman

1= Neredeyse hiçbir zaman

2= Bazen

3= Sıklıkla

4= Her zaman

- | | |
|-------|---|
| _____ | 1. Dürüst olmayan art niyetli düşüncelerim olabileceğinden ötürü endişeleniyorum. |
| _____ | 2. Günahkâr bir insan olabileceğimden korkuyorum. |
| _____ | 3. Ahlaksızca davranacağımdan korkuyorum. |
| _____ | 4. Günahlarım için, tekrar tekrar tövbe etmek zorunda hissediyorum. |
| _____ | 5. Cennet ve cehennem beni endişelendiriyor |
| _____ | 6. Her zaman ahlaklı davranmalıyım, aksi takdirde cezalandırılıyorum diye endişeleniyorum. |
| _____ | 7. Zevk almak istediğim bir şeyi yaparken, kendimi suçlu hissettiğim için o şeyden zevk alamıyorum. |
| _____ | 8. Aklıma ahlaksız düşünceler geliyor ve onlardan kurtulamıyorum. |
| _____ | 9. Davranışlarımın Allah tarafından kabul edilemeyecek olmasından korkuyorum. |
| _____ | 10. Farkında olmadan, uygun olmayan bir şekilde davranmış olmaktan korkuyorum. |
| _____ | 11. Bazı ahlaksız düşüncelerden kaçınmak için çok uğraşmalıyım. |
| _____ | 12. Dürüst olmayan şeyler yapmış olabileceğimden çok endişeleniyorum. |
| _____ | 13. Allah'ın emirlerine karşı çıkmaktan korkuyorum. |

- _____ 14. Cinsel içerikli düşüncelere sahip olmaktan korkuyorum.
- _____ 15. Allah ile asla iyi bir bağım olmayacağından ötürü endişeleniyorum.
- _____ 16. Ahlaksız düşüncelerimden dolayı kendimi suçlu hissediyorum.
- _____ 17. Allah'ın benden hoşnut olmamasından endişeleniyorum.
- _____ 18. Ahlaksız düşüncelere sahip olmaktan korkuyorum.
- _____ 19. Düşüncelerimin Allah tarafından kabul edilemez olmasından korkuyorum.



Ek 10: Obsesif İnançlar Ölçeği (OIÖ-44)

Obsesif İnançlar Ölçeği (OIÖ-44)

Bu envanter insanların kapıldıkları farklı tutum ve inançları sıralamaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtiniz. Her bir ifade için sizin düşüncenizi en iyi tanımlayan rakamı işaretleyiniz. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur. Verilen ifadenin sizin genel bakış açınızı temsil edip etmediğine karar verirken çoğu zaman nasıl düşündüğünüzü gözünüzün önüne getiriniz. Cevaplarken aşağıdaki ölçeği kullanınız:

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

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

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

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

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

Ek 11: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ)

Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ)

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

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

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