ALGILANAN KONTROLÜN OBSESİF İNANÇLAR VE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERLE İLİŞKİSİ

Meryem Güngör
171180110

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2021

ALGILANAN KONTROLÜN OBSESİF İNANÇLAR VE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERLE İLİŞKİSİ

Meryem Güngör
171180110
Orcid: 0000-0001-8131-2847

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2021



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşarak mesleki ve akademik gelişimime katkı sağlayan, tez süreci boyunca desteğini ve emeğini esirgemeyen tez danışmanım ve değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan'a bu tezin ortaya çıkmasındaki katkıları için saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez jüri üyelerim Doç Dr. Ferzan Curun ve Dr. Öğr. Üyesi Gülin Güneri'ye değerli katkıları ve önerileri için teşekkür ederim. Tezimin analiz sürecinde sunduğu destek, emek ve katkıları için Dr. Öğr. Üyesi Asiye Yıldırım'a teşekkürlerimi sunarım.

Veri toplama sürecinde benden desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Hasret Aktaş'a, tez sürecindeki değerli katkıları için Betül Asarkaya, Gizem Baki, Selim Ozan Çekçi, Zeynep Gülüm ve Zülal Oğuz'a çok teşekkür ederim.

Son olarak, her zaman olduğu gibi bu süreçte de yanımda olan, beni destekleyen ve yüreklendiren sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Meryem Güngör

Şubat, 2021

ÖZ

ALGILANAN KONTROLÜN OBSESİF İNANÇLAR VE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERLE İLİŞKİSİ

Meryem Güngör
Yüksek Tezi Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2021

Bu çalışmada algılanan kontrolün obsesif inançlar ve obsesif kompulsif belirtilerle olan ilişkilerinin ve algılanan kontrolün obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisinin sınanması amaçlanmıştır. Çalışmada veri toplanması amacıyla Demografik Bilgi Formu, Algılanan Kontrol Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Padua Envanteri Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu ve Obsesif İnanışlar Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında Algılanan Kontrol Ölçeği Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini uygun örnekleme yoluyla seçilen 18 yaş üstü 301 katılımcı oluşturmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre tehdidin kontrolü, stres kontrolü ve duygu kontrolü olmak üzere üç faktörlü yapı elde edilmiş olup, Algılanan Kontrol Ölçeği'nin psikometrik açıdan geçerli ve güvenilir özelliklere sahip olduğu ortaya konmuştur. Çalışmanın ikinci aşaması uygun örnekleme yolu ile seçilen 18 yaş üstü 265 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, algılanan kontrolün hem obsesif inançlarla hem de obsesif kompulsif belirtilerle negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, algılanan kontrolün alt boyutlarından tehdidin kontrolünün obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin alt boyutlarından kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler ve kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri yordadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular literatürdeki bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Algılanan kontrol, obsesif inançlar, obsesif kompulsif bozukluk.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF PERCEIVED CONTROL WITH OBSESSIVE BELIEFS AND OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS

Meryem Güngör
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Thesis Advisor: Asst. Prof. Kuntay Arcan
Maltepe University Graduate School, 2021

The aim of this study was to examine the relations of perceived control with obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms and to investigate the effect of perceived control on obsessive-compulsive symptoms. Demographic Information Form, Anxiety Control Questionnaire-Revised, Beck Depression Inventory, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Padua Inventory - Washington State University Revision and Obsessive Beliefs Questionnaire were used for data collection. In the first part of the study, the Anxiety Control Questionnaire-Revised was adapted into Turkish and reliability and validity studies was conducted. The sample of the study consisted of 301 participants over the age of 18. According to the results of the study, a three-factor structure, including threat control, stress control, and emotion control was obtained, and it was revealed that the Anxiety Control Questionnaire-Revised showed promising psychometric properties with respect to their reliability and validity analyses. The second part of the study was carried out with 265 participants over the age of 18. Results indicated that perceived control was negatively and significantly associated with both obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. Moreover, threat control significantly predicted the obsessional thoughts about harm to oneself or others and obsessional impulses to harm oneself or others. The results were discussed in the light of literature.

Keywords: Perceived control, obsessive beliefs, obsessive compulsive disorder.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ x
SİMGELER xi
KISALTMALAR xii
ÖZGEÇMİŞ xiii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK 3
1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı 3
1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi 5
1.1.3. Obsesyon ve Kompulsiyonların İçerikleri ve Alt Tipleri 6
1.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Açıklayan Bilişsel Modeller 8
1.2. ALGILANAN KONTROL 11
1.3 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK, OBSESİF İNANÇLAR VE ALGILANAN KONTROL 14
1.4 ARAŞTIRMANIN AMACI 16
1.5 ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLER 16
1.5.1 Birinci Araştırmanın Soruları ve Hipotezler 16
1.5.2 İkinci Araştırmanın Soruları ve Hipotezler 16
1.6 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 17
BÖLÜM 2. YÖNTEM 19
2.1. BİRİNCİ ÇALIŞMA 19
2.1.1. Araştırma Modeli 19
2.1.2. Örneklem 19
2.1.3. Veri Toplama Araçları 20
2.1.4. İşlem 22
2.1.5. Verilerin Analizi 23
2.2. İKİNCİ ÇALIŞMA 23
2.2.1. Araştırma Modeli 23
2.2.2. Örneklem 23
2.2.3 Veri Toplama Araçları 25
2.2.3.1 Demografik Bilgi Formu 26
2.2.4. İşlem 27
2.2.5 Verilerin Analizi 28
BÖLÜM 3. BULGULAR 29
3.1. BİRİNCİ ÇALIŞMANIN BULGULARI 29
3.1.1 ACQ-R'nin Geçerliği 29
3.1.2. ACQ-R'nin Güvenirliği 36
3.2. İKİNCİ ÇALIŞMANIN BULGULARI 37
3.2.1. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi 37
3.2.2. Obsesif Kompulsif Belirtileri Yordayan Değişkenlerin Regresyon Analizi . 41

BÖLÜM 4. TARTIŞMA 45
4.1. ACQ-R'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi 45
4.2. ACQ-R'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi 46
4.3. Algılanan Kontrol, Obsesif İnançlar ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki İlişkilerin Tartışılması 47
4.4. Obsesif Kompulsif Belirtileri Yordayan Değişkenlerin Analizine Yönelik Sonuçların Tartışılması 49
4.5. Genel Değerlendirme 54
4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler 56
EK'LER 58
Ek-1: BİLGİLENDRİLMİŞ ONAM FORMU-1 58
EK-2: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU-1 59
Ek-3: ACQ-R 60
Ek-4: BDE 62
Ek-5: STAI 65
Ek-6: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU-2 68
Ek-7: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU-2 69
Ek-8: PE-WEÜR 70
Ek-9: OİÖ 73
KAYNAKÇA 77

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. DSM-V'e Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri 4
Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri 20
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri 24
Tablo 4. ACQ-R'nin Faktör Yükleri ve Açıkladığı Varyans Değeri 31
Tablo 5. ACQ-R'nin İkinci Analiz Faktör Yükleri ve Açıkladığı Varyans Değeri 32
Tablo 6. ACQ-R için Uyum İyiliği Testleri'ne İlişkin Değerler 33
Tablo 7. ACQ-R Eş Zaman Geçerliliği Sonuçları 35
Tablo 8. ACQ-R'nin Madde Analizi Sonuçları 36
Tablo 9. ACQ-R'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular 37
Tablo 10. Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları 40
Tablo 11. Kendine/Başkalarına Zarar Verneye Yönelik Obsesyonel Dürtüleri Yordayan Değişkenlerin Analizi 42
Tablo 12. Kendine/Başkalarına Zarar Vermeye Yönelik Obsesyonel Düşünceleri Yordayan Değişkenlerin Analizi 43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Ölçek maddelerine ilişkin öz değer grafiği..... 30
Şekil 2. ACQ-R'nin faktör yükleri 34

SİMGELER

β	: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
F	: Frekans
GFI	: Uyum İyiliği İndeksi
n	: Toplam Sayı
NNFI	: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
p	: Anlamlılık Düzeyi
r	: Korelasyon Katsayısı
R^2	: Belirleme Katsayısı
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
Sd	: Serbestlik Derecesi
SS	: Standart Sapma
Ort	: Ortalama
x^2	: Ki kare
%	: Yüzde

KISALTMALAR

ACQ-R	: Algılanan Kontrol Ölçeği
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
Çev	: Çeviren
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
Ed	: Editör
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin Katsayısı
OİÖ	: Obsesif İnanışlar Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKBÇG	: Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu
PE-WEÜR	: Padua Envanteri Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş formu
SPSS	: Statistic Packets For Social Seciences
Ss	: Sayfa
STAI	: Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri
STAI-S	: Durumluk Kaygı Ölçeği
STAI-T	: Sürekli Kaygı Ölçeği
vd	: ve diğerleri

ÖZGEÇMİŞ

Meryem Güngör

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y. Ls.	2021	Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2015	Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2010	Özel Asfa Ahmet Mithat Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2019	Psikolog, Adalet Bakanlığı
2016-2017	Psikolog, BLC Dikkat ve Algı Geliştirme Merkezi

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Kontrol, uzun süredir psikopatoloji teorilerinde önemli bir yapı olarak kabul edilmekte, kontrolün ruh sağlığındaki önemi vurgulanmaktadır (Skinner, 1996). Kontrolün insan davranışlarıyla oldukça ilişkili olduğu, sosyal öğrenme kuramı (Bandura, 1977) ve öğrenilmiş çaresizlik (Seligman, 1975) gibi çok sayıda psikolojik modelde kontrol yönlerinin önemli bir rol oynadığı açıkça görülmektedir. Literatürde kontrol odağı (Rotter, 1966) ve öz yeterlik (Bandura, 1977) gibi kontrolle ilgili 100'den fazla birbiriyle ilişkili fakat farklı terimlerin olduğu tespit edilmiştir (Skinner, 1996).

İlk kez Rotter (1966) tarafından ortaya konan kontrol odağı kavramında, kişilerin bir olayın gerçekleşmesinde kendi davranışlarının veya karakteristik özelliklerinin etkili olduğuna dair inancı iç kontrol, diğer insanların ya da şans ve kader gibi faktörlerin etkili olduğuna dair inancı dış kontrol olarak tanımlanmıştır. Fakat kontrol odağının kontrolle ilgili diğer teorilere göre kaygı deneyimiyle daha az ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Gallagher, Bentley ve Barlow, 2014). Bandura'nın (1977) öz-yeterlik teorisine göre, kontrol terimi kişinin olaylar üzerindeki kontrol becerilerine ilişkin inançları olarak tanımlanmıştır. Öz yeterlik teorisine göre istenen davranışları ortaya koyma konusunda yetersiz hissetmenin, kaygıya yol açabilen bilişsel-duygusal bir süreç olduğu ifade edilmektedir (Weems ve Silverman 2006). Seligman'ın (1975) öğrenilmiş çaresizlik modelinde ise zararlı uyaranların kaçınılmaz olduğu durumlarda, canlıların çaresiz olmayı öğrendikleri ileri sürülmektedir. Maier ve Seligman (1976), kontrol edilemeyen olayların motivasyonel, bilişsel ve duygusal olarak sıkıntılara yol açacağını öne sürmekte, araştırmalar öğrenilmiş çaresizliğin kaygının gelişimi için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir (Chorpita ve Barlow, 1998). Öğrenilmiş çaresizlik modelinde aynı zamanda algılanan kontrol ve gerçek kontrol arasındaki farkın önemi vurgulanmaktadır (Weems ve Silverman 2006). Skinner (1996), literatürde kontrole ilişkin en temel ayrımın, algılanan kontrol ve gerçek kontrol arasında olduğunu belirtmektedir. Algılanan kontrol, durumsal faktörlerin ve olayların doğası üzerindeki kontrol algıları olarak

tanımlanmakla birlikte, ruh sağlığı alanında algılanan kontrolün gerçek kontrole kıyasla daha önemli bir faktör olduğu öne sürülmektedir (Burger, 1989; Skinner, 1996).

Algılanan kontrol, yaygın olarak Brown, White, Forsyth ve Barlow (2004) tarafından geliştirilen Algılanan Kontrol Ölçeği (Anxiety Control Questionnaire-Revised; ACQ-R) ile ölçülmektedir. ACQ-R, kaygı ile ilgili olaylar ve tepkiler üzerindeki algılanan kontrolü ölçmek için geliştirilmiştir. ACQ-R'nin Türkiye örneklemi için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına rastlanmamıştır. Bu bağlamda, mevcut çalışmanın ilk amacı Algılanan Kontrol Ölçeği'nin (ACQ-R) Türkçe uyarlama çalışmasının yapılması ve "algılanan kontrol" kavramının ulusal literatüre kazandırılmasıdır.

Psikopatoloji teorileri, algılanan kontrolün kaygı bozukluklarının gelişimi ile özellikle ilgili olduğunu ve olumsuz duygu durum deneyiminde önemli bir rolünün olduğunu ortaya koymaktadır (Barlow 2002; Rapee, Craske, Brown ve Barlow, 1996; Shapiro ve Astin, 1998). Dolayısıyla düşük kontrol algısının kaygı bozuklukları geliştirme riskinin artmasında önemli bir etiyolojik faktör olduğu düşünülmekte, araştırmalar da düşük kontrol algısının panik bozukluk (Bentley vd., 2013), obsesif kompulsif bozukluk (Moulding ve Kyrios, 2007), travma sonrası stres bozukluğu (Vujanovic, Marshall, Gibson, ve Zvolensky, 2010), sosyal anksiyete bozukluğu (Hoffman, 2005) ve yaygın anksiyete bozukluğunu (Cannon ve Weems, 2010) yordadığını göstermektedir. Düşük kontrol algısı aynı zamanda obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve çeşitli kaygı bozukluklarında sürdürücü faktör olarak kabul edilmektedir (Barlow, 2002).

OKB tanısı alan kişiler duyguları, davranışları, diğer insanları ve durumları / nesneleri kontrol etmek için tekrar eden girişimlerde bulunmakta; düşük kontrol algısı klinik ve klinik olmayan örneklemde OKB inançları, davranışları ve belirtileri ile ilişkilendirilmektedir (aktaran Gelfand, 2013). OKB'nin gelişimi ve sürmesine açıklama getiren bir çok bilişsel modelin olduğu görülmekte, OKB'ye ilişkin düşünce ve kompulsif davranışların altında Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG, 1997) tarafından belirlenmiş olan obsesif inançların yattığı öne sürülmektedir. Bunun yanı sıra, obsesif inançların gelişiminde de kontrolle ilgili inançların önemli bir faktör olduğu ifade edilmektedir (Moulding ve Kyrios, 2007). Literatürde algılanan kontrol, obsesif inançlar ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkilerinin incelendiği çalışmalar kısıtlı olmakla

birlikte, ulusal literatürde bununla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda, çalışmanın ikinci amacı obsesif inançlar, obsesif kompulsif belirtiler ve algılanan kontrolün birbirleriyle olan ilişkilerinin incelenmesidir.

Bu bölümde öncelikle OKB'nin tanımına, epidemiyolojisine, OKB'yi açıklamaya çalışan bilişsel yaklaşımlara ve bu yaklaşımlar çerçevesinde obsesif inançlara yer verilmiştir. Daha sonra OKB belirtileri ve obsesif inançlarla ilişkili olduğu düşünülen algılanan kontrolün tanımına, algılanan kontrolle ilgili kuramsal görüşlere yer verilmiş, algılanan kontrol, OKB ve obsesif inançlarla ilgili yapılmış görgül araştırmalar özetlenmiştir. Bölümün sonunda ise araştırmanın amaçları, araştırma hipotezleri ve araştırmanın önemi sunulmuştur.

1.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013), obsesif kompulsif bozukluğu obsesyon (takıntı) ve kompulsiyonlardan (zorlantı) oluşan bir bozukluk olarak tanımlamaktadır. Obsesyonlar, istemsiz bir şekilde ortaya çıkan, kişide belirgin bir sıkıntı ya da kaygıya sebep olan, kişinin bunları görmezden gelmeye, bastırmaya veya başka bir düşünce veya eylemle yüksüzleştirmeye çalıştığı yineleyici ve ısrarcı düşünce, dürtü ya da imgelerdir. (APA, 2013). Kompulsiyonlar ise obsesyona tepki olarak, obsesyonun neden olduğu sıkıntıyı azaltmak veya korkulan durum ya da olayı önlemek amacıyla yapılan, kişinin katı bir biçimde kurallara uyarak yapmak zorunda hissettiği yineleyici davranışlar (örneğin yıkama, kontrol etme) ya da zihinsel eylemlerdir (örneğin sayı sayma) (APA, 2013). Ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, önlemek istedikleriyle gerçekçi bir şekilde bağlantılı olmamakla birlikte aşırı düzeydedirler (Abramowitz, Taylor ve McKay, 2009). Obsesyonlar çoğu kişide istemsiz bir şekilde ortaya çıkan düşünce, imge ya da dürtülerle benzer olmakla birlikte, bunlara göre daha yoğun ve uzun süreli yaşanır; aynı zamanda kişide daha fazla sıkıntıya yol açarlar (Rachman, 1997; Rachman ve de Silva, 1998). Kişinin sevdiği birine zarar gelmesiyle ilgili düşünce ya da görüntüler, kapının kilitlenmediği veya elektrikli aletlerin kapanmadığına dair şüpheler, kirlenmiş olmaya dair düşünceler ve kişiye ahlaki veya cinsel olarak aykırı gelen düşünceler obsesyonun örnekleri olarak gösterilebilir (Abramowitz vd., 2009). Kompulsif yıkama, kontrol etme,

rutin davranışları tekrarlama, sıralama ve düzenleme, dua etme, zihinsel olarak istenmeyen düşünceleri daha kabul edilebilir bir düşünceyle yer değiştirme ise kompulsiyonlara örnek olarak gösterilebilir (Wheaton, Abramowitz, Berman, Riemann ve Hale, 2010). Tablo 1'de OKB'nin DSM V'e (APA, 2013) göre tanı ölçütleri yer almaktadır.

Tablo 1. DSM-V'e Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

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 ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamamaya çalışır ya da bunları başka 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 göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yineleyici 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 davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı veya sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma veya 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 veya açıkça aşırı bir düzeydedir.
Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.
B - Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

D- Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında 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 hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, 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 sanrısal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan (çeviri ed. E. Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi

OKB'nin epidemiyolojisiyle ilgili çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Sasson ve arkadaşlarının (1997) yürüttükleri çalışmada OKB'nin prevalansı genel popülasyonun yaklaşık %2'si olarak bulunmuş olup, Ruscio ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan epidemiyolojik çalışmada OKB'nin yaşam boyu görülme oranı %2.3, yıllık görülme sıklığı ise %1.2 olarak bulunmuştur. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise OKB'nin yıllık görülme sıklığının %3 olduğu görülmüştür (Çilli vd., 2004).

Çocuklukta veya yetişkinliğin ileri dönemlerinde de ortaya çıkabilmesine rağmen, OKB genellikle geç ergenlikte veya erken dönem yetişkinlikte ortaya çıkmaktadır (Abramowitz vd., 2009). Angst ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışmada, OKB'nin ortalama başlangıç yaşının 20 yaşın altında olduğu bulunmuştur. Birçok çalışma OKB'nin kadınlarda erkeklere oranla daha çok görüldüğünü, fakat erkeklerde OKB'nin başlangıç yaşının kadınlara göre daha erken olduğunu ortaya koymaktadır (Clark, 2004; Karadağ vd., 2006; Rasmussen ve Eisen, 1992). Bazı çalışmalar belirtilerin alt tiplerinin görülme sıklığının cinsiyete göre farklılaştığını göstermekte, örneğin temizleme kompulsiyonlarının kadınlarda, cinsellikle ilgili obsesyonların ve kontrol kompulsiyonlarının ise erkeklerde daha sık ortaya çıktığına işaret etmektedir (Clark, 2004; Karadağ vd., 2006).

Seyriyle ilgili yapılan çalışmalara göre; OKB, belirtileri bazen artıp bazen azalarak devam eden, dalgalı seyri olan, semptomları stres faktörüne bağlı olarak değişen kronik bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. (Abramowitz vd., 2009; Angst vd., 2004; Clark, 2004). Epidemiyolojik çalışmalar aynı zamanda OKB'nin birçok psikopatolojiyle birlikte görüldüğünü göstermektedir (Angst vd., 2004; Clark ve Gonzales, 2014; Karadağ vd., 2006; Ruscio vd., 2010). Anksiyete bozuklukları (% 75.8), duygudurum bozuklukları (% 63.3), dürtü kontrol bozuklukları (% 55.9) ve madde kullanım bozuklukları (% 38.6) OKB ile en sık ortaya çıkan psikopatolojiler arasında yer almaktadır (Ruscio vd., 2010). Anksiyete bozukluklarından sosyal anksiyete bozukluğu, spesifik fobiler, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğuyla birlikte görülmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1992). Duygu durum bozukluklarından ise majör depresyon ve distiminin OKB ile görülme sıklığının %30 ile %50 arasında değiştiği, depresyonun OKB'nin şiddetini arttırdığı ifade edilmektedir (aktaran Clark, 2004). OKB'nin aynı zamanda kişilik bozukluklarından çekingen, şizotipal, bağımlı ve histriyonik kişilik bozukluklarıyla birlikte sık ortaya çıktığı belirtilmektedir (Chmielewski ve Watson, 2008).

1.1.3. Obsesyon ve Kompulsiyonların İçerikleri ve Alt Tipleri

Obsesyon ve kompulsiyonların içerikleri ve alt tipleri çeşitli olmakla birlikte kişiden kişiye değişiklik göstermektedir (Clark, 2004). OKB hastalarında bazen yıkama ve kontrol etme gibi gözlemlenebilir, açık kompulsiyonlar görülürken, hastaların yaklaşık %25'inde ise sayı sayma, dua etme gibi gözlemlenemeyen, örtük kompulsiyonlar,

bazılarında ise kompulsiyonlar olmadan sadece obsesyonlar ortaya çıkmaktadır (McKay vd., 2004).

OKB'nin belirtilerini ve alt tiplerini açıklayan iki farklı yaklaşım ortaya konmaktadır. Bu yaklaşımlar belirti alt tipi ve belirti boyutları olarak isimlendirilmektedir (Clark, 2004). Belirti alt tipi yaklaşımına göre, homojen belirti tiplerine göre sınıflandırma yapılmakta, en sık görülen obsesyonun bulaşma/kirlenme ve bununla birlikte en sık görülen kompulsiyonların ise kompulsif yıkama ve kontrol olduğu ifade edilmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1992). Saldırganlık, şüphe ve cinsellikle ilgili obsesyonlar da yaygın görülmekle birlikte, kontrol ve başkalarından güvence arama kompulsiyonlarıyla birlikte ortaya çıkmaktadır (Clark, 2004; McKay vd., 2004; Rasmussen ve Eisen, 1992). Bunların yanı sıra, hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanma konusunda endişe içeren somatik obsesyonlar kontrol ve güvence arama kompulsiyonlarıyla, simetri obsesyonu düzenleme ve sayma kompulsiyonlarıyla görülmekte, bunun dışında dinsel obsesyonlar da OKB'nin alt tipleri arasında yer almaktadır (Clark, 2004).

Belirti alt tipi yaklaşımı OKB semptomlarının zaman içinde değişiklik gösterebileceğini göz ardı etmesi ve semptomların gelişimiyle ilgili altta yatan süreç ve etiyolojiyi yeterli bir şekilde açıklayamaması sebebiyle eleştirilmektedir (Clark, 2004). Bu sebeplerle, belirti boyutları yaklaşımı öne sürülmekte, bu yaklaşıma göre kişilerin farklı belirti boyutları üzerinde farklı derecelerde (örn. düşük, orta, yüksek) olabileceği söylenmektedir (Clark, 2004). Belirti boyutları yaklaşımına göre yapılmış farklı çalışmalar mevcuttur. Hodgson ve Rachman (1977) tarafından yürütülen bir çalışmada kontrol, temizlik, yavaşlık ve şüphe olmak üzere dört belirti boyutu ortaya çıkmıştır. Leckman ve arkadaşlarının (1997) yapmış olduğu çalışmada, dört belirti boyutu tanımlanmıştır. Birinci boyut obsesyonlar (saldırgan, cinsel, dinsel ve somatik) ve kontrol etme kompulsiyonları, ikinci boyut simetri obsesyonları ve düzen/sıralama, sayma ve tekrarlama kompulsiyonları, üçüncü boyut kirlenme/bulaşma obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları, dördüncü boyut ise biriktirme obsesyonu ve kompulsiyonu olarak tanımlanmıştır (Leckman vd., 1997).

1.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Açıklayan Bilişsel Modeller

OKB'yi açıklayan farklı bilişsel yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar, girici düşünceler hakkında yapılan değerlendirmeleri ve bunların zarar ve sorumluluk olasılığı açısından yorumlanmasının önemini vurgulamaktadır (Yorulmaz, Gençöz ve Woody, 2010). Bu bölümde OKB'yi açıklamaya çalışan bilişsel yaklaşımlara yer verilecektir.

1.1.4.1. Salkovskis: Abartılı Sorumluluk Modeli

OKB'nin bilişsel modellerinden biri Salkovskis'in abartılı sorumluluk modelidir. Salkovskis'e (1999) göre girici düşünce, dürtü ya da imgelerin nasıl yorumlandığı önemlidir. Bu modelde olumsuz sonuçlara neden olmak veya bunları önlemek ile ilgili inançlar olarak tanımlanan aşırı/abartılı sorumluluk algısını içeren işlevsel olmayan inançların önemli olduğu öne sürülmektedir (Salkovskis, 1989). Kişi girici düşünceyi kendisine ya da başkasına gelebilecek bir zarar olarak değerlendirip bununla ilgili sorumluluk duyduğunda, yaşadığı sıkıntıyı gidermek veya olumsuz sonuçları önlemek için kompulsiyonlara başvurur (Salkovskis, 1985). Kompulsiyonlar kişinin kendisine veya başkalarına zarar vermekten sorumlu olma olasılığını azaltma ya da önleme girişimleri olarak da görülebilir (Salkovskis, 1985). Kompulsiyonlar, yaşanılan sıkıntıyı kısa bir süre azalttığı, istenmeyen düşünceyi geçici olarak ortadan kaldırdığı ve değerlendirmelerin gerçekçi olmadığının öğrenilmesini engellediği için sürdürülmeye devam etmektedir (Abramowitz vd., 2009).

1.1.4.2. Rachman: Girici Düşüncelerin Hatalı Yorumlanması

OKB'ye ilişkin bir diğer bilişsel model ise Rachman'ın girici düşüncelerin hatalı yorumlanması modelidir. Bu modele göre girici düşünce, imge ve dürtülerin önemine yönelik yapılan felaketleştirici değerlendirmelerin, obsesyonlara neden olduğu ileri sürülmektedir (Rachman, 1997). Rachman (1997), felaketleştirici değerlendirmeler devam ettikçe obsesyonların süreceğini ve bu değerlendirmeler zayıfladıkça ya da ortadan kaldırıldıkça obsesyonların azalacağını ya da ortadan kalkacağını öne sürmektedir. Obsesyonlar, herkesin deneyimleyebileceği girici düşünce, imge ya da dürtülerle bazı açılardan benzer olsa da bunlardan daha yoğun, daha stres verici ve daha uzun sürelidir (Rachman, 1997; Rachman ve de Silva, 1978). Normal ve anormal obsesyonların

içeriğinin birbirlerine benzer olduğu görülmekte, girici düşüncenin önemine dair yapılan felaketleştirici değerlendirmelerin anormal obsesyonları normal obsesyonlardan ayırdığı ileri sürülmektedir (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). İstenmeyen girici düşüncelerin önemine yönelik yapılan felaketleştirici yorumlar obsesyonların sıklığını arttırmakta, bu da obsesyonları daha kalıcı hale getirmektedir (Rachman, 1998). Aynı zamanda kişi girici düşüncelerin önemine yönelik felaketleştirici yorumlar yaptığında tehdit edici uyaranların çeşitliliği ve şiddeti artmakta, kişi için daha önce nötr olan uyaranlar tehdit edici uyaranlar haline gelmektedir (Rachman, 1998).

1.1.4.3. Obsesif İnançlar

OKB'nin bilişsel modeline göre, girici düşüncenin önemiyle ilgili yanlış değerlendirmeler yapılması sonucunda yaşanılan sıkıntıyı gidermek ve olası olumsuz sonuçları önlenmek amacıyla kişi kompulsiyonlara başvurmaktadır (Salkovskis, 1985). Yanlış değerlendirmelerin ise OKBÇG (1997) tarafından ortaya konmuş olan obsesif inançlardan kaynaklandığı öne sürülmektedir. OKB'nin bilişsel temelini incelemek ve bilişsel özellikleri ölçebilmek için değerlendirme araçları geliştirmek amacıyla bir grup araştırmacının bir araya gelerek oluşturduğu OKBÇG, OKB'nin bilişsel temelini oluşturan üç farklı kavram tanımlamıştır: (1) girici düşünceler, (2) değerlendirmeler, (3) inançlar. *Girici düşünceler;* istenmeyen düşünce, imge ya da dürtülerdir ve bazı kişilerde şiddetli, yoğun ve stres verici düzeyde deneyimlenmektedir (OKBÇG, 1997). Bu düşünceler OKB'nin de belirleyici bir semptomu olan obsesyonlar olarak tanımlanır (OKBÇG, 1997). *Değerlendirmeler,* girici düşünceler gibi belirli bir olayı anlamlandırma yollarıdır ve beklentileri, yorumları ya da diğer yargılama biçimlerini içerir (OKBÇG, 1997). *İnançlar* ise OKB'ye özgü veya kişinin kendisiyle ilgili, belirli bir olaya özgü olmayan genel varsayımlardır (OKBÇG, 1997). OKBÇG (1997), OKB'de merkezi bir öneme sahip olduğunu düşündükleri inançları altı alanda derlemişlerdir:

1. Abartılı sorumluluk algısı: Salkovskis'in (1985) modeline göre, kişi girici düşünceyi ortaya çıkabilecek bir zarar olarak değerlendirip bu zararın önlenmesiyle ilgili sorumluluk duymaktadır. Bunun sonucunda ise yaşanılan sıkıntıyı gidermek ve olası olumsuz sonuçları önlemek için kompulsiyonlara başvurmaktadır.

2. Düşüncelere aşırı önem verme: Düşüncenin sadece varlığının, o düşüncenin önemli olduğuna ilişkin inancı yansıtmaktadır. Düşünce-eylem kaynaşması da bu inanç

alanında yer almaktadır. Düşünce-eylem kaynaşması, kişinin girici düşünceye sahip olmasının korkulan olayın gerçekleşme olasılığını arttırdığına inanması ve/veya bu düşünceye sahip olmanın ahlaki olarak o eylemi gerçekleştirmeye eşdeğer olduğunu düşünmesidir (Rachman, 1998). Rachman (1997), aynı zamanda düşünce-eylem kaynaşmasının abartılı sorumluluk algısını arttırdığını ve bunun daha fazla kaygıya yol açtığını belirtmiştir.

3. Düşünceleri kontrol etmeye aşırı önem verme: Girici düşünce, imge veya dürtüler üzerinde tam bir kontrol sağlamanın önemli ve mümkün olduğuna dair inançlardır. Dört boyutu tanımlanmıştır: (1) zihinsel olayları izleme ve aşırı dikkat etmeye verilen önem, (2) düşünceyi kontrol etmemenin ahlaki sonuçlarıyla ilgili inançlar, (3) düşünceleri kontrol etmedeki başarısızlığın psikolojik ve davranışsal sonuçlarıyla ilgili inançlar, (4) zihinsel kontrolün etkinliği. Düşünceleri kontrol etmeye verilen önem üst-bilişsel inanç alanında yer almaktadır. Üst-bilişsel inançlar ve bununla ilgili süreçler ise OKB'nin gelişiminde rol oynamaktadır. Üst-bilişsel inançlar girici düşünce, dürtü ya da imgelerin yapısı ya da içeriğiyle ilgili inanç ve/veya varsayımlar olarak tanımlanmaktadır. Girici düşüncenin felakete yol açacağı, kişinin düşüncelerinden dolayı gelecek zarardan sorumlu olduğu ve bu zararı önlemek ve sıkıntıyı azaltmak için düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiğine dair inançlar girici düşünceyi izleme ve aşırı dikkat etme boyutunda yer almakta, bu inançlar OKB hastalarını karakterize eden özellikler olarak tanımlanmaktadır. Düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiğine dair inançlar birçok girici düşünceye sebep olmakla birlikte; üst-bilişsel inançlar kişinin girici düşünceye dair değerlendirmelerini etkilemekte, düşünceyi kontrol etmeye yönelik çaba başarısızlıkla sonuçlanmakta ve obsesyonel düşüncenin sıklığı artmaktadır (Purdon ve Clark, 1999; Salkovskis, 1989).

4. Tehlikenin abartılması: Zararın ya da tehlikenin gerçekleşme olasılığının ya da sonuçlarının şiddetinin abartılmasına dair inançlardır. OKB belirtileri olan kişiler bu inançlara sahip olma eğilimi göstermektedirler. Tehlikenin abartılması, düşünce-eylem kaynaşması ve mükemmeliyetçilik gibi diğer inanç alanlarıyla örtüşmektedir.

5. Belirsizliğe tahammülsüzlük: Kesin olma gerekliliği, belirsiz durumlarda işlevsellikte sıkıntı yaşama ve beklenmeyen değişikliklerle başa çıkamamaya dair inançlardır. OKB belirtileri olan kişiler karar vermeyle ilgili sıkıntı yaşamakta, verdikleri kararın doğruluğundan şüphe etmekte, bu sıkıntılar ise emin olma ihtiyacından

kaynaklanmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğu gibi diğer psikopatolojik bozukluklarda da görülmektedir. Bununla birlikte kronik kaygıya katkıda bulunmakta ve yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerde kaygı düzeyinin artmasında bilişsel bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır (Ruggiero vd., 2012).

6. Mükemmelliyetçilik: Her sorun için mükemmel bir çözüm olduğunu, mükemmel bir şeyi yapmanın mümkün olduğunu düşünmenin yanı sıra böyle düşünmenin gerekli olduğu, küçük hataların bile ciddi sonuçları olacağına dair inançlardır. Frost ve Steketee (1997) tarafından yapılmış olan çalışmada OKB hastalarının mükemmeliyetçiliğinin klinik olmayan gruba göre daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Aynı zamanda mükemmeliyetçiliğin temizleme, kontrol ve biriktirme gibi belirli obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Frost ve Steketee, 1997).

1.2. ALGILANAN KONTROL

Kaygı olası, yaklaşan olumsuz olaylara hazırlık ile ilişkili geleceğe yönelik bir ruh hali olarak tanımlanmaktadır (Barlow, 2002). Aynı zamanda bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri içeren bir tepkidir (Barlow, 2002). Kaygı hem yaşamın temel duygularından birisi olması hem de ruhsal bozukluklara neden olması açısından çok önemli bir özellik taşımaktadır. Barlow, Chorpita ve Turovsky (1996) ise kaygıyı, gelecekteki muhtemel tehlikelere ya da diğer olası olumsuz olaylara odaklanan kontrol edilemezlik hissine sahip, tutarlı bir bilişsel-duygusal yapı olarak tanımlamışlardır. Kaygı her ne kadar patolojik olarak görülebilse de yaşamımızdaki adaptif duygulardan birisi olmakla birlikte, yoğun ve kontrol edilemezlik hissine neden olduğunda kronik ve uyumsuz bir hale gelebilmektedir (Barlow, 2002). Kontrol edilemezlik hissi düşük kontrol algısı olarak tanımlanmakla birlikte, kontrol algısı uzun zamandır ruh sağlığı alanında önemli bir belirleyici olarak görülmektedir (Rotter, 1966). Kontrol edilebilirliğin nesnel gerçekliğinden ziyade, algılanan kontrolün, yani öznel kontrol deneyiminin psikolojik sorunlardaki önemi vurgulanmaktadır (Burger, 1989; Skinner, 1996). Psikopatoloji teorileri, algılanan kontrolün kaygı bozukluklarının gelişimi ile özellikle ilgili olduğunu ve olumsuz duygu durum deneyiminde önemli bir rolünün olduğunu belirtmektedir (Barlow 2002; Rapee vd., 1996; Shapiro ve Astin, 1998). Kaygı

bozukluklarının gelişimine olan etkisinin yanı sıra, algılanan kontrolün çaresizlik, öfke, utanç duygularıyla ve madde bağımlılığı, yeme bozukluğu, depresyon gibi psikopatolojilerle de ilişkili olduğu görülmüştür (aktaran Gelfand, 2013).

Barlow ve Chorpita (1998), kontrol terimini genel olarak kişinin çevresindeki olayları ve sonuçları kişisel olarak etkileme becerisi olarak tanımlamışlardır. Algılanan kontrol ise, durumsal faktörlerin ve olayların doğası üzerindeki kontrol algısı olarak tanımlanmakla birlikte kişinin duygular, davranışlar, nesneler ve olaylar da dâhil olmak üzere kaygı ile ilgili durumları kontrol etme becerisi hakkındaki inançlarıdır (Gallagher, Bentley ve Barlow, 2014; Gelfand, 2013; Skinner, 1996). Psikopatolojideki üçlü yatkınlık modeline (triple vulnerability model) göre ise algılanan kontrol, kişinin içsel/duygusal deneyimleri, dış tehditler ve stres verici deneyimleri üzerindeki kontrol algısı olarak tanımlanmaktadır (Barlow, 2002). Dış tehditlere zor veya korkutucu durumlar, içsel deneyimlere ise panik duygusu örnek verilebilir (Sasarolli vd., 2015). Örneğin, düşük kontrol algısı olan kişiler panik atak sırasında ortaya çıkan kalp çarpıntısı, nefes darlığı gibi bedensel duyumlarını kontrol edilemez olarak görmekte, bu içsel uyaranlar tahmin edilemez olarak algılanmakta ve buna karşılık gelecekteki olası panik atak konusunda endişe duymaktadırlar (Bentley vd., 2013; Brown, White, Forsyth ve Barlow, 1996). Dolayısıyla, kaygı ile ilgili duyumların ve olayların kontrol edilemez olduğuna dair inançlar, yani düşük kontrol algısı semptomların sürmesine ve artmasına katkıda bulunmakta, kaygı bozukluğu olan kişiler tehdit edici deneyimler üzerinde düşük kontrol algısı bildirmektedir (Barlow, 2002). Düşük kontrol algısı tehdit edici deneyimlerle başa çıkma becerisine duyulan güvenin azalmasına neden olmakta, bu da kişinin yaşadığı endişeli durumları arttırmaktadır (Chorpita, 2001).

Üçlü yatkınlık modeline göre, genel biyolojik (örneğin nevrotiklik gibi mizaç özellikleri) ve psikolojik yatkınlıklar ve spesifik psikolojik yatkınlıklar (örneğin panik bozuklukta görülen kaygı duyarlılığı) kaygıyla ilgili psikopatolojilerin etiyolojisi ve sürdürülmesiyle ilgili temel unsurlardır (Barlow, 2002). Bu modele göre, düşük kontrol algısı genel psikolojik yatkınlık faktörü olarak görülmektedir (Barlow, 2002). Düşük kontrol algısı, başlangıçta kontrol edilemeyen erken dönem deneyimlerinin bir fonksiyonu olarak gelişmektedir (Gallagher vd., 2014). Kontrolle ilgili inançların gelişiminde ebeveynlik stilleri, aile yapısı gibi erken dönem deneyimleriyle ilgili birçok faktör etkili olmaktadır (Barlow ve Chorpita, 1998). Kontrol algısı başlangıçta erken

dönem deneyimleri ve kaygı arasındaki ilişkide aracı rol oynamakta; fakat zamanla daha sabit bir özellik haline gelmekle birlikte, çevresel stres faktörlerinin kaygının ifadesi ve gelişimi üzerindeki etkisinde istikrarlı bir moderatör olmaktadır (Barlow, 2002; Barlow ve Chorpita, 1998; Gallagher vd., 2014). Düşük kontrol algısının hem anlık kaygıyı hem de sürekli kaygıyı arttırdığı görülmektedir (Gallagher vd., 2014). Dolayısıyla düşük kontrol algısının kaygı bozuklukları geliştirme riskinin artmasında önemli bir etiyolojik faktör olduğu düşünülmekte, araştırmalar da düşük kontrol algısının panik bozukluk (Bentley vd., 2013), obsesif kompulsif bozukluk (Moulding ve Kyrios, 2007), travma sonrası stres bozukluğu (Vujanovic, Marshall, Gibson, ve Zvolensky, 2010), sosyal anksiyete bozukluğu (Hoffman, 2005) ve yaygın anksiyete bozukluğunu (Cannon ve Weems, 2010) yordadığını göstermektedir. Kaygı bozukluklarının gelişimine olan etkisinin yanı sıra, kontrol algısı kaygıyla ilişkili psikopatolojilerin önlenmesi ve tedavisiyle ilişkili de önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Craske ve Hazlett-Stevens, 2002; Rapee vd., 1996).

Algılanan kontrolün algılanan ebeveyn yetiştirme davranışları ile kaygı ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkilerini inceleyen bir araştırmada, ebeveynlerin olumsuz yetiştirme davranışlarının seviyesi arttıkça depresyon ve kaygı belirtilerinin arttığı, bunlarla birlikte algılanan kontrolün azaldığı görülmüştür (Muris, Meesters, Schouten ve Hoge, 2002). Aynı zamanda endişeli yetiştirmenin kaygı belirtilerine olan etkisinde algılanan kontrolün etkisi olduğu görülmüş; düşük kontrol algısı ve yüksek düzeyde kaygılı yetiştirmenin düşük seviyede kaygıyı, yüksek düzeyde kontrol algısı ve düşük düzeyde kaygılı yetiştirmenin ise düşük seviyede kaygıyı beraberinde getirdiği sonuçlarına ulaşılmıştır (Muris vd., 2002). Algılanan kontrol ile ilgili yapılan başka bir çalışmada anksiyete duyarlılığı, algılanan kontrol ve agorafobi arasındaki ilişkiler incelenmiş, algılanan kontrolün anksiyete duyarlılığı ve agorafobi arasındaki düzenleyici etkisi görülmüştür (White, Brown, Somers ve Barlow, 2006). Bununla birlikte, algılanan kontrolün seviyesi düştükçe, anksiyete duyarlılığı ve agorafobi arasındaki ilişkinin de daha güçlü olduğu bulunmuştur (White vd., 2006). Algılanan kontrol ve anksiyete duyarlılığının panik bozukluk belirtilerinin şiddeti üzerinde doğrudan ve etkileşimli etkilerini inceleyen bir çalışmada, hem algılanan kontrol hem de anksiyete duyarlılığının panik bozukluğu yordadığı, aynı zamanda algılanan kontrolün seviyesi düştükçe anksiyete duyarlılığının panik bozukluk belirtileri üzerindeki etkisinin arttığı sonuçlarına

ulaşılmıştır (Bentley vd., 2013). Başka bir çalışmada ise kontrol inançlarının, belirsizliğe tahammülsüzlüğün endişe üzerindeki etkisini arttırdığı saptanmıştır (Ruggiero vd., 2012). Bu bulgu da, kontrol inançlarının endişenin gelişimine yol açan bilişsel süreçlerde rolü olduğunu ifade etmektedir (Ruggiero vd., 2012). Algılanan kontrolle ilgili yapılan başka bir çalışmada; bilişsel hataların, anksiyete duyarlılığının ve kaygı kontrolü ile ilgili inançlarının hem birbiriyle hem de çocukluk anksiyetesi bozukluğu belirtileriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Weems, Costa, Watts, Taylor ve Cannon, 2007). Algılanan kontrolün benlik saygısıyla ilişkisini inceleyen bir çalışmada, algılanan kontrol azaldıkça benlik saygısının da azaldığı ortaya konmuştur (Stupnisk vd., 2007). Beş faktör kişilik özelliklerinin algılanan kontrol üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmada, nevrotiklik düzeyi yüksek kişilerde algılanan kontrolün düşük düzeyde, sorumluluk düzeyi yüksek kişilerde ise algılanan kontrolün yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Kaiseler, Polman ve Nicholls, 2011).

1.3 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK, OBSESİF İNANÇLAR VE ALGILANAN KONTROL

OKB kontrol kavramıyla karakterize olmakla birlikte; kişinin düşünceleri ve ritüeller aracılığıyla çevresini kontrol etme çabası ve kişinin kendi düşünce ve eylemleri üzerindeki potansiyel kontrol kaybıyla ilgili endişesi OKB için önemli rol oynamaktadır (Carr, 1974). Düşük kontrol algısı OKB ve çeşitli kaygı bozukluklarında sürdürücü faktör olarak kabul edilmektedir (Barlow, 2002). OKB tanısı alan kişiler duyguları, davranışları, diğer insanları ve durumları / nesneleri kontrol etmek için tekrar eden girişimlerde bulunmakta; düşük kontrol algısı klinik ve klinik olmayan örneklemde OKB inançları, davranışları ve belirtileri ile ilişkilendirilmektedir (aktaran Gelfand, 2013). Kişiler düşünceleri üzerindeki kontrol algılarıyla örtüşmeyen yüksek düzeyde kontol isteği duyduğunda, bu kişide sıkıntıya yol açmakta ve kişiyi nötralize etme ve düşünce kontrol stratejileriyle kontrolü yeniden kazanmaya yönlendirmektedir (Moulding ve Kyrios, 2006). Aynı zamanda yüksek düzeydeki kontrol isteğiyle uyuşmayan düşük kontrol algısı kişiyi daha fazla kompulsiyona itmekte ve böylelikle OKB belirtileri artmaktadır (Moulding ve Kyrios, 2007). OKB belirtileri görülen kişilerin düşük kontrol algısına ve yüksek düzeyde kaygıya sahip olduğu görülmekte, OKB belirtileri olan kişiler algılanan tehdit ve endişe ile stresli yaşam olayları üzerinde düşük bir kontrol algısı bildirmektedir

(McLaren ve Crowe, 2003; Moulding ve Kyrios, 2006; Zebb ve Moore, 2003). Tehdit ve stresli yaşam olayları karşısındaki düşük kontrol algısının OKB ile özellikle ilgili olduğu görülmektedir (Moulding ve Kyrios, 2006). OKB'nin test edilmiş bilişsel modelinde de kişinin kendisi ve dünya üzerindeki kontrol edilebilirlik ile ilgili olumsuz değerlendirmelerinin OKB belirtilerinin şiddetini etkilediği görüşü desteklenmiştir (Doron, Kyrios, Moulding, Nedeljkovic ve Bhar, 2007).

Literatürde OKB ve algılanan kontrolle ilgili çalışmalar bulunmaktadır. OKB tanısı alan kişilerin klinik olmayan örnekleme göre girici düşünceleri üzerinde daha düşük bir kontrol algısı olduğu görülmektedir (Freeston, Rhéaume ve Ladouceur, 1996). Algılanan kontrolün terapinin sonuçlarına olan etkilerini inceleyen bir araştırmada, algılanan kontrolün tedavi üzerindeki etkisine ilişkin incelemeler ümit verici kanıtlar sağlamıştır. Bu araştırmaya göre, algılanan kontrolün kaygı bozuklukları için bilişsel davranışçı terapide bir değişim mekanizması olduğu görülmüş; algılanan kontroldeki değişikliklerle birlikte tedavinin OKB, sosyal fobi, yaygın kaygı ve panik bozuklukta etkili olduğu ortaya konmuştur (Gallagher vd., 2014). Algılanan kontrolün OKB üzerindeki etkilerini inceleyen başka bir araştırmada algılanan kontrolün OKB belirtileriyle negatif bir şekilde ilişkili olduğu ve düşük kontrol algısının OKB belirtilerinin ortaya çıkmasında doğrudan etkisi olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Moulding ve Kyrios 2007).

OKB belirtilerinin yanı sıra, kontrolle ilgili inançların obsesif inançların da gelişimine yol açan önemli bir faktör olduğu ifade edilmektedir (Moulding ve Kyrios, 2007). Fakat obsesif inançlar ve algılanan kontrol ilişkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalardan birinde abartılı sorumluluk algısının obsesif kompulsif belirtilerle ilişkisinde algılanan kontrol ve üst bilişlerin rolü incelenmiş, abartılı sorumluluk ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkinin, algılanan kontrol ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı hakkındaki inançlar ile ilişkili olduğu bulunmuş, algılanan kontrolün bu ilişkide aracı rolünün olduğu görülmüştür (Sasarolli vd., 2015). Başka bir çalışmada ise kontrol isteği arttıkça ve kontrol algısı düştükçe obsesif inançların şiddetinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Moulding ve Kyrios, 2007).

1.4 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma ile Brown, White, Forsyth ve Barlow tarafından 2004 yılında geliştirilen Algılanan Kontrol Ölçeği'nin (Anxiety Control Questionnaire-Revised - ACQ-R) Türkiye örnekleminde geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması amaçlanmaktadır. Çalışmanın diğer amacı ise obsesif inançlar, obsesif kompulsif belirtiler ve algılanan kontrolün birbirleriyle olan ilişkilerinin incelenmesidir.

1.5 ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLER

Araştırmanın amaçları doğrultusunda iki ayrı çalışma yürütülmüştür. Bölüm 1.5.1'de Algılanan Kontrol Ölçeği'nin (ACQ-R) geçerlik - güvenirlik çalışmasını içeren birinci araştırmanın soruları ve hipotezleri, bölüm 1.5.2'de obsesif inançlar, obsesif kompulsif belirtiler ve algılanan kontrolün birbirleriyle olan ilişkilerinin incelendiği ikinci araştırmanın soruları ve hipotezleri yer almaktadır.

1.5.1 Birinci Araştırmanın Soruları ve Hipotezler

1. ACQ-R psikometrik açıdan geçerli ve güvenilir özelliklere sahip midir?

Amaçlar doğrultusunda çalışmanın hipotezleri şu şekildedir:

1. ACQ-R psikometrik açıdan geçerli ve güvenilir özelliklere sahiptir.

1.5.2 İkinci Araştırmanın Soruları ve Hipotezler

1. Algılanan kontrolün obsesif kompulsif belirtilerle anlamlı bir ilişkisi var mıdır?
2. Algılanan kontrolün obsesif inançlarla anlamlı bir ilişkisi var mıdır?
3. Algılanan kontrol obsesif kompulsif belirtileri anlamlı bir şekilde yordamakta mıdır?

Amaçlar doğrultusunda çalışmanın hipotezleri aşağıdaki şekildedir:

1. Algılanan kontrolün obsesif kompulsif belirtilerle anlamlı bir ilişkisi vardır.
2. Algılanan kontrolün obsesif inançlarla anlamlı bir ilişkisi vardır.
3. Algılanan kontrol obsesif kompulsif belirtileri anlamlı bir şekilde yordamaktadır.

1.6 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

İlgili literatür incelendiğinde obsesif kompulsif belirtilerin gelişimine ve sürmesine açıklama getiren birçok modelin olduğu görülmektedir. OKB'ye ilişkin bilişsel teoriler girici düşünce ve kompulsif davranışların altında işlevsiz inançların olduğunu ileri sürmektedir. Her ne kadar belirli işlevsiz inançlar tanımlanmış olsa da OKB tanısı alan tüm bireylerde bu inançlar klinik olarak anlamlı düzeyde görülmemektedir (Taylor vd., 2006). Bu bulgu, diğer bilişsel faktörlerin de OKB'nin gelişimi ve sürmesiyle ilgili rollerinin olabileceğine işaret etmektedir (Gelfand, 2013). Algılanan kontrol birçok anksiyete bozukluğunun gelişimi ve sürmesine etki eden bir yapıdır (Brown vd., 2004). Algılanan kontrolün olumsuz duygu durum deneyiminin merkezinde ve OKB dahil olmak üzere psikopatolojilerin gelişimi ile özellikle ilgili olabileceği öne sürülmektedir (Barlow 2002; Rapee vd., 1996; Shapiro ve Astin, 1998). Algılanan kontrol psikopatolojinin ortaya çıkışında ve devamında olduğu kadar önlenmesi ve tedavisiyle ilişkili de önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Craske ve Hazlett-Stevens, 2002; Rapee vd., 1996; Shapiro ve Astin, 1998). Aynı zamanda algılanan kontrolün kaygı bozuklukları için bilişsel davranışçı terapide bir değişim mekanizması olduğu görülmüş; algılanan kontroldeki değişikliklerin OKB tedavisinde etkili olduğu ortaya konmuştur (Gallagher vd., 2014). Literatürde algılanan kontrol, obsesif inançlar ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkilerinin incelendiği çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte, ulusal literatürde bununla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Aynı zamanda, ACQ-R'nin Türkiye örneklemi için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına rastlanmamış, Türkiye'de algılanan kontrolle ilgili bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Dolayısıyla, bu alanda literatürde sınırlılıklar olduğu düşünülmüştür. Bu noktalardan hareketle bu tez kapsamında yapılacak birinci çalışma ile ACQ-R'nin Türkiye örneklemi için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılmasının literatüre katkı sağlayacağı öngörülmüştür.

Bunlarla birlikte, OKB belirtilerine ilişkin yapılan çalışmalarda kültüre özgü bazı farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Yorulmaz vd., 2010). Yorulmaz ve arkadaşlarının (2010) OKB belirtilerine ilişkin yatkınlık faktörleriyle ilgili Türkiye ve Kanada'da klinik olmayan örneklem ile yapmış oldukları karşılaştırmalı çalışmada Türkiye örnekleminin daha çok endişe ve düşünce bastırma stratejilerini, Kanada örnekleminin ise kendini cezalandırma yöntemini kullandığı görülmüştür. Kişi, tehdit eden bir uyaranla karşı karşıya kaldığında bununla baş edebilmek için düşüncenin bilince girmesini engellemeye

çalışma gibi düşünce bastırma stratejilerini kullanmakta, bu da obsesyonların şiddetinin artmasına neden olmaktadır (Purdon ve Clark, 1999). Bu sonuçlar kültürel farklılıkların OKB semptomları ile ilgili bilişsel süreçlerde rolünün olabileceğini göstermektedir (Yorulmaz vd., 2010). Dolayısıyla tez kapsamında yürütülen ikinci çalışmada OKB belirtileri, obsesif inançlar ve algılanan kontrolün birbirleriyle olan ilişkilerinin Türkiye örnekleminde incelenmesinin literatüre katkı sağlaması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Mevcut OKB tedavileri, girici düşüncelerin normalleştirilmesine ve maruz kalma ve tepki önlemeye (ERP) dayanmakta, bunların kişinin düşünceleri ve durumları kontrol etme arzusunu azaltmaya ve düşüncelerin oluşumu üzerindeki algılanan kontrolü geliştirmeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Moulding ve Kyrios 2007). Yapılan farklı çalışmalar da algılanan kontrolün OKB belirtileriyle ve obsesif inançlarla ilişkili olduğunu ve bilişsel davranışçı terapide bir değişim mekanizması olduğunu göstermektedir (Gallagher vd., 2014; Moulding ve Kyrios 2007). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, araştırmanın sonuçlarının vaka kavramsallaştırmaları ve OKB'ye özgü tedavilerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Bu bölüm, birinci çalışma ve ikinci çalışma olmak üzere iki ayrı bölümden oluşmaktadır. Bölüm 2.1'de ikinci çalışmada kullanılan ACQ-R'nin geçerlik-güvenirlik çalışmasının, Bölüm 2.2'de ise ACQ-R'nin kullanılmış olduğu ve obsesif inançlar, algılanan kontrol ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkinin incelendiği ikinci çalışmanın yöntem bölümüne yer verilmektedir.

Bu bölümlerde sırasıyla araştırma modeli, araştırmanın katılımcılarına ait demografik bilgiler, veri toplama sürecinde kullanılan ölçüm araçları, araştırmanın süreci ve elde edilen verilerin analizine ilişkin bilgiler aktarılmaktadır.

2.1. BİRİNCİ ÇALIŞMA

2.1.1. Araştırma Modeli

Algılanan Kontrol Ölçeği'nin (Revised Anxiety Control Questionnaire) (Brown vd., 2004) Türkçe'ye uyarlanarak psikometrik özelliklerinin belirlendiği bu çalışmada tarama modeli kullanılmıştır.

2.1.2. Örneklem

Birinci çalışmada uygun örnekleme yoluyla seçilen 18 yaş üstü 301 katılımcıdan veri toplanmıştır. Katılımcıların yaş aralığı 18 ile 63 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 29.76'dır. Katılımcıların 224'ü (%74.4) kadın, 77'si (%25.6) ise erkektir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında ilkokul terk ve ilkokul mezunu katılımcı olmamakla birlikte, katılımcıların 20'sinin (%6.6) ortaokul, 15'inin (%5.0) lise, 17'sinin (%5.6) yüksekokul, 123'ünün (40.9) ön lisans, 84'ünün (%27.9) lisans, 40'ının (%13.3) yüksek lisans, 2'sinin (%0.7) ise doktora mezunu olduğu görülmektedir. Tablo 2'de katılımcıların demografik özellikleri gösterilmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	***Ort.***	***SS.***	***N***	***%***
Yaş	29.76	10.2		
Cinsiyet				
Kadın			224	74.4
Erkek			77	25.6
Eğitim				
İlkokul Terk			0	0
İlkokul			0	0
Ortaokul			20	6.6
Lise			15	5.0
Yüksekokul			17	5.6
Ön lisans			123	40.9
Lisans			84	27.9
Yüksek lisans			40	13.3
Doktora			2	0.7

Ölçeğin test tekrar test çalışması için 18 yaş üstü 87 katılımcıdan tekrar veri toplanmıştır. Uyarlaması yapılan ölçek 21 gün arayla katılımcılara uygulanmıştır.

2.1.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada Demografik Bilgi Formu, Algılanan Kontrol Ölçeği (ACQ-R; Brown vd., 2004), Beck Depresyon Envanteri (BDE; Beck, Ward, Mendelson,, Mock ve Erbaugh, 1961) ve Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI; Spielberger, Gorsuch ve Lushene, 1970) kullanılmıştır.

2.1.3.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik özellikleriyle ilgili bilgi edinmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu form sırasıyla cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve psikolojik tedavi geçmişiyle ilgili sorular içermektedir (Bkz. Ek 2).

2.1.3.2. Algılanan Kontrol Ölçeği

Rapee ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı "Anxiety Control Questionnaire (ACQ)" olarak isimlendirilmiştir. ACQ duygusal tepkiler ve kaygı bozukluklarına özgü dış tehditler üzerinde algılanan kontrolü ölçmek amacıyla hem klinik hem de klinik olmayan örneklem için tasarlanmıştır. Ölçeğin iki alt boyutu bulunmakta ve ölçek 30 maddeden oluşmaktadır (Rapee vd., 1996). Ölçek daha sonrasında Brown ve arkadaşları tarafından 2004 yılında revize edilmiştir. Anxiety Control Questionnaire-Revised (ACQ-R) kaygı ile ilgili olaylar ve tepkiler üzerinde algılanan kontrolü ölçen, orijinal ölçeğin 15 maddelik kısaltılmış bir revizyonudur. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır: duygu kontrolü (5, 6, 10, 13 ve 15 numaralı maddeler), tehdidin kontrolü (3, 4, 7, 8, 9, 12 numaralı maddeler) ve stres kontrolü (1, 2, 11 ve 14 numaralı maddeler). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasının yapıldığı bu çalışmada ACQ-R kullanılmıştır. Ölçek "0=kesinlikle katılmıyorum" ve "5=kesinlikle katılıyorum" arasında değişen 6'lı likert tipi öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek düzeyde algılanan kontrole, düşük puanlar ise düşük düzeyde algılanan kontrole işaret etmektedir. Ölçekle ilgili yapılan çalışmalarda, ölçeğin geneli için hem klinik örneklemde (α = .85; Brown vd., 2004) hem de klinik olmayan örneklemde (α = .87; Moulding ve Kyrios, 2007) yeterli bir iç tutarlılık gösterdiği görülmüştür. Ölçeğin özgün formunda iç tutarlılık katsayısı tehdidin kontrolü için .73, stres kontrolü için .71, duygu kontrolü için .73'tür (Bkz. Ek 3).

2.1.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri (BDE), 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından kişilerin depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçek 0 ile 3 arasında derecelendirilen ve 21 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Hisli, 1989). Ölçeğin puan aralığı 0-63 arasında değişmektedir (Hisli, 1989). Ölçekten alınan puanlar arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır. BDE'nin Hisli (1989) tarafından yapılan Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin iki yarı test yöntemiyle elde edilen güvenirlik katsayısı .74, iç tutarlılık katsayısı ise .80 olarak saptanmıştır. BDE'nin bu

çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde iç tutarlılık katsayısı .96 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 4)

2.1.3.4. Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

Spielberger, Gorsuch ve Lushene (1970) tarafından durumluk ve sürekli kaygıyı ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek her biri 20 maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-S) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-T) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği'nin maddeleri (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla, Sürekli Kaygı Ölçeği'nin maddeleri ise (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde cevaplandırılır. STAI'den alınan puanlar arttıkça kaygı düzeyi artmaktadır. STAI'nin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından 1983 yılında yapılmıştır. Uyarlama çalışmasında güvenirlik katsayıları, STAI-T için .83 ile .87 arasında; STAI-S için .94 ile .96 arasında bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar test güvenirlik katsayılarının; STAI-T için .71 ile .86 arasında; STAI-S için ise .26 ile .68 arasında olduğu görülmüştür.

STAI'nin bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde iç tutarlılık katsayısı STAI için .95 STAI-S için .92, STAI-T için .89 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 5).

2.1.4. İşlem

Çalışma için Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Sonrasında ölçeğin çevirisi için ölçeğin yazarlarıyla elektronik posta yoluyla iletişime geçilip izinleri alınmıştır. Ölçeğin çeviri aşamasında "Geri Çevirme" (Back Translation) yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin iki psikolog tarafından iki ayrı çevirisi yapılmış, iki farklı çeviri her iki dile de hakim bir psikolog ve tez danışmanı tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler doğrultusunda araştırmacı tarafından ölçeğin Türkçe formu oluşturulmuştur. Sonrasında oluşturulan Türkçe form ileri seviyede İngilizce bilen ve alanında uzman bir kişi tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Daha sonra İngilizceye çevrilen form ile oluşturulan Türkçe formun eşdeğerlik açısından değerlendirmesi yapılarak ölçeğin son hali elde edilmiştir.

Ölçeğin Türkçe formu oluşturulduktan sonra, veri toplama aşamasına geçilmiştir. Veri toplama aşamasında sırasıyla Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi

Formu, ACQ-R, BDE ve STAI uygulanmıştır. Veriler Ocak-Mayıs 2019 tarihleri arasında toplanmış, 113 katılımcıya elden ve 188 katılımcıya ise http://www.surveey.com adlı web tabanlı veri toplama sitesi üzerinden ulaşılmıştır. Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup, katılımcılara çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, kişisel verilerin kullanılmayacağı belirtilmiş, katılımcılar ölçekleri doldurmadan önce Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu okuyup onaylamışlardır (Bkz. Ek 1). Uygulama yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

2.1.5. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 24.0 ve LISREL 8.71 paket programları kullanılarak analiz edilmiştir. Analizden önce veri girişleri kontrol edilmiş, kayıp ve uç değerler taranmış, kayıp değerler seri ortalamasıyla değiştirilmiştir. Veri setinin kullanılacak istatistiksel analize uygunluğu test edilmiştir. ACQ-R'nin psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla birinci çalışmadan elde edilen verilerle Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve madde toplam korelasyon analizi yapılmış, Cronbach alfa ve test tekrar test güvenirlik katsayıları hesaplanmış, ACQ-R'nin BDE ve STAI ile arasındaki ilişkileri Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. İkinci çalışmadan elde edilen verilerle Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.

2.2. İKİNCİ ÇALIŞMA

Bu bölümde obsesif inançlar, algılanan kontrol ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmanın modeli, katılımcılara ait demografik bilgiler, veri toplama sürecinde kullanılan ölçüm araçları, araştırmanın süreci ve elde edilen verilerin analizine ilişkin bilgiler aktarılmaktadır.

2.2.1. Araştırma Modeli

Obsesif kompulsif belirtileri yordayan bazı değişkenleri incelemeyi amaçlayan bu araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

2.2.2. Örneklem

İkinci çalışmada uygun örnekleme yoluyla seçilen 18 yaş üstü 265 katılımcıdan veri toplanmıştır. Katılımcıların yaş aralığı 20 ile 74 arasında değişmekte olup, yaş

ortalaması 25.2'dir. Katılımcıların 170'i (%64.2) kadın, 95'i (%35.8) ise erkektir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında ise 1 kişinin ilkokul terk (%0.4), 1 kişinin ilkokul (%0.4), 1 kişinin ortaokul (%0.4), 23'ünün (%8.7) lise, 14'ünün (%5.3) yüksekokul, 14'ünün (%5.3) ön lisans, 188'inin (%70.9) lisans, 22'sinin (%8.3) lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında, 232'sinin (%87.5) bekâr, 30'unun (%1.3) evli olduğu görülmektedir.

Katılımcıların annelerinin 27'sinin (%10.2) okur-yazar olmadığı, 96'sının (36.2) ilkokul, 60'ının (%22.6) ortaokul, 55'inin (%20.8) lise, 4'ünün (%1.5) yüksekokul, 14'ünün (%5.3) ön lisans, 18'inin (%6.8) lisans, 2'sinin (%0.8) lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların babalarının ise 3'ünün (%1.1) okur-yazar olmadığı, 71'inin (26.8) ilkokul, 73'ünün (%27.5) ortaokul, 68'inin (%25.7) lise, 10'unun (%3.8) yüksekokul, 3'ünün (%1.1) ön lisans, 32'sinin (%12.1) lisans, 4'ünün (%1.5) lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların gelir durumlarına bakıldığında 18'inin (%6.8) düşük gelirli, 34'ünün (%12.8) düşük-orta gelirli, 155'inin (%58.5) orta gelirli, 53'ünün (%20) orta-üst gelirli, 2'sinin ise (%0.8) üst gelirli olduğu görülmektedir. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	***Ort.***	***SS.***	***N***	***%***
Yaş	25.2	6.4		
Cinsiyet				
Kadın			170	64.2
Erkek			95	35.8
Eğitim				
İlkokul Terk			1	0.4
İlkokul			1	0.4
Ortaokul			1	0.4
Lise			23	8.7
Yüksekokul			14	5.3
Ön lisans			14	5.3
Lisans/Lisans			188	70.9
Lisansüstü			22	8.3

Medeni Durum		
Bekâr	232	87.5
Evli	30	11.3
Annenin Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	27	10.2
İlkokul	96	36.2
Ortaokul	60	22.6
Lise	55	20.8
Yüksekokul	4	1.5
Ön lisans	2	0.8
Lisans/Lisans	18	6.8
Lisansüstü	2	0.8
Babanın Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	3	1.1
İlkokul	71	26.8
Ortaokul	73	27.5
Lise	68	25.7
Yüksekokul	10	3.8
Ön lisans	3	1.1
Lisans/Lisans	32	12.1
Lisansüstü	4	1.5
Gelir Durumu		
Düşük	18	6.8
Düşük-orta	34	12.8
Orta	155	58.5
Orta-üst	53	20.0
Üst	2	0.8

2.2.3 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplamak için dört araç kullanılmıştır Katılımcıların yaş, eğitim, cinsiyet, medeni durum, anne ve babanın eğitim ve gelir durumu, psikolojik tedavi geçmişini öğrenmek için Demografik Bilgi Formu, obsesif kompulsif belirtileri belirmek için Padua Envanteri Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu (PE-

WEÜR), obsesif inançlar için Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ) ve algılanan kontrolü ölçmek için Algılanan Kontrol Ölçeği (ACQ-R) kullanılmıştır.

2.2.3.1 Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan demografik bilgi formunda, katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, psikolojik tedavi geçmişi, anne ve babanın eğitim durumu ve gelir durumuna yönelik sorular bulunmaktadır (Bkz. Ek 7).

2.2.3.2. Algılanan Kontrol Ölçeği (ACQ-R)

Ölçeğe ilişkin bilgiler 2.1.3.2 başlıklı bölümde aktarılmıştır. Ölçeğin birinci çalışmanın veri setiyle yapılan iç tutarlılık analizinde tehdidin kontrolü alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı .84, stres kontrolü alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı .77, duygu kontrolü alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı ise .77 olarak bulunmuştur. ACQ-R'nin bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı ACQ-R için .78, tehdidin kontrolü alt boyutu için .68, stres kontrolü alt boyutu için .61, duygu kontrolü alt boyutu için .77 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 3).

2.2.3.3. Padua Envanteri Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu (PE-WEÜR)

Padua Envanteri Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu **(**PE-WEÜR) OKB'deki obsesyon ve kompulsiyonlardan duyulan rahatsızlığı ölçmek amacıyla hazırlanmış 5 dereceli likert tipi 39 maddeden oluşan bir envanterdir (Burns, Keortge, Formea ve Sternberger, 1996). Ölçek, (1) Kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler, (2) Kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler, (3) Kontrol etme obsesyon ve kompulsiyonları, (4) Bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları, (5) Öz bakım kompulsiyonları olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanlar attıkça obsesif kompulsif belirtiler artmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışmaları 2007 yılında Yorulmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, envanterin toplam iç tutarlılık katsayısı .94 olarak

bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin iç tutarlık değerleri ise .73 ile .90 arasında değişmiştir (Bkz. Ek 8).

PE-WEÜR'ün bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde PE-WEÜR'ün geneline ait Cronbach alfa katsayısı .95 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlar için iç tutarlık değerleri ise kontrol etme obsesyon ve kompulsiyonları için .91, bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları için .89, kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler için .90, öz-bakım ritüelleri için .67 ve kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler için .86 olarak bulunmuştur.

2.2.3.4. Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ)

Obsesif İnançlar Ölçeği (OİÖ) OKB'nin başlangıcında ve sürmesinde etkin olan işlevsel olmayan inançları değerlendirmek üzere Obsesif Kompulsif Bilişleri Çalışma Grubu (OKBÇG, 1997) tarafından geliştirilmiştir. 44 maddeden oluşan ölçeğin orijinal formundaki altı boyut üçlü yapıya dönüştürülmüştür: (1) Sorumluluk/tehdit öngörüsü, (2)Mükemmelliyetçilik/belirsizlik, (3) Düşüncenin/ kontrolün önemi. Ölçekten alınan yüksek puanlar obsesif inançların yüksek düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik analizleri Yorulmaz ve Gençöz (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplam iç tutarlık katsayısı .92, sorumluluk/tehdit algısı alt boyutu için iç tutarlık katsayısı .85 mükemmeliyetçilik/belirsizlik alt boyutu için .86, düşüncenin/kontrolün önemi alt boyutu için ise .80 olarak bulunmuştur. OİÖ'nün bu çalışmadaki güvenirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı OİÖ için .90, sorumluluk/tehdit algısı alt boyutu için .81 mükemmeliyetçilik/belirsizlik alt boyutu için .81, düşüncenin/kontrolün önemi alt boyutu için ise .78 olarak bulunmuştur (Bkz. Ek 9).

2.2.4. İşlem

Çalışma için Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Veri toplama aşamasında sırasıyla Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, ACQ-R, PE-WEÜR ve OİÖ uygulanmıştır. Veriler Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında toplanmış, katılımcılara 177 katılımcıya elden, 88 katılımcıya http://www.surveey.com adlı web tabanlı veri toplama sitesi üzerinden ulaşılmıştır.

Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup, katılımcılara çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, kişisel verilerin kullanılmayacağı belirtilmiş, katılımcılar ölçekleri doldurmadan önce Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu okuyup onaylamışlardır (Bkz. Ek 6). Uygulama yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

2.2.5 Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizden önce veri girişleri kontrol edilmiş, kayıp ve uç değerler taranmış, kayıp değerler seri ortalamasıyla değiştirilmiştir. Veri setinin kullanılacak istatistiksel analize uygunluğu test edilmiştir. Obsesif kompulsif belirtileri yordayan değişkenlerin belirlenmesi için öncelikle değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Korelasyon analizinde anlamlı çıkan değişkenler Hiyerarşik Regresyon Analizine dâhil edilmiştir.

BÖLÜM 3. BULGULAR

Bu bölümde, ilk olarak ACQ-R'nin psikometrik özelliklerinin belirlendiği araştırmanın, ikinci olarak ise obsesif inançlar, algılanan kontrol ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmanın sonuçlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

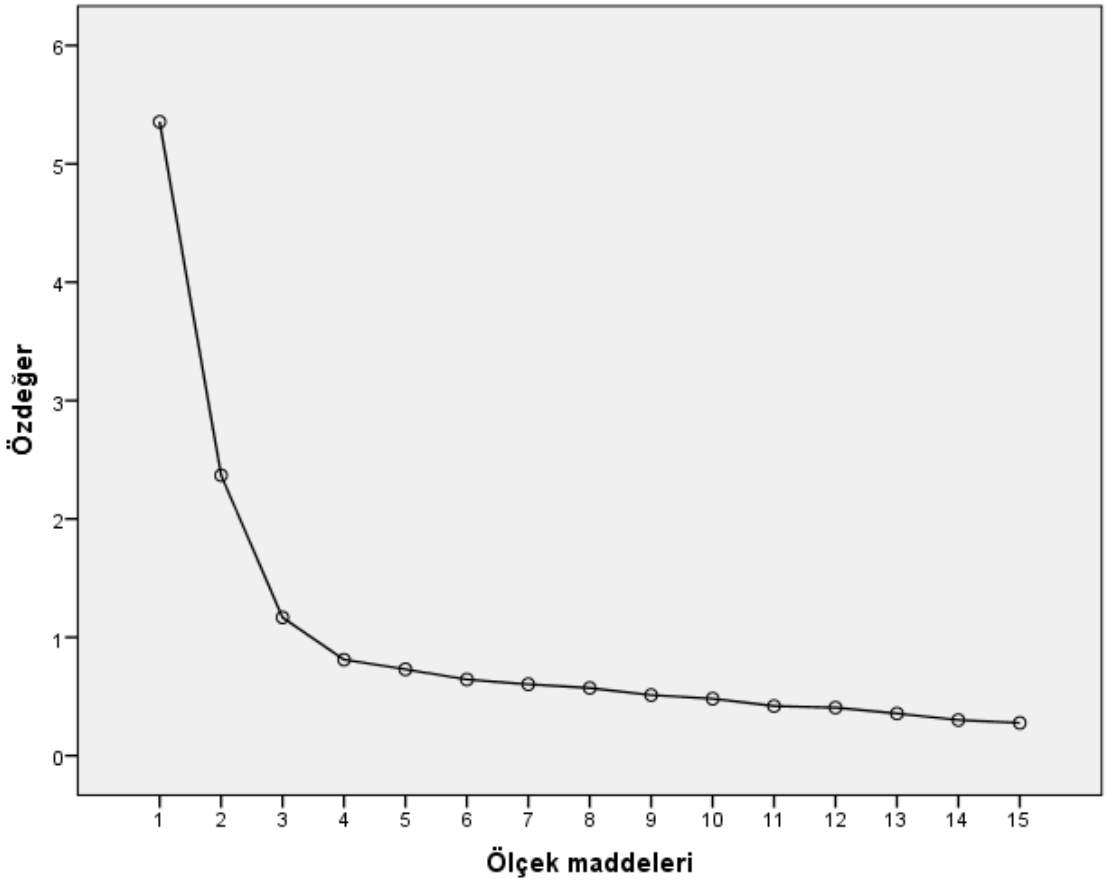
3.1. BİRİNCİ ÇALIŞMANIN BULGULARI

3.1.1 ACQ-R'nin Geçerliği

ACQ-R'nin psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla öncelikle geçerlik çalışması yapılmıştır. Bu doğrultuda, ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesi için birinci çalışmadan elde edilen verilerle Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve ikinci çalışmadan elde edilen verilerle Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Ölçeğin eş zaman geçerliğinin belirlenmesi amacıyla BDE ve STAI ile arasındaki ilişkiler Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Analizi ile incelenmiştir.

3.1.1.2. Açımlayıcı Faktör Analizi

Verilerin faktör analizine uygunluğunu test etmek için öncelikle Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) ve Barlett Küresellik Testi uygulanmıştır. KMO değeri .88, Barlett Küresellik Testinin sonuçları ise (1773.656, p <.001) olarak bulunmuştur. Sonuçlar verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Temel bileşenler analizi sonuçlarına göre özdeğeri 1'den büyük olan üç faktör elde edilmiştir (Bkz. Şekil 1).



Şekil 1. Ölçek maddelerine ilişkin öz değer grafiği

Temel bileşenler analizi Varimax tekniği kullanılarak yapılmış, analizi sonucuna göre üç faktörlü yapının toplam varyansın %59.271'ini açıkladığı bulunmuştur. Faktörler incelendiğinde tehdidin kontolü olarak değerlendirilen birinci faktörün toplam varyansın %21.531'ini açıkladığı ve altı maddeden (3, 4, 7, 8, 9, 12) oluştuğu görülmüştür. Stres kontrolü olarak değerlendirilen ikinci faktörün toplam varyansın %21.012'sini açıkladığı ve beş maddeden (1, 2, 11, 14, 15) oluştuğu görülmüştür. Ölçeğin 15. maddesi dışındaki tüm maddeler, orijinal ölçekteki faktör yapısına uygun biçimde bir araya gelmişlerdir. Duygu kontrolü olarak değerlendirilen üçüncü faktörün ise toplam varyansın %16.728'ini açıkladığı ve dört maddeden (5, 6, 10, 13) oluştuğu görülmüştür. Ölçeğin orjinalinde duygu kontrolü alt boyutunda olan 15. madde (Kaygılandığımda, kaygımdan başka bir şeye odaklanmakta zorlanırım.) yapılan faktör analizi sonucunda stres kontrolü alt boyutunda yer almıştır. Ölçeğin orijinal versiyonunun faktör yapısı göz önünde

bulundurularak 15. madde analizden çıkarılmıştır. Söz konusu maddenin stres faktöründe yer almasının içerik olarak uygun olmadığının düşünülmesi ve kuramsal temellere uymaması nedenleriyle 15.madde analiz dışında tutularak oluşturulan yeni yapıyla birlikte analiz tekrarlanmıştır. Ölçeğin birinci analizine ait faktör yükleri Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. ACQ-R'nin Faktör Yükleri ve Açıkladığı Varyans Değeri

Maddeler	**Faktörler**		
	1	**2**	**3**
1.Zor durumlarla ne kadar iyi başa çıktığım dışardan yardım alıp almamama göre değişir.	.288	**.620**	
2.Stres altında olduğumda kontrolümü kaybedecek gibi olurum.	.264	**.754**	
3.Bir şeyden korktuğumda genellikle yapabileceğim bir şey yoktur.	**.701**	.416	
4.Korkutucu bir durumdan uzaklaşabilmem her zaman şansıma bağlıdır.	**.702**	.250	
5.Genellikle endişe verici düşünceleri aklımdan kolaylıkla uzaklaştırabilirim.		.151	**.822**
6.Kaygı düzeyimi kontrol edebilirim.		.140	**.837**
7.Korkutucu olayları değiştirebilmek için yapabileceğim çok az şey vardır.	**.743**	.317	
8. Sıkıntılı bir durumun yoluna girmesinin yaptıklarımla hiçbir ilgisi yoktur.	**.750**	.195	
9.Eğer bir şey bana zarar verecekse, ne yaparsam yapayım onu engelleyemem.	**.747**		
10.İstediğimde genellikle rahatlayabilirim.			**.755**
11.Stres altındayken nasıl tepki vereceğimden her zaman emin olamam.		**.774**	
12.Beni kaygılandıran olayların çoğu benim kontrolümde değildir.	**.469**	.458	
13.Zor bir durumda kaygılanacak olmayı dert etmem, çünkü bununla baş etme becerime güvenirim.			**.653**
14.Güç problemlerle uğraşmak genellikle bana zor gelir.	.315	**.684**	

15.Kaygılandığımda, kaygımdan başka bir şeye odaklanmakta zorlanırım.	.266	**.700**	.239

Not: faktör 1: tehdidin kontrolü, faktör 2: stres kontrolü, faktör 3: duygu kontrolü

Özdeğer	**5.355**	**2.368**	**1.167**
Açıklanan Toplam Varyans (%)	**59.271**		

15. madde çıkarıldıktan sonra ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek için tekrar AFA yapılmıştır. KMO değeri 0.87 ve Barlett Küresellik testi değeri (1571.548, p <.000) olarak bulunmuştur. Sonuçlar verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Temel bileşenler analizi sonuçlarına göre özdeğeri 1'den büyük olan üç faktör elde edilmiştir. Temel bileşenler analizi varimax tekniği kullanılarak yapılmış, analiz sonucuna göre üç faktörlü yapının toplam varyansın %59,684'ünü açıkladığı bulunmuştur. Faktörler incelendiğinde tehdidin kontrolü olarak değerlendirilen birinci faktörün toplam varyansın %23.341'ini açıkladığı ve altı maddeden (3, 4, 7, 8, 9, 12) oluştuğu görülmüştür. Stres kontrolü olarak değerlendirilen ikinci faktörün toplam varyansın %18.611'ini açıkladığı ve dört maddeden (1, 2, 11, 14) oluştuğu görülmüştür. Duygu kontrolü olarak değerlendirilen üçüncü faktörün ise toplam varyansın %17.732'sini açıkladığı ve dört maddeden (5, 6, 10, 13) oluştuğu görülmüştür. Tablo 5'te ölçeğin ikinci analizine ait faktör yükleri sunulmuştur.

Tablo 5. ACQ-R'nin İkinci Analiz Faktör Yükleri ve Açıkladığı Varyans Değeri

Maddeler	**Faktörler**		
	1	**2**	**3**
Madde 1		**.634**	
Madde 2		**.766**	
Madde 3	**.700**	.419	
Madde 4	**.689**		
Madde 5			**.827**
Madde 6			**.843**
Madde 7	**.754**		
Madde 8	**.755**		
Madde 9	**.760**		

Madde 10			**.751**
Madde 11		**.789**	
Madde 12	**.512**	.393	
Madde 13			**.654**
Madde 14	.348	**.652**	

Not: faktör 1: tehdidin kontrolü, faktör 2: stres kontrolü, faktör 3: duygu kontrolü

Özdeğer	**4.885**	**2.355**	**1.115**
Açıklanan Toplam Varyans (%)	**59.684**		

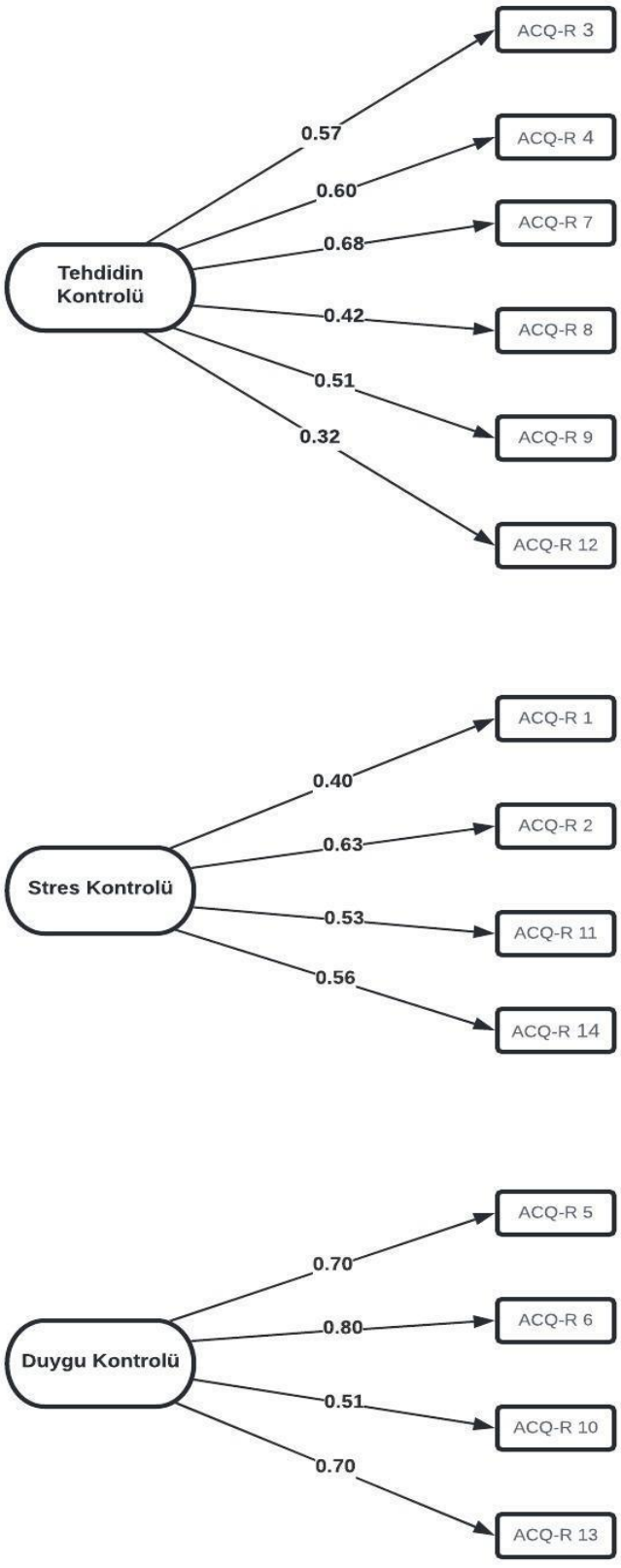
3.1.1.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi

ACQ-R'nin yapı geçerliğini belirlemek ve ölçeğin üç faktörlü yapısının Türkiye örnekleminde desteklenip desteklenmediğini test etmek için ikinci çalışma grubundan elde edilen veri seti (n = 265) ile DFA yapılmıştır. DFA sonuçlarına göre, orijinal ölçekte olduğu gibi üç boyutlu modelin veriye uyumunun uygun olduğu görülmüştür. Model uyum iyiliğini test etmek için ki kare (x^2), normlaştırılmamış uyum indeksi (non-normed fit index, NNFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (comparative fit index, CFI) ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximation, RMSEA) uyum indeksleri kullanılmıştır. Tablo 6'da analiz sonuçlarına ilişkin istatistikler sunulmuştur.

Tablo 6. ACQ-R için Uyum İyiliği Testleri'ne İlişkin Değerler

x^2	sd	P	NNFI	GFI	CFI	RMSEA
142.95	74	0.0	.926	.928	.940	0.059

Tablo 6 incelendiğinde, x^2/sd oranı (142.95/74) 2'den küçük bir değer aldığı için oluşturulan modelin toplanan veriye uygun olduğu görülmektedir. GFI, CFI ve NNFI değerlerinin 0.90'dan yüksek olması model veri uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir (Çapık, 2014; Munro 2005). RMSEA değerinin ise 0.05-0.08 aralığında olması kabul edilir bir uyuma işaret etmektedir (Kaplan, 2000). DFA sonuçları göz önüne alındığında, oluşturulan modelin veriyle uyumlu olduğu ve ölçeğin yapısal geçerliliğe sahip olduğu söylenebilir.



Şekil 2. ACQ-R'nin faktör yükleri

3.1.1.4. Eş Zaman Geçerliği

ACQ-R'nin eş zaman geçerliğini belirlemek amacıyla birinci çalışmadan elde edilen verilerle BDE ve STAI ile arasındaki ilişkiler Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Eş zaman geçerliğine ait sonuçlar Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. ACQ-R Eş Zaman Geçerliliği Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 ACQ-R Toplam Puan								
2 ACQ-R Tehdidin Kontrolü	.84**							
3 ACQ-R Stres Kontrolü	.84**	.63**						
4 ACQ-R Duygu Kontrolü	. 66**	.28**	.37**					
5 BDE Toplam Puan	-.62**	-.67**	-.63**	.02				
6 STAI Toplam Puan	-.52**	-.42**	-.46**	-.27**	.63**			
7 STAI-S	-.44**	-.36**	-.40**	-.22**	.56**	.94**		
8 STAI-T	-.54**	-.44**	-.47**	-.29**	.61**	.93**	.75**	

Not. ACQ-R: Algılanan Kontrol Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri, STAI: Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, STAI-S: Durumluk Kaygı Ölçeği, STAI-T: Sürekli Kaygı Ölçeği ***p* < *.0;* n = 301

Tablo 7'de görüldüğü üzere, BDE'nin toplam puanı ACQ-R'nin tehdidin kontrolü alt boyutu ile negatif yönde (r = -.67, p < .01); ölçeğin stres kontrolü alt boyutu ile negatif yönde (r = -.63, p < .01); ölçeğin toplam puanı ile negatif yönde (r = -.62, p < .01) ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir. Ölçeğin duygu kontrolü alt boyutu ve BDE'nin toplam puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p >.05). STAI'nin toplam puanı ölçeğin tehdidin kontrolü alt boyutu ile negatif yönde (r = -.42, p < .01); ölçeğin stres kontrolü alt boyutu ile negatif yönde (r = -.46, p < .01); ölçeğin duygu kontrolü alt boyutu ile (r = -.27, p < .01); ölçeğin toplam puanı ile ise negatif yönde (r = -.52, p < .01) ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

STAI'nin durumluk alt boyutunun toplam puanı ölçeğin tehdidin kontrolü alt boyutu ile negatif yönde (r = -.36, p < .01); ölçeğin stres kontrolü alt boyutu ile negatif yönde (r = -.40, p < .01); ölçeğin duygu kontrolü alt boyutu ile (r = -.22, p < .01); ölçeğin

toplam puanı ile ise negatif yönde (r = -.44, p < .01) ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

STAI'nin sürekli alt boyutunun toplam puanı ölçeğin tehdidin kontrolü alt boyutu ile negatif yönde (r = -.44, p < .01); ölçeğin stres kontrolü alt boyutu ile negatif yönde (r = -.47, p < .01); ölçeğin duygu kontrolü alt boyutu ile (r = -.29, p < .01); ölçeğin toplam puanı ile ise negatif yönde (r = -.54, p < .01) ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

3.1.2. ACQ-R'nin Güvenirliği

ACQ-R'nin birinci çalışma için kullanılan verisi ile madde toplam korelasyon analizi yapılmış ve Cronbach alfa, test tekrar test güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan güvenirlik analizi sonuçlarına göre tüm maddeler için madde toplam korelasyon katsayılarının .46 ve üzeri olduğu görülmüştür. Analize ilişkin bulgular Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. ACQ-R'nin Madde Analizi Sonuçları

	Madde çıkınca a α değeri	**Madde – toplam r**
Tehdidin Kontrolü		
Madde 3	.80	.70
Madde 4	.82	.61
Madde 7	.80	.70
Madde 8	.82	.62
Madde 9	.83	.57
Madde 12	.84	.52
Stres Kontrolü		
Madde 1	.75	.59
Madde 2	.67	.66
Madde 11	.73	.55
Madde 14	.72	.58
Duygu Kontrolü		
Madde 5	.68	.66
Madde 6	.67	.68
Madde 10	.75	.53
Madde 13	.79	.46

Ölçeğin tehdidin kontrolü alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı .84, stres kontrolü alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı .77, duygu kontrolü alt boyutu için iç tutarlılık kat sayısı ise .77 olarak bulunmuştur.

Tablo 9. ACQ-R'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

ACQ-R		
	Cronbach Alfa	Test Tekrar Test
Tehdidin kontrolü	.84	.58
Stres kontrolü	.77	.63
Duygu kontrolü	.77	.61

p< .01

Test tekrar test uygulaması için 87 katılımcıya 21 gün ara ile ölçek yeniden uygulanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının toplam puanlarının ilk ve ikinci test puanları arasındaki ilişkiler Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Tehdidin kontrolü alt boyutu için test tekrar test katsayısı .58, stres kontrolü alt boyutu için test tekrar test katsayısı .63, duygu kontrolü alt boyutu için test tekrar test katsayısı .61 olarak bulunmuştur ($p < .01$). Tablo 9'da analizlere ilişkin sonuçlar sunulmuştur.

3.2. İKİNCİ ÇALIŞMANIN BULGULARI

3.2.1. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

Araştırmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. ACQ-R'nin toplam puanının OİÖ toplam puanı ile negatif yönde (r=-.32, $p < .01$); OİÖ sorumluluk/tehdit öngörüsü alt boyutu ile negatif yönde (r=-.29, $p < .01$); OİÖ mükemmeliyetçilik/belirsizlik öngörüsü alt boyutu ile negatif yönde (r=-.29, $p < .01$); düşüncenin/ kontrolün önemi alt boyutu ile negatif yönde (r=-.27, $p < .01$); PE-WEÜR toplam puanı ile negatif yönde (r=-.23, $p < .01$); PE-WEÜR kontrol etme kompulsiyonu alt boyutu ile negatif yönde (r=-.17, $p < .01$); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler alt boyutu ile negatif yönde (r=-.23, $p < .01$); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik

obsesyonel düşünceler alt boyutu ile negatif yönde (r=-.33, p < .01) ve istatiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

ACQ-R'nin tehdidin kontrolü alt boyutunun OİÖ toplam puanı ile negatif yönde (r=-.30, p < .01); OİÖ sorumluluk/tehdit öngörüsü alt boyutu ile negatif yönde (r=-.26, p < .01); OİÖ mükemmeliyetçilik/belirsizlik öngörüsü alt boyutu ile negatif yönde (r=-.25, p < .01); düşüncenin/ kontrolün önemi alt boyutu ile negatif yönde (r=-.31, p < .01); PE-WEÜR toplam puanı ile negatif yönde (r=-.24, p < .01); PE-WEÜR kontrol etme kompulsiyonu alt boyutu ile negatif yönde (r=-.13, p<.05); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler alt boyutu ile negatif yönde (r=-.26, p < .01); PE-WEÜR Öz-bakım ritüelleri alt boyutu ile negatif yönde (r=-.15, p < .05); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler alt boyutu ile negatif yönde (r=-.32, p < .01) ve istatiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

ACQ-R stres kontrolü alt boyutunun OİÖ toplam puanı ile negatif yönde (r=-.25, p < .01); OİÖ sorumluluk/tehdit öngörüsü alt boyutu ile negatif yönde (r=-.24, p < .01); OİÖ mükemmeliyetçilik/belirsizlik öngörüsü alt boyutu ile negatif yönde (r=-.24, p < .01); düşüncenin/ kontrolün önemi alt boyutu ile negatif yönde (r=-.18, p < .01); PE-WEÜR toplam puanı ile negatif yönde (r=-.14, p < .05); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler alt boyutu ile negatif yönde (r=-.13, p < .05); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler alt boyutu ile negatif yönde (r=-.19, p < .01) ve istatiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

ACQ-R'nin duygu kontrolü alt boyutunun OİÖ toplam puanı ile negatif yönde (r=-.15, p < .05); OİÖ sorumluluk/tehdit öngörüsü alt boyutu ile negatif yönde (r=-.14, p < .05); OİÖ mükemmeliyetçilik/belirsizlik öngörüsü alt boyutu ile negatif yönde (r=-.16, p < .01); PE-WEÜR toplam puanı ile negatif yönde (r=-.13, p < .05); PE-WEÜR kontrol etme kompulsiyonu alt boyutu ile negatif yönde (r=-.12, p < .01); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler alt boyutu ile negatif yönde (r=-.21, p < .01) ve istatiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

OİÖ toplam puanının PE-WEÜR toplam puanı ile pozitif yönde (r=.43, p < .01); PE-WEÜR kontrol etme kompulsiyonu alt boyutu ile pozitif yönde (r=.41, p < .01); PE-WEÜR bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları alt boyutu ile pozitif

yönde (r=.32, p < .01); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler alt boyutu pozitif yönde (r=.21, p < .01); PE-WEÜR öz-bakım ritüelleri alt boyutu pozitif yönde (r=.27, p < .01); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler alt boyutu pozitif yönde (r=.48, p < .01) ve istatiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

OİÖ sorumluluk/tehdit öngörüsü alt boyutunun PE-WEÜR toplam puanı ile pozitif yönde (r=.40, p < .01); PE-WEÜR kontrol etme kompulsiyonu alt boyutu ile pozitif yönde (r=.42, p < .01); PE-WEÜR bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları alt boyutu ile pozitif yönde (r=.27, p < .01); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler alt boyutu pozitif yönde (r=.18, p < .01); PE-WEÜR öz-bakım ritüelleri alt boyutu pozitif yönde (r=.24, p < .01); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler alt boyutu pozitif yönde (r=.47, p < .01) ve istatiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

OİÖ mükemmeliyetçilik/belirsizlik öngörüsü alt boyutunun PE-WEÜR toplam puanı ile pozitif yönde (r=.36, p < .01); PE-WEÜR kontrol etme kompulsiyonu alt boyutu ile pozitif yönde (r=.33, p < .01); PE-WEÜR bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları alt boyutu ile pozitif yönde (r=.33, p < .01); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler alt boyutu pozitif yönde (r=.14, p < .05); PE-WEÜR öz-bakım ritüelleri alt boyutu pozitif yönde (r=.22, p < .01); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler alt boyutu pozitif yönde (r=.34, p < .01) ve istatiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir.

OİÖ düşüncenin/ kontrolün önemi alt boyutunun PE-WEÜR toplam puanı ile pozitif yönde (r=.36, p < .01); PE-WEÜR kontrol etme kompulsiyonu alt boyutu ile pozitif yönde (r=.30, p < .01); PE-WEÜR bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları alt boyutu ile pozitif yönde (r=.22, p < .01); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler alt boyutu pozitif yönde (r=.25, p < .01); PE-WEÜR öz-bakım ritüelleri alt boyutu pozitif yönde (r=.23 p < .01); PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler alt boyutu pozitif yönde (r=.43, p < .01) ve istatiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermektedir. Analize ilişkin bulgular Tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10. Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.ACQ-R toplam puan														
2.OİÖ toplam puan	-.32**													
3. PE-WEÜR toplam puan	-.23**	.44**												
4.ACQ-R duygu kontrolü	.69**	-.15*	-.13*											
5.ACQ-R stres kontrolü	.76**	-.25**	-.14*	.31*										
6.ACQ-R tehdidin kontrolü	. 79**	-.30**	-.24**	.27**	.44**									
7.OİÖ sorumluluk/tehdit öngörüsü	-.29**	.90**	.41**	-.14*	-.24**	-.26**								
8.OİÖ mükemmeliyetçilik/ belirsizlik öngörüsü	-.29**	.84**	.36**	-.16**	-.24**	-.25**	. 67**							
9.OİÖ düşüncenin/ kontrolün önemi	-.27**	.82**	.36**	-.11	-.18**	-.31**	.63**	.49**						
10. PE-WEÜR kontrol etme kompulsiyonu	-.17**	.41**	.87**	.12*	-.12	.13*	. 42**	.33**	.30**					
11. PE-WEÜR bulaşma /kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları	-.11**	.32**	.80**	-.05	-.06	-.12	.27**	.33**	.23**	.60**				
12. PE-WEÜR kendine/ başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler	-.23**	.22**	.73**	-.10	-.13*	.26**	.18**	.14*	.25**	. 73**	.48**			
13. PE-WEÜR öz-bakım ritüelleri	-.09	.27**	.68**	-.03	-.01	-.15*	.24**	.23**	.23**	.68**	.54**	.58**		
14. PE-WEÜR kendine/ başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler	-.33**	.48**	.84**	-.21**	-.19**	-.32**	.47**	.34**	.43**	.69**	.53**	.65**	.45**	

Not. ACQ-R: Algılanan Kontrol Ölçeği, PE-WEÜR : Padua Envanteri Washington Eyalet Üniversitesi Gözden Geçirilmiş Formu, OİÖ: Obsesif İnanışlar Ölçeği, ***p* < .01, **p* < .05; *n* =265

3.2.2. Obsesif Kompulsif Belirtileri Yordayan Değişkenlerin Regresyon Analizi

Obsesif kompulsif belirtileri yordayan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Hiyerarşik regresyon analizi test edilmeden önce değişkenler arası ilişkiler incelenmiş ve Pearson korelasyon katsayıları incelendiğinde PE-WEÜR kontrol etme kompulsiyonu alt boyutunun ACQ-R tehdidin kontrolü ve duygu kontrolü ile, PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler alt boyutunun ACQ-R'nin tüm alt boyutlarıyla, PE-WEÜR kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler alt boyutunun ACQ-R tehdidin kontrolü ve stres kontrolü alt boyutlarıyla, PE-WEÜR öz-bakım ritüelleri alt boyutunun ise ACQ-R tehdidin kontrolü alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkilerinin olduğu görülmüştür. Bu nedenle bu değişkenler arasında önemli etkiler öngörülebilmektedir.

Analiz kapsamında öncelikle modelde çoklu doğrusal bağlantının (multicollinearity) bulunup bulunmadığı tolerans ve varyans şişkinlik faktör değerlerine (Variance Inflation Factor, VIF) bakılarak incelenmiştir. Elde edilen bütün tolerans değerlerinin 0,01' den büyük, varyans şişkinlik faktör değerlerinin 10'dan küçük olduğu bulunmuş olup çoklu doğrusal bağlantı olmadığı görülmüştür.

Obsesif kompulsif belirtileri yordayan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla üç aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Obsesif kompulsif belirtilerin ölçülmesi adına PE-WEÜR alt boyutlarından algılanan kontrolün alt boyutlarıyla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkilerin görüldüğü kontrol etme kompulsiyonları, kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler, öz-bakım ritüelleri, kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler bağımlı değişken olarak analize sokulmuştur. Kontrol etme kompulsiyonları ve öz-bakım ritüellerini yordayan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizinin bulgularının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüleri yordayan değişkenlerin belirlenmesi için analize ilk aşamada katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu ve psikolojik tedavi geçmişi, ikinci aşamada OİÖ alt boyutları sokularak açıkladıkları varyans istatistiksel olarak kontrol edilmiştir. Analizin son aşamasında ise ACQ-R alt boyutları (tehdidin kontrolü, stres kontrolü, duygu kontrolü) girilmiştir. Analize birinci aşamadan giren değişkenlerden

psikolojik tedavi geçmişi olanların zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtülerinin psikolojik tedavi geçmişi olmayanlara göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (t=2.21, p<.05). İkinci aşamada denkleme giren OİÖ alt boyutu değişkenleri %2 olan açıklanan varyansı %6'ya çıkarmıştır. OİÖ alt boyutlarından önem verme/düşünceleri kontrol etmenin katılımcıların kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler alt boyutundan aldıkları puanları pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur (t=1.98, p<.01). Önem verme/düşünceleri kontrol etmeye dair inançlar arttıkça zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtülerin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Analize üçüncü aşamada ACQ-R alt boyutlarından tehdidin kontrolü ve stres kontrolü girilmiştir. Tehdidin kontrolü ve stres kontrolü değişkenlerinin açıklanan varyansı %9'a çıkardığı görülmüştür. Tehdidin kontrolünün kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüleri negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur (t=-2.87, p<.01). Tehdidin kontrolü azaldıkça zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtülerin arttığı görülmektedir. Stres kontrolü ve duygu kontrolü değişkeninin ise kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamadığı saptanmıştır. Analiz sonuçlarına dair bulgular Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Kendine/Başkalarına Zarar Verneye Yönelik Obsesyonel Dürtüleri Yordayan Değişkenlerin Analizi

	β	t	R^2	Uyarlanmış R^2	F	F değişim
I. aşama			.03	.02	2.98	2.98*
cinsiyet	.07	1.10				
eğitim	-.05	-.84				
psikolojik tedavi geçmişi	.13	2.21*				
II. aşama			.08	.06	4.12	5.11**
sorumluluk/ tehlike beklentisi	.03	.41				
mükemmeliyetçilik/ kesinlik	-.03	-.36				
önem verme/ düşünceleri kontrol etme	.16	1.98*				
III. aşama			.12	.09	3.97	3.45*
stres kontrolü	.00	.05				
tehdidin kontrolü	-.19	-2.87**				
duygu kontrolü	.11	-.39				

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri yordayan değişkenlerin belirlenmesi için analize ilk aşamada katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu ve psikolojik tedavi geçmişi, ikinci aşamada OİÖ alt boyutları sokularak açıkladıkları varyans istatistiksel olarak kontrol edilmiştir. Analizin son aşamasında ise ACQ-R alt boyutları denkleme dâhil edilmiştir. Analize birinci aşamadan giren değişkenlerin kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı görülmüştür. İkinci aşamada regresyona giren OİÖ alt boyutu değişkenleri açıklanan varyansı %24'e çıkarmıştır. Kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüleri OİÖ alt boyutlarından sorumluluk/ tehlike beklentisinin (t=3.96, p<.001) ve önem verme/düşünceleri kontrol etmenin (t=2.55, p<.05) pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır. Sorumluluk/ tehlike beklentisi ve önem verme/ düşünceleri kontrol etmeye yönelik inançlar arttıkça zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler artmaktadır. Analize üçüncü aşamada girilen ACQ-R alt boyutlarının açıklanan varyansı %27'ye çıkardığı görülmüştür. Tehdidin kontrolünün kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur (t=-2.87, p<.01). Tehdidin kontrolü azaldıkça zarar vermeye yönelik obsesyonel düşüncelerin arttığı görülmüştür. Stres ve duygu kontrolü değişkenlerinin ise kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamadığı saptanmıştır. Analiz sonuçlarına dair bulgular Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Kendine/Başkalarına Zarar Vermeye Yönelik Obsesyonel Düşünceleri Yordayan Değişkenlerin Analizi

	β	t	R^2	Uyarlanmış R^2	F	F değişim
I. aşama			.02	.00	1.80	1.80
cinsiyet	.03	.59				
Eğitim	-.05	-1.02				
psikolojik tedavi geçmişi	.06	1.26				
II. aşama			.25	.24	15.05	27.75***
sorumluluk/ tehlike beklentisi	.32	3.96***				
mükemmeliyetçilik/ kesinlik	-.02	-.34				
önem verme/ düşünceleri kontrol etme	.16	2.30*				

III. aşama			.29	.27	12.04	4.71**
stres kontrolü	.02	.35				
tehdidin kontrolü	-.17	-2.76**				
duygu kontrolü	-.10	-.185				

*$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$

BÖLÜM 4. TARTIŞMA

Bu bölümde, öncelikle ACQ-R'nin psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular, ilgili literatür çerçevesinde tartışılarak yorumlanmıştır. Sonrasında ise obsesif inançlar, obsesif kompulsif belirtiler ve algılanan kontrol arasındaki ilişkilere dair bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılarak yorumlanmıştır.

4.1. ACQ-R'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla birinci çalışmadan elde edilen verilerle Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve ikinci çalışmadan elde edilen verilerle Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Ölçeğin eş zaman geçerliğinin belirlenmesi amacıyla depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkileri Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Analizi ile incelenmiştir.

Yapılan temel bileşenler analizi sonuçlarına göre, ölçeğin orijinal form çalışması (Brown vd., 2004) ile tutarlı olarak özdeğeri 1'den büyük olan üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bununla birlikte, AFA sonuçlarına göre ölçeğin 15. maddesi dışındaki tüm maddelerin, orijinal ölçekteki faktör yapısına uygun biçimde bir araya geldikleri görülmüştür. Ölçeğin orijinalinde duygu kontrolü alt boyutunda yer alan 15. maddenin (Kaygılandığımda, kaygımdan başka bir şeye odaklanmakta zorlanırım.) stres kontrolü alt boyutunda yer aldığı görülmüştür. Stres kontrolü faktöründe yer almasının içerik ve teorik olarak uygun olmadığının düşünülmesi ve ölçeğin orijinal formunun faktör yapısının da göz önünde bulundurulması ile birlikte söz konusu madde yapılan birinci temel bileşenler analizinden çıkarılmıştır.

ACQ-R'nin eş zaman geçerliğini belirlemek amacıyla yapılan Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Analizi sonuçlarına göre algılanan kontrolün toplam puanı, tehdidin kontrolü, stres kontrolü ve duygu kontrolü depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ile negatif yönlü ve anlamlı düzeyde ilişki göstermiştir. Analize ilişkin sonuçların ölçeğin orijinal çalışma bulguları ile tutarlı olduğu görülmüştür. Psikopatoloji teorileri, düşük seviyede algılanan kontrolün olumsuz duygu deneyimi için önemli olduğunu öne

sürmektedir (Chorpita ve Barlow, 1998). Dolayısıyla algılanan kontrolün seviyesi düştükçe depresyon ve kaygı gibi olumsuz duyguların şiddetinin artması beklendik bir sonuçtur. Bulgular, literatürle (Ballash, Pemble, Usui, Buckley ve Woodruff-Borden, 2006; Brown vd., 2004; Gallagher, 2011; Moulding ve Kyrios, 2007; Muris vd., 2004) tutarlı olarak algılanan kontrolün farklı psikolojik zorluklarla negatif yönlü ilişkilerinin olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte, mevcut çalışmada duygu kontrolü ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Ölçeğin orijinal çalışmasının sonucunda da duygu kontrolü ve tehdidin kontrolünün kaygı ile depresyona oranla daha güçlü bir ilişkisinin olduğu belirtilmektedir (Brown vd., 2004). Orijinal makalede de belirtildiği üzere duygu kontrolünün depresyona kıyasla kaygı ile daha güçlü bir bağının olmasının bu sonucu açıklayabileceği düşünülmektedir.

ACQ-R'nin yapı geçerliğini belirlemek için ikinci çalışma grubundan elde edilen veri seti ile DFA yapılmıştır. DFA sonuçlarına göre, orijinal ölçekte olduğu gibi üç faktörlü yapının doğrulandığı görülmüştür. Çalışmanın bulgularına göre RMSEA değerinin .05 ile .08 aralığında olduğu saptanmıştır. RMSEA değerinin .05'e eşit ya da .05'ten küçük olması iyi uyumun, .05 ile .08 arasında olması yeterli uyumun, .08 ile 1 arasında olması kabul edilebilir uyumun, 1'den büyük olması ise kabul edilemez uyumun bir göstergesidir (Kaplan, 2000). GFI, CFI ve NNFI değerlerinin ise 0.90'dan yüksek olduğu görülmektedir. GFI, CFI ve NNFI değerlerinin 0.90'dan yüksek olması model veri uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir (Çapık, 2014; Munro 2005). x^2/sd oranı GFI, CFI, NNFI ve RMSEA değerleri göz önünde bulundurulduğunda oluşturulan modelin toplanan veriyle iyi bir uyumunun olduğunu söylemek mümkündür. Tüm sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda ACQ-R Türkçe formunun yapı geçerliliği açısından kabul edilebilir düzeyde psikometrik özellikler gösterdiği söylenebilir.

4.2. ACQ-R'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

ACQ-R'nin güvenirlik analizi için madde toplam korelasyon analizi yapılmış, Cronbach alfa ve test tekrar test güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyon analizi sonucunda madde toplam korelasyonlarının .46 ve .70 arasında olduğu saptanmıştır. Ölçeğin orijinal form bulgularında ise madde toplam korelasyonlarının .36 ve .70 arasında değiştiği, mevcut çalışmadaki madde toplam korelasyonlarının ölçeğin

orijinaline yakın olduğu görülmektedir. Madde toplam korelasyonu için sınır değer .30 olarak ifade edilmektedir (Büyüköztürk, 2007). Dolayısıyla tüm maddelerin ait oldukları faktörle ilişkili olduğu söylenebilmektedir.

Güvenirlik analizi için ikinci olarak alt boyutların iç tutarlılık katsayıları incelenmiştir. Ölçeğin tehdidin kontrolü alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı 0.84, stres kontrolü alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı 0.77, duygu kontrolü alt boyutu için iç tutarlılık kat sayısı ise 0.77 olarak bulunmuştur. Ölçeğin orijinal form çalışmasında ise bu değerler klinik olmayan örneklem için tehdidin kontrolü için 0.69, stres kontrolü için 0.67, duygu kontrolü için 0.65 olarak bulunmuştur. Büyüköztürk'e (2007) göre, bir ölçme aracının güvenirlik katsayısının .70 ve üzeri olması durumunda ölçme aracının yüksek düzeyde güvenilir olduğu kabul edilmektedir. Bu bağlamda, mevcut çalışmanın sonuçları göz önünde bulundurulduğunda ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilmektedir.

Güvenirlik analizi için son olarak test tekrar test uygulaması için ölçek 87 katılımcıya 21 gün ara ile uygulanmıştır. Tehdidin kontrolü alt boyutu için test tekrar test katsayısı 0.58, stres kontrolü alt boyutu için test tekrar test katsayısı 0.63, duygu kontrolü alt boyutu için test tekrar test katsayısı .61 olarak bulunmuştur. Ölçeğin orijinal form çalışmasında test tekrar test katsayılarına rastlanmamıştır. Korelasyon katsayısının, mutlak değer olarak, 0.70-1.00 arasında olması yüksek; 0.30-0.70 arasında olması orta; 0.00-0.30 arasında olması ise düşük düzeyde bir ilişki olarak tanımlanabilir (Büyüköztürk, 2004). Bu bağlamda ölçeğin tüm alt boyutlarının orta derecede bir kararlılık gösterdiği söylenebilir.

4.3. Algılanan Kontrol, Obsesif İnançlar ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Çalışmanın sonuçlarına göre algılanan kontrolün obsesif kompulsif belirtilerle negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu, bir başka deyişle algılanan kontrolün seviyesi düştükçe obsesif kompulsif belirtilerin arttığı görülmüştür. Algılanan kontrolün OKB üzerindeki etkilerini inceleyen bir araştırmada algılanan kontrolün OKB belirtileriyle negatif bir şekilde ilişkili olduğu görülmüş, düşük kontrol algısının OKB belirtilerinin ortaya çıkmasında doğrudan etkisinin olduğu ortaya konmuştur (Moulding ve Kyrios 2007). Aynı zamanda yüksek düzeydeki kontrol isteğiyle uyuşmayan düşük

kontrol algısının daha fazla kompulsiyona neden olduğu ve böylelikle OKB belirtilerinin arttığı görülmüştür (Moulding ve Kyrios, 2007). Bu araştırmanın bulgularının sözü edilen sonucu desteklediği görülmektedir. Mevcut çalışmanın bulgularının aynı zamanda teorik yapıyla da tutarlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın bir diğer değişkeni olan obsesif inançların da algılanan kontrolle negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Literatürde obsesif inançların algılanan kontrolle ilişkisinin incelendiği çalışmalar oldukça sınırlıdır. Moulding ve Kyrios (2007) tarafından yapılan çalışmada algılanan kontrolün seviyesi düştükçe obsesif inançların şiddetinin arttığı ve kontrolle ilgili inançların obsesif inançların gelişimine yol açan önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Aynı zamanda algılanan kontrolün obsesif inançlar ve obsesif kompulsif belirtilerin gelişimindeki rolü, algılanan kontrolün OKB'deki bazı bilişsel süreçlerin temelini oluşturabileceğine işaret etmektedir. (Moulding ve Kyrios, 2007). Elde edilen sonuçlar, araştırma hipotezini desteklemekle birlikte literatürdeki sınırlı sayılabilecek bulgularla da paralellik göstermektedir.

Psikopatoloji teorileri algılanan kontrolün kaygı bozukluklarının gelişimi ile özellikle ilgili olduğunu ve olumsuz duygu durum deneyiminde önemli bir rolünün olduğunu belirtmektedir (Barlow 2002; Rapee vd., 1996; Shapiro ve Astin, 1998). Psikopatolojideki üçlü yatkınlık modeline (triple vulnerability model) göre, düşük kontrol algısı psikolojik yatkınlık faktörü olarak görülmekte, OKB ve çeşitli kaygı bozukluklarında sürdürücü faktör olarak kabul edilmektedir (Barlow, 2002). Üçlü yatkınlık modeline göre, kontrol edilemeyen olaylarla ilgili erken dönem deneyimleri kaygının gelişiminde önemli bir faktör olarak görülmekte, stresli yaşam olayları üzerindeki düşük kontrol algısının kaygının kronikleşmesinde rolünün olduğu belirtilmektedir (Chorpita ve Barlow, 1998). Kontrol algısı başlangıçta erken dönem deneyimleri ve kaygı arasındaki ilişkide aracı rol oynamakta; fakat zamanla daha sabit bir özellik haline gelmekle birlikte, çevresel stres faktörlerinin kaygının ifadesi ve gelişimi üzerindeki etkisinde bir moderatör olmaktadır (Barlow, 2002; Barlow ve Chorpita, 1998; Gallagher vd., 2014). Dolayısıyla düşük kontrol algısının semptomların sürmesine ve artmasına katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Barlow, 2002). OKB tanısı alan kişilerin de klinik olmayan örnekleme göre düşüncelerini kontrol etme arzusunun daha yüksek olduğu, ancak girici düşünceler üzerinde daha düşük bir kontrol algısına

sahip olduğu bulunmuştur (Purdon ve Clark, 2002). Düşük kontrol algısının hem obsesif inançlara hem de OKB belirtilerinin daha şiddetli olmasına yol açan önemli bir faktör olduğu öne sürülmektedir (Moulding ve Kyrios, 2007). Kontrol isteğinin algılanan kontrolden fazla olmasının kompulsiyonlara yol açtığı, böylelikle OKB belirtilerinin artmasına neden olduğu belirtilmektedir (Moulding ve Kyrios, 2007). Dolayısıyla kontrol algısı OKB için önemli bir rol oynamakta, düşük kontrol algısı bazı bilişsel süreçlerle birlikte obsesyon ve kompulsiyonların sıklığının ve şiddetinin artmasına neden olmaktadır. Bu çerçevede mevcut çalışmadan elde edilen bulguların literatürle ve teorik yapıyla tutarlı ve algılanan kontrolün obsesif kompulsif belirtiler ve obsesif inançlarla ilişkisini destekler nitelikte olduğu söylenebilmektedir.

4.4. Obsesif Kompulsif Belirtileri Yordayan Değişkenlerin Analizine Yönelik Sonuçların Tartışılması

Algılanan kontrol, obsesif inançlar ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkilerin analizine yönelik bulguların yanı sıra regresyon analizinde katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu psikolojik tedavi geçmişi ve obsesif inançları kontrol edildikten sonra algılanan kontrolün OKB belirtilerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre tehdidin kontrolünün OKB belirtilerinden kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler ve kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşüncelerle ilişkilerinin katılımcıların cinsiyetleri, eğitim durumları, psikolojik tedavi geçmişleri kontrol edildikten sonra da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Moulding ve Kyrios (2007) tarafından yapılan çalışmada düşük düzeydeki kontrol algısının yüksek düzeyde kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Brown ve Naragon-Gainey (2013), yapmış oldukları çalışmada algılanan kontrolün OKB'yi yordadığını bulmuşlardır. Başka bir çalışmada ise kontrolle ilgili olumsuz inançların kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri yordadığı saptanmıştır (Wells ve Papageorgiou, 1998). Literatürdeki çalışmaların bulgularının mevcut çalışmada elde edilen bulguları destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Bu bulgular OKB'nin bilişsel modeli çerçevesinde ele alınabilir. Bilişsel modele göre, kişi girici düşüncelerin yanlış yorumlanması sonucu ortaya çıkan sıkıntıyı ve olası olumsuz sonuçları önlemek için kompulsiyonlara başvurmakta, bu işlevsiz stratejiler de

sonrasında girici düşüncenin yoğunluğunu ve şiddetini arttırmaktadır (Moulding, Doron, Kyiros ve Nedeljkovic, 2008). OKBÇG (1997), yanlış değerlendirmeye neden olan ve OKB'de merkezi öneme sahip altı işlevsiz inanç alanı belirlemiştir. Fakat sonraki çalışmalar, OKB tanısı alan kişilerin önemli bir kısmında OKBÇG tarafından tanımlanan işlevsiz inançların klinik olarak anlamlı düzeyde görülmediğini, dolayısıyla farklı inanç alanlarının OKB için önemli olabileceğini göstermektedir (Taylor vd., 2006). Çoğu kişinin içerik olarak klinik obsesyonlara benzer istenmeyen girici düşüncelere sahip olduğu (Purdon ve Clark, 1993), fakat klinik obsesyonların, klinik olmayan örneklemdeki girici düşüncelerden çok daha sık, yoğun ve kontrol edilemezlik inancı ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Clark ve Gonzalez, 2014). Aynı zamanda bilişsel modele göre, istenmeyen girici düşüncelere verilen önem, bununla ilgili sorumluluk algısı ve bu düşüncelerin kontrolüne ilişkin işlevsiz inançların obsesyonlar için bilişsel bir yatkınlık faktörü olduğu söylenmektedir (Clark ve Gonzalez, 2014). Kişiler, bu işlevsiz inançlar sebebiyle istenmeyen girici düşünceyi tehdit edici bir zihinsel olay olarak yanlış değerlendirme eğilimindedirler (Clark ve Gonzalez, 2014). Araştırmalar da değerlendirme sürecinin istenmeyen girici düşüncenin sıklığı ve kontrol edilemezliği ile ilgili inançlarla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Purdon ve Clark, 1994). Moulding ve Kyrios (2006) tarafından yapılan çalışmada, algılanan kontrol istenen seviyeye ulaşmadığında girici düşüncelerin tehdidine ilişkin değerlendirmelerin de arttığını saptamıştır. Dolayısıyla, girici düşünce üzerindeki algılanan kontrol bu düşüncelerin yanlış değerlendirilmesine sebep olmakta, girici düşünceler üzerindeki düşük kontrol algısı klinik obsesyonların oluşumu için zemin hazırlamaktadır. OKB'nin test edilmiş bilişsel modeline göre de, OKB belirtileri olan kişilerin düşüncelerini ve çevrelerini kontrol etme gereksinimi duymakla birlikte girici düşünceleri ve çevreleri üzerindeki kontrollerinin düşük olduğu inancına sahip olduğu görülmüştür (Moulding ve Kyrios, 2007; Purdon ve Clark, 2002). Moulding and Kyrios (2006), yaşamlarındaki olaylar ve girici düşünceler üzerinde yüksek düzeyde kontrol ihtiyacı duyan fakat düşük düzeyde kontrol inancına sahip kişilerin kaygıya eğilimlerinin arttığını ve kaygılarının azalması için algılanan kontrolü yeniden kazanmaya çalıştıklarını ileri sürmüşlerdir. Bilişsel modele göre, girici düşünceler üzerindeki yanlış değerlendirmeler sonucunda kişi yaşanılan sıkıntıyı ve olası olumsuz sonuçları önlemek için nötralize etmeye başvurmaktadır (Salkovskis, 1985). Dolayısıyla nötralize etme, istenmeyen girici

düşünce üzerindeki kontrol algısını yeniden oluşturma girişimi olarak düşünülebilir (Clark, 2004). Nötralize etme stratejileri kısa süreliğine kaygıyı azaltmakta, fakat uzun vadede obsesyonların şiddetini arttırmaktadır (Clark ve Gonzalez, 2014). Bilişsel model, istenmeyen girici düşüncenin geçici olarak ortadan kaldırılmasıyla birlikte pekiştiğini, kompulsiyonların kişinin yanlış değerlendirmelerinin gerçekçi olmadığını görmesine engel olduğunu, bu sebeple de kompulsiyonların şiddetinin arttığını ileri sürmektedir (örn. kişi zararla ilgili görüntülerin herhangi bir zarara yol açmadığını öğrenemez) (Abramowitz vd., 2009). Aynı zamanda kompulsiyonlar istenmeyen girici düşüncelerin hatırlatıcısı olmakla birlikte bu düşüncelerin sıklığının artmasına neden olarak tekrar ortaya çıkmalarını tetiklemektedir (Abramowitz vd., 2009). Sonuç olarak, girici düşünce üzerindeki düşük kontrol algısı bu düşünceler üzerindeki değerlendirmeleri olumsuz yönde etkilemekte, kişi kompulsiyonlarla birlikte kontrol algısını yeniden oluşturmaya çalışmakta, tüm bunların sonucunda obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti artmaktadır. Tüm bunların, algılanan kontrolün OKB belirtileri üzerindeki etkisini açıkladığı düşünülmektedir.

Algılanan kontrolün OKB belirtilerini yordaması literatürle tutarlı ve beklendik bir sonuç olmakla birlikte, elde edilen bulgulara göre algılanan kontrolün alt boyutlarından yalnızca tehdidin kontrolünün OKB belirtilerinden kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler ve kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri yordadığı saptanmıştır. Algılanan kontrol kişinin içsel/duygusal deneyimleri (duygu kontrolü), dış tehditler (tehdidin kontrolü) ve stres verici deneyimleri (stres kontrolü) üzerindeki kontrol algısı olarak tanımlansa da, içsel/duygusal deneyimler ve stres verici deneyimler üzerindeki kontrol algısından ziyade tehdit edici uyaran üzerindeki kontrol algısının OKB ile ilgili bilişsel süreçte öneminin daha fazla olabileceği ifade edilebilir. Tehdit üzerindeki kontrol algısı, hem tehdit edici olayın kontrolüne hem de bununla ilgili duygusal tepkilerin kontrolüne yönelik inançları içermektedir (Ruggiero vd., 2012). Kontrolün OKB semptomatolojisiyle ilişkisini inceleyen çalışmalar, OKB semptomlarının özellikle birey tehdit altındayken düşük kontrol algısı ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (Moulding ve Kyrios, 2006). Sassaroli ve arkadaşları (2015) da tehdit veya stres karşısındaki kontrol algısının OKB ile özelikle ilgili olabileceğini ortaya koymuşlardır. OKB, düşük kontrol algısı ve yüksek düzeyde kontrol isteğiyle karakterize olmakta, bunlar ise yaşanılan sıkıntıyı arttırmakta ve kişiyi tehdide karşı koymak için

harekete geçirmektedir (Abramowitz vd., 2009). Aynı zamanda, düşük kontrol algısının kişinin tehditle başa çıkma becerisi hakkındaki belirsizlik inançlarıyla da ilişkili olduğu düşünülmektedir (Brown vd., 2004). Kişi tehdit edici bir uyaranla karşılaştığında bunun üzerinde düşük kontrol algısının olduğunu düşünmekte, bu ise kişinin o durumla başa çıkabileceğine dair inancının azalmasına neden olmaktadır. Bandura (1997), düşük kontrol algısı ve kişinin potansiyel tehditle baş etme becerisi hakkındaki inançlarının kaygının oluşumunu etkilediğini, bunların kaçınma davranışlarına ve rahatsız edici düşüncelere yol açtığını öne sürmektedir. Bunların yanı sıra, girici düşünceler üzerindeki yanlış değerlendirmeler arttıkça, tehdit edici uyaranların şiddetinin arttığı, daha önce nötr olarak algılanan uyaranların tehdit edici olarak görülmeye başladığı görülmüştür (Rachman, 1998). Bununla birlikte, girici düşüncelerin tehdit değerine ilişkin değerlendirmelerin de algılanan kontrol istenen seviyeye ulaşmadığında arttığı, bunun ise sıkıntıya yol açarak kişinin algılanan kontrolü arttırmak için harekete geçmesine sebep olduğu belirtilmektedir (Sassaroli vd., 2015). Tehdit edici uyaran üzerindeki düşük kontrol algısı, tehdidin gerçekleşme olasılığına ilişkin inancın artmasına sebep olarak anlık kaygıyı arttırmaktadır (Chorpita ve Barlow, 1998). Tüm bunlar kaçınma davranışına yol açmakta, böylelikle tehditle ilgili yanlış değerlendirmelerin gerçekliği sınanamamakta ve obsesyonların sıklığı ve şiddeti artmaktadır (Rachman, 1998). Dolayısıyla tehdit edici uyaran üzerindeki düşük kontrol algısının tehdit değerine ilişkin yanlış değerlendirmelerin artmasına neden olduğu, yanlış değerlendirmeler arttıkça tehdit edici uyaranların şiddetinin arttığı düşünülebilir. Aynı zamanda, tehdit edici uyaran üzerindeki düşük kontrol algısının kişinin olası tehditle başa çıkma becerisi hakkındaki inançlarının zayıflamasına ve tehdidin gerçekleşme olasılığı hakkındaki inançlarının artmasına neden olduğu, bunların kişiyi işlevsiz stratejilere yönelterek obsesyon ve kompulsiyonların şiddetini arttırdığı ileri sürülebilir. Sonuç olarak, tehdidin kontrolüne yönelik inançların bazı bilişsel süreçlerle birlikte obsesif kompulsif belirtiler üzerinde etkisinin daha fazla olabileceği ifade edilebilir.

Bunların yanı sıra, girici düşünce ve dürtüler zarar vermeye yönelik olduğunda kişilerin istenmeyen düşünceleri üzerinde yanlış yorumlamalar yapmaya daha yatkın oldukları ortaya konmuştur (Rachman, 1998). Kişinin istenmeyen düşünceleri kontrol edemediğine dair inançları, başkalarına zarar vermek için harekete geçme dürtülerini güvenilir bir şekilde kontrol edemeyeceğinin bir işareti olarak değerlendirilebilmektedir

(Rachman, 1998). Zarar vermeye yönelik girici düşünce ve dürtüler üzerindeki düşük kontrol algısının hem o düşünce ve dürtüyle ilgili yanlış değerlendirmelerin artmasına, hem de bunlarla başa çıkma becerilerine yönelik olumsuz inançlar geliştirmeye neden olduğu ifade edilebilir. Bunların ise kişiyi işlevsiz başa çıkma stratejilerine yönelterek işlevsiz inançların doğrulanmasıyla birlikte zarar vermeye yönelik düşünce ve dürtülerin şiddetini arttırdığı düşünülebilir.

"O kadar kontrolsüz ve tehlikeliyim ki, zararlı bir şekilde hareket etmekten kaçınmak için adımlar atmalıyım.", "Bu dürtüyü etkisiz hale getirmemiş olsaydım, korkulan olay gerçekleşmiş olabilirdi.", "Sürekli çaresiz insanlara zarar vermeyi düşünüyorsam, bu benim kötü ve tehlikeli olduğum anlamına gelir, önemli bir tehdit oluşturuyorum.", "Ayrıca kaygım tepkilerimi kontrol edemediğim anlamına gelir.", zarar vermeye yönelik düşüncelere örnek olarak verilebilir (Rachman, 1998). Bu düşüncelerin ACQ-R'nin tehdidin kontrolü alt boyutuna ait maddelerle benzer temalara sahip oldukları görülmektedir. Örneğin, ölçeğin maddelerinden "Beni kaygılandıran olayların çoğu benim kontrolümde değildir.", tehdit edici uyaran karşısındaki düşük kontrol algısına işaret etmektedir. Tehdidin kontrolü alt boyutunda yer alan maddelerden "Bir şeyden korktuğumda genellikle yapabileceğim bir şey yoktur.", "Korkutucu olayları değiştirebilmek için yapabileceğim çok az şey vardır.", "Eğer bir şey bana zarar verecekse, ne yaparsam yapayım onu engelleyemem." ise tehdit edici uyaran üzerindeki düşük kontrol algısının, kişinin olası tehditle başa çıkma becerisi hakkındaki inançlarının zayıflamasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, zarar vermeye yönelik düşünce ve dürtülerde kontrolle ilgili inançların önemli bir yerinin olduğu, bu düşünce ve dürtülerin tehdidin kontrolüne ait maddelerle benzer içeriklere sahip olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak, mevcut çalışmanın da bulgusu olan tehdidin kontrolünün kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler ve kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler üzerindeki etkisinin literatür ve teorik yapıyla tutarlı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda sonuçların OKB'nin bilişsel modeliyle de tutarlılık gösterdiği, algılanan kontrolün OKB ile ilgili bilişsel süreçlerde etkili olabileceğinin göz önünde bulundurulmasının yararlı olacağına işaret ettiği ifade edilebilir.

4.5. Genel Değerlendirme

İlk çalışmada Brown, White, Forsyth ve Barlow tarafından 2004 yılında geliştirilen Algılanan Kontrol Ölçeği (Anxiety Control Questionnaire-Revised - ACQ-R) Türkçe'ye uyarlanmış, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe ismi ''Algılanan Kontrol Ölçeği'' olarak belirlenmiştir. Ölçeğin geçerlik çalışması yapılmış, yapı geçerliği ve eş zaman geçerliği değerlendirilmiştir. AFA sonuçlarına göre ölçeğin 15. maddesi dışındaki tüm maddelerin, orijinal ölçekteki faktör yapısına uygun biçimde bir araya geldikleri görülmüştür. 15. madde analizden çıkarılarak oluşturulan yeni yapıyla birlikte tekrar analiz yapılmış ve ölçeğin orijinal form çalışması ile tutarlı olarak üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. DFA sonuçlarına bakıldığında ise, oluşturulan modelin veriyle uyumlu olduğu ve ölçeğin yapısal geçerliliğe sahip olduğu görülmüştür. Ölçeğin eş zaman geçerliğinin değerlendirilmesi için kullanılan ölçeklerle olan ilişkilerinin de beklenilen yönde olduğu görülmüştür. Ölçeğin güvenirlik analizi için madde toplam korelasyon analizi yapılmış, Cronbach alfa ve test tekrar test güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin maddelerinin ait oldukları faktörlerle ilişkili olduğu görülmüştür. Bunlarla birlikte, ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılık, orta düzeyde kararlılık katsayısına sahip olduğu saptanmıştır. Elde edilen veriler sonucunda, ACQ-R'nin üç boyutlu, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu söylemek mümkündür. Ulusal literatürde algılanan kontrole ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, uluslararası literatürde kaygı ile ilgili olaylar ve tepkiler üzerinde algılanan kontrolü ölçmek için ACQ ve ACQ-R kullanılmıştır. Mevcut çalışmada ACQ-R Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Mevcut çalışmanın "algılanan kontrol" kavramının ulusal literatüre katkısı açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Algılanan kontrolün kaygı bozukluklarının ve OKB'nin gelişiminde önemli bir faktör olduğu ortaya konmaktadır. Uluslararası literatürde, algılanan kontrolün hem kaygı bozukluklarıyla hem de OKB ile ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmakta, algılanan kontrolün terapinin sonuçlarına olan etkisi araştırılmaktadır. Dolayısıyla, algılanan kontrolün hem psikopatolojilerle olan ilişkisi hem de tedavi sürecindeki rolünün ulusal çalışmalarda incelenebilmesi açısından ACQ-R'nin ulusal literatüre katkısının olacağı düşünülmektedir.

İkinci çalışmada obsesif inançlar, algılanan kontrol ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Uluslararası literatürde algılanan

kontrol, obsesif inançlar ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkilerinin incelendiği araştırmalar sınırlı olmakla birlikte, ulusal literatür bu değişkenlerin ilişkilerinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Elde edilen bulgulara göre, algılanan kontrolün hem obsesif inançlarla hem de obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu görülmüştür. Bunlarla birlikte algılanan kontrolün alt boyutlarından özellikle tehdidin kontrolünün OKB belirtilerinden kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler ve kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceleri yordadığı saptanmıştır. Bulguların literatürle ve teorik yapıyla tutarlı olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar OKB'nin tedavisinde algılanan kontrolün rolünün gözden geçirilmesinin yararına işaret etmektedir. Literatürde de algılanan kontrolün kaygı bozuklukları ve OKB için bilişsel davranışçı terapide bir değişim mekanizması olduğu görülmüştür (Gallagher vd., 2014). Çalışmanın sonuçlarının da OKB'nin bilişsel modeliyle tutarlı olduğu görülmekte, sonuçlar algılanan kontrolün OKB ile ilgili bilişsel süreçlerde etkisinin olabileceğine işaret etmektedir.

Mevcut OKB tedavilerinin, algılanan kontrolü geliştirmeye yardımcı olacağı düşünülmektedir. Kontrolle ilgili inançların değerlendirilmesinin, OKB tanısı alan kişilerin girici düşünceye müdahale etme konusundaki ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Algılanan kontrolün düşük olduğu alanlar hakkında bilgi edinerek, sonrasında danışanın kontrol becerilerine olan inancını arttırmaya yönelik bilişsel davranışçı terapideki tekniklerle çalışılmasının faydalı olacağı belirtilmektedir (Lang ve McNiel, 2006; Moulding ve Kyrios, 2006). Kaygının doğası ile ilgili psiko-eğitim duygusal deneyimlerle ilgili algılanan kontrolün artmasına, bilişsel yeniden yapılandırma stratejileri hastaların duygusal deneyimlerle ilgili işlevsiz kontrol algılarını tanımalarına ve daha işlevsel kontrol algıları geliştirmelerine, maruz bırakma ve tepki önleme, rol oynama ve özellikle davranışsal deneyler ise hastanın becerilerini arttırmaya ve işlevsiz inançlarının değişmesine yardımcı olacaktır (Moulding ve Kyrios, 2006, 2007). Örneğin, hasta "Bir şeyden korktuğumda, yapabileceğim hiçbir şey yoktur." şeklinde bir düşünceye sahip olduğunda, terapist bunun gerçekçi bir değerlendirme olup olmadığını tartışabilir (Sassaroli vd., 2015). Algılanan kontrolün artışının, kişinin kaygı ve stresli yaşam olaylarına nasıl yaklaşacağını ve bunlara nasıl tepki vereceğini etkileyerek tedavi sonuçlarında olumlu yönde değişikliğe yol açacağı ifade edilmektedir (Gallagher vd., 2014). Algılanan kontrolle ilgili olumlu değişikliklerin

kontrolü yeniden kazanmak için kompulsiyonlar gibi işlevsiz stratejileri kullanmaya yönelik motivasyonu azaltacağı, bunların yerine daha işlevsel stratejilerle kontrol algısının yeniden yapılanması için çalışılmasının OKB tedavisine katkısının olacağı düşünülmektedir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, terapide kontrol algısı ile çalışmanın OKB belirtileri üzerinde anlamlı bir etkisinin olacağı düşünülmektedir.

4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Elde edilen bulgular çalışmanın sınırlılıkları kapsamında düşünülmelidir. Birinci ve ikinci çalışmada katılımcılar seçkisiz olmayan uygun örnekleme yoluyla seçilmiş, ikinci çalışmadaki katılımcıların eğitim durumlarının düzenli bir dağılım göstermediği görülmüştür. Bu sebeple gelecek araştırmalarda seçkisiz şekilde oluşturulacak geniş örneklemle çalışılmasının çalışmanın bulgularının genellenebilirliği açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, çalışmada öz-bildirime dayalı ölçekler kullanılmıştır. Katılımcıların kendilerine dair bilgi verirken yanlı cevap vermiş olmaları ihtimali çalışmanın bir diğer sınırlılığı olarak düşünülebilir.

Birinci çalışmanın sonuçlarına göre ölçeğin 15. maddesi orijinal ölçeğe göre farklı bir alt boyutta yer aldığı ve içerik olarak bu boyuta uygun olmadığının düşünülmesi sebebiyle analizden çıkarılmıştır. Maddenin Türk örneklemindeki anlamı konusunda kültürel farklılıkların etkili olmuş olabileceğinin gelecek araştırmalarda göz önünde bulundurulmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

İkinci çalışmadan elde edilen bulgulara göre, değişkenler arası korelasyon analizinin sonuçları istatiksel olarak anlamlı olsa da korelasyon katsayılarının düşük olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre obsesif kompulsif belirtileri yordayan değişkenlerden analize üçüncü aşamada giren algılanan kontrolün, belirtileri anlamlı bir şekilde yordasa da açıklanan varyansa katkısının yüksek düzeyde olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla elde edilen bulgular bu sınırlılıklar çerçevesinde değerlendirilmelidir.

Birinci ve ikinci çalışma çoğunlukla kadınlardan oluşmakta, cinsiyet açısından daha heterojen bir örneklemle çalışılmasının daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise kesitsel desenin kullanılmasıdır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda boylamsal desenin kullanılmasının, neden-sonuç ilişkisinin belirtilmesi açısından daha sağlıklı bilgiler vereceği düşünülmektedir.

Bunların yanı sıra, çalışmalarda klinik olmayan örneklemle çalışılmış olup, özellikle ikinci çalışma için klinik olmayan örneklemin yanı sıra OKB tanısı almış katılımcıların da çalışmaya dahil edilmesinin ve klinik ve klinik olmayan örneklemlerin karşılaştırılmasının algılanan kontrol, obsesif inançlar ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

EK'LER

Ek-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU-1

Sayın katılımcı,

Bu çalışma T.C. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikolojisi Yüksek Lisans Programı tezi kapsamında Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan danışmanlığında Meryem Güngör tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı kaygıyla ilgili olaylar ve tepkiler üzerindeki düşüncelerin değerlendirilmesi için geliştirilen ölçeğin uyarlama çalışmasının yapılmasıdır.

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmada kimliğinizi belirleyici herhangi bir bilgi istenmemektedir. Elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacak olup cevaplarınız gizli tutulacaktır.

Çalışmadaki soruların cevaplanması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Soruların doğru veya yanlış cevapları bulunmamaktadır. Soruları cevaplarken dikkatlice okuyarak size en uygun cevabı işaretleyiniz. Çalışma rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Ancak, soruları cevaplarken herhangi bir rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Bununla birlikte, tüm soruları eksiksiz yanıtlamanız çalışma sonuçlarının geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Çalışma ile ilgili daha fazla bilgi almak ve sorularınız için Meryem Güngör (E-posta: meryemgungor92@gmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih:

İmza:

EK-2: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU-1

Doğum Yılınız:

Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek
- Diğer

Medeni durumunuz:

- Bekar
- Evli
- Boşanmış
- Diğer

Eğitim durumunuz:

- İlkokul terk
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Yüksekokul
- Ön lisans
- Lisans
- Yüksek lisans
- Doktora

Psikolojik şikayetleriniz için herhangi bir yardım aldınız mı?(ilaç tedavisi, psikoterapi vb.)

- Evet (Cevabınız evet ise lütfen hangi yardımı aldığınızı belirtiniz……..…)
- Hayır

Ek-3: ACQ-R

Aşağıda birtakım inançları açıklayan ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyun ve her bir ifadenin size uygunluğunu 0-5 arasındaki ölçekte derecelendirin.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1.Zor durumlarla ne kadar iyi başa çıktığım dışardan yardım alıp almamama göre değişir.						
2.Stres altında olduğumda kontrolümü kaybedecek gibi olurum.						
3.Bir şeyden korktuğumda genellikle yapabileceğim bir şey yoktur.						
4.Korkutucu bir durumdan uzaklaşabilmem her zaman şansıma bağlıdır.						
5.Genellikle endişe verici düşünceleri aklımdan kolaylıkla uzaklaştırabilirim.						
6.Kaygı düzeyimi kontrol edebilirim.						
7.Korkutucu olayları değiştirebilmek için yapabileceğim çok az şey vardır.						
8. Sıkıntılı bir durumun yoluna girmesinin yaptıklarımla hiçbir ilgisi yoktur.						
9.Eğer bir şey bana zarar verecekse, ne yaparsam yapayım onu engelleyemem.						
10.İstediğimde genellikle rahatlayabilirim.						

11.Stres altındayken nasıl tepki vereceğimden her zaman emin olamam.						
12.Beni kaygılandıran olayların çoğu benim kontrolümde değildir.						
13.Zor bir durumda kaygılanacak olmayı dert etmem, çünkü bununla baş etme becerime güvenirim.						
14.Güç problemlerle uğraşmak genellikle bana zor gelir.						
15.Kaygılandığımda, kaygımdan başka bir şeye odaklanmakta zorlanırım.						

Ek-4: BDE

Son bir haftanızı göz önünde bulundurarak her dört ifade arasından size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretleyiniz.

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.	**4** (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. (2) Artık hiçbir şey tam anlamıyla bana zevk vermiyor. (3) Her şeyden sıkılıyorum.
2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek için karamsarım. (2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.	**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.
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.	**6** (0) Bana cezalandırılmışım gibi geliyor. (1) Cezalandırılabileceğimi hissediyorum. (2) Cezalandırılmayı bekliyorum. (3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7 (0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgınım. (3) Kendimden nefret ediyorum.	**11** (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. (1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum. (2) Şimdi hep sinirliyim. (3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
8 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Zayıf yanlarım ve hatalarım için kendi kendimi eleştiririm. (2) Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum. (3) Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.	**12** (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim. (1) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum. (2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim. (3) Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
9 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. (1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim.(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	**13** (0) Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiç karar veremiyorum.
10 (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.	**14** (0) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum. (1) Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor. (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

15 (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. (1) Bir şeyler yapabilmem için gayret göstermem gerekiyor. (2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor. (3) Hiçbir şey yapamıyorum.	**19** (0) Son zamanlarda kilo vermedim. (1) İstemediğim halde iki kilodan fazla verdim. (2) İstemediğim halde dört kilodan fazla verdim. (3) İstemediğim halde altı kilodan fazla verdim.
16 (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum. (2) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum. (3) Her zamankinden 1-2 saat erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum. (4) Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.	**19** (0) Son zamanlarda kilo vermedim. (1) İstemediğim halde iki kilodan fazla verdim. (2) İstemediğim halde dört kilodan fazla verdim. (3) İstemediğim halde altı kilodan fazla verdim.
17 (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum. (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum. (2) Yaptığım her şey beni yoruyor. (3) Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.	**20** (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor. (1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor. (2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor. (3) Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
18 (0) İştahım her zamanki gibi. (1) İştahım her zamanki kadar iyi değil. (2) İştahım çok azaldı. (3) Artık hiç iştahım yok.	**21** (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim. (1) Cinsel konulara eskisinden daha az ilgiliyim. (2) Cinsel konulara şimdi çok daha az ilgiliyim. (3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek-5: STAI

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.	**Hiç**	**Biraz**	**Çok**	**Tamamiyle**
1. Şu anda sakinim.				
2. Kendimi emniyette hissediyorum.				
3. Şu anda sinirlerim gergin.				
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5. Şu anda huzur içindeyim.				
6. Şu anda hiç keyfim yok.				
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.				
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9. Şu anda kaygılıyım.				
10. Kendimi rahat hissediyorum.				
11. Kendime güvenim var.				
12. Şu anda asabım bozuk.				
13. Çok sinirliyim.				
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.				
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.				
16. Şu anda halimden memnunum.				
17. Şu anda endişeliyim.				
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.				
19. Şu anda sevinçliyim.				
20. Şu anda keyfim yerinde.				

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.	**Hemen hemen hiçbir zaman**	**Bazen**	**Çok zaman**	**Hemen her zaman**
21. Genellikle keyfim yerindedir.				
22. Genellikle kolay ağlarım.				
23. Genellikle çabuk yorulurum.				
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.				
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım.				
26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
27. Genellikle sakin, kendine hâkim ve soğukkanlıyım.				
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.				
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.				
30. Genellikle mutluyum.				
31. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.				
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.				
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim.				
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.				
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.				

36. Genellikle hayatımdan memnunum.				
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.				
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.				
39. Aklı başında ve kararlı bir insanım.				
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor.				

Ek-6: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU-2

Sayın katılımcı,

Bu çalışma T.C. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikolojisi Yüksek Lisans Programı tezi kapsamında Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan danışmanlığında Meryem Güngör tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı obsesif düşünceler, obsesif kompulsif bozukluk ve kaygıyla ilgili olaylar ve tepkiler üzerindeki düşüncelerin birbirleriyle olan ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmada kimliğinizi belirleyici herhangi bir bilgi istenmemektedir. Elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacak olup cevaplarınız gizli tutulacaktır.

Çalışmadaki soruların cevaplanması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Soruların doğru veya yanlış cevapları bulunmamaktadır. Soruları cevaplarken dikkatlice okuyarak size en uygun cevabı işaretleyiniz. Çalışma rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Ancak, soruları cevaplarken herhangi bir rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Bununla birlikte, tüm soruları eksiksiz yanıtlamanız çalışma sonuçlarının geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Çalışma ile ilgili daha fazla bilgi almak ve sorularınız için Meryem Güngör (E-posta: meryemgungor92@gmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih:

İmza:

Ek-7: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU-2

1. Cinsiyetiniz:

2. Doğum yılınız:

3. Medeni durumunuz:

- Bekar
- Evli
- Boşanmış
- Diğer

4. Eğitim durumunuz:

- İlkokul terk
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Yüksekokul
- Ön lisans
- Lisans
- Lisansüstü

5. Annenizin eğitim durumu:

- Okur-yazar değil
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Yüksekokul
- Ön lisans
- Lisans
- Lisansüstü

6. Babanızın eğitim durumu:

- Okur-yazar değil
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Yüksekokul
- Ön lisans
- Lisans
- Lisansüstü

7. Gelir durumunuz:

- Düşük
- Düşük-orta arası
- Orta
- Orta-üst arası
- Üst

8. Psikolojik şikayetleriniz için daha önce herhangi bir yardım aldınız mı?(ilaç tedavisi, psikoterapi vb.)

- Evet (Cevabınız evet ise lütfen hangi yardımı ne süreyle aldığınızı ve varsa tanınızı belirtiniz)……
- Hayır

9. Psikolojik şikayetleriniz için şu anda herhangi bir yardım alıyor musunuz?(ilaç tedavisi, psikoterapi vb.)

- Evet (Cevabınız evet ise lütfen hangi yardımı ne süredir aldığınızı ve tanınızı belirtiniz)….
- Hayır

Ek-8: PE-WEÜR

Aşağıdaki ifadeler, günlük hayatta herkesin karşılaşabileceği düşünce ve davranışlar ile ilgilidir. Her bir ifade için, bu tür düşünce ve davranışların sizde yaratacağı rahatsızlık düzeyini göz önüne alarak size en uygun olan cevabı seçiniz.	**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**	**Çok fazla**
1. Paraya dokunduğum zaman ellerimin kirlendiğini hissederim.					
2. Vücut sıvıları (ter, tükürük, idrar gibi) ile en ufak bir temasın bile giysilerimi kirleteceğini ve bir şekilde bana zarar vereceğini düşünürüm.					
3. Bir nesneye yabancıların ya da bazı kimselerin dokunduğunu biliyorsam, ona dokunmakta zorlanırım.					
4. Çöplere veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.					
5. Kirlenmekten ya da hastalanmaktan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmakta kaçınırım.					
6. Hastalıklardan veya kirlenmekten korktuğum için umumi telefonları kullanmaktan kaçınırım.					
7. Ellerimi gerektiğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.					
8. Bazen kendimi, sırf kirlenmiş olabileceğim ya da pis olduğum düşüncesiyle yıkanmak ya da temizlenmek zorunda hissediyorum.					
9. Mikrop bulaşmış veya kirli olduğunu düşündüğüm bir şeye dokunursam hemen yıkanmam veya temizlenmem gerekir.					
10. Bir hayvan bana değerse kendimi kirli hissederim ve hemen yıkanmam ya da elbiselerimi değiştirmem gerekir.					
11. Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken kendimi belirli bir sıra izlemek zorunda hissederim.					
12. Uyumadan önce bazı şeyleri belli bir sırayla yapmak zorundayım.					
13. Yatmadan önce, kıyafetlerimi özel bir şekilde asmalı ya da katlamalıyım.					

14. Doğru dürüst yapıldığını düşünebilmem için yaptıklarımı birkaç kez tekrarlamam gerekir.					
15. Bazı şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.					
16. Gaz ve su musluklarını, elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.					
17. Düzgün kapatılıp kapatılmadıklarından emin olmak için eve dönüp kapıları, pencereleri ve çekmeceleri kontrol ederim.					
18. Doğru doldurduğumdan emin olmak için formları, evrakları, ve çekleri ayrıntılı olarak tekrar tekrar kontrol ederim.					
19. Kibrit, sigara vb'nin iyice söndürüldüğünü görmek için sürekli geri dönerim.					
20. Elime para aldığım zaman birkaç kez tekrar sayarım.					
21. Mektupları postalamadan önce bir çok kez dikkatlice kontrol ederim.					
22. Aslında yaptığımı bildiğim halde, bazen yapmış olduğumdan emin olamam.					
23. Okurken, önemli bir şeyi kaçırdığımdan dolayı geri dönmem, ve aynı pasajı iki veya üç kez okumam gerektiği izlenimine kapılırım.					
24. Dalgınlığımın ve yaptığım küçük hataların felaketle sonuçlanacağını hayal ederim.					
25. Bilmeden birini incittiğim konusunda çok fazla düşünürüm veya endişelenirim.					
26. Bir felaket olduğunu duyduğum zaman onun bir şekilde benim hatam olduğunu düşünürüm.					
27. Bazen sebepsiz yere kendime zarar verdiğime veya bir hastalığım olduğuna dair fazlaca endişelenirim.					
28. Bıçak, hançer ve diğer sivri uçlu nesneleri gördüğümde rahatsız olur ve endişelenirim.					
29. Bir intihar veya cinayet vakası duyduğumda, uzun süre üzülür ve bu konuda düşünmekten kendimi alamam.					
30. Mikroplar ve hastalıklar konusunda gereksiz endişeler yaratırım.					
31. Bir köprüden veya çok yüksek bir pencereden aşağı baktığımda kendimi boşluğa atmak için bir dürtü hissederim.					

32. Yaklaşmakta olan bir tren gördüğümde, bazen kendimi trenin altına atabileceğimi düşünürüm.					
33. Bazı belirli anlarda umuma açık yerlerde kıyafetlerimi yırtmak için aşırı bir istek duyarım.					
34. Araba kullanırken, bazen arabayı birinin veya bir şeyin üzerine sürme dürtüsü duyarım.					
35. Silah görmek beni heyecanlandırır ve şiddet içeren düşünceleri aklıma getirir.					
36. Bazen hiçbir neden yokken bir şeyleri kırma ve zarar verme ihtiyacı hissederim.					
37. Bazen işime yaramasa da, başkalarına ait olan şeyleri çalma dürtüsü hissederim.					
38. Bazen süpermarketten bir şey çalmak için karşı konulmaz bir istek duyarım.					
39. Bazen savunmasız çocuklara ve hayvanlara zarar vermek için bir dürtü hissederim.					

Ek-9: OİÖ

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. erilen 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 de ne 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 engellememek zarara neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
18. Bir hata yaparsam üzüntü duymam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
19. Benim kararlarımın veya yaptıklarımın olumsuz sonuçlarının başkalarına herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
20. Bana göre mükemmel olmayan şeyler doğru değildir.	1	2	3	4	5	6	7
21. Müstehcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
22. Ekstra önlemler almazsam, ciddi bir kaza geçirme veya ciddi bir kazaya neden olma olasılığım bir başkasına göre çok daha fazladır.	1	2	3	4	5	6	7
23. endimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye olabildiğince hazırlıklı olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7

24. Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalı.	1	2	3	4	5	6	7
25. Benim için bir hata yapmak tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
26. Küçük meselelerde bile her şeyin açıkça belirlenmiş olması önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
27. Dine aykırı bir düşünceye sahip olmak din dışı bir şey yapmak kadar günahtır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Zihnimi istenmeyen düşüncelerden uzak tutabilmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Kendime veya başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınım.	1	2	3	4	5	6	7
30. Kötü düşüncelere sahip olmak benim acayip veya anormal biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
31. Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
32. İstenilmeyen bir cinsel düşünce veya hayale sahip olmak onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
33. Muhtemel bir felaketin yaşanmasında yaptıklarımın az bir etkisi bile olsa ortaya çıkacak sonuçtan ben sorumlu olurum.	1	2	3	4	5	6	7
34. Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
35. İstem dışı gelen düşüncelere sahip olmak kontrolden çıktığım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
36. Çok dikkatli olmazsam zarara sebep olacak olaylar meydana gelecektir.	1	2	3	4	5	6	7
37. Bir şeyler tam olarak doğru bir şekilde 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

KAYNAKÇA

Abramowitz, T.S., Taylor, S. & Mckay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet, 374,* 491-499.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev.: E. Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D. & Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 254,* 156-64.

Ballash, N. G., Pemble, M. K, Usui, W. M, Buckley, A. F & Woodruff-Borden, J. (2006). Family functioning, perceived control, and anxiety: a mediational model. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(4), 486-97.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review,84*(2), 191-215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.

Barlow, D. H., Chorpita, B. F., & Turovsky, J. (1996). Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion. *Nebraska Symposium On Motivation, 43,* 251–328.

Barlow, D. H. (2002*). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and Panic.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry, 4,* 561-71.

Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Boswell, J. F., Gorman, J. M., Shear, M. K., Woods, S. W. & Barlow, D.H. (2013). The interactive contributions of perceived control and anxiety sensitivity in panic disorder: A triple vulnerabilities perspective. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*, 57-64.

Brown, T. A., White, K. S., Forsyth, J. P., & Barlow, D. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a Revised Anxiety Control Questionnaire. *Behaviour Therapy, 35,* 75-99.

Burger, J. M. (1989). Negative reactions to increases in perceived personal control. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 246–256.

Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M. & Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 163-173.

Büyüköztürk, Ş. (2004). *Sosyal Bilimler için veri analizi el kitabı; istatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum.* Ankara: Pegem A Yayıncılık.

Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı.* Ankara: Pegem A Yayıncılık.

Cannon, M. F. & Weems, C. F. (2010). Cognitive biases in childhood anxiety disorders: Do interpretive and judgment biases distinguish anxious youth from their non-anxious peers? *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 751–758.

Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin, 81,* 311-318.

Chmielewski, M., & Watson, D. (2008). The heterogeneous structure of schizotypal personality disorder: Item-level factors of the Schizotypal Personality Questionnaire and their associations with obsessive-compulsive disorder symptoms, dissociative tendencies, and normal personality. *Journal of Abnormal Psychology, 117* (2), 364–376.

Chorpita, B.F. (2001). Control and the development of negative emotions. M.W. Vasey ve M.R. Dadds (Ed.), *The developmental psychopathology of anxiety* içinde (ss.112-142). New York: Oxford University Press.

Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124,* 3-21.

Clark, D.A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for ocd.* New York, NY: Guilford Press.

Clark, D.A. & González, A.d.P. (2014). Obsessive-compulsive disorder. P. Emmelkamp ve T. Ehring (Ed.) *Wiley Handbook of Anxiety Disorders* içinde (ss. 497-534). New York: John Wiley & Sons.

Craske, M.G., & Hazlett-Stevens, H. (2002). Facilitating symptom reduction and behavior change in gad: The issue of control. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 69-75.

Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17*(3), 196-205.

Çilli A.S, Telcioğlu M., Aşkın R., Kaya, N., Bodur, S. & Kucur, R. (2004). 12 month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 45*, 367-374.

Doron, G., Kyrios, M., Moulding, R., Nedeljkovic, M., & Bhar, S. (2007). "We do not see things as they are, we see them as we are":A multidimensional 100 worldview model of obsessive compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 21*, 217-231.

Freeston, M., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 433-446.

Frost, R. O. & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behavior Research and Therapy, 35*, 291-296.

Gallagher, M. W., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). Perceived control and vulnerability to anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Therapy Research, 38*, 571-584.

Gallagher, M. W., Naragon-Gainey, K., & Brown, T. A. (2014). Perceived control is a transdiagnostic predictor of cognitive-behavioral therapy outcome for anxiety disorders. *Cognitive Therapy & Research, 38*, 10–22.

Gelfand, L. (2013). *Beliefs about control and obsessive compulsive disorder: A multidimensional approach.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Concordia Üniversitesi, Montreal.

Hofmann, S. G. (2005). Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 885–895.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği, Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi, 7,* 3-13.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 389-395.

Kaiseler, M., Polman, R. C. J. & Nicholls, A. R. (2011). Effects of the Big Five personality dimensions on appraisal coping, and coping effectiveness in sport. *European Journal of Sport Science, 12*(1), 62-72.

Kaplan D. (2000). *Structural equation modeling: Foundations and extensions.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Karadağ, F., Oğuzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşçi, F. Ç., & Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: A phenomenological picture. *Depression & Anxiety*, *23*, 145–152.

Lang, A. J. & McNiel, D. E. (2006). Use of Anxiety Control Questionniare in psychiatric inpatients. *Depression and Anxiety, 23*, 107–112.

Leckman, J. F, Grice, D. E, Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., …, Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry,154,* 911-7.

Maier, S. E, & Seligman, M. E. P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General, 105,* 3-46.

McKay, D, Abramowitz, J. S, Calamari, J. E, Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S. & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review. 24,* 283-313.

McLaren, S., & Crowe, S. F. (2003). The contribution of perceived control of stressful life events and though suppression to the symptoms of obsessive-compulsive disorder in both non-clinical and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders, 17,* 389-403.

Moulding, R., Doron, G., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Desire for control, sense of control and obsessive compulsive checking: An extension to clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders, 22,* 1472-1479.

Moulding, R., & Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: The exemplar of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 26,* 573-583.

Moulding, R., & Kyrios, M. (2007). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 31,* 759–772.

Munro B. H. (2005). *Statistical methods for health care research.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 351-376.

Muris, P., Meesters, C., Schouten, E., & Hoge, E. (2002). Effects of perceived control on the relationship between perceived parental rearing behaviors and symptoms of anxiety and depression in nonclinical preadolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 33*(1), 51-58.

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35,* 667-681.

Öner, N. & Le Compte, A. (1983). *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri el kitabı.* İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Purdon, C. L. & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 6,* 102-110.

Purdon, C., & Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts. R. O. Frost, ve G. S. (Ed.) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* içinde (ss. 29-43). Oxford: Elsevier.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 35,*793-802.

Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy, 36,* 385-401.

Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16,* 233-248.

Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety related events. *Behavior Therapy, 27,* 279-293.

Rasmussen, S. A & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America,* 15(4), 743-58.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements, *Psychological Monographs, 80,* 1-28.

Ruggiero, G. M., Stapinski, L., Caselli, G., Fiore, F., Gallucci, M., Sassaroli, S., & Rapee, R. M. (2012). Beliefs over control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry. *Personality and Individual Differences, 53,* 224 –230.

Ruscio A. M., Stein D. J., Chiu W. T. & Kessler R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry, 15*(1), 53-63.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy,* 23, 571-583.

Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy, 27(6),* 677-682.

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37,* 29-52.

Sassaroli, S., Centorame, F.., Caselli, G., Favaretto, E., Fiore, F., Gallucci, M.,…, Rapee, R. M. (2015). Anxiety control and meta cognitive beliefs mediate the relationship between inflated responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Psychiatry Research, 228,* 560-564.

Sasson, Y., Zohar, J., Chopra, M., Lustig, M., Iancu, I. & Hendler, T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *The Journal of Clinical Psychiatry, 58,* 7-10.

Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death.* San Francisco, CA: Freeman.

Shapiro, D. H. & Astin, J. A. (1998). *Control therapy: An integrated approach to psychotherapy, health, and healing.* New York: John Wiley.

Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 71,* 549-570.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory.* Test manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Stupnisky, R. H., Renaud, R. D., Perry, R. P., Ruthig, J. C., Haynes, T. L., & Clifton, R. A. (2007). Comparing self-esteem and perceived control as predictors of first-year college students' academic achievement. *Social Psychology of Education: An International Journal, 10*(3), 303–330.

Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M.,…, Carmin, C.(2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders, 20,* 85-97.

Vujanovic, A. A., Marshall, E. C., Gibson, L. E., & Zvolensky, M. J. (2010). Cognitive-affective characteristics of smokers with and without posttraumatic stress disorder and panic psychopathology. *Addictive Behaviors, 35,* 419–425.

Weems, C. F., Costa, N. M., Watts, S. E., Taylor, L. K., & Cannon, M. F. (2007). Cognitive errors, anxiety sensitivity, and anxiety control beliefs. *Behavior Modification, 31*(2), 174-201.

Weems, C. F., & Silverman, W. K. (2006). An integrative model of control: Implications for understanding emotion regulation and dysregulation in childhood anxiety. *Journal of Affective Disorders, 91,* 113–124.

Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior therapy, 29*(3), 357-370.

Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., & Hale, L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*(10), 949–954.

Wills, T. A. (1994). Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: Comparative tests in concurrent and prospective analyses. *Psychology of Addictive Behaviors, 8*(4), 223–234.

White, K. S., Brown T. A., Somers, T. J. & Barlow, D. H. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: the moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 147–157.

Yorulmaz, O. & Gençöz, T (2008). Okb semptomlarında yorumlama ve kontrol süreçlerini değerlendiren istem dışı düşünceleri yorumlama envanteri, Obsesif İnanışlar Anketi ve Düşünceleri Kontrol Anketi'nin psikometrik özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları, 11,* 1-13.

Yorulmaz, O., Gençöz, T. & Woody, S. (2010). Vulnerability factors in ocd symptoms: Cross-cultural comparisons between Turkish and Canadian samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 110–121.

Yorulmaz, O., Karancı, A. N., Dirik, G., Baştuğ, B., Kısa, C., Göka, E. & Burns, G. L. (2007). Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu: Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları, 10,* 75-85.

Zebb, B. J., & Moore, M. C. (2003). Superstitiousness and perceived anxiety control as predictors of psychological stress. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 115-130.