T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ŞİZOTİPAL ÖZELLİKLERİN İÇGÖRÜ, ÜSTBİLİŞSEL İNANÇLAR VE ZİHİN KURAMI BECERİLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

GİZEM HÜROĞLU

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. EJDER AKGÜN YILDIRIM

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ
HAZİRAN/2025

TEŞEKKÜR

Tez çalışmama ve mesleki gelişimime katkısı sonsuz olan, bilgilerini paylaşmakta hep çok cömert davrananan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum tez danışmanım Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım'a,

Tez çalışmama olan katkılarının yanı sıra, tüm doktora eğitimim boyunca hiç bir desteğini esirgemeyen sayın bölüm başkanımız sayın Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu'na,

Sadece klinisyenliği değil, zorluklarla baş etmeyi, bazen zorluklara rağmen gülebilmeyi öğreten saygıdeğer hocam Prof. Dr. Duran Çakmak'a,

Tez çalışmamı sabırla takip eden ve katkılarıyla geliştiren jüri üyelerim Dr. Öğr. Üyesi Hanife Yılmaz Çengel ve Dr. Öğr, Üyesi Tubanur Bayram'a,

Katılımcı bulmam konusunda destek sağlayan ve dostluklarını gönülden hissettiren başta Klinik Psk. Leyla Çakır ve Uzm Dr. Sencer Tabakçı olmak üzere tüm Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikoterapi Eğitim ve Tedavi Birimi ekibine,

Doktora eğitimini birlikte sürdürmekten keyif aldığım meslektaşlarım Dr. Klinik Psk. Ahmet İmamoğlu ve Klinik Psk. Özlem Börekçi'ye, bu süreçte her zaman destek vermeye hazır bir şekilde yanıbaşımda olduğunu hissettiren Dr. Öğr. Üyesi Aliye Canan Taşlıoğlu Sayıner'e, sürecimi sabırla takip eden ve motivasyonumu kaybetmememi sağlan Dr. Psk. Barışhan Erdoğan, Dr. Psk. Uğur Kaçmaz, Dr. Rüstem Varol, Dr. Psk. Şebnem Uygun, Dr. Psk. Abdullah Kahraman, ve Dr. Psk. Filiz Koç'a, varlığı ve araştırma becerileri ile hayatıma renk katan Aybike Baykal'a, katılımcılara ulaşmam konusunda desteklerini sunan Dr. Öğr. Üyesi Nur Tuğçe Biga, Hazal Birçok, Dt. Aslıhan Geçer ve Tekoşin Solmuş'a, bu süreçte her zaman desteklerini hissettiğim Uzm. Dr. Özlem Parlar, Klinik Psk. Doğukan Terzi, Psk. Cansu Işık, Klinik Psk. Saliha Baykara, Dr. Psk. Osman Erim, Oğuzhan Yıldız, Adnan Hepvar ve Dr. Fikriye Yücesoy'a,

Hayatımdaki birçok katkısının yanı sıra, tezime olan ilgisi ve motive ediciliği için Prof. Dr. Arşaluys Kayır'a,

Eğitim hayatım boyunca desteklerini eksik etmeyen aileme

sonsuz teşekkürlerimle. Gizem Hüroğlu

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
TABLOLAR LİSTESİ viii
ŞEKİLLER LİSTESİ ix
SİMGELER VE KISALTMALAR x
ÖZET xi
ABSTRACT xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK 4
2.2. ŞİZOTİPİ 11
2.2.1. OKB ve Şizotipi 14
2.3. ZİHİN KURAMI 17
2.3.1. Zihin Kuramı ve OKB 19
2.3.2. Zihin Kuramı ve Şizotipi 20
2.3.3. Zihin Kuramı ve Şizotipal OKB 21
2.4. ÜSTBİLİŞ 22
2.4.1. Üstbilişler ve OKB 22
2.4.2. Üstbilişler ve Şizotipi 22
2.4.3. Üstbilişler ve Zihin Kuramı 23
2.5. İÇGÖRÜ 23
2.5.1. İçgörü ve OKB 24
2.5.2. İçgörü ve Şizotipi 24
2.5.3. İçgörü ve Zihin Kuramı 25
2.5.4. İçgörü ve Üstbilişler 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. ÖRNEKLEM YÖNTEMİ 27
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 28
3.2.1. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi 28
3.2.2. Şizotipal Kişilik Özellikleri Ölçeği 28
3.2.3. Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği 29

3.2.4. Üstbilişler Ölçeği-30 29
3.2.5. Gözlerden Zihin Okuma Testi 29
3.2.6. İma Testi 30
3.2.7. Gaf Testi 30
3.2.9. Beck Depresyon Envanteri 30
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER 31
4. BULGULAR 32
4.1. KATILIMCILAR 32
4.2. BETİMSEL ANALİZLER 33
4.3. GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMALAR 36
4.3.1. Grupların Şizotipi Puanları Açısından Karşılaştırılması 37
4.3.2. Grupların Depresyon Puanları Açısından Karşılaştırılması 38
4.3.3. Grupların Yaş ve Eğitim Düzeyi Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması 39
4.3.3. Grupların Zihin Kuramı ve Üstbilişler Açısından Karşılaştırılması 39
4.3.4. Grupların Depresyon Puanları Kontrol Edilerek Zihin Kuramı ve Üstbilişler Açısından Karşılaştırılması 40
4.3.5. Grupların Depresyon Puanları Kontrol Edilmeden ve Edilerek Gözlerden Zihin Okuma Puanlarına Göre Karşılaştırılması 40
4.3.6. Grupların Depresyon Puanları Kontrol Edilmeden ve Edilerek İma Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması 42
4.3.7. Grupların Depresyon Puanları Kontrol Edilerek Gaf Testi Açısından Karşılaştırılması 42
4.3.8. Grupların Depresyon Puanları Kontrol Edilerek Üstbilişler Açısından Karşılaştırılması 43
4.3.9. Grupların İçgörü Açısından Karşılaştırılması 44
4.4. DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLER 45
4.3.1. OKB Grubunda Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar 45
4.3.2. OKB+ŞKB Grubunda Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar 46
4.3.3. Kontrol Grubunda Ölçek Puanları Korelasyonları 46
4.3.4. Tüm OKB Örnekleminde Ölçek Puanları Korelasyonları 47
4.5. ZİHİN KURAMI, ÜSTBİLİŞLER VE İÇGÖRÜ DEĞİŞKENLERİNİN YORDANMASI 52
4.5.1. GZOT Puanlarını Yordayan Değişkenler 52
4.5.2. İma Puanlarını Yordayan Değişkenler 53
4.5.3. Gaf Puanlarını Yordayan Değişkenler 53

4.5.2. Üstbilişler puanlarını yordayan değişkenler 53
4.5.3. İçgörü puanlarını yordayan değişkenler 54
4.6. GRUP ÜYELİĞİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER 54
4.6.1. Zihin Kuramı ve Üstbilişler Testlerinin Grup Üyeliğini Yordayıcılığı . 55
4.6.2. İçgörü Puanlarının Grup Üyeliğini Yordayıcılığı 56
4.6.3. Üstbilişler Ölçeğinin Alt Boyutlarının Grup Üyeliğini Yordayıcılığı .. 56
5. TARTIŞMA 57
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 67
KAYNAKLAR 69
EKLER 77

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4. 1: Katılımcıların demografik özellikleri-I 32

Tablo 4. 2: Katılımcıların demografik özellikleri II 33

Tablo 4. 3: Tüm örneklem için betimsel analizler 34

Tablo 4. 4: Gruplara göre betimsel istatistikler 36

Tablo 4. 5: Grupların ŞKÖ puanlarına göre karşılaştırılması 38

Tablo 4. 6: Grupların depresyon puanlarının karşılaştırılması 39

Tablo 4. 7: Grupların GZOT puanlarının karşılaştırılması 41

Tablo 4. 8: Grupların İma Testi sonuçlarına göre karşılaştırılması 42

Tablo 4. 9: Üstbilişler açısından grupların karşılaştırılması 44

Tablo 4. 10: Grupların içgörü açısından karşılaştırılması 45

Tablo 4. 11: Değişkenler Arası Korelasyonlar (OKB Grubu) 48

Tablo 4. 12: Değişkenler Arası Korelasyonlar (OKB+ŞKB Grubu) 49

Tablo 4. 13: Kontrol Grubu Korelasyon Tablosu 50

Tablo 4. 14. Tüm OKB örnekleminde korelasyon tablosu 51

Tablo 4. 15: GZOT puanlarını yordayan değişkenler 52

Tablo 4. 16: Üstbilişleri Yordayan Değişkenler 54

Tablo 4. 17: İçgörü puanlarını yordayan değişkenler 54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2. 1. OKB tanı kriterleri (APA, 2013) 4

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANCOVA: Kovaryans Analizi

ANOVA: Varyans Analizi

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BDE: Beck Depresyon Envateri

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi

KTSK: Kortiko–striato–thalamo–kortikal model

MANCOVA: Çok Değişkenli Kovaryans Analizi

MANOVA: Çok Değişkenli Varyans Analizi

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

ŞKB : Şizotipal Kişilik Bozukluğu

ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği

ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Özellikleri Ölçeği

ÜBÖ: Üstbilişler Ölçeği

ÜBÖ: Üstbilişler Ölçeği

ZK: Zihin Kuramı

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ŞİZOTİPAL ÖZELLİKLERİN İÇGÖRÜ, ÜSTBİLİŞSEL İNANÇLAR VE ZİHİN KURAMI BECERİLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı obsesif kompulsif bozukluk (OKB), şizotipal kişilik özellikleri yüksek olan OKB (OKB+ŞKB) ve kontrol grubu arasında zihin kuramı becerileri, üstbilişler ve içgörü açısından farklılık olup olmadığını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada obsesif kompulsif bozukluğu değerlendirmek için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği, şizotipal özellikleri değerlendirebilmek için Şizotipal Kişilik Ölçeği, zihin kuramını değerlendirmek için Gözlerden Zihin Okuma (GZOT), İma ve Gaf testleri, üstbilişsel inançları değerlendirmek için Üstbilişler Ölçeği-30, içgörüyü değerlendirmek için Brown İçgörü Ölçeği, depresyonu ölçebilmek için Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Çalışma, 71 OKB, 32 OKB+ŞKB, 30 sağlıklı grup katılımcısı olmak üzere toplam 133 kişi ile yürütülmüştür.

Bulgular: Depresyon puanları kontrol edilmediğinde GZOT puanları arasında gruplar arası farklılık bulunmamıştır ($F(2,130)= 2,53$, $p=.08$, kısmi eta kare= .03). Depresyon puanları kontrol edildiğinde, GZOT açısından kontrol grubu istatistiksel olarak iki gruptan da farklılaşmamış, OKB ve OKB+ŞKB grubu birbirinden farklılaşmıştır $F(2,129) = 3.77$, $p = .025$, eta kare = .05. Gruplar ima testi açısından kıyaslandığında kontrol grubu, diğer gruplardan farklılaşmıştır ($F (2,130) = 4,52$, $p=.01$, eta kare= .06). Depresyon puanları kontrol edildiğinde ise, farklılığın OKB ve kontrol grubu arasında olduğu anlaşılmıştır ($F (2,129) = 3.27$, $p = .04$, eta kare = .05). Gaf Testi puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Üstbilişler açısından tüm gruplarda anlamlı farklılık bulunmuştur ($F (2,130) =35.60$, $p = .00$, eta kare = .35). OKB grupları arasında içgörü puanları açısından farklılık vardır ($F(2, 129) = 15.10$, $p = .000$, eta kare = .19).

Sonuç: OKB+ŞKB grubunun üstbilişler ve içgörü ile ilgili daha fazla bozulma yaşadığı görülmektedir. Zihin kuramı ile ilgili bulgular ise daha karmaşıktır. OKB grubu,

imayı anlama açısından sağlıklı kontrollerden daha düşük puan almıştır. OKB+ŞKB grubu, GZOT testinde OKB grubuna kıyasla daha yüksek performans göstermiştir. Bu durum, şizotipal özelliklerle bağlantılı olan bazı belirtilerinin, bu grubu testlerde avantajlıymış gibi göstermesinden kaynaklanmış olabilir. Bu konuda yapılacak yeni araştırmalar OKB ve OKB+ŞKB komorbiditesinde zihin kuramı farklılıklarını anlamaya yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: İçgörü, Obsesif Kompülsif Bozukluk, Şizotipal Kişilik Bozukluğu, Üstbiliş, Zihin Kuramı

INVESTIGATION OF SCHIZOTYPAL CHARACTERISTICS IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER IN TERMS OF INSIGHT, METACOGNITIVE BELIEFS AND THEORY OF MIND

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to investigate whether there are differences in theory of mind abilities, metacognitive beliefs, and insight among individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD), individuals with OCD and comorbid schizotypal personality disorder (OCD+SPD), and healthy controls.

Materials and Methods: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) was used to assess obsessive-compulsive symptoms, and the Schizotypal Personality Questionnaire was used to assess schizotypal traits. Theory of mind was evaluated using the Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), the Hinting Test, and the Faux Pas Test. Negative metacognitive beliefs were assessed using the Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30), insight was measured with the Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS), and depressive symptoms were evaluated using the Beck Depression Inventory (BDI). The study was conducted with a total of 133 participants, including 71 individuals with OCD, 32 with OCD and Schizotypal Personality Disorder, and 30 healthy controls.

Results: When depression scores were not controlled for, no significant group differences were observed in RMET scores ($F(2,130) = 2.53$, $p = .08$, partial $\eta^2 = .03$). However, after controlling for depression, a significant difference emerged between the OCD and OCD+SPD groups ($F(2,129) = 3.77$, $p = .025$, $\eta^2 = .05$), whereas the control group did not differ significantly from either clinical group. Regarding the Hinting Test, the control group showed significantly better performance than both clinical groups ($F(2,130) = 4.52$, $p = .01$, $\eta^2 = .06$). After controlling for depression, this difference was specifically between the OCD and control groups ($F(2,129) = 3.27$, $p = .04$, $\eta^2 = .05$). No significant group differences were found on the Faux Pas Test. Significant group differences were observed in metacognitive beliefs ($F(2,130) = 35.60$, $p < .001$, $\eta^2 = .35$) and in insight scores ($F(2,129) = 15.10$, $p < .001$, $\eta^2 = .19$).

Conclusion: The results suggest that individuals in the OCD+STPD group experience greater impairments in metacognitive beliefs and insight. The findings regarding theory of mind are more nuanced. In particular, the OCD group appeared to perform worse than the OCD+SPD group on RMET and the HİInting Test. This may reflect certain schizotypal traits in the comorbid group that confer an advantage in specific social-cognitive tasks.

Key Words: Insight, Metacognitive, Obsessive Compulsive Disorder, Schizotypal Personality Disorder, Theory of Mind

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), toplum içinde sık rastlanılan ruhsal rahatsızlıklardan olup, psikiyatri kliniklerinde en sık konulan tanılar içerisinde dördüncü sıradadır (1). Dünya Sağlık Örgütü'ne (2) göre insanların hayatını en çok etkileyen hastalıklardan biri olması ve çoğu zaman sosyal ve mesleki alanlarda sorunlar yaşanmasına neden olmasına (3) rağmen, diğer birçok psiyatrik bozukluk gibi etyopatogenezine ilişkin sorunlar henüz tam olarak yanıtlanabilmiş değildir.

OKB hastalarının bir kısmı psikoterapi ya da ilaçlı tedavilere düşük yanıt göstermektedir. Düşük yanıt riski taşıyan hastalara dair özelliklerin öngörülebilir olması, tedaviye dirençli hastalarda olumlu yanıt olasılığını artırabilecek yeni tip klinik müdahalelerin oluşmasında kolaylık sağlayabilir (4). OKB klinik uygulamalarda farklı görünümlerde ortaya çıkabilen heterojen bir bozukluk olarak değerlendirilse de OKB ile ilgili araştırmalarda çalışma örneklemlerinin çoğunlukla tek bir grup olarak tanımlanması OKB'ye dair çelişki sonuçlar ortaya çıkmasının sebebi olarak bildirilmiştir (5). Bu sebeple OKB'de farklı özellikler gösteren gruplar arasındaki bilişsel işlevlere odaklanan çalışmalar önem kazanmaktadır (6). Bu çalışmalardan ortaya çıkacak bulgular sonucunda OKB'nin patofizyolojisi daha iyi anlaşılabilir (7), dolayısıyla daha yeni tedaviler geliştirmek söz konusu olabilir (8). Mevcut literatüre bakıldığında, OKB araştırmalarında en çok vurgulanan durumlardan birinin, bireyselleştirilmiş tedaviler için OKB'nin karmaşık yapısının daha iyi anlaşılabilmesi gerekliliğidir (9). Literatürde şizotipal özellikleri yüksek olan OKB grubuna dair, tedaviye daha dirençli (10), daha farklı klinik özelliklere sahip (11), adeta kendi başına bir klinik entite gibi değerlendirilebilecek (12) potansiyelde olduğu şeklinde değerlendirmeler olsa da bunun sebebine dair daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu (13), bu konudaki kontrollü çalışmaların eksikliğinin şizotipal özellikleri yüksek olan OKB grubunun kapsamlı bir şekilde tanımlanabilmesine engel olduğu (14) literatürde açıkça belirtilmektedir.

Sosyal biliş, kişinin diğer insanlarının algılarını yorumlama biçimi olarak, kişinin diğerleri ile ilişkisini etkileyebilir, psikososyal bozulmalara yol açarak belirtileri attırabilir (15). Mevcut araştırmada, OKB'de şizotipal özelliklerin bahsedilen olumsuz

klinik tabloya etkisi olup olmadığına zihin kuramı becerileri, üstbilişler ve içgörü kavramları üzerinden yanıt aranacaktır.

Mevcut araştırmanın amacı, sağlıklı bireyler ve şizotipal özellikleri yüksek olan ve olmayan OKB hastaları arasında zihin kuramı becerileri, üstbilişler ve içgörü açısından farklılık olup olmadığını incelemektir. Ayrıca, zihin kuramı becerileri, üstbilişler ve içgörü değişkenlerinin arasındaki ilişkiler incelenecektir.

Araştırmada aşağıdaki soruların yanıtları aranacaktır.

1. OKB ve kontrol grubu arasında şizotipal özellikler açısından fark var mıdır?
   $H_{1:}$ OKB grubunda şizotipal özellikler kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
2. Kontrol grubu, obsesif kompulsif bozukluğa sahip olan grup ve hem obsesif kompulsif bozukluğa hem şizotipal özelliklere sahip olan grup arasında zihin kuramı becerileri, üstbilişler ve içgörü açısından farklılık var mıdır?
   $H_{1a:}$ OKB, OKB+ŞKB ve kontrol grubu arasında GZOT puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık vardır.
   $H_{1b:}$ OKB, OKB+ŞKB ve kontrol grubu arasında imayı anlama testi puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık vardır.
   $H_{1c:}$ OKB, OKB+ŞKB ve kontrol grubu arasında pot kırma testi puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık vardır.
   $H_{1d:}$ OKB, OKB+ŞKB ve kontrol grubu arasında üstbilişsel inançlar açısından anlamlı farklılık vardır.
   $H_{1e:}$ OKB ve OKB+ŞKB grupları arasında içgörü puanları açısından anlamlı farklılık vardır.
3. OKB'de şizotipal özellikler, ve zihin kuramı becerileri, üstbilişsel inançlar ve içgörüyü etkilemekte midir?
   $H_{1a:}$ OKB örnekleminde şizotipal özellikler GZOT toplam puanlarını anlamlı olarak yordamaktadır.
   $H_{1b:}$ OKB örnekleminde şizotipal özellikler imayı anlama puanlarını anlamlı olarak yordamaktadır.
   $H_{1d:}$ OKB örnekleminde şizotipal özellikler pot kırma puanlarını anlamlı olarak yordamaktadır.

$H_{1e:}$ OKB örnekleminde şizotipal özellikler üstbilişsel inançları anlamlı olarak yordamaktadır.

H_{1f}: OKB örnekleminde şizotipal özellikler içgörü puanlarını anlamlı olarak yordamaktadır.

4. OKB'de şizotipal kişilik özellikleri ile içgörü arasında ilişki varmıdır?

   $H_{1:}$ OKB örnekleminde şizotipal kişilik özellikleri ve içgörü arasında anlamlı korelasyon vardır.

5. Zihin kuramı becerileri, üstbilişler ve içgörü düzeyleri bireylerin OKB, OKB+ŞKB ya da kontrol grubunda yer alma olasılığını anlamlı şekilde yordamakta mıdır?

   $H_{1a:}$ GZOT testi puanları bireylerin OKB, OKB+ŞKB veya kontrol grubunda yer alma olasılığını anlamlı şekilde yordamaktadır.

   $H_{1b:}$ İmayı anlama testi puanları bireylerin OKB, OKB+ŞKB veya kontrol grubunda yer alma olasılığını anlamlı şekilde yordamaktadır.

   $H_{1c:}$ Pot kırma testi puanları bireylerin OKB, OKB+ŞKB veya kontrol grubunda yer alma olasılığını anlamlı şekilde yordamaktadır.

   $H_{1d:}$ Üstbilişsel inançlar bireylerin OKB, OKB+ŞKB veya kontrol grubunda yer alma olasılığını anlamlı şekilde yordamaktadır.

   $H_{1e:}$ İçgörü puanları bireylerin OKB veya OKB+ŞKB grubunda yer alma olasılığını anlamlı şekilde yordamaktadır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar ile karakterizedir. Obsesyonlar süreğen ve ısrarcı biçimde, kişinin aklına istemsizce gelen düşünce, dürtü ve görüntüler; kompulsiyonlar ise obsesyona tepki olarak ya da katı kurallara harfiyen uygun olarak kişinin yapmak zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel aktivitelerdir (16).

DSM-5'e göre obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterleri (16):

A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı: 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 baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir kompulsiyonu yerine getirerek) girişimlerinde bulunur. Zorlantılar (1) ve (2) ile tanımlanır: 1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme). 2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.
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. Obsesyon-kompulsiyon belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, 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 olduğu gibi saçını yolma, deri yolma 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 bozukluklarında 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).
Kişinin obsesyon ve kompulsiyonlarının gerçekliğine dair inancına göre içgörü düzeyi içgörüsü iyi, içgörüsü kötü ya da içgörüsü yok olarak değerlendirilir.

Şekil 2. 1. OKB tanı kriterleri (APA, 2013)

Bu bozukluğa sahip olan kişiler, semptomların anlamsızlığı konusunda çeşitli içgörülere sahip olabilirler. Çoğu kişi obsesyon ve kompulsiyonların gerçekçi olmadığını ya da aşırı olduğunu en azından bir ölçüde kabul etmektedir. İçgörü, hastaya takıntıların gerçekçi olduğuna ve/veya ritüellerin felaket sonuçları önlemeye hizmet ettiğine ne kadar güçlü şekilde inandığı sorularak değerlendirilebilir (17).

Obsesif kompulsif belirtilerin klinik görünümleri ve obsesyon ve kompulsiyonların içerikleri bireyler arasında farklılık göstermekte (18), hatta bu tanıya sahip iki hastanın tamamen farklı, örtüşmeyen semptom kalıpları gösterebilmesi noktasında dikkat çekici ölçüde heterojendir (5). Bu durum OKB'nin daha homojen alt tiplere ayrılması durumunda tanısal netliğin ve tedavi etkinliğinin artırabileceği olasılığını gündeme getirmektedir (19). Abramowitz ve Siqueland (20) en sık karşılaşılan kompulsiyonları temizleme, kontrol etme, tekrarlama ve zihinsel ritüeller olarak sınıflandırmışlardır. Clark (19), en sık karşılaşılan obsesyonları kirlenme/bulaşma, kendisinin ya da bir başkasının zarar görmesi, patolojik şüphe, simetri/kesinlik, cinsel, dinsel ve somatik/sağlık odaklı olarak sınıflandırmıştır. Bir başka görüş OKB'yi otojen ve reaktif olmak üzere iki alt sınıfa ayırmaktadır (21). Bu sınıflamaya göre, belirtilen alt tipler birbirlerinden uyaranın fark edilebilirliği, öznel deneyimler, içerikler ve ardından gelen bilişsel süreçler açılarından farklılaşmaktadır. Otojen obsesyon belirli bir uyaran olmaksızın ortaya çıkarken, sıklıkla egodistoniktir ve bastırılmaya çalışılmaktadır; daha çok cinsel, dini ya da agresif düşünce veya dürtülerden oluşur. Daha çok düşünceyi kontrol etmeye, düşüncenin önemine yönelik bilişsel yorumlar ve kaçınmacı kontrol stratejileri kullanılır. Reaktif obsesyon ise, fark edilebilen dışsal bir uyaranla ortaya çıktığından, bu uyarana karşı bir şey yapılması gerektiği düşüncesiyle daha gerçekçi ve rasyonel olarak tecrübe edilmektedir ve bulaşma, hata yapma, kaza yapma gibi düşüncelerdir. Daha çok sorumlulukla ilgili bilişsel yorumlar yapılır ve yüzleşmeye dair kontrol stratejileri kullanılır (21). Obsesif Kompulsif Bozukluk Çalışma Grubu (22) ise OKB'yi bilişsel özelliklere göre; abartılı sorumluluk algısı, düşünceye aşırı önem verme, düşünceleri kontrol etmeye önem verme, abartılı tehlike algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik olmak üzere altı inanç alanı üzerinden değerlendirmektedir. OKB için geçerli bir alt tip sınıflaması arayışı konusundaki tartışmalar ve araştırmalar hala devam etmektedir (19). Bu araştırmalar, karmaşık durumların altında yatan patofizyoloji ve etiyolojiyi aydınlatmaya yardımcı olabilir (5).

OKB'nin, günümüz nüfusunun yaklaşık %2-3'ünü etkilediği düşünülmektedir (23). Tanı kriterlerini tam karşılamayan ancak obsesif kompulsif belirtiler gösteren kişiler de dahil edildiğinde bu oran daha da artmaktadır (23–25). DSM-5(16)'e göre OKB'nin dünyadaki prevelansı %1.1-1.8 arasındadır. OKB'nin prevelansına dair ülkeler arası yapılan bir çalışmada ise genel aralığın %1.9-2.5 arasında olduğu belirtilmektedir (26). OKB, herhangi bir yaşta gelişebilmesine karşın, belirtiler en çok kişilerin daha büyük sorumluluklarla karşılaşmaya başladığı, onlu yaşların sonları ve yirmili yaşların başlarında ortaya çıkmaktadır (23). Karno ve ark. (27) da hastalığın başlangıcı için riskli yaşların 18-24 aralığı olduğunu belirtmektedir. OKB tanısı almış bireylerde, komorbid başka bir tanı alma oranı %50-75 arasındadır(19). OKB ile komorbid görülen bozuklukların başında depresyon (%68) ve anksiyete bozuklukları [(sosyal kaygı bozukluğu (%36),yaygın anksiyete bozukluğu (%34)] gelmektedir (26). Tükel ve ark. (28) da OKB hastalarının %68'inde en azından bir eksen I ek tanısı daha olduğunu ve depresyonun %39 komorbidite oranıyla, OKB'ye en sık eşlik eden tanı olduğunu raporlamışlardır. Ruscio ve ark. (29) da OKB'si olan katılımcılar ile yaptıkları çalışmada, %75'inin herhangi bir anksiyete bozukluğu, %63'ünün herhangi bir duygu durum bozukluğu (majör depresyon, distimi, bipolar bozukluk), %60'ının herhangi bir dürtü kontrol bozukluğu, %38'inin herhangi bir madde kullanım bozukluğu ek tanısı olduğunu bildirmişlerdir. Çeşitli çalışmalarda OKB'nin bipolar bozukluk ile komorbiditesi %16-35 arasında bulunmuştur (30,31). Kişilik bozuklukları ve OKB komorbitiesini araştıran çalışmalar %8.7- %87.5 gibi geniş bir aralıkta farklı sonuçlar raporlamışlardır (20). Attademo ve Bernardini (32), 91 araştırmayı dahil ederek yaptıkları derleme çalışmasında OKB'nin şizotipal kişilik bozukluğu ile komorbiditesinin çeşitli çalışmalarda % 0-47 aralığında raporlandığını, tüm çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde ise OKB hastalarında şizotipal kişilik bozukluğu komorbiditesinin %10 olarak değerlendirilebileceğini söylemişlerdir. Sobin ve ark. (33) ise OKB hastaları ile yaptıkları çalışmada, örneklemin yüzde ellisinde hafif veya ağır olmak üzere şizotipal belirtiler gördüklerini ifade etmektedirler. OKB ve şizofreni komorbiditesini ise %11.4 (34); OKB ve hayat boyu herhangi bir psikotik bozukluk komorbiditiesini %4.7 (35) gibi oranlarda bulgulayan çalışmalar vardır. Hastalığın prognozuna bakıldığında ise, OKB belirtilerinin kademeli bir şekilde artış göstererek başlamakta olduğu ve başlangıç yaşı fark etmeksizin, tedavi edilmediği taktirde genelde kronik seyretmesinin yanı sıra, çoğu zaman başka bir

psikiyatrik bozukluk ile birlikte görülerek, sosyal ve mesleki anlamda engellere yol açmakta olduğu bilinmektedir (3).

OKB'nin etiyolojisi incelendiğinde, bozukluğun ortaya çıkmasında ve sürmesinde biyolojik ve psikososyal birçok faktörün etkileşiminin söz konusu olduğu görülmektedir. Bu bölümde OKB'nin oluşmasına katkıda bulunan faktörler açıklanacaktır.

OKB'nin ortaya çıkmasında, genetik ve çevresel faktörlerin rolünü tahmin edebilmek için başvurulan yöntemlerdne biri ikiz çalışmalarıdır (36). Genetik yatkınlığı ikiz çalışmaları üzerinden incelemek amacıyla yapılan bir derleme çalışmasında Grootheest ve ark. (37), çocuklardaki kalıtımsal aktarımın %45-65; yetişkinlerde ise %27-47 oranlarında bulunduğunu ifade etmişlerdir. Capawana (38), bunu zaman geçtikçe çevresel faktörlerin genetik yatkınlığı etkilediği şeklinde yorumlamış; Grooteest ve ark. (37) genetik faktörlerin OKB gelişiminde önemli bir rolü olduğunu, ikiz çalışmalarının yol gösterici nitelikte olabileceğini ancak genetik çalışmaların kesin bir kanıt sağlama noktasında yetersiz kaldıklarını belirtmişlerdir. Konkordans oranlarının monozigot ikizlerde dizogotik ikizlerden daha yüksek olması genetik bir faktöre işaret etse de monozigot ikizlerde konkordansın %100 olmaması başka faktörlerin de etkili olduğuna işaret etmektedir (36). Miguel ve ark. (39), OKB'ye yatkınlığa sebep olan gen araştırmalarında, çalışmaları zorlaştıran bir etkenin de OKB'nin heterojen yapısı olduğunu vurgulamakta ve OKB'nin klinik fenotiplerinin daha iyi bir şekilde tanımlanmasının gen çalışmalarını da olumlu yönde etkileyebileceğini belirtmektedirler.

Genetik yatkınlığı tahmin edebilmek için, başvurulan bir diğer yöntem aile çalışmalarıdır. Miguel ve ark. (39), literatürdeki mevcut aile çalışmaları sonuçlarını değerlendirdiklerinde, OKBsi olan bireylerin birinci derece akrabalarında da OKB ya da eşik altı OKB görülme sıklığının toplumun geri kalanına oranla anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmişlerdir. İsveç'te 1969-2009 yılları arasında 24768 kişiden elde edilen verilerle yapılan bir başka çalışmada da OKB tanısı almış bireylerin akrabalarındaki OKB riskinin, genetik yakınlık derecesi arttıkça arttığı, birinci derece akrabalar için riskin ikinci ve üçüncü derece akrabalardan çok daha yüksek olduğu raporlanmıştır (40). Çalışmada OKB tanısı olan kişilerin birinci derece akrabalarında risk oranının, genel popülasyona göre 5 kat, ikinci derece akrabaların 1.5-2.3 kat, üçüncü dereceden akrabaların ise yaklaşık 1.4 kat daha riskli bulunduğu belirtilmiştir.

OKB'nin nörobiyolojik temellerine bakıldığında kortiko–striato–thalamo–kortikal model, bir başka deyişle frontostriatal ya da kortikostriatal model ön plana çıkmaktadır (41). Olağan durumda, orbitofrontal korteks çevreden gelen bilgileri değerlendirir, riskli bir değerlendirme striatuma iletilir, striatum bu uyarımı baskılar ya da talamusa iletir, talamus tarafından gerekli olarak değerlendirildiğinde, bu bilgi singulat kortekse iletir ve davranış gerçekleştirilir. Bazal ganglionlar, sistemdeki bilgi akışını düzenleyerek dolaylı ve doğrudan yolaklar aracılığı ile davranışın gerçekleştirilmesini ya da inhibisyonunu düzenler. Fakat, OKB'de bu döngüde fonksiyonel bir bozulma söz konusudur. Bu sistemin aktivasyon eşiğinin düşmesi, doğrudan yolakta aşırı aktiviteye neden olur. Bu durum, orbitofrontal-subkortikal yolağın aşırı aktivasyonunu tetikler. Sonuç olarak, tehlike ile ilgili abartılı düşünceler, obsesyonlara ve tehlikeleri kontrol etmeyi amaçlayan kompulsiyonlara karşı sürekli bilinçli dikkat durumuna yol açabilir. Doğrudan yolağın aşırı aktivasyonu davranışları durdurmakta zorlanmaya sebep olurken, kompulsiyonlarn yerine getirilmesiyle yaşanan geçici rahatlama döngüyü pekiştirir (42).

OKB'nin patofizyolojisi konusunda en kabul gören teori, KTSK devre ve seratonin, dopamin, glutamat olmak üzere üç ana nörotransmitter sistemine odaklanır. Seratonin hipotezi OKB'nin önde gelen nörokimyasal teorilerinden biridir ve OKB'nin seratonin nörotransmitter sistemindeki işlevsel bozukluktan kaynaklandığını öne sürer, ilaç çalışmaları da bu hipotezi doğrulamanın bir yolu olarak görülmektedir (38). Seçici seratonin geri alım inhibitörlerinin OKB tedavisindeki etkinliği, bu hipotezi destekler nitelikte görünmekle beraber, hastalığın tamamını açıklamakta yetersiz kalmaktadır (43). Dopamin ile ilgili çalışmalar OKB'nin orta beyinde dopamin iletiminin artmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bazal ganglionlarda dopamin iletiminin artması hipotezi, tekrarlı davranışın doğrudan ve dolaylı yolaklar arasındaki dengesizlikten ortaya çıktığını savunan hiperaktif kortikostriatal model, OKB'yi anlamanın bir yolunun da amigdalanın normal kortikal inhibisyonunun işlevsiz kalması ve amigdala tarafından indüklenen anksiyete tepkilerinin daha müdahaleci ve kronik hale gelmesi olduğunu ifade eden amigdalosantrik model ve OKB'yi bir tür davranışsal bağımlılık olarak gören, bağımlılık gibi ritüellerin ve kompulsiyonların dopamin iletiminin orta beyindeki pozitif güçlendirici özelliklerden kaynaklandığını öne süren davranışsal bağımlılık modeli ile uyumlu görünmektedir (44). OKB'nin nörobiyolojik modeli, çoğunlukla KTSK döngüsünde rol alan seratonerjik ve dopaminerjik sistemlere odaklanmasına ragmen (45), tedavide seçici geri alım inhibitörlerinin her zaman işe yaramaması ve glutamatın KTSK

döngüsünde etkin rol alan uyarıcı bir nörotransmitter olması glutamaterjik sistemle ilgili çalışmaları gündeme getirmiştir (46). Hayvan araştırmaları, glutamaterjik nöronların stereotipik davranışlarda önemli rolü olduğuna yönelik güçlü kanıtlar sunmuştur ve insan beyin görüntüleme ve nörogenetik araştırmaları da bulguları destekler niteliktedir (45). Chakrabarty ve ark. (46), OKB hastaları ve sağlıklı kontrollerle yaptıkları çalışmada, OKB hastalarının beyin omurilik sıvılarındaki glutamat seviyesinin, sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde artmış olduğunu bulmuşlar ve glutamaterjik artışın OKB patofizyolojisinde yeri olduğu şeklinde yorumlamışlardır.

OKB'nin KSTK modeli, anormal frontostriatal aktivitenin bu sistemle etkileşim içinde olan bilişsel işlevlerde (özellikle tepki baskılama, ödüle yönelik karar verme, bilişsel esneklik ve planlama) bozulma ya da yavaşlama olabileceğini öne sürmektedir (41). OKB'de güçlü bir motor tepkiyi bastırabilme becerisi ile ilgili çalışmalara bakıldığında, çelişkili sonuçlar elde edildiği göze çarpamaktadır. Bu çelişkiye, özellikle farklı ölçüm araçları kullanımından kaynaklı metodolojik farklıların da katkıda bulunduğu aşikârdır. Ancak, metaanaliz çalışmalarına bakıldığında, OKB'de tepki engelleme konusunda performansın önemli oranda azaldığı, istatistiksel olarak desteklenmektedir. Bir dizi adımla hedefe ulaşma becerisi olan planlama, daha yüksek düzey bir bilişel işlevdir. Bu konuda yapılan araştırmaların büyük bir çoğunluğunda OKB'lerin sağlıklı kontrollere göre planlama becerilerinde azalma olduğu ortaya koyulmuştur, metaanaliz sonuçları da bulguları desteklemektedir. Belli bir görev ile meşgul olurken ilgisiz uyaranlardan uzak durabilme becerisi olarak tarif edilen set değiştirme veya dikkati kaydırmanın OKB tanısı almış bireylerde bozulduğunu öne süren çalışmalar kadar, bozulma olmadığını bulan çalışmalar da mevcuttur (7). Wheaton ve ark. (47), yaptıkları çalışmada OKB ve sağlıklı kontrol gruplarını tepki inhibisyonu ve görev kontrolü (kişinin bir hedef doğrultusunda bilişsel süreçlerini organize edebilme, dikkatini sürdürebilme ve gerektiğinde stratejisini değiştirebilme becerisi) işlevleri açısından kıyaslamışlar, tepki inhibisyonu açısından gruplar arasında fark bulamamışlar, görev kontrolü açısından ise OKB grubunun daha düşük performans sergilediğini, ancak 17 haftalık bilişsel davranışçı psikoterapiden sonra sağlıklı kontroller ile aralarındaki performans farkının kaybolduğunu bulmuşlar; bu durumu OKB'deki bilişsel defisitlerin semptom şiddeti ile alakalı olabileceği yönünde yorumlamışlardır. Ödüle yönelik karar verme ile ilgili Murayama ve ark. (48) tarafından yapılan çalışmada, OKB tanısı olan kişilerin sağlıklı kontrollere göre Iowa Gambling Testi'nde daha düşük performans

sergilediklerini bulmuş, ancak test sonuçları ile OKB arasında bir korelasyon bulamadıklarını belirtmişlerdir. Figee ve ark. (49) yaptıkları deneysel çalışmada, OKB hastalarının sağlıklı kontrollere kıyasla daha zayıf ödül beklentisi aktivitesi gösterdiklerini, bu durumun OKB alt gruplarından, kontaminasyon korkusu olan OKB hastalarında, riski yüksek değerlendiren OKB grubuna göre daha belirgin olduğunu bulmuşlardır. Leopold ve Backenstrass (50), kontaminasyon/temizlik ve şüphe/kontrol semptomları olan OKB hastalarını nöropsikolojik performansları açıdan karşılaştırdıkları metaanaliz çalışmasında kontaminasyonla ilgili belirtileri olan grubun, şüpheyle ilgili belirtileri olan gruptan özellikle planlama/problem çözme ve tepki baskılama işlevlerinde çok daha iyi olduklarını, bir başka deyişle, kontrolcülerin temizleyicilere kıyasla davranışsal ve nörobiyolojik farklılıklarla ilişkili olarak, daha büyük bir bilişsel işlev bozukluğuna sahip olabileceklerini raporlamışlar ve bunu özellikle yönetici işlevler açısından, OKB'de farklı semptom boyutlarının geçerliliğine yönelik bir kanıt olarak değerlendirmişlerdir. Bir diğer metaanaliz çalışması, obsesyon/kontrol ve simetri/düzenleme alt boyutlarını kıyasladıklarında simetri/düzenleme semptomuna sahip olanların nöropsikolojik değerlendirmelerin genelinde daha düşük performans sergilemekle beraber, belirtilen semptom alt boyutları arasında spesifik bilişsel işlevler açısından farklılık bulduklarını belirtmekte ve bu durumu, semptom alt boyutlarının farklı nörol devrelerle ilişkili olabileceği şeklinde yorumlamaktadır. Örneğin simetri/düzenleme semptomlarına sahip kişiler bilişsel esneklik ile ilgili daha fazla zorluk yaşarken, obsesyon/kontrol semptomlarına sahip kişiler hafıza ile ilgili bilişsel işlevlerde daha çok zorlanmaktadır (51). Öte yandan OKB'nin alt boyutları arasında nörospikolojik değerlendirmeler arasında fark bulamayan çalışmalar da mevcuttur (5). Sonuç olarak, OKB'de nöropsikoloji çalışmalarından elde edilen bulgular heterojen olmakla birlikte, bilişsel işlevlerle ilgili testlerde performans düşüklüğü gözlenmektedir (41). Ancak, araştırma sonuçlarında ortaya çıkan farklı bulgular, OKB'nin farklı tezahürlerinin, farklı nörobiyolojik süreçlerle ilişkili olabiliceğini düşündürmekte ve homojen gruplarla yapılacak araştırmalara daha çok ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (52). Mtaix – Cols ve ark. (5), günümüzde her ne kadar hakkında hala daha çok araştırılmaya ihtiyaç duyulan bir noktada da olsa hastalığın semptomlarına yönelik boyutsal bir bakış açısının geleneksel kategorik bakış açısına göre hastalığın anlaşılmasına daha fazla katkı sunacağını ve farklı veri kümelerindeki varyansın daha büyük bir kısmını

açıklayabileceğini öne sürmekte, bu yönde çalışmaların başladığını ve daha da gelişeceğini düşündüğünü belirtmektedirler.

Travmatik yaşantılar, kişinin hayatındaki evlilik, çocuk sahibi olmak, sevilen birinin kaybı gibi köklü değişiklikler veya okul, iş, aile hayatındaki sorunlar hastalığı tetikleyen veya belirtileri arttıran önemli psikolojik ve çevresel risk faktörlerinden bazılarıdır (9).

Sonuç olarak OKB, genetik ve çevresel faktörlerin birleşimiyle ortaya çıkan poligenetik bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir. OKB'nin kendi içindeki heterojen yapısı da etiyolojisine dair bulguların genelleştirilmesini zorlaştırmaktadır.

2.2. ŞİZOTİPİ

Şizotipi, şizofrenik zihnin endofenotipik bir özelliği olarak nitelendirilebilir (53). Tüm şizofreni hastalarının, şizotaksi olarak tanımlanan, aslında genetik ve nörolojik olarak şizofreni geliştirme potansiyeline sahip bir defekti vardır (54). Şizotipi, şizofreni ile ortak genetik özelliklere sahiptir (55). Bu genetik özellikler, bu her zaman şizofreniye dönüşmek zorunda değildir (54), bazen çevresel faktörlerle birlikte özel bir forma gelerek şizotipal özelliklerle seyreder (56). Şizotipi, şizofreni spektrumunda yer alır ve şizofreniye göre daha hafif belirtiler olarak ortaya çıkar (57). Tuhaf konuşmalar ve eksantrik davranışlar gibi dezorganize belirtilerden, duygulanımın tekdüze olması ya da yakın arkadaşa sahip olmamak gibi negatif belirtilerden, olağandışı algısal yaşantılar ya da referans düşünceler gibi pozitif belirtilerden oluşan, çok boyutlu ve süreklilik (time stable) gösteren bir kişilik özelliğidir (58,59). Şüphecilik, alınganlık, davranış ve konuşmalarda tuhaflık, doğa üstü olaylara, büyüsel açıklamalara eğilimli olma, kısıtlı duygulanım, kişiler arası yakınlık kurmada zorluk gibi durumlarla gidebilir (16). Özelliklerine bakıldığında sanki şizofreni gibi majör bir bozukluğun premorbid ya da prodromal dönemiymiş gibi görülmekle birlikte, toplumdaki normal dağılımın gerekliliği olan bu özelliklerin olağan bir uzantısı olarak da görülebilir (59). Mason (60) şizotipiyi, şizofreni benzeri özelliklerin, bir hastalık olmaksızın, kişilik özelliği şeklinde ortaya çıkması olarak tanımlamaktadır. Genellikle şizotipal kişilik bozukluğu, bir takım belirtilerin birlikte görülmesiyle ortaya çıkan bir tanıyı, şizotipi kavramı ise daha çok belirtilerin patolojik düzeye ulaşmadığı ancak yine de gözlemlenebildiği durumları ifade etmek için kullanılmaktadır (61).

Şizotipi boyutlarının çeşitli biçimlerde birleştiği ve şizofreniye yatkınlığın toplumun genelinden daha yüksek olduğu Şizotipal Kişilik Bozukluğu, A kümesi kişilik bozuklukları arasında yer almakta, aynı zamanda şizofreni spektrumu içinde de değerlendirilmektedir (62). Şizotipal kişilik bozukluğu, sıklıkla şizofreninin hafif bir formu olarak görülmektedir. Şizofreni ile genetik olarak ilişkilidir ve önemli bir kalıtımsal temeli vardır. Etiyolojik açıdan şizotipal kişilik bozukluğu ile ilişkili nörobiyolojik risk faktörlerinin çoğu şizofreniyle de ilgilidir. Şizotipal belirtileri tedavi etmede kullanılan bazı tedaviler şizofreni tedavisinde etkilidir. Ayrıca, şizofrenide olduğu gibi dalgalanmalar gösterebilir. Öte yandan, klinik şizotipinin faktör yapısı, toplumdaki yapı ile paralellik gösterir, muhtemelen de normal bir kişilik özelliği spektrumundaki uç bir noktadır. Şizotipal kişilik bozukluğu olanların büyük bir çoğunluğu şizofreni geliştirmez (59). Tanımı itibariyle şizotipi heterojen bir yapıya sahiptir. İçe kapanma gibi görece daha hafif durumlardan, algısal bozulmalara kadar gidebilen daha ağır durumları içerebilir (63). Genetik olarak şizofreniyle ilişkilisi istatistiksel olarak anlamlı bulunsa da kişilik bozuklukları ile daha güçlü bir yakınlığını olduğunu gösterecek kadar, çok daha sık komorbid görülür. Semptom yapısı şizofrenideki gibi dalgalanmalar gösterse de diğer kişilik bozukluklarından daha az kalıcı değildir. Şizofreni ile etiyolojik olarak benzerlikler olduğu kadar, şizofreniyle ilişkili bulunmayan bazı psikososyal faktörlerle şizotipal kişilik bozukluğunun ilişki olduğu da belirtilmektedir. Mevcut bilgilerle, biri daha kategorik ve şizofreniye daha yakın bir form, diğeri ise boyutsal ve kişilik bozukluklarıyla daha ilişkili bir form olmak üzere iki şizotipi formundan bahsetmek mümkün olabilir (59).

Şizotipi ve şizotipal kişilik bozukluğunun çok boyutlu bir yapı olduğu aşikardır (64). Şizotipal özelliklerin faktör yapısı konusunda ise hala bir tartışma söz konusudur (65). Bunun yanı sıra, yapılan analizler en tutarlı şekilde üç faktörlü yapıyı desteklemektedir (64) ve çalışmalarda da daha çok üç faktörlü model kullanılmaktadır (66). Bu modele göre şizotipi; bilişsel algısal şizotipi (referans fikirleri, garip inanışlar, sıradışı algısal yaşantı ve şüphecilik), kişilerarası şizotipi (sosyal anksiyete, yakın arkadaş yokluğu, kısıtlı duygulanım) ve dezorganize şizotipi (garip davranış ve konuşma) olmak üzere üç faktörden meydaha gelmektedir (67). Dördüncü bir faktör olan şüpheciliği modele ekleyen ve bunun şizotipal özellikleri daha iyi açıkladığını belirten çalışmalar mevcuttur (68). Şizotipiyi oluşturan faktörlerden biri olan sosyal kaygı, bir ortamda daha fazla vakit geçirmekle ya da çevredeki kişileri tanımakla birlikte azalma eğiliminde

olmayan, daha çok başkalarının motivasyonları konusunda şüphecilikle ilişkili olan bir boyuttadır (16). Bilişsel-algısal şizotipi ve gariplik alt boyutları birlikte pozitif şizotipi sosyal anksiyete alt boyutu ise negatif şizotipi boyutunu oluşturmaktadır (69,70).

Yapılan araştırmalarda, toplumda şizotipal kişilik bozukluğu yaygınlığı %0.6 ile % 4.6 arasında raporlanmıştır (16). Pulay ve ark. (71) yaptıkları epidemiyolojik çalışmada şizotipal kişilik özelliği prevelansını %3.9; Manoudi ve ark. (72), üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada şizotipal kişilik özellikleri prevelansını %10 olarak belirtmişlerdir. Pulay ve ark. (71) çalışmalarında duygudurum, anksiyete ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerde şizotipal kişilik bozukluğu prevalansını sırasıyla %17.2, %13.7 ve %8.2; şizotipal kişilik bozukluğu olan bireylerde madde kullanım, duygudurum ve madde kullanım bozukluğu prevelansını sırasıyla %44.1, %44.4 ve %56.6 olarak ortaya koymuşlardır. İsveç'te, 1940 ve 2000 yılları arasında doğan ve şizotipal kişilik bozukluğu tanısı almış, 2292 kişiyle yapılan bir araştırmada, şizotipal kişilik bozukluğu prevelansı %0.04 olarak raporlanmış ve otizm spektrum bozukluğu, OKB, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve majör depresyon ile eştanı oranlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Hastaların %14.6'sı şizotipal kişilik bozukluğu tanısı aldıktan ortalama 8.7 yıl sonra şizofreni tanısı almışlardır. Aynı çalışmada elde edilen bulgular, şizotipal kişilik bozukluğunun sadece şizofreni spektrumunda bir bozukluk olması şeklinde değil, aynı zamanda otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, OKB ve majör depresyon ile de önemli etiyolojik bağlantıları olabileceğini şeklinde yorumlanmıştır (73). Şizotipal kişilik bozukluğu ve OKB komorbitesi farklı çalışmalarda %5-50 arasında bulunmuştur (12). Şizotipal kişilik bozukluğuna sahip olan kişilerin yarısından fazlasının hayatları boyunca en az bir majör depresif epizod gerçirmektedir. Klinik başvuru sırasında %30-50 arasında majör depresif bozukluk eştanıları bulunmaktadır (16).

Yüksek seviyede garip görünüm/davranış, kısıtlı duygulanım ve yakın arkadaş eksikliği gösteren şizotipal kişilik bozukluğu formunun önemli bir genetik altyapısının bulunduğu; yüksek düzeyde büyüsel düşünce ve algısal bozukluklarla giden şizotipal kişilik bozukluğu formunun genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıktığı, orta seviyelerde referans fikirleri, sosyal kaygı, şüphecilik ancak düşük düzeyde tuhaf davranış, tuhaf konuşma ve kısıtlanmış duygulanımla görülen formunun ise daha çok çevresel faktörlerden etkilenerek ortaya çıktığı; dolayısıyla şizotipinin çeşitli alt

boyutlarının ortaya çıkmasında genetik ve çevresel faktörlerin rol aldığı düşünülmektedir (64).

Nörobiyolojik açıdan şizotipal kişilik bozukluğunun şizofreni ile hem benzerlikleri hem de farklılıkları vardır. Örneğin, iki bozuklukta da sol temporal lob hacimlerinde azalma görülür, ancak şizotipal kişilik bozukluğunda bu durum daha sınırlıdır ve daha az ilerleyicidir. Striatal ve kortikal bölgelerdeki dopaminarjik nörokimya şizotipal özellikler için önemli rol oynamaktadır (64). Birçok çalışma, yüksek şizotipi ile birlikte, bilişsel işlevlerde bozulmalar olduğunu öne sürmektedir ancak araştırma sonuçları çelişkilidir (58). Bazı araştırmacılar, yönetici işlev bozukluklarının daha çok negatif şizotipi ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (60). Steffens ve arkadaşları (58), yaptıkları metaanaliz çalışmasında negatif şizotipinin güncelleme (updating) ve bilişsel geçiş (shifting), pozitif şizotipinin ise bilişsel geçiş performanslarında azalma ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Şizotipal kişilerde bilişsel inhibisyondaki bozulmalar tuhaf konuşmalar, büyüsel düşünme, eksantrik davranışlar ve alışılmadık algısal deneyimler şeklinde klinik olarak tezahür edebilir (59).

2.2.1. OKB ve Şizotipi

OKB'nin nevrotik ya da psikotik bozukluk olup olmadığı uzun yıllardan beri süregelen bir tartışma konusudur (74). OKB ile şizofreni arasındaki spektral ilişkiyi daha iyi anlamak için OKB'de şizotipal özellikler ile ilgili çalışmalar faydalı olabilir (75). OKB ve sağlıklı grupları şizotipal özellikler açısından karşılaştıran ve OKB grubunda şizotipal özelliklerin kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek olduğunu belirten (66,76); şizotipi ve OKB arasında istatistiksel olarak güçlü ilişkiler ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (64,69). OKB ve şizotipi birlikteliğini inceleyen bir derleme çalışmasına bakıldığında, OKB ve şizotipi birlikteliğinin %0 ve % 47.6 aralığında raporlandığı görülmüş, çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde birleşik ortalama yaygınlık oranı %10.1, medyan yaygınlık oranı ise %13.2 olarak ortaya çıkmıştır ki bu durum genel popülasyondaki görülme sıklığının üzerindedir (32). 119 katılımcı ile yapılan bir araştırmada, OKB hastalarının %50'sinde, hafiften şiddetliye kadar olmak üzere şizotipal özellikler bulunduğu; yüksek şizotipal özelliklere sahip olanlarda öğrenme güçlükleri, özgül fobi ve sayma kompulsiyonlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (33). Einstein ve Menzies (77), OKB alt tiplerine bakıldığında, özellikle agresyon ve atipik semptomların şizotipinin bir boyutu olan büyüsel düşünme ile yakın ilişki içinde olabileceğini,

kontaminasyon ve temizleme semptomlarının ise şizotipiyle çok da ilgisi olmayabileceğini ifade etmişlerdir. Brakoulias ve ark. (11) da şizotipal özellikleri yüksek OKB hastalarında daha fazla simetri obsesyonları, düzenleme ve kontrol kompulsiyonları; daha yüksek oranda depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu komorbitesi saptamışlar ve şizotipal OKB'yi semptom şiddetinden bağımsız olarak farklı klinik özelliklere sahip bir grup olarak nitelendirmişlerdir. 37 hasta ile tamamlanmış üç yıllık bir izlem çalışmasında, OKB ve şizotipal kişilik bozukluğu olan hastaların, OKB hastalarına göre hastalığın başlangıç yaşlarının daha erken olduğu, OKB semptom şiddetinin daha yüksek olduğu, birinci derece akrabalarda şizofreni görülme sıklığının daha fazla olduğu, içgörülerinin ve tedavi yanıtlarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir ve yazarlar bu bulguları OKB+ŞKB'nin kendi başına bir klinik entite olduğu şeklinde yorumlamış, bu grupta geleneksel tedavilere yanıt alınamamasının sebebini bununla ilişkilendirmişlerdir (12). Bir derleme çalışmasında, komorbid ŞKB olan OKB hastalarının daha az eğitimli, bekar ve işsiz olma olasılıklarının daha yüksek olduğu; daha erken yaşta başlayan ve daha şiddetli OKB semptomlarına sahip olduğu, içgörülerinin daha düşük olduğu ve psikotik özelliklerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (32). Şizotipal OKB, sıklıkla farklı psikiyatrik bozukluklar ile de komorbidite göstermektermektedir (11,63). OKB'de klinik olarak belirgin şizotipal özellikler, semptomların tedavisini zorlaştırmakta, şizotipi OKB için potansiyel olumsuz prognoz faktörü olarak görülmektedir (64). Bazı araştırmalar pozitif şizotipal belirtileri tedavi başarısızlığının öncülü olarak değerlendirmektedir (4).

OKB ile şizotipi arasında bir ilişki olduğunu (33), şizotipal kişilik bozukluğu varlığının OKB hastalarında klinik özellikleri önemli ölçüde değiştirdiğini (14) belirten çalışmalar olsa da şizotipal özelliklerin OKB semptomlarına nasıl katkıda bulunduğu netleşmiş değildir. OKB hastalarında kompulsiyonlar, anlamsız ifadeleri tekrarlamazlarsa aileden birinin başına kötü bir şey gelebileceği gibi, büyüsel düşünceler ya da batıl inançlarla ilişkili olarak gerçekleştirilebilir (13). Düşünce-eylem kaynaşması ise istenmeyen düşüncenin, düşünülenin gerçekleşmesine katkıda bulunacağını ve istenmeyen girici düşünceye sahip olmanın düşünceyle ilgili eylemin gerçekleşmesiyle aynı anlama geldiğine dair bir bilişsel yanlılıktır (78). Çetin (76), OKB grubunda sağlıklı gruba göre daha fazla bulunan şizotipal özelliklerin, düşünce eylem kaynaşması ve büyüsel düşüncelerle olan ilişkisi sebebiyle klinik obsesyona dönüşebileceğini belirtmiştir. Düşünce eylem kaynaşması, hem OKB hem şizotipal kişilik özellikleri

gösteren hastalarda görülen ortak bir semptomdur (13). OKB ve şizotipi arasındaki ilişkiyi açıklamaya dair bir hipotez, şizotipinin büyülü düşünme yönünün düşünce eylem kaynaşması konusunda kişileri daha büyük riske sokması ve bunun da OKB riskini arttırması şeklindedir (13). Einstein ve Menzies (77) de batıl inançlar, düşünce eylem kaynaşması ve OKB şiddeti arasındaki ilişkinin temelinde büyüsel düşünme olduğu fikrini desteklemektedirler. Nitekim, Lee ve ark. (13) yaptıkları araştırmada, şizotipal kişilik özellikleri kontrol edildiğinde, düşünce eylem kaynaşması ve OKB arasındaki ilişkinin anlamlı derecede zayıfladığını ortaya koymuşlardır. Öte yandan, düşünce eylem kaynaşması OKB ve şizotipinin algısal deneyimler ve şüpheli düşünme boyutları arasındaki ilişkiyi tam olarak açıklayamamaktadır. Bu da şizotipi ve OKB'nin arasındaki ilişkinin daha karmaşık olduğunu düşündürmektedir (13).

Nöropsikolojik araştırmalar da OKB+ŞKB birlikteliğinin ayrı bir entite olabileceğine dair kanıtlar sunmaktadır (79). Yönetici işlevlerde daha fazla bozulmalar gösteren hastalar OKB hastalarında esas olarak orbitofrontal; OKB+ŞKB birlikteliğinde ise orbitofrontal ve dorsolateral prefrontal kortekste patoloji görülmüştür (80). OKB ve sağlıklı grubun yönetici işlevler açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, şizotipal kişilik özellikleri ve depresif özellikler kontrol edildiğinde sağlıklı gruba kıyasla, OKB grubundaki yönetici işlevlerdeki bozulmaların ortadan kalktığı görülmüştür (81). Harris ve Din (80), yönetici işlev tasklarında düşük performans gösteren OKB hastalarının şizotipi puanlarının da yüksek olduğunu fark etmiş ve bunu test etmek için OKB, OKB+ŞKB ve sağlıklı kontrolleri kıyasladıkları nöropsikolojik ölçümler gerçekleştirmişlerdir. Araştırma sonuçları, OKB hastalarının orbitofrontal görevlerde bozuk performans gösterdiklerini ancak diğer yönetici işlevlerde sağlıklı kontrollerden farklı sonuçlar elde etmediklerini, ancak OKB+ŞKB grubun hem orbitofrontal görevlerde hem de yönetici işlev ölçümlerinde kötü performans sergilediklerini göstermiştir. Shin ve ark.(82), dorsalateral ve medialfrontal işlevlerde OKB+ŞKB grubunun OKB grubundan ve sağlıklı gruptan daha düşük performans gösterdiklerini raporlarmışlardır. Bu üç araştırmanın bulgularına dair ortak yorum, bu bulguların literatürdeki OKB'de yönetici işlevlerle ilgili ortaya çıkan çelişkili sonuçları açıklamaya kısmen yardımcı olabileceği, OKB'deki dorsalateral prefrontal bölge işlevleri ile ilgili çelişkili bulguların, komorbid şizotipi gibi özelliklerle bağlantılı olarak açıklanabileceğidir (80–82). Çeşitli araştırmalar da OKB'deki farklı semptom örüntülerinin farklı kaynakları olabileceğini ve daha etkili tedaviler için bu konunun araştırılmaya muhtaç olduğunu belirtmektedirler (17).

Sonuç olarak, OKB hastalarının bir kısmı hafif ya da şiddetli şizotipal özellikler gösterebilmekte, bu da OKB'nin şizotipal bir alt grubu olabileceği tartışmalarını beraberinde getirmektedir (33,80,81). Bazı araştırmalar, şizotipal özellikler gösteren OKB'nin şizo-obsesif spektrumda değerlendirilmesini önermektedir (75). Şizotipi düzeylerine göre ayrıştırılmış OKB hastalarının zihin kuramı performanslarının karşılaştırılması, bu iki yapının kesiştiği noktaları daha iyi anlamaya, olası endofenotipik özellikleri ayırt etmeye yardımcı olabilir.

2.3. ZİHİN KURAMI

Zihin kuramı sosyal bilişin bir alt boyutudur (83). Sosyal biliş, başkalarının niyetlerini, duygularını, zihinsel durumlarını anlayabilmek, davranışlarını yorumlayabilmek, tahmin edebilmek ve bunlara uygun yanıt üretebilmek için geliştirilmiş sosyal ipuçlarına dayalı bir bilişsel işlev olarak tanımlanabilir (84). Çeşitli psikiyatrik popülasyonlarda kişilerarası ilişkilerdeki eksikliklerin altında, sosyal bilişle ilgili bozukluklar olabilir (83). Sosyal biliş zihin kuramı, duygu işlemleme, sosyal algılama ve bilgi, atıf yanlılığı olmak üzere farklı alt boyutlardan oluşmaktadır (85). Bu araştırmada, bu alt boyutlardan zihin kuramı becerileri üzerine odaklanılacaktır.

Zihin kuramı, kişinin düşünme, inanma ya da –mış gibi davranma gibi durumlarda kendisinin ve diğerlerinin zihinsel durumlarını anlayabilme kapasitesidir (86). Kişinin kendisinin ve diğerlerinin zihinleri üzerine düşünebilme becerisi, zihin okuma, diğer zihinleri anlayabilme olarak da açıklanabilir (87). Diğer primatlarda öncüllerini görmek mümkün olsa da, başkalarının zihninde olup bitenleri çıkarsayabilmek, insana özgü bir beceri gibi görünmektedir (88).

Zihin kuramı modelleriyle ilgili tartışmalar mevcut olmakla birlikte, üç modelden bahsetmek uygun olacaktır. Bu modellerden biri olan birimsel teoriye göre, zihin kuramı beynimizde doğuştan bulunan bir modül tarafından yönetilir. Bu modül sadece başkalarının zihinsel durumlarını anlama işlevini görür ve çevresel etkilerle geliştirilebilir (89). Günümüzde zihin kuramı araştırmalarında, tek bir modül yerine, çoklu sistemlerin etkileşimini ve yaşam boyu gelişimi dikkate alan dinamik modeller daha ön plana çıkmaktadır (90). Simülasyon teorisine göre, kişiler başkalarının eylemlerini ve duygularını ayna nöron sistemi aracılığı ile içsel olarak simüle eder ve bu şekilde anlamlandırırlar. Gözlemci ve gözlenen, benzer bir beyin-vücut sistemine sahiptir.

Beynin birinci ve üçüncü şahıs deneyimlerini doğrudan birbirine bağlama kapasitesi vardır (91). Perner (92) tarafından ortaya atılan teori teorisine göre, çocuklar bireysel gelişimleri sırasında temsil etme becerilerini aşamalı olarak edinirler. Birincil temsilde sadece kendi deneyimlerini anlayabilir, ikincil temsilde gerçeklik ve varsayımsal durumlar arasında ayrım yapabilir, başkalarının yanlış inançlarını anlayabilir, sonrasında ise metaprezentasyon (temsilin temsilini oluşturma) becerisi kazanarak başkalarının temsillerini teorileştirebilir (86).

Zihin kuramına gelişimsel açıdan bakılacak olursa, yaklaşık 18. aydan itibaren başlayan "mış gibi yapma" oyunlarıyla gözlemlenmeye başlanır. Bu oyunlar, çocuğun gerçeklikten farklı temsilleri zihninde kurgulayabildiğini gösterir. Leslie (89) , bu sürecin, ön-temsiller aracılığıyla zihnin gerçek dışı durumları simüle edebilme kapasitesini gösterdiğini ve bunun, metarepresentasyon becerisinin ilk adımı olduğunu öne sürer. Zihin kuramı gelişimi, bu bilişsel temelin üzerine inşa edilerek yaklaşık 4 yaş civarında başkalarının inanç, arzu ve niyet gibi zihinsel durumlara sahip olduğunu, bunların kendisininkiler farklı olabileceğini anlama becerisine dönüşür (89). Bu beceri, kişinin hem kendisinin hem de başkalarının zihinsel durumları hakkında farkındalık sahibi olduğu anlamına gelen birinci derece ZK becerisidir (93). Zihin kuramı yaşamın sonraki evrelerinde de gelişmeye devam eden dinamik bir sosyal bilişsel kapasitedir (90). ZK, birinci, ikinci ve üçüncü derece ZK olmak üzere üç seviyede incelenebilir. İkinci düzey ZK, kişinin başka birinin zihinsel durumu hakkında çıkarımda bulunmasıyla ilgili değerlendirme yapabilmeyi ifade eder (93) ve 6 yaş civarında geliştiği düşünülmektedir (92). Üçüncü düzey ise, pot kırmayı tespit edebilmek gibi daha karmaşık zihinsel durumları anlamakla ilgili beceridir. Bu bir kişinin söylememesi gereken bir şey söylemesi ve aynı zamanda söylememesi gerektiğinin farkında olmaması anlamına gelmektedir. Anlaşılabilmesi için, söyleyenin bilmediğini, kendisine söylenen kişinin de kırıldığını ya da rahatsız olduğunu fark etmek gerekir. Bu da hem empatik hem de bilişsel bileşenlerin mevcut olmasıyla mümkün olabilir (94). Bu beceriyi kız çocuklar 9, erkek çocuklar 11 yaşlarında kazanırlar (95).

Zihin kuramı sosyal bilişsel ve sosyal algısal olmak üzere iki alt boyuttan meydana gelmektedir (96). Sosyal bilişsel boyut, başkalarının zihinsel durumunun mantıksal çıkarımlar yoluyla anlaşılması; sosyal algısal boyut ise zihinsel durumların yüz ifadeleri gibi ipuçlarına bakarak doğrudan anlaşılmasını ifade eder. Sosyal bilişsel boyut

daha karmaşık sosyal durumları analiz etmek için kullanılan bir akıl yürütme süreci iken, sosyal algısal boyut yüz ifadelerini anlamlandırma gibi daha otomatik gerçekleşen bir süreçtir (97).

Sosyal bilişle ilgili nöral işleyiş genel olarak sosyal bilişin algılanması, değerlendirilmesi ve sonrasında sosyal davranışın ortaya çıkması şeklindedir. Bu süreçte bir takım nöral mekanizmalar kullanılır. Algılama için fusiform girus ve superior temporal girus görev alır ve değerlendirilmesi için amigdala, orbitofrontal korteks, singulat korteks ile işbirliği içinde çalışır, son olarak motor korteks, bazal ganglionlar ve hipotalamusun görev almasıyla sosyal davranış gerçekleştirilir (98). Zihin kuramının nöropsikolojik temelleri incelendiğinde, sosyal bilişsel boyuta dair işlevlerin medial prefrontal korteks ile bağlantılı olduğu görülmektedir (99–101). Zihin okuma testi ile ölçülebilen, zihinsel durumu algılamayla ilgili işlevler ise orbitofrontal ve medial temporal alanlar üzerinden gerçekleştirilir (101). Duygusal bilgileri işlemleme ve diğer kişilerin duygusal durumlarına yanıt verme becerisi ise amigdala (102), gafı tespit edebilme gibi karmaşık ZK becerisi orbitofrontal korteks ile ilişkilidir (94).

2.3.1. Zihin Kuramı ve OKB

OKB'deki patolojik muhakeme süreçleri, obsesif düşüncenin doğasındaki hatalar zihin kuramında olası bir bozulmayı düşündürse de (103) bu konuda yapılmış çok sayıda çalışma bulunmamaktadır (104). OKB'deki nöral anomaliler ya da bilişsel bozuklukların, zihin kuramındaki bozulmalarla ilişkili olabiliceği düşüncesinden yola çıkılarak, OKB ve zihin kuramının bir boyutu olan sosyal algısal işlev arasındaki ilişkiyi değerlendiren ilk çalışmalardan biri, Grisham ve arkadaşları (105) tarafından yılında yapılmış ve iki değişken arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Aynı yıl yayınlanan bir başka araştırmada, OKB'de sağlıklı kontrollere kıyasla, ZK-1 ve ZK-2 görevleri arasında fark bulunmamış, ancak ZK-3 için sağlıklı kontrollerin lehine, anlamlı fark saptanmıştır. Bu bulgu, intrusif düşüncenin obsesyona dönüşmesinin üst düzey ZK işlevlerindeki bozulmadan kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştır (103). Zihin kuramını, katılımcılara izletilen videolar ve ardından yanlış inanç, ironi, metaforik anlatımlarla ilgili sorulan sorular aracılığı ile ölçen bir başka araştırmada, OKB ve sağlıklı kontrol grubu arasında ZK açısından farklılık bulunmamıştır (106). Başka bir araştırma bulguları, OKB ve sağlıklı grup arasında sosyal algısal ZK arasında anlamlı fark varken, sosyal bilişsel ZK açısından gruplar arasında bir fark olmadığını göstermektedir (107). Literatür

incelendiğinde, bazı çalışmaların sağlıklı kontrollere göre OKB'de ZK becerilerinin azalmış olduğunu, bazı çalışmaların ise gruplar arası farklılık bulmadığını belirttikleri görülmektedir. Son yıllarda yapılan bir metaanaliz çalışması, OKB'de zihin kuramı becerilerinin sağlıklı kontrollere göre azalmış olduğunu, OKB'de ZK becerilerindeki bozulmanın ventromedial prefrontal korteks ve subkortikal bağlantıları ile ilgili olabileceğini, OKB'de ZK becerilerindeki düşüşün hastalığın şiddetiyle ilişkili olmadığını ve bu ilişkiyi anlamaya yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir (108). ZK'nın hastalık seyri üzerindeki etkisini araştıran bir izlem çalışmasında, OKB'de ZK becerilerinin çalışma başında sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu, bir yıllık tedavi sonrası artış gösterdiği, aynı zamanda baştaki ZK puanlarının tedavi sonuçları ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuş ve zihin kuramı becerilerinin tedavi sonuçlarını öngörebilecek bir faktör olabileceği düşünülmüştür (109).

2.3.2. Zihin Kuramı ve Şizotipi

Şizofrenide zihin kuramında bozulma olduğunu belirten birçok çalışma bulunmakta (86), ancak şizotipal özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar görece ihmal edilmiştir (59). Klinik olmayan örneklemde, psikoz gelişimine yatkınlık taşıyan bireylerde ZK becerileri araştırmaları, ZK yetersizliklerinin psikoz için erken bir ipucu olma potansiyeli olup olmadığını anlamak açısından önemli bulunmaktadır (110,111). Çalışmamızda da bu durum, OKB örnekleminde şizotipal özelliklerin benzer bir potansiyel taşıyıp taşımadığını anlamaya yardımcı olabilir.

Literatürde şizotipal özellikleri ve zihin kuramı arasındakiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu araştırmalardan bazıları, yüksek şizotipal özelliklerde zihin kuramı becerilerinde bozulma olduğunu ortaya koyarken, bazı çalışmalar bu sonuçları tekrarlayamamıştır (110). Yüksek ve düşük şizotipal özellikleri olan grupların ZK becerileri açısından karşılaştırıldığı bir araştırmada, gruplar arasında fark bulunmamıştır (112). Şizotipal özelliklerle ZK becerileri arasında ilişki olduğu bulgusunu sunan diğer çalışmalar (113,114) ile çelişen bu durum, araştırmacılar tarafından aradaki ilişkinin başka bir bilişsel faktör tarafından belirleniyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (112). ZK ile şizotipinin alt boyutlarının ilişkisine dair yapılan araştırmalara bakıldığında, bazı araştırmacıların negatif (115), bazı araştırmacıların pozitif (116) alt boyutlar ile ilişki bulduğu görülmektedir. Kapsamlı bir metaanaliz çalışmasında ise, ZK ve şizotipi arasında küçük, negatif korelasyon bulunduğu, bulunan ilişkinin ZK ile pozitif ve negatif şizotipi

alt boyutları arasında olduğu, dezorganize şizotipi ile ZK arasında ilişki bulunamadığı, ekstrem grup dizaynıyla gerçekleştirilen çalışmalarda ZK ve şizotipi arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılığın daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (110).

2.3.3. Zihin Kuramı ve Şizotipal OKB

OKB'de şizotipal kişilik bozukluğu ek tanısının sosyal işlevsellikte daha fazla zorlanmaya yol açabileceğini belirten çalışmalara rastlanmaktadır (117). OKB'de şizotipal özellikleri zihin kuramı ile birlikte inceleyen literatürde tek bir çalışmaya rastlanmıştır (104). Bu çalışma sağlıklı kontrol grubu ve OKB grubu arasında zihin kuramı becerileri açısından fark bulmuş, şizotipal özelliklerin de zihin kuramı becerilerinde bozulma ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ancak, yüksek ve düşük şizotipal özellikleri olan OKB hastaların zihin kuramına göre incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Şizotipal özelliklerin, OKB'de zihin kuramını etkileyebileceği düşüncesi, OKB ve zihin kuramı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara, bazen de şizotipiyi kontrol değişkeni olarak atayarak, bozulmanın şizotipal özelliklerden kaynaklanıp kaynaklanmadığını anlamaya çalışmak şeklinde yansımıştır. Böyle bir araştırmada, OKB ve ZK'nın sosyal algısal boyutu arasında negatif korelasyon bulunduğu ve şizotipal özellikler kontrol edilse dahi bozulmanın anlamlı kaldığı raporlanmıştır, ancak araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemlerden yola çıkarak şizotipal özelliklerin OKB'de ZK yetilerini daha fazla bozup bozmadığına yönelik bir çıkarım yapılamamaktadır (105). OKB ve şizotipal OKB gruplarının dorsolateral prefrontal korteks (DLPFC) ve medial frontal korteks görevleri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, OKB ile kontrol grubu arasında farklılık olmadığı, şizotipal OKB ile de şizofreni grubu arasında bir farklılık olmadığı raporlanmış ve şizotipal OKB'nin OKB'den farklı nörobilişsel özellikler gösterebileceği şeklinde yorumlanmıştır (82). Şizotipal OKB ve OKB gruplarının kıyaslandığı bir başka araştırmada, OKB grubunun orbitofrontal korteks görevlerinde, şizotipal OKB grubunun hem orbitofrontal hem dorsolateral prefrontal korteks görevlerinde kontrollere göre daha düşük performans sergilediği görülmüş, şizotipal OKB'de nöropsikolojik işlevler ve psikososyal uyum arasındakinin ilişkinin daha detaylı incelenmeye değer olduğu düşünülmüştür (80).

2.4. ÜSTBİLİŞ

Biliş, duyum ve algı sonucu elde edilen bilgilerle düşünme ve zihinsel işlevlerin yürütülmesidir (118). Üstbiliş ise, daha üst düzey bir bilişsel mekanizmadır ve düşünce üzerine düşünme, bilişsel süreçlere dair farkındalık (119), kişinin zihninin işleyişine dair düşünceleri (120) olarak tanımlanabilir.

Üstbilişle ilgili ilk araştırmalar Flavell ve ark. (121) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan araştırmada, kreş, anaokulu, iki ve dördüncü sınıf öğrencilerine kelime ezberlemekle ilgili görevler verilmiş ve görevi tamamladığında bildirmeleri istenmiştir. Küçük çocuklar ezberlediklerini söylese de keliemeleri hatırlayamamış, büyük çocuklar ise ezberlediklerini söyledikleri kelimeleri hatırlayabilmişlerdir. Flavell (122), küçük çocukların üstbilişsel becerilerinin, yani bilişleri hakkındaki bilişlerinin daha az gelişmiş olduğunu belirtmektedir. Üstbilişler üç boyutta incelenmektedir. Birincisi, bir düşüncenin kişi için ne anlam ifade ettiğine dair, kişinin düşüncesi hakkındaki inançları olarak tanımlanan üstbilişsel bilgi, ikincisi üstbilişsel deneyim, kişinin zihninden geçen düşünceleri üstbilişsel bilgileri kullanarak değerlendirmesidir, üçüncüsü ise bu sistemi kontrol etmek için ortaya koyulan tepkiler olarak tanımlanabilecek olan kontrol stratejilerdir (123). Üstbilişsel becerilerin gelişimi ile ilgili sorunlar, psikopatolojilerin ortaya çıkmasına sebep olabilir (124).

2.4.1. Üstbilişler ve OKB

OKB'nin üstbilişsel modeli, düşünce eylem, düşünce nesne ve düşünce durum kaynaşmasına dair inançlara odaklanır. Bu inançlar, aslında obsesyonun geçerliliğinin kabul edildiğinin göstergesidir ve üstbilişsel kontrol stratejilerini etkileyerek OKB belirtilerinin güçlenmesine sebep olur. Bu inançlar kontrol stratejilerini belirler, hastalar kısa süreli olarak rahatlıyor olsalar da uzun vadede stratejilerin kendisi başı başına stres kaynağı olmaya başlar (125). OKB'de üstbilişlerle ilgili olarak birçok çalışma yapılmıştır ve OKB'de olumsuz üstbilişlerin artmış olduğu literatürde birçok çalışma tarafından desteklenmektedir (126–131).

2.4.2. Üstbilişler ve Şizotipi

Literatür incelendiğinde üstbilişler ve şizotipal özellikler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar olduğu görülmektedir. Üstbilişler, sonrasında psikotik bozukluk geliştirmekle ilgili prediktör olarak görülen pozitif şizotipinin yordayıcılarından biri

olarak bulunmuştur (132,133). Bir başka araştırma, üstbilişlerin sosyal işlevselliğe olan etkisinin negatif şizotipal özellikler tarafından belirlendiğini ortaya koymuştur (134). Güncel araştırmalar üstbilişler ile, şizotipinin tüm alt boyutları arasında ilişki olduğunu ifade etmektedir (135). Kontrol grubu ve yüksek şizotipal özellikler gösteren gruplar arasında yapılan kıyaslamalarda yüksek şizotipal özellikler gösteren grubun, üstbilişsel inançlar ölçeğinden de yüksek puan aldıkları görülmüştür (136). Bir başka güncel araştırma, şizotipal özellikler arttıkça üstbilişlerdeki bozulmaların arttığını ortaya koymuş, müdahale edilmediği takdirde bu durumun daha ağır psikopatolojilerin oluşmasında rol alabileceğini tartışmıştır (137). İncelendiği kadarıyla, OKB'de şizotipal özellikler ve üstbilişleri birlikte ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2.4.3. Üstbilişler ve Zihin Kuramı

OKB'de frontostriatal nöral ağlarla ilgili bozulmaların olması, üstbiliş ve ZK gibi sosyal bilişsel işlevlerle ilgili bozukluk olabileceğini düşündürmektedir (128). Kişinin kendi düşünceleriyle ilgili düşünme yetisindeki bozulmaların, karşısındaki kişinin zihinsel durumunu anlama becerisinde de bozulmalarla ilişkili olabileceğini akla getirmektedir (103). Nitekim, üstbilişlerin ZK ile yakından ilişkili olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır (138).

OKB'de üstbilişler ve zihin kuramı becerilerini inceleyen yalnızca iki çalışmaya rastlanmıştır (128,139). Çalışmalardan biri, OKB'de üstbilişler ve ZK arasında doğrudan ilişki bulamamıştır ancak alt boyutlar arasında bazı spesifik ilişkiler yakalamışlardır (128). Diğer araştırmada ise elde edilen bulgular, OKB'de iki kavram arasında ilişki olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (139). Bu iki kavram arasındaki ilişkinin anlaşılmasının, OKB tedavisinde kullanılan bilişsel tekniklerin gelişmesine de katkı sağlayabileceğini belirten çalışmalar vardır (103).

2.5. İÇGÖRÜ

İçgörü genel olarak, kişinin sorunlarını anlayabilme becerisi olarak ifade edilebilir (140). Psikiyatrik anlamda içgörü, hastanın belirtileri ile ilgili algılayışı olarak açıklanabilir (141). Tarihsel olarak bakıldığında, genelde hastalık sınıflamaları ''hastalık farkındalığı'' üzerinden yapılmış, sanrılar genelde içgörüsüzlük, obsesyonlar ise genelde içgörü sahibi olmak üzerinden tanımlanmış (141); ancak OKB hastalarında içgörü düzeylerinin geniş bir yelpazede seyrettiği fark edildiğinden (14), günümüzde içgörünün

var ya da yok olarak değerlendirilmesi tartışma konusu olmuş ve içgörünün bir süreklilik şeklinde ele alınması görüşü gündeme gelmiştir (74). İçgörünün var ya da yok şeklinde sınıflandırılması, obsesyonlara olan inancın azalıp artabileceğini göz ardı eden bir yaklaşımdır (142), içgörüyü süreklilik içeren, dinamik bir kavram olarak ele almak OKB ve benzeri bozukluklarda yaşanan tanı, kavram ve ölçüm karışıklıklarını açıklamada daha faydalı olabilir (141).

2.5.1. İçgörü ve OKB

OKB'de içgörü obsesyon ve kompulsiyonların rasyonelliğini değerlendirebilmek ve obsesyon ve kompulsiyonlara karşı koyabilme çabası ya girişimlerinde bulunabilme gibi belirtilere karşı olan algı olarak açıklanabilir (74). OKB hastalarından oluşan örneklem ile yürütülen bir araştırmada OKB'de zayıf içgörünü oranı %22, benzer bir araştırmada %36, bir başka çalışmada %30 olarak raporlanmıştır (143–145). OKB örnekleminden oluşan bir başka araştırmada zayıf içgörü oranı %29.5 olarak raporlanmış ve içgörü azaldıkça hastalığın şiddetinin arttığı belirtilmiştir (146). Bazı araştırmalar, içgörü düzeyi fark etmeksizin OKB'nin aynı klinik tabloyu temsil ettiğini belirtirken (14), bazıları içgörüsü düşük olan OKB hastalarının hastalığın daha ağır bir formunu deneyimlemekte, daha şiddetli OKB ve depresif semptomlar göstermekte olduğunu belirtmektedirler (147). Bazı araştırmalar zayıf içgörü ve olumsuz prognoz gösteren OKB hastalarını şizofreni spektrumu içinde yer alan bir grup olarak değerlendirmekte (14), ŞKB eştanısının içgörü tedavisine yanıtları düşürmesini bu hipotezi destekleyen bir kanıt olarak yorumlamaktadırlar (143). OKB'de içgörü azaldıkça ŞKB'ye rastlama olasılığı artmakta (14), ŞKB'ye sahip OKB hastaları sahip olmayanlara göre daha zayıf içgörü göstermektedir (143).

2.5.2. İçgörü ve Şizotipi

Yüksek şizotipal özelliklere sahip bireylerde içgörünün zayıflamış olabileceği düşünülmektedir (148). Genel popülasyondaki ergenler ile yapılan bir araştırmada, içgörünün şizotipal özelliklere yatkınlığın saptanması için önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (149). Öte yandan şizotipide içgörünün şizofreniye kıyasla korunmuş olduğu bilinmektedir (150).

OKB'de şizotipal kişilik özellikleri ve içgörü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, tedavi sonrası dahi içgörüsü zayıf kalan hastalarda şizotipal kişilik

özelliklerinin daha yaygın olduğu, zayıf içgörü grubunun ŞKB'ye anlamlı ölçüde daha fazla sahip olduğu görülmüş, komorbid ŞKB'nin zayıf içgörülü hastalarda daha da kötü prognozla seyrettiği belirtilmiştir. Araştırma sonuçları, OKB+ŞKB komorbiditesinin OKB ile şizofreni arasında bir köprü olarak, farklı bir alt tip oluşturabileceği şeklinde yorumlanmıştır (143). Bir çalışmada depresyon dışında, OKB'de içgörü ile ilişkili tek faktörün şizotipal kişilik bozukluğu olduğu ortaya konulmuştur. Araştırma sonucunda, şizotipal bireylerde belirgin olan büyüsel düşünmenin, obsesyon ve kompulsiyonların rasyonelliğine dair içgörü eksikliğine sebep olabileceği öne sürülmüştür (146).

2.5.3. İçgörü ve Zihin Kuramı

Zihin kuramı, içgörü ile bağlantılı görülen bir kavramdır (140). İçgörü, bireyin kendi ruhsal durumunu ve hastalığını fark edebilme kapasitesini ifade ederken; zihin kuramı, başkalarının duygu, niyet ve inançlarını anlayabilme yetisini ifade eder (84,140,141). Bu alandaki ilk araştırmalar şizofreni hastaları ile yapılmıştır. Bu çalışmalara bakıldığında içgörü ve ZK arasında doğrudan ilişki bulamayan, ancak nörobilişsel faktörlerle iç içe geçerek içgörünün ZK becerilerini etkileyebileceğini öne süren çalışmalar mevcuttur (151). Öte yandan, klinik içgörü ve ZK becerileri arasında ilişki bulan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalar, kişinin hastalığına dair farkındalığı arttıkça, başkalarının bilişsel durumlarını anlama kapasitesinin de artacağını belirtmektedir (152).

OKB'de içgörü ve zihin kuramı arasında yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. İçgörüsü yüksek OKB, içgörüsü düşük OKB ve sağlıklı grupların kıyaslandığı ergenlerle ve yetişkinlerle yapılan bir araştırmada içgörüsü düşük olan OKB grubunun GZOT puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (153). Yüksek ve düşük içgörülü OKB gruplarını ZK açısından kıyaslayan bir başka araştırmada da düşük içgörülü OKB grubunun ZK performansının daha düşük olduğu, aynı zamanda OKB'de ZK becerileri ve içgörü arasında negatif korelasyon bulunduğu belirtilmiştir (145). Bazı araştırmalar, psikiyatrik bozukluklardaki içgörü ve ZK arasındaki ilişkilerin daha ayrıntılı olarak belirlenmesi, içgörü ve sosyal bilişi geliştirmeye yönelik bütüncül terapötik yaklaşımların geliştirilmesini kolaylaştırabilir.

2.5.4. İçgörü ve Üstbilişler

İçgörü, bireyin kendi ruhsal durumu ve psikiyatrik hastalığına ilişkin farkındalığını ifade ederken; üstbiliş, bireyin kendi bilişsel süreçlerini fark etmesi ve düzenlemesi anlamına gelir (119,120,141). Bu iki yapı birbiriyle ilişki biçimde işliyor olabilir. Şizofreni hastaları ile yapılan bir araştırmada, daha yüksek düzeyde üstbilişsel kapasitenin yüksek düzeyde içgörü ile ilişkili olduğu bulunmuştur (154). Üstbilişsel becerilerdeki gelişime odaklanan tedavilerin içgörü gelişimine katkıda bulunduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (155).

OKB hastaları ile yapılmış bir çalışmada üstbilişlerin olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutları ile içgörü arasında negatif yönlü bir korelasyon bulunmuştur. İçgörü azaldıkça olumsuz üstbilişsel inançların arttığını ortaya koyan bir çalışmada, OKB ve üstbilişler arasındaki ilişkiye içgörünün aracılık edebileceğini öne sürülmüştür. (156). Bir başka araştırmada OKB hastalarında içgörü ve üstbilişler arasında anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür (157).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun olarak hazırlanmış ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 19.01.2024 tarihli toplantıda onaylanmıştır (Evrak tarihi-sayısı: 25.01.2024-24856, Ek-1). Çalışmanın verileri Şubat 2024 - Şubat 2025 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM YÖNTEMİ

Araştırmanın genel evrenini obsesif kompulsif bozukluğu olan yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Örneklem, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikoterapi Kliniği'ne başvuran on sekiz yaş ve üzeri, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış, tanı ve tedavi geçmişinde nörobilişsel bozukluk, şizofreni, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve kafa travması olmayan bireylerden oluşturulmuştur. Tanı ve tedavi için başvuran başvuran hastalardan, çalışma kriterlerine uygun olanlar psikiyatrik görüşmeleri sonrası araştırmacıya yönlendirilmiş, bu kişilere çalışma hakkında gerekli bilgiler verilmiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya 116 obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hasta yönlendirilmiş, 112'si çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve 103 hasta çalışmayı tamamlamıştır.

Sağlıklı katılımcılardan oluşturulan karşılaştırma grubu yine amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak, obsesif kompulsif bozukluk tanı grubuna benzer demografik özelliklere sahip kişilerden oluşturulmuştur. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (177) temel alınarak tanı görüşmeleri yapılmış ve şizofreni spektrum bozuklukları, bipolar bozukluk, depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar, travma ve stresörle ilişkili bozuklar, madde kullanım bozuklukları sorgulanmış, bahsedilen bozukluklarla ilgili belirtileri olanlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Sağlıklı gruba hiçbir psikiyatrik/nörolojik tanı ve tedavi geçmişi olmayan, geçmişte ya da güncel olarak herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmamış, kafa travması geçmişi olmayan bireylerden oluşturulmuştur. Sağlıklı grup için araştırmaya 41 kişi başvurmuş, 2 kişi nörolojik, 5 kişi psikiyatrik problemler tarif ettiğinden, 1 kişinin anadili kullanılan ölçeklerin dilinden farklı olduğundan, 2 kişi çalışma sırasında ayrılmak istediğini belirttiğinden, çalışma 31 kişi ile tamamlanmıştır.

Tüm katılımcılar araştırmaya gönüllü olarak katılmışlardır. Araştırmaya katılım öncesinde tüm katılımcılar araştırma ve katılım süreçleri hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

Örneklem büyüklüğü hesaplamasında G-Power programı kullanılmıştır. Gruplar arası kıyaslamaların yapıldığı analizlere göre, 134 katılımcı, .25 etki büyüklüğü ve .05 alfa hata oranı ile, .94 istatistiksel güçle analizlerin yürütülmesi için yeterlidir.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma için katılımcılar, araştırmacı tarafından oluşturulan demografik bilgi formu (Ek-2), Şizotipal Kişilik Özellikleri Ölçeği, Üstbilişler Ölçeği-30, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Beck Depresyon Envanteri ve Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği'ni kendileri doldurmuşlar, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi, İma Testi, Gaf Testi ve Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği araştırmacı tarafından kişilere uygulanmıştır.

3.2.1. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerledirme Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi Goodman ve arkadaşları (158) tarafından oluşturulmuş, Türkçe adaptasyon çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (159) tarafından yapılmıştır. Toplamda 10 madde üzerinden puanlanan, 5'li Likert tipinde (0: hiç semptom yok, 4:semptom yoğun şekilde var) ve klinisyen tarafından doldurulan bir ölçektir. Toplam puanda ortaya çıkan artış, kişilerin obsesyon ve/veya kompulsiyonlarında artış olduğu anlamına gelmektedir. Belirti kontrol listesi puanlamaya dâhil değildir, belirtiler hakkında bilgi edinmek amacıyla kullanılmaktadır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach's alpha değeri .95 olarak bulunmuştur.

3.2.2. Şizotipal Kişilik Özellikleri Ölçeği

Şizotipal Kişilik Özellikleri ölçeği, Raine (67) tarafından geliştirilmiştir. Özbildirime dayalı bir ölçektir. Sorulara verilen evet veya hayır yanıtları puanlanarak 0-74 arası bir puan elde edilmektedir. Bilişsel-algısal, kişiler arası ve dezorganize şizotipi olmak üzere üç alt faktörü bulunmaktadır. Bilişsel algısal şizotipi, referans fikirleri, büyüsel düşünce, sıra dışı algısal yaşantı ve şüphecilik; kişilerarası şizotipi puanı, aşırı

sosyal anksiyete, yakın arkadaş yokluğu, kısıtlı duygulanım ve şüphecilik; dezorganize şizotipi puanı ise garip davranış ve garip konuşmayla ilgili maddelerden elde edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Şener ve ark. (70) yılında yapılmıştır. Cronbach's Alpha katsayısı. 91, alt ölçekler için Cronbach's Alpha katsayısı 0.66-0.83 olarak bulunmuştur. Kesme puanı 42'dir. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı .94, alt ölçekler için ise .66 ve .89 arasında bulunmuştur.

3.2.3. Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, Eisen ve arkadaşları (160) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, hastanın kendi düşüncesine olan inancı, farklı bakış açısına olan inancı, farklı bakış açılarının açıklanması, inançların sabitliği, inançların çürütülmesi girişimi, içgörü seviyesi ve referans sanrıları olmak üzere yedi maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Özcan ve arkadaşları (142) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar daha düşük içgörü düzeyini gösterir. Cronbach's Alpha katsayısı .90 olarak belirtilmiştir.

3.2.4. Üstbilişler Ölçeği-30

Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBO-30) Wells ve Cartwright Hatton (161) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 30 maddeden oluşan, 4'lü Likert tipinde (1: Katılmıyorum, 4: Tamamen katılıyorum) geliştirilmiş bir özbildirim ölçeğidir. Ölçeğin endişeye dair olumlu inançlar, endişenin tehlikeli ve kontrol edilemez olduğuna odaklanan endişeye dair olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, kendini izleme ve dikkatin içsel süreçlere yönlenmesine odaklanan bilişsel farkındalık olmak üzere beş alt boyutu vardır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, üstbilişsel inanç ve süreçlerdeki bozuklukların fazlalığına işaret etmektedir. ÜBO-30'un Türkçe adaptasyon çalışması Yılmaz, Gençöz ve Wells (162) tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmada, ölçeğin beş faktörlü yapısını koruduğu ve Cronbach's Alpha katsayısının .87, alt ölçekler için ise .73 ve .89 arasında değiştiği bulunmuştur. Çalışmamızda Cronbach's Alpha katsayısı .91, alt ölçekler için ise .79 ve .89 arasında bulunmuştur.

3.2.5. Gözlerden Zihin Okuma Testi

Gözlerden Zihin Okuma Testi, Baron Cohen ve ark. (87) Tarafından geliştirilmiştir. Test, kişilerin yalnızca göz kısımlarını kapsayan 36 adet fotoğraftan

oluşmaktadır. Katılımcılardan, bu resimdeki ifadeyi en iyi tarif eden seçeneği bulmaları istenir. Testin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yıldırım ve ark. (163) tarafından yapılmıştır. Testin Türkçe uyarlaması 32 maddeden oluşmaktadır. Testin toplam puanı, doğru bilinen maddelerin toplamı ile elde edilir. Araştırmamızda ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı .62 olarak bulunmuştur.

3.2.6. İma Testi

İma Testi, Corcoran ve ark. (164) tarafından geliştirilmiştir. Doğrudan olmayan sözel ifadenin altında yatan gerçek niyetleri anlayabilme yeteneğini ölçmektedir. 10 kısa hikayeden oluşmaktadır. Testi uygulayan kişi, katılımcıya hikayeyi okur ve hikayedeki kişinin yaptığı yorum ile gerçekte neyi kast ettiğini sorar. Toplam test puanı 0-20 arasında değişmektedir. Literatürde Türkçe çevirisi ile kullanımı mevcuttur (165).

3.2.7. Gaf Testi

Gaf Testi, Baron-Cohen (95) ve arkadaşları tarafından, zihinsel temsillendirme becerilerini ölçmek için geliştirilmiştir. Gaf hikayelerinde, birbiriyle konuşan iki kişiden biri bilmeden ya da fark etmeden, söylememesi gereken ya da söylemesi sosyal normlar açısından uygunsuz olan bir şey söyler. Katılımcıya bununla ilgili sorular sorulur. Bu sorular, gafın ortaya çıkarılmasını, gaf yapıldığını anlamayı, dinleyen karakterin zihinsel durumunu anlamayı ve gaf yapıldığını duyan kişinin ne hissettiğinin anlaşılıp anlaşılmadığını ölçer. Testin orijinal versiyonunda 20 öykü bulunmaktadır. Hikayelerin Türkçe çeviri ile kullanımı literatürde mevcuttur (165) ve daha önceki çalışmalarda da yapıldığı üzere, bu çalışmada da öykülerden 2 tanesi kullanılacaktır, dolayısı ile testten alınabilecek puan 0-12 aralığında değişecektir.

3.2.9. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri, Beck, Ward, Mendelson (166) tarafından oluşturulmuş, Türkçe adaptasyon çalışması Hisli (167) tarafından yapılmış, 21 maddeden oluşan 4'lü Likert tipinde özbildirime dayalı bir ölçektir. Toplam puanların yükselmesi daha şiddetli depresyona işaret etmektedir. Cronbach's Alpha katsayısı .87 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda Cronbach's Alpha katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Yüz yüze görüşmeler aracılığı ile toplanan tüm veriler, IBM SPSS Statistics for Windows Version 20.0 programına girilmiş ve analizler program aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. %5'ten küçük olduğundan, kayıp veriler ortalama değerler ile doldurulmuştur. Normal dağılım varsayımları kontrol edilmiştir. Uç değer olarak görülen bir kişi analizlere dahil edilmeyerek analizlere 133 katılımcıdan elde edilen veri ile devam edilmiştir. Yapılan analizler sonucu, tüm değişkenler için çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1 ve -1 arasında olduğu görüldüğünden, verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiş (168) ve analizler bu varsayıma göre seçilmiştir. Öncelikle hasta ve sağlıklı grupların betimsel istatistik analizleri yapılmıştır. OKB, OKB+ŞKB ve kontrol grupları arasında zihin kuramı testleri ve üstbilişler açısından farklılık olup olmadığını değerlendirmek için MANOVA, gruplar arası farkları anlamaya çalışırken depresyon değişkeninin etkisini kontrol altına alarak incelemek amacıyla MANCOVA testleri yürütülmüştür. Değişkenler arası ilişkileri incelemeye fırsat veren, korelasyon analizleri tüm ölçek puanları için, her grupta gerçekleştirilmiştir. İçgörü değişkeni, kullanılan ölçeğin doğası gereği yalnızca OKB gruplarında ölçümlenebildiğinden, gruplar arası kıyaslama T testi aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler sabit tutularak, depresyon değişkeni kontrol altında tutularak zihin kuramı becerileri, üstbilişler ve içgörü değişkenlerinin OKB ve ŞKÖ puanları tarafından yordanma gücünü anlamak için hiyerarşik regresyon analizleri yürütülmüştür. Son olarak, zihin kuramı testleri, üstbiliş ve içgörü puanlarının bireylerin grup üyeliklerini yordayıp yordamadığını test edebilmek amacıyla lojistik regresyon analizleri yürütülmüştür.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILAR

Çalışma, 71 OKB, 32 OKB+ŞKB, 30 kontrol katılımcısı olmak üzere toplam 133 kişi ile yürütülmüştür. Araştırmaya katılanların %70'i kadın (n=94), %30'u erkek(n=38); %60'ı bekar (n=78), %40'ı evli (n=54), %56'sı çalışmakta (n=42), %76'sı çalışmamakta (n=57) olduğu görülmüştür. Katılımcıların %41'i (n=55) ailelerinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk yaşayan kişi olmadığını, %54'ü (n=72) herhangi bir psikiyatrik tanısı olan bir aile bireyine sahip olduklarını belirtmişlerdir. OKB hastalarının %9,7'si (n=10) ilaç kullanmadığını, %88,3'ü (n=91) ilaç kullandığını belirtmiştir. Sağlıklı kontrol grubu, hasta gruplarına demografik açıdan benzer özelliklere sahip olmasına dikkat edilecek şekilde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Katılımcıların gruplara göre ayrılmış demografik özellikleri tablo 4.1 ve 4.2'de yer almaktadır.

OKB grubu katılımcılarının %30'u erkek (n=21), %70'i kadın (n=50), OKB+ŞKB grubunun yüzde 25'i erkek (n=8), yüzde 72'si kadın (n=23), kontrol grubunun ise yüzde 30'u erkek (n=9), yüzde 70'i kadın (n=21) katılımcıdan oluşmaktadır. OKB grubunun %44'ü (n=31), OKB+ŞKB grubunun %28'i (n=9), kontrol grubunun %47'si (n=14) evlidir. OKB grubunun %41'i (n=29), OKB+ŞKB grubunun %34'ü (n=11), kontrol grubunun %47'si (n=16) çalışmaktadır. OKB grubunun %60'ı (n=43), OKB+ŞKB grubunun %66'sı (n=21), kontrol grubunun %27'si (n=8) aile bireylerinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 4.1). OKB katılımcıları yaş ortalaması 33 (SS=9), OKB+ŞKB grubu yaş ortalaması 33 (SS=14), kontrol grubu yaş ortalaması 37 (SS=13); OKB grubu katılımcıları eğitim düzeyi ortalaması 12 (SS= 4), OKB+ŞKB grubu katılımcıları eğitim düzeyi ortalaması 11 (SS=3), kontrol grubu katılımcıları eğitim düzeyi ortalaması 11 (SS=2) olarak bulunmuştur. OKB grubu hastalık başlangıç yaş ortalaması 21(SS=8), OKB+ŞKB grubu hastalık başlangıç yaş ortalaması 16 (SS=10) olarak görülmüştür (Tablo4.2). Gruplar arasında cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 4. 1: Katılımcıların demografik özellikleri-I

		OKB		OKB+ŞKB		Kontrol	
		Sayı (n)	Yüzdelik(%)	Sayı (n)	Yüzdelik(%)	Sayı (n)	Yüzdelik(%)
Cinsiyet	Erkek	21	30	8	25	9	30
	Kadın	50	70	23	72	21	70
Medeni Durum	Evli	31	44	9	28	14	47
	Bekâr	40	56	22	69	16	53
Çalışma durumu	Çalışıyor	29	41	11	34	16	47
	Çalışmıyor	42	59	20	62	14	53
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	43	60	21	66	8	27
	Yok	24	34	9	28	22	73

Tablo 4. 2: Katılımcıların demografik özellikleri II

	OKB			OKB+ŞKB			Kontrol		
	Ortalama	SS	Aralık	Ortalama	SS	Aralık	Ortalama	SS	Aralık
Yaş	33,71	9,85	19-65	33,35	14,09	19-60	37,43	13,05	20-57
Eğitim	12,43	4,39	0-19	11,36	3,77	5-16	12,53	2,88	5-18
Hastalık başlangıç yaşı	21,07	8,96	5-50	16,93	10,09	5-49			
Hastalık süresi (ay)	147,58	113,64	3-468	171	164	18-660			

4.2. BETİMSEL ANALİZLER

Araştırmada kullanılan ölçeklere dair betimsel analizler detaylı olarak yapılmış ve raporlanmıştır. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar, standart sapma ve aralık değerleri Tablo 4.3'te yer almaktadır. Aynı değerler her bir grup için ayrı ayrı tekrar analiz edilmiştir ve Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 3: Tüm örneklem için betimsel analizler

Ölçek /Alt Ölçek	Ortalama	Standart Sapma	Aralık
YALE-BROWN OKB	17,12	10,75	0 - 37
ŞKÖ	29,01	15,74	0 - 72
Referans fikirleri	3,53	2,51	0 - 9
Sosyal anksiyete	4,39	2,83	0 – 11
Garip inanış	1,68	1,63	0 - 7
Sıradışı algısal yaşantı	2,80	2,08	0 – 9
Garip davranış	2,18	2,25	0 – 7
Yakın arkadaş yokluğu	4,06	2,74	0 – 9
Garip konuşma	3,54	2,61	0 – 9
Kısıtlı duygulanım	3,03	2,33	0 – 8
Şüphecilik	3,15	2,04	0 – 8
Bilişsel Algısal	11,18	6,70	0 – 30
Kişilerarası	14,64	8,35	0 – 32
Dezorganize	5,72	4,40	0 – 16
Pozitif	16,91	10,22	0 – 46
Negatif	14,64	8,35	0 - 32
GZOT	21,96	4,03	7 - 31
Pozitif	5,12	1,41	1 - 7
Negatif	6,14	1,76	1 - 9
Nötr	10,69	2,10	4 - 16
İMA	17,76	2,19	11-20
GAF	8,25	2,78	0 - 12
BROWN İÇGÖRÜ	4,04	4,65	0 - 18
ÜBÖ	68,57	18,17	30 - 110
Bilişsel Güven	12,26	5,05	6 - 24
Olumlu İnançlar	12,11	4,61	6 - 24
Bilişsel Farkındalık	15,64	4,51	6 - 24
Olumsuz İnançlar	13,30	4,87	6 - 24
Kontrol İhtiyacı	15,24	5,52	6 - 24
BDE	16,61	11,59	0 - 47

NOT. N=133. ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği, GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği, ÜBÖ: Üstbilişler Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri

Ölçek puanları gruplara göre incelendiğinde, OKB grubunun Yale-Brown OKB Ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının 19.70 (SS=7.67), OKB+ŞKB grubunun 26.03 (SS=5.03), kontrol grubunun 1.52 (SS=1.24) olduğu görülmüştür. Ortalama puanlara bakıldığında kontrol grubu ortalamasının OKB ölçeği kesme puanının altında kaldığı, OKB grubunun orta, OKB+ŞKB grubunun ise şiddetli belirtiler (Denys ve ark., 2004) gösterdiği görülmektedir. Şizotipal Kişilik Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında OKB grubunun 24,88 (SS=11,33) , OKB+ŞKB grubunun 49,54 (SS=7,12), kontrol grubunun 16,87 (SS=10,25) olduğu görülmektedir. Depresyon ölçeği ortalama puanları OKB grubu için 14, 80 (SS=9,53), OKB+ŞKB grubu için 27,82 (SS=11,45), sağlıklı grup için 8, 95 (SS=6,68) olarak ortaya çıkmıştır. Gözlerden Zihin Okuma Testi toplam puanlarının gruplardaki ortalamaları incelendiğinde OKB grubunun 21,35 (SS=4), OKB+ŞKB grubunun 22,09 (SS=3,85), kontrol grubunun ise 23,30 (SS=4,10) puan aldıkları görülmüştür. İmayı anlama testi toplam puan ortalaması OKB grubunda 17,46 (SS=2,24), OKB+ŞKB grubunda 17,46 (SS=2,34), kontrol grubunda 18,80 (SS=1,56); Gaf testi toplam puan ortalaması OKB grubunda 7,90 (SS=2,98), OKB+ŞKB grubunda 8,56

(SS=2,68), kontrol grubunda 8,76 (SS=2,34); Üstbilişler Ölçeği toplam puan ortalaması OKB grubunda 65,89 (SS=15,79), OKB+ŞKB grubunda 86,39 (SS=11,79), sağlıklı grupta 55,05 (SS=14,82) olarak hesaplanmıştır. Brown içgörü ölçeği OKB grubu ortalaması 4,45 (SS=4,20), OKB+ŞKB grubunda ise 6,92 (SS=5,24)'tür (Tablo 4.4). İçgörü ölçeği obsesif düşünce üzerinden uygulanan bir ölçek olduğu için, sağlıklı gruba uygulanmamıştır.

Tablo 4. 4: Gruplara göre betimsel istatistikler

	OKB		OKB+ŞKB		Kontrol	
Ölçek /Alt Ölçek	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**
YALE-BROWN OKB	19,70	7,67	26,03	5,03	1,52	1,24
ŞKÖ	24,88	11,33	49,54	7,12	16,87	10,25
Referans fikirleri	2,99	2,28	5,90	1,94	2,30	1,95
Sosyal anksiyete	3,97	2,61	7,06	1,13	2,55	2,60
Garip inanış	1,42	1,55	2,50	1,81	1,44	1,36
Sıradışı algısal yaşantı	2,41	1,75	4,57	1,89	1,83	1,93
Garip davranış	1,65	1,89	4,71	1,67	0,73	1,20
Yakın arkadaş yokluğu	3,72	2,46	6,68	1,85	2,05	1,94
Garip konuşma	2,84	2,04	6,37	2,31	2,16	1,83
Kısıtlı duygulanım	2,65	1,91	5,53	1,79	1,26	1,43
Şüphecilik	2,62	1,59	5,31	1,57	2,08	1,80
Bilişsel Algısal	9,46	5,60	18,30	4,63	7,66	5,47
Kişilerarası	12,98	6,69	24,59	3,89	7,96	5,60
Dezorganize	4,50	3,40	11,09	3,13	2,90	2,48
Pozitif	13,97	7,82	29,34	6,54	10,56	6,86
Negatif	12,98	6,69	24,59	3,89	7,96	5,60
GZOT	21,35	4,00	22,09	3,85	23,30	4,10
Olumlu	5,05	1,35	5,18	1,35	5,23	1,65
Olumsuz	6,00	1,78	5,78	1,80	6,86	1,50
Nötr	10,29	2,07	11,12	2,02	11,20	2,12
İMA	17,46	2,24	17,46	2,34	18,80	1,56
GAF	7,90	2,98	8,56	2,68	8,76	2,34
BROWN İÇGÖRÜ	4,45	4,20	6,92	5,24		
ÜBÖ	65,89	15,79	86,39	11,79	55,95	14,82
Bilişsel Güven	11,28	4,56	14,58	5,04	12,10	5,53
Olumlu İnançlar	11,49	4,36	14,59	5,11	10,93	3,70
Bilişsel Farkındalık	15,55	4,24	18,74	3,48	12,53	3,98
Olumsuz İnançlar	12,55	4,46	18,42	2,75	9,65	2,79
Kontrol İhtiyacı	15,00	4,94	20,02	2,93	10,73	4,91
BDE	14,80	9,53	27,82	11,45	8,95	6,68

ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği, GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği, ÜBÖ: Üstbilişler Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri

4.3. GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMALAR

Grup kategorizasyonlarının geçerliliğini ve bağımlı değişkenlerin gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla tüm ölçek ve alt ölçek toplam puanları gruplar arası olarak karşılaştırılmıştır. Kıyaslamalar 3 grup arasında yapıldığında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), 2 grup arasında yapıldığında T testi kullanılarak yapılmıştır. Testleri yapabilmek için gerekli varsayımların sağlanıp sağlanmadığını

kontrol etmek için öncül analizler yürütülmüştür. Varyansların homojenliğine göre post hoc testleri seçilmiştir.

4.3.1. Grupların Şizotipi Puanları Açısından Karşılaştırılması

OKB, OKB+ŞKB ve kontrol gruplarının şizotipal özellikler açısından karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanılmış, gruplar arası farklılıklar post hoc testleri ile incelenmiştir. Grup kategorizasyonunun sağlamasının yapılabilmek amacıyla, gruplar şizotipal kişilik özellikleri bakımından karşılaştırılmıştır. Üç grup için ŞKÖ toplam puanlarında $p<.01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. F (2,130)=91,32, $p=.00$. Eta kare kullanılarak hesaplanan etki büyüklüğü .05 olarak bulunmuştur. Tamhane's T2 testi kullanan post hoc kıyaslamalar OKB (M=24.88, SS=11.33), OKB+ŞKB (M=49.54, SS=7.12),, ve kontrol (M=16.87, SS=10.25), gruplarının ŞKÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı bir biçimde farklı olduğuna işaret etmektedir (Tablo 4.5). OKB+ŞKB grubu en yüksek, kontrol grubu ise en düşük ŞKÖ skorlarına sahiptir.

Üç grup için bilişsel algısal alt boyut puanlarında $p<.01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. F (2,130)=38,34, $p=.00$. Eta kare kullanılarak hesaplanan etki büyüklüğü .04 olarak bulunmuştur. Tukey HSD testi kullanan post hoc kıyaslamalar OKB (M=9.46, SS=5.60), OKB+ŞKB (M=18.30, SS=4.6),, ve kontrol (M=7.66, SS=5.47), gruplarının bilişsel-algısal şizotipi puan ortalamalarının anlamlı bir biçimde farklı olduğuna işaret etmektedir (Tablo 4.5).

Üç grup için kişilerarası şizotipi alt boyut puanlarında $p<.01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. F (2,130)=67,69, $p=.00$. Eta kare kullanılarak hesaplanan etki büyüklüğü .05 olarak bulunmuştur. Tamhane's T2 testi kullanan post hoc kıyaslamalar OKB (M=12.98, SS=6.69), OKB+ŞKB (M=24.59, SS=3.89), ve kontrol (M=7.96, SS=5.60), gruplarının kişilerarası şizotipi puan ortalamalarının anlamlı bir biçimde farklı olduğuna işaret etmektedir (Tablo 4.5).

Üç grup için dezorganize şizotipi alt boyut puanlarında $p<.01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. F (2,130)=63,61, $p=.00$. Eta kare kullanılarak hesaplanan etki büyüklüğü .05 olarak bulunmuştur. Tukey HSD testi kullanan post hoc kıyaslamalar OKB (M=4.50, SS=3.40), OKB+ŞKB (M=11.09,

SS=3.13), ve kontrol (*M*=2.90, *SS*=2.48), gruplarının dezorganize şizotipi puan ortalamalarının anlamlı bir biçimde farklı olduğuna işaret etmektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5: Grupların ŞKÖ puanlarına göre karşılaştırılması

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	PostHoc
ŞKÖ	Gruplararası	19126,81	2	9563,406	91,32	,00**	1-2*
	Gruplariçi	13613,85	130	104,722			1-3*
	Toplam	32740,66	132				2-3*
Bilişsel Algısal	Gruplararası	2202,67	2	1101,33	38,34	,00**	1-2*
	Gruplariçi	3733,64	130	28,72			1-3*
	Toplam	5936,31	132				2-3*
Kişilerarası	Gruplararası	4702,73	2	2351,36	67,69	,00**	1-2*
	Gruplariçi	4515,23	130	34,73			1-3*
	Toplam	9217,97	132				2-3*
Dezorganize	Gruplararası		2	633,86	63,61	,00**	1-2*
	Gruplariçi		130	9.96			1-3*
	Toplam		132				2-3*

Not. 1: OKB, 2: OKB+ŞKB, 3:Kontrol. p<.05* p<.01**

4.3.2. Grupların Depresyon Puanları Açısından Karşılaştırılması

Tek yönlü varyans analizi grupları depresyon puanları açısından kıyaslamak için kullanılmıştır. Gruplar, Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları açısından karşılaştırıldığında, *p*<.01 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. *F* (2,130)=33,31, *p*=*.00*. Eta kare kullanılarak hesaplanan etki büyüklüğü .03 olarak bulunmuştur. Tahmane's T' testi kullanan post hoc kıyaslamalar OKB (*M*=14.80, *SS*=9.53), OKB+ŞKB (*M*=27.82, *SS*=11.45),, ve kontrol (*M*=8.95, *SS*=6.68), gruplarının depresyon puan ortalamalarının anlamlı bir biçimde farklı olduğuna işaret etmektedir. En yüksek depresyon skorlarına OKB+ŞKB, en düşük depresyon skorlarına kontrol grubu sahiptir.

Tablo 4. 6: Grupların depresyon puanlarının karşılaştırılması

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	PostHoc
Depresyon	Gruplararası	6011,41	2	3005,70	33,31	,00**	1-2*
	Gruplariçi	11727,71	130	90,21			1-3*
	Toplam	17739,12	132				2-3*

Not. 1=OKB, 2=OKB+ŞKB, 3=Kontrol. p<.01** p<.05*

4.3.3. Grupların Yaş ve Eğitim Düzeyi Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Grupların yaş ve eğitim düzeyi açısından kıyaslanması için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Gruplar, yaş [F (2,129)=1,24, p=.29] ve eğitim düzeyi [F (2,128)=0,89, p=.41] açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

4.3.3. Grupların Zihin Kuramı ve Üstbilişler Açısından Karşılaştırılması

OKB'de zihin kuramı becerileri ve üstbilişler üzerinde şizotipal özelliklerin etkisini incelemek için, tip I hata riskini azaltmak amacıyla, gruplar arası kıyaslamalar birden fazla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yerine çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) kullanılarak yürütülmüştür. MANOVA yapılmadan önce, normallik, doğrusallık, tek değişkenli ve çok değişkenli uç değerler, varyans değişkenliğinin homojenliği ve çoklu ortak doğrusallık varsayımlarını kontrol etmek için ön analizler yürütülmüş ve ciddi ihlaller tespit edilmemiştir. Birleşik bağımlı değişkenler bağlamında şizotipal özelliklere göre ayrılan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur, F (8,254) = 9.32, p=.000; Wilks' Lambda=.58; kısmi eta kare = .24. Bağımlı değişkenler için elde edilmiş olan sonuçlar ayrı ayrı ele alındığında, istatistiksel anlamlılığa ulaşan farklılık üstbilişler [F(2,130)= 35,60, p=.000, kısmi eta kare= .35] ve ima testi [F(2,130)= 42,, p=.013, kısmi eta kare= .06] açısından bulunmuştur. Anlamlı bulunan farklıların nereden kaynaklandığını detaylı incelemek için tek değişkenli takip analizlerini yürütmeden önce depresyon düzeyleri kontrol edildiğinde anlamlılık düzeylerindeki farklılık incelenmiştir.

4.3.4. Grupların Depresyon Puanları Kontrol Edilerek Zihin Kuramı ve Üstbilişler Açısından Karşılaştırılması

Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) sonucunda elde edilen veriler için ileri analizleri gerçekleştirmeden önce, daha önceki analizlerde gruplar arasında depresyon düzeyleri eşit olmadığı ortaya çıktığından, depresyon düzeylerinin kontrol edilmesine olanak tanıyan çok değişkenli kovaryans analizi (MANCOVA) yapılmak için gerekli varsayımlar test edilmiştir. Varsayımların sağlanıp sağlanmadığını test etmek için yapılan ön analizlerde grupların her biri için kovaryet ve bağımlı değişken arasındaki ilişki aynı olması gerektiğini ifade eden, regresyon eğilimlerinin homojenliği varsayımının üstbilişler ve gözlerden zihin okuma test puanları için sağlanamadığı görülmüştür. Bu sebeple klasik MANCOVA değil, grup ve depresyon etkileşimini içeren düzenleyici MANCOVA yapılarak, depresyonun düzenleyici etkisi test edilmiştir. Yapılan analizde, grup ve depresyon etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Wilks' Lambda = .934, p = .370). Bu bulgudan, depresyonun bağımlı değişkenler üzerindeki etkisinin gruplar arasında farklılaşmadığı, dolayısıyla regresyon eğilimleri homojenliği varsayımının ihmal edilmediği anlaşılmıştır. Bu sebeple depresyon kovaryet olarak atanarak, MANCOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Depresyon puanları kontrol edildiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur F (8,252) = 4.13, p=.000; Wilks' Lambda=.78; kısmi eta kare = .11. Bağımlı değişkenler için elde edilmiş olan sonuçlar ayrı ayrı ele alındığında, istatistiksel anlamlılığa ulaşan farklılık üstbilişler [F(2,130)= 8,39, p=.000, kısmi eta kare= .11] ve gözlerden zihin okuma [F(2,129)= 3.77,, p=.025, kısmi eta kare= .05] ve ima testi [F(2,130)= 3,27, p=.04, kısmi eta kare= .05] açısından bulunmuştur.

4.3.5. Grupların Depresyon Puanları Kontrol Edilmeden ve Edilerek Gözlerden Zihin Okuma Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Gruplar arasında GZOT puanları arasında farklılık olup olmadığını anlamak amacıyla ANOVA testi yürütülmüş ve gruplar arasında farklılık olmadığı sonucu elde edilmiştir F(2,130)= 2,53, p=.08, kısmi eta kare= .03. Karşılaştırmalar GZOT testinin alt boyutları açısından yapıldığında, negatif duygular alt boyutu açısından gruplar arası farklılık yakalanmıştır F(2,130)= 3,55, p=.03, kısmi eta kare=.05. Kontrol grubu (M= 6,86 SS=1,50) diğer iki gruptan farklılaşmakta, OKB (M=6,00 SS=1,78) ve OKB+ŞKB

(M=5,78 SS=1.80 gruplarının puanları birbirlerinden farklılaşmamaktadır. Kontrol grubu OKB'ye göre negatif duyguları daha iyi tanımıştır.

Grupları gözlerden zihin okuma testi açısından depresyon puanları kontrol altına alarak karşılaştırmak için tek yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) yürütülmüştür. Analiz sonuçlarına göre gruplar arası anlamlı farklılık olduğu görülmüştür $F(2,129) = 3.77$, $p = .025$, eta kare = .05. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını anlayabilmek için post hoc testler yürütüldüğünde, kontrol grubunun (M=22,34, SH=.74) diğer gruplardan farklılaşmadığı, farkın OKB (M=21,12, SH=.45) ve OKB+ŞKB (M=23.49, SS=.78) grupları arasında olduğu görülmüştür. GZOT testi toplam puanların hesaplanarak yapılan analizde, OKB ve OKB+ŞKB grubu arasında farklılık gözlenmiş, OKB+ŞKB grubununun daha yüksek puanlar elde ettiği görülmüştür (Tablo 4.7).

GZOT testinin pozitif duygular alt boyutu arasında gruplar arası farklılık görülmemiştir F (2,129) = 1.54, p = .21, eta kare = .02.

GZOT testinin negatif duygular alt boyutu açısından gruplar arasında farklılık görülmemiştir $F(2,129) = 2.36$, p = .09, eta kare = .03.

GZOT testinin nötr duygular alt boyutu açısından gruplar arası farklılık bulunmuştur F (2,129) = 4.57, p = .012, eta kare = .06. Kontrol grubu her iki gruptan da farklılaşmamış (M=10.85, SH=.39), fark OKB grubu (M=10,21, SH=.24) ve OKB+ŞKB grubundan kaynaklanmıştır (M=11,63, SH=.41).

Tablo 4. 7: Grupların GZOT puanlarının karşılaştırılması

Karşılaştırılan Özellikler	Grup (G)	Karşılaştırılan Gruplar (KG)	Ort. Fark (G-KG)	SH	p
GZOT	OKB Grubu	OKB+ŞKB	-2,36*	0,93	0,03
		Kontrol	-1,22	0, 95	0, 47
	OKB+ŞKB	Kontrol	1,14	1,17	1, 0
GZOT nötr	OKB Grubu	OKB+ŞKB	-1,42*	,49	0,01
		Kontrol	-0,63	,45	0,49
	OKB+ŞKB	Kontrol	0,78	,62	0,64

NOT: Bonferoni düzeltmesi yapılmıştır. p<.05* p<.01**

4.3.6. Grupların Depresyon Puanları Kontrol Edilmeden ve Edilerek İma Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması

İma testi sonuçlarının gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığını saptayabilmek için ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında ima testi açısından farklılık bulunmuştur F (2,130) = 4,52, p=.01, eta kare= .06 Yapılan post hoc analizinde, OKB (M=17.46, SS=2.24) ve OKB+ŞKB (M=17.46 , SS=2.34) gruplarının birbirinden farklılaşmadığı, farkın kontrol (M=18.80, SS=1.56) grubundan kaynaklandığı görülmüştür. Kontrol grubu ima testinden, diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak düzeyde daha yüksek puan almıştır.

İma testi puanları açısından gruplar arası karşılaştırmalar, depresyonun etkisini kontrol altına almak amacıyla, ANCOVA analizi ile tekrar yürütülmüştür ve gruplar arasında fark bulunmuştur F (2,129) = 3.27, p = .04, eta kare = .05. Gruplar arası farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan post hoc analizlerinde OKB+ŞKB grubunun her iki gruptan da farklılaşmadığı (M=17,67, SH=.43), farklılığın OKB (M=17.43 , SH=.25) ve kontrol grubu (M=18.80, SS=1.56) arasında olduğu görülmüştür. OKB grubu kontrol grubundan daha düşük puanlar almıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4. 8: Grupların İma Testi sonuçlarına göre karşılaştırılması

Grup (G)	Karşılaştırılan Gruplar (KG)	Ort. Fark (G-KG)	SH	p
OKB	OKB+ŞKB	-0,24	,52	1
	Kontrol	-1.22	,48	,035*
OKB+ŞKB	Kontrol	-0.97	,65	,42

NOT: Bonferoni düzeltmesi yapılmıştır. p<.05* p<.01**

4.3.7. Grupların Depresyon Puanları Kontrol Edilerek Gaf Testi Açısından Karşılaştırılması

Gaf testi sonuçlarının gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığını saptayabilmek için ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında ima testi açısından farklılık bulunmamıştır F (2,130) = 1,27, p=.28.

Gaf testi puanları açısından gruplar arası karşılaştırmalar, depresyonun etkisini kontrol altına almak amacıyla, ANCOVA analizi ile tekrar yürütülmüştür ve gruplar arasında fark bulunmamıştır F (2,129) = 0,88, p = .45.

4.3.8. Grupların Depresyon Puanları Kontrol Edilerek Üstbilişler Açısından Karşılaştırılması

Gruplar depresyon puanları dikkate alınmaksızın, üstbilişler açısından ANOVA testi ile kıyaslandığında tüm gruplar arasında farklılık olduğu görülmüştür F (2,130) =35.60, p = .00, eta kare = .35. OKB (M=65.89, SS=15.79), OKB+ŞKB (M=86.36, SS=15.79) ve kontrol (M=55.95, SS=14.92) gruplarının hepsi birbirlerinden anlamlı olarak farklılaşmışlardır. Üstbilişler ölçeğinden en yüksek puanı OKB+ŞKB, en düşük puanı kontrol grubu almıştır.

Grupları depresyon puanları kontrol edilerek, üstbilişler açısından karşılaştırmak amacıyla ANCOVA analizi yapılmıştır. Yapılan analize göre gruplar arasında farklılık olduğu görülmüştür F (2,129) = 8.39, p = .00, eta kare = .11. OKB grubu (M=67,28, SH=1.53) OKB+ŞKB (M=77.75, SH=2.62) grubundan, OKB+ŞKB grubu da kontrol grubundan(M=61.84, SH=2.51) farklılaşmaktadır. Üstbilişler ölçeğinden en yüksek puanı OKB+ŞKB, en düşük puanı kontrol grubu almıştır.

Altboyutlara bakıldığında gruplar olumlu üstbilişsel inançlar açısından birbirlerinden farklılaşmamaktadır F (2,129) = 1.65, p = .19.

Olumsuz üstbilişsel inançlar açısından gruplar birbirlerinden farklılaşmıştır F (2,129) = 14.67, p = .000, eta kare = .18. OKB (M=12.85, SH=.41), OKB+ŞKB (M=16.57, SH=.70), kontrol (M=10.91, SH=.67) olmak üzere tüm grupların birbirinden farklılaştığı görülmüştür. En yüksek puanı OKB+ŞKB, en düşük puanı kontrol grubu almıştır.

Bilişsel güvensizlik açısından gruplar arasında fark bulunamamıştır F (2,129) = 1.83, p = .16, eta kare= .12.

Düşünceleri kontrol etme alt boyutu açısından, gruplar arasında farklılık bulunmuştur F (2,129) = 8.29, p = .00, eta kare= .11. Post hoc analizlere bakıldığında, farklılığın sağlıklı gruptan kaynaklandığı (M=12.55, SH=.77), OKB(M=15.43, SH=.47), ve OKB+ŞKB (M=17,35, SH=.81) grubunun birbirinden farklılaşmadığı görülmüştür.

Kontrol grubu, düşünceleri kontrol etme alt boyutundan OKB ve OKB+ŞKB grubuna göre daha düşük puanlar almıştır.

Bilişsel farkındalık alt boyutuna bakıldığında, gruplar arası farklılık bulunmuştur F (2,129) = 7.18, p = .001, eta kare= .10. Post hoc testler yürütüldüğünde, farkın kontrol grubundan (M=13.21, SH=.77) kaynaklandığı, OKB (M=15.71, SH=.47) ve OKB+ŞKB (M=17.74, SH=.80) gruplarının birbirlerinden farklılaşmadığı görülmüştür. Kontrol grubu diğerlerinden düşük puan almıştır.

Tablo 4. 9: Üstbilişler açısından grupların karşılaştırılması

Karşılaştırılan Özellik	Grup (G)	Karşılaştırılan Gruplar (KG)	Ort. Fark (G-KG)	SH	p
Üstbilişler	OKB	OKB+ŞKB	-10,46**	3,12	,00
		Kontrol	5,44	2,87	,18
	OKB+ŞKB	Kontrol	15,91**	3,95	,00
Olumsuz inançlar	OKB	OKB+ŞKB	-3,72**	,84	,00
		Kontrol	1,93*	,77	,04
	OKB+ŞKB	Kontrol	5,66**	1,06	,00
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	OKB	OKB+ŞKB	-1,92	,96	,14
		Kontrol	2,89**	,88	,00
	OKB+ŞKB	Kontrol	4,79**	1,21	,00
Bilişsel Farkındalık	OKB	OKB+ŞKB	-2,02	,96	,11
		Kontrol	2,50	,88	,01
	OKB+ŞKB	Kontrol	4,53**	1,21	,00

NOT: Bonferoni düzeltmesi yapılmıştır. p<.05* p<.01**

4.3.9. Grupların İçgörü Açısından Karşılaştırılması

OKB ve OKB+ŞKB gruplarını içgörü açısından karşılaştırmak için bağımsız örneklemler T testi kullanılmıştır. T testi sonuçlarına göre OKB (M=4.45, SS=4,20) ve OKB+ŞKB (M=6,92, SS=5,24) grupları arasında içgörü açısından farklılık vardır (t (101)=2,54, p=.01, ortalama fark=2.46, 95% Güven Aralığı: -1.80'den 1.87'ye). Depresyon etkisi kontrol edilerek yapılan ANCOVA analizinde de gruplar arasındaki farkın anlamlılığını koruduğu görülmüştür F(2, 129) = 15.10, p = .000, eta kare = .19. OKB+ŞKB grubunun içgörüsü OKB grubuna göre anlamlı olarak düşüktür (Tablo 4.10).

Tablo 4. 10: Grupların içgörü açısından karşılaştırılması

	Grup	N	$\bar{X}$	SS	Sd	t	p
İçgörü	OKB	71	4,45	4,20	,49	-2,54	,01
	OKB+ŞKB	32	6,92	5,24	,92		

NOT: p<.05* p<.01**

4.4. DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLER

Değişkenler arasındaki ilişkilerin gruplara göre değerlendirilebilmesi için her bir örneklem ile ayrı ayrı korelasyon analizleri yürütülerek, ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Veriler normal dağılım gösterdiğinden ve ölçek puanları toplamı sürekli değişken olduğundan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu tercih edilmiştir.

4.3.1. OKB Grubunda Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

OKB grubunda yapılan analizler, Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir (Tablo 4.11). Yapılan analizde OKB ile depresyon (r=.49, n=71, p<.01), içgörü (r=.37, n=71, p<.01) ve üstbilişler (r=.44, n=71, p<.01) arasında pozitif yönde, orta güçte, anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

Depresyon ile üstbilişler (r=.53,n=71,p<.01) ve şizotipal kişilik özellikleri (r=.56, n=71, p<.01) arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Şizotipal kişilik özellikleri ile üstbilişler arasında orta büyüklükte ve pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır (r=.48, n=71, p<.01).

İçgörü ile üstbilişlerin olumsuz inançlar alt ölçeği arasında pozitif yönde, küçük ancak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (r=.26, n=71, p<.01)

İmayı anlama skorları ile gözlerden zihin okuma skorları arasında pozitif yönde, küçük, anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.24, n=71, p<.01)

Gözlerden Zihin Okuma testi skorları ve üstbilişler (r=-.27, n=71, p<.05) ile, üstbilişlerin alt boyutlarından ise bilişsel farkındalık (r=-.24, n=71, p<.05) ve bilişsel güvensizlik (r=-.31,n=71, p<.01) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

4.3.2. OKB+ŞKB Grubunda Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

OKB+ŞKB grubunda yapılan analizler, Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir (Tablo 4.12).

OKB+ŞKB grubunda hiçbir değişkenin OKB ile korelasyon ilişkisi göstermediği bulunmuştur.

OKB+ŞKB grubunda depresyon ile gözlerden zihin okuma testi puanları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (r=-.45, n=32, r<.01). Alt boyutlara bakıldığında, bu ilişkinin pozitif duygular ile negatif ve güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir (r=.60, n=32, r <.01).

Şizotipal Kişilik Özellikleri Üstbilişler Ölçeğinin alt boyutu olan bilişsel farkındalık arasında pozitif yönde ve orta büyüklükte korelasyon mevcuttur (r=.48, n=32, r<.01).

Şizotipal Kişilik Ölçeğinin alt boyutlarından bilişsel algısal şizotipi ile üstbilişler ölçeğinin alt boyutlarından bilişsel farkındalık (r=.50, n=32, r<.01) ve olumsuz inançlar (r=.50, n=32, r<.01) alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve güçlü korelasyon göstermektedir.

Kişiler arası şizotipi alt boyutu ile ima testi skorları arasında negatif yönde orta büyüklükte bir korelasyon bulunmaktadır (r=-.48, n=32, r.<01).

Pozitif şizotipi ile üstbilişler ölçeğinin alt boyutlarından bilişsel farkındalık (r=.44, n=32, r<.05) ve olumsuz inançlar (r=.40, n=32, r<.05) pozitif yönde ve güçlü korelasyon göstermektedir.

Gözlerden zihin okuma testinin pozitif duygular alt boyutu ile üstbilişler arasında orta büyüklükte negatif yönde korelasyon olduğu (r=-.43, n=32, r<.05) ve bilişsel güvensizlik arttıkça olumlu duyguları tanımanın azaldığı (r=-.38, n=32, r<.05) görülmektedir.

4.3.3. Kontrol Grubunda Ölçek Puanları Korelasyonları

Kontrol grubunda yapılan analizler, Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir (Tablo 4.13).

Kontrol grubunda depresyon şizotipal kişilik özellikleri (r=.58, n=30, p<.01) ve üstbilişler (r=.48, n=30, p<.01) ile pozitif ve güçlü korelasyon göstermektedir.

Kontrol grubunda şizotipal kişilik özellikleri üstbilişler ile yüksek korelasyon göstermektedir (r=.75, n=30, p<.01).

Gaf testi skorları, üstbilişlerin kontrol edilemezlik alt boyutu ile negatif, orta büyüklükte korelasyon içindedir (r= -.41, n=30, p<.01).

Gözlerden zihin okuma test skorları ve bilişsel güvensizlik arasında negatif yönde ve orta büyüklükte ilişki olduğu görülmüştür (r=-.37, n=30, p<.01).

4.3.4. Tüm OKB Örnekleminde Ölçek Puanları Korelasyonları

Korelasyon analizi tüm OKB tanılı bireyler dahil edilerek ve Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak yürütülmüştür (Tablo 4.14)

OKB hastalarında OKB ile depresyon (r=.51, n=103, p<.01), şizotipal kişilik özellikleri (r=.41, n=103, p<.01), içgörü (r=.41, n=103, p<.01), gözlerden zihin okuma nötr alt boyutu (r=.20, n=103, p<.05) ve üstbilişler (r=.49, n=103, p<.01) ölçek puanları arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür.

OKB hastalarında şizotipal kişilik özellikleri, içgörü (r=.28, n=103, p<.01) ve üstbilişlerle (r=.66, n=103, p<.01) pozitif korelasyon göstermektedir.

OKB hastalarında içgörü ve şizotipal kişilik özellikleri puanları arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur (r=.20, n=103, p<.05)

OKB hastalarında üstbilişler ve GZOT pozitif duygular arasında negatif korelasyon bulunmaktadır (r= -.25, n=103, p<.01)

Tablo 4. 11: Değişkenler Arası Korelasyonlar (OKB Grubu)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. okb	1																			
2.dep	,49**	1																		
3.skö	,21	,56**	1																	
4. bilalgı	,17	,37**	,78**	1																
5. kisiler	,20	,49**	,82**	,40**	1															
6. dez	,15	,43**	,70**	,47**	,37	1														
7. pozitşiz	,19	,45**	,86**	,92**	,45	,78**	1													
8. icgr	,37**	,12	,23	,28*	,21	,01	,20	1												
9. gaf	-,01	,06	,06	,09	,05	-,01	,06	,01	1											
10. ima	-,02	-,16	-,09	-,11	,04	-,21	-,17	,03	-,07	1										
11. gzot	,08	-,23	-,09	,07	-,19	-,02	,04	,05	,15	,25*	1									
12.gozpoz	-,03	-,18	-,07	,02	-,10	-,03	,00	,04	,04	,27*	,62**	1								
13 gozneg	,02	-,20	-,05	,07	-,09	-,07	,02	,00	,15	,25*	,78**	,26*	1							
14.goznotr	,15	-,14	-,10	,06	-,22	,04	,06	,06	,14	,08	,84**	,32**	,47**	1						
15. übo	,44**	,53**	,48**	,37**	,43**	,28*	,39**	,20	-,00	,06	-,27*	-,29*	-,21	-,15	1					
16.kontrol	,47**	,53**	,47**	,40**	,38**	,35**	,43**	,14	-,00	,12	-,03	-,13	-,03	,05	,77**	1				
17.bilfark	,25*	,30*	,32**	,36**	,18	,18	,34**	,11	,02	-,04	-,24*	-,28*	-,14	-,15	,77**	,54**	1			
18. bilgüv	,18	,35*	,26*	-,02	,41**	,12	,04	-,00	,05	,01	-,31**	-,11	-,27*	-,29*	,51**	,34**	,16	1		
19. olsuz	,56**	,50**	,42**	,36**	,37**	,22	,39	,26*	-,07	-,10	-,22	-,27*	-,16	-,11	,82**	,57**	,56**	,26*	1	
20. oluml	,05	,14	,19	,20	,13	,09	,19**	,19	-,01	-,22	-,18	-,22	-,15	-,06	,60**	,20	,48**	,00	,47**	1

NOT. N=71. p<.05* p<.01* OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEP: Depresyon, SKÖ:Şizotipal Kişilik Ölçeği, bilalgı: bilişsel algısal şizotipi, kişiler:kişiler arası şizotipi, dez: dezorganize şizotipi, pozitşiz:pozitifşizotipi, GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi, gozpoz: GZOT pozitif duygular, gozneg:GZOT negatif duygular, goztnotr:GZOT nötr duygular, ÜBÖ: Üstbilişler Ölçeği, kontrol: düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, bilfark:bilişsel farkındalık, bilgüv:bilişsel güvensizlik, olsuz: olumsuz inançlar, oluml: olumlu inançlar

Tablo 4. 12: Değişkenler Arası Korelasyonlar (OKB+ŞKB Grubu)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. okb	1																			
2.dep	,18	1																		
3.skö	,07	,08	1																	
4. bilalgı	-,09	,01	,73**	1																
5. kisiler	,21	,02	,57**	,02	1															
6. dez	-,03	,10	,70**	,40**	,17	1														
7. pozit	-,08	,05	,85**	,90**	,10	,76**	1													
8. icgr	,34	,01	-,05	-,11	,13	-,12	-,14	1												
9. gaf	-,03	,10	-,06	,06	-,01	-,13	-,02	,02	1											
10. ima	-,25	-,07	-,45	-,27	-,48**	-,13	-,26	-,16	,26	1										
11. gzot	,00	-,46**	-,01	,18	-,18	-,07	,09	,12	-,16	-,02	1									
12.gozpoz	,09	-,60**	-,19	-,08	-,09	-,17	-,14	,17	-,11	-,11	,66**	1								
13 gozneg	-,20	-,17	,08	,25	-,24	-,04	,20	,05	,03	,15	,68**	,12	1							
14.goznotr	,12	-,31	,02	,16	-,07	-,06	,08	,06	-,27	-,11	,84**	,48**	,32	1						
15. übo	-,00	,48**	,30	,33	,03	,17	,31	-,18	-,06	-,09	-,06	-,43*	,21	-,02	1					
16.kontrol	,26	,48**	,11	,20	-,20	,18	,23	,00	-,00	-,03	,06	-,21	,15	,12	,72**	1				
17.bilfark	-,11	,17	,48**	,50**	,24	,19	,44*	-,30	-,21	-,34	,09	-,10	,12	,14	,54**	,27	1			
18. bilgüv	,07	,45**	-,14	-,17	-,21	,04	-,10	,07	,01	.11	-,34	-,38*	-,10	-,30	,37*	,24	-,34	1		
19. olsuz	-,11	,17	,31	,50**	,09	,09	,40*	-,25	,15	.14	,14	-,23	,28	,17	,65**	,52**	,60**	-,19	1	
20. olum	-,09	,17	,27	,20	,22	,08	,18	-,15	-,09	-,17	,01	-,30	,26	-,01	,79**	,37*	,43**	,08	,45*	1

NOT: N=32. p<.05* p<.01* OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEP: Depresyon, SKÖ:Şizotipal Kişilik Ölçeği, bilalgı: bilişsel algısal şizotipi, kişiler:kişiler arası şizotipi, dez: dezorganize şizotipi, pozitşiz:pozitifşizotipi, GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi, gozpoz: GZOT pozitif duygular, gozneg:GZOT negatif duygular, goztnotr:GZOT nötr duygular, ÜBÖ: Üstbilişler Ölçeği, kontrol: düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, bilfark:bilişsel farkındalık, bilgüv:bilişsel güvensizlik, olsuz: olumsuz inançlar, oluml: olumlu inançlar

Tablo 4. 13: Kontrol Grubu Korelasyon Tablosu

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. okb	1																		
2.dep	,09	1																	
3.skö	-,13	,58**	1																
4. bilalgı	,04	,47**	,86**	1															
5. kisiler	-,24	,64**	,88**	,62**	1														
6. dez	-,14	,36	,69**	,40*	,56**	1													
7. pozit	-,01	,50**	,94**	,94**	,70**	,68**	1												
8. gaf	-,19	-,24	-,26	-,34	-,20	-,05	-,29	1											
9. ima	-,06	,27	,22	,23	,18	,06	,21	,12	1										
10. gzot	-,12	-,27	-,04	-,01	-,02	-,18	-,07	-,09	,36	1									
11.gozpoz	,09	-,17	-,05	,13	-,14	-,26	,01	-,26	,31	,70**	1								
12 gozneg	-,16	-,18	,07	,11	,03	-,02	,08	,04	,34	,83**	,49**	1							
13.goznotr	-,19	-,25	-,10	-,20	,05	-,14	-,21	-,01	,21	,79**	,22	,51**	1						
14. übo	-,08	,48**	,75**	,71**	,56**	-,49**	,74**	-,04	,31	,26	-,20	-,13	-,27	1					
15.kontrol	,31	,55**	,63**	,65**	,47**	,38**	,65**	-,41**	,26	,08	,13	-,01	-,25	,68**	1				
16.bilfark	-,25	-,01	,46**	,52**	,29	,12	,46*	,19	,21	,00	-,03	,14	-,07	,66**	,19	1			
17. bilgüv	-,19	,28	,38*	,23	,27	,48**	,36*	,16	,19	-,37*	-,34	-,30	-,23	,69**	,24	,24	1		
18. olsuz	,04	,47**	,64**	,70**	,49**	,30	,67**	-,22	,11	-,24	-,15	-,09	-,28	,73**	,71**	,46*	,18		
19. olum	-,22	,45*	,62**	,54**	,50**	,39*	,57**	,08	,27	-,22	-,30	-,15	-,09	,80**	,27	,60**	,56**	,44*	1

NOT. N=30. p<.05* p<.01* OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEP: Depresyon, SKÖ:Şizotipal Kişilik Ölçeği, bilalgı: bilişsel algısal şizotipi, kişiler:kişiler arası şizotipi, dez: dezorganize şizotipi, pozitşiz:pozitifşizotipi, GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi, gozpoz: GZOT pozitif duygular, gozneg:GZOT negatif duygular, goztnotr:GZOT nötr duygular, ÜBÖ: Üstbilişler Ölçeği, kontrol: düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, bilfark:bilişsel farkındalık, bilgüv:bilişsel güvensizlik, olsuz: olumsuz inançlar, oluml: olumlu inançlar

Tablo 4. 14. Tüm OKB örnekleminde korelasyon tablosu

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. okb	1																			
2.dep	,51**	1																		
3.skö	,41**	,62**	1																	
4. bilalgı	,33**	,49**	,86**	1																
5. kisiler	,40**	,57**	,89**	,61**	1															
6. dez	34**	,55**	,84**	,68**	,63**	1														
7. pozitşiz	,36**	,55	,93**	,95**	,67**	,88**	1													
8. icgr	,41**	,19	,28**	,27**	,30**	,14	,24**	1												
9. gaf	,02	,11	,10	,13	,10	,037	,10	,04	1											
10. ima	-,06	-,11	-,11	-,12	-,04	-,13	-,14	-,03	,03	1										
11. gzot	,09	-,22*	,01	,13	-,08	,03	,10	,09	,07	,16	1									
12.gozpoz	,01	-,26*	-,03	,02	-,04	-,02	,00	,09	,00	,15	,64**	1								
13 gozneg	-,04	-,19*	-,05	,06	-,12	-,06	,01	,01	,11	,22*	,74	,22*	1							
14.goznotr	,20*	-,07	,09	,18	-,01	,13	,17	,10	,05	,02	,84**	,37**	,41**	1						
15. übo	,49**	,64**	,66**	,57**	,59**	,53**	,60**	,20*	,04	,06	-,13	-,25*	-,12	-,00	1					
16.kontrol	,54**	,62**	,60**	,53**	,51**	,52**	,57**	,20*	,05	,07	,03	-,10	-,01	,14	,82**	1				
17.bilfark	,,29**	,38**	,48**	,50**	,36**	,36**	,49**	,07	,01	-,12	-,11	-,21*	-,08	-,00	,76**	,57**	1			
18. bilgüv	,25**	,47**	,33**	,14	,39**	,28**	,21	,10	,07	,04	-,28**	-,17	-,22*	-,22*	,55**	,40**	,12	1		
19. olsuz	,57**	,58**	,64**	,60**	,58**	,50**	,60**	,24*	,04	-,03	-,07	-,19	-,08	,06	,85**	,68**	,63--	,30**	1	
20. oluml	,13	,28**	,35**	,34**	,30**	,26**	,33**	,12	-,01	-,20*	-,08	-,22*	-,02	,01	,68**	,34**	,51**	,12	,52**	1

NOT. N=103. p<.05* p<.01* OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEP: Depresyon, SKÖ:Şizotipal Kişilik Ölçeği, bilalgı: bilişsel algısal şizotipi, kişiler:kişiler arası şizotipi, dez: dezorganize şizotipi, pozitşiz:pozitifşizotipi, GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi, gozpoz: GZOT pozitif duygular, gozneg:GZOT negatif duygular, goztnotr:GZOT nötr duygular, ÜBÖ: Üstbilişler Ölçeği, kontrol: düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, bilfark:bilişsel farkındalık, bilgüv:bilişsel güvensizlik, olsuz: olumsuz inançlar, oluml: olumlu inançlar

4.5. ZİHİN KURAMI, ÜSTBİLİŞLER VE İÇGÖRÜ DEĞİŞKENLERİNİN YORDANMASI

OKB ve ŞKÖ puanlarının zihin kuramı, üstbilişler ve içgörü puanlarını yordayıp yordamadığı, depresyon puanları kontrol altında tutularak, hiyerarşik regresyon analizi yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizleri örneklemdeki OKB tanısı almış tüm bireyler dâhil edilerek gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizleri gerçekleştirilmeden öncül analizler normallik, doğrusallık, çoklu ortak doğrusallık ve eş varsayımlarının ihlal edilmediğini görmek için yürütülmüştür.

4.5.1. GZOT Puanlarını Yordayan Değişkenler

Hiyerarşik çoklu regresyon depresyonun etkisi kontrol altına alındıktan sonra, OKB ve şizotipal belirtilerin GZOT puanlarını yordama yetisini değerlendirmek için kullanılmıştır. Depresyon değişkeni ilk adımda girilmiş ve bu değişken, GZOT puanlarındaki varyansın %5'ini açıklamıştır. İkinci adımda, OKB ve ŞKÖ puanları girilmiş ve bir bütün olarak tüm model tarafından açıklanan varyans %13 olarak bulunmuştur $F(3,99)=5.03$, $p<.01$. Depresyon kontrol altında tutulduktan sonra OKB puanı GZOT puanlarındaki varyansın %8'ini açıklamıştır. *R* kare değişim=.08, *F* değişim (2,99)=4,85., $p< .01$.Nihai modelde, kontrol değişkeni olan depresyon ve OKB puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. OKB ölçeğinin beta değeri (*beta*=,26, p<.05). (Tablo 4.15)

Tablo 4. 15: GZOT puanlarını yordayan değişkenler

	B	**SH**	***ß***	***T***
Sabit	19,93	1,20		16,56**
Depresyon	-,16	,04	-,48	-3,74**
ŞKÖ	,05	,03	,21	1,75
OKB	,13	,05	,25	2,33*

NOT: *p<.05, **p<.01 ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği, OKB: Yale Brown OKB Ölçeği

4.5.2. İma Puanlarını Yordayan Değişkenler

Hiyerarşik çoklu regresyon depresyonun etkisi kontrol altına alındıktan sonra, OKB ve şizotipal belirtilerin İmayı Anlama toplam puanlarını yordama yetisini değerlendirmek için kullanılmıştır. Depresyon değişkeni ilk adımda girilmiş ve bu değişkenin imayı anlama puanlarındaki varyansa anlamlı ölçüde katkıda bulunmadığı görülmüştür. İkinci adımda, OKB ve ŞKÖ puanları girilmiş ve bir bütün olarak model anlamlı bulunmamıştır $F(3,99)=0.53$, $p>.05$.

4.5.3. Gaf Puanlarını Yordayan Değişkenler

Hiyerarşik çoklu regresyon depresyonun etkisi kontrol altına alındıktan sonra, OKB ve şizotipal belirtilerin Gaf Testi toplam puanlarını yordama yetisini değerlendirmek için kullanılmıştır. Depresyon değişkeni ilk adımda girilmiş ve bu değişkenin imayı anlama puanlarındaki varyansa anlamlı ölçüde katkıda bulunmadığı görülmüştür. İkinci adımda, OKB ve ŞKÖ puanları girilmiş ve bir bütün olarak model anlamlı bulunmamıştır $F(3,99)=0.59$, $p>.05$.

4.5.2. Üstbilişler puanlarını yordayan değişkenler

Hiyerarşik çoklu regresyon depresyonun etkisi kontrol altına alındıktan sonra, OKB ve şizotipal belirtilerin üstbilişler puanlarını yordama yetisini değerlendirmek için kullanılmıştır. Depresyon değişkeni ilk adımda girilmiş ve bu değişken, üstbilişlerdeki varyansın %41'ini açıklamıştır. İkinci adımda, OKB ve ŞKÖ puanları girilmiş ve bir bütün olarak tüm model tarafından açıklanan varyans %54 olarak bulunmuştur $F(3,99)=39.20$, $p<.01$. Depresyon kontrol altında tutulduktan sonra OKB ve ŞKÖ puanları üstbilişlerdeki varyansın %14'ünü açıklamıştır. *R* kare değişim=.13 *F* değişim (2,99)=13,97., $p< .01$.Nihai modelde, kontrol değişkeni olan depresyon ile ŞKÖ ve OKB puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. OKB ölçeğinin beta değeri (*beta*=,17, p<.05), ŞKÖ ölçeği beta değerinden (*beta*=,39, p<.01) daha küçüktür.. (Tablo 4.15)

Tablo 4. 16: Üstbilişleri Yordayan Değişkenler

	B	**SH**	***ß***	***t***
Sabit	40,35	3,85		10,46**
Depresyon	,45	,13	,30	3,23**
ŞKÖ	,45	,10	,39	4,50**
OKB	,40	,18	,17	2,17*

NOT: *p<.05, **p<.01 ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği, OKB: Yale Brown OKB Ölçeği

4.5.3. İçgörü puanlarını yordayan değişkenler

Hiyerarşik çoklu regresyon depresyonun etkisi kontrol altına alındıktan sonra, OKB ve şizotipal belirtilerin içgörü puanlarını yordama yetisini değerlendirmek için kullanılmıştır. Depresyon değişkeni ilk adımda girilmiş ve bu değişkenin içgörü puanlarındaki varyansı anlamlı derecede yordamadığı görülmüştür. İkinci adımda, OKB ve ŞKÖ puanları girilmiş ve bir bütün olarak tüm model tarafından açıklanan varyans %17 olarak bulunmuştur $F(2,99)=9.79$, $p<.01$. Modele anlamlı katkıda bulunan tek değişkenin OKB olduğu görülmüştür. OKB ölçeğinin beta değeri (*beta*=,20, p<.05)

Tablo 4. 17: İçgörü puanlarını yordayan değişkenler

	B	**SH**	***ß***	***T***
Sabit				-,84
Depresyon	-,06	,05	-,15	-1,18
ŞKÖ	,06	,03	,20	1,79
OKB	,25	,06	,40	3,78*

NOT: *p<.05, **p<.01 ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği, OKB: Yale Brown OKB Ölçeği

4.6. GRUP ÜYELİĞİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER

Gruplararası kıyaslama analizlerinde saptanan farklılıkların ardından test puanlarının bireylerin grup üyeliklerini ayırt edici özelliğe sahip olup olmadıklarını belirleyebilmek amacıyla multinominal lojistik regresyon analizleri yapılmıştır. İçgörü değişkeni yalnızca OKB grupları için ölçümlendiğinden, bu değişken için ikili (binary) lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizleri yapılmadan önce varsayımların sağlanıp sağlanmadığı kontrol edilmiştir.

4.6.1. Zihin Kuramı ve Üstbilişler Testlerinin Grup Üyeliğini Yordayıcılığı

Multinominal regresyon analizi, GZOT, ima, gaf, üstbilişler ve depresyon testlerinden alınan puanların grup üyeliğini yordayıcılığını test etmek için yürütülmüştür ve bu değişkenlerin grup üyeliği üzerinde anlamlı etkileri olduğu görülmüştür (χ^2=85 , df=10 , p<.01, Nagelkerke R^2 = .54). Kontrol grubu referans alınarak sonuçlar yorumlanmıştır. OKB grubunu kontrol grubundan ayıran tek anlamlı değişken ima puanı olmuştur (B = –0.403, p = .014, OR = 0.668). OKB+ŞKB grubunu kontrol grubundan ayıran değişkenler ise üstbilişler (B = 0.109, p = .001, OR = 1.115 ve depresyon (B = 0.151, p = .002, OR = 1.163) olmuştur. OKB grubu kontrol grubuna göre daha düşük ima puanlarına, OKB+ŞKB grubu kontrol grubuna göre daha olumsuz üstbilişlere ve daha yüksek depresyon düzeyine sahiptir. Sonuçlar OKB grubu referans alınarak tekrar yorumlanmıştır. OKB+ŞKB grubunu OKB grubundan ayıran değişkenler üstbilişler (B = 0.077, p = .003, OR = 1.08), GZOT (B = 0.196, p = .021, OR = 1.22) ve depresyon (B = 0.090, p = .010, OR = 1.09) olmuştur. OKB+ŞKB grubunun, OKB grubuna göre, daha olumsuz üstbilişsel inançlar, daha iyi zihin okuma becerileri ve daha yüksek depresyon düzeylerine sahip olduğu görülmektedir.

Multinominal regresyon analizi, aynı değişkenlerle, bu kez depresyon etkisi kontrol edilmeden tekrar yürütülmüştür ve bu değişkenlerin grup üzerinde anlamlı etkileri olduğu görülmüştür (χ^2=73 , df=8 , p<.01, Nagelkerke R^2 = .49). Kontrol grubu referans alınarak sonuçlar yorumlanmıştır. OKB grubu kontrol grubundan üstbilişler (B = 0.045, p = .01, OR = 1.04) ve ima puanları (B = -0.39, p = .01, OR = 0.68) açısından anlamlı olarak ayrılmıştır. OKB grubunda olumsuz üstbilişler puanı daha yüksek, imayı anlama puanları daha düşüktür. OKB+ŞKB grubu, kontrol grubundan aynı şekilde üstbilişler (B = 0.15, p = .00, OR = 1.17) ve ima puanları (B = -0.37, p = .04, OR = 0.69) açısından ayrılmıştır. Özellikle üstbilişler puanında güçlü bir anlamlılık elde edilmiştir, üstbilişlerdeki yükselme OKB+ŞKB grubunda olma olasılığını %17 arttırmaktadır. Sonuçlar OKB grubu referans alınarak tekrar yorumlanmıştır. OKB grubu OKB+ŞKB grubundan üstbilişler (B = 0.11, p = .00, OR = 1.11) açısından farklılaşmıştır. Üstbiliş Ölçeği puanları arttıkça, OKB+ŞKB grubunda olma olasılığı %11 artmaktadır. OKB grubu sağlıklı gruptan üstbilişler (B = -0.04, p = .01, OR = 0.95) ve imayı anlama (B = 0.39, p = .01, OR = 1.47) puanları açısından ayrışmaktadır. Üstbiliş puanı arttıkça

sağlıklı grupta olma ihtimali azalmakta, ima puanı arttıkça sağlıklı grupta olma olasılığı artmaktadır.

4.6.2. İçgörü Puanlarının Grup Üyeliğini Yordayıcılığı

İkili lojistik regresyon, katılımcıların içgörünün komorbiditeye etkisini değerlendirmek için yürütülmüştür. Model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2=6 , df=8 , p<.05, Nagelkerke R^2 = .08). İçgörü puanı arttıkça OKB+ŞKB grubunda yer alma olasılığı anlamlı şekilde artmaktadır (OR=1.117, p=.016). Her bir birim içgörü puanı artışı, OKB+ŞKB grubunda olma olasılığını yaklaşık %11.7 oranında artırmaktadır.

4.6.3. Üstbilişler Ölçeğinin Alt Boyutlarının Grup Üyeliğini Yordayıcılığı

Multinominal regresyon analizi üstbilişlerin alt boyutlarının grup üzerindeki yordayıcı etkisini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür ve grup üzerinde anlamlı etkileri olduğu görülmüştür (χ^2=83 , df=10 , p<.01, Nagelkerke R^2 = .53) . Kontrol grubu referans alınarak sonuçlar yorumlanmıştır. OKB grubu sağlıklı gruptan yalnızca düşünceyi kontrol ihtiyacı alt boyutunda (B = 0.15, p = .02, OR = 1.17) ayrıştırmaktadır. OKB+ŞKB grubu ise sağlıklılardan hem olumsuz inançlar (B = 0.39, p = .00, OR = 1.48) hem de düşünceleri kontrol ihtiyacı (B = 0.23, p = .02, OR = 1.26) alt boyutları açısından ayrışmaktadır. OKB grubu referans alınarak sonuçlar tekrar yorumlandığında OKB grubunun OKB+ŞKB grubundan olumsuz inançlar (B = 0.30, p = .00, OR = 1.35) alt boyutu açısından farklılaştığı görülmektedir. OKB+ŞKB grubunu, OKB grubuna göre daha fazla olumsuz üstbilişsel inanç bildirmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmada obsesif kompulsif bozuklukta şizotipal özelliklerin zihin kuramı becerilerinde farklılaşmaya sebep olup olmadığı araştırılmıştır. Analizler depresyon puanları kontrol edilmeden yapıldığında, GZOT toplam puan açısından gruplar arası farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte GZOT negatif duygular alt boyutunda kontrol grubu, OKB ve OKB+ŞKB'ye göre daha yüksek puan almıştır. Bu durum, OKB hastalarının negatif duyguların bilinçli ya da bilinçsiz olarak bastırma eğiliminde olabilecekleri ihtimalini akla getirmektedir. Depresyon puanları kontrol edilerek yapılan analizler sonucunda ise, GZOT toplam puanları açısından, OKB+ŞKB grubunun OKB grubundan daha yüksek puanlar aldığı saptanmış, OKB grubunun GZOT puanları açısından sağlıklı örneklemden farklılaşmadığı görülmüştür. Bu farklılık ölçeğin nötr duygular alt boyutundan kaynaklanmıştır. Bu bulgu depresyonun zihin kuramı becerilerini etkilediği (13) ve gruplararası depresyon skorlarındaki farklılıklar dikkate alınmadan değerlendirilen sonuçların yanıltıcı olabileceğini işaret ediyor olabilir. Depresyon puanları kontrol edilmeden elde edilen sonuçlarda OKB'ler negatif duygular alt boyutundan kontrol grubundan daha düşük sonuçlar almış gibi görünürken, depresyon kontrol edildiğinde bu farklılık ortadan kaybolmuştur. Olumsuz bakışları/duyguları tanıyamama eğilimi OKB hastalarında, OKB'den ziyade depresyonla ilgili olabilir. Yapılan güncel bir araştırma da üstbilişsel inançların düşünceleri bastırma yoluyla OKB semptomlarını etkilediğini, ancak bizim bulgumuzla uyumlu olabilecek şekilde depresif belirtiler hesaba katıldığında, olumsuzu bastırma etkisinin kaybolduğunu saptamıştır. Çalışmada kaçınma ve bastırmanın depresif semptomlar aracılığıyla OKB belirtilerine etki ettiği belirtilmektedir (169). Bu bulgu, hem depresyonun etkisi kontrol altına alındığında OKB grubunun negatif duyguları bulmadaki zorluluğunun kaybolması bulgusuyla hem de bu durumun negatif duyguları bastırma eğilimiyle ortaya çıktığı yorumuyla paralel görünmektedir. Ayrıca çalışmamızda, depresif belirtiler ortadan kalktığında OKB+ŞKB grubu nötr duyguları OKB ve kontrol gruplarından daha iyi tanıyor gibi görünmektedir. Bu durum, OKB+ŞKB grubundaki bireylerin, olumlu ya da olumsuz olanlara göre daha belirsiz olan nötr duyguları, belirsiz ya da açık olmayan ifadeleri tehdit olarak algılayabilecekleri için daha dikkatle inceledikleri anlamına geliyor

olabilir. Bu bulgu ŞKB'de gözlenen aşırı zihinselleştirme (hipermentalizasyon) ile ilgili olabilir (170).

Zihin kuramı becerisi, imayı anlama testi puanları açısından incelendiğinde, depresyon puanları kontrol edilmeden yapılan analizlerde, kontrol grubu puanlarının OKB ve OKB+ŞKB gruplarından daha yüksek olduğu görülmüş, OKB ve OKB+ŞKB grupları birbirinden farklılaşmamıştır. Kontrol grubunun ima testinden OKB'ye göre daha yüksek puan alması literatürle uyumlu bir bulgudur (108). Analiz, depresyon puanları kontrol edilerek tekrarlandığında, bu kez kontrol grubu ve OKB arasındaki farklılık devam ederken, kontrol grubu ile OKB+ŞKB grubu arasındaki farklılık kaybolmuştur. Bu durum, OKB+ŞKB grubunun depresyon puanları kontrol edildiğinde, imayı anlama becerisi açısından, kontrol grubu ve OKB arasında bir yerde kaldığını göstermektedir. Analiz sonuçlarına bakıldığında, OKB grubunda ima ile ilgili sosyal bilişte bir bozulma olduğu düşünülmektedir. OKB'deki aşırı literal anlama eğilimi, katı düşünce kalıpları, bilişsel esnekliğin eksik olması, sosyal bağlamı esnek kullanamama gibi özellikler imayı anlama performanslarını etkiliyor olabilir. Diğer taraftan, burada gözden kaçırılmaması gereken nokta, OKB'ler kontrollerden daha düşük performans gösterirken, OKB+ŞKB'nin her iki gruptan farklılaşmaması, bu hali ile ima testi performansında azalmanın daha çok OKB'den kaynaklı bir durum olabileceğidir. OKB+ŞKB grubu, ZK açısından heterojen bir profile sahip olabilir ve depresyonun etkisiyle kırılgan bir hale geliyor olabilir. Bu grupta şizotipal özellikler ZK becerilerini depresif semptomlar arttığında etkiliyor olabilir. Nitekim OKB grubu ile yapılan korelasyon analizinde, herhangi bir ZK testi ile depresyon arasında ilişki bulunmazken, OKB+ŞKB grubunda depresyon ve ZK becerilerinden birini ölçen GZOT skorları arasında korelasyon bulunmuştur. Depresyon kontrol edildiğinde depresyonun sosyal bilişi gölgeleme etkisi ortadan kalksa da bu grup yine de OKB'lerden ayrışacak kadar kontrol grubuna yakın bir performans sergilememiştir. OKB+ŞKB grubundaki depresyon etkisi ortadan kalktığında OKB kadar bozulmamış gibi görünen ZK, şizotipal özelliklerden biri olan şüphecilikle de ilişki olabilir. Bu şüphecilik ima testi bağlamında aşırı zihinselleştime ile bir avantaja dönüşmüş olabilir.

Pot kırma testi açısından gruplar arasında bir farklılık bulunmamıştır. OKB ya da şizotipal özelliklerle ilgili yapılan çalışmalarda pot kırma testinde ilişki bulmayan araştırmalar mevcuttur (108,110). Bu test, bir durumun sosyal bağlamdaki

uygunsuzluğunu fark edebilmek, olayın neden gaf olabildiğini tespit edebilmek, başkasının duygusunu anlayabilmekle ilgilidir (95). Sosyal normlarla ilgili bilgi sahibi olmayı gerektirir. Testte sosyal normların ihlali söz konusudur. OKB ve OKB+ŞKB gruplarında ZK ile ilgili bu beceri korunmuş görünmektedir. OKB hastalarının toplumsal normlara duyarlı olması bu testte sağlıklı kişilerle benzer performans sergilemelerini sağlamış olabilir.

Özetlenecek olursa, pot kırma testi için gruplar arası fark yoktur. İma testi için OKB grubu sağlıklara göre daha düşük puanlar almıştır; OKB+ŞKB grubu ne kontrollerden farkılaşacak kadar düşük ne de OKB'lerden farklılaşabilecek kadar yüksek puanlar almışlardır. GZOT için ise, OKB+ŞKB grubu OKB grubundan daha yüksek puanlar almıştır, farklılık nötr duygularla ilgili alt boyuttan kaynaklanmaktadır. OKB ve ZK arasında literatür bulguları çelişkilidir. Bazı araştırmalarda sağlıklı grup ve OKB arasında zihin kuramı becerileri açısından farklılık bulunmadığı, bazı araştırmalarda OKB'de sağlıklı örnekleme kıyasla bozulma olduğunu bildirilmiştir (108). Şizotipi için de benzer bir durum söz konusudur. Literatürde şizotipi ve ZK açısından mevcut olan çelişkili bulgular, şizotipi ve ZK arasında ilişki bulunamadığı ya da ilişkinin negatif olduğu yönündedir (110). OKB ve şizotipiyi birlikte, zihin kuramı açısından ele alan tek bir çalışmada OKB hastalarında ŞKÖ ve GZOT puanları arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Bu anlamda OKB+ŞKB grubunun GZOT skorlarının daha yüksek olması literatürle çelişen bir bulgu gibi görünmektedir. Öte yandan, OKB+ŞKB olan kişilere ZK testleri uygulanarak gerçekleştirilen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple elde edilen bulgu, çelişkiden ziyade daha fazla araştırılması gereken bir hasta grubuna (OKB+ŞKB) işaret ediyor olabilir. Bir başka çıkarım, ZK becerilerinin tüm alt boyutlarının birlikte, aynı şekilde etkilenmiyor olabileceği yönündedir. Örneğin, OKB grubunda görülen ima testindeki düşük performans, bu gruptaki ZK becerilerindeki olası etkilenmenin bilişsel katılıkla ilgili olabileceğini düşündürmektedir, öte yandan sosyal normlarla ilgili çıkarım korunmuş gibi görünmektedir. OKB+ŞKB grubuna dair bulgular ise daha karmaşık görünmektedir, bu grupta depresif belirtiler sosyal bilişi maskeliyor olabilir. Depresyon ve ZK arasındaki ilişkiyi inceleyen bir metaanaliz çalışması, depresyonda ZK becerilerinin bozulduğunu, ZK becerilerinin depresyon şiddeti ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu belirtmektedir (171). Çalışmamızda depresyon etkisi kontrol ettiğinde analiz sonuçlarının farklılaşması bu ilişkinin bir yansıması olabilir. Depresyonun şiddeti ZK sonuçlarını etkilediğinden, bu etki kontrol edildiğinde grupların

kendi ZK profilleri daha saf şekilde ortaya çıkmış olabilir. Öte yandan, bu grubun sağlıklı gruptan ya da OKB grubundan ayrışamaması heterojen bir grup olduğuna ve/veya ZK kapasitesinin bağlama göre değişkenlik gösterebileceğini gösteriyor olabilir. ZK ve şizotipi arasında bir ilişki bulamayan bazı araştırmacılar, sosyal bilişlerdeki bozulmanın sözel bellek, dikkat gibi başka bilişsel faktörlerden kaynaklanabileceğini önermişlerdir (112).

Çalışmamızda görülen gruplar arasındaki farklılık ve OKB+ŞKB grubunun OKB grubuna göre daha olumlu performans sergiliyor gibi görünmeleri aslında başka bir faktörden kaynaklanan bir etki olabilir. Bu grupla ilgili aşırı zihinselleştirmeyle ilgili yapılacak araştırmalar da bu çelişkili gibi görünen bulguyu anlamlandırmaya yardımcı olabilir. Bu sonuçlar, OKB+ŞKB grubunun artmış içsel farkındalığına işaret ediyor olabilir. Bu durumda üstbilişlerle ilgili değerlendirmeler de önem kazanmaktadır.

Çalışmamızda incelediğimiz bir diğer alan ise üst bilişler ile üst bilişlerin OKB, OKB+ŞKB ve zihin kuramı ilişkisidir. Teorik tanımları açısından düşünüldüğünde, aralarında bir ilişki bulunması beklenen üstbilişler ve zihin kuramı becerileri arasındaki ilişki çok az araştırmada ele alınmıştır (103,172). Daha önce aynı ölçüm araçları kullanılarak yapılan iki araştırmada da GZOT ve üstbilişsel inançlar arasında korelasyon bulunamamıştır (128). Diğer taraftan, bizim çalışmamızda bu değişkenler aralarındaki ilişki açısından değerlendirilmiş ve OKB ve OKB+ŞKB örneklemlerinde, üstbilişler ile GZOT puanları arasında ilişki olduğu görülmüştür. Üstbilişler ile ZK'nın GZOT ile ilişki saptanmışken diğer skorları arasında ilişki bulunmaması ise örneklem küçüklüğünden kaynaklanmış olabilir. Bir diğer ihtimal ise, üstbilişlerin yalnızca ZK'nın sosyal algısal yönü ile ilişkili olabileceğidir.

Üstbilişler açısından gruplar arası farklar incelendiğinde, hem üç grubun birbirinden farklılaştığı hem de depresyon puanları kontrol edilse de farklılıkların korunduğu görülmüştür. OKB grubunda, kontrol grubuna kıyasla üstbilişlerde bozulmalar anlamlı derecede daha yüksek, ŞKB+OKB grubunda ise OKB grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bozulma olduğu bariz bir şekilde görülmektedir. Olumsuz üst bilişsel inançlar açısından en yüksek puanı OKB+ŞKB grubu, en düşük puanı kontrol grubu almıştır. Alt boyutlarına bakıldığında, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı alt boyutunda OKB ve OKB+ŞKB grubu birbirlerinden farklılaşmamışlardır ve kontrol grubundan daha olumsuz üstbilişlere sahip oldukları anlaşılmaktadır. Bilişsel

farkındalık alt boyutunda da benzer şekilde OKB ve OKB+ŞKB grupları birbirinden farklılaşmazken, kontrol grubunun daha olumlu üstbilişlere sahip olduğu görülmektedir. Özetle, OKB ve OKB+ŞKB grubu olumsuz üstbilişler alt boyutunda birbirlerinden farklılaşmaktadır ve OKB+ŞKB grubu skorları üstbilişlerdeki ciddi bozulmaya işaret etmektedir. OKB'de üstbilişlerdeki bozulmanın, hastalığın şiddetini yordadığı güncel çalışmalarda da desteklenmektedir (173). Bu doğrultuda, OKB+ŞKB grubunun hastalık belirtilerini de daha şiddetli yaşamaları, üstbilişlerdeki daha fazla bozulmayla da uyumlu görünmektedir. Bulgulara bakıldığında, olumsuz üstbilişsel inançların OKB grupları arasında farklılaşmada ayırıcı bir rolü var gibi görünmektedir. Olumsuz üst bilişsel inançlar, büyüsel düşünce ile ilişkili olabilir (174), bu anlamda OKB+ŞKB grubunda artmış olması beklendik bir sonuç olarak değerlendirilebilir ve klinik farklılaşma için önemli bir değişken gibi görünmektedir. Üstbilişsel inançlar, sosyal bilişsel ipuçlarının nasıl işlendiğini, neyin bastırılmaya çalışacağını ya da neyin tehdit olarak algılanacağını şekillendirebilir. Bu nedenle, üstbilişler ve ZK arasındaki etkileşimi anlamaya çalışan araştırmalar önemli olabilir. Bu çalışmada OKB grubunun negatif duyguları tanıyamama, OKB+ŞKB grubunun ise nötr duyguları belirsiz bulmalarından dolayı daha dikkatle inceleme eğiliminde olabilecekleri düşünülmüştür. Üstbilişler toplam puanı ve olumsuz üstbilişler alt boyutu ise OKB gruplarında anlamlı olarak farklıydı. Düşüncelerin kontrol edilemeyeceği ya da tehlikeli olduğu yönündeki olumsuz üstbilişler OKB'de depresyonun da etkisiyle negatif yüz ifadelerini bastırma, OKB+ŞKB'de ise olumlu ya da olumsuz duygulara nazaran daha belirsiz olarak değerlendirilebilecek nötr duygulara daha fazla dikkat etme durumuyla etkiliyor olabilir. Benzer şekilde, OKB+ŞKB grubunun ima testinden OKB grubu kadar düşük puan almamaları, bu grupta daha da şiddetli olan olumsuz üstbilişsel inançlarla ilgili olan düşünceyi kontrol etme çabasından kaynaklanıyor olabilir. Kendi içsel süreçlerindeki düşünceyi kontrol etme çabaları, sosyal durumlardaki bilişsel analizler için de aşırı anlam yükleme, örtük anlam arama gibi belirtilere yol açarak imayı anlama gibi testlerde sanki avantajlıymış gibi görünmelerini sağlıyor olabilir.

Lojistik regresyon analizleri değerlendirildiğinde, daha yüksek düzeyde olumsuz üstbilişler inançlar, daha olumlu düzeyde gözlerden zihin okuma testi performansı ve daha yüksek düzeyde depresyon kişilerin OKB grubuna kıyasla, OKB+ŞKB grubunda bulunma olasılığını arttırmaktadır. Bu durum, OKB+ŞKB komorbiditesinin, kişilerin

hem içsel deneyimlere yönelik düşüncelerin tehlikeli olduğu, kontrol edilmesi gerektiği gibi bilişsel değerlendirmelerini hem de olumsuz duygu durumlarını artırabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda, OKB+ŞKB grubunun gözlerden zihin okuma görevinde daha yüksek performans göstermeleri, artmış zihinsel uyarılabilirlik ve çevresel ipuçlarına aşırı hassasiyetleriyle ilişkili olabilir. Bu durum işlevsellikle ilgili avantaj sağlayan bir durumdan ziyade şüphecilik ile ilgili olabilir.

Bu bulgu, şizotipal özellikler gösteren OKB hastalarının, sadece OKB tanısına sahip gruba göre daha farklı bilişsel özelliklere sahip olduğunu gösteriyor olabilir. Sağlıklı gruba göre, imayı anlamada bozulma puanlarının düşmesi OKB grubunda bulunma olasılığını arttırmaktadır. Bu da imayı anlama becerilerinin OKB için bir kırılganlık olduğunu gösteriyor olabilir.

Gruplar içgörü açısından kıyaslandığında, OKB+ŞKB grubunun OKB grubuna kıyasla daha düşük içgörüye sahip oldukları görülmüştür. Bu literatürle uyumlu bir bulgudur (12). Korelasyon analizlerine bakıldığında, OKB'de içgörü ve üstbilişler ölçeği arasında düşük ancak anlamlı ve pozitif korelasyon görülmektedir. Yapılan analiz sonuçlarından, aradaki ilişkinin nedensellikle ilişkisi olup olmadığına dair yorum yapılamasa da üstbilişlerdeki bozulma arttıkça, içgörünün azaldığı anlaşılmaktadır.

Çalışmalar, üstbilişlerdeki bozulmaların şizotipal kişilik özellikleri gösteren bireylerde zayıflamış psikotik özelliklerle ilişkili olduğunu, ancak ZK için sonuçların karmaşık olduğunu belirtmektedir (175). Bu çalışmanın sonuçları da üstbilişler için net bir sonuç ortaya koyarken, ZK için benzer bir netlik sunmamaktadır.

Korelasyon analizlerine bakıldığında, OKB grubunda OKB ile içgörü ve üstbilişler arasında korelasyon görülürken, ŞKB+OKB grubunda OKB hiçbir değişkenle ilişkili bulunmamıştır. Bunun bir sebebi, örneklem küçüklüğü olabilir. Bu sebeple araştırmanın daha büyük örneklemlerle tekrarlanması daha güvenilir çıkarımlar yapabilmek için kritik önem taşımaktadır. Diğer bir gerekçe ise, OKB+ŞKB birleştiğinde kendi başına değerlendirilmesi gereken farklı bir yapı olarak ortaya çıktığından (12), OKB'yi açıklayan kavramlar, OKB+ŞKB'yi açıklayamıyor olabilir. Ayrıca, bu gruptaki düşünce bozukluklarının daha geniş bir spektrumda olması (63), bu gruptaki farklı düşünce bozukluklarının içinde düşüncenin içgörü ve üstbilişler ile olan korelasyonunun yakalanamamasına sebep olmuş olabilir. Şizotipal özelliklerle birlikte kişi düşüncelerine

eleştirel bakmakta zorlanıp, onları içselleştiriyor olabilir. Büyüsel düşünce, sosyal geri çekilme gibi şizotipal belirttiler arttıkça, OKB yalnızca üstbilişlerle açıklanamayacak biçimde karmaşık bir hal almaya başlamış olabilir. Bu bulgulara dair daha güvenilir yorumlar yapılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Korelasyon analizlerinde OKB+ŞKB grubunda dikkat çeken bir diğer bulgu, kişiler arası (negatif) şizotipi puanı arttıkça, imayı anlama puanlarının azalmasıdır. Önceki bölümde tartışılan, imayı anlama açısından OKB grubunun sağlıklılardan anlamlı ölçüde düşük puan alırken, OKB+ŞKB grubunun ne sağlıklı örneklemden ne de OKB örnekleminden farklılaşmadığı bulgusu, bu bulgunun OKB+ŞKB grubunun ZK becerilerinin daha güçlü olduğu anlamına gelmeyebileceği; bu grubun, şüphecilik, paranoid özellikler gibi şizotipal belirtilerin etkisi ile ifadelerin arkasındaki anlamı anlamak için daha çok çaba sarfediyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştı. Dahası, aslında bozulmuş olan bilişsel işleyişin (bu grup üstbilişler ölçeğinden de en yüksek puanları alan grup), bu grubu imayı anlama açısından sanki avantajlıymış gibi göstermesine sebep olabileceği belirtilmişti. Nitekim, korelasyon analizinde kişilerlerarası (negatif) şizotipi arttıkça, imayı anlama becerilerinin azaldığı görülmektedir. Bu bulgu, önceki yorumları destekler nitelikte görülmektedir. Öte yandan, klinik görünüm, bu iki kavram arasındaki doğrusal ilişkiden daha karmaşık bir şekilde ortaya çıkıyor olabilir.

Tartışmaya değer bir diğer bulgu, üstbilişler ve GZOT arasındaki korelasyon olabilir. OKB grubunda, GZOT toplam puan ve GZOT pozitif duygular alt boyutu ile üstbilişler arasında negatif korelasyon, OKB+ŞKB grubunda üstbilişler ve GZOT pozitif alt boyutu arasında negatif korelasyon bulunmuş, kontrol grubunda iki değişken arasında korelasyon saptanmamıştır. Bu bulgu, tartışmanın daha önceki bölümlerinde yer alan, gruplar arası kıyaslamalarla birlikte daha da anlam kazanmaktadır. OKB+ŞKB grubunda, üstbilişler bozuldukça pozitif duyguları tanıma da bozulmaktadır. Öte yandan, gruplar arası kıyaslamada bu grup sağlıklı gruptan ya da OKB grubundan anlamlı olarak farklılaşmamıştı. Üstelik en yüksek üstbilişlerde bozulma puanlarına bu grup sahipti. Bu durum, şizotipal özelliklerin sosyal ipuçlarına yönelik artmış dikkat ve tetikte olma hali ile açıklanabileceğini düşündürmektedir. OKB grubunun ise, hem karşılaştırıldığı gruplardan daha düşük puanlar alması hem de üstbilişlerdeki bozulmanın GZOT ile de ilişkili bulunması, sosyal bilişle ilgili zorluklar yaşadıklarının göstergesi olabilir. Bu

grubun kendi düşünce süreçlerini anlama ve düzenlemede yaşadığı zorluk, başkalarının niyet, duygu ve düşüncelerini anlamakta da görülüyor olabilir.

Bir diğer dikkat çekici bulgu, kontrol grubuna ait korelasyon tablosunda yer almaktadır. Gaf testi ile düşünceleri kontrol etme ihtiyacı alt boyutu arasındaki negatif korelasyon bulunmaktadır. Bir başka deyişle, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı arttıkça gaf testi puanları düşmektedir. İlk bakışta çelişkili gibi görülen bu bulgu dikkatle değerlendirilmelidir. Buradan yola çıkılarak, düşünceleri kontrol ihtiyacı arttıkça oluşan katılığın kişilerin sosyal bağlamı yakalayabilmekle ilgili zorluklar yaşamaya yatkın hale getirebileceği düşünülebilir. Kişi, zihninden geçenleri kontrol etmeye o kadar odaklanabilir ki sosyal bağlamı kaçırabilir. Bir diğer ihtimal ise, düşüncelerin kontrol edilmesiyle ilgili üstbilişsel inançlara sahip kişi, yalnızca kendisinin değil, başkalarının bağlama uygun olmayan söylemlerinden hissedeceği rahatsızlıktan da kaçınıyor olabilir. Katılımcılarla olan görüşme süreçleri düşünüldüğünde ikinci olasılık ön plana çıkmaktadır. Birçok katılımcı, hikayeyi dinlediğinde gülümsemiş, fakat ‘‘hikayede uygunsuz bir şey söylenmedi’’ yanıtını vermiştir. Neden gülümsedikleri sorulduğunda ‘‘ öyle demeseydi iyi olurdu ama kötü niyetle söylememiş, uygunsuz bir şey yok’’ gibi yanıtlar vermişlerdir. Aslında birçok katılımcı hikayedeki gafı fark etmişti, ancak uygunsuz söylenen sözün uygunsuz olmadığını söyleyerek durumu görmezden gelmeyi tercih ettiler. Benzer bir ilişkiyi Mavrogiougou ve ark. (128) OKB grubunda tespit etmiş ancak bir çıkarımda bulunmamışlardır.

Regresyon analizlerine göre, gözlerden zihin okumayı anlamlı olarak yordayan patolojiler depresyon ve OKB olmuş, şizotipal özelliklerin anlamlı katkısı olmamıştır. Bu durumda OKB’nin algısal ZK becerilerini etkilediğinin bir kanıtı olabilir, ancak şizotipal özellikler bu etkiye ek bir katkı yapmamaktadır. Başka bir araştırma da OKB’nin sosyal bilişsel işlevlerle ilişkili olduğunu, ancak şizotipal özelliklerin sosyal biliş bozukluklarını tam olarak açıklayamadığını yani ZK becerilerine olan etkinin OKB’ye özgü olabileceğini belirtmektedir (105). Çalışmada pot kırma ve imayı anlamayı yordayan bir patoloji olmadığı görülmüştür. Bu bulgu, bu becerileri yordayan psikopatoloji dışında, eğitim düzeyi ya da bilişsel işlevlerle ilgili başka faktörler olabileceğini düşündürmektedir. Üstbilişler; depresyon, OKB ve şizotipal özellikler tarafından yordanmaktadır. Buradan yola çıkılarak, OKB’nin üstbilişleri olumsuz etkilediğini, ancak şizotipal özellikler eklendiğinde üstbilişlerin daha da olumsuz etkilendiğini söylemek

mümkün olabilir. Nitekim, gruplar arası kıyaslamalarda da üstbilişler en çok OKB+ŞKB grubunda bozulmuştu. İçgörü ise yalnızca OKB tarafından anlamlı olarak yordanmıştır. Bu durumun kullanılan içgörü ölçeğinin içgörüyü obsesif düşünce üzerinden değerlendirmesiyle ilgili olması muhtemeldir. Dolayısıyla bu bulguyla ilgili bir sonuca varırken temkinli olmakta fayda olabilir. OKB grubunda, şizotipal özelliklerin obsesyonla ilgili içgörüyü yordamadığı, obsesif belirtilerin yordadığı görülmektedir. Bu bulguyu obsesyon dışındaki bir özellikle ilgili içgörü olarak genellemek yanıltıcı olabilir.

Çalışmada OKB ve sağlıklı grup arasında şizotipal özellikler açısından farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir ve OKB grubunun yüksek şizotipal özellikler gösteren kısmı dâhil edilmediğinde bile, sağlıklı örneklemden daha yüksek şizotipal özelliklere sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgu literatürle uyumludur, OKB grubunda şizotipal özellikler sağlıklı gruba kıyasla daha yüksektir. Bu durum, OKB ile şizofreni spektrum bozuklukları arasında, ŞKB'yi de içeren, klinik açıdan önemli bir şizo-obsesif spektrumun varlığına dair bir kanıt olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır (32,66). Bununla birlikte, bu çıkarımın yapılabilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Gruplar depresyon puanları açısından karşılaştırıldığında, OKB+ŞKB grubunun depresyon skorlarının OKB grubundan, OKB grubunun depresyon skorlarının da kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bu bilgi de literatürle uyumludur (11), birçok çalışmada sınırlılık olarak değerlendirilen depresyon değişkeni (103,108), bu çalışmada ölçülerek istatistiksel olarak kontrol edilmeye çalışılmıştır.

Araştırmada her bir gruptaki demografik değişkenlerin birbirine benzer olmasına oldukça dikkat edilmiştir. Çalışmadaki sonuçlar, eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet, hastalık süresi etkilerinden bağımsız olarak genellebilir. OKB+ŞKB birlikteliği az çalışılmış bir grup olduğundan, bulgular bu grupla ilgili özelliklere dair fikir sahibi olmak açısından katkı sunmaktadır. Ayrıca, OKB+ŞKB birlikteliği zihin kuramı becerileri açısından çok nadir çalışılmış bir grup olduğundan araştırma bulguları literatürdeki boşluğa önemli katkı sunmaktadır. Çalışma sadece ZK değil, üstbilişler ve içgörüye odaklanarak çok boyutlu bir değerlendirme üzerine kurulmuştur. Yapılan analizlerde katmanlı testler kullanılarak her bir değişkenin özgül olarak ne kadar katkı sunduğunun anlaşılmaya çalışması araştırmayı güçlü kılan yönlerden biridir. Ayrıca, literatürde benzer konularda yapılan birçok araştırmada limitasyon olarak ele alınan depresyon, bu çalışmada ölçülerek

istatistiksel olarak kontrol altında tutulmaya çalışılmıştır. Çalışmada, ZK becerileri ve üstbilişler arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Bu açıdan da literatürdeki az sayıda çalışmadan biri olacaktır. Önceki çalışmalarda sınırlılık olarak belirtilen sadece hasta gruplarıyla çalışmak (33) yerine, kontrol grubunun da olması bulguların, OKB olmayan grup ile de karşılaştırılmasını sağlamış ve genellenebilirliğini arttırmıştır.

Çalışmanın bir kısıtlılığı, örneklem sayısının azlığıdır. OKB örnekleminde elde edilen anlamlı korelasyonların bir kısmının diğer gruplarda kaybolması örneklem sayısının azlığından kaynaklanıyor olabilir. Bir başka kısıtlılık çalışmanın kesitsel olmasıdır. OKB'yi özellikle şizotipal özellikler bağlamında inceleyen boylamsal çalışmalar OKB ile şizofreni arasındaki spektral ilişkiyi daha iyi anlamak için önemli katkılar sunabilir. Araştırmada kullanılan ölçme araçları olan özbildirim ölçeklerinin doğasından kaynaklı olarak kısıtlılıklar oluşmuş olabilir. Sosyal bilişin bir boyutu olan ZK'nın, diğer kognitif becerilerden tamamen bağımsız olarak sürdürüldüğü düşünülemez (65). Yönetici işlevler, ZK becerilerini destekleyen önemli süreçlerdir (103). Bu sebeple diğer bilişsel işlevlerin ölçülememiş olması bu çalışmaya ait bir sınırlılık olarak kabul edilebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırma, obsesif kompulsif bozuklukta şizotipal özelliklerin ZK, üstbilişler ve içgörü ile etkileşimini inceleyerek literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmayı hedeflemiştir. Gruplar arasında ZK, üstbilişler ve içgörü açısından farklılık bulunmuştur.

OKB grubunun ZK becerilerinde bozulma gösterdiği, OKB+ŞKB grubunun ise depresyon kontrol edildiğinde ZK açısından daha iyi performans sergilediği bulunmuştur. OKB+ŞKB grubunun grubu kadar etkilenmemiş görünmesi, gerçekten ZK becerilerindeki daha yüksek bir performanstan ziyade, aşırı zihinselleştirme ile ilişkili olabilir. Bu konuda yapılacak aşırı zihinselleştirme ile ilgili araştırmalar konunun aydınlatılmasına katkı sağlayabilir. Depresyonun etkisi kontrol edildikten sonra, gruplar arası kıyaslamada farklılıklar ortaya çıkması, ZK araştırmalarında depresyonun karıştırıcı faktör olarak ele alınması gerektiği düşüncesini güçlendirmektedir. Öte yandan, depresyonun aracılık etkisinin araştırılması da önemli katkı sunabilir.

Sonuç olarak, araştırma bulgularından yola çıkarak, OKB+ŞKB grubunun klinik olarak daha şiddetli OKB belirtilerine sahip olduklarını, depresif belirtilerinin daha yüksek olduğunu, içgörülerinin daha düşük olduğunu, üstbilişlerdeki bozulmalarının çok daha yoğun olduğu söylenebilir. Zihin kuramı becerileri OKB grubuna nazaran daha korunmuş gibi görünmektedir. Öte yandan, bu bulgunun çok dikkatle ele alınması, ZK becerilerinde bozulma olmadığını söylemeden önce olası başka etkilerin incelenmesi gerekmektedir. OKB grubu ile ilgili bulgular ise ZK becerilerinde bozulma olduğunu göstermektedir. Zihin kuramı becerilerini arttırmakla ilgili müdahaleler, bu grup için işlevsel olabilir. OKB+ŞKB grubunun, ZK becerilerinin korunmuş gibi görünebileceği de klinisyenler için akılda tutulması gereken bir bulgudur.

OKB hastaları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek şizotipal özellikler göstermektedir. OKB+ŞKB grubu, daha az eğitimli ve işsizlik oranlarının daha yüksek olduğu bir gruptur (32). Bu da işlevselliklerinin olumsuz yönde daha fazla etkilendiğini göstermektedir. 6 Yıllık bir izlem çalışmasında, şizotipal özelliği yüksek olan OKB hastalarının %40'ının süreç içerisinde ŞKB ya da şizofreni tanısı aldığı ortaya

koyulmuştur (176). Çalışmamızı tamamlayan 135 OKB hastasından 32 tanesinin ŞKÖ kesme puanını geçtiği görülmüştür, bu da %24'lük bir orana işaret etmektedir. Bu bağlamda, OKB'nin klinik değerlendirilmesinde aynı zamanda ŞKÖ varlığına dikkat edilmesi (81), şizofreni spektrum belirtilerinin sorgulanması (75) önemli olabilir. OKB hastalarında şizotipal özelliklerin incelenmesiyle ilgili çalışmalar, hem OKB tedavisine katkı sağlanabilmesi (81) hem de belirtilerin tanıya dönüşmesinin önlenmesi açısından önemli olabilir. Bu araştırma, zihin kuramı becerileri, üstbilişler ve içgörü üzerinden bu grubu anlamaya yönelik önemli katkılar sunmuştur. Bu çalışmada elde edilen bulgular, OKB, OKB+ŞKB ve kontrol gruplarının ZK becerileri ve üstbilişler ve içgörü açısından birbirlerinden farklılaştığını düşündürmektedir. Bu durum, OKB alt tipleri arasında bilişsel müdahale planlamaları açısından farklı protokollere ihtiyaç duyulabileceğini işaret ediyor olabilir. Klinik müdahalelerde, bu farklılıkların dikkate alınması; hem değerlendirme süreçlerinin hassaslaştırılması hem de hedef odaklı tedavi planlarının yapılandırılması açısından fayda sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Sadock B. J., Sadock V. A., Ruiz P. (2016). Kaplan&Sadock Psikiyatri: Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri(11). (A. Bozkurt, Çev. Ed.).Ankara: Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık Hiz. San.Tic. Ltd. Şti. (Orijinal çalışma basım tarihi 2016.).
2. The Health Organisation (1999). The "newly defined" burden of mental problems. Geneva: WHO.
3. Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E. ve Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(5), 703-11.
4. Moritz, S., Fricke, S., Jacobsen, D., Kloss, M., Wein, C., Rufer, M., Katenkamp, B., Farhumand, R. ve Hand, I. (2004). Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 217-227.
5. Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C. Ve Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Online, 162*(2).
6. Piras, F., Banaj, N., Ciullo, V., Piras, F., Ducci, G., Demaria, F., ve Spalletta, G. (2022). Dysfunctional beliefs and cognitive performance across symptom dimensions in childhood and adolescent OCD. *Journal of Clinical Medicine, 12*(1), 219.
7. Abramovitch, A. ve Cooperman, A. (2015). The cognitive neuropsycholgy of obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders,* 5, 24-36.
8. Özdemir, A. (2007). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş hastaların nöropsikiyatrik değerlendirmesi ve klinik belirtilere göre sınıflandırılmış OKB alt grupları arasında bilişsel işlevlerin karşılaştırılması. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
9. Başhan, D. N. (2022). A Bibliometric and Altmetric Analysis and Visualization of Obsessive-Compulsive Disorder: The Top 100 Most Cited Influential Studies. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi, 9* (1), 1-30.
10. Rosel, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A. ve Siever, L. (2014). Schizotypal personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports,* 16.
11. Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A. ve Martin, A. (2014). The relationship between obsessive-compulsive symptom dimensions and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Quarterly*, 85, 133-142.
12. Perris, F., Fabrazzo, M., Santis, V., Luciano, M., Sampogna, A. F. ve Catapano, F. (2019). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder: clinical response and treatment resistance to pharmacotherapy in a 3 year follow up naturalistic study. *Frontiers in Psychiatry,* 10 (386).
13. Lee, H. J., Jesse, R. C. Ve Telch, M. J. (2005). Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 29-41.
14. Poyurovsky, M., Faragian, S., Pashinian, A., Heidrach, L., Fuchs, C., Weizman, R. ve Koran, L. (2008). Clinical characteristics of schizotypal related obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research,* 159, 254-258.
15. Mısır (2017). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda zihin kuramı: bilişsel işlevler, aşırı değerlendirilmiş düşünce, içgörü, şizotipal kişilik özellikleri ve diğer klinik özelliklerle ilişkisi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
16. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
17. Abramowitz, J. S., Taylor, S., ve McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet, 374*(9688), 491-499.
18. Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, M., Ağargün, M. Y., Aşkın, R., ve Çilli, A. S. (2007). Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip obsesif kompulsif hastalarda psikofarmakolojik tedaviye yanıt. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni,* 17 , 1-8.
19. Clark, D. A. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. New York: The Guilford Press.
20. Abramowitz, J. S. ve Siqueland, L. (2013). Obsessive compulsive disorders. L. G. Castonguay, ve T. F. Oltmanns, (Ed.) Psychopathology: from science to clinical practice içinde (143-168). New York: The Guilford Press.
21. Lee, H. J., ve Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.

22. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667–681.
23. Abramowitz, J. S. (2018). Learning about the symptoms, causes, and treatments. Getting Over OCD (2. baskı) içinde (s. 9-35). New York-London: The Gulilford Press.
24. Politis , S., Magklara, K., Petrikis, P., Michalis, G., Simos, G., & Skapinakis, P. (2017). Epidemiology and comorbidity of obsessive compulsive disorder in late adolesence: a cross sectional study in senior high schools in Greece. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 21*(3), 188-194.
25. Jaisoorya , T. S., Reddy, Y., Srinath, S., & Thennarasu, K. (2009). Sex differences in Indian patients with obsessive-compulsive disorder. *Compherensive Psychiatry, 50* (1), 70-75.
26. Weissman, M. M. (1998). Cross-National Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums, 3*(S1), 6–9.
27. Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45.
28. Tükel, R., Polat, A., Özdemir, A., Aksüt, D. Ve Türksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 3, 2004-2009.
29. Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. Ve Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.
30. Krüger, S., Cooke, R. G., Hasey, G. M., Jorna, T. Ve Persad, E. (1995). Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 34, 117-120.
31. Darby, L., Agius, M. ve Zaman, R. (2011). Comorbidity of bipolar affective disorder and obsessive compulsive disorder in a bedfordn community psychiatry team. *Psychiatria Danubina*, 23 (1), 130-133.
32. Attedemo, L. ve Bernardini, F. (2020). Schizotypal personality disorder in obsessive-compulsive disorder samples: a brief overview. *CNS Spectrums, 26* (5), 468-480.
33. Sobin, C., Weiller, B. F., Gavigan, C. Ve Karayiorgou, M. (2000). Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *Journal of Psychiatric Research*. 34, 15-24.
34. Kolada, J.L., Bland, R.C. ve Newman, S. C. (1994). Obsessive Compulsive Disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 376, 24-35.
35. Hofmeijer-Sevink, M. K. ve diğerleri (2013). Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: The Netharlands OCD Association study. *Journal of Affective Disorders*.
36. Kim, S. J.ve Kim, C. H. (2006). The genetic studies of obsessive compulsive disorder and its future directions. *Yonsei Medical Jpurnal, 47*(4), 443-454.
37. Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T. ve Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics, 8*(5), 450-458.
38. Capawana, M. R. (2019). A developmental psychopathology perspective of obsessive-compulsive disorder. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 15, 105-115.
39. Miguel, E. C., Leckman, J. F., Rauch, S., Rosario-Campos M. C., Hounie, A. G., Mercadante, M. T., Chacon, P. ve Pauls, D. L. (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10, 258-275.
40. Mataix-Cols, D., Boman, M., Monzani, B., Rück, C., Serlachius, E., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2013). Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry, 70*(7), 709-717.
41. Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. ve Geller, D. A. (2014). Obsessive compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Neuroscience*, 15, 410-424.
42. Saxena, S. s. ve Rauch, S. L. (2000). Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive compusive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America, 23*(3), 563-386.
43. Işıklı, S. ve Gönül, A. S. (2012). Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Konular, 5*(3), 24-32.
44. Zohar, J., Greenberg, B., ve Denys, D. (2012). Obsessive-compulsive disorder Handbook of Clinical Neurology. *Neurobiology of Psychiatric Disorders, 106*, 375-390.
45. Kariuki-Nyuthe, C., Gomez-Mancilla, B. Ve Stein D. J. (2014). Obsessive compulsive disorder and the glutamtergic system. *Current Opinion, 27* (1).
46. Chakrabarty, K., Bhattacharyya, S., Christopher, R. ve Khanna, S. (2005). Glutamatergic Dysfunction in OCD. *Neuropsychoparmacology, 30*, 1735-1740.
47. Wheaton, M. G., Kalanthroff, E., Mandel, M., Marsh, R., Simpson, H. B. (2025). Neurocognitive performance in obsessive-compulsive disorder before and after treatment with cognitive behavioral therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 87*.
48. Murayama, K., Tomiyama, H., Ohono, A., Kato, K., Matsuo, A., Kang, M., ve Nakao, T. (2024). Decision-making using the Iowa gambling test in unaffected first-degree relatives of obsessive-compulsive

disorder: Comparison with healthy controls and patients with obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*.
49. Figee, M., Vink, M., Geus, F., Vulink, N., Veltman, D. J., Westenberg, H. ve Denys, D. (2011). Dysfunctional reward circuitry in obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry, 69*, 867-874.
50. Leopold, R. ve Backenstrass, M. (2015). Neuropsychological differences between obsessive compulsive washers and checkers: A systematic review and meta analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 30*, 48-58.
51. Bragdon, L. B., Gibb, B. E., & Coles, M. E. (2018). Does neuropsychological performance in OCD relate to different symptoms? A meta-analysis comparing the symmetry and obsessing dimensions. *Depression and Anxiety, 35*(8), 761-774.
52. Abramovitch, A., Abramowitz, J. S., Mittelman, A. (2013). The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: a metaanalysis. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1163-1171.
53. Debbane, M. ve Barrantes-Vidal (2014). Schizotypy from a developmental perspective. *Schizophrenia Bulletin*.
54. Meehl, P. E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders, 4*(1), 1-99.
55. Cadenhead, K. S. ve Braff, D. L. (2002). Endophenotyping schizotypy: a prelüde to genetic studies within the schizophrenia spectrum. *Schizophrenia Research, 54*, 47-57.
56. Kirrane, R. M. ve Siever, L. J. (2000). The biological basis of schizotypal personality disorder. *Irish Journal of Psychological Medicine, 17*(3), 106-109.
57. Özdemir, O. (2012). Psikiyatride boyutsal yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 315-334.
58. Steffens, M., Meyhöfer, I., Fassbender, K., Ettinger, U. Ve Kambeitz, J. (2018). Association of schizotypy with dimensions of cognitive control: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 44*, 512-524.
59. Raine, A. (2006). Schizotypal Personality: Neurodevelopmental and Psychosocial Trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 291-326.
60. Mason, O. J. (2014). The duality of schizotypy: is it both dimensional and categorical?. *Frontiers In Psychiatry,5*.
61. Canlı, D. (2011). Şizotipide duygu tanıma, işlem belleği ve diğer bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). T.C: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kırıkkale.
62. Mısır, E. ve Alptekin, K. (2020). Şizotipi kavramı ve şizotipal kişilik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 23*, 364-374.
63. Aylak, İ. (2023). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında şizotipi ve yapısal düşünce bozukluğu (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). T.C: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
64. Rosell, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A., Siever, L. J. (2014). Schizotypal Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports,16* (452).
65. Bora, E. ve Baysan-Arabacı, L. (2009). Üniversite öğrencilerinde şizotipal kişilik özelliklerinin doğrulayıcı faktör analiziyle incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 20*(4),339-345.
66. Köse, H. (2023). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalarda hastalık şiddetinin psikotik semptomlar, şizotipal kişilik özellikleri, dissosiyasyon, ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Kliniği, İstanbul.
67. Raine, A. (1991). The SPQ: A scale fort he assessment of schziotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia bulletin, 17*(4), 555-564.
68. Stefanis, N. C., Smyrnis, N., Avramopoulos, D., Evdokimidis, I., Ntzoufras, I. ve Stefanis, C. N. (2004). Factorial composition of self rated schizotypal traits among young males undergoing military training. . *Schizophrenia Bulletin, 30*(2), 335-350.
69. Hummelen, B., Pedersen, G. ve Karterud, S. (2012). Some suggestions for the DSM-5 schizotypal personality disorder construct.*Comprehensive Psychiatry, 53*, 341-349.
70. Şener, A., Bora, E., Tekin, I. ve Özaşkınlı, S. (2006). Şizotipal kişilik ölçeğinin üniversite öğrencilerindeki geçerliği ve güvenirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 16*(2), 84-92.
71. Pulay, A. J., Stinson, F. S., Dawson, D. A. ve Grant, B. F. (2009). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*.
72. Manoudi, F., Asri, F., Boutabia, S., Haida, I ve Tazi, I. (2010). Personnalite schizotypique en milieu universitaire a Marrakech. *Lencephale, 36*, 478-483.
73. Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J. ve Sundquist, K. (2024). The genetic epidemiology of schizotypal personality disorder. *Psychological Medicine, 54*(9), 2144-2151.

74. Bulut, S., Fıstıkcı, N. ve Topcuoglu, V. (2014). İçgörüsü az olan obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6* (2), 126-141.
75. Çeşmeci, U., Yüksel, R., Kaya, H. ve Dilbaz, N. (2017). Schizotypality and neurological soft signs in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 27* (3), 228-234.
76. Çetin, Ç. (2019). Obsesif kompulsif bozuklukta düşünce eylem kaynaşması, büyüsel düşünce ve şizotipal kişilik özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
77. Einstein, D. A. ve Menzies, R. G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 539-549.
78. Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions . *Behavioural Research and Therapy, 35* (9), 793-802.
79. Altunkaya, U. ve Hocaoğlu, Ç. (2023). Az bilinen bir konu şizotipal kişilik bozukluğu:bir gözden geçirme. *Klinik ve Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı Dergisi, 3*(2), 14-35.
80. Harris, C. L. ve Dinn, W. M. (2003). Subtyping obssesive-compulsive disorder: neuropsychological correlates. *Behavioural Neurology, 14*, 75-87.
81. Ayciceği, A., Dinn, W. M., Harris, C. L. ve Erkmen, H. (2003). Neuropsychological function in obsessive compulsice disorder: effects of comorbid conditions on task performance. E*uropean Psychiatry, 18*, 241-248.
82. Shin, N. Y., Lee, A. R., Park, H.Y., Yoo, S. Y., Kang, D. H., Shin, M. S., Kwon, J. S. (2008). Impact of coexistent schizotypal personality traits on frontal lobe function in obsessive–compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*,*32* (2), 472-478.
83. Patin, A. ve Hurleman, R. (2015). Social Cognition. In: Handbook of Experimental Pharmacology. 271-303.
84. Brothers, L. (1990). The neural basis of primate social communicataion. *Motivation and Emotion, 14*(2), 81-91.
85. Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L., Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizoprenia new approaches conference. *Schizophrenia Bulletin, 31*(4),882-887.
86. Brüne, M. (2005). Theory of mind in schizophrenia: a review of the literatüre. *Schizophrenia Bulletin 31* (1), 21-42.
87. Baron-Cohen (2001). Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*,*34*,174-183.
88. Adolphs, R. (2009). The social brain: neural basis of social knowledge. *Annual Review of Psychology, 60*, 693–716.
89. Leslie, A. M. (1994). Pretending and believing: issues in the theory of ToM. *Cognition, 50*, 211-238.
90. Ertuğrul-Yaşar (2022). Zihin kuramının gözden geçirilmesi: farklı zihinsel durumlar ve yaşam boyu gelişim. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi,3*(5), 75-92.
91. Gallese, V., Keysers, C., Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences, 8*(9), 396-403.
92. Perner, J. ve Wimmer, H. (1985). John thinks that mary thinks that .. attribution of second order beliefs by 5 to 10 year old children. *Journal of Experimental Child Psychology, 39*, 437- 471.
93. Küçük, Z. (2018). Zihin kuramı ve gelişim süreçleri. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19* (34), 475-503.
94. Stone, V. E., Baron-Cohen, S. ve Knight, R. T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience, 10*(5), 640-656.
95. Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R. ve Plaisted, K.(1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with asperger syndrome or high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29*, 407-418.
96. Weightman, M. J., Air, T. M. ve Baune, B. T. (2014). A review of the role of social cognition in major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry, 5*(179).
97. Tager- Flusberg ve Sullivan (2000). A componential view of theory of mind: evidence form Williams syndrome. *Cognition, 76*, 59-89.
98. Adolph, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Cognitive Neuroscience, 11*,231-239.
99. Umeda, S., Mimura, M., ve Kato, M. (2010). Acquired personality traits of autism following damage to the medial prefrontal cortex. *Social Neuroscience, 5*(1), 19-29.
100. Amodio, D. M. and Frith, C. (2006). Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nature Reviews Neuroscience, 7*(4), 268-277.
101. Sabbagh, M. A. (2004). Understanding orbitofrontal contributions to theory of mind reasoning: implications for autism. *Brain and Cognition, 55*, 209-219.

102. Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H., Damasio, A. (1994). Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature, 372,* 669-672.
103. Sayın, A., Oral, N., Utku, Ç., Baysak, E. ve Candansayar, S. (2010). The theory of mind in obsessive compulsive disorder: Comparison with healthy controls. *European Psychiatry.*
104. Mısır, E., Bora, E. ve Akdede, B. B. (2018). Relationship between social cognitive and social perceptual aspects of theory of mind and neurocognitive deficits, insight levet and schizotypal traits in obssessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 83,* 1-6.
105. Grisham,J. R., Henry, J. D., Williams, A. D. Ve Bailey, P. E. (2010). Socioemotional deficits associated with obsessive compulsive symptomatology. *Psychiatry Research, 175,* 256-259.
106. Kampf, M. S., Kanske, P., Kleiman, A., Haberkamp, A., Glombiewski, J. ve Exner, C. (2021). Empathy, compassion, and theory of mind in obsessive-compulsive disorder. P*sychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.*
107. Altınöz, A. E., Köşger, F. ve Eşsizoğlu, A. (2018). Relationship between selective attention, cognitive flexibility, response inhibition, and theory of mind functions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 28,* 56-56.
108. Bora, E. (2022). Social cognition and empathy in adults with obsessive compulsive disorder: a meta analysis. *Psychiatry Research, 316.*
109. Tayfun, K., Aydoğan-Avşar, P., Kuru, T. ve Kocaman, O. (2025). Theory of mind abilities may predict treatment outcomes in adolescents with obsessive-compulsive disorder: a follow up study. *Early Intervention in Psychiatry,19*(1).
110. Bora, E. (2020). Theory of mind and schizotypy: a meta-analysis. *Schizophrenia Research, 222,* 97-103.
111. Giralt-López, M., Miret, S., Campanera, S., Moreira, M., Sotero-Moreno, A., Krebs, M. O. ve Fatjó-Vilas, M. (2024). Theory of mind in schizophrenia through a clinical liability approach: a sib-pair study. *Frontiers in Psychology, 15,* 1391646.
112. Jahsan, C. S. ve Sergi, M. J. (2007). Theory of mind, neurocognition, and functional status in schizotypy. *Schizophrenia Research, 89,* 278-286.
113. Aldebot, S., Mamani, S. W., Garcia, C. P. (2012). Associations between cognitive biases and domains of schizotypy in a non-clinical sample. *Psychiatry Research, 96* (1), 115–122.
114. Bedwell, J.S., Compton, M.T., Jentsch, F.G., Deptula, A.E., Goulding, S.M., Tone, E.B. (2014). Latent factormodeling of four schizotypy dimensions with theory ofmind and empathy. *PLoS One, 9* (11).
115. Glisker, R., Papouchis, N., Meehan, K. B., Morrison, M. J., & Kimhy, D. (2025). Impact of overall and specific dimensions of schizotypy on theory of mind. *Psychopathology,* 1-13.
116. Pflum, M.J., Gooding, D.C., White, H.J. (2013). Hint, hint: theory of mind performance in schizotypal individuals. *Journal of Nervous Mental Disease, 201* (5), 394–399.
117. Matsunaga, H., Kiriike,N., Matsui, T., Miyata, A., Iwasaki, Y., Fujimoto, K., Kasai, S., ve Kojima, M. (2000). Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 41* (4), 266-272.
118. Türkçapar, H. (2017). Bilişsel Terapi. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
119. Tosun, A. ve Irak, M. (2008). Üstbiliş ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif kompülsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 19* (1), 67-80.
120. Doğan, K., Solak, Ö. S., Özdel, K., & Türkçapar, M. H. (2013). Obsesif Kompulsif Alt Tiplerinde ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Üstbilişlerin Karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2,* 34-40.
121. Flavell, J. H., Friedrichs , A. G., & Hoyt, J. D. (1970). Developmental changes in memorization processes. *Cognitive Psychology 1,* 324-340.
122. Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologists, 34* (10), 906-911.
123. Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy . Chichester, UK: Wiley.
124. Cartwright-Hatton, S., ve Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders 11*(3), 279-296.
125. Wells, A. (1997). Cognitive therapy of anxiety disorders. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
126. Neimeyer, H., Moritz, S., & Pietrowsky, R. (2013). Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive - Compulsive and Related Disorders, 2,* 119-129.
127. Grotte, T., Solem, S., Myers, S. G., Hjemdal, O., Vogel, P. A., Güzey, İ. C. ve Fisher, P. (82-90). Metacognitions in obsessive-compulsive disorder: A psychometric study of the Metacognitions Questionnaire-30. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders,11,* 2016.

128. Mavrogiorgou, P., Bethge, M., Luksnat, S., Nalato, F., Juckel, G., & Brüne, B. (2016). Social cognition and metacognition in obsessive–compulsive disorder: an explorative pilot study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience,266,* 209-216.
129. Keleş- Altun, İ., Uysal, E. ve Özkorumak Karagüzel, E. (2017). Differences between autogenous and reactive obsessions in terms of metacognitions and automatic thoughts. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13,*2977-2985.
130. Pazvantoğlu, O., Algül, A., Ateş, M. A., Sarısoy, G., Ebrinç, S., Başoğlu, C., & Çetin, M. (2013). Metacognitive functions in obsessive compulsive diorder in a Turkish cinical ppulation: the relationship between sympom types and metacognition subdimensions. *Bulletin of Clinical Psychology, 23* (1), 65-71.
131. Moritz, S., Peters, M. V., Laroi, F., & Lincoln, T. M. (2010). Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognitive Neuropsychiatry, 15* (6), 531-548.
132. Debbane, M., Linden, M., Balanzin, D., Billieux, J. ve Eliez, S. (2012). Associations among metacognitive beliefs, anxiety and positive schizotypy during adolescence. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(7),.
133. Debbane, M., Linden, M., Gex-Fabry, M. ve Eliez, S. (2009). Cognitive and emotional associations to positive schizotypy during adolescence. *Child Psychology and Psychiatry, 50*(3), 326-334.
134. Luther, L., Hochheiser, J., Wiesepape, C. ve Lysaker, P. H. (2023). Negative schizotypy mediates the relationship between metacognition and social functioning in a nonclinical sample. *Journal of Nervous and Mental Disease, 211* (1), 74-78.
135. Garg, A., Watt, B. D., Rihan, M. ve Moustafa, A. A. (2025). The relationship between multidimensional schizotypy and metacognitive beliefs. *Psychological Reports*.
136. Chan, C. C., Spencer, C. C., West, C., Wiegas, C. ve Bedwell, J. S. (2015). Metacognitive processes in psychometrically defined schizotypy. *Psychiatry Research*.
137. Wiesepape, C. N., Smith, E. A., Hillis-Mascia, J. D., Soza, S. E. Q., Morres, M. M., James, A. V. ve Stokes, A. (2024). Metacognition as a Transdiagnostic Determinant of Recovery in Schizotypy and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Behavioral Sciences, 14* (4).
138. Coulacoglou, C., ve Saklofske, D. H. (2017). Metacognition, empathy, and cognitive biases in schizophrenia and OCD. P*sychometrics and Psychological Assessment*.
139. O'Kearney, E. O. ve Nicholson, C. (2008). Can a theory of mind disruption help explain ocd related metacognitive disturbences. *Behaviour Change, 25*(2), 55-70.
140. Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., Uğurlu, M. ve Karakaş, G. (2005). Beck bilişsel içgörü ölçeği türkçe formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri, 8,* 186-196.
141. Markova, I. S., Jaafari, N. ve Berrios, G. E. (2009). Insight and obsessive compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology, 42,* 277-282.
142. Özcan, T., Kuru, E., Şafak, Y., Karadere, E., Yavuz, K. F. Ve Türkaçapar, H. (2013). Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research, 2,* 25-33.
143. Matsunaga,H., Kiriike, N., Matsui, T., Oya, K., Iwasaki, Y., Koshimune, K., Miyata, A. ve Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive Psychiatry, 43* (2),150-157.
144. Catapano, F., Perris, F., Fabrazzo, M., Cioffi, V., Giacco, D., Santis, V. ve Maj, M. (2010). Obsessive–compulsive disorder with poor insight: A three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 34,* 323-333.
145. Tulacı, R. G., Cankurtaran, E. Ş., Özdel, K., Öztürk, N., Kuru, E. ve Özdemir, İ. (2018). The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry,*.
146. Alonso, P., Menchón, J. M., Segalàs, C., Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S. Cardoner, N., Labad, J., Real, E., Pertusa, A. ve Vallejo, J. (2008). Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Comphrehensive Psychiatry, 49,* 305-312.
147. Türksoy, N., Tükel, R., Özdemir, Ö. ve Karali, A. (2002). Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive compulsive disorder. *Anxiety Disorders, 16,* 413-423.
148. Wiesepape, C. N., Smith, E. A., Hillis-Mascia, J. D., Soza, S. E. Q., Morris, M., James, A. V., … & Stokes, A. (2024). Metacognition as a transdiagnostic determinant of recovery in schizotypy and schizophrenia spectrum disorders. *Behavioral Sciences, 14*(4), 336.
149. Mateo, I. A., Castaño, E. F., & Expósito, M. S. (2023). Cognitive insight and schizotypy in non-clinical adolescents. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 31*(2), 379-391.
150. Farkas, M. and Boevink, W. (2018). Peer delivered services in mental health care in 2018: infancy or adolescence?. *World Psychiatry, 17*(2), 222-224.

151. Pousa, E., Duñó, R., Navarro, J. B., Ruiz, A. I., Obiols, J. E., ve David, A. S. (2008). Exploratory study of the association between insight and theory of mind (tom) in stable schizophrenia patients. *Cognitive Neuropsychiatry, 13*(3), 210-232.
152. Ng, R., Fish, S. C., ve Granholm, E. (2015). Insight and theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research, 225*(1-2), 169-174.
153. Yazıcı, K. U. ve Perçinel-Yazıcı, I. (2019). Decreased theory of mind skills, increased emotion dysregulation and insight levels in adolescents diagnosed with obsessive compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry, 73*(7).
154. Wright, A. C., Lysaker, P. H., Fowler, D., ve Greenwood, K. (2021). Clinical insight in first episode psychosis: the role of metacognition. *Journal of Mental Health, 32*(1), 78-86.
155. Leonhardt, B. L., Vohs, J. L., Bartolomeo, L. A., Visco, A., Hetrick, W. P., Bolbecker, A. R., … & O'Donnell, B. F. (2019). Relationship of metacognition and insight to neural synchronization and cognitive function in early phase psychosis. *Clinical EEG and Neuroscience, 51*(4), 259-266.
156. Ekinci, O. ve Ekinci, A. (2016). The relationship between clinical characteristics, metacognitive appraisals, and cognitive insight in patients with obsessive-compulsive disorder. *Nordic Journal Of Psychiatry, 70*(8), 591-598.
157. Şenay, O. and Tükel, R. (2022). Comparison of obsessive-compulsive disorder and schizophrenia with comorbid obsessive-compulsive disorder in terms of insight, metacognitive beliefs, and clinical features. *Journal of Nervous & Amp; Mental Disease*.
158. Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... ve Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry, 46*(11), 1006-1011.
159. Karamustafalıoğlu, K. O., Üçışık, A. M., Ulusoy, M. ve Erkmen, H. (1993). Yale Brown obsesyon kompulsiyon derecelerindirme ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 29.
160. Eisen, J. L., Phillips K. A., Baer, L., Beer, D. A ve ark. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and Validity. *Am J Psychiatry 155*, 102-108.
161. Wells, A. ve Carwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30.*Behavior Research and Therapy, 42*, 385-396.
162. Yılmaz, A. E., Gençöz, T., ve Wells, A. (2008). Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaireand Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*, 424-439.
163. Yıldırım, E. A., Kaşer, M., Güdük, M., Ateş, E., Küçükparlak, İ. Ve Özalmete, E. O. (2011). Investigation of the reliability of the "reading the mind in the eye test" in a Turkish population. *Turkish Journal of Psychiatry, 22*, 177-186.
164. Corcoran, R., Mercer, G. ve Frith, C. D. (1995). Schzophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 17*, 5-13.
165. Yılmaz, G. (2016). Şizofreni tanısı alan hastaların zihin kuramı işlevleri ve sosyal değerlendirilme kaygısı düzeyleri açısından sosyal anksiyete bozukluğu tanılı hastalar ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması (Yayınlanmamış doktora tezi). T.C . Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri BirliğiSağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
166. Beck, A. T., Ward, C., ve Mendelson, M. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry, 4*(6), 561- 571.
167. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi,7*(23), 3-13.
168. Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2016). Çok değişkenli istatistiklere giriş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik (4. Baskı) içinde (s.1-48). Ankara: Pegem Akademi.
169. Shemrani, S., Najafi, M., Khosravani, V. (2025). Thought action fusion associated with obsessive compulsive symptomatology in ocd patients:the patways from experiental avoidance, thought suppression, and depression. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behaviour Therapy, 43* (1),.
170. Wastler, H. M. ve Lenzenweger M. F. (2019). Self-referential hypermentalization in schizotypy. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 10*(6), 536-544.
171. Bora, E. ve Berk, M. (2016). Theory of mind in major depressive disorder: a meta analysis. *Journal of Affective Disorders, 191*, 44-55.
172. Kaya Çelik, E., Özsoy, F. ve Yılmaz-Ertürk, B. (2025). Tinnitus: does it lead to impairments in metacognitive functions and the theory of mind skills?.*Turkish Archives of Otorhinolaryngology, 62*(4), 131-137.

173. Güneysu, İ., Akpınar-Asian, E., Batmaz, S. ve Güneysu, S. (2025). An Evaluation of Metacognitive Functions in Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of Neuropsychiatry, 62* (1), 62-68.
174. Garcia-Montes, J. M., Alvarez, M. P., Balbuena, C. S., Garcelan, S. P. ve Cangas, A. (2006). Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: The superstition factor. *Behaviour Research and Therapy, 44* (8), 1091-1104.
175. Salve, F., Ross, C. ve Oasi, O (2023). Mentalizing in individuals with state and trait risk for psychosis: a systematic review, 14.
176. Huang, L. C., Hwang, T.J., Huang, G. H. ve Hwu, H. G. (2011). Outcome of severe obsessive compulsive disorder with schizotypal features: a pilot study. *Journal of the Formosan Medical Association,110* (2), 85-92.
177. Elbir, M., Topbas, A., O., Bayad, S., Kocabas, T., Topak, O. Z., Cetin, S., Ozdel, O., Atesci, F., ve Aydemir, O. (2019). Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV) to the Turkish Language. *Turkish Journal of Psychiatry*.

EKLER

EK-1.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.01.2024-24856

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 19.01.2024
Toplantı Sayısı : 2024/1
Karar Sayısı : 1/16

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SUAM'da görevli Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım'ın sorumlu, Gizem Hüroğlu'nun yardımcı araştırmacı olduğu 24/21 kayıt numaralı ***"Obsesif Kompülsif Bozuklukta Şizotipal Özelliklerin İçgörü, Üstbilişsel İnançlar ve Zihin Kuramı Becerileri Açısından İncelenmesi"*** başlıklı proje önerisi kurulumuzun 19.01.2024 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Abubekir ELTAS
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Papatya KELEŞ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Selda RIZALAR
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Bahar Başak KIZILTAN ELİAÇIK
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇİKLER
Öğretim Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Hasan DEMİRCİ
Öğretim Üyesi

22.01.2024 Memur

Feyzanur SEZGİN

EK-2.Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı kapsamında tez çalışması olarak Klinik Psikolog Gizem Hüroğlu tarafından, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikoterapi Merkezinde, Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım danışmanlığında yapılmaktadır. Araştırmanın amacı, obsesif kompulsif bozukluk hakkında yeni bulgular elde etmektir.

Yaklaşık 45 dakika sürecek olan araştırma kapsamında öncelikle sizden ekteki soruları yanıtlamanız beklenmektedir. Anket sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için cevapları elinizden geldiğince doldurmanız, boş bırakmamanız önemlidir. Sonrasında, laboratuvar ortamında size bazı görseller gösterilecek, hikâyeler okunacak ve ilgili bazı sorular sorulacaktır. Verilen cevaplar bilimsel araştırma dışında kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılımınız sırasında kendinizi rahatsız hissederseniz, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırmayı takip eden, İyi Klinik Araştırmalar Kılavuzu'nda tanımlandığı haliyle yetkili incelemeciler, yetkili kurum ya da araştırmanın yapıldığı kurum ya da kanunca yetkili diğer sağlık otoriteleri bu araştırma sırasında elde edilmiş ve bu araştırma ile ilgili olabilecek orijinal tıbbi kayıtlara, zorunlu haller dışında, kimlik bilgileriniz maksimum seviyede korunarak doğrudan erişebilir. Ancak, bilgiye erişenler bilgileri gizli tutmakla yükümlüdürler. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla bilimsel araştırmanın denetlenmesi için bu erişime, aşağıdaki sınırlara bağlı kalınması koşuluyla izin vermiş olursunuz.

İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileriniz gizli kalacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiği takdirde bilgilendirileceksiniz.

Alkol veya madde etkisi altında iseniz, görme kusurunuz var ve gözlük veya lensiniz yanınızda değilse veya işitme kusurunuz var ve işitme cihazınız yanınızda değilse araştırmaya katılımınızın sonlandırılması gerekmektedir.

Araştırmaya 156 kişinin katılması beklenmektedir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen psikolog tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum

☐ ***Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.***

☐ ***Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.***

Araştırmacı:

Gizem Hüroğlu

Katılımcı:

Adı-Soyadı:_____

İmza:_____

Tarih:_____

EK-3. Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet:.....
3. Eğitim Durumu:.....
4. Medeni Durum:.....
5. Çalışma Durumu:.....
6. Psikiyatri dışı tıbbi hastalık öykünüz var mı?.....
7. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?.....

   Evetse yakınlık derecesi ve tanısı:.....
8. Psikiyatrik tanınız var mı?.....

   Evetse, tanınız nedir?.....
9. Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?.....

   Evetse ismi, dozu, kullanım süresi:.....
10. Hiç psikoterapi aldınız mı?.....

    Evet ise ne kadar süre ile? .....

    Son bir senedir psikoterapi alıyor musunuz? .....
11. Hastalık başlangıç yaşı:.....
12. Hastalık süresi:.....
13. Daha önce psikiyatri bölümünde yatışınız oldu mu?.....

    Evet ise kaç kez?.....
14. Görme kusurunuz var mı?.....

    Evetse, şu an gözlük veya lens gibi bir yöntemle düzeltilmiş durumda mı?.....
15. İşitme kusurunuz var mı?

    Evetse, şu an işitme cihazı gibi bir yöntemle düzeltilmiş durumda mı?.....
16. Madde (esrar, kokain vb.) kullanıyor musunuz?.....

EK-4. ŞKÖ Örnek Sorular

ŞKÖ

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

	Evet	Hayır
1.Zaman zaman televizyonda gördükleriniz ya da gazetede okuduklarınızın sizin için özel bir anlam taşıdıklarını hisseder misiniz?		
2.Çok sayıda kişinin olacağı yerlere bazen huzursuz olacağımı düşünerek giderim.		
3.Hiç doğaüstü bir yaşantınız oldu mu?		
4.Hiç nesne ya da gölgeleri insan sandığınız veya gürültüyü konuşma sandığınız oldu mu?		
5.Diğer insanlar beni biraz sıradışı (acayip) bulurlar.		
6.Diğer insanları tanımak için çok az isteğim var.		
7.Diğer insanlar bazen ne söylediğimi anlamayı zor buluyorlar.		
8.Insanlar beni bazen ilgisiz ve mesafeli bulurlar.		
9.Arkamdan konuşulduğundan eminim.		
10.Yemek veya sinema için dışarı çıktığımda insanların beni fark ettiklerini biliyorum.		

EK-5. ÜBÖ Örnek Sorular

ÜBO-30

Bu anket insanların kendi düşünceleri hakkında sahip oldukları inançları ile ilgilidir. Aşağıda, insanların ifade ettikleri bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun numarayı daire içine alarak belirtiniz. Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

		Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur.	1	2	3	4
2	Endişelerim benim için tehlikelidir.	1	2	3	4
3	Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm.	1	2	3	4
4	Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim.	1	2	3	4
5	Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum.	1	2	3	4
6	Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur.	1	2	3	4
7	Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir.	1	2	3	4
8	Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır.	1	2	3	4
9	Durdurmak için ne kadar uğraşsam da endişe verici düşüncelerim devam eder.	1	2	3	4
10	Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur.	1	2	3	4

EK-6. GZOT Örnek Sorular

GZOT

Her bir çift göz için, resimdeki kişinin düşündüğü veya hissettiğini en iyi tarif eden kelimeyi seçin ve yuvarlak içine alın. Birden fazla kelimenin uygun olduğunu hissedebilirsiniz ancak lütfen sadece en uygun olduğunu düşündüğünüz tek bir kelimeyi seçin. Seçiminizi yapmadan önce 4 kelimeyi de okuduğunuzdan emin olun. Testi olabildiğince çabuk yapmaya çalışın fakat zaman tutulmayacaktır. Bir kelimenin anlamını tam olarak bilmiyorsanız kelime açıklama broşüründe arayabilirsiniz.

kıskanç paniklemiş



kibirli nefret dolu

EK-7. BDE Örnek Sorular

BDE Bu form son bir hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.			
1	(0)Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2)Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3)O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.	**12**	(0)Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1)Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2)Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3)Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
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.	**13**	(0)Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum. (1)Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2)Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3)Kendimi çok çirkin buluyorum.
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.	**14**	(0)Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum. (1)Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. (2)Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. (3)Artık hiçbir iş yapamıyorum.

EK-8. Yale-Brown OKB Ölçeği Örnek Sorular

YALE BROWN OBSESYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri
1.Obsesif düşüncelerle geçen zaman	0	1	2	3	4
2.Obsesif düşüncelerin yaşamı etkilemesi	0	1	2	3	4
3.Obsesif düşüncelerle birlikte olan rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
4.Obsesif düşüncelere direnç gösterme	0	1	2	3	4
5.Obsesif düşünceler üzerindeki kontrolün derecesi	0	1	2	3	4
6.Kompulsif davranışlar için harcanan zaman	0	1	2	3	4
7. Kompulsif davranışların yaşamı etkilemesi	0	1	2	3	4
8.Kompulsif davranışlarla birlikte olan rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
9.Kompulsif hareketlere direnç gösterme	0	1	2	3	4
10.Kompulsif davranışlar üzerindeki kontrolün derecesi	0	1	2	3	4

EK-9. İma Testi Örnek Soru

İma Testi

Size içlerinde iki kişinin yer aldığı, toplam on kısa öykü okuyacağım. Her bir öykü, kişilerden birinin diğerine söylediği bir sözle bitiyor. Öyküleri okumayı bitirdiğimde, size öyküdeki karakterin ne söylediğiyle ilgili sorular soracağım. Bu ilk öykü. Dikkatle dinleyiniz.

Birinci Öykü

Cemal Melek'in ofisine uzun sıcak bir yolculuk sonrasında varıyor. Melek hiç vakit kaybetmeden hemen iş hakkında konuşmaya başlıyor. Cemal Melek'in sözünü yarıda keserek diyor ki: ''Aman diyeyim Melek! Dilim damağım kurudu.''

1. Cemal bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

   - Cemal sözüne şöyle devam ediyor. ''Susadım.''

   2. Cemal Melek'in ne yapmasını istiyor?

EK-10. Gaf Testi Örnek Soru

Gaf Testi

Hikaye 1

Ceren yeni bir eve taşındı. Ceren alışverişe çıkıp yatak odası için yeni perdeler alıyor. Dairenin içini düzenlemeyi bitirdiğinde, en yakın arkadaşı Leyla onun ziyaretine geliyor. Ceren Leyla'ya evin içini gezdirdikten sonra ona ''Yatak odamı nasıl buldun?'' diye soruyor. Leyla diyor ki: '' Bu perdeler korkunç görünüyor. Umarım gidip yenisini alırsın.''

1. Bu hikâyede herhangi biri söylenmemesi gereken ya da söylemesi uygunsuz bir şey söyledi mi?
2. Kim söylememesi gereken ya da söylemesi uygunsuz bir şey söyledi?
3. Neden söylememeliydi ya da neden söylemesi uygun değildi?
4. Neden o sözü söylemiş olabilir?
5. Leyla perdeleri kimin aldığını biliyor muydu?
6. Ceren kendini nasıl hissetmiştir?

(Kontrol): Hikâyede Ceren ne satın almıştı?
(Kontrol): Ceren ne kadar zamandır o dairede yaşıyor?

EK-10. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği Örnek Soru

BROWN İNANÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ

1.Son hafta içinde sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu? Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz (asıl inanç)?

2.Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı?

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

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

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