

OBSESİF-KOMPÜLSİF BOZUKLUĞUN RUMİNASYON VE TEMİZLİK ALT BOYUTLARINDAKİ BİLİŞSEL HATALARIN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEDAVİ İLE DEĞİŞİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Comparison of Alterations of Cognitive Errors in Rumination and Cleaning Dimensions of Obsessive-Compulsive Disorder with Cognitive Behavioral Treatment

Mehmet Hamdi ÖRÜM¹ 

¹Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, ELAZIĞ, TÜRKİYE

ÖZ

Amaç: Obsesif-kompulsif bozukluğun ruminasyon ve temizlik boyutlarındaki bilişsel hata düzeyleri farklıdır. Bu çalışmada obsesif-kompulsif bozukluk-ruminasyon ve obsesif-kompulsif bozukluk-temizlik gruplarında ilaç tedavisine ek olarak uygulanan bilişsel davranışçı tedavinin bilişsel hatalar üzerine etkisi incelendi.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya toplamda 31 hasta (obsesif-kompulsif bozukluk-ruminasyon grubu=15; obsesif-kompulsif bozukluk-temizlik=16) dâhil edildi. Bu ileriye yönelik çalışmada obsesif-kompulsif bozukluk tanısı DSM-5'e göre konuldu. Alt boyutlar klinik ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinin birlikte değerlendirilmesiyle belirlendi. Bilişsel hatalar düşünce özellikleri ölçeği ile, hastanın genel durumu global değerlendirme ölçeği ile değerlendirildi. Bilişsel davranışçı tedavi seansları 3-10 gün arasındaki sıklıklarda ve toplamda sekiz seans olarak gerçekleştirildi. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi sadece tedavi başlangıcında, düşünce özellikleri ölçeği ve global değerlendirme ölçeği hem tedavi başlangıcında hem de sekiz haftalık tedavi sonrasında uygulandı.

Bulgular: Gruplar yaş ve eğitim durumu açısından benzerdi (sırasıyla $p=0.345$, $p=0.258$). Tedavi öncesinde gruplar arasında düşünce özellikleri ölçeği-IP (sosyal ilişki) açısından anlamlı farklılık vardı ($p=0.025$) ve bu anlamlı farklılık tedavi sonrasında da devam etti ($p=0.012$). Obsesif-kompulsif bozukluk-ruminasyon grubu düşünce özellikleri ölçeği-IP ($p<0.001$) ve düşünce özellikleri ölçeği-PA (kişisel başarı) ($p=0.043$) açısından bilişsel davranışçı tedaviden anlamlı olarak etkilenmişti. Obsesif-kompulsif bozukluk-temizlik grubu ise sadece düşünce özellikleri ölçeği-IP açısından bilişsel davranışçı tedaviden etkilenmişti ($p=0.001$).

Sonuç: Bu çalışmanın en önemli sonucu bilişsel davranışçı tedavinin sosyal ilişkilerdeki bilişsel hataları kişisel başarılarıdaki bilişsel hatalara göre daha fazla azaltmasıdır. Ayrıca, bireysel başarı ile ilişkili bilişsel hatalar ruminasyon alt boyutunda bilişsel davranışçı tedavi ile azalırken, temizlik alt boyutunda etkilenmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif-kompulsif bozukluk, biliş, alt boyut, bilişsel davranışçı tedavi

ABSTRACT

Objective: Cognitive error levels in rumination and cleaning dimensions of obsessive-compulsive disorder are different. In this study, the effect of cognitive behavioral therapy applied in addition to drug therapy in obsessive-compulsive disorder-rumination and obsessive-compulsive disorder-cleaning groups on cognitive errors was examined.

Material and Methods: A total of 31 patients (obsessive-compulsive disorder-rumination=15; obsessive-compulsive disorder-cleaning=16) were included in the study. In this prospective study, obsessive-compulsive disorder diagnosis was made according to DSM-5. The sub-dimensions were determined by evaluating the clinical and Maudsley Obsessive Compulsive Inventory together. Cognitive errors were evaluated with the cognitive distortions scale, and the general condition of the patient was evaluated with the global assessment scale. Cognitive behavioral therapy sessions were carried out at frequencies between 3-10 days and in eight sessions in total. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory was administered only at the beginning of the treatment, cognitive distortions scale and global assessment scale both at the beginning of the treatment and after eight weeks of treatment.

Results: The groups were similar in terms of age and education level ($p=0.345$ and $p=0.258$ respectively). Before the treatment, there was a significant difference between the groups in terms of cognitive distortions scale-IP (interpersonal relationship) ($p=0.025$), and this significant difference continued after the treatment ($p=0.012$). The obsessive-compulsive disorder-rumination group was significantly affected by cognitive behavioral therapy in terms of cognitive distortions scale-IP ($p<0.001$) and cognitive distortions scale-PA (personal achievement) ($p=0.043$). The obsessive-compulsive disorder-cleaning group was only affected by cognitive behavioral therapy in terms of cognitive distortions scale-IP ($p=0.001$).

Conclusion: The most important result of this study is that cognitive behavioral therapy reduces cognitive errors in social relationships more than cognitive errors in personal achievements. In addition, cognitive errors related to personal achievement were reduced by cognitive behavioral therapy in the rumination sub-dimension, while they were not affected in the cleaning sub-dimension.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, cognition, sub-dimension, cognitive behavioral therapy



Yazışma Adresi / Correspondence:
Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, ELAZIĞ, TÜRKİYE
Tel / Phone: +90 538 2207558
Geliş Tarihi / Received: 02.10.2020

Dr. Mehmet Hamdi ÖRÜM
E-posta / E-mail: mhorum@hotmail.com
Kabul Tarihi / Accepted: 09.09.2021

GİRİŞ

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), stres düzeyini artıran obsesyonlar ve tekrarlayan kompüsiyonları içeren ciddi bir bozukluktur (1). Obsesyonlar, kaygıyı artıran, girici, istenmeyen düşünce, görüntü ve dürtülerdir. Kontaminasyon, şiddet ve zarar verme, emin olamama, cinsel ve dini takıntılar bu obsesyonlardan bazılarıdır. Kompüsiyonlar ise kaygıyı azaltmak amacıyla kullanılan tekrarlayıcı davranış ve zihinsel eylemlerdir. Yıkama, kontrol etme, sıraya koyma, düzenleme, ibadet etme, zihinsel yer değiştirme ve yerine koyma bunlardan bazılarıdır (2,3). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Ulusal Komorbidite Araştırmasına (National Comorbidity Survey Replication) göre kontrol obsesyonu (%79.3) en sık obsesyonken bunu istifleme (%62.3), sıralama (%57.0), ahlaki (%43.0), cinsel/dini (%30.2), kontaminasyon (%25.7), zarar verme (%24.2), hastalıkla ilgili endişeler (%14.3) ve diğer (%19.0) obsesyonlar takip etmektedir. Yine bu çalışma, yanıt verenlerin %81'inde birden fazla obsesyon olduğunu göstermiştir (4). OKB, çevresel ve genetik faktörlerden kolaylıkla etkilenebilen bir bozukluk olduğu için farklı yerlerde yaşayan ancak aynı ırktan olan kişilerde bile boyut karakteristikleri değişmektedir (5). Aynı hastada, belirtiler zamanla değişebilmektedir. Bu kadar dışsal faktörün etkilediği OKB'nin boyutsal yapısının ortaya konulması zorlaşmaktadır (6).

Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Sorgulama Formu (Y-BOKS), 50'den fazla obsesyon ve kompüsiyonu içeren bir formdur. Y-BOKS'dan yola çıkarak çeşitli belirti alt boyutları oluşturulmaya çalışılmıştır (7). Baer (8), 13 belirtiyi ele alarak 3 faktör tanımlamıştır: simetri/istifleme, kontaminasyon/kontrol ve pür takıntılar. Pür takıntılar kategorisi, kolayca ayırt edilemeyen dini, cinsel obsesyonları ve saldırganlık dürtüsü olan bireylere karşılık gelmektedir. Leckman ve ark. (9), yine Y-BOKS'u kullanarak Baer'in (8), 3 boyutunu dörde çıkardı: Takıntılar ve kontrol etme (saldırganlık, cinsel ve dini takıntılarını içeren), simetri ve

düzen (tekrar etme ve saymayı içeren), temizlik ve yıkama, istifleme. Mataix-Cols ve ark. beş boyut tanımladı: Simetri/düzen, istifleme, kontaminasyon, saldırganlık/kontrol ve cinsel/dini endişeler (10). Abramowitz ve ark. ise yine Y-BOKS'u kullanarak beş boyut tanımladı: Zarar verme, kontaminasyon, istifçilik, kabul edilemez düşünceler ve simetri (11). Abramowitz ve ark.'nın çalışmasına göre hem zarar verme hem de kabul edilemez düşünce boyutları (cinsel ve dini obsesyonlar) saldırganlık takıntılarını içeriyordu (11). Ayrıca, kabul edilemez düşünceler boyutu aynı zamanda zihinsel kompüsiyonları da içeriyordu. Verilen örneklerden anlaşılabilirliği gibi OKB'nin boyutsal özellikleriyle ilişkili çalışmalar birbirlerinden farklı özellikler içermektedir. Bu da araştırmaların ortak bir dil kullanmasına engel olmaktadır. Ülkemizde nispeten daha sık uygulanan Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) de beş farklı alt boyutu değerlendirmektedir. Y-BOKS'da kabul edilemez düşünceler, zihinsel tekrarlayan davranışlar gibi farklı şekillerde ifade edilen belirtiler MOKSL'de ruminasyon alt boyutu altında toplanmıştır. Bu da çalışmalar yapılırken boyutsal özelliklerin karşılaştırmasını kolaylaştırmaktadır (12,13).

OKB hastalarında, bilişim hafıza, dikkat, esneklik, inhibisyon, sözel akışkanlık, planlama ve karar verme gibi alanlarında sağlıklı kontrollere göre farklılıklar olduğu bildirilmiştir (14). Bilişsel yapıdaki bu farklılıklar artmış bilişsel hata düzeyi ile kendini gösterebilmektedir. Çalışmalar, OKB hastalarının hem kişilerarası ilişkiler (IP) hem de bireysel başarı (PA) ile ilişkili bilişsel hatalar açısından kontrol gruplarına göre hastalar aleyhine anlamlı farklılıklar gösterdiğini bildirmiştir. Örüm, OKB hastaları ile sağlıklı kontrol gruplarını karşılaştırdığı çalışmada, hasta grubunda MOKSL puanlarının ve bilişsel hata düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermiştir (15). OKB'nin alt boyutlarının bilişsel hatalar açısından karşılaştırıldığı çalışmalarda ise kabul edilemez düşünceler, zihinsel tekrarlar ve cinsel-dini obsesyonların bozulmuş bilişsel

süreçlerle daha fazla ilişki içinde olduğu bildirilmiştir. Örüm'ün çalışmasında, OKB'nin ruminasyon boyutunda temizlik boyutuna göre psikiyatrik belirti-bilişsel hata korelasyonu daha belirgin saptanmıştır (16). Ruminasyon boyutunda kişilerarası ilişkilere ilişkin bilişsel hatalar, temizlik boyutundan daha yüksek bulunmuştur. Bu bilişsel hatalar aynı zamanda hastaların nöropsikolojik durumunu yansıtmaktadır. OKB tedavisinde belirtilerin altında yatan nöropsikolojik durumun değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmenin yapılması bilişsel iyileştirmeyi içeren tedavilerin başarısını artıracaktır (16).

OKB tedavisinde bilişsel yeniden yapılanmayı da içeren bir yol haritasına sahip olan bilişsel davranışçı tedavi (BDT), belirtilerin tedavi sonrasında yeniden gözlenmesine kadar geçen süreyi anlamlı bir şekilde uzatmaktadır. İlaç tedavisiyle birlikte kullanıldığı durumlarda bu sürenin en uzun halini aldığı gösterilmiştir (17). Olatunji ve ark. tarafından yapılan ve on altı randomize kontrollü çalışmanın verilerini içeren meta-analiz, tedavi sonrası ve takip sürecinde BDT'nin birincil sonuç ölçütlerinde kontrol gruplarından daha iyi performans gösterdiğini bildirmiştir (18). Abramowitz ve ark., OKB hastalarını zarar verme, bulaşma, istifçilik, kabul edilemez düşünceler ve simetri diye beş gruba ayırdıkları çalışmalarında, BDT'ye en düşük olumlu yanıtın istifçilik grubunda olduğunu saptamıştır (11). Keeley ve ark. da BDT'ye yanıtın OKB alt boyutu ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (19). BDT'nin OKB'deki etkisini inceleyen ve BDT'ye verilen yanıtın boyutsal özelliklerden etkilendiğini bildiren çalışmaların da önemli bir eksiği OKB belirti türlerinin henüz standardize edilmemiş olmasıdır. Bu anlamda Türkçeye çevrilmiş olan MOKSL'ye çevirmenler tarafından beşinci olarak eklenen ruminasyon boyutunun, MOKSL'nin BDT'nin etkinliğini ortaya koyacak çalışmalarda kullanılmasını yararlı hale getireceği düşünülmektedir (13). Örüm'ün çalışması ruminasyon boyutunun temizlik boyutuna göre bilişsel hatalarla daha fazla ilişkili olduğunu göstermiştir (16). Ancak bu

iki boyutta BDT uygulaması sonrasında ortaya çıkabilecek olası bilişsel hata düzeyi değişimi henüz incelenmemiştir. Bu çalışmadaki amacımız bir sıcak biliş ölçüğü olan ve IP ve PA alanlarındaki bilişsel hataları ayrı ayrı değerlendiren Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ)'nün, ilaç tedavisine ek olarak BDT uygulanan ruminasyon ve temizlik boyutlarındaki değişimini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Deseni

Bu ileriye yönelik çalışma, Kahta devlet hastanesi psikiyatri polikliniğinde gerçekleştirildi. Sadece kadınların dâhil edildiği bu çalışmada Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın beşinci versiyonu (DSM-5) (1)'na göre OKB tanısı almış kişiler belirtilerine ve uygulanacak tedavi yöntemlerine göre iki gruba ayrıldı: OKB-Ruminasyon (OKB-R) ve OKB-Temizlik (OKB-T). Alt tipler belirlenirken, hastanın kliniğinin MOKSL ile uyumlu olmasına dikkat edildi. Görüşmeler psikiyatrik muayeneye uygun bir ortamda çalışmanın tek yazarı tarafından gerçekleştirildi. Çalışma 01/05/2020-01/10/2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü ve protokol Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (Tarih: 21.04.2020 sayı No: 2020/3-24).

İçleme ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve DSM-5'e göre OKB tanısı alan hastalar çalışmaya dâhil edildi. Klinik ile MOKSL yanıtları uyumsuz olan 11 kişi çalışma dışı bırakıldı. Ruminasyon ve temizlik dışındaki boyutlara giren ya da belirtileri karışık olan 43 kişi çalışmaya dâhil edilmedi. Zekâ geriliği olan ve tiroit, karaciğer ve böbrek hastalıkları gibi ruhsal durumlarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilecek organik rahatsızlıkları olan hasta ve kontroller çalışmaya dâhil edilmedi. Bu şekilde, ek psikiyatrik ya da organik

hastalığı olan ve ilaç kullanan 41 kişi çalışmadan dışlandı. Çalışmaya, başvuru sırasında ilaç kullanmayan, son ilaç tedavisini ya da BDT gibi psikoterapi uygulamalarını bir yıldan uzun bir süre önce almış hastalar dâhil edildi. Görüşmeler sırasında eksik bilgi veren hasta ve kontroller çalışmaya alınmadı. Çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışma gerekliliklerinden herhangi birini gerçekleştirilmeyen hastalar çalışmadan dışlandı. Bu şekilde çalışmanın farklı aşamalarında toplamda 3 kişi çalışma dışı bırakıldı.

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından sosyodemografik ve klinik bilgileri içeren bir form dolduruldu. Ankette değişkenler olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu ve aile psikiyatrik öyküsü kullanıldı.

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

MOKSL, sağlıklı kişiler ve psikiyatrik hasta gruplarında obsesif ve kompulsif belirtilerin türünü ve yaygınlığını ölçmek amacıyla kullanılan, Hodgson ve Rachman (12) tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orijinalinde kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve kuşku alt boyutları varken, Türkçe formuna Erol ve Savaşır (13) tarafından ruminasyon alt boyutu da eklenmiştir. Ölçek doğru ve yanlış şeklinde cevaplanacak 37 sorudan oluşmaktadır. MOKSL'dan 0-37 arasında puan alınabilmekte ve puan arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin görülme sıklığı artmaktadır.

Düşünce Özellikleri Ölçeği (Cognitive Distortions Scale)

Özdel ve ark. (20) tarafından 2014 yılında Türkçeye çevrilmiş her bir bölümünde 10 madde olan, iki ayrı bölümden oluşan 20 maddelik bir ölçektir. On farklı maddede on farklı düşünce tarzı (zihin okuma, felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, -meli -malı ifadeleri, olumluyu küçültme ya da yok sayma) bulunmaktadır. Öncelikle her düşünce tarzının ne olduğu

açıklanmaktadır. Daha sonra her bir düşünce tarzının daha iyi anlaşılması amacıyla iki örnek durum anlatılır. Anlatılan bu iki durumdan bir tanesi sosyal ilişkilerle (IP, arkadaş, eş ve aile gibi) diğeri ise kişisel başarılarla ilgilidir (PA, bir sınavı geçmek ya da işte başarısız olmak gibi). Bu kurgu örneklerinin amacı her bir düşünce tarzının gerçek hayatta nasıl olabileceğini ölçeceği dolduran kişinin anlamasını kolaylaştırmaktır. Ölçeği dolduran kişinin başta bu tanımlanan düşünüş tarzını anlaması ve bu düşünüş tarzını ne sıklıkta kullandığını 1 (asla)'den 7 (her zaman)'ye kadar olan Likert tarzı puanlamaya yansıtması istenmektedir. Klinik ve klinik olmayan örneklerden elde edilen sonuçlara göre ölçeğin Cronbach alfa değeri klinik olgular için 0.933, klinik olmayan olgular için 0.918 bulunmuştur.

Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)

GAS, kısa sürede uygulanan ve psikopatolojideki değişikliklerin tüm yönlerini (psikolojik, sosyal ve mesleki işlevsellik) kapsayan bir derecelendirme ölçeğidir. Endicott (21) tarafından 1976'da geliştirilmiştir ve 0-100 arasında puanlanır.

Çalışma Protokolü ve Değerlendirme

Yukarıda bahsedilen kriterlere uyan OKB hastalarının onayları doğrultusunda OKB-R ve OKB-T diye iki hasta grubu oluşturuldu. Hastaların tamamına ilaç tedavisi başlandı ve hastalar BDT programına dâhil edildi. Tüm hastalarda AD tek başına ya da düşük doz AP ile kombine bir şekilde uygulandı. İlaç kullanımı bir aile üyesi tarafından teyit edildi. Tüm hastalar, 2 aylık bir süreç içerisinde 8 defa poliklinikte görüldü. Hastalar çoğunluğu haftada bir olmakla beraber (3-10 gün arasında) poliklinik kontrolüne çağırıldılar ve onayları ile alınan iletişim numaralarından bu sürenin sınırlarına uyulması sağlandı.

Çalışmada standart BDT seans yapısına uyuldu. Seans yapısı şu şekildeydi: Duygudurum kontrolü ve kısa güncelleme; bir önceki seansla bağlantı kurma; ödev kontrolü; gündem belirleme; gündem maddelerini ele alma; seans arası alıştırma (ev ödevi) verilmesi; seansın

özetlenmesi; hastadan geribildirim alınması. Bununla birlikte, hasta profilinin nispeten düşük eğitilmiş bir kesimi kapsaması nedeniyle BDT uygulamasında çeşitli değişikliklere gidildi. BDT süreci bireysel bazı değişiklikler göstermekle birlikte genel olarak şu şekildeydi: [1] Seans süresi en fazla 55, en az 25 dakika olacak şekildeydi. [2] Değerlendirme görüşmesi 2 ayrı seanstan oluşuyordu. Değerlendirme görüşmesinde tanı belirlendi, sorun kavramlaştırıldı, tedavi motivasyonu değerlendirildi, bilişsel formülasyon yapıldı ve tedavi amaçları belirlendi. [3] İki değerlendirme (2 seans) görüşmesinden sonra BDT seansları (6 seans) başlatıldı. Gündem oluşturma rasyoneli anlatıldı; değerlendirme esnasında verilen ölçekler varsa bunlar konuşuldu ve geribildirim alındı; sorunlar tanımlandı; terapi amacı belirlendi ve beklentiler konuşuldu; danışana model anlatıldı; rahatsızlığının bilişsel modeliyle ilgili bilgi verildi; ev ödevi verildi; özetleme ve sonrasında geri bildirim ile seans sonlandırıldı. ABC modeli (duygu, düşünce ve davranış) tanıtıldı. Bilişsel ve davranışçı teknikler örneklerle anlatıldı.

Tedavi öncesinde hastalara MOKSL, DÖÖ ve GAS doldurtuldu. Sekiz seansın sonunda hastaların klinik durumlarına bakılmaksızın GAS ve DÖÖ yeniden uygulandı.

BDT görüşmelerini gerçekleştiren araştırmacı Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından düzenlenen BDT eğitimini 2018-2019 yılları arasında 112 saat teorik ve 56 saat süpervizyon olarak tamamlamıştır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizlerde Windows SPSS 22.0 programı (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp) kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ve sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde olarak verildi. Kategorik verilerin analizinde Ki-kare testi kullanıldı. Değişkenlerin dağılımını incelemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi, sürekli bağımsız değişkenleri değerlendirmek için Mann-Whitney U testi

kullanıldı. Bağımlı grupların karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanıldı. Spearman korelasyon analizi değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm değerler için $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

OKB-R grubunda ortalama yaş 28.24 ± 6.32 yıl; OKB-T grubunda 29.12 ± 7.58 yıldır ($p=0.345$). OKB-R grubunda ortalama eğitim süresi 9.65 ± 3.89 yıl; OKB-T grubunda 10.74 ± 5.01 yıldır ($p=0.258$). Hastalık başlangıç yaşı OKB-R grubunda 20.23 ± 5.25 yıl iken, OKB-T grubunda 22.87 ± 5.29 yıldır ($p=0.198$). Gruplar arasında evlilik durumu ($p=0.265$), çalışma durumu ($p=0.447$), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ($p=0.124$) açısından anlamlı farklılık yoktu. Sosyodemografik veriler Tablo 1'de gösterildi.

Tedavi öncesinde, MOKSL'nin temizlik boyutu OKB-T'de ($p=0.009$), MOKSL'nin ruminasyon boyutu OKB-R'de ($p=0.035$) daha yüksekti. İşlevsellik (GAS), OKB-T grubunda daha iyiydi ($p=0.043$). DÖÖ'nün alt ölçekleri açısından sadece DÖÖ-IP'de gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0.025$). Tedavi öncesi döneme ait ölçek bulguları Tablo 2'de gösterildi.

Tedavi sonrasında, GAS ($p=0.136$) ve DÖÖ-PA ($p=0.212$) açısından gruplar benzerdi. DÖÖ-IP ise gruplar arasında yine anlamlı olarak farklıydı, yani OKB-R grubunda kişilerarası ilişkileri gösteren bilişsel hatalar daha yüksekti ($p=0.012$) (Tablo 3).

Bağımlı grup analizinde, OKB-R'nin ilaç tedavisine ek olarak uygulanan BDT sonrasında hem DÖÖ-IP ($p<0.001$) hem de DÖÖ-PA ($p=0.043$) açısından hasta lehine anlamlı bir değişiklik gösterdiği; OKB-T'nin ise DÖÖ-IP ($p=0.001$) açısından hasta lehine değişiklik ortaya çıkarırken, DÖÖ-PA ($p=0.325$) açısından farklılık ortaya çıkarmadığı görüldü (Tablo 4).

Tedavi öncesindeki değerler açısından, GAS skorları ile DÖÖ-IP arasında negatif ve anlamlı bir korelasyon saptandı ($r=-0.502$; $p<0.001$).

Tablo 1: OKB alt gruplarının sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

Değişkenler		OKB-R (n=15)	OKB-T (n=16)	p değeri
Yaş (yıl), (ortalama±SS)		28.24±6.32	29.12±7.58	0.345
Eğitim (yıl) (ortalama±SS)		9.65±3.89	10.74±5.01	0.258
Hastalık Başlangıç Yaşı (yıl) (ortalama±SS)		20.23±5.25	22.87±5.29	0.198
Evlilik Durumu	Evli	9 (%60.00)	10 (%62.50)	0.265
	Bekâr	5 (%33.33)	4 (%25.00)	
	Boşanmış	1 (%6.67)	2 (%12.50)	
Çalışma Durumu	Evet	4 (%26.66)	3 (%18.75)	0.447
	Hayır	11 (%83.34)	13 (%81.25)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Evet	6 (%40.00)	5 (%31.25)	0.124
	Hayır	9 (%60.00)	11 (%68.75)	

İstatistiksel analizde bağımsız örneklem t-testi ve ki-kare analizi kullanıldı; OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk; R: Ruminasyon; T: Temizlik, SS: Standart Sapma;

Tablo 2: Tedavi öncesi MOKSL, DÖÖ, GAS verilerinin karşılaştırılması

Değişkenler	OKB-R (n=15) (ortanca-mean rank)	OKB-T (n=16) (ortanca-mean rank)	p değeri
MOKSL Toplam	29.74	33.26	0.168
MOKSL Temizlik	26.03	36.97	0.009*
MOKSL Ruminasyon	34.42	28.58	0.035*
GAS	27.35	35.65	0.043*
DÖÖ-IP	36.71	26.29	0.025*
DÖÖ-PA	34.35	28.65	0.116
DÖÖ-T	35.26	27.74	0.072

*p<0.05; İstatistiksel analizde Mann Whitney U testi kullanıldı; DÖÖ: Düşünce Özellikleri Ölçeği; IP: Kişilerarası İlişkiler; PA: Kişisel Başarı; SS: Standart Sapma; OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk; R: Ruminasyon; T: Temizlik; MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi; GAS: Global Değerlendirme Ölçeği

Tablo 3: Tedavi sonrası MOKSL, DÖÖ, GAS verilerinin karşılaştırılması

Değişkenler	OKB-R (n=15) (ortanca-mean rank)	OKB-T (n=16) (ortanca-mean rank)	p değeri
GAS	28.40	34.60	0.136
DÖÖ-IP	45.10	17.90	0.012*
DÖÖ-PA	31.71	31.29	0.212
DÖÖ-Total	34.87	28.13	0.088

*p<0.05; İstatistiksel analizde Mann Whitney U testi kullanıldı; DÖÖ: Düşünce Özellikleri Ölçeği; IP: Kişilerarası İlişkiler; PA: Kişisel Başarı; SS: Standart Sapma; OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk; R: Ruminasyon; T: Temizlik; MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi; GAS: Global Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4: Tedavi öncesi ve sonrasındaki DÖÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Tedavi Öncesi (Ortalama±SS)	Tedavi Sonrası (Ortalama±SS)	p
DÖÖ-IP	OKB-R	40.54±8.66	34.18±7.49	<0.001*
	OKB-T	34.33±9.36	28.26±8.45	0.001*
DÖÖ-PA	OKB-R	39.88±8.44	36.34±7.23	0.043*
	OKB-T	35.35±10.48	34.65±9.35	0.325
DÖÖ-Total	OKB-R	80.42±17.10	72.52±15.72	<0.001*
	OKB-T	69.68±19.84	62.91±17.80	0.002*

*p<0.05; İstatistiksel analizde Wilcoxon testi kullanıldı. DÖÖ: Düşünce Özellikleri Ölçeği; IP: Kişilerarası İlişkiler; PA: Kişisel Başarı; SS: Standart Sapma; OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk; R: Ruminasyon; T: Temizlik

TARTIŞMA

Çalışmamız, geçmiş çalışmalarla benzer şekilde OKB'nin ruminasyon alt boyutundaki bilişsel hata düzeyinin temizlik alt boyutuna göre daha fazla olduğunu gösterdi. Tedavi öncesi işlevsellik düzeyi ruminasyon boyutunda daha kötüydü. Bireysel başarı ile ilişkili bilişsel hatalar OKB boyutlarıyla ilişkisizdi ve BDT+ilaç tedavisinin gruplar arasındaki DÖÖ-PA ilişkisini değiştirmedeği görüldü. Sekiz haftalık tedavi, gruplar arasında başlangıçta var olan işlevsellik düzeyi farkını ortadan kaldırdı ve gruplar GAS açısından benzer duruma geldi. Bağımlı grup analizi, BDT+ilaç tedavisinin OKB-T'de bireysel başarı ile ilişkili bilişsel

hatalar açısından değişiklik ortaya çıkarmadığını, ancak her iki grupta da kişilerarası ilişkilerle ilişkili bilişsel hata düzeylerini hasta lehine azalttığını gösterdi. Sosyodemografik değişkenlerin OKB dâhil olmak üzere psikiyatrik bozukluk ve durumlarda psikometrik ölçek bulgularını etkilediği bilinmektedir. Bu yüzden özellikle bilişsel süreçlerin incelendiği çalışmalarda bu değişkenlerin benzer olmasına dikkat edilir (22). Bizim çalışmamızda, yaş, eğitim düzeyi gibi bilişsel bulguları etkileyebilecek değişkenlerin benzer olması sağlandı.

OKB heterojen psikopatolojiye sahip bir bozukluktur. Günümüzde, OKB belirti alt tiplerini belirlemek için altın standart bir yöntem yoktur ve kriterler belirsiz

kalmıştır. Bununla birlikte, OKB alt boyutları deneysel çalışmalar sonrasında geliştirilen bazı ölçekler yardımıyla kendi aralarında değişiklikler göstermekle birlikte belirlenebilmektedir (2,23). Biz çalışmamızda MOKSL aracılığıyla belirlenen ruminasyon ve temizlik boyutlarını kullandık. İnanç alanları ile OKB boyutları arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Hastalar OKB belirtilerini kontrol etmek için abartılı bir sorumluluk almaktadır (24). Sookman ve Pinard, kontrol belirtisinin belirsizliğe tahammülsüzlükle, yıkama belirtisine göre daha fazla ilişkili olduğunu bildirmiştir (25). Lee ve Kwon düşüncelere aşırı önem atfetmenin ve düşünceyi kontrol altında tutmaya yönelik çabanın ruminasyon boyutunda, temizlik boyutuna göre daha belirgin olduğu ifade etmiştir (26). Bununla birlikte çalışmalar arasında inanç alanı-boyut ilişkisi bulguları açısından da farklılıklar bulunmaktadır. Tolin ve ark., tehlikeyi olduğundan daha fazla tahmin etme inanç alanının temizlik ve ruminasyon boyutuyla ilişkili olduğunu; düşüncelere aşırı önem atfetmenin ise sadece ruminasyon boyutuyla ilişkili olduğunu belirtmiştir (27). Bununla birlikte, Emmelkamp ve Aardema, düşüncelere aşırı önem atfetmenin hem ruminasyon hem de temizlik boyutuyla; mükemmeliyetçilik inanç alanının ise sadece temizlik boyutuyla ilişkili olduğunu bildirmiştir (28). İnanç alanları ile boyutlar arasındaki ilişkiler her ne kadar belirsiz olsa da ruminasyon boyutunun ya da ruminasyon boyutunu da içeren belirti kümelerinin, işlevsellik azalması ile karakterize oluşu daha fazla çalışmada ifade edilmiştir (16). Bizim çalışmamızda da ruminasyon boyutu grubundaki hastalarda, tedavi öncesindeki genel değerlendirme skorları -hasta aleyhine- daha düşüktü. Bu işlevsellik düşüklüğü ile bilişsel hatalar arasında anlamlı negatif bir korelasyon vardı.

Çalışmamızda ilaç tedavisi alan hastalara ek olarak BDT uygulandı ve çeşitli incelemeler yapıldı. Bulgularımızın ilaç ve BDT uygulamalarından ne oranda etkilendiği bilinmemektedir. Bununla birlikte literatürde, OKB’de ilaç tedavisi ile BDT’nin etkinliğini karşılaştıran

çalışmalar bulunmaktadır (29). Bu çalışmalara göre OKB tedavisinde, yalnızca BDT, bireyselleştirilmiş ilaç tedavisini takiben BDT, standartlaştırılmış ilaç tedavisini takiben BDT ve plaseboyu takiben BDT uygulamalarının tamamında obsesyonel belirtilerde ve inançlarda kontrol gruplarına göre anlamlı düşüşler saptanmıştır. Tek başına BDT, tek başına ilaç tedavisine göre klinik anlamda daha fazla anlamlı değişiklik ortaya çıkarmıştır. Yine tek başına BDT uygulamasının, tek başına ilaç uygulamasına kıyasla daha fazla bilişsel düzelmeyi sağladığı bildirilmiştir (16,30). Bu bilgilerden yola çıkarak, bizim çalışmamızdaki bilişsel düzelmelerin de BDT ile daha fazla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak; bilişsel hatalar, aynı olayı yaşayan kişilerin olayı ve sonuçlarını algılayışlarını etkilemektedir. Çalışmamıza göre ilaç tedavisine ek olarak uygulanan BDT, OKB’nin hem ruminasyon hem de temizlik boyutunda kişilerarası ilişkilerle ilgili bilişsel hataların düzeyini azaltmaktadır. Ancak bireysel başarı alanı sadece OKB-R’de anlamlı olarak etkilenmektedir.

Çalışmamızın anlamlı bulgularına rağmen bazı kısıtlılıkları bulunmaktaydı. Hasta sayısının artırıldığı, her iki cinsiyetin dâhil edildiği, hastaların daha uzun süre takip edildiği, ölçeklerin sayısının artırıldığı, alt tip sayısının artırılarak kendi aralarında karşılaştırmaların yapıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalarımızın tamamı aynı zamanda ilaç tedavisi almaktaydı. Bulgularımıza ilaç ve BDT’nin ayrı ayrı etkisinin belirlenememesi bir diğer kısıtlılıktır. Ayrıca çalışmamızda, BDT değerlendirme görüşmelerini de içerecek şekilde sadece sekiz seans uygulandı. Bu sekiz seansın genel işleyişi gruplar arasında benzer olmakla birlikte, farklılıkların olabileceği unutulmamalıdır. Geçmişte alınan ilaç ve psikoterapi uygulamalarının mevcut bulgulara etkisi bilinmemektedir.

Çatışma Beyanı: Yazarların beyan edeceği herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı: Fikir, Tasarım, Denetleme, Kaynaklar, Malzemeler, Veri Toplanması ve/veya İşlemesi, Analiz ve/veya Yorum, Literatür Taraması, Yazıyı Yazan ve Eleştirel İnceleme – M.H.Ö. (%100).

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışma için hiçbir kişi ya da kurumdan finansal destek alınmamıştır. Araştırmaya katılan tüm hastalarımıza teşekkür ederiz.

Etik Kurul Onamı: Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu; tarih: 21.04.2020 sayı No: 2020/3-24).

KAYNAKLAR

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Association. 5th ed. Arlington, United States. American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*. 2013;46(6):365-76.
3. Özen ME, Kalenderoğlu A, Çelik M, Örüm MH, Hocaoğlu Ç. Obsesif kompulsif bozukluk güçlendirme tedavisinde aripiprazol, klomipramin ve bupironun etkinliği: Retrospektif bir araştırma. *Adıyaman Üni Sağlık Bilimleri Derg*. 2019;5(1):1293-302.
4. Ruscio A, Stein D, Chiu W, Kessler R. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
5. Yorulmaz O, Işık B. Cultural context, obsessive-compulsive disorder symptoms, and cognitions: a preliminary study of three Turkish samples living in different countries. *Int J Psychol*. 2011;46(2):136-43.
6. Karadağ F, Oguzhanoglu NK, Ozdel O, Ateşçi FC, Amuk T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depress Anxiety*. 2006;23(3):145-52.
7. Yee K, Serrano D, Kando J, McElroy SL. A psychometric analysis and revalidation of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Binge Eating in adults with binge eating disorder. *Qual Life Res*. 2019;28(12):3385-94.
8. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1994;55 Suppl:18-23.
9. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154(7):911-7.
10. Mataix-Cols D, Rauch S, Manzo P, Jenike M, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156(9):1216-409.
11. Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(6):1049-57.
12. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther*. 1977;15(5):389-95.
13. Erol N, Savaşır I. Maudsley obsesif kompulsif soru listesi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı, 23 Eylül 1988, Ankara, Türkiye. Ankara: GATA Basımevi; 1988:107-14.
14. Benzina N, Mallet L, Burguière E, N'Diaye K, Pelissolo A. Cognitive dysfunction in obsessive-

- compulsive disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(9):80.
15. Örüm MH. The relationship between cognitive errors and psychiatric symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Med J Ankara Tr Res Hosp.* 2020;53(1):29-35.
16. Örüm MH. Cognitive error characteristics of rumination and cleaning dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2020;21(6):592-9.
17. O'Connor K, Todorov C, Robillard S, Borgeat F, Brault M. Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Can J Psychiatry.* 1999;44(1):64-71.
18. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res.* 2013;47(1):33-41.
19. Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(1):118-30.
20. Özdel K, Taymur I, Guriz SO, Tulaci RG, Kuru E, Turkcapar MH. Measuring cognitive errors using the cognitive distortions scale (CDS): Psychometric properties in clinical and non-clinical samples. *Plos ONE.* 2014;9(8):E105956.
21. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33(6):766-71.
22. Alvarenga PG, do Rosario MC, Cesar RC, Manfro GG, Moriyama TS, Bloch MH et al. Obsessive-compulsive symptoms are associated with psychiatric comorbidities, behavioral and clinical problems: a population-based study of Brazilian school children. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25(2):175-82.
23. Alemany-Navarro M, Cruz R, Real E, Segalàs C, Bertolin S, Rabionet R et al. Looking into the genetic bases of OCD dimensions: a pilot genome-wide association study. *Transl Psychiatry.* 2020;10(1):151.
24. Julien D, O'Connor KP, Aardema CT. The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Pers Individ Differ.* 2006;41(7):1205-16.
25. Sookman D, Pinard G. Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. In: Frost RO, Steketee G, eds. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment and Treatment.* Oxford: Elsevier, 2002:63-89.
26. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther.* 2003;41:11-29.
27. Tolin DF, Woods CM, Abramowitz JS. Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognit Ther Res.* 2003;27:657-69.
28. Emmelkamp PMG, Aardema A. Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clin Psychol Psychother.* 1999;6:139-45.
29. Öst LG, Riise EN, Wergeland GJ, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2016;43:58-69.
30. O'Connor KP, Aardema F, Robillard S, Guay S, Pélissier MC, Todorov C et al. Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2006;113(5):408-19.