

**T. C.**  
**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ BİLİŞSEL  
TERAPİ PROGRAMININ BİREYLERİN OBSESİF  
KOMPULSİF BELİRTİ DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**NAZİRE AYŞENUR GÜNDOĞAN**

**170131002**

**TEZ DANIŞMANI**

**Dr. Öğr. Üyesi Melek ASTAR**

**İSTANBUL 2019**

**T. C.**  
**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ BİLİŞSEL**  
**TERAPİ PROGRAMININ BİREYLERİN OBSESİF**  
**KOMPULSİF BELİRTİ DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**NAZİRE AYŞENUR GÜNDOĞAN**

**170131002**

**TEZ DANIŞMANI**

**Dr. Öğr. Üyesi Melek ASTAR**

**İSTANBUL 2019**

## **TEZ ONAY SAYFASI**

FSMVÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji yüksek lisans programı 170131002 numaralı öğrencisi Nazire Ayşenur Gündoğan'ın ilgili yönetmeliklerin belirlediği tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının obsesif kompulsif belirtilere etkisi” başlıklı tezi aşağıda imzaları olan jüri tarafından 14.06.2019 tarihinde oybirliği ile kabul edilmiştir.

**Dr. Öğr. Üyesi Melek ASTAR**

(Jüri Başkanı-Danışman)

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi

**Dr. Öğr. Üyesi Nevin KILIÇ**

(Jüri Üyesi)

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi

**Dr. Öğr. Üyesi İrem ANLI**

(Jüri Üyesi)

Demiroğlu Bilim Üniversitesi

## **BEYAN**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

**Nazire Ayşenur Gündoğan**

**İmza**

# **BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ BİLİŞSEL TERAPİ PROGRAMININ OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERE ETKİSİ**

## **ÖZET**

Bu çalışma, bilinçli farkındalık temelli hazırlanan bilişsel terapi programının bireylerin obsesif kompulsif belirti düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmada kontrol gruplu ön test- son test- izlem testi modeli ve deneysel yöntem kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde ikamet eden 17-65 yaş arası katılımcılardan, çalışma için belirlenen kriterlere en uygun olanlar oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama araçları olarak kişisel bilgilerin edinebilmek amacıyla “Demografik Bilgi Formu”, katılımcı kriterlerini incelemek amacıyla “SCL-90 Belirti Tarama Listesi” ve deneyimlenen obsesif kompulsif belirti düzeyini belirleyebilmek amacıyla “Padua Envanteri” kullanılmıştır. Veri toplama araçları kontrol ve müdahale gruplarına uygulama başlamadan önce ön test, uygulama tamamlandıktan sonra son test, izlem süreci tamamlandıktan sonra ise izlem testi olarak uygulanmıştır. Müdahale grubuna 150’şer dakika süren toplamda sekiz oturumluk program uygulanırken, kontrol grubuna bu süre zarfında herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Müdahale programı tamamlandıktan sonra her iki grup için izlem süreci başlatılmıştır. Belirlenen süre tamamlandıığında Padua Envanteri katılımcılara izlem testi olarak tekrar uygulanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde SPSS 20.0 yardımıyla Bağımsız Örnek t Testi, Tek Örnek Ki Kare Analizi ve Tekrarlı ölçümler için İki Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, müdahale grubuna uygulanan programın sonucunda katılımcıların Padua Envanteri’nde ifade ettikleri obsesif kompulsif belirti düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş görülmüştür. İzlem testi analizine göre düşen belirti düzeyleri dört ay sonrasına kadar aynı aralıkta devam etmiştir. Kontrol grubu için yapılan analizde ön test, son test ve izlem testi puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Çalışmanın sonucuna göre, Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı, obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde destekleyici bir müdahale olarak değerlendirilebilir olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi, bilişsel terapi, obsesif kompulsif belirtiler, obsesif kompulsif bozukluk.

# **EFFECTS OF MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY ON OBSESSIVE COMPULSIVE SYMPTOMS**

## **ABSTRACT**

This study was aimed to examine the effects of mindfulness based cognitive therapy on obsessive compulsive symptoms. The research is an experimental study that is based on including an experiment group and a control group; pre-test, post-test and follow up model is used. Sample of this study is composed of individuals between 17-65 in Istanbul who were most suitable to this study's required criteria. In this research, "Personal Information Questionnaire" is used to collect basic information from participants and "SCL-90 Symptom Checklist" is used for participant criteria. In order to measure the level of obsessive compulsive symptoms, "Padua Inventory" is used. Measurement tools were used before the implementation process as pre-test, after the process as post-test and after finishing the follow up process, applied as follow up test. Intervention group include eight sessions and each session were 150 minutes. While control group does not include any intervention. After the program, follow up process started for both of the groups. Upon completion of the follow up process, Padua Inventory was applied as follow up test to both of the groups. Collected data analyzed with SPSS 20.0. Independent t Test, One Sample Chi Square Analysis and Two way repeated measure ANOVA were applied to calculate repetitive measurement.

Results have shown that, after the program of the intervention group, there was a statistically significant decrease in individuals' obsessive compulsive symptom levels according to their Padua Inventory answers. Follow up test scores of intervention group maintain the decreased level of symptoms throughout four months. Any statistically significant difference was not found between control group's pre-test, post-test and follow up scores. Regard to this research's results, mindfulness based cognitive therapy can be used as a supportive intervention for the treatment of obsessive compulsive disorder.

**Keywords:** Mindfulness based cognitive therapy, cognitive therapy, obsessive compulsive symptoms, obsessive compulsive disorder.



## ÖNSÖZ

Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların klinik psikoloji alanında kullanımı oldukça yeni olmakla birlikte giderek artmaktadır. Bu tez çalışmasında bilinçli farkındalık (mindfulness) temelli bilişsel terapinin obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki etkisi incelenmiştir. Uluslar arası literatürde bu etki farklı bilişsel faktörler ele alınarak incelenmiş ancak ülkemizde henüz burada ele alınan desende incelenmemiştir. Bu bağlamda literatürde gerçekleştirilmiş ilk ulusal yayın olması hedeflenmiştir.

## İÇİNDEKİLER

|   |          |
|---|----------|
| ÖZET .....  | iii      |
| ABSTRACT.....   | v        |
| ÖNSÖZ .....   | vii      |
| TABLO LİSTESİ.....  | xi       |
| ŞEKİL LİSTESİ.....  | xii      |
| GİRİŞ.....  | 1        |
| BİRİNCİ BÖLÜM .....   | 4        |
| <b>1.OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK, BİLİŞSEL TERAPİ YAKLAŞIMI ve FARKINDALIK TEMELLİ BİLİŞSEL YAKLAŞIMLAR</b><br>..... | <b>4</b> |
| 1.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK .....   | 4        |
| 1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihçesi .....   | 4        |
| 1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Güncel Sınıflandırması ve Tanımsal İçeriği .....                                | 5        |
| 1.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi.....  | 9        |
| 1.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Prognozu .....  | 10       |
| 1.1.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji.....   | 10       |
| 1.1.6. Farklı Yaklaşımların Obsesif Kompulsif Bozukluğa Bakış açısı....   | 11       |
| 1.1.6.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım.....  | 11       |
| 1.1.6.2. Psikanalitik Yaklaşım .....  | 12       |
| 1.1.6.3. Varoluşçu Yaklaşım.....  | 13       |
| 1.1.7. Klinik Özellikler ve Güncel Terapötik Yaklaşımlar .....  | 14       |
| 1.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM .....   | 16       |

|          |   |    |
|----------|---|----|
| 1.2.1.   | Bilişsel Davranışçı Yaklaşımın Tarihçesi.....                                 | 16 |
| 1.2.2.   | Bilişsel Davranışçı Terapi Modeli.....  | 18 |
| 1.2.3.   | Bilişsel Çarpıtmalar .....  | 19 |
| 1.3.     | ÜÇÜNCÜ DALGA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLER .....                              | 21 |
| 1.3.1.   | Bilişsel Davranışçı Terapi ve Bilinçli Farkındalık Yaklaşımı .....            | 21 |
| 1.3.2.   | Bilinçli Farkındalık Nedir? .....   | 22 |
| 1.3.3.   | Kuramsal Temelleri Açısından Bilinçli Farkındalık .....                       | 24 |
| 1.3.4.   | Bilinçli Farkındalık Temelli Yaklaşımlar .....                                | 26 |
| 1.3.4.1. | Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı .....                     | 26 |
| 1.3.4.2. | Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi .....                            | 27 |
| 1.3.4.3. | Diyalektik Davranış Terapisi .....  | 28 |
| 1.3.4.4. | Kabul ve Kararlılık Terapisi .....  | 29 |
| 1.3.4.5. | Merhamet Odaklı Terapi.....   | 29 |
| 1.3.5.   | Farkındalık Temelli Yaklaşımlarda Değınilen Temel Farkındalık Becerileri..... | 30 |
| 1.3.5.1. | Yargısızlık.....  | 30 |
| 1.3.5.2. | Şimdiye Odaklanmak.....   | 31 |
| 1.3.5.3. | Mesafe Koyma .....  | 31 |
| 1.3.5.4. | Serbest Bırakma.....  | 32 |
| 1.3.5.5. | Kabullenme .....  | 32 |
| 1.4.     | Çalışmanın Amacı .....  | 34 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....  | <b>35</b> |
| <b>2. YÖNTEM</b> .....   | <b>35</b> |
| 2.1. KATILIMCILAR .....  | 36        |
| 2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....  | 36        |
| <b>2.2.1. Demografik Bilgi Formu</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>2.2.2. Padua Envanteri Revize Edilmiş Formu</b> .....                                   | <b>36</b> |
| <b>2.2.3. SCL-90 Belirti Tarama Listesi</b> .....  | <b>37</b> |
| 2.3. UYGULAMA.....   | 38        |
| <b>2.3.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Oluşturulması</b> ..... | <b>40</b> |
| <b>2.3.2. Hazırlanan Programın Oturum Özetleri</b> .....                                   | <b>40</b> |
| 2.4. VERİLERİN ANALİZİ.....  | 48        |
| 2.5. BULGULAR .....  | 49        |
| <b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b> .....  | <b>59</b> |
| 3. TARTIŞMA.....   | 59        |
| 3.1. SONUÇ VE ÖNERİLER .....   | 67        |
| <b>KAYNAKÇA</b> .....  | <b>69</b> |
| <b>EKLER</b> .....   | <b>83</b> |
| <b>Ek 1- Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Etik İzin Formu</b> .....                  | <b>83</b> |
| <b>Ek 2 - Demografik Bilgi Formu</b> .....   | <b>85</b> |
| <b>Ek 3 - Padua Envanteri Revize Edilmiş Formu</b> .....                                   | <b>86</b> |
| <b>Ek 4- SCL 90 Belirti Tarama Listesi</b> .....   | <b>88</b> |

## TABLO LİSTESİ

|  |    |
|--|----|
| Tablo 1. Araştırma Deseni .....  | 35 |
| Tablo 2. Çalışma Grubunun Cinsiyet Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı .....  | 49 |
| Tablo 3. Çalışma Grubunun Yaş ve Padua Envanteri Tanımlayıcı İstatistik Bilgileri .....  | 49 |
| Tablo 4. Katılımcıların Ön Test Puanlarının ve Yaş Değerlerinin Betimleyici İstatistik Değerleri.....                                      | 50 |
| Tablo 5. Ön Test Puanlarının ve Yaş Değerlerinin Kontrol Ve Müdahale Gruplarına Göre Bağımsız Örnek T Testi İle Karşılaştırılması.....     | 50 |
| Tablo 6. Müdahale Grubu Cinsiyet Dağılımının Tek Örnek Ki-Kare Analiz Sonuçları .....  | 51 |
| Tablo 7. Örneklemenin Gruplar Açısından Tanımlayıcı İstatistik Değerleri .....   | 52 |
| Tablo 8. Katılımcıların Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri.....  | 53 |
| Tablo 9. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Normallik Analizi Sonuçları.....                                      | 53 |
| Tablo 10. Fark Serilerinin Normallik Analizi Sonuçları.....  | 54 |
| Tablo 11. Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması .....  | 55 |
| Tablo 12. Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puanlar Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin Varyans Analizi ile İncelenmesi .....          | 55 |
| Tablo 13. Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Müdahale Gruplarına Göre Bağımlı Örnek t Testi İle Karşılaştırılması..... | 57 |
| Tablo 14. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Padua Envanteri Aralıklarına Göre Sıralanması.....   | 59 |

## ŞEKİL LİSTESİ

|  |    |
|--|----|
| Şekil 1. Kontrol ve Müdahale Gruplarının Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ortalamalarının Grafiği..... | 58 |
|--|----|

## GİRİŞ

Yüzyıllar boyunca birçok eserde yer alan obsesif kompulsif bozukluğun geçmişinin insanın geçmişi kadar eski olduğu düşünülmektedir (Pulular, 2009). Literatür incelendiğinde obsesif kompulsif bozukluğun her geçen yıl görülme sıklığının önemli bir ölçüde arttığı gözlenmiştir. Karno, Golding, Sorenson ve Burnam (1988) obsesif kompulsif bozukluğun hayat boyu prevalansının 1,9% ile 3,3% arasında olduğunu ve bu aralığın 1988 yılından önce yapılan çalışmalardan 25 veya 60 kat daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Yükselen prevalansa bir örnek olarak Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler (2010) bireylerin %28.2'sinin hayatları boyunca en az bir defa obsesif kompulsif belirtiler gösterdiğini belirtmiştir. Bu oran neredeyse her 3 kişiden birinin hayatı boyunca en az bir defa obsesif kompulsif belirti gösterdiğini ifade etmekte olup, belirtilerin görülme sıklığının hemen hemen herkeste karşılaşılabılır düzeyde olduğunu ve içinde bulunduğumuz toplumun önemli bir kısmını kapsadığını belirtmektedir. Obsesif kompulsif belirtilerin toplumda görülme sıklığının artıyor olması, gelecek çalışmalarda belirtilerin incelenmesi, farklı ekoller ile psikoterapi yaklaşımlarının çalışılması veya yeni yaklaşımların geliştirilmesi için doğacak ihtiyaç olarak da yorumlanabilmektedir.

Obsesyon ve kompulsiyonların literatürde yer alan en kapsamlı ve yaygın kullanılan tanımında; bireyin bilincine istem dışı olarak giren ve kaygı, sıkıntı, bunalma gibi belirtiler oluşturan düşünce ve dürtüler obsesyon olarak tanımlanırken, bu düşüncelerden kurtulmak adına veya bireyin kendini zorunlu hissetmesi sonucunda ortaya çıkan istem dışı ve tekrarlayıcı davranış ve zihinsel ritüeller kompulsiyon olarak tanımlanmaktadır. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde farklı psikoterapötik yaklaşımların etkililiğini ispatlayan literatürde çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Özellikle son otuz yıl içerisinde, obsesif kompulsif bozukluk tanı ve tedavi süreçlerini inceleyen oldukça zengin bir literatür oluşmuştur. Avantajları ve pratiği, bilişsel davranışçı terapi yöntemini obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde ilk sıraya taşımıştır. Kozak ve Foa (1997), obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde en etkili yöntem olarak bilişsel davranışçı terapi yöntemini belirtmişlerdir. Bilişsel davranışçı

yaklaşımın, obsesif kompulsif belirtilerin azalmasında en etkili yaklaşımlardan biri olduğu diğer birçok çalışmada da ifade edilmiştir. Bu çalışmada bahsedilecek olan Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi, bilişsel davranışçı terapilerden kökenini almaktadır.

Bishop ve arkadaşları (2004), bilinçli farkında olma halinin meditasyon pratikleri eşliğinde geliştirilebilen bir süreç olduğunu ifade etmişlerdir. Literatürde yer alan ortak anlayış; geçmişte veya gelecekte planlanan olası deneyimlerde ve duygularda kalmamak koşulu ile yalnızca şimdiki an'ı deneyimlemek ve kabul etmek şeklindedir. Bu bağlamda, bilinçli farkındalığı geliştirebilmek, şimdiki an'a dair bütün bilişler ile birlikte fiziksel farkındalığın da içinde bulunduğu mekanı benimseyebilme ve kabul edebilme becerilerini arttırabilmektir (Bishop ve ark., 2004; Kabat-Zinn, 2009). Bilinçli farkındalık müdahaleleri, psikoloji alanında özellikle son yıllarda oldukça yaygın kullanılmaktadır (Segal, Williams ve Teasdale, 2018; Lucas, Klepin, Porges ve Rejeski, 2018; Wielgosz, Goldberg, Kral, Dunne ve Davidson, 2018; Kabat-Zinn, 2009). Bilinçli farkındalığın içeriğine ve psikoloji alanında kullanımının araştırılmasına ilginin artıyor olması, bilinçli farkındalığın bilişsel terapilerde uygulamalarına ve deneysel kullanımına dahil olmasına yol açmıştır.

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi yaklaşımının klinik psikoloji alanında kullanılmaya başlangıcı oldukça yenidir. Bu nedenle programın psikolojik belirti gruplarında etkili olup olmadığını inceleyen araştırma sayısı oldukça sınırlı olmakla birlikte ağırlıklı olarak yabancı kaynaklardan oluşmaktadır.

Güncel psikoterapötik müdahalelere katkı sağlayabilmek amacı ile yapılacak bu tez çalışması, Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının bireylerin obsesif kompulsif belirtilerini incelenmesi hedeflenmiştir. Obsesif kompulsif belirtilerin azalmasında hazırlanan programın etkili olup olmayacağının sınılanması literatür açısından önem arz etmektedir. Programın belirtileri azaltmada etkili olduğu varsayımında; obsesif kompulsif bozukluk tedavisine yardımcı bir müdahale olarak ele alınabilecektir. Programın belirtileri azaltmada etkisiz olduğu



varsayımında ise; literatürde mevcut yer alan diğer müdahale programlarının üstün etkinliği desteklenmiş olacaktır.

Sıralama olarak ilk etapta obsesif kompulsif bozukluk ele alınacaktır. Tarihçesi, sınıflandırılması, güncel durumu, epidemiyolojisi, prognozu, farklı yaklaşımların obsesif kompulsif bozukluğa bakışı ve obsesif kompulsif bozuklukta güncel müdahaleler ele alınacaktır. Obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin azalmasında etkili olduğu ifade edilen farklı müdahale programları, bilinçli farkındalık odağı ile özetlenecektir. Bu bağlamda ikinci basamak olarak bilişsel davranışçı yaklaşımı ile devam edilecektir. Kökenini bilişsel davranışçı yaklaşımdan alan bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların genel hatları, çerçeveleri, geliştirilen modelleri ve uygulamaları hakkında kısa bilgilendirmelere yer verilecektir. İkinci bölüme, gruba uygulanacak programın oturumlarının özeti, oturumların kazanımları ve ödevleri ile başlanacaktır.

Tezin üçüncü bölümünde, müdahale ve kontrol gruplarının cinsiyet ve yaş dağılımları belirtilecektir. Ardından sınanan hipotezlere ve uygulanan istatistiksel analizlere ilişkin sonuçlara yer verilecektir.

Bu tez çalışmasında iki hipotezin sınanması hedeflenmektedir. Çalışmanın temel hipotezi; “Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı bireylerin obsesif kompulsif belirtilerinin azalmasında etkilidir” olarak tasarlanmıştır. İkincil hipotez ise “Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının bireylerin obsesif kompulsif belirtilerini azaltmadaki rolü uzun vadede etkisini korumuştur” şeklinde tasarlanmıştır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1.OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK, BİLİŞSEL TERAPİ YAKLAŞIMI ve FARKINDALIK TEMELLİ BİLİŞSEL YAKLAŞIMLAR

#### 1.1.OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

##### 1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihçesi

Obsesyon kelimesi latince “obsidere” sözcüğünden gelmekte ve tedirgin etmek, rahat vermemek ve bunaltmak anlamlarını ifade etmektedir. Psikiyatri literatüründe ise, kişinin yanlış olduğunu bilmesine rağmen zihninden atamadığı, mantık veya muhakeme ile anlamlandırılmayan ve arzu edilmeyen takıntılı düşünceler olarak tanımlanmaktadır (Sakallı, 2014).

Tarih boyunca birçok eserde yer alan obsesif kompulsif bozukluğun tarihinin insanın tarihi kadar eski olduğu düşünülmektedir (Pulular, 2009). Kramer ve Sprenger’in on beşinci yüzyılda yazdıkları ‘Malleus Maleficarum’ isimli eserde kiliseden atılan bir rahipten söz edilmektedir. Rahibin kilisenin yolundan geçerken her seferinde dilini çıkardığı ve kendini durduramadığı için kiliseden atıldığı ifade edilmektedir (Nemiah, Uhde, Kaplan ve Sadock, 1989). On yedinci yüzyılda Shakespeare’in yazmış olduğu Lady Macbeth isimli eserde karakterin suçluluk duygusu ile oluşan obsesyonları ve el yıkama kompulsiyonlarından bahsedilmektedir (Parkin, 1997).

Obsesif kompulsif bozukluğun psikiyatri literatürüne ilk girişinin 1838 yılında Esquirol ile olduğu bilinmektedir. Esquirol (1845), “Mental Hastalıklar” eserinde obsesyonları incelemiş, obsesyonların mental durumu normal olan bireylerin istemsiz ve dürtüsel aktivitesi olarak ifade etmiştir. 1866 yılında ise Morel obsesif kompulsif bozukluğu ‘delire emotif’ şeklinde tanımlayarak otonom sinir sisteminin bir durumu olarak ifade etmiş, konumunun psikozdan çok nevroz kavramı içinde bulunduğunu ve bireyin içgörüsünün olabileceğini belirtmiştir (Öztürk, 2004).

Obsesyon ifadesini ilk defa Morel kullanmıştır (Öztürk, 2004). Yirminci yüzyılın başlarında Pierre Janet obsesyon, kompulsiyon ve fobileri ‘psikastenî’ olarak adlandırmış, obsesif kompulsif bozukluğun ilk kapsamlı açıklamasını yapmıştır (Okasha, Saad ve Khalil, 1994).

1950’li yıllardan sonra davranışçı ekolu benimseyen psikologlar, obsesif kompulsif bozukluğu öğrenme kuramları ile açıklamışlardır. Obsesif kompulsif bozukluğun tedavi süreçlerinde hala kullanılmakta olan ve belirtilerin azalmasındaki etkinliği kanıtlanmış bazı teknikler uygulamışlardır. Zamanla etiyoloji çalışmaları obsesif kompulsif bozukluğun biyolojik arka planını incelemeye yönelmiştir. Davranışçıların öngördüğü yaklaşım ve bozukluğun nörobiyolojisine ilişkin araştırmalar, güncel obsesif kompulsif bozukluk etiyoloji çalışmalarına ve tedavilerine önemli derecede katkılar sağlamıştır (Eysenck, 1985).

### **1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Güncel Sınıflandırması ve Tanımsal İçeriği**

Obsesif Kompulsif Bozukluk Amerikan Psikiyatri Birliğinin 1952 yılında yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın (DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) birinci baskısında Obsesif Kompulsif Reaksiyon, 1968 yılında yayınlanan ikinci baskısında Obsesif Kompulsif Nevroz, 1978 yılında yayınlanan üçüncü baskısında ise Obsesif Kompulsif Bozukluk şeklinde ifade edilmiştir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın dördüncü baskısında kaygı bozuklukları başlığı altında gösterilirken, beşinci baskıda “obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar” şeklinde tamamen farklı bir başlık olarak ele alınmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Güncel baskıda, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar, dokuz alt grup içermektedir. Bunlar sırasıyla, Takıntı Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk), Beden Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu), Deri Yolma Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve ilişkili Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı

Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk şeklindedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Obsesif kompulsif bozukluk tanımlanırken takıntı (obsesyon) ve zorlantı (kompulsiyon) olmak üzere temel iki başlık kullanılmıştır. Obsesyonlar; bireyin zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşadığı, çoğu zaman belirgin bir kaygı sebebi olan tekrarlayan düşünceler, itkiler veya imgeler olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte kişi bu düşüncelere, itkilere veya imgelere aldırılmamaya çalışırken bunları başka bir eylem (kompulsiyon- zorlantı) ile yüksüzleştirmeye çalışabilir. Buradaki kompulsiyonlar, obsesyonlara tepki olarak, kişinin katı bir şekilde yapmak için zorlandığını hissettiği davranışlar (el yıkama, düzen, denetleme) veya zihinsel eylemlerdir (sayı sayma, sessizce sözcükleri tekrarlama). Bu davranışlar, yaşanan kaygı veya sıkıntıdan kurtulma veya azaltma amacıyla yapılır. Ancak bu davranışlar ile yaşanan kaygı arasında, kaygıyı yüksüzleştirecek gerçekçi bir ilişki bulmak zordur. Bu kompulsif davranışlar kişinin gün içinde zamanını alabilir, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal ve iş ile ilgili alanlarda işlevsellikte düşmeye sebep olabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

ICD-10'a göre, bireyin obsesif kompulsif bozukluk tanısı alabilmesi için obsesyonların ve kompulsiyonların en az iki hafta süreyle devam etmesi gerekmektedir. Birey bu obsesyonların en az bir tanesine karşı gelmeyi denemiş olmalıdır. Kompulsif davranışlarda da davranışı sergilemek haz verici olmamalı, kaygı ve sıkıntıyı giderici özellikte olarak algılanmalıdır. Obsesif imgeler, düşünceler ve dürtüler kişiyi rahatsız edici bir biçimde devamlı tekrarlıyor olmalıdır (World Health Organization, 1992). Kompulsif belirtiler gösteren bireyler, gerçekleştirdikleri bu ritüelleşmiş davranışları anlamsız veya absürd olarak tanımlamaktadırlar. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin önemli bir kısmı içgörü sahibidir ve obsesyonlarından şüphe duyabilmektedir. Buna rağmen obsesyonlar ve kompulsiyonlar obsesif kompulsif bozukluğu kontrol dışı ve dürtüsel yapan bozukluğun kendi yapısı nedeniyle varlığını sürdürmeye devam etmektedir (Stern, 1978).

Bu çalışmada incelenen değişken obsesif kompulsif bozukluk değil obsesif kompulsif belirtilerdir. Bu nedenle çalışmada örneklem oluşturulurken obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler ile değil obsesif kompulsif belirtileri olan bireyler ile çalışılmıştır. Obsesif kompulsif belirtilerin yelpazesi oldukça geniştir. Bu çalışmada bu belirtileri incelemek için kullanılan envanter, obsesyonları ve kompulsiyonları ayrı olarak ele almakla birlikte obsesif kompulsif belirtilerin farklı alt tiplerini incelemeye ve ayırıştırmaya imkan sağlamaktadır.

Obsesif kompulsif belirtilerin içeriği ve alt tiplerine ilişkin çeşitli sınıflandırmalar bulunmaktadır. Clark (2004)'e göre obsesif kompulsif belirtilerin obsesyonları iki farklı tip olarak sınıflandırılır. Clark (2004)'e göre obsesyonlar kirlenme ve başkalarına zarar gelmesinden duyulan endişe olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bahsedilen iki tür obsesyonun oluşturduğu stres ve kaygıyı azaltmak için yapılan kompulsif davranışlar da yıkama-temizleme ve kontrol etme olarak ayrılmıştır.

Rasmussen ve Eisen (1992)'nin sınıflandırmasına göre en sık görülen obsesyon grupları; kirlenme, patolojikleşmiş şüphe, simetriye duyulan ihtiyaç, somatik obsesyonlar ve seksüel-agresif obsesyonlar olarak şemalandırılmıştır. En yaygın görülen kompulsiyonlar ise sırasıyla, kirlenmeye dair obsesyonların oluşturduğu kaygıyı azaltmak için geliştirilen el yıkama kompulsiyonu, kontrol edilemeyen şüphe obsesyonuna karşı geliştirilmiş kontrol etme kompulsiyonu ve üçüncü olarak zihinsel kompulsiyonlardır. Zihinsel kompulsiyonlar, dışarıdan görülebilen davranışları içermez. Birey kendi zihinsel birtakım teknikler ile kaygısını azaltmaya çalışmaktadır. Örneğin, belirli bir sayıya kadar sayma, zihinsel bir kompulsiyondur.

Bir kategorik çalışmaya göre, obsesyonlar ve kompulsiyonlar; yıkama, kontrol etme, cinsel düşünceler ve bulaşma olarak dört temel kategoriye ayrılmaktadır (Stekeete, Grayson ve Foa, 1985). Calamari, Wiegartz ve Joneck (1999)'un başka bir çalışmasında, bulaşmaya duyulan korku ve zarar vermeye yönelik dürtünün birbirinden tamamen farklı faktör yapıları bulunduğu ve bu nedenle bağımsız kategorilerde değerlendirilmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Bağımsız

kategorilere duyulan ihtiyaç nedeni ile Calamarive arkadaşları (2004) sınıflandırmaya yönelik diğer bir çalışma ile, obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin özelliklerini istatistiksel olarak sınıflandırmış ve yıkama-temizlik kompulsiyonu ile bulaşma ile ilintili obsesyonlar arasında ilişki bulmuşlardır. Aynı çalışmada nesnelere sıralama ve düzenleme kompulsiyonları ile simetri obsesyonları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu yaklaşıma göre bazı obsesyonlar bazı kompulsiyonlarla ilintili olmaktadır. Çalışma, obsesyon ve kompulsiyonları, ilgili oldukları bazı temalara ait olarak sınıflandırabilme açısından oldukça önem arz etmektedir.

Sonuç olarak, literatürde obsesif kompulsif bozukluğu obsesyonların ve kompulsiyonların alt kategorilerine ilişkin ayrıştırma konusunda ortak bir görüş veya tipoloji mevcut değildir (Summerfeldt, Richter, Antony ve Swinson, 1999). Buraya kadar olan bölümde yer verilen çalışmalar, obsesif kompulsif bozukluğu obsesyonların ve kompulsiyonların alt bölümleri, alt bölümlerin birbiriyle ilişkisi, obsesyonların ve kompulsiyonların bazı temalara göre birbirleri ile ilişkisi gibi belirtilerin sınıflandırılmasını içeren çalışmalardır.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), DSM-V’te obsesif kompulsif bozukluğu tanı almış bireylerin içgörü seviyelerine göre de sınıflandırmıştır. Bireylerin içgörü düzeyleri üç temel başlıkta gruplandırılarak ele alınmıştır.

1. İyi veya orta düzeyde içgörülü alt tip
2. Zayıf içgörülü alt tipi
3. İçgörüsüz-sanrılı inançlar alt tipi

İyi ve orta düzey alt tipinde, birey obsesif düşüncelerinin gerçeklik payı olmayabileceğinin farkındadır. Obsesyonlarının doğru olmama ihtimalinin, doğru olma ihtimalinden daha yüksek olduğunu bilmektedir. Zayıf içgörü alt tipinde bulunan birey, obsesif düşüncelerinin doğru olma ihtimalinin doğru olmama ihtimalinden daha yüksek olduğuna inanmaktadır. Birey obsesyonlarını savunmakta ve onları benimsemiş olabilmektedir. İçgörüsüz-sanrılı inaçlı alt tipinde bulunan birey ise, sahip olduğu bu obsesyonların gerçerli ve gerçek olduğuna tamamen inanmış durumdadır. Birey gerçek doğru olanın obsesyonları olduğuna ikna

olmuştur. Bireyin gerçeklik algısı zarar görmüştür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Sanavio (1988), obsesif kompulsif bozukluğu sınıflandırmaya yönelik yaptığı çalışmada dört temel kategori ile obsesyonları ele almış ve bu kategorileri değerlendirebilmek için Padua Envanteri'ni geliştirmiştir. Sanavio (1988)'in sınıflandırmasına göre obsesyonlar, zihinsel kontrolün kaybına ilişkin obsesyonlar, kirlenme obsesyonları, kontrol etme obsesyonları ve davranışsal kontrolsüzlük obsesyonları şeklinde temelde dört kategoriye ayrılmıştır. Padua Envanteri'nde kaygı belirtilerini ölçen faktör, obsesif belirtileri ölçen faktörden daha yüküldür. Ölçek obsesyonlardan daha çok kaygı belirtilerini ölçmesi nedeniyle revize edilmiştir. Revize edilmiş envanter, obsesif kompulsif bozukluğun alt tiplere bölünebilmesi, obsesyonların ve kompulsiyonların ayrı olarak ele alınması ve ilişkisel değerlendirmeler için kapsamlı bir form sunmaktadır.

Padua Envanteri Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu, obsesif kompulsif bozukluğu beş temel alt kategori olarak incelemiştir. Bu alt tipler;

1. Bulaşma ve kirlenmeye ilişkin obsesyonlar ve temizleme kompulsiyonları
2. Başkalarına ve/veya kendine zarar vermeyle ilişkili obsesyonlar
3. Başkalarına ve/veya kendine zarar vermeyle ilişkili dürtüler ve kompulsiyonlar
4. Kontrol etme kompulsiyonları
5. Giyinme veya özbakımla ilişkili kompulsiyonlar

Olarak yapılan bir ayrıştırma değildir. (Burns, Keortge, Formea ve Sternberger, 1996).

### **1.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi**

Obsesif kompulsif bozukluğun yaygınlığını 1980'li yıllarda inceleyen çalışmalar, rahatsızlığın ender görüldüğünü (%0,5) ve tedaviye dirençli olduğunu aktarmaktadır. Günümüzde yapılan çalışmalar sıklığın arttığı, ancak tedaviye yanıtın daha iyi olduğunu ifade etmektedir. Güncel bir epidemiyolojik çalışma olan Bayar ve Yavuz (2008), obsesif kompulsif bozukluğun en sık görülen dördüncü psikolojik bozukluk olduğunu bulgularında belirtmiştir. Çalışmaya göre birinci sırada fobiler,

ikinci sırada madde kullanım bozukluğu, üçüncü sırada ise depresyon yer almaktadır. Toplumda görülme sıklığı ise yaklaşık olarak astımın veya diabetes mellitusun görülme sıklığı kadardır. Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler (2010) ise bireylerin %28,2'sinin hayatları boyunca en az bir defa obsesif ve/veya kompulsif belirtiler gösterdiğini belirtmiştir.

Erişkin popülasyonda cinsiyet dağılımına ilişkin literatürde net bir ayrım bulunmamaktadır. Çalışmaların bir kısmı obsesif kompulsif bozukluğun kadınlarda ve erkeklerde eşit olarak görüldüğünü ifade ederken, bir kısmında ise kadınlarda 1,2-1,8 kat daha fazla görüldüğünü belirtmiştir. Bu farklılaşmaya komorbid olarak görülen depresyonun neden olabileceği düşünülmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008). Hastalığın başlangıç yaşı ortalama olarak 22 ile 35 arasında gösterilmiştir. Hastalığın %65'inde ise başlangıç yaşının 25 yaşından önce olduğu bilinmektedir.

#### **1.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Prognozu**

Obsesif kompulsif bozuklukta gidişat uzun süreli olmakla birlikte değişkenlik göstermektedir. Gidişat kronik olabildiği gibi progresif gidişli olabilir ya da dalgalı bir seyir gösterebilir. (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Belirtiler hastaların %20-30'unda önemli ölçüde düzelmektedir. Hastaların %40-50'sinde orta düzeyde bir düzelmeye görülmektedir. Hastaların %20-40'ında hastalık aynı ölçüde devam etmekte veya kötüleşmektedir. Hastaların %20'sinde, herhangi bir müdahale görmediğinde belirtiler kendiliğinden yok olabilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğun prognozunda hastanın cinsiyeti, hastalığın başlangıç dönemi (çocukluk, ergenlik veya yetişkinlik dönemi) ve eşlik eden bozukluklar da önem arz etmektedir (Sadock ve Sadock, 2008).

#### **1.1.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji**

Obsesif kompulsif bozukluğun kültürel ve sosyal etkenlere bağlı bir fenomenolojisi bulunmaktadır (Okasha, Saad ve Khalil, 1994). Belirtilerin biçim ve içerikleri değişmemekte olup, yaygınlığı kültürden kültüre değişmektedir (Sayar, Uğurad ve Açar, 1999). Örneğin dini yaşantılar ile obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi arasında ilişki kuran çalışmalar bulunmaktadır (Okasha, Saad ve Khalil, 1994; Maghoub ve Abdel-Hafeiz, 1991). En yaygın görülen obsesyonlar kir



veya pislik bulaşması, cinsel şemalı obsesyonlar ve günlük etkinliğe dair obsesyonlardır. En sık görülen kompulsiyonlar ise yıkama, güvenliği sağlamaya çalışma ve günlük etkinlikler temalıdır (Sayar, Uğurad ve Açar, 1999).

## **1.1.6. Farklı Yaklaşımların Obsesif Kompulsif Bozukluğa Bakış açısı**

### **1.1.6.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım**

Obsesif kompulsif bozukluğun obsesyonlar ve kompulsiyonlar olmak üzere hem bilişsel hem de davranışsal boyutları bulunmaktadır (Sadock ve Sadock, 2008). Obsesif kompulsif bozukluğun anlaşılmasında bilişsel modeller oldukça uzun zamandır yaygın görüş olarak ele alınmıştır (Clark, 2004). Bilişsel davranışçı kurama göre obsesif kompulsif bozukluktaki obsesyonlar, bireylerin yaşadığı inatçı düşüncelerden farklı değildir ve inatçı düşünceler ile başlamaktadırlar.

Yaklaşımına göre obsesif düşünceler, klinik obsesyonlardan farklı değildir. Sanılanın aksine toplumun büyük çoğunluğunda bulunmaktadırlar. Bilişsel davranışçı yaklaşım, klinik olan obsesyonların bireylerin oluşabilecek zarardan veya zararın önlenmesinden kendilerini sorumlu olarak görmeler ve yorumlamalarının, bu obsesyonları normal zorlayıcı düşüncelerden ayırdığını ifade etmektedir (Salkovskis, 1985). Bu yaklaşıma göre bireylerin çoğunda zorlayıcı düşünceler ve dürtüler bulunmaktadır. Bu zihinsel işlevi birey kendi bireysel sorumluluğu ile açıklamaya çalıştığında, gerçekleştirilen bu eğilim tabloyu klinikleştirmektedir.

Bu sorumluluk algısının oluşturduğu kaygıyı azaltmak için birey kaçma, kaçınma veya tekrarlama benzeri stratejileri kullanarak azaltmaya çalışır. Kaygıyı azaltmak için kullanılan stratejiler bireyin yaşam alanını daraltmakta ve işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Böylece kaygı oluşturan obsesif düşünceler bireyin zihnine her geldiğinde, tepki vermeye yönelik bir dürtü oluşmaktadır. Bu dürtü kompulsiyonlara sebep olmaktadır. Zamanla bu döngü kırılması zor bir durum almaktadır. Bilişsel davranışçı terapi, bu döngünün kırılması için sistematik maruz bırakma ve tepki önleme stratejilerini ve gevşeme egzersizlerini kullanmaktadır (Şenormancı, Konkan, Güçlü ve Sungur, 2012). Literatürde obsesif kompulsif

bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini destekleyen çok sayıda yayın bulunmaktadır (Kozak ve Foa, 1997; Abramowitz Franklin, Schwartz ve Furr 2003; Barret, Healy-Farrel ve March, 2004; Şafak, Karadere, Özdel, Özcan, Türkçapar, Kuru ve Yücens, 2014; Whittal, Thordason ve McLean, 2005; Olatunji, Davis, Powers ve Smits, 2013).

#### 1.1.6.2. Psikanalitik Yaklaşım

Freud, obsesif kompulsif belirtileri “hastanın zihni aslında onu ilgilendirmeyen bir çok düşünce ile doludur ve kendisine yabancı olan dürtüler hissetmektedir, bu nedenle bazen karşı koyamadığı eylemler yapmak zorunda kalabilir. Zihninde takılı kalan bu düşünceler çoğu zaman anlamsızdır ve hastanın kendisine de saçma gelmektedir. Zihne gelen bu düşünceler gerçekte eyleme dönüşmese dahi hasta bu düşünceleri ona hatırlatan durumlardan sürekli kaçınmaktadır. Hastanın kendi istemiyle yapmadığı bu davranışlar günlük yapılan birtakım etkinliklerin abartılmış ve törensel biçimleridir. Obsesif eylem veya kompulsiyon olarak tanımlanan bu davranışlar kişinin eylemi dışında yapılmaktadırlar” şeklinde tanımlamıştır (Gençtan, 1989).

Obsesif kompulsif hasta, odipal döneme ilişkin çatışmaları ile baş edemediği durumlarda kaygı ortaya çıkmaktadır. Oluşan bu kaygı bireyi daha önceki psikolojik gelişim evrelerine geriletir (Freud, 1938). Gerileme (regresyon), bireyin zorlanma yaşadığı durumlarda psikolojik gelişimini bir önceki basamağa geriletmesidir. Freud’un psikoseksüel gelişim evrelerine göre odipal çatışmalar fallik dönemine aittir. Fallik dönemden bir önceki dönem ise anal dönemdir. Freud, anal döneme ait karakter özelliklerini inatçılık, tutumlu olma ve düzenlilik olarak tanımlamıştır (Stein ve Stone, 1997).

Genel bir özetle, birey odipal çatışmaların bulunduğu fallik dönemde deneyimlediği baş edilemez bir kaygıya tepki olarak gerileme yaşayacak ve psikolojik gelişiminin bir alt dönemine ait karakteristik özelliklerin kendi kişiliğinde belirginleşmesini sağlayacaktır. Bu bağlamda fallik dönemde deneyimleyen kaygıların, obsesif kompulsif bozukluğun gerçekleşmesinde rol sahibi olduğu düşünülmektedir.

### 1.1.6.3. Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu yaklaşım bireyin kendisinin bilincinde olduğu kadar, ne yapmakta olduğunu da bilincinde olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle birey, kendi sorumluluğunu üstlenme ve karar verebilme yeteneğine sahiptir. Varoluşçu yaklaşımın önemli temsilcilerinden biri olan Fritz Perls, insanın bütün olumsuz ve olumlu duygularının sorumluluğunu üstlenmesi gerektiğini ifade etmektedir. Birey diğer insanlara hissettiği öfke duygusu ve kendisine yönelttiği eleştirel tutumlarını kabul edemediğinde ve sorumluluğunu üstlenemediğinde bu duyguları diğer insanlara yansıtma eğilimindedir (Gençtan, 1990). Sorumluluğun istenilmesi ise bireyde kaygıya yol açmaktadır.

Varoluşçu yaklaşım literatüründe obsesif kompulsif bozukluğun modeli ve psikoterapötik yaklaşımları, bozukluğun zemininde yer aldığı düşünülen kaygı ile ele alınmıştır. Bu nedenle varoluşçu yaklaşımın kaygıya bakış açısı kısaca ele alınacaktır. Varoluşçu yaklaşıma göre kaygı, psikolojik mekanizmalarının bir sonucu değildir. Varoluşun kendisinin kaçınılmaz bir yanıdır (Cohn, 1997). Bu bağlamda kaygı bireysel gelişimin bir ürünü olarak karşımıza çıkmamakta, varoluşun ontolojik bir boyutu olarak nitelendirilmektedir. Varoluşçu yaklaşım, kaygının anlaşılabilmesi için bir model sunmaktadır. Burada bahsedilen model, psikoterapi alanında daha yaygın olarak kullanılan diğer yaklaşımların modellerinden temel zemin olarak farklılaşmaktadır.

Varoluşçu yaklaşım, psikoterapi sürecinde kaygıyı kazanılması gereken bir sorun olarak görmemekte, kaygıyı psikoterapi sürecinin anlamlı bir destekleyicisi olarak nitelendirmektedir. Birey kaygı ile yüzleştğinde sorumlulukları ile yüzleşmektedir. Sorumluluklarının bilincinde olan birey düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını da kontrol altına alabilme eğilimindedir. Bu bağlamda kaygı uygun ve derinlikli bir biçimde anlaşılabilirdiğinde, birey obsesyonlarını ve kompulsiyonlarını daha başarılı bir biçimde kontrol altına alarak, obsesif kompulsif bozukluğun değil kendi bireysel varlığının kontrolü ele almasına katkı sağlayacaktır. Varoluşçu yaklaşıma göre bu anlayış bireyin otantik bir hayat yaşayabilmesi için gerekli görülmektedir (Van Deurzen ve Baker, 2017).

### 1.1.7. Klinik Özellikler ve Güncel Terapötik Yaklaşımlar

Obsesif kompulsif belirtileri olan hastaların çoğunluğu bu belirtilerin mantığa uymadığının bilincindedir. Obsesyonlar, yaşayan bireye huzursuzluk verir. Obsesyon ve/veya kompulsiyon belirtileri olan birey, bu belirtilere karşı koyabilmek için güçlü bir istek duymaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarının %80'i belirtilerinin mantığa uymadığına inanmaktadır. Bu durum psikoterapi sürecine yanıtı olumlu bir şekilde etkilemektedir. Belirtilerin mantığa uymadığının bilincinde olan bireyin psikoterapi sürecine direnci, belirtilerini anlamlı bulan bireylere göre daha az olabilmektedir (Eddy, Dutra, Bradley ve Westen, 2004; Stein, 2002).

Obsesif kompulsif bozukluğun belirtileri psikodinamik terapi ve psikanaliz sürecine dirençlidir. Bu nedenle tedavide farmakolojik tedavi ve bilişsel davranışçı tedavi daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Literatürde bulunan kontrollü çalışmalar farmakoterapinin, bilişsel davranışçı terapinin veya farmakoterapi ile bilişsel davranışçı terapinin kullanıldığı durumlarda obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin önemli ölçüde azaldığını ifade etmektedir. Literatüre göre, obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı terapi en az farmakoterapi kadar etkili olmakla birlikte özellikle hafif şiddetli veya orta şiddetli belirtileri olan hastalarda olmak üzere bir çok hastada ilk tercih olabileceği bildirilmiştir (Kılıç, 2013; Borckardt, Nash, Murphy, Moore, Shaw ve O'neil, 2008).

Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı, davranış boyutunda iki temel bileşen barındırmaktadır. Birinci olarak maruz bırakma (exposure), obsesyonlarla ilişkili olarak oluşan kaygı düzeyini azaltmaya yönelik uygulanır. Süreçte belirli sistematik teknikleri kullanarak, birey aşamalı bir biçimde kaygı oluşturan duruma maruz bırakılır. Bu şekilde bireyin kaygı düzeyini arttıran ve günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyen obsesyonları yönetebilmeyi öğretmek ve kontrol altına almak hedeflenmektedir.

Bununla birlikte ikinci temel teknik olarak yanıt önleme (response prevention) kullanılmaktadır. Bireyin zamanla kompulsiyonların azalmasını hedefleyen yanıt önleme, maruz bırakma eşliğinde kullanılmaktadır (Abramowitz, 1996; Whittal, Thordarson ve McLean, 2005). Bilişsel davranışçı terapinin bir

parçası olarak uygulanmasının yanı sıra, yalnızca maruz bırakma ve yanıt önleme tekniğinin kullanıldığı maruz bırakma ve yanıt önleme terapisi (ERPT) de obsesif kompulsif bozuklukta oldukça yaygın olarak kullanılmakta olup, bazı kaynaklarda obsesif kompulsif bozuklukta en etkili tedavi yöntemi olarak geçmektedir (Rodriguez-Romaguera, Greenberg, Rasmussen ve Quirk, 2016; Riise, Kvale, Öst, Skjold, Hansen ve Hansen, 2016).

Obsesif kompulsif bozukluk hastası çocuk, ergen ve yetişkinlerde bilişsel davranışçı terapi etkili bir tedavi yöntemidir. Toplamda 10 hafta süren bilişsel davranışçı terapi uygulamasına alınan obsesif kompulsif bozukluk hastası yetişkinlerde süreçten önceki ve sonraki PET görüntülerinin incelendiği bir çalışmaya göre, sürecin sonunda hastaların sağ kaudat nükleus metabolizmasında azalma olduğu ifade edilmiştir (Şenormancı, Konkan, Güçlü ve Sungur, 2012).

Sonuç olarak, obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde farklı terapi yaklaşımlarının etkililiği ortaya koyan literatürde çok sayıda yayın bulunmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi ekolü, obsesif kompulsif bozukluğun belirtilerini azaltmada en etkili yaklaşımlardan biri olarak ifade edilmiştir. Bu çalışmada bilişsel terapilerin üçüncü dalgası olarak belirtilen Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı'nın bireylerin obsesif kompulsif belirti düzeylerine etkisinin incelenmesi amaçlanılmıştır. Bu bağlamda bilişsel davranışçı terapi ekolünün tarihçesi, güncel durumu, temel psikoterapötik teknikleri, genel yapısı ve modeli hakkında bilgilendirme yapılacaktır. Bununla birlikte bilişsel davranışçı terapi yaklaşımının güncel uygulamaları ve yelpazesi ele alınarak yeni nesil terapiler ile devam edilecektir. Kökenini bilişsel davranışçı ekolden alan yeni nesil bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların çerçeveleri, modelleri ve uygulamaları hakkında kısa bilgilendirmeler ile devam edilecektir. Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların uygulama alanlarına ilişkin güncel yapılan çalışmalar, bilinçli farkındalık ve/veya obsesif kompulsif bozukluk odağı ile metodolojik olarak ele alınacaktır.

## 1.2.BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM

### 1.2.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımın Tarihçesi

İnsana atfedilen özelliklerden insana en özgü olanlardan biri düşünme veya düşünebildiğini düşünme kapasitesidir (Türkçapar, 2008). Bu kapasitenin vurgulanması eski Yunan felsefesine kadar uzanmaktadır. Stoacı felsefeye göre insanın özgürlüğü ve mutluluğu kontrol edebileceği ve edemeyeceklerinin farkında olmasıdır. Bireyin mutluluğu ise dış faktörlerden bağımsızdır (Özdel, 2015). Stoacı okulun önemli isimlerinden Epiktetos, insanlara zarar verenin tutum ve inançları olduğunu ifade etmiştir. Yaşamın kendi içinde bir düzende devam ettiğini ve olayların olması gerektiği gibi olduğunu ifade ederek, insanın mutluluğunun onun bu düzeni algılaması ve uyum göstermesi ile mümkün olacağını ifade etmiştir (Dobson ve Dozois, 2019; Özdel, 2015). Bu felsefe, günümüz bilişsel davranışçı yaklaşımının önemli geliştiricilerinden biri olan Albert Ellis'in kuramının temelini oluşturmuştur.

Modern psikoloji tarihi incelendiğinde; 1960'lı yıllardan itibaren, biliş ve davranış üzerinde önemli ölçüde çalışıldığı gözlenmiştir. Bu yıllarda, psikoloji biliminde temel paradigma olarak ifade edilen davranışçılık kuramı ile gözlem ve deneye dayalı bilimsel yöntemin ilk kez kullanıldığı belirtilmektedir (Türkçapar, 2008). Davranışçılık kuramı, zihin ve bedenin ayrı tutulmasına karşı çıkmış ve birbirinden ayıramayacağını ifade etmiştir.

Pavlov'un klasik koşullanmayı keşfetmesi ile temelleri atılan davranışçılık kuramı, Thorndike ve Skinner'in edimsel koşullanma çalışmaları ile ilerlemiştir (Iversen, 1992). Başlangıçta davranışçılık, bireyin davranışlarının sadece gözlenebilir olanlardan oluşabileceği tezini savunmuştur. Davranışı açıklarken; uyarıcı, yanıt, pekiştirici gibi kavramlar üzerinde durulurken; düşünce, şema, imge kavramları ele alınmamıştır (Neisser, 2014). Davranışın yalnızca klasik ve edimsel koşullanma boyutları ile açıklanması; öğrenme ve bilinç gibi süreçleri içeren bilişsel boyutun incelenmesine olan ihtiyacı ortaya koymuştur.

Davranışçılık üzerine yapılan laboratuvar çalışmalarının bulguları, 1970’li yıllarda bilişsel yaklaşımın ortaya çıkmasında temel faktörlerden biri olmuştur. Bununla birlikte bilişsel yaklaşım, davranışçı yaklaşımdan farklı olarak başlangıçta laboratuvar deneylerinden bağımsız ilerlemiştir (Türkçapar, 2008). Bilişsel yaklaşımın ortaya çıkışına Beck ve Ellis öncülük etmiştir (Özcan ve Çelik, 2017).

Albert Ellis, Karen Horney tarafından analiz sürecine kabul edilmiş ve psikanaliz uygulayıcısı olmuştur. Psikanaliz uyguladığı hastaların çok iyi içgörü kazandığı ancak çok fazla değişmediklerini gözlemlemiştir. Bu bağlamda psikanaliz sürecinin bilişsel işlevleri yeteri kadar ele almadığını ifade etmiştir (Doğan, 2016). Davranışçılık okulunda yetişen Ellis, klasik davranışçılık ve psikanaliz arasında kuramsal benzerlikler olduğunu fark etmiştir. Bireyin her iki yaklaşımda da, erken dönem yaşantılarının bugününü şekillendirdiğini, erken dönemde bir şeye koşullandırılan bireyin ileri dönem yaşantısında bu koşullanmaya uygun hissettiği ve davrandığı açıklamasının bulunduğunu belirtmiştir (Özdel, 2015).

Ellis’in akılcı duygu terapisi (rationale motive therapy) adını verdiği bilişsel terapi yöntemi kişi için önemli olan bir durum davranış ya da düşüncenin, yine kişi için önemli olan ancak akılcı olmayan bir tepkimeye (örneğin kızgınlık yerine öfke, üzüntü yerine depresyon) neden olması, kişide var olan akılcı olmayan inançlardan kaynaklanmaktadır (Özdel, 2015). Ellis, davranışçılık okulunda kullanılan ABC modelini kendi kuramına uyarlayarak, A: aktive edici olay (activatingevent), B: akılcı olmayan inançlar (Beliefs), C: akılcı olmayan inançların neden oldukları sonuçlar (Consequences of irrational beliefs) şeklinde şemalandırmıştır (Ellis ve Dryden, 1997).

Bilişsel davranışçı yaklaşımın gelişmesinde önemli temeller atan tıp doktoru Aaron T. Beck, psikanaliz kuramının deneysel olarak ispat edilebilirliği üzerine gerçekleştirdiği çalışmalarda depresyon ve rüya konularını ele almıştır. Çalışmalarının sonucunda depresyonu bir düşünce bozukluğu olarak tanımlamıştır. Çarpık düşüncelerin tedavi sürecinde ele alınmasının ve düzeltilmesinin tedavi edici yönünü gözlemlemiştir (Davidson ve Neale, 1982; Türkçapar, 2009). Beck’in çalışmaları ile depresyonun tedavisi için oluşturulan yaklaşım, 1980’li

yıllardan günümüze kadar gelişmeye devam etmiştir. Clark, Salkovskis, Scott, Fairburn, Freeman, Burns, Epstein, Padesky, Rush, Gelenberger, Wells, Wright, Barlow, Heimberg, Dryden, DiGuiseppe, Wolfe gibi önemli isimlerin katkılarıyla başta kişilik bozuklukları ve şizofreni olmak üzere çeşitli psikopatoloji ve tedavi ortamlarına yayılarak kullanılmıştır (Türkçapar ve Sargın, 2012).

### **1.2.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Modeli**

Biliş kavramının birden fazla tanımı bulunmaktadır. Genel olarak tanımlarda, dikkat, öğrenme, bellek, düşünme terimlerine yer verilmiştir. Bu bağlamda bilişsel psikoloji zihnin işleyişi ve bilinç ile ilginen bir yaklaşım olarak tanımlanabilir. Bilişsel yaklaşımın gelişmesinde önemli bir rolü olan Neisser (2014) tarafından yapılan biliş tanımı şöyledir; biliş, duygusal girdilerin çevirildiği, dönüştürüldüğü, yeniden denetlendiği, depo edildiği ve kullanıldığı bütün süreçleri ifade eder. Bilişsel psikoloji ise, öğrenme, bilinç, zihinde canlandırma, hatırlama gibi bütün bilişsel süreçleri kapsadığı gibi duygulardan gelişime kadar bütün psikolojik süreçleri de içine almaktadır.

Bilişsel yaklaşım, kişinin bilişsel yapısını incelerken çalıştığı bilişleri şemalar ve otomatik düşünceler olmak üzere iki temel başlıkta ele alır. Şemalar ara inançlar ve temel inançlar olarak ikiye ayrılır. Bu üç grup içinde en kolay ulaşılabilen otomatik düşüncelerdir. Otomatik düşüncelerden sonra ara inançlar gelir, ara inançlar bizi çekirdekte bulunan şemalara götürür (Türkçapar, 2008).

Otomatik düşünceler biliş akışını oluşturan, formüle edilmiş somut düşüncelerdir (Tümkiye ve İflazoğlu, 2000). Otomatik olarak tanımlanmasının nedeni zihinde birdenbire belirmesidir. Olumsuz otomatik düşünceler refleks gibi aniden oluşurlar, mantıklı bir sıralama içermezler ve nesnel gerçekliğe uymadıkları durumlarda oluşmayı sürdürürler (Haaga ve Ernst, 1991). Yapılan bir araştırma bireyin gün içinde uyanık geçirdiği 16 saatte zihninden ortalama 4000 farklı düşüncenin geçtiği sonucuna ulaşmıştır. Bu düşüncelerin önemli bir kısmı, zihnin bir konu veya durum hakkında düşünmeye yönlendirilmesi sonucu ortaya çıkan yönlendirilmiş düşüncelerdir. Araştırmanın sonucuna göre, zihnimizde yönlendirilmemiş, herhangi bir niyet bulunmadan ortaya çıkmış düşünceler yaklaşık



olarak bu düşüncelerin %13'ünü kapsamaktadır (Merçin, 2005). Zihnin akışı içinde yer alan, niyet olmaksızın ortaya çıkan bu düşünceler otomatik düşüncelerdir. Bilişsel davranışçı yaklaşım disiplini olumsuz otomatik düşünceleri çeşitli teknikler ile ele alarak bu düşüncelerden ara inançlara ve şemalara ulaşmaya çalışmaktadır.

Topolojik sıralamada otomatik düşüncelerin altında ara inançlar yer alır. Ara inançlar bireylerin olumsuz temel inançlardan korunabilmek amacıyla geliştirdikleri bir tampon görevi görür. Ara inançlar, bireyin dile getirmediği ancak inandığı, yaşanan zamana ve duruma özgü kurallar veya sayıtlılarından oluşmaktadır. Bilişsel davranışçı yaklaşımda amaç, işlevsiz ve katı olan inançları değiştirebilmek veya esnetebilmektir (Türkçapar, 2008). Şemalar olarak da adlandırılan temel inançlar, bireyin kişisel ve çevreden gelen bilgileri düzenlemesini ve kendisi, diğerleri ve dünyaya ilişkin temel varsayımlarını içeren inançlardır. Bu inançlar geçmiş deneyimler sonucu oluşur, genellik içerir ve şartlı değil kesin olarak kabul edilen yargılardır (Özcan ve Çelik, 2017).

Bilişsel davranışçı terapide birçok bilişsel ve davranışsal stratejiden yararlanılmaktadır. Bilişsel teknikler bireyin kendine özgü olarak deneyimlediği hatalı düşüncelerini, inançlarını ve uyuma yönelik olmayan varsayımlarını bireye tanımlayabilmeyi ve gösterebilmeyi amaçlar (Türkçapar, 2008). Bilişsel davranışçı terapi süreci, bireyin olumsuz otomatik düşüncelerini monitor etmesine, biliş, duygulanım ve davranış örüntülerinin anlamlandırılabilir olmasına, olumsuz otomatik düşüncelerin ve çarpık inançların bulgularını sınamasına, taraflı bilişlerin gerçeğe dönük yorumlara dönüşmesine, işlevsiz inançlarını tanımayı ve değiştirebilmeyi öğrenmesine yardımcı olmayı hedefler (Dobson ve Dozois, 2019).

### **1.2.3. Bilişsel Çarpıtmalar**

Bilişsel yapının içinde bulunan ve fonksiyonel olmayan inançlar bireyin düşüncesini biçimleyerek psikopatolojiye özgü bilişsel hatalara yol açabilirler. Olumsuz otomatik düşüncelerin sınıflandırılmasıyla çeşitli bilişsel hatalar oluşmaktadır. Bilişsel hatalar bireyin düşüncesini şekillendirirler ve benliğiyle ilintili problemler yaşayan bireyler tarafından oldukça fazla kullanılırlar. Bilişsel çarpıtmalar bireylerde farklı oranlarda olabilmekle birlikte ruhsal rahatsızlıklarda

veya kişilik bozukluklarında daha yaygın olarak görülmektedir (Hiçdurmaz ve Öz, 2011). Literatürde farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Beck ve arkadaşları (1979) tarafından bilişsel hatalar altı ana başlık olarak ele alınmıştır.

*Keyfi Çıkarsama (Arbitrary Inference)*: Ulaşılan sonucu destekleyici kanıtlar olmadığı durumlarda veya tam tersine kanıtlar olduğu durumlarda bir sonuca ulaşmaktır.

*Seçici Algılama (Selective Abstraction)*: Olayları içinde buldukları bağlamdan ayrı ele alarak detaya odaklanma, belirgin olan özellikleri yok sayma ve sınırlı bir özellik ile bütün yaşantıyı anlamlaştırmasıdır.

*Aşırı Genelleme (Overgeneralization)*: Bir olaydan temel alınarak ulaşılan sonucu olayla ilişkili veya ilişkisiz diğer olaylara da genellemektir. Sınırlı sayıda örnek ile genel kural kabul edilmiştir.

*Abartma ve Azaltma (Magnification and Minimizing)*: İçinde bulunulan durum yorumlanırken öznel anlamlar yüklenerek sistematik biçimde yanlış düşünmektir. Olumsuz olayların daha önemli olduğuna ve olumlu olayların daha önemsiz olduğuna inanılır. Genelde bireyin başardıkları küçük görülürken, başaramadıkları büyük görülür.

*Kişiselleştirme (Personalization)*: Bireyin dışsal bir olguyu kendisiyle ilişkili olmamasına rağmen kendisi ile ilişkilendirmesidir. Bireyle ilişkili olmayan olumsuz bir olay ortaya çıktığında reddedilme veya suçlanılma duygusuna neden olabilir.

*Katı, İki Kutuplu Düşünce (Absolutic, Dichotomous Thinking)*: Hep veya hiç, siyah veya beyaz tarzı düşünme olarak açıklanmıştır. Bütün deneyimlerin ve yaşantıların iki uçlu değerlendirilmesi söz konusudur. İki ucun arasında kalan kısımlar görmezden gelinmiştir. Kişi kendini değerlendirirken de iki uçtan birisine yerleştirebilir.

Burns (2006) bu sınıflandırmaya üç adet bilişsel hata eklemiştir.

*Etiketleme ve yanlış etiketleme (Labeling and Mislabeleding):* Olayı, durumu veya davranışı etiketlemek yerine bireyin kendisini etiketlemesidir. Genellemenin fazla yapıldığı durumlarda oluşur. Olayın yanlış bir şekilde betimlendirilmesi ve olması gerekenden fazla duygu tepkisi verilmesi yanlış etiketleme olarak adlandırılmıştır.

*Duygusal Nedensellik (Emotional Reasoning):* Olaya somut veriler değil duygulardan yola çıkılarak nedensellik bağlamı kurulmasıdır. Bireyi yanlış yönlendirir.

*Meli, -Malı İfadeleri (Should Statements):* Bireyin kendisini güdülemek için –meli –malı cümleleri kurmasıdır. Yapılması beklenileni yapmazsa cezalandırılacak olduğunu varsaymaktır.

Genel bir özet olarak, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı; bireyin biliş, duygu ve davranışları arasındaki örüntülerin gösterilmesi, bilişsel ve davranışsal teknikler uygulanarak bilişsel organizasyon ve bilişsel süreçlerin dönüştürülmesini hedeflemektedir. Süreç içerisinde danışana bilişsel modeli açıklayan bir psikoeğitim sürecini de içinde barındırır. Süreç ev ödevleri ile desteklenerek, etkililiğin sınırlanmaması hedeflenir (Arkar, 1992).

### **1.3. ÜÇÜNCÜ DALGA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLER**

#### **1.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Bilinçli Farkındalık Yaklaşımı**

Bilişsel davranışçı terapide bilinçli farkındalık müdahaleleri son yıllarda oldukça yaygın kullanılmakta ve gelişmeye devam etmektedir (Segal, Williams ve Teasdale, 2018; Lucas, Klepin, Porges ve Rejeski, 2018; Wielgosz, Goldberg, Kral, Dunne ve Davidson, 2018;Kabat-Zinn, 2009). Bilinçli farkındalığın doğasına ve terapötik kullanımının araştırılmasına ilginin artması, bilinçli farkındalığın bilişsel davranışçı terapinin deneysel kullanımına dahil olmasına yol açmıştır.

Bu bölümde bilinçli farkındalığa ilişkin terimlere ve bilinçli farkındalığın bilişsel davranışçı terapi ile entegrasyonuna ilişkin tanımlamalara yer verilmiştir. Farkındalık yaklaşımları arasında yaygın olarak kullanılan diyalektik davranış terapisi, farkındalık temelli bilişsel terapi, farkındalık temelli stres azaltma programı, kabul ve kararlılık terapisi ve merhamet odaklı terapi olmak üzere beş temel yaklaşıma kısaca değinilmiştir.

### **1.3.2. Bilinçli Farkındalık Nedir?**

Bilinçli farkındalık, literatürde üç farklı şekilde tasvir edilmiştir. Temelde bir kuramsal temeli ifade etmekle birlikte aynı zamanda farkındalığı arttırmak için yapılan bir pratik anlamında da kullanılır. Üçüncü olarak da zihinsel ve ruhsal bir süreç olarak da “bilinçli farkında olma” ifade edilir (Germer, Siegel ve Fulton, 2016). “Bilinçli farkında olma” meditasyon pratikleri eşliğinde geliştirilebilen hem zihinsel hem ruhsal bir süreçtir (Bishop ve ark., 2004). Geçmişte ya da gelecek için planlanan olası deneyimlerde ve duygularda kalmadan, yalnızca şimdiki an’ı deneyimlemek, şimdiki an’ı kabul etmek şeklinde tanımlanmıştır. Bilinçli farkındalık deneyimi, şimdiki an’a dair bilişleri ve fiziki farkındalığın içinde bulunduğu mekanı benimseyip kabul etmektir (Bishop ve ark., 2004; Kabat-Zinn, 2009).

Bilinçli farkındalığın temel iki bileşeninden biri dikkatin yönlendirilmesi iken diğeri deneyimlenen an’da duyulan merak, kabul ve şeffaf olmanın entegrasyonudur. Kişi geçmiş yaşantılara veya gelecek planlarına yöneldiğinde, geçmiş deneyimlerin ve gelecek olası deneyimlerin oluşturabileceği stres faktörlerine daha fazla maruz kalabilir ve bu stres faktörleri kaygı, depresif belirtiler gibi olumsuz sonuçlara sebep olabilir. Bu nedenle şimdiki an’da olmanın öneminin kavranması bilinçli farkındalığın en önemli özelliklerinden biridir (Kabat-Zinn, 2009).

Deneyimsel anlamda bilinçli farkındalığın tanımlayıcı özellikleri mevcuttur. Germer, Siegel ve Fulton (2016) bu özellikleri sekiz ana başlıkta derlemiştir.

*Kavramsal olmaması (nonconceptual):* Bilinçli farkındalık bireyin zihinsel süreçlerinden geçmeden oluşan farkındalık durumudur.

*Şimdi odaklı olması (present-centered):* Bilinçli farkındalık geçmişte deneyimlenmiş veya gelecekte deneyimlenmesi muhtemel olanlara değil şimdiki odaklanır. Deneyimler hakkında oluşabilecek fikirlerin şimdiki anın bir adım sonrası olduğunu belirtir.

*Yargılayıcı olmaması (nonjudgmental):* Bugüne dair beklenti içinde olmak bilinçli farkındalığın serbest bir biçimde oluşmasına engel olacaktır. Bilinçli farkındalık, yaşantıların dünden veya yarından farklı olmasını beklememek ve yaşantılara etiketleme yapmadan yaklaşabilmeyi gerektirir.

*Maksatlı olması (intentional):* Bilinçli farkındalık egzersizlerinin en temel özelliklerinden biri yönlendirilmiş dikkati içermesidir. Bireyin dikkatini şimdiki zamana yeniden getirebilmesi zaman içinde oluşması beklenen bir farkındalık getirisiidir.

*Katılımcının gözlemine gerektirmesi (participant observation):* Farkındalık egzersizleri uygulayan birey, olayın dışında kalan bir gözlemci değildir. Katılımcının dikkatini maksatlı bir biçimde zihine ve bedene, içinde bulunulan anda ona verilen yönergeleri dinleyerek yönlendirmesidir. Bilinçli farkındalık bireyin zihninin ve bedeninin daha yakından hissedilebileceği ve temasa geçebileceği, şimdiki zamana dönük bir yaklaşımdır.

*Sözel olmaması (nonverbal):* Deneyimsel olarak bilinçli farkındalık, bireyin zihninde kelimeler oluşmadan önce oluşur. Bilinçli farkındalık, deneyimleyen bireyin zihninin olaylara, durumlara, kişilere, kendi duygularına ve düşüncelerine otomatik olarak farkındalığı gelişmiş bir yaklaşım ile bakmaya başlamasını sağlar.

*Keşife dayalı olması (exploratory):* Bilinçli farkındalık başlangıç veya son göstermek yerine bireyin bilinçli farkındalığının hayat boyu gelişebilen bir özelliği olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle sürekli bir biçimde algılanan bölümün daha fazlasını araştırmayı hedeflemektedir.

*Özgürleştirici olması (liberating):* Bilinçli farkındalık, zihnin bugüne ve içinde bulunulan ana odaklanmasını istemektedir. Geçmişte deneyimlenen

yaşantıların yükü ve gelecekte olması muhtemel olacak olayın endişesini bırakmayı ve şimdiki anı deneyimlemeyi hedeflemektedir.

### 1.3.3. Kuramsal Temelleri Açısından Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık terimi (mindfulness) oldukça eski bir tarihe sahip olduğu gibi kelime olarak eski Pali diline aittir (Bodhi, 2000). Budizm öğretilerinde oldukça yaygın kullanımı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte Yunan felsefesi, humanizm, doğalcılık ve varoluşçuluk gibi felsefi akımlardan doğan fikirlerle kavramsal olarak akrabalığı bulunmaktadır (Brown, Ryan ve Creswell, 2007). Bilinçli farkındalık temelli psikoterapi teknikleri kaynağını farkındalık temelli meditasyon uygulamalarından almıştır (Davis ve Hayes, 2011).

Klinik psikoloji alanında bilişsel davranışçı psikoterapilerin yanında bilinçli farkındalık kullanılmaya başlanmıştır (Cash ve Whittingham, 2010). Farkındalık temelli terapilerde, bilişsel davranışçı yaklaşımda bulunan değişim mekanizmalarından üstbiliş, dikkat düzenleme ve maruz bırakma kullanılmaktadır (Çatak ve Ögel, 2010). Hayes, Hayes, Strosahl ve Wilson (2006) tanımlamasına göre bilişsel davranışçı terapilerin “üçüncü dalgası” olarak bilinen farkındalık temelli terapiler, kabul, içgörü ve farkındalık ile ilgili kavramsal araçların kullanıldığı uygulamalardır. Bireyin içsel deneyimleriyle ilgili farkındalık kazanması, üçüncü kuşak terapilerin odağında bulunmaktadır (Herbert ve Forman 2011).

Üçüncü kuşak terapiler, bireyin yaşadığı olayı değiştirmek ile değil, o olayın işlevinin anlaşılıp değiştirilmesiyle ilgilenir. Bu nedenle de terapilerde kabul, bilinçli farkındalık ve bilişsel ayrışma gibi teknikler kullanılmaktadır (Teasdale, Segal ve Williams, 1995). Üçüncü kuşak terapilerde davranışlar, düşünceler, duygular, üstbilişsel süreçler ve duyguların öz-değerlendirmeleri bir bütün olarak ele alınmaktadır (Vatan, 2016). Farkındalık temelli stres azaltma, farkındalık temelli bilişsel terapi, kabul ve kararlılık terapisi, ve merhamet odaklı terapi üçüncü dalga olarak isimlendirilen yaklaşımlara verilebilecek örneklerdir.

Bilinçli farkındalık (mindfulness), bir bireyin şimdiki zamanda deneyimlediği duruma bilerek ve isteyerek katılabilme becerisidir (Coffey ve Hartman, 2008). Bishop ve arkadaşları (2004) bilinçli farkındalığı, geçmişte yaşanmış veya gelecekte yapılması planlanan olası deneyimlerden ve duygulardan etkilenmeden şu anı kabul edip onaylamak olarak tanımlar. Kökeni, Budizm ve

meditasyon pratiklerinden gelmektedir. Pratiğin temelinde bireyin kim olduğunu, dünyayı ve dünyadaki yerini nasıl gördüğünü sorgulamak vardır. Farkındalık meditasyonu denilen bu süreçte birey dikkatini sürekli olarak nefes alış-verişine, duygularına, beden duyularına o an ki düşüncelerine odaklanmaktadır (Çatak ve Ögel, 2010).

Bilinçli farkındalık egzersizlerine başlanırken birey, koltuğa rahat bir şekilde oturur ve nefes alış ve verişine odaklanır. Nefes alış ve veriş devâm ederken birey o anı hissetmeye ve odak noktası haline getirmeye çalışır. Yapılan bu pratik bilinçli farkındalık eğitiminin temelidir ve amacı, bireyin kişisel farkındalığını ve öz denetimini arttırmak, stresini azaltarak ortadan kaldırmaktır (Schonert-Reichl ve Lawlor, 2010). Her hafta düzenli olarak yapılan oturumlarda bireyler bir araya gelmektedir ve oturumlar da ortalama olarak 75 dakika sürmektedir. Yapılan bu egzersizler, bireyin şimdiki anda yaşamasına ve kendini yargılamadan farkındalığa ulaşmasına yardım eder. Bilinçli farkındalığı gelişmeye devam eden bireyler, deneyimledikleri bu becerileri hayatlarında kullanarak olumsuz düşünmemek ve duygularını pozitif yönde değiştirebilmek konusunda cesaretlendirilir (Plews-Ogan, Owens, Goodman, Wolfe ve Schorling, 2005).

Bilişsel davranışçı terapilerde önemli bir yeri olan bilinçli farkındalık, son yıllarda klinik psikoloji içerisinde de yer almaya başlamıştır (Cash ve Whittingham, 2010). Farkındalık temelli tekniklerin psikoterapide kullanılmaya başlanması yaklaşık 30 yıl öncesine dayanmaktadır ve öncülüğünü Kabat-Zinn (1982) yapmıştır. Birçok psikolojik rahatsızlık, bilinçli farkındalık temelli teknikleri kullanılarak ele alındığında yaşanan belirti düzeylerinin azalmasında olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Miller, Fletcher ve Kabat-Zinn'in (1995) yaptıkları bir çalışmada, bilinçli farkındalık temelli teknikler uygulanan katılımcıların meditasyon programının sonunda depresif, kaygı ve panik belirtilerinde belirgin bir azalma olduğu görülmüştür.

Buna ek olarak; Shapiro, Schwartz ve Bonner (1998)'de, bilinçli farkındalık temelli teknikler uygulanan katılımcıların meditasyon programının sonunda depresyon da dahil olmak üzere birçok psikolojik belirtide anlamlı seviyede azalma



görmüş ve empati puanlarında da artış saptamıştır. Bilinçli farkındalık temelli terapi teknikleri depresyon (Barnhofer ve ark. 2009; Demir 2014; Liehr ve Diaz, 2010), kaygı (Semple, Lee, Rosa ve Miller, 2010), kendini kabul, rahatlama, farkındalık ve netlikte artış (Broderick ve Metz, 2009), akademik performansta ve sosyal becerilerde artış (Beauchemin, Hutchins ve Patterson, 2008) gibi farklı alanlarda kullanılmaktadır.

### **1.3.4. Bilinçli Farkındalık Temelli Yaklaşımlar**

#### **1.3.4.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı**

Meditasyon tekniklerini ve öğretilerini temel alan program, fiziksel veya zihinsel acı nedeniyle başvuran bireylere grup oturumları şeklinde uygulanan ve stres azaltma amacıyla düzenlenen bilinçli farkındalık programıdır (Atalay, 2018). Program Jon Kabat-Zinn (2009) tarafından kronik ağrısı olan hastaları iyileştirmek amacıyla, Budizm felsefesinden temel alarak geliştirilmiştir. Kronik ağrısı olan bireylerin sık sık bu ağrıyla yaşamak zorunda olduklarını duydukları, bu programın onlara bu ağrı ile nasıl yaşayacaklarını öğrettiği ifade edilmiştir (Kabat-Zinn, 1982). Bu nedenle program ağrıyla baş etme biçimlerini, ağrıyı anlamlandırma ve ilişkilendirme süreçlerini ele almaktadır. İlerleyen çalışmalar programı zorluk yaşanan durum ve duygularla baş etme amacı ile kullanarak kapsamını genişletmişlerdir (Atalay, 2018).

Farkındalık temelli stres azaltma programı kanser, kalp hastalıkları ve depresyon başta olmak üzere pek çok farklı alanda kullanılmaktadır (Kabat-Zinn, 2009). Deneysel araştırmalar farkındalık temelli stres azaltma programının psikolojik iyilik (Astin, 1997), kaygı ve depresyon (Baer, 2003), duygu düzenleme ve dikkat (Ekblad, 2008), kronik sağlık problemi yaşayan bireylerin ruh sağlığı (Bohlmeijer, Prenger, Taal ve Cuijpers, 2010), acıya duyarlılık ve kaygı (Zeidan, Gordon, Merchant, Goolkasian, 2010) gibi birçok alanda kullanılmakta olduğunu göstermektedir.

Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı, stresi azaltma ve duygu düzenlemede öz disiplinin ve bilinçli farkındalığın sistemli bir eğitimini sağlamaktadır. Programın amacı kabul edici bir tutum sağlayabilmek ve içinde

bulunulan anda farkındalığın artmasına yardımcı olmaktır. Olumsuz duygu, düşünce ve davranışlardan kaçınmaya yardımcı olmak amacıyla yeni tepki yollarını öğretmeye, bireyin kendisi ve dünyası ile daha iyi baş etmesini sağlamaya çalışır (Atalay, 2018). Bu süreç beynin duygu düzenlemesi ve stres tepkisinden sorumlu olan bölgelerinde olan değişimler ile ilişkilidir. Programda kullanılan uygulamalardan bazıları; beden taraması, nefese odaklanma, nefes egzersizleri, beden egzersizleri ve şefkat meditasyonudur (Segal, Williams ve Teasdale, 2018). Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar arasında, Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı'na en çok benzerlik gösteren programın, Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı olduğu söylenebilir.

#### 1.3.4.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi

Bilinçli farkındalık temelli terapilerde, bilişsel davranışçı terapiye benzer değişim mekanizmaları kullanılmaktadır. Üstbiliş, duygu düzenleme ve maruz bırakma gibi çok sayıda teknik ortak olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle farkındalık temelli terapiler, bilişsel davranışçı terapilerin üçüncü dalgası olarak nitelendirilmiştir (Çatak ve Ögel, 2010). Farkındalık temelli terapiler klinik psikoloji alanında bilişsel davranışçı terapilerden bağımsız kullanılabilirdiği gibi destekleyici olarak da artan biçimde kullanılmaya devam etmektedir (Cash ve Whittingham, 2010).

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı, ilk olarak depresyon hastalarına uygulanmıştır (Teasdale, Segal ve Williams, 1995). Hastaları tekrar eden nökslere karşı korumak amacıyla geliştirilen program, depresyondan sonra farklı klinik, subklinik ve klinik olmayan gruplarda deneyimlenmiştir. Finuance ve Merce (2006) tarafından, Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programını geleneksel bilişsel terapi ile meditasyon pratiklerini entegre eden yarı yapılandırılmış bir model olarak tanımlanmıştır. Gerçekleştirilen çalışmada, tekrar eden nöksleri bulunan 13 depresyon hastasının çoğunluğu için meditasyon pratiklerinin kabul edilebilir ve faydalı oldukları ifade edilmiştir. Hastaların yarısından fazlası, sekiz haftalık program tamamlandıktan üç ay sonraya kadar farkındalık tekniklerini günlük

hayatlarında uygulamaya devam etmiştir. Çalışmanın bulgularında hastaların kaygı ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu ifade edilmiştir.

Kenny ve Williams (2007), daha önce bilişsel davranışçı terapi yaklaşımına yanıt vermeyen bir grup depresyon hastasında Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi yaklaşımının etkili sonuç verdiğini gözlemlemiştir. Bilişsel süreçler, onlarla bağdaşan meditasyon teknikleri ile desteklendiğinde daha etkili bir terapi süreci olacağı sonucuna varılmıştır.

Literatürde klinik ve subklinik gruplarda Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi uygulamalarına rastlanılmıştır. Klinik gruplarda yapılan çalışmalara örnek olarak, depresyon (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby ve Lau, 2000; Ma ve Teasdale, 2004; Kingston, Dooley, Bates, Lawlor ve Malone, 2007), bipolar bozukluk (Williams ve arkadaşları, 2008), travma sonrası stres bozukluğu (King ve arkadaşları, 2013) erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (Haydicky, Shecter, Wiener ve Ducharme, 2015), depresyon ve intihar eğilimli bilişler (Barnhofer ve arkadaşları, 2015), hipokondriyazis (Surawy, McManus, Muse ve Williams, 2015) ve obsesif kompulsif bozukluk (Hertenstein ve arkadaşları, 2012; Külz ve arkadaşları, 2014; Key, Rowa, Bieling, McCabe ve Pawluk, 2017; Didonna, Lanfredi, Xodo, Ferrari, Rossi ve Pedrini, 2019) verilebilir.

Subklinik gruplarda obsesif kompulsif belirtiler (Külz ve arkadaşları, 2014), çocuklarda problemleri içselleştirme ve dışsallaştırma (Lee, Semple, Rosa ve Miller, 2008), doğum öncesi kaygı (Goodman ve arkadaşları, 2014), duygusal esneklik (Esmailian, Dehghani, Dehghani ve Lee, 2018) çalışmaları örnek gösterilebilir.

#### 1.3.4.3. Diyalektik Davranış Terapisi

Diyalektik kelimesi, Yunanca “dialegein” kelimesinden gelen tartışma veya söyleşi anlamına gelen bir terimdir. Hegel ve Kant gibi filozoflar diyalektik kelimesini zıtlıkları içeren durumlarda kullanmıştır (Rosenthal, Lynch ve Linehan (2005). Diyalektik davranışçı terapi, diyalektiği yalnızca bir terapi tekniği değil, aynı zamanda bir bakış açısı ve dünya görüşü olarak nitelendirilmiştir. Görüşe göre olguların temelde birbirleri ile ilişkisi vardır ve bütünlük arz ederler. Diyalektik davranış terapisi ruh sağlığı bozukluklarının en önemli nedeni olarak duygusal

hassasiyeti belirtmektedir. Duygusal hassasiyet psikolojik ve genetik faktörlerin etkisiyle ortaya çıkabilmektedir. Duygusal hassasiyeti yükselen bir birey depresyon veya kaygı deneyimleyebilir (Marra, 2005). Farkındalık uygulamaları diyalektik davranış terapisinde en yaygın kullanılan tekniklerden birisidir (Sargın ve Sargın, 2015).

#### 1.3.4.4. Kabul ve Kararlılık Terapisi

Kabul ve kararlılık terapisinin temel amacı, bireyin belirtileri, onu zorlayan düşünceleri veya duyguları arasındaki ilişkinin dönüştürülebilmesidir. Bu nedenle belirtilere neden olduğu düşünülen düşünceler ve duygulardan kaçınılmaz, onlara daha yakından bakma hedeflenir. Böylelikle belirtilerin azalması, duygu ve düşüncelere odaklanmanın getirisi olarak değerlendirilir (Harris, 2009). Kabul ve kararlılık terapisti, deneysel verilerle desteklenen davranışçı kökenden beslenmiş bir yaklaşımdır ve psikopatolojinin açıklanmasında kanıt destekli süreçleri ele alır. Psikopatoloji ve insan davranışı üzerine eğilen yaklaşım bütüncül ve kapsamlı bir model geliştirmeye gayret etmiş ve bu doğrultuda mesafe kaydetmiştir (Yavuz, 2015).

Yaklaşım psikopatoloji modelini açıklarken psikolojik katılık (psychological inflexibility) terimini kullanmıştır. Bilişsel birleşme (cognitive fusion), yaşantısal kaçınma (experiential avoidance), an ile teması kaybederek geçmişe veya geleceğe odaklanma (dominance of the conceptualized past or future), değerlerden uzaklaşma (lack of values clarity), kavramlaştırılmış benliğe bağlanma (attachment to the conceptualized self), kaçınma veya dürtüsellik (unworkable action) olmak üzere psikolojik katılık toplamda altı bölümden oluşmaktadır (Harris, 2009).

#### 1.3.4.5. Merhamet Odaklı Terapi

Merhamet odaklı terapi, bireyin samimiyet duygusunu ve kendisine yönelik duygusal tepkilerini geliştirmek amacını gütmektedir. Klinik gruplar için tasarlanmıştır ancak subklinik veya klinik olmayan gruplarda da uygulamaları bulunmaktadır (Neff ve Germer, 2012). İlk olarak stresle baş etme sürecinde kullanılmaya başlanan merhamet odaklı terapi, merhamet ve yakın ilişkinin arkaplanında bulunan temel duyguları incelemektedir. Merhamet odaklı terapi,

merhametli zihin eğitimi programını da içinde barındırır. Bu program terapi süreci içerisinde bulunan bireyin merhamet duygusunu geliştirmek amacıyla sunulan bir programdır. Merhamet Odaklı Terapi, psikolojik sorunlarının birçoğunun kaynağı olarak, bireyin kendisine duyduğu merhametin zayıflığını görmektedir. Grup veya bireysel terapi sürecinde kullanılabilir. Farkındalık kazandırma yöneliminde olan bu program, nefes egzersizleri, beden egzersizleri ve imajinasyon gibi birçok farkındalık tekniklerini kullanmaktadır (Gilbert, 2010).

### **1.3.5. Farkındalık Temelli Yaklaşımlarda Değınilen Temel Farkındalık Becerileri**

#### **1.3.5.1. Yargısızlık**

Farkındalık, şimdiki zamana odaklanarak ve şimdiki zamanın yaşantısını yargısız bir biçimde gözlemleyerek geliştirilebilir. İçinde bulunulan anı yargılamak bilinçli olmadan ve otomatik olarak gelişmektedir. Farkındalık uygulamaları bu yargılamayı zamanla azaltarak yaşadığımız deneyimleri oldukları gibi algılayabilmeyi hedeflemektedir. Zihin geçmiş yaşantıların yönlendirmesiyle bedensel duyuları değerlendirme eğilimindedir. Bu eğilim düşünceleri veya duyguları doğru, yanlış ve iyi, kötü şeklinde etiketlemelere neden olmaktadır. Bu otomatik davranış, bazı psikolojik rahatsızlıklarda daha fazla deneyimlenir ve bireyi önemli ölçüde rahatsız edebilir.

Panik atak veya panik bozukluk deneyimleyen bireyler solunumlarında veya kalp atışlarında bir hızlanma fark ederlerse oluşan bu bedensel tepkileri tehlikeli veya korkutucu yargısıyla değerlendirme eğilimindedirler. Dismorfik bireyler fiziksel görünümünde olan küçük kusurlarla ileri dercede meşgul olma eğilimindedirler. Depresyon deneyimleyen birey, yaptığı her davranışı yargılama, sorgulama ve eleştirme eğilimindedir. Yargısızlık becerisi eleştirmeden, etiketlemeden veya sınıflandırmadan bakabilme becerisi olup, bu becerinin önemli bir kısmı bireyin kendi kendine merhametini içermektedir (Roemer, Orsillo ve Salters-Pedneault 2008).

### 1.3.5.2. Şimdiye Odaklanmak

Günlük yaşamda karşılaşılan sorunların önemli bir kısmı zihni tekrarlayan bir biçimde meşgul edebilir. Örneğin panik bozukluğunu deneyimleyen bir birey bulunduğu ortama benzer bir ortamda geçmiş yaşadığı bir panik atak deneyimine odaklanabilir veya gelecekte bu mekanda panik atak yaşama kaygısı başlayabilir. Zihinde oluşan otomatik düşünceler kaygı, nefes alıp vermede zorlanma veya avuç içlerinde terleme gibi sonuçlara sebep olabilir. Bu belirtiler bireyi daha çok kaygılandırabilir. Depresif belirtileri olan bir birey olumsuz düşüncelere odaklanmış bir biçimde kendini bulabilir. Obsesyon deneyimleyen bir birey kendi düşünceleri ve duyguları ile uğraşırken çevresindekileri olayları kaçırabilir. Geçmiş yaşantılar bireyin zihninde tekrar canlanabilir ve izlenebilir olduğu gibi henüz gerçekleşmemiş olayların gerçekleşme ihtimalinin oluşturduğu kaygı da bireyi gelecekte tutabilir (Soysal, Bodur ve Hızlı, 2005).

### 1.3.5.3. Mesafe Koyma

Farkındalık becerisi duygu ve düşüncelerin bilincinde olma becerisidir. Farkındalık uygulamaları bireye duygu ve düşüncelerine mesafe koyarak bakabilmeyi sağlamaktadır. Deneyimlenen duygu ve düşüncelere belirli bir mesafeden bakmak farkındalık becerisini geliştirir, bireyin duygu ve düşüncelerine ilişkin kontrolüne katkı sağlar.

Mesafe koyma işleminin başarısız olduğu durumlarda görülen birçok psikolojik rahatsızlık bulunmaktadır. Örneğin depresyon, deneyimleyen bireyin olumsuz etkilendiği uzun soluklu mutsuzluk ve aktivitelerden eskisi kadar keyif alamama yaşantıları ile karakterize edilmiştir. Depresyon değersizlik, aşırı suçluluk, üzüntü ve ümitsizlik duyguları ile nitelendirilmiştir. Obsesif kompulsif bozukluk, panik atak, yaygın kaygı bozukluğu deneyimleyen bireyler başlarına felaket veya kötü bir şey geleceği endişesi deneyimleyebilirler.

Kişilerin düşünceleriyle özdeşleşmesi ve onları gerçekmiş gibi kabullendiği durumlarda düşüncelere mesafe konulmamıştır. Mesafe konulmamış düşünceler

bireyin o an deneyimlediği duygudan etkilenirler. Benzer bir örnek sosyal kaygı için de verilebilir. Sosyal kaygı deneyimleyen bir birey katıldığı sosyal ortamlarda kendisini rezil edeceğini düşünebilir ve şiddetli bir utanma duygusu hissederek bu düşünceyi gerçekmiş gibi yaşayabilir. Mesafe koyma becerisi özetle; bireylerin düşüncelerinin yalnızca düşünceler olduğunu, bu düşüncelerin bireyin gerçek bir parçası olmadığını fark edebilme becerisini kazandırır. Böylelikle düşünceleri ve duyguları ile onları deneyimleyen birey arasında bir mesafe oluşmaktadır (Şenormancı, Konkan, Güçlü ve Sungur, 2012).

#### 1.3.5.4. Serbest Bırakma

Zihnin otomatik olarak oluşturduğu, zihinde birdenbire beliren otomatik düşünceler, biliş akışını oluşturan ve formüle edilmiş somut düşüncelerdir (Tümkiye ve İflazoğlu, 2000). Zihin korku ve kaygı duyguları ile ilintili “başarısızım”, “yetersizim”, “kimse tarafından sevilmiyorum”, “onaylanmıyorum” gibi otomatik düşünceler üretebilir. Bu otomatik düşünceler zihni fazla meşgul edebilir, bir süre sonra başka bir düşüncenin barınmasına engel olacak kadar etki edebilir. Düşüncelerin ilettikleri iletilerin birey için inandırıcı olduğu durumlarda deneyimlenen duygu bu düşüncelerden etkilenir ve bu düşüncelere göre şekil alır. Bu durumun süreklilik kazandığı olgularda birey kendisini üzüntülü, endişeli, mutsuz veya gergin hissedebilir. Birçok psikolojik rahatsızlıkta bu durum devamlı deneyimlenen bir döngü haline gelebilir, düşünceler ve duygularla takıntılı bir biçimde uğraşılması veya düşüncelerin ve duyguların bastırılmaya çalışılması otomatik hale gelmiş tepkilerdir (Demir, 2014).

Farkındalık bireye rahatsızlık veren bu içsel döngüye tepki vermek yerine yanıt verebilme becerisini sağlamaya çalışmaktadır. Serbest bırakmak bu deneyimlere yanıt verme biçimidir. Farkındalık uygulamaları bireyin duygularına ve düşüncelerine tıpkı mesafe koyarak bakabilmesi gibi serbest bırakarak yanıt vermesini de geliştirmeyi hedeflemektedir (Çatak ve Ögel, 2010).

### 1.3.5.5. Kabullenme

Farkındalık yoluyla geliştirilen kabullenme becerisi, bireyin duygu ve düşünceleri ile daha iyi baş edebilmesini sağlamaktadır. Bireyin rahatsızlık duyduğu duygu ve düşünceleri ile temasa geçilmesi hedeflenmektedir. Kabullenme, bireyde rahatsızlık uyandıran duyguları ve düşüncelerinden kaçınmak veya onları bastırmak yerine onlar ile yüzleşmeye çalışmaktır (Demir, 2014). Birey, kendisinde rahatsızlık uyandıran duygularından veya düşüncelerinden kurtulabilmenin yalnızca onları ortadan kaldırarak olabileceğini düşünebilir. Farkındalık yaklaşımı deneyimlenen duyguların veya düşüncelerin ortadan kaldırılmasının mümkün olmadığını ifade etmektedir. Bu duyguları veya düşünceleri bastırmak, yok etmeye veya reddetmeye çalışmak bireyin uzun vadede daha fazla zarar görmesine neden olabilmektedir (Demir, 2014).

Kabullenme, serbest bırakma ve mesafe koyma gibi diğer farkındalık becerileriyle benzer mekanizmalara sahip olup, yargısız olmanın bir uzantısıdır. Kabullenme, bireyin ona rahatsızlık veren, hoşnut olmadığı bütün deneyimlere, kişilere, durumlara, düşüncelere ve duygulara yer açabilme ve onlarla uzlaşabilme becerisidir. Bireyin kendi yaşantılarına karşı değerlendirici ve yargılayıcı tutumdan ayrışabilmesi ve bu tutumu anlayışlı, açık ve bugün odaklı bir tutuma dönüştürebilmesi hedeflenmektedir. Bu bağlamda kabullenmek; olumsuz duygulara yol açsa dahi hoş gitmeyen olayları, bireyleri, durumları, düşünceleri ve duyguları makul karşılayabilmek, tahammül ve hoşgörü geliştirerek onlarla uzlaşabilmektir (Demir, 2014).

Kabat-Zinn farkındalığı, üzüntü, endişe ve korku duygularından kaçmak yerine bu duygulara yaklaşmayı ve kabullenmeyi hedefleyen bir tutum şeklinde tanımlamaktadır (Kabat-Zinn, 2009). Bu bağlamda kabullenmek, hoşlanılmayan olguları beğenmek veya her etkiye karşı pasif bir tutum sergilemek anlamında değerlendirilmemektedir. Kabullenme, uyum gösteremeyen bir davranışı onaylamamayı da içinde barındırmaktadır. Herhangi bir davranışı değiştirebilmek, vazgeçebilmek veya başka bir davranışa dönüştürebilmek için önce var olan



davranışın uyum göstermediğini kabullenmek gereklidir. Bu nedenle kabullenme, davranışı değiştirmeden bir önceki basamaktır.

Bilinçli farkındalığın temel yapıtaşları olan serbest bırakma, şimdiye odaklanmak, yargısızlık, mesafe koyma ve kabullenme farkındalık temelli terapilerde geliştirilmeye çalışılan ve bireylerde her birinin geliştirilebilir bir kapasitesi olduğu düşünülen alanlardır. Bu çalışmada, bilişsel terapi tekniklerinin farkındalık temelli teknikler ile desteklenerek hazırlandığı program kullanılmıştır.

#### 1.4. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada bilinçli farkındalık tekniklerinin kullanıldığı bilişsel terapi programının, bireylerin obsesif kompulsif belirtileri üzerindeki etkisi incelenmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle ortaya ilk çıkışından bugüne, obsesif kompulsif bozukluk, bilişsel yaklaşım ve bilinçli farkındalığa değinilmeye çalışılmıştır. Çalışmanın iki hipotezi bulunmaktadır. Temel hipotez, “Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı bireylerin obsesif kompulsif belirtilerinin azalmasında etkilidir.” olarak kurulmuştur. Temel hipotezi sınamak amacıyla Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı, obsesif kompulsif belirtileri olan müdahale grubuna uygulanmıştır. Araştırmanın ikincil hipotezi ise “Programın etkisi uzun soluklu olarak da devam edecektir.” olarak tasarlanmıştır. İkincil hipotezi sınamak amacı ile programının tamamlanmasından sonra katılımcılardan izlem testi ölçümünün alındığı deneysel bir çalışma yürütülmüştür.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın evreni ve çalışma grubu, araştırmanın modeli, Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı, kullanılan veri toplama araçları, veri toplama süreci ve analizde kullanılan istatistiksel yöntem açıklanmıştır. Bu araştırma, araştırmacı tarafından uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi ve Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı yaklaşımlarına dayanarak geliştirilmiştir. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi'nin obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki etkisinin incelendiği bu çalışma deneysel bir çalışmadır. Araştırma desenini müdahale ve kontrol grubu için ön test, son test ve izlem testi ölçümleri oluşturmaktadır.

**Tablo 1. Araştırma Deseni**

| <b>Grup</b>     | <b>Ön Test</b>  | <b>Müdahale</b>                                       | <b>Son Test</b> | <b>İzleme (4 ay sonra)</b> |
|-----------------|-----------------|---|-----------------|----------------------------|
| <b>Müdahale</b> | Padua Envanteri | Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı | Padua Envanteri | Padua Envanteri            |
| <b>Kontrol</b>  | Padua Envanteri | Müdahale yok  | Padua Envanteri | Padua Envanteri            |

Müdahale ve kontrol gruplarına işlem sürecine başlamadan önce Padua Envanteri ön test olarak uygulanmıştır. Müdahale grubu sekiz hafta süren Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı'na dahil edilmiştir. Kontrol grubuna bu süre zarfında bekleme süresi verilmiştir. Müdahale grubu programının ardından hem kontrol hem müdahale gruplarına Padua Envanteri son test olarak uygulanmıştır. Son test uygulamalarından sonra izlem süreci başlatılmış, belirlenen izlem süreci tamamlandığında Padua Envanteri tekrar izlem testi olarak da uygulanmıştır.

## 2.1.KATILIMCILAR

Araştırmanın çalışma grubunu herhangi bir kısıtlama içermeksizin İstanbul bölgesinde ikamet eden kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise araştırma evreninden ulaşılan kişilerden Padua Envanteri'nde en yüksek ölçek puanına sahip olan ve olup araştırma için gereken kriterleri sağlayan gruptur. Araştırma grubunu oluşturan katılımcı sayısı 22'dir. Araştırmaya katılan kişilerin yaş aralığı 19-36 olup, yaş ortalaması 25,81, standart sapması 6,03 olarak hesaplanmıştır.

## 2.2.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

### 2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, maddi durumu ve kimle yaşadıklarına ilişkin bilgilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form ayrıca, ilaç kullanım geçmişi, psikiyatri öyküsü ve son altı ayda psikoterapi geçmişine ilişkin soruları da içermektedir. Katılımcılardan bir sonraki aşamada çağrılabilmeleri için iletişim bilgileri de istenmiştir. Kullanılan demografik bilgi formu ekler bölümünde yer almaktadır (Ek 2).

### 2.2.2. Padua Envanteri Revize Edilmiş Formu

Çalışmada Oppen, Hoekstra ve Emmelkamp (1995) tarafından revize edilen Padua Envanteri Revize Edilmiş Formu kullanılmıştır. Envanterin orjinal formu Sanavio (1988) tarafından geliştirilmiştir ve 60 maddeden oluşmaktadır. Envanter obsesif kompulsif bozukluğun yaygın görülen alt tiplerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Oppen Hoekstra ve Emmelkamp (1995), 41 maddelik ölçeği, sadece klinik olmayan grubu belirlemek için değil, obsesif kompulsif bozukluk belirtilerini ölçebilmek için de geçerli bir ölçüm aracı olarak ifade etmişlerdir.

Ülkemizde envanterin 60 maddelik özgün formunun ve 41 maddelik kısa formunun Türkçe uyarlaması Beşiroğlu, Boysan, Eryonucu, Güleç ve Selvi (2005) tarafından yapılmıştır. Envanter; temizlik, dürtüler, kontrol, düşüncelere kapılma ve kesinlik olmak üzere beş faktörden oluşmaktadır. Envanterin kısa formunun kesim noktaları sağlıklı grup için 21,6; obsesif kompulsif bozukluk klinik grup için 66,7;

subklinik grup için de 21,6 ile 66,7 arası olarak belirlenmiştir (Oppen, Hoekstra ve Emmelkamp, 1995).

Padua Envanteri; obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların ya da obsesif kompulsif belirtiler deneyimleyen sağlıklı bireylerin belirti şiddetini ve bu belirtilerin dağılımını belirleyebilmek için kullanılan öz bildirim dayalı bir envanterdir. Her maddede beş seçenek bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla; hiç (0), çok az (1), çok (2), epeyce çok (3) ve aşırı (4) şeklindedir. Her bir madde için sıfır puan sorudaki belirtinin hiç yaşanmıyor olmasına işaret ederken, dört puan belirtinin şiddetli yaşanıyor olduğunu ifade etmektedir. Envanterden alınabilecek toplam puan 0 ile 164 arasındadır. Beşiroğlu ve arkadaşları (2005) envanterin Türkçe uyarlanması çalışmasında envanterin Cronbach alfa değerini 0,95, test tekrar test güvenilirliğini 0,91 olarak belirtmiştir.

Katılımcılara ilk etapta Sanavio (1988) tarafından geliştirilen Padua Envanteri uygulanmıştır. Padua Envanteri'nde klinik olmayan popülasyonu ifade eden aralığın kesim noktası 21,6 puan olarak ifade edilmiştir (Oppen, Hoekstra ve Emmel kamp 1995). Envanterde puanın yüksekliği obsesif kompulsif belirtilerin fazla olduğunu, puanın düşük olması ise belirtilerin daha az olmasını ifade eder. Envanterin kullanılan formu ekler bölümünde yer almaktadır (Ek 3).

### **2.2.3. SCL-90 Belirti Tarama Listesi**

Envanter psikiyatrik belirtileri olan bireyleri ayırt edebilmek amacıyla Derogatis ve Cleary (1977) tarafından geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Toplamda 90 maddeden oluşan ölçek beşli likert ölçek olarak derecelendirilmektedir. Somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobi, paranoid düşünce ve psikotik belirtiler olmak üzere toplamda dokuz alanı değerlendirmektedir. Dokuz alt alanın puanlarının ortalaması genel semptom ortalamasını vermektedir.

SCL-90 ölçeğinde araştırmacı tarafından literatür taranarak belirlenen kriterlere göre uygun yanıt vermiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan

28 kişi seçilmiştir. Belirlenen kişiler yarı yarıya olmak üzere cinsiyet ve yaş dağılımlarına da dikkat edilerek rassal olarak müdahale ve kontrol grubuna atanmıştır. Müdahale grubuna atanan katılımcılara programın genel hatlarından bahsedilmiş ve programa davet edilmişlerdir. Kontrol grubuna 14 (8 kadın, 6 erkek), müdahale grubuna 14 kişi (8 kadın, 6 erkek) atanmıştır. Müdahale grubunu devamsızlık sınırını aşmadan tamamlayan 11 kişi bulunmaktadır. Bu nedenle kontrol grubu da 11 kişiye dşrlmştir. Tarama listesinin kullanılan formu ekler bölümünde yer almaktadır (Ek 4).

### 2.3.UYGULAMA

Veri toplama araçları kesinleştirildikten sonra çalışma için etik izin alınmıştır. Uygulamalar araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Müdahale ve kontrol grupları katılımcıları 577 kişilik bir havuzdan seçilmiştir. Havuzu oluşturmak için etik kurul onayı ile birlikte İstanbul ilinde bulunan niversite yurtlarına ve niversite kampüslerine başvurulmuştur. Örneklemin bir kısmı kartopu örnekleme metoduyla oluşturulmuş olup, katılımcıların yaş aralığı genişletilmiştir. Padua Envanteri'nden en yüksek puanı alan 50 kişi n görüşme için çağırılmıştır. Programa başlamadan önce katılımcılarla n görüşme yapılmıştır. Bu n görüşmede programın akışı, katılımcı kriterleri, devam ve gönüllülük esası hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Yapılan n görüşmede Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) uygulanmıştır. Katılımcıların tamamı için belirlenen kriterler ;

- Güncel olarak herhangi bir psikiyatri tedavisi veya psikoterapi sürecinde olunmaması,
- Son altı ay içerisinde madde veya alkol alınmamış olması,
- Son altı ay içerisinde psikiyatri tedavisi görmemiş ve buna bağlı herhangi bir ilaç kullanmamış olması,
- Hayat boyu süren bir nörolojik bir bozukluğun olmaması,
- İntihara meyilli olunmaması,
- Kişilik bozukluğu tanısı bulunmaması,

olarak belirlenmiştir. Bunlarla birlikte, bilgilendirilmiş onamda ifade edildiğinden çalışmaya iki haftanın üzerinde devamsızlık gösteren katılımcılar dahil edilmemiştir.

Hazırlanan Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı 06 Aralık 2018 – 24 Ocak 2019 tarihleri arasında sekiz hafta süreyle İstanbul'da gerçekleştirilmiştir. Müdahale grubu ile haftada bir defa 150 dakika süren Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı oturumları gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubuna ile bu süre zarfında herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Oturumlar başlamadan önce 577 kişiye obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini gösteren Padua Envanteri uygulanmış ve geniş bir havuz oluşturulmuştur. Bu havuz içerisinde literatüre göre obsesif kompulsif bozukluk klinik grubunu gösteren puan aralığında olanların seçilmesi hedeflenmiştir. Padua Envanteri'nde klinik grubu temsil eden puan aralığının 66,7 puan ve üzeri puanlardan oluştuğu ifade edilmiştir (Oppen, Hoekstra ve Emmelkamp, 1995). Bu nedenle en yüksek puanlar ön görüşmeye çağırılmış ve katılımcıların ifade ettikleri belirti düzeylerinin envanterin klinik grup aralığında olmasına özen gösterilmiştir. Ön görüşmelerde çalışmanın bahsedilen kriterlerine uymayan katılımcılar dahil edilmemiştir. Çalışmaya rızası ile katılmayı kabul eden ve araştırmanın kriterlerine uyan katılımcılar ile müdahale grubu başlatılmıştır.

Benzer süreç kontrol grubu için de aynı olarak ilerlemiştir. Yalnız kontrol grubuna müdahaleden bahsedilmemiştir. Müdahale grubunun oturumları tamamlandığı hafta (tam sekiz hafta sonra) kontrol grubuna da Padua Envanteri tekrar son test olarak uygulanmıştır. Çalışmanın tamamlanmasından yaklaşık dört ay sonra tekrar aynı envanter ile izlem ölçümü alınmıştır. Ön test, son test ve izlem testi ölçümlerinin sonuçlarının karşılaştırılabilmesi için gerekli analizler yapılmıştır. Müdahale grubunun her oturumunda bilişsel davranışçı uygulamalara ağırlık verilmiştir. Oturumların %75'lik kısmının bilişsel davranışçı uygulamalara ayrılmasına, diğer %25'lik kısmının farkındalık çalışmalarına ayrılmasına özen gösterilmiştir. Müdahale ve kontrol grubu için ön test formlarının uygulanması 2018 Aralık, son test uygulaması ise Şubat 2019'da tamamlanmıştır. Kontrol grubu bu süre zarfında herhangi bir uygulamaya tabii tutulmamıştır. Belirlenen izlem süreci tamamlandıktan sonra, müdahale ve kontrol gruplarına izlem testi uygulanmıştır.

### **2.3.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Oluşturulması**

Müdahale grubuna uygulanan program, araştırmacı tarafından birçok kaynaktan faydalanılarak geliştirilmiştir (Williams ve Penman, 2015; Türkçapar, 2009; Şafak ve ark., 2015; Atalay, 2018; Segal ,Williams ve Teasdale, 2018). Esas olarak Bilişsel Davranışçı Terapi Programı, Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı ve Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı alınmıştır. Programın içeriği hazırlanırken kuramsal temeller dikkate alınmıştır. Her oturumun çerçevesi, amacı, uygulamaları ve ödevler için verilecek dökümanlar program başlamadan önce hazırlanmıştır.

### **2.3.2. Hazırlanan Programın Oturum Özetleri**

Katılımcılardan çalışma kriterlerine en uygun olanlar kontrol ve müdahale gruplarına atandıktan sonra uygulama başlatılmıştır. Müdahale grubunda bulunan 14 kişi bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programına dahil edilmiştir. Oturumlar literatür dikkate alınarak haftada bir 150’şer dakika olacak düzende gerçekleştirilmiştir.

#### *Birinci Oturum*

Uygulama Süresi: 150 Dakika

#### *Kazanımlar:*

1. Grup üyelerinin kendilerini tanıtmaları ile grup yaşantısına ve rahat hissetmelerine yardımcı olundu.
2. Programın amacını açıklandı.
3. Grubun kurallarını netleştirildi.
4. Farkındalık uygulaması yapıldı.

## *Süreç*

Grup üyelerinin karşılanmasının ardından daire biçiminde oturum sağlandı. Grup üyeleri ile birlikte uyulması gereken kurallar gözden geçirildi ve belirlendi. Bu kuralların en başında gruba devam zorunluluğu, grubun dinamiklerini etkileyebilirliği açısından tartışıldı. Grup üyelerinin katılamayacakları herhangi bir oturum olursa önceden mazeretinin belirtilmesi gerektiği ifade edildi. İkinci kural olarak gizlilik ele alındı. Grup sürecinde paylaşılanların grup içinde kalması gerektiği belirtildi. Üçüncü olarak yapılan bilinçli farkındalık temelli egzersizlere katılımın beklendiği ifade edildi. Dördüncü kural olarak, katılımcılardan grubun günlük yaşantıya aktarılabilmesi amacıyla verilen ödevlerin yerine getirilmesinin beklenildiği ifade edildi.

Grup üyelerinden oturdukları yerde en rahat nasıllarsa öyle oturmaları istendi. Ardından kuru üzüm meditasyonu uygulandı. Her grup üyesine kuru üzüm verildi ve yaklaşık olarak on dakika boyunca kuru üzüme odaklanmaları istendi. Bu süre zarfında dikkatlerini toplamakta zorlanmamaları için kuru üzüme ilişkin, “dokusu nasıl, sıcak mı yoksa soğuk mu, yüzeyi nasıl, pürüzlü mü yumuşak mı” gibi sorular iletilerek, devamında dokusuna sıcaklığına pürüzlerine ve çekirdeklerine odaklanmaları yönünde telkinler verildi. Grup üyelerinin geri bildirimleri alındıktan sonra süreç hakkında bilgi verildi. Terapi stratejileri özet olarak aktarıldı. Gizlilik ilkesi tekrar hatırladı ve geribildirimlerin dinlenilmesi ile oturum sonlandırıldı.

## *İkinci Oturum*

Uygulama Süresi: 150 Dakika

### *Kazanımlar:*

1. Şimdi ve burada kavramı ve anda kalabilmenin önemi açıklandı.
2. Nefes Egzersizi uygulandı.
3. Duygu ve düşünceleri ifade etmeleri için katılımcıların her birine söz hakkı verildi.
4. Bilinçli farkındalık konusunda bilgilendirme yapıldı.
5. Bilişsel modele giriş yapıldı.



## *Süreç*

Olumsuz düşüncelere hapsolmek yerine an'da olmayı seçme ve nefes alarak beden bilincinde olma alışkanlığı hakkında bilgi verildi. Farkındalık ile nefes almayı öğrenmenin, an'da kalmayı sağlayan en iyi yollardan biri olduğu uygulamalar ardından ifade edildi.

Nefes egzersizine başlamadan önce katılımcıların rahat bir şekilde oturmaları sağlandı. Nefeslerini bir duygu ve düşüncelerini yüzeye çıkaran bir çapa gibi kullanmaları yönünde yönergeler verildi. Bedenin tamamını inceleme ve nefes alışın farkında olmaya yönelik yönergeler ile devam edildi. Bedenin bütün bölgelerinin ve oradaki yaşamın fark edilebilmesi amacıyla devam edildi. Ardından çapa metaforu ile devam edilerek, nefeslerinin şimdiki ana demirlenmesi ve an'da zihinlerine düşen her düşünceye tek tek dikkat etmeleri yönünde yönergeler verildi. Egzersiz bittikten sonra, grup üyelerine dikkatlerini nefeslerine odakladıkları zaman meşgul eden düşünceleri soruldu. Katılımcıların birçoğu nefes egzersizi esnasında, onları etkileyen düşüncelerin yavaşça uzaklaştığı veya yok olduğu yönünde geribildirim verdiler.

## *Üçüncü Oturum*

Uygulama Süresi: 150 Dakika

### *Kazanımlar:*

1. Olumsuz otomatik düşünceler, ara inançlar ve şemalar hakkında psikoeğitim verildi. Grup üyelerine bir sonraki oturuma kadar çalışabilmeleri ve otomatik düşüncelerini keşfedebilmeleri amacıyla doküman verildi.
2. Bilişsel model hakkında bilgilendirme yapıldı. Örneklendirme olarak obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel modeli açıklandı.
3. Grup katılımcılarına olumsuz duygulara sebep olan otomatik düşüncelerinden sıyrılabilmesi adına nefes egzersizleri uygulandı. Ardından farkındalık uygulaması olan beden taraması egzersizi uygulandı.

### *Süreç*

Bir önceki oturumdan bu oturuma kadar geçen sürede yapılan egzersizler dinlenildi. Katılımcılar egzersizleri uygularken yaşadıkları dirençleri ve uyguladıktan sonraki deneyimlerini ifade ettiler. Düzenli olarak nefes egzersizi yapan katılımcılar düşünceyi şimdiki zamana odaklarken olumsuz düşüncelerinden sıyrılabildiklerini belirttiler. Ardından bir önceki haftanın özeti yapılarak bilişsel davranışçı bölüme geçildi. Grup üyelerine rasyonel açıklaması olmayan ancak inandıkları düşünceleri olup olmadığı sorularak başlandı. Grup katılımcılarından biri sabah kullandığı toplu taşıma aracında gecikme gibi bir sorun yaşarsa o gününün kötü geçeceğinden emin olduğunu ifade etti.

### *Dördüncü Oturum*

Uygulama Süresi: 150 Dakika

#### *Kazanımlar:*

1. Duygu düşünce davranış modeli açıklandı.
2. Olumsuz otomatik düşünceler ile baş etme stratejileri tartışıldı.
3. Obsesif kompulsif bozukluk tanımlandı ve bilişsel modele göre açıklandı.
4. Beden taraması ve öz şefkatmeditasyonu uygulandı.

### *Süreç*

Gruba bir önceki oturumdan bu oturuma kadar geçen süre zarfında uyguladıkları farkındalık egzersizleri dinlenilerek başlandı. Grup üyelerinden biri baş edemediği düşüncelerle artık daha iyi mücadele ettiğini ve zihninde aynı anda birden fazla çarpıtma yakaladığını, nefese odaklandığında bu olumsuz düşüncelerin önemli oranda azaldığını ve “uzaklaştığını” ifade etti. Ardından grup katılımcılarından her biri kendi yaşadıkları çarpıtmaları ve farkındalık egzersizlerinin bu durumda faydalı olup olmadığını örneklererek paylaştılar.

Obsesyon (takıntı) ve kompulsiyon (zorlantı) terimleri aralarındaki ilişki bağlamında açıklandı. Kişinin zihninden uzaklaştıramadığı ancak doğru olmadığını bildiği sıkıntı veren düşünceleri şeklinde özetlenen obsesyonlara geribildirimleri

dinlenildi. Obsesyonların alt grupları örneklendirilerek paylaşıldı. İlk olarak grup üyelerinden farkında oldukları obsesyonları dinlenildi. Ardından bu “sıkıntılı düşüncelerden” kurtulmak amacıyla yaptıkları davranışlar olup olmadığı soruldu. Grup üyelerinden biri çalıştığı ofiste en son kendisinin ofisten ayrılmak zorunda kaldığını ve bunun yol açtığı kaygı ile baş edemediğini aktardı. Bu kaygının onu ofisin musluklarını ve elektrik lambalarını defalarca açıp kapatmaya ittiğini, son zamanlarda bunun da yeterli olmadığını ve eve gittiğinde izlemek için ofisin tamamını video kaydına aldığını, uyumadan önce mutlaka izlediğini ifade etti. Başka bir grup üyesi konuşma esnasında konuştuğu kişi ona “evet” veya “hayır” şeklinde cevap verdiğinde aynı cevabı en az beş defa tekrarlattığını ve ancak o zaman doğru cevabı aldığını hissettiğini paylaştı. Diğer bir grup üyesi çalıştığı işin ayın belirli günlerinde ona çok stres verdiğini ve bu belirli günlerde eve gidip temizlik yapmayı beklediğini, eve gittiğinde temiz olduğunu bildiği banyoyu ve mutfağı tekrar tekrar temizlediğini ve daha rahat uyku uyduğunu ifade etti.

Paylaşımların tamamı dinlenildikten sonra beden taraması ve özşefkat meditasyonu uygulandı. Her iki uygulama için geribildirimler dinlenildi. Grup üyelerinden biri özşefkat uygulamasında kendine dönük olarak ilk kez merhamet hissettiğini paylaştı. Grup üyelerine tekrar gelene kadar her iki egzersizi düzenli yapabilmeleri için doküman verilerek oturum kapatıldı.

### *Beşinci Oturum*

Uygulama Süresi: 150 Dakika

*Kazanımlar:*

1. Olumsuz otomatik düşüncelerden ve bilişsel çarpıtmalardan farkındalık egzersizleri desteğiyle uzaklaşabilme
2. Bilişsel çarpıtmalarla baş etme stratejileri tartışıldı.
3. Obsesif kompulsif belirtilerle mücadele etme yöntemleri konuşuldu.

*Süreç*

Bir önceki oturumdan bu oturuma kadar yapılan egzersizler dinlenilerek oturuma başlandı. Ardından bir önceki oturumun özeti yapıldı ve zihinlerini sürekli

meşgul eden istemsiz düşünceler hakkında konuşuldu. Grup üyelerinden biri düşünceleri ile daha kolay baş edebildiğini ve düşüncelerini organize edebilmeye başladığını ifade etti. Bilişsel çarpıtmalar, otomatik düşünceler ve obsesyonlar tekrar özetlendi ve bunlar ile baş etme stratejileri üzerine tartışıldı. Olumsuz baş etme stratejilerinin yeniden yapılandırılmasına yardımcı olundu.

Obsesyonlar ve kompulsiyonlar arasındaki ilişki örneklendirilerek grup üyelerinin paylaşımları dinlenildi. Nefese ve şimdi ve burada kalabilmeye yönelik egzersizler uygulandı. Düşüncenin oluşturduğu kaygı ve stresi bedenlerinin hangi bölgesinde hissettikleri sorularak o bölgeye dair farkındalık kazanmaya çalışıldı. Grup üyelerinden tekrar buluşana kadar uygulama yapmaları beklenildiği ifade edildi. Bilişsel davranışçı ekolün temel yapıtaşlarından biri olan durum duygu düşünce davranış (4D) açıklandı. Yaşadığımız olay karşısında duygumuzun düşüncemizi düşüncemizin de davranışımızı şekillendirdiği durumlar örneklendirilerek açıklandı. Grup üyelerinin her birinden kendi yaşantılarından örneklendirmeleri dinlenildi. Bireysel olarak yaşanan bilişsel çarpıtmaların kayıtlarının tutulması istenilerek oturum kapatıldı.

### *Altıncı Oturum*

Uygulama Süresi: 150 Dakika

#### *Kazanımlar:*

1. Maruz bırakma (exposure) ve yanıt önlemeyi (ritual prevention) açıklandı.
2. Bilişsel yeniden yapılandırma çalışması yapıldı.
3. Oturum esnasında maruz bırakma ve yanıt önleme pratiği uygulandı.

#### *Süreç*

Gruba başlarken bir önceki oturumdan bu oturuma değin yapılan farkındalık egzersizleri dinlenildi. Aynı zamanda bireysel olarak yaşadıkları bilişsel çarpıtma kayıtlarını paylaşan üyeler dinlenildi. Grup üyelerinden bilişsel çarpıtmalarını dinlerken bilişsel çarpıtmalarından ara inançlarına ve ara inançlarından şemalarına ulaşabilmelerine yönelik sorgulamalar yapıldı.

Maruz bırakma ve yanıt önleme açıklandı. Grup üyelerinden maruz bırakma ve yanıt önleme pratiğine dahil olmaları istenildi. Katılan grup üyelerinin deneyimleri dinlenildi. Oluşturdukları kaygı seviyesine göre imajinasyon tekniği kullanılarak maruz bırakma deneyimlendi. Grup üyelerinden biri, öğrendiği teknikleri uyguladığında kaygı düzeyinin azaldığını sözel olarak belirtti. Bir sonraki oturuma kadar oturum dışında da maruz bırakma deneyimleri ödevlendirildi. Farkındalık egzersizi uygulanarak oturum kapatıldı. Tekrar gelene kadar uygulama yapmaları istenildi.

### *Yedinci Oturum*

Uygulama Süresi: 150 Dakika

#### *Kazanımlar:*

1. Tek bir şey düşünme çalışması yapıldı.
2. Maruz bırakma ve yanıt önleme pratiği tekrar uygulandı.
3. Otomatik pilot ve yargısız kabul terimleri çalışıldı.

#### *Süreç*

Gruba bir önceki oturumdan sonra yaşanan egzersiz deneyimleri dinlenilerek başlandı. Ardından maruz bırakma ödevleri dinlenildi. Grup üyelerinin çoğunluğu kompulsif davranışlarını sınırlandırdıklarında yaşadıkları kaygı ile daha iyi baş edebildiğini sözel olarak aktardı. Devamında tekrar maruz bırakma pratiği uygulandı. Objeye tepki olarak kompulsif davranışları engellendiğinde ortaya çıkan kaygı konuşuldu.

Ardından tek bir şey düşünmeye odaklanan farkındalık çalışması uygulandı. Başlangıçta belirli bir süre zarfında zihinlerini obsesif düşünceleriyle meşgul etmeleri istenildi. Ardından yakınlarındaki bir objeyi seçip objeye odaklanmaları istenildi. Objeye yönelik “dokusu nasıl, sıcaklığı nasıl, rengi ne olabilir, parlak mı, mat mı, hacmi ne kadardır?” gibi sorular sorularak düşüncenin objede kalması sağlanmaya çalışıldı. Uygulama bittiğinde grup üyelerinin çoğunluğu obsesif düşüncelerden uzaklaşabildiklerini sözel olarak ifade etti. Devamında uygulanan nefes egzersizi ile zihinlerini meşgul eden düşüncelerinden uzaklaşarak an’a

odaklanmaları istenildi. Oturumun özeti yapılırken otomatik düşüncelerden uzaklaşabilme konusu otomatik pilot ile örneklendirildi. Düşünceleri kabul edebilmeye yönelik nefes egzersizi uygulandı. Her iki farkındalık egzersizinin bir sonraki buluşmaya kadar uygulanması istenilerek oturum kapatıldı.

### *Sekizinci Oturum*

Uygulama Süresi: 150 Dakika

#### *Kazanımlar:*

1. Belirtilerin tekrarlamasına neden olacak faktörleri tartışıldı.
2. Tekrarlamayı önleyen stratejiler üzerinde duruldu.
3. Grup üyelerinden programın değerlendirilmesi istenildi.
4. Egzersizlerin gündelik hayatlarına entegre edilebilmesi tartışıldı.

#### *Süreç*

Bir önceki oturumdan sonra deneyimledikleri egzersizler üzerinde durularak oturuma başlandı. Bu oturumun programın son oturumu olması sebebiyle sürecin tamamı özetlendi, grup üyelerinin geribildirimleri ve soruları dinlendi. Obsesif kompulsif belirtiler ile baş etme stratejilerinin tekrar üzerinden geçildi. Grup üyelerinin çoğunluğu takıntılı düşünceleriyle daha iyi baş ettiklerini ve bu düşünceleri ile baş etmekte kullandıkları davranışlarının önemli ölçüde değiştiğini ifade ettiler. Programın öğretilerinin günlük hayata geçebilmesi üzerinde durularak grup üyelerinin fikirleri dinlendi. Obsesif kompulsif belirtilerin yeniden artmasına yol açabilecek durumların örneklendirilmesi grup üyelerinden dinlendi. Bunu engellemek adına stratejiler paylaşıldı. Günlük hayata dair farkındalık uygulamaları yapmaları istendi. İşe veya okula giderken toplu taşımada bir durak önce inmek veya araba kullanırken arabayı oturduktan bir dakika sonra çalıştırmak gibi uygulamalar yapılması yoluyla egzersizlerine devam edebilecekleri ifade edildi.

Grup üyelerinin program hakkında geribildirimleri dinlenildi. Programın genel bir değerlendirilmesi yapıldı. Kısa süreli (üç dakikalık) bir nefes egzersizi uygulandı. Ardından son test uygulamaları yapıldı ve vedalaşıldı.

## 2.4. VERİLERİN ANALİZİ

Ölçümlerden elde edilen veriler SPSS 20.0 ile analiz edilmiştir. Çalışmada ilk olarak katılımcıların demografik özellikleri, frekans dağılımı, ölçümlerden elde edilen puanların betimleyici istatistikleri verilmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımlarının homojen olup olmadığını sınamak için Ki-Kare Analizi müdahale ve kontrol gruplarının ön test puan ortalamaları ve yaşları arasında fark olup olmadığını sınamak için ise Bağımsız Örnek t Testi uygulanmıştır. Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının bireylerin obsesif kompulsif belirtileri üzerindeki etkisini incelemek için, Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Analiz için öncelikle sağlanması gereken varsayımlar incelenmiştir. Bu analizin uygulanabilmesi için gerekli görülen varsayımlar;

- Ölçümlerde elde edilen puanların aralıklı ya da oransal ölçek olması,
- Ölçümlerde elde edilen puanların dağılımlarının normal dağılımlı olması,
- Ölçümlerin arasındaki fark puanlarının normal dağılım olması,
- Küresellik varsayımının (sphericity) sağlanması,

olarak sıralanabilir (Güriş, Astar, 2019).

Bu nedenle normalliğin sınanması için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıştır. Fark serilerinin varyanslarının homojenliğinin incelenmesi için de Mauchly Küresellik Testi kullanılmıştır.

## 2.5.BULGULAR

Öncelikle çalışmanın müdahale ve kontrol gruplarının belirlenebilmesi için 577 kişilik bir örneklemden elde edilen tanımlayıcı istatistikler ile birlikte cinsiyet, medeni durum, kiminle kaldığı, fiziksel hastalık, gelir durumu ve psikiyatri geçmişine ilişkin bilgiler elde edilmiş ve Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2. Çalışma Grubunun Cinsiyet Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı**

| Değişken            |                | Frekans | Yüzde |
|---------------------|----------------|---------|-------|
| Cinsiyet            | Kadın          | 326     | 56,5  |
|                     | Erkek          | 251     | 43,5  |
|                     | Toplam         | 577     | 100   |
| Medeni Durum        | Bekar          | 472     | 81,8  |
|                     | Evli           | 105     | 18,2  |
|                     | Toplam         | 577     | 100   |
| Kiminle Kaldığı     | Aile           | 329     | 57,0  |
|                     | Yurt vb.       | 229     | 39,7  |
|                     | Diğer          | 19      | 3,3   |
|                     | Toplam         | 577     | 100   |
| Fiziksel Hastalık   | Var            | 104     | 18,0  |
|                     | Yok            | 473     | 82,0  |
|                     | Toplam         | 577     | 100   |
| Gelir Değerlendirme | Düşük          | 115     | 19,9  |
|                     | Orta           | 304     | 52,7  |
|                     | Yüksek         | 109     | 18,9  |
|                     | Boş Bırakılmış | 49      | 8,5   |
|                     | Toplam         | 577     | 100   |
| Psikiyatri Geçmişi  | Var            | 124     | 21,5  |
|                     | Yok            | 366     | 63,4  |
|                     | Boş Bırakılmış | 87      | 15,1  |
|                     | Toplam         | 577     | 100   |

Müdahale ve kontrol gruplarını oluşturmak için seçilen çalışma grubu, 326’sı kadın (%65,5) ve 251’i erkek (%43,5) olmak üzere 577 kişiden oluşmaktadır. Çalışma grubunun 472’si (%81,8) bekar, 105’i (%18,2) evli; 329’u (%57,0) ailesiyle kalmakta, 229’u (%39,7) yurt ortamında kalmaktadır. 104 kişi (%18) fiziksel bir hastalığının olduğunu, 473 kişi (%82) herhangi bir fiziksel hastalığının olmadığını belirtmiştir. 115 kişi (%19,9) düşük düzeyde, 304 kişi (%52,7) orta düzeyde, 109 kişi (%18,9) yüksek düzeyde geliri olduğunu belirtirken, 49 kişi (%8,5) soruya yanıt vermemiştir. 124 kişi (%21,5) daha önce psikiyatri muayenesi bulunduğunu



belirtirken, 366 kişi (%63,4) psikiyatri geçmişi bulunmadığını belirtmiş, 87 kişi (%15,1) soruya yanıt vermemiştir.

**Tablo 3. Çalışma Grubunun Yaş ve Padua Envanteri Tanımlayıcı İstatistik Bilgileri**

| Değişken              | n   | En küçük Değer | En büyük Değer | Ortalama | Standart Sapma |
|-----------------------|-----|----------------|----------------|----------|----------------|
| Padua Envanteri Puanı | 577 | 0              | 120            | 39,87    | 21,54          |
| Yaş                   | 577 | 17             | 64             | 24,09    | 7,34           |

Çalışma grubunun tamamının yaş ve Padua Envanteri puanı incelendiğinde; yaşlarının 17 ile 64 arasında dağıldığı ve yaş ortalamasının 24,09, standart sapmasının 7,34 olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların Padua Envanteri puanı için en küçük puan 0 iken, en yüksek puan 120 olarak hesaplanmıştır. Padua Envanteri puan ortalaması 39,87 ve standart sapması 21,54'tür.

Müdahale ve kontrol gruplarının oluşturulabilmesi için seçilen çalışma grubunun Padua Envanteri puanları büyükten küçüğe doğru sıralanmıştır. En yüksek puanları elde eden katılımcılar ile birebir görüşme yapılmış, çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler müdahale ve kontrol gruplarına atanmıştır. 11 kişi müdahale grubu, 11 kişi kontrol grubu olmak üzere 22 kişi bu çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Katılımcıların tamamının Padua Envanteri ön test puanları ile yaş değişkenine ait betimleyici istatistik değerleri Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. Katılımcıların Ön Test Puanlarının ve Yaş Değerlerinin Betimleyici İstatistik Değerleri**

| Değişken                      | n  | En Küçük Değer | En Büyük Değer | Ortalama | Standart Sapma |
|-------------------------------|----|----------------|----------------|----------|----------------|
| Padua Envanteri Ön Test Puanı | 22 | 67,00          | 109,00         | 84,82    | 12,50          |
| Yaş                           | 22 | 19,00          | 36,00          | 25,04    | 5,18           |

Psikoterapi programından önce uygulanan Padua Envanteri'nden elde edilen en düşük puan 67,00 en yüksek puan ise 109,00 olarak bulunmuştur. Katılımcıların tamamının ön test puan ortalaması  $\bar{x}=84,82$ , standart sapması ise 12,50 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların yaşları 19 ile 36 arasında değişmektedir ve yaş

ortalaması  $\bar{x}=25,04$ ; standart sapması ise 5,18 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların müdahale ve kontrol grubuna atamalarının ardında grupların yaş ve Padua Envanteri puanları açısından farklılık gösterip göstermediği incelemiş sonuçları Tablo 5’de verilmiştir.

**Tablo 5. Ön Test Puanlarının Kontrol ve Yaş Değerlerinin Müdahale Gruplarına Göre Bağımsız Örnek t Testi İle Karşılaştırılması**

| Değişken                         | Grup     | n  | Ortalama | Standart sapma | t     | sd | p    |
|----------------------------------|----------|----|----------|----------------|-------|----|------|
| Padua Envanteri<br>Ön Test Puanı | Kontrol  | 11 | 83,36    | 12,81          | -0,54 | 20 | 0,60 |
|                                  | Müdahale | 11 | 86,27    | 12,63          |       |    |      |
| Yaş                              | Kontrol  | 11 | 24,27    | 4,31           | -0,69 | 20 | 0,32 |
|                                  | Müdahale | 11 | 25,82    | 6,03           |       |    |      |

Kontrol ve müdahale gruplarından elde edilen ön test puanlarının gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını sınamak için yapılan Bağımsız Örnek t Testi sonucuna göre kontrol grubunun ön test puan ortalaması ( $\bar{x}=83,36$ ) ile müdahale grubunun ön test puan ortalaması ( $\bar{x}=86,27$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $t_{(20)}=-0,54$ ;  $p>0,05$ . Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programına dahil edilen bireylerin ön test puan ortalaması ile uygulamaya tabii tutulmayan kontrol grubu ön test puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması, uygulanacak psikoterapinin etkinliğinin güvenli bir biçimde incelenebilmesi için önemli bir ölçüttür.

Kontrol ve müdahale gruplarının yaş değişkenine göre de farklılaşıp farklılaşmadığını sınamak için yapılan Bağımsız Örnek t Testi sonucuna göre kontrol grubunun yaş ortalaması ( $\bar{x}=24,27$ ) ile müdahale grubunun yaş ortalaması ( $\bar{x}=25,82$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir,  $t_{(20)}=-0,69$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuç, uygulanacak terapi programının etkinliğinde yaş faktörünün etkili olmayacağını ve daha güvenilir bir sonuç elde edileceğini göstermektedir.

Müdahale grubunda yer alan katılımcıların cinsiyet dağılımı açısından homojen olup olmadığı Tek Örnek Ki-Kare Analizi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 6’da verilmiştir.

**Tablo 6. Müdahale Grubu Cinsiyet Dağılımının Tek Örnek Ki-Kare Analiz Sonuçları**

| Cinsiyet | Gözlenen Frekans | Beklenen Frekans | $\chi^2$ | sd | p    |
|----------|------------------|------------------|----------|----|------|
| Kadın    | 5                | 5,5              | 0,091    | 1  | 0,76 |
| Erkek    | 6                | 5,5              |          |    |      |

Yapılan Tek Örnek Ki-Kare Analizine göre müdahale grubunun kadın ve erkek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır,  $\chi_1^2=0,091$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuca göre müdahale grubunda cinsiyet dağılımının homojen olduğu söylenebilir.

Müdahale ve kontrol gruplarından elde edilen ön test, son test ve izlem testi puanlarına ait tanımlayıcı istatistik değerleri Tablo 7’de verilmiştir.

**Tablo 7. Örneklemenin Gruplar Açısından Tanımlayıcı İstatistik Değerleri**

| Değişken | n                                 | En Küçük Değer | En Büyük Değer | Ortalama | Standart Sapma |       |
|----------|-----------------------------------|----------------|----------------|----------|----------------|-------|
| Kontrol  | Padua Envanteri Ön Test Puanı     | 11             | 67,00          | 109,00   | 83,36          | 12,81 |
|          | Padua Envanteri Son Test Puanı    | 11             | 69,00          | 111,00   | 85,18          | 12,62 |
|          | Padua Envanteri İzlem Testi Puanı | 11             | 71,00          | 110,00   | 84,27          | 11,82 |
|          | Yaş                               | 11             | 19,00          | 31,00    | 24,27          | 4,31  |
| Müdahale | Padua Envanteri Ön Test Puanı     | 11             | 68,00          | 103,00   | 86,27          | 12,63 |
|          | Padua Envanteri Son Test Puanı    | 11             | 33,00          | 71,00    | 50,45          | 11,23 |
|          | Padua Envanteri İzlem Testi Puanı | 11             | 30,00          | 67,00    | 49,73          | 11,11 |
|          | Yaş                               | 11             | 19,00          | 36,00    | 25,82          | 6,03  |

Kontrol ve müdahale grupları ayrı olarak değerlendirildiğinde; kontrol grubunun ön test ölçümlerinden elde edilen en düşük puan 67,00, en yüksek puan 109,00 olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubu ön test puan ortalaması 83,36, standart sapması ise 12,81 olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubu son test ölçümlerinden elde edilen en düşük puan 69,00, en yüksek puan ise 111,00 olarak bulunmuştur. Kontrol grubu son test puan ortalaması 85,18, standart sapması ise 12,62’dir. Kontrol grubu

izlem testi ölçümlerinden elde edilen en düşük puan 71,00, en yüksek puan ise 110,00 olarak bulunmuştur. Kontrol grubu izlem testi puan ortalaması 84,27, standart sapması ise 11,82'dir. Kontrol grubunda yer alan en düşük yaş değeri 19 iken en yüksek yaş değeri 31'dir. Kontrol grubu yaş ortalaması 24,27, standart sapması ise 4,31'dir.

Müdahale grubunun ön test ölçümlerinden elde edilen en düşük puan 68,00, en yüksek puan ise 103,00 olarak bulunmuştur. Müdahale grubu ön test puan ortalaması 86,27, standart sapması 12,63'tür. Müdahale grubunun son test ölçümlerinden elde edilen en düşük puan 33,00, en yüksek puan ise 71,00 olarak bulunmuştur. Müdahale grubu son test puan ortalaması 50,45 ve standart sapması 11,23'tür. Müdahale grubu için yapılan izlem ölçümünde elde edilen en düşük puan 30,00 en yüksek puan ise 67,00 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun izlem puan ortalaması 49,73 iken, standart sapması 11,11'dir. Müdahale grubunda yer alan en küçük yaş değeri 19, en yüksek yaş değeri ise 36'dır. Müdahale grubu yaş ortalaması 25,82 iken, standart sapması 6,03'tür.

**Tablo 8. Katılımcıların Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri**

| Değişken                          | n  | En Küçük Değer | En Büyük Değer | Ortalama | Standart Sapma |
|-----------------------------------|----|----------------|----------------|----------|----------------|
| Padua Envanteri Ön Test Puanı     | 22 | 67             | 109            | 84,82    | 12,50          |
| Padua Envanteri Son Test Puanı    | 22 | 33             | 111            | 67,82    | 21,25          |
| Padua Envanteri İzlem Testi Puanı | 22 | 30             | 111            | 67,45    | 21,54          |

Müdahale ve kontrol grubu katılımcılarının tamamının psikoterapi programı öncesinde uygulanan Padua Envanteri'nden elde edilen ön test puanları incelendiğinde en düşük puan 67,00, en yüksek puan ise 109,00 olarak bulunmuştur. Ön test puanlarının ortalaması 84,82, standart sapması 12,50 olarak hesaplanmıştır. Psikoterapi programı sonrasında uygulanan Padua Envanteri'nden elde edilen son test puanları incelendiğinde en düşük puan 33,00, en yüksek puan ise 111,00 olarak bulunmuştur. Son test puanlarının ortalaması 67,45, standart sapması 21,54 olarak hesaplanmıştır.

Uygulanan psikoterapinin etkinliğinin incelenmesi için kullanılacak Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi için öncelikle analiz varsayımları incelenmiştir. Hem ön test, son test ve izlem testi ölçümlerinden elde edilen puanların hem de ölçümler arası fark serilerinin normallik sınaması sonuçları Tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 9. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Normallik Analizi Sonuçları**

| Değişken                          | Shapiro-Wilk İstatistik Değeri | sd | p    |
|-----------------------------------|--------------------------------|----|------|
| Padua Envanteri Ön Test Puanı     | 0,95                           | 22 | 0,38 |
| Padua Envanteri Son Test Puanı    | 0,97                           | 22 | 0,68 |
| Padua Envanteri İzlem Testi Puanı | 0,98                           | 22 | 0,83 |

Katılımcı sayısının 30’un altında olması nedeniyle normallik sınaması için Shapiro-Wilk istatistiği tercih edilmiştir. Analiz sonucuna göre; ön test, son test ve izlem ölçümlerinden elde edilen puanlar normal dağılım göstermektedir ( $SW_{\text{ön test}}=0,95$ ;  $p>0,05$ ,  $SW_{\text{son test}}=0,97$ ;  $p>0,05$ ,  $SW_{\text{izlem testi}}=0,98$ ;  $p>0,05$ ).

Ön test, son test ve izlem testi ölçümlerinden elde edilen puanların arasındaki farkların normal dağılıp dağılmadığını sınamak için uygulanan normallik testi sonuçları Tablo 10’da verilmiştir.

**Tablo 10. Katılımcıların Ön Test, Son Test, İzlem Testi Ölçümleri Arası Fark Serilerinin Normallik Analizi Sonuçları**

| Grup     | Fark Serileri                 | ShapiroWilk İstatistik Değeri | sd | p    |
|----------|-------------------------------|-------------------------------|----|------|
| Kontrol  | Ön test ve Son Test Farkı     | 0,97                          | 11 | 0,49 |
|          | Ön Test ve İzlem Testi Farkı  | 0,90                          | 11 | 0,13 |
|          | Son Test ve İzlem Testi Farkı | 0,92                          | 11 | 0,18 |
| Müdahale | Ön test ve Son Test Farkı     | 0,93                          | 11 | 0,23 |
|          | Ön Test ve İzlem Testi Farkı  | 0,96                          | 11 | 0,79 |
|          | Son Test ve İzlem Testi Farkı | 0,84                          | 11 | 0,97 |

Analiz sonucuna göre; kontrol grubu ön test ve son test arasındaki fark serisi, ön test ve izlem testi arasındaki fark serisi ve son test ve izlem testi arasındaki fark serisi normal dağılım göstermektedir;  $SW_{\text{ös}}=0,97$ ;  $p>0,05$ ,  $SW_{\text{öi}}=0,90$ ;  $p>0,05$ ,

$SW_{si}=0,92$ ;  $p>0,05$ . Müdahale grubu ön test ve son testi arasındaki fark serisi, ön test ve izlem testi arasındaki fark serisi, son test ve izlem testi arasındaki fark serisi normal dağılım göstermektedir;  $SW_{ös}=0,93$ ;  $p>0,05$ ,  $SW_{öi}=0,96$ ;  $p>0,05$ ,  $SW_{si}=0,84$ ;  $p>0,05$ . Bu sonuca göre uygulanacak analizin normallik varsayımının sağlandığı söylenebilir.

Uygulanacak analizin diğer bir varsayımı olan küresellik varsayımı; ölçümler arası farkların varyanslarının homojenliğini gerektirmektedir. Bu varsayım Mauchly Testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 11’de verilmiştir.

**Tablo 11.Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması**

| Mauchly's W | sd | p    | Epsilon            |             |            |
|-------------|----|------|--------------------|-------------|------------|
|             |    |      | Greenhouse Geisser | Huynh-Feldt | LowerBound |
| 0,293       | 2  | 0,00 | 0,586              | 0,631       | 0,500      |

Mauchly Testi sonucuna göre ölçümler arası farkların varyansları homojen değildir;  $W=0,293$ ;  $p<0,05$ . Bu nedenle epsilon değerlerine göre düzeltme yapılması yoluna gidilmiştir. Epsilon değerleri 0,70’ten düşük olduğundan Greenhouse-Geisser Düzeltmesi tercih edilmiştir. Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi için Greenhouse-Geisser düzeltmesi içeren sonuçlar değerlendirilmiştir.

Obsesif kompulsif belirtiler deneyimleyen bireylerin belirti düzeylerini azaltmayı hedefleyen Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı’nın etkililiğini sınamak amacı ile Padua Envanteri ön test, son test ve izlem testi olarak müdahale ve kontrol grupları için tekrarlı alınan ölçüm puanlarının gruplar ve ölçümler arası farklılaşp farklılaşmadığını sınamak için yapılan Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi sonucu Tablo 12’de verilmiştir.

**Tablo 12. Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puanlar Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi**

| Değişim Kaynağı                  | Kareler Toplamı | sd     | Kareler Ortalaması | F      | p     | $\eta^2$ |
|----------------------------------|-----------------|--------|--------------------|--------|-------|----------|
| Gruplar Arası Grup (M/K)         | 2691,414        | 1      | 2691,414           | 21,883 | 0,00  | 0,522    |
| Hata                             | 2459,818        | 20     | 122,991            |        |       |          |
| Gruplar İçi Ölçüm (Ön-Son-İzlem) | 4452,485        | 1,172  | 3800,275           | 66,455 | 0,000 | 0,769    |
| Grup*Ölçüm                       | 5168,848        | 1,172  | 4411,704           | 77,147 | 0,000 | 0,794    |
| Hata                             | 1340,00         | 23,432 | 57,186             |        |       |          |

M: Müdahale K: Kontrol

Katılımcıların yer aldığı müdahale ve kontrol gruplarının ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında fark olup olmadığının sınanması için yapılan analizden elde edilen sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $F_{(1-20)} = 21,810$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,522$ . Bu sonuca göre müdahale ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların Padua Envanteri puan ortalamaları ölçüm ayrımı yapmaksızın (ön test, son test ve izlem testi) anlamlı derecede farklılaşmaktadır. Yapılan müdahale farklılığa neden olmuştur. Bu farklılığın yaklaşık olarak %52'si açıklanabilmektedir.

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı'na katılan müdahale grubu ve işlem yapılmayan kontrol grubunun grup ayrımı yapmaksızın ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir,  $F_{(1,172-23,432)} = 66,455$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,769$ . Bu sonuca göre ölçümlerde grup ayrımı yapmaksızın ölçüm puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve puanların uygulanan terapi programına bağlı olarak farklılaştığı ifade edilebilir. Bu farklılığın yaklaşık olarak %77'si açıklanabilmektedir.

Katılımcıların yer aldığı müdahale ve kontrol grubu ile ön test, son test ve izlem testi ölçümlerinden elde edilen puanların ortak etkisi de istatistiksel olarak anlamlıdır,  $F_{(1,172-23,432)} = 77,147$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,794$ . Bu sonuca göre; katılımcıların yer aldığı grubun ölçüm üzerindeki etkisi anlamlıdır ve yapılan deneysel işlemin katılımcıların Padua Envanteri puanlarında değişime neden olduğu söylenebilir. Diğer bir ifade ile katılımcıların bulunduğu grup ile ölçümler arası farklılığın ortak

etkisi anlamlı olduğundan Padua Envanteri puanları deneysel işlemin bir sonucu olarak değişmektedir. Bu farklılığın %79'u açıklanabilmektedir.

**Tablo 13. Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Müdahale Gruplarına Göre Bağımlı Örnek t Testi İle Karşılaştırılması**

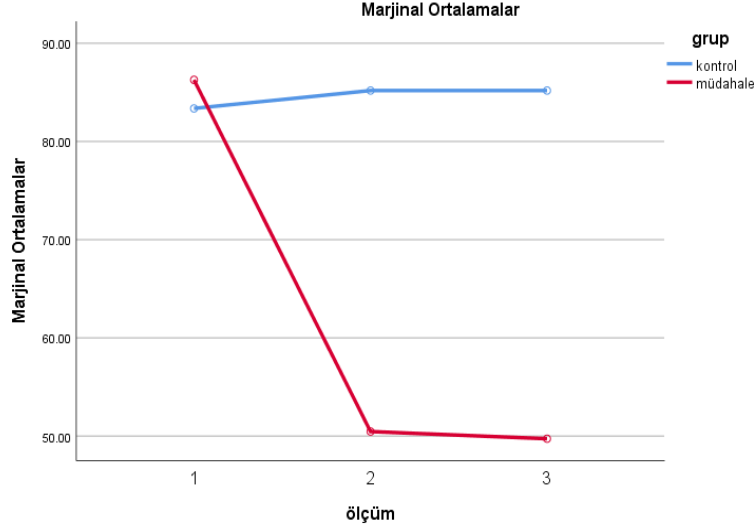
|          | Değişken                              | n  | Ortalama Farkı | Standart sapma | t     | sd | p    |
|----------|---------------------------------------|----|----------------|----------------|-------|----|------|
| Müdahale | Padua Envanteri Ön test- Son Test     | 11 | 35,82          | 12,26          | 9,69  | 10 | 0,00 |
|          | Padua Envanteri Ön test- İzlem Testi  | 11 | 36,54          | 13,17          | 9,20  | 10 | 0,00 |
|          | Padua Envanteri Son test- İzlem Testi | 11 | 0,73           | 3,04           | 0,79  | 10 | 0,44 |
| Kontrol  | Padua Envanteri Ön test- Son Test     | 11 | -1,82          | 5,46           | -1,10 | 10 | 0,29 |
|          | Padua Envanteri Ön test- İzlem Testi  | 11 | -0,91          | 5,15           | -0,59 | 10 | 0,57 |
|          | Padua Envanteri Son test- İzlem Testi | 11 | -0,91          | 3,56           | 0,85  | 10 | 0,42 |

Analiz sonucunda elde edilen; farklılıkların hangi grup ve ölçümlerden kaynaklandığının incelenmesi için yapılan gruplar arası ve ölçümler arası karşılaştırma sonuçlarına göre, müdahale grubunun ön test puan ortalaması ( $\bar{x}=86,27$ ) ile son test puan ortalaması ( $\bar{x}=50,45$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $p<0,01$ . Uygulanan psikoterapi sonrası katılımcıların obsesif kompulsif belirti düzeyleri puanlarında anlamlı bir düşüş gözlenmiştir. Ancak müdahale grubundaki katılımcıların psikoterapi sonrası son test puan ortalaması ( $\bar{x}=50,45$ ) ile izlem testi puan ortalaması ( $\bar{x}=49,73$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir;  $p>0,05$ .

Herhangi bir uygulamaya alınmayan, sekiz hafta bekleme süresi verilen kontrol grubunun ön test ( $\bar{x}=83,36$ ) ve son test ( $\bar{x}=85,18$ ) uygulaması puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir;  $p>0,05$ . Bu nedenle müdahale grubunun puan ortalamasında oluşan değişimin programdan kaynaklı olduğu ifade edilebilir. Bununla birlikte; müdahale grubuna işlem tamamlandıktan dört ay sonra uygulanan izlem ölçümü ile, program tamamlandığı esnada uygulanan son test ölçümünden elde edilen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir;  $p>0,05$ . Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi



programının bireylerin obsesif kompulsif belirtilerine etkisi uzun süreli olarak devam etmiştir.



**Şekil 1. Kontrol ve Müdahale Gruplarının Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ortalamalarının Grafiği**

Kontrol ve müdahale gruplarının ön test, son test ve izlem testi ölçümleri Padua Envanteri puan ortalamaları grafikte gösterilmiştir. Birinci ölçüm olan ön test ölçümünde koyu renk ile belirtilen müdahale grubu puan ortalaması ile açık renk ile belirtilen kontrol grubu ön test puan ortalaması birbirine oldukça yakınken; ikinci ölçüm olan son test puan ortalamalarının farklılaştığı gözlenmektedir. Kontrol grubu son test puan ortalaması hala oldukça yüksek iken müdahale grubu ortalamasının oldukça düştüğü söylenebilir. Aynı şekilde izlem testi puan ortalaması ele alındığında kontrol grubu puan ortalaması ön test ve son test puan ortalamasına benzer bir seyirde iken, müdahale grubunun izlem testi puan ortalaması, ön test puan ortalamasına göre oldukça düşük ve son test ortalamasına benzer bir seyirdedir.

**Tablo 14. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Padua Envanteri Aralıklarına Göre Sıralanması**

| <b>Grup</b>    | <b>Süreç</b>     | <b>Klinik Aralık (n)</b> | <b>Subklinik Aralık (n)</b> |
|----------------|------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Müdahale Grubu | Programdan Önce  | 11                       | 0                           |
|                | Programdan Sonra | 1                        | 10                          |
|                | İzlemden Sonra   | 1                        | 10                          |
| Kontrol Grubu  | Programdan Önce  | 11                       | 0                           |
|                | Programdan Sonra | 11                       | 0                           |
|                | İzlemden Sonra   | 11                       | 0                           |

Padua Envanterinin kesim noktaları sağlıklı grup için en yüksek puan olarak 21,6; obsesif kompulsif bozukluk klinik vaka grubu için en yüksek puan olarak 66,7; subklinik belirtiler deneyimlenen grup için ise 21,6 ile 66,7 puan arasında olarak belirlenmiştir (Oppen, Hoekstra ve Emmelkamp, 1995). Kesim noktalarına göre katılımcıların ön test, son test ve izlem testi ölçümlerinden elde edilen puanların hangi aralığa düştüğü yorumlanmıştır. Müdahale grubu katılımcılarının tamamı ön test ölçümünde klinik aralıkta iken, son test ölçümünde ve izlem testi ölçümünde grupta bulunan 10 kişi subklinik aralıkta, 1 kişi ise klinik aralıkta yer almıştır. Kontrol grubunu oluşturan 11 kişi ön test ölçümünde, son test ölçümünde ve izlem testi ölçümünde klinik aralıktadır. Bu sonuçlar; uygulanan müdahalenin anlamlılığının sadece puan ortalamalarında değil puandan elde edilerek oluşturulan klinik grup aralıklarında da geçerli bir değişime neden olduğunu göstermektedir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. TARTIŞMA

Bu çalışmada, bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının bireylerin obsesif kompulsif belirti düzeylerine etkisi incelenmiştir. Bu bağlamda bireylerin obsesif kompulsif belirtilerini incelemek amacıyla Padua Envanteri tercih edilmiştir. Envanterin uygulandığı örneklem grubundan en yüksek puanlar seçilerek ön görüşmeye çağırılmıştır. Gerçekleştirilen çalışma için gerekli görülen kriterleri sağlayabilen bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma müdahale ve kontrol gruplarından oluşmaktadır. Aynı envanter grup çalışması başlamadan önce ön test tamamlandıktan sonra son test olarak müdahale ve kontrol gruplarına uygulanmıştır. Programın tamamlanmasından dört ay süre geçtikten sonra izlem olarak müdahale grubuna aynı envanter tekrar uygulanmıştır.

Çalışma iki hipotezden oluşmaktadır. Temel hipotez, “Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı bireylerin obsesif kompulsif belirtilerinin azalmasında etkilidir.” şeklinde oluşturulmuştur. İkincil hipotez ise “Programın etkisi uzun soluklu olarak da devam edecektir.” şeklinde oluşturulmuştur.

Birinci hipotezi sınamak için yapılan analizler sonucunda, müdahale grubunun Padua Envanterinden elde edilen ön test ve son test puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür. Müdahale grubu katılımcılarının programın sonunda ölçülen obsesif kompulsif belirtilerinde başlangıçta alınan ölçüme göre azalma görülmüştür. Buna göre; gerçekleştirilen müdahale programının bireylerin obsesif kompulsif belirtilerini azaltmada etkili olduğu ifade edilebilir.

Bununla birlikte kontrol grubunun ön test son test puanları arasındaki farklılık incelenmiştir. Kontrol grubu katılımcılarına ön test ölçümlerinin alınmasının ardından sekiz hafta bekleme süresi verilmiş, ardından envanter son test olarak tekrar uygulanmıştır. Son test uygulamasının ardından dört ay bekleme süresi verilerek izlem testi olarak aynı envanter tekrar uygulanmıştır. Yapılan analize göre; kontrol

grubu katılımcılarının ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Kontrol grubu katılımcılarının sekiz hafta bekleme sürecinden önce ve sonra olmak üzere Padua Envanteri'nden elde ettikleri puanlar arasında anlamlı düzeyde bir değişime rastlanılmamıştır.

İkinci hipotezin sınanması için ise grupların son test ölçümlerinin alınmasından dört ay sonra aynı envanter tekrar izlem testi olarak uygulanmıştır. Yapılan analize göre; müdahale grubunun son test puanları ile izlem testi puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Müdahale grubu katılımcılarının obsesif kompulsif belirti düzeyleri programın sonunda düştüğü gibi, izlem süreci tamamlandığında da tekrar yükselmemiştir. Bu bilgi, bireylerin obsesif kompulsif belirtilerinin azalmasında bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının etkililiğini desteklemektedir.

Bu çalışmada, literatür incelenmiş ve bu tez çalışması ile ilintili olduğu düşünülen çalışmalar üç ana başlık altında gruplandırılarak ele alınmıştır.

1. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Obsesif Kompulsif Belirtilere Etkisini İnceleyen Araştırmalar
2. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Ele Alan Farklı Bilinçli Farkındalık Yaklaşımları
3. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Farklı Psikopatolojilere Etkisini İnceleyen Araştırmalar

Çalışmanın etkililiğinin tartışılabilmesi için literatürde mevcut olan, bu çalışmanın bulgularını destekleyen ve desteklemeyen türde çalışmalar incelenmiştir. Karşılaştırmaların ardından bu tez çalışmasının geliştirilebilmesi için kısıtlılıklar ve önerilerden bahsedilecektir.

Bilişsel terapilerin üçüncü dalgası olarak nitelendirilen bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar literatürde oldukça yenidir. Bu nedenle bilinçli farkındalık temelli teknikler bilişsel davranışçı model içerisinde son yıllarda yaygın olarak kullanılmakta ve araştırılmaya devam edilmektedir (Kabat-Zinn, 2009). Bilinçli farkındalık tekniklerinin psikoterapi sürecine dahil edildiği deneysel uygulamaların yapılması, bilinçli farkındalık üzerine bilimsel ve klinik bir literatür oluşmasına yol

açmaktadır. Literatürde yöntemin etkili olup olmadığını inceleyen araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu nedenle bilinçli farkındalık temelli tekniklerin psikoterapi alanında kullanımına ilişkin bilimsel yayınlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu bölümde; ilk olarak obsesif kompulsif belirtiler üzerinde etkililiği sınılanmış bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi çalışmaları ele alınmıştır. Kökenini bilinçli farkındalıktan alan bilinçli farkındalık temelli eğitim programları, kabul ve kararlılık terapisi gibi farkındalık temelli yaklaşımların, obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki etkisinin sınıandığı çeşitli araştırmalar ile devam edilmiştir. Aynı olarak bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların, obsesif kompulsif bozukluk dışında kalan farklı psikopatolojilere etkisini inceleyen araştırmalar özetlenmiştir.

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi programının etkililiğini inceleyen çalışmaların yaklaşık olarak 30 yıllık bir literatür geçmişi bulunuyor olsa da, obsesif kompulsif bozukluk üzerindeki etkisini inceleyen ilk araştırma 2012 yılında Hertenstein ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Hertenstein ve arkadaşları (2012)'nin izlediği süreç bu tez çalışmasındaki sürece oldukça benzemektedir. 12 katılımcının oluşturduğu müdahale grubu toplamda sekiz hafta sürmüştür. Oturumların yapılandırılmış özetleri, uygulanan programın oldukça benzer olduğunu göstermektedir. Her iki uygulama da sistematik maruz bırakma ve tepki önleme ile birlikte bilişsel davranışçı terapi yaklaşımıyla bilinçli farkındalık yaklaşımını entegre ederek çalışmıştır. Her iki uygulamada da programın oluşturulduğu uluslararası kaynaklar benzerlik göstermektedir.

Ancak Hertenstein ve arkadaşları (2012) veri toplamada kalitatif yöntemi kullanarak, programın öncesinde ve sonrasında yarı yapılandırılmış görüşme kullanmayı tercih etmişlerdir. Obsesif kompulsif belirtileri görebilmek amacıyla bireylerle programdan önce ön görüşme yapılmıştır. Sekiz haftalık grup terapisi programı tamamlandıktan sonra bireylerle tekrar görüşme yapılmıştır. Her katılımcının geribildirimini yaklaşık 30 dakika boyunca dinlenilmiş ve yarı yapılandırılmış görüşme soruları cevaplanmıştır. Katılımcıların geri bildirimleri şematize edilerek bulgular kısmında yorumlanmıştır.

Çalışmada, bilinçli farkındalık temelli süreç hakkında obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların sübjektif deneyimlerinin aktarıldığı soru tiplerinin literatürde neredeyse olmadığı, bu nedenle bu araştırmada yarı yapılandırılmış genel bir soru listesi olarak geliştirildiği belirtilmiştir. Soru listesi ve yarı yapılandırılmış görüşme bireylerin program hakkındaki geri bildirimlerini içermektedir. Bu nedenle, çalışmada katılımcıların sübjektif olarak ifade ettikleri hangi faktörden ne derece etkilendikleri, hangi çalışmanın ne düzeyde faydalı olduğu veya olmadığı geri bildirim verileri programın daha detaylı ele alınması açısından ön test- son test- izlem testi deseninden daha faydalı olabilir. Sübjektif deneyimlerin incelendiği bundan sonraki çalışmalarda Hertenstein ve arkadaşları (2012)'nın geliştirdiği soru listesi model olarak alınabilir.

Hertenstein ve arkadaşları (2012), pilot çalışmasında obsesif kompulsif bozukluk için bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin kabul edilebilir ve faydalı olduğunu belirtmiştir. Sekiz hafta süresince ve sonrasında, katılımcıların algıladıkları belirti düzeylerinde azalma, şimdiki zamanda daha aktif bir şekilde kalabilme, hoş görülme duygularına toleransın artması, günlük hayatta ve obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinde daha sakin bir anlayış ve tutum, duygulanım ve uyku kalitesinin arttığı yönünde geribildirimler verilmiştir. Bireylerin sübjektif iletilerine göre, gerçekleştirilen program deneyimlenen obsesif kompulsif belirtiler üzerinde oldukça etkili olmuştur.

Katılımcılardan biri, kompulsif davranmaya ilişkin bir dürtü geldiğinde hemen yanıt vermediğini, bir dakika beklediğini, olan biteni incelediğini ve bu sürede otomatik gerçekleştirilen bir zihinden, uyanık bir zihne doğru ilerlediğini, bu yolculuğun çok zorlayıcı ancak işe yarar olduğunu belirtmiştir. Başka bir katılımcı, her zaman bir beklenti halinde olma duygusunu, beden taraması egzersizlerinde yaşamadığını ve beklentisiz yaşamının rahatlığını hissetmenin ve olayların olması gerektiği gibi olmasına izin vermenin artık hayatında otomatikleştiğini belirtmiştir. Gerçekleştirilen bu çalışmanın genel sonucu olarak bilinçli farkındalık temelli programın bireylerin şimdiki anda daha kolay var olabilmelerini sağladığı, olumsuz duyguları daha iyi anlamlandırabilmelerine faydalı olduğu, obsesif kompulsif

bozukluğa ilişkin daha anlayışlı ve sakin bir tutum sergilemelerini sağladığı, uyku düzenlerini ve duygudurumlarını pozitif yönde etkilediği ifade edilmiştir.

Diğer bir çalışma Külz ve arkadaşları (2014) tarafından protokol olarak sunulmuştur. Bilişsel davranışçı terapi ve/veya farmakoterapi desteği almış ve tam iyileşme göstermemiş obsesif kompulsif belirtilere sahip bireyleri kapsayan çalışma, kontrollü ve yapılandırılmış bir pilot çalışma olarak tasarlanmıştır. Katılımcılardan iki grup oluşması, bir grubun bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programına dahil edilmesi diğer grubun ise psikoeğitim koçluğu programına dahil olması hedeflenmiştir. Çalışma, bilişsel davranışçı terapi (CBT) ile maruz bırakma ve yanıt önleme (ERP) tekniklerini tamamlayıcı olarak bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi modelinin etkililiğini incelemesi hedeflenen ilk protokol örneğidir.

Wilkinson-Tough, Bocci, Thorne ve Herlihy (2010) gerçekleştirdikleri çalışmada, bireysel terapi sürecinde uyguladıkları bilinçli farkındalık temelli terapi tekniklerinin obsesif düşünceler üzerindeki etkisini sınamıştır. Katılımcılara bireysel terapi süreçleri başlamadan önce Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği uygulanmıştır. Süreç bittikten sonra aynı ölçek son test olarak uygulanmış ve bireylerin öznel değerlendirmeleri dinlenilmiştir. Katılımcı sayısı sınırlı olan çalışma (toplamda 10 katılımcı) vaka örneklerini ele alan kalitatif nitelikte bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, katılımcıların ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Katılımcıların son test ölçek puanları klinik aralığın altına düşmüştür. Araştırma öneriler kısmında, farkındalık temelli terapi tekniklerinin obsesif düşünceleri olan bireylerde anlamlı düzeyde faydalı olduğunu ancak katılımcı sayısının düşüklüğü nedeniyle daha büyük gruplarda benzer çalışmaların yapılmasına duyulan ihtiyacı belirtmiştir.

Bilinçli farkındalık temelli terapiler bu çalışmada kullanılan bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programıyla ortak çatıyı paylaşan ancak farklı özellikleri de bulunan yaklaşımları içerir. Bu çalışmalara örnek olarak Wahl (2013) tarafından gerçekleştirilen, 30 obsesif kompulsif bozukluk hastasında bilinçli farkındalık ve meditasyon tekniklerinin etkililiğini sınındığı çalışma verilebilir. Çalışma obsesif kompulsif bozukluk deneyimleyen bireyleri iki grup olarak ele

almış, birinci grubun maruz kaldıkları obsesif düşünceler ile baş edebilmek için meditasyon teknikleri uygulamaları beklenilirken, ikinci grubun obsesif düşünceleriyle baş edebilmeleri için dikkatlerini dağıtmaları (başka bir şey düşünme gibi) beklenilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarında günlük hayatta bilinçli farkındalık tekniklerini kullanan bireylerin maruz kaldıkları obsesif düşünceler ile daha iyi baş ettikleri, kompulsif davranışa iten dürtüyü erteleyebildikleri ifade edilmiştir. Obsesif düşünceler ile baş etmek için dikkatlerini dağıtan grubun, düşüncelerini kompulsiyonlara çeviren dürtülerde herhangi bir değişim yaşamadıkları belirtilmiştir.

Fairfax ve Barfield (2010), obsesif kompulsif belirtilerde farklı klinik teknikleri içeren grup terapisinin etkililiğini sınamıştır. Araştırmanın sonucunda katılımcıların farkındalık temelli tekniklere yanıt verdiğini belirtmiştir. Bilinçli farkındalık ve yönlendirilmiş dikkat gibi tekniklerin maruz bırakma ve yanıt önleme (ERP) tekniğine yardımcı olarak kullanılmasını önermişlerdir.

Hanstede, Gidron, ve Nyklicek (2008), yaptıkları araştırmada bilinçli farkındalık tekniklerinin klinik olmayan obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki etkisini ve bu etkinin oluşmasını sağlayan psikolojik süreçleri incelemiştir. Obsesif kompulsif belirtileri olan katılımcılar deney grubu (bilinçli farkındalık temelli psikoeğitim programı) veya kontrol grubu (sekiz hafta boyunca bekleme) olarak ikiye ayrılmıştır. Psikoeğitim programı sekiz hafta boyunca katılımcı meditatif nefes alma, beden tarama, günlük hayatta farkındalığı artırma gibi bilinçli farkındalık tekniklerini obsesif kompulsif belirtilere uyarlayarak gerçekleştirilen bir süreçten oluşmuştur.

Çalışmanın sonucunda psikoeğitim programına dahil olan katılımcıların obsesif kompulsif belirtilerin azalmasında etkili olduğu belirtilmiştir. Düşünce ve davranışı birleştirmeye ve salık verebilmeye ilişkin tekniklerin obsesif kompulsif belirtilerin azalmasında temel mekanizmalardan biri olduğu belirtilmiştir. Bilinçli farkındalık temelli mekanizmaların salık verme kapasitesiyle ilişkilendirilerek açıklandığı kontrol gruplu yapılan ilk çalışma olduğu yazarlar tarafından belirtilmiştir. Klinik grupta ve daha geniş örnekleme gerçekleştirilecek destekleyici



çalışmalar ile, bilinçli farkındalık temelli terapilerin obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde yeni bir yöntem olarak kullanılabilceği ifade edilmiştir.

Twohig, Hayes ve Masuda (2006) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada kabul kararlılık terapisinin obsesif belirtiler üzerindeki etkisi sınanmıştır. Model içinde, bilinçli farkındalığın artmasına yönelik yönlendirilmiş dikkat ve katılımcıların istenmeyen obsesif düşüncelerine ilişkin geliştirmeleri hedeflenen kabul ve anlayış bulunmaktadır. Katılımcılar istenmeyen veya rahatsızlık uyandıran olumsuz duygu ve düşüncelerine ilişkin kaçınma tepkilerinin azaldığını, obsesyonlarına ilişkin inançlarının daha güçsüz olduğunu, kaygı ve depresif belirtilerinin azaldığını ve tedavi sürecinin bitiminde daha az kompulsiyon gösterdiklerini iletmişlerdir.

Miller ve Kraus (2007), modifiye edilmiş diyalektik davranış terapisi ve problem çözme modelini obsesif kompulsif kişilik bozukluğu hastalarının iş ortamındaki ilişkilerine etkisini incelemişlerdir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğuna (OKKB) ilişkin davranışlar gösteren bir lider modifiye edilmiş diyalektik davranış terapisine alınmıştır. Psikoterapi sürecinin her görüşmesi özetlenerek vaka çalışması olarak sunulmuştur. Liderin astlarına gösterdiği tutumlar ve iş anlayışına ilişkin düşünceleri incelenmiştir. Sürecin sonunda hasta, kendini okkb konusunda daha iyi kontrol ettiğini, özellikle iş hayatının obsesif kompulsif bileşenlerinde kontrolünün arttığını iletmiştir. Süreçten öncesine göre psikopatoloji düzeylerinde azalma görüldüğü ve iş ortamına uyum becerilerinde artma görüldüğü araştırmacı tarafından raporlaştırılmıştır.

Bu çalışmada, bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının obsesif kompulsif belirtilere etkisi incelenmiştir. Literatürde aynı metod kullanılarak gerçekleştirilen psikoterapi çalışmasının farklı psikopatolojiler üzerindeki etkisini inceleyen güncel çalışmalar şu şekilde özetlenebilir.

Williams ve arkadaşları (2008), bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının bipolar bozukluğu olan bireyler üzerindeki etkisini incelemiştir. Katılımcılar deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, bipolar bozukluğu olan bireylerin kaygı seviyelerinde programdan sonra düşme görülmüştür. Unipolar veya bipolar bozukluğu olan bireylerin döneme ilişkin

yaşadıkları depresyon belirtilerinde psikoterapi sürecinden sonra azalma görülmüştür.

King ve arkadaşları (2013) kronik travma sonrası stres bozukluğu olan bir grup savaş gazisine bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programını uygulamıştır. Süreçten önce ve süreçten sonra aynı ölçekler ön test ve son test olarak uygulanmıştır. Araştırmanın sonucuna göre katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinde programdan sonra anlamlı düzeyde azalma görülmüştür. Katılımcıların travmaya bağlı olarak yaşadıkları kaçınma türü semptomlarında ve travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin bilişlerinde iyileşme görülmüştür. Araştırmanın sonucuna göre, travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde alternatif bir yöntem olarak bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi kullanılabilir kararına varılmıştır.

Keune, Bostanov, Hatzinger ve Kotchoubey (2011), bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının tekrar eden depresyon üzerindeki etkisini, bilişsel süreçleri ele alarak incelemiştir. Çalışma deney ve kontrol grubu olarak gerçekleştirilmiştir. Deney grubunda bulunan bireylerin depresyon belirtilerinde anlamlı bir düşme görülürken kontrol grubunda bir değişim görülmemiştir. Bu değişimi incelemek ve sürecin beyinde nasıl izlediğini görmek adına katılımcıların elektroensefalografi (EEG) görüntüleri alınmıştır. Beyin bölgelerinde alfa dalgaları izlenilmiş ve bazı bölgelerin dalgalarında değişimler görülmüştür. Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının depresyon üzerindeki etkisini inceleyen çeşitli çalışmalar literatürde bulunmaktadır. Ancak bu etkinin biyolojik olarak nasıl gerçekleştiğini inceleyen ilk biyopsikoloji perspektifi içeren çalışma bu çalışmadır.

### 3.1. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan deneysel çalışmanın sonucuna göre Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı katılımcıların obsesif kompulsif belirti düzeylerini azaltmada etkili olmuştur. Çalışmada deneysel desen tercih edilerek ön test- son test- izlem testi kullanılmıştır. Bu yöntemin avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Avantajları olarak, katılımcıların ön test, son test ve izlem testi ölçümlerindeki farklılaşmanın bilimsel yorumunun güçlü olması ve uygulanan envanterin ülke çapında veya uluslararası yapılmış diğer çalışmaların verileri ile karşılaştırılabilmesi alınabilir. Dezavantajları olarak ise, ilk olarak bireylerin ilettikleri subjektif deneyimlerini değil yalnızca envantere aktardıkları belirti düzeylerini inceleyebilmektir.

Bununla birlikte bu çalışmada uygulanan envanter obsesif kompulsif belirtileri yordamada istatistiksel olarak güçlü bulunmuştur (Beşiroğlu ve ark., 2005). Ancak uygulanacak envanterin klinik görüşme ile desteklenmesi daha detaylı bilgi verecektir. Bu çalışmada ön test uygulamasından sonra katılımcıların obsesif kompulsif belirti düzeyleri ile ilgili her bir katılımcı ile bireysel görüşme yapılmıştır. Ancak son test ve izlem testi ölçümlerinde bireylerin güncel belirtilerine ilişkin klinik görüşme yapılmamıştır. Bu çalışma, son test ve izlem testi alınırken katılımcılar ile yarı yapılandırılmış veya yapılandırılmış klinik görüşmeler yaparak ve bireylerin deneyimledikleri belirti düzeylerine ilişkin subjektif geri bildirimleri ile desteklenerek geliştirilebilir.

Alternatif bir diğer çalışma, plasebo kontrollü (placebo-controlled) dizaynı ile yapılabilir. Bu çalışmada kontrol grubu ile herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Ancak plasebo kontrollü çalışmalarda kontrol grubu fonksiyonu olmadığı düşünülen bir programa alınmaktadır. Çalışmayı uygulama yapılmayan bir grup yerine plasebo kontrollü olarak gerçekleştirmek, elde edilen bulguların katılımcıların üzerinde programın iyi geleceğine inanarak geliştirilen bir plasebo etkisinin olup olmadığı

bilgisini vererek araştırmayı desteklemektedir. Bu çalışmada plasebo etkisini azaltmak amacı ile müdahale grubu katılımcılarına programın başında programın amacı ile bilgi veya grup terapisi programına katıldıkları bilgisi verilmeyerek, bilimsel bir çalışma için düzenlenen toplantılara gönüllü olarak katılmaları gerektiği yönünde bilgilendirme verilmiştir.

Bu çalışmada esas alınan değişken, bireylerin obsesif kompulsif belirti düzeyleri olarak tasarlanmıştır. Bu nedenle etik olarak, katılımcıların obsesif kompulsif bozukluk tanısı alacağı bir psikiyatrik değerlendirme sürecine başvurulmamıştır. Çalışmanın amacı bireylerin deneyimledikleri belirti düzeylerini azaltabilmek olarak tasarlanmıştır. Bu nedenle belirti düzeylerini değerlendirebilecek envanter desteği ile ilerlenmiştir. Katılımcıların envanterin “klinik” grup aralığında olmasına zen gösterilmiştir. Ancak katılımcıların hiç birinin obsesif kompulsif bozukluk tanısı bulunmamaktadır. Alternatif olarak başka bir çalışma obsesif kompulsif bozukluk veya farklı psikiyatrik tanı grupları ile yapılabilir.

Bu çalışmanın, obsesif kompulsif bozukluğun doğasının daha iyi anlaşılması, tedavi süreçlerinde destekleyici farklı psikoterapi yaklaşımlarının geliştirilebilmesi ile birlikte obsesif kompulsif belirtilerin sağaltımında yeni bir ekol olarak bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların ele alınması adına alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 27(4), 583-600.
- Abramowitz, J., Franklin, M., Schwartz, S., & Furr, J. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(6), 1049.
- Arkar, H. (1992). Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5(1-3), 37-40.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(2), 97-106.
- Atalay, Z. (2018). *Mindfulness: şimdi ve burada bilinçli farkındalık*. Psikonet Yayınları.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
- Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R., Eames, C., & Williams, J. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(6), 10-13.
- Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 42-62.
- Bayar, R., & Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*.

- Beauchemin, J., Hutchins, T. L., & Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complementary Health Practice Review, 13*(1), 34-45.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression (The Guilford Clinical Psychology and Psychopathology Series)*. New York: Guilford Press.
- Beşiroğlu, L., Ağargün, M. Y., Boysan, M., Eryonucu, B., Güleç, M., & Selvi, Y. (2005). Obsesif-kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 16*(3), 179-89.
- Birliği, A. P.(2013). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı. Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*, (s 234).
- Bishop, S. R.,Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. ve Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice, 11*(3), 230- 241.
- Bodhi, B. (2000). A comprehensive manual of Abhidhamma. Seattle, WA: Buddhist Publication Society Pariyatti Editions.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Tall, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stres reduction Nyanaponika Therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research., 68*(6), 539-544.
- Borckardt, J. J., Bockardt, J., Nash, M., Murphy, M., Moore, M., Shaw, D., & O'neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American psychologist, 63*(2), 77.
- Breu, F., Guggenbichler, S., & Wollmann, J. (2010). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. London: The Guilford Press.

- Broderick, P. C., & Metz, S. (2009). Learning to BREATHE: A pilot trial of a mindfulness curriculum for adolescents. *Advances in school mental health promotion, 2*(1), 35-46.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry, 18*(4), 211-237.
- Burns, D. (2006). *İyi hissetmek, yeni duygudurum tedavisi*. İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Burns, G., Keortge, S., Formea, G., & Sternberger, L. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*(34), 163-173.
- Calamari, J., Wiegartz, P., Rieman, B., Cohen, R., Greer, A., Jacobi, D., . . . Carmin, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder subtypes: an attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. *Behaviour Research and Therapy, 42*(6), 647-670.
- Calamari, J., Wiegartz, R., & Janeck, A. (1999). Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptombased clustering approach. *Behaviour Research and Therapy*(37), 113-125.
- Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness, 1*(3), 177-182.
- Clark, D. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary health practice review, 13*(2), 79-91.
- Cohn, H. (1997). *Existential thought and therapeutic practice: An introduction to existential psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage.

- Çatak, P., & Ögel, K. (2010). Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri*(13), 85-91.
- Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Davidson, G., & Neale, J. (1982). *Abnormal psychology*. Canada: Jhon Wiley & Sons Inc.
- Davis, D. M., Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy - related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198.
- Demir, V. (2014). *Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi* (Master's thesis, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981-989.
- Didonna, F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, R., & Pedrini, L. (2019). Mindfulness-based Cognitive Therapy for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 156-170.
- Dobson, K., & Dozois, D. (2019). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Publications.
- Doğan, S. (2016). Akılcı-Duygusal Terapi: Kuramsal bir inceleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(6).
- Eddy, K., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 24(8), 1011-1030.
- Ekblad, A. G. (2008). Effects of mindfulness training on emotional regulation and attention. Duke University. Unpublished doctoral dissertation.



- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therap.* New York: Springer Publishing Company.
- Esmailian, N., Dehghani, M., Dehghani, Z., & Lee, J. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy enhances emotional resiliency in children with divorced parents. *Mindfulness*, 9(4), 1052-1062.
- Esquirol JED. Mental maladies. a treatise on insanity. Facsimile of English edition of 1845. New York: Hafner, 1965: 125–43.
- Eysenck, H. J. (1985). Behaviourism and clinical psychiatry. *International journal of social psychiatry*, 31(3), 163-169.
- Fairfax, H., & Barfield, J. (2010). A group-based treatment for clients with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) in a secondary care mental health setting: Integrating new developments within cognitive behavioural interventions – An exploratory study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(3), 214-221.
- Finucane, A., & Mercer, S. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*(6), 14.
- Freud, S. (1938). *Totem and taboo* (p. 201). London: Pelican Books.
- Freud, S. (1997). Saplantı nevrozuna yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). *Psikopatoloji Üzerine* (S. Budak, Çev., s. 125-143). içinde Ankara: Öteki Yayınları.
- Gençtan, E. (1989). *Çağdaş yaşam ve normal dışı davranışlar*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Gençtan, E. (1990). *Varoluş ve Psikiyatri*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2016). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Goodman, J., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Peterson, R., .Forget, A. &Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health, 17*(5), 373-387.
- Güriş, S., Astar, M. (2019). Bilimsel araştırmalarda SPSS ile istatistik. (3.bs.). İstanbul : Der Yayınları
- Haaga, T., Dyck, M., & Ernst, D. (1991). "Empirical status of cognitive theory of depression". *Psychological Bulletin, 110*(2).
- Hanstede, M., Gidron, Y., & Nyklicek, I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population 196(10), 776-779. *The Journal of nervous and mental disease, 196*(10), 776-779.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J., & Ducharme, J. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies, 24*(1), 76-94.
- Hayes SC, S. K., Hayes, S., Strosahl, K., W, & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Herbert, J. D., ve Forman, E. M. (Eds.). (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. John Wiley & Sons.
- Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N., & Külz, A. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder–A qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry, 12*(1), 185.

- Hiçdurmaz, D., & Öz, F. (2011). Benliğin bilişsel yaklaşımla güçlendirilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*, 18(2).
- Iversen, I. (1992). Skinner's early research: From reflexology to operant conditioning. *American Psychologist*, 47(11), 1318.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte: Bantam Books Trade Paperback Edition.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, 45(12), 1094-1099.
- Kenny, M., & Williams, J. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*(45), 617-625.
- Keune, P., Bostanov, V., Hautzinger, M., & Kotchoubey, B. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patients. 88(2-3), 243-252.
- Key, B., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., & Pawluk, E. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(4), 1109-1120.

- King, A., Erickson, T., Giardino, N., Favorite, T., Rauch, S., Robinson, E., & Liberzon, I. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety, 30*(7), 638-645.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice, 80*(2), 193-203.
- Kozak, M., & Foa, E. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach: Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Külz, A., Landmann, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Rose, N., Heidenreich, T., . . . Moritz, S. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 14*(1), 314.
- Lee, J., Semple, R., Rosa, D., & Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*(1), 15-28.
- Liehr, P., & Diaz, N. (2010). A pilot study examining the effect of mindfulness on depression and anxiety for minority children. *Archives of Psychiatric Nursing, 24*(1), 15-28.
- Lucas, A., Klepin, H., Porges, S., & Rejeski, W. (2018). Farkındalık temelli hareket: çok köşeli bir bakış açısı. *Bütünleştirici kanser tedavileri, 17*(1), 5-15.
- Ma, S., & Teasdale, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(1), 31.
- Maghoub, O., & Abdel-Hafeiz, H. (1991). Pattern of obsessive-compulsive disorder in eastern Saudi Arabia. *Br J Psychiatry, 158*, 840-842.

- Marra, T. (2005). *Dialectical behavior therapy in private practice*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Merçin, L. (2005). Piaget ve Kohlberg'in ahlak (moral) gelişim kuramlarının özellikleri ve karşılaştırılması. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*(5), 73-86.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General hospital psychiatry*, 17(3), 192-200.
- Miller, T., & Kraus, R. (2007). Modified dialectical behavior therapy and problem solving for obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 79-85.
- Neff, K., & Germer, C. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program, 1(1), 1-17.
- Neisser, U. (2014). *Cognitive psychology: Classic edition*. Psychology Press.
- Nemiah, J., Uhde, T., Kaplan, H., & Sadock, B. (1989). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Baltimore: William&Wilkins.
- Okasha, A., Saad, A., & Khalil, A. (1994). Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder: A Transcultural Study. *Comprehensive Psychiatry*(35), 191-197.
- Olatunji, B., Davis, M., Powers, M., & Smits, J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 33-41.
- Özcan, Ö., & Çelik, G. (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri J. Child Psychiatry-Special Topics*, 3(2), 115-120.
- Özdel, K. (2015). Kişilik Bozukluklarında Bilişsel Terapi. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(4), 1-8.
- Öztürk, M. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

- Parkin, R. (1997). Obsessive-compulsive disorder in adults. *Review of Psychiatry*, 9(1), 73-82.
- Plews-Ogan, M., Owens, J. E., Goodman, M., Wolfe, P., & Schorling, J. (2005). Brief report: A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of general internal medicine*, 20(12), 1136-1138.
- Pulular, A. (2009). Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi, Uzmanlık Tezi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Edirne*.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 15(4), 743-758.
- Riise, E., Kvale, G., Öst, L., Skjold, S., Hansen, H., & Hansen, B. (2016). Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: An effectiveness study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*(11), 13-21.
- Rodriguez-Romaguera, J., Greenberg, B., Rasmussen, S., & Quirk, G. (2016). An avoidance-based rodent model of exposure with response prevention therapy for obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 80(7), 534-540.
- Roemer, L., Orsillo, S., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1083.
- Rosenthal, M., Lynch, T., & Linehan, M. (2005). Dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder and substance use disorders. *Clinical textbook of addictive disorders*, 615-636.
- Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53.

- Sadock, B., & Sadock, V. (2008). Kaplan and Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sakallı, A. K. (2014). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların afektif mizaç, kronobiyoloji ve dürtüsellik açısından incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi*, 1-26.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther*(23), 571-583.
- Sanavio, E. (1998). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*(27), 169-177.
- Sargın, M., & Sargın, A. (2015). "Yaşamaya değer bir hayat" için: diyalektik davranışçı terapinin gelişimi ve temel ilkeleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 64-70.
- Sayar, K., Uğurad, I. K., & Acar, B. (1999). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*(9), 142-147.
- Schonert-Reichl, K. A., & Lawlor, M. S. (2010). The effects of a mindfulness-based education program on pre-and early adolescents' well-being and social and emotional competence. *Mindfulness*, 1(3), 137-151.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Depresyon için farkındalığa dayalı bilişsel terapi*. Guilford Yayınları.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of child and family studies*, 19(2), 218-229.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of behavioral medicine*, 21(6), 581-599.
- Solso, R., Maclin, M., & Otto, H. (2007). *Bilişsel Psikoloji*. (A. Ayçiçeği Dinn, Çev.) İstanbul: Kitabevi Yayınları.

- Soysal, A., Bodur, Ş., & Hızlı, F. (2005). Şimdi ve burada terapisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(6), 274-280.
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360(9330), 397-405.
- Stein, D., & Stone, M. (1997). *Essential papers on obsessive-compulsive disorder*. New York: NYU Press.
- Steketee, G., Grayson, J., & Foa, E. (1985). Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 23(2), 197-201.
- Stern, R. S. (1978). Obsessive thoughts: the problem of therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 133(3), 200-205.
- Summerfeldt, L., Richter, M., Antony, M., & Swinson, R. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*(37), 297-311.
- Surawy , C., McManus, F., Muse, K., & Williams, J. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for health anxiety (hypochondriasis): rationale, implementation and case illustration. *Mindfulness*, 6(2), 382-392.
- Şafak, Y., Karadere, M., Özdel, K., Özcan, T., Türkçapar, M., Kuru, E., & Yücens, B. (2014). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*(25), 225-233.
- Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O., & Sungur, M. (2012). Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*(4), 335-349.
- Teasdale, J., Segal, Z., & Williams, J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*(33), 25-39.



- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(4), 615.
- Tümkaya, S., & İflazoğlu, U. (2000). . . Sınıf oğretmenliği oğrencilerinin otomatik düşünce ve problem çözme düzeylerinin bazı sosyo demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6*(6).
- Türkçapar, M. (2008). *Bilişsel terapi: temel ilkeler ve uygulama*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Türkçapar, M. (2009). *Klinik uygulamada bilişsel davranışçı terapi: Depresyon*. İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Türkçapar, M., & Sargın, A. (2012). Bilişsel Davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *JCBPR, 1*(1), 7-14.
- Twohig, M., Hayes, S., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 3-13.
- Van Deurzen, E., & Arnold Baker, C. (2017). *İnsan meselelerine varoluşcu bakışlar: Terapi uygulama el kitabı*. İstanbul: Aletheia.
- Van Oppen, P., Hoekstra, R. J., & Emmelkamp, P. M. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 33*(1), 15-23.
- Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde nc kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8*(3), 190-203.
- Wahl, K. (2013). Managing obsessive thoughts during brief exposure: an experimental study comparing mindfulness-based strategies and distraction in obsessive-compulsive disorder. *cognitive therapy & research, 37*(4), 752-761.

- Whittal, M., Thordarson, D., & McLean, P. (2005). Treatment of obsessive–compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1559-1576.
- Wielgosz, J., Goldberg, S., Kral, T., Dunne, J., & Davidson, R. (2018). Farkındalık meditasyonu ve psikopatoloji. *Klinik psikolojinin yıllık değerlendirmesi*.
- Wilkinson-Tough, M., Bocci, L., Thorne, K., & Herlihy, J. (2010). Is mindfulness-based therapy an effective intervention for obsessive–intrusive thoughts: a case series. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(3), 250-268.
- Williams, J., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M., Duggan, D., & Goodwin, G. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107(1-3), 275-279.
- Williams, M., & Penman, D. (2015). Farkındalık: Çılgın bir dünyada huzur bulmak için pratik bir rehber. *İstanbul: Pegasus*.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yavuz, K. (2015). Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(2), 21-27.
- Zeidan, F., Gordon, S., Merchant, J., & Goolkasian, P. (2010). The effects of brief mindfulness meditation training on experimentally induced pain. *The Journal of Pain*, 11(6), 505-521.

## EKLER

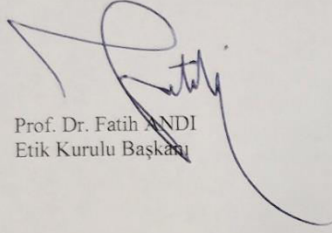
### Ek 1- Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Etik İzin Formu

| FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  |  |
|---|--|
| ETİK KURULU   |  |
| PROJE ONAY FORMU  |  |
| Tarih   | 08/10/2018   |
| Yer   | Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Rektörlüğü, Zeyrek Mah. Büyükkaraman Cad. No:53 Fatih /İSTANBUL Tel: 0212 521 81 00 Pbx Faks:0212 521 84 84, fatihsultan@fatihisultan.edu.tr  |
| Katılımcılar  | Prof. Dr. Fatih ANDI Etik Kurulu Başkanı<br>Prof. Dr. Fevzi YILMAZ Etik Kurulu Üyesi<br>Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR Etik Kurulu Üyesi<br>Prof. Dr. Ahmet Turan ARSLAN Etik Kurulu Üyesi<br>Prof. Dr. İbrahim NUMAN Etik Kurulu Üyesi<br>Prof. Dr. M. Hüsrev SUBAŞI Etik Kurulu Üyesi<br>Doç. Dr. Naim DEMİREL Etik Kurulu Üyesi |
| "Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Bireylerin Obsesif Kompulsif Belirti Düzeylerine Etkisi" projesinin öneri metni kurulumuza sunulmuştur. Söz konusu proje özeti aşağıdaki gibidir. |  |
| Araştırmanın Başlığı:   | Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Bireylerin Obsesif Kompulsif Belirti Düzeylerine Etkisi   |
| Araştırmacılar ve adres bilgisi:  | Nazire Ayşenur Gündoğan Yılmaz<br>Güngören Belediyesi Aile Danışma Merkezi, Doğanbey cd. No:12<br>Güngören/İstanbul  |
| Araştırmanın Süresi (ay):   | 3 ay   |
| Araştırmanın Amacı:   | bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının, obsesif kompulsif semptomları azaltmadaki rolünü incelemek   |
| Araştırmada Kullanılacak Ölçme Araçları (adları):   | SCL-90<br>Padua Envanteri<br>Sosyodemografik Veri Formu  |
| Araştırmaya Katılacak Denek Sayısı ve Nereden Seçileceği:   | Araştırmaya 12 kişi kontrol 12 kişi deneye katılımcı olmak üzere 24 kişinin katılımı ve katılımcıların kartopu modeliyle toplanılması hedeflenilmektedir.  |
| Araştırmada Deneklerin Nasıl Seçileceği:  | Yapılandırılmış bireysel görüşme ve SCL-90 ölçeği ile, katılımcıların sınırlandırılması hedeflenilmektedir.  |
| Uygulamanın veya Ölçeklerin Doldurma Süresi   | Uygulama 8 haftalık programdan oluşmaktadır. Ölçeklerin doldurulma süresi ortalama 20 dakikadır.   |
| KARAR   | ARAŞTIRMA FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİNİN ETİK DURUŞUNA AYKIRI DEĞİLDİR.   |

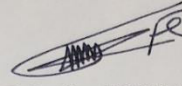
Tarih : 08/10/2018

Sayfa 1 / 2  
FSMVÜ.IDD.FR-058/00  
Yayın Tarihi: 08/03/2017

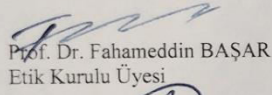
Bu rapor .....sunulmak üzere Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi Etik Kurulu tarafından hazırlanmıştır.



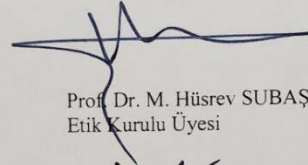
Prof. Dr. Fatih ANDI  
Etik Kurulu Başkanı



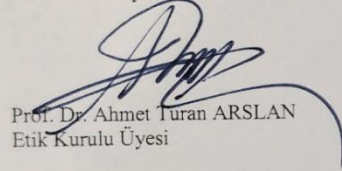
Prof. Dr. Fevzi YILMAZ  
Etik Kurulu Üyesi



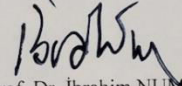
Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR  
Etik Kurulu Üyesi



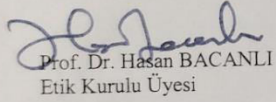
Prof. Dr. M. Hüsrev SUBAŞI  
Etik Kurulu Üyesi



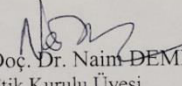
Prof. Dr. Ahmet Turan ARSLAN  
Etik Kurulu Üyesi



Prof. Dr. İbrahim NUMAN  
Etik Kurulu Üyesi



Prof. Dr. Hasan BACANLI  
Etik Kurulu Üyesi



Doç. Dr. Naim DEMİREL  
Etik Kurulu Üyesi

## Ek 2 - Demografik Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nda yürütülmekte olan tez çalışmasına yönelik olarak veri toplama amacıyla yapılmaktadır. **Katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır.** Kişisel bilgileriniz gizli tutulacak ve elde edilen bulgular sadece bilimsel amaçla toplanan tüm verinin oluşturacağı veri seti üzerinden istatistiksel analizler yapılarak kullanılacaktır. Araştırma ile ilgili soru ve öneriniz için aşağıda yer alan iletişim bilgileri ile tarafıma ulaşabilirsiniz. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Psk. Nazire Ayşenur Gündoğan  
Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi  
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Yukarıdaki çalışmanın amacını ve içeriğini belirten bildiriye okudum, anladım ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek

Yaşınız :.....

Medeni durumunuz :  Evli  Bekar  Dul  Boşanmış

Eğitim durumunuz:  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Yüksek Lisans  Doktora

Anne eğitim durumu:  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Yüksek Lisans  Doktora

Baba eğitim durumu:  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Yüksek Lisans  Doktora

Gelirinizi genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?:  Kötü  Orta  İyi

Şuan nerede ikamet ediyorsunuz?:  Ev  Yurt  Diğer

Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?:  Yok  Var

Var ise bu hastalığınız için ilaç kullanıyor musunuz?  Hayır  Evet

Kullandığınız ilaçlar:.....

Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?  Yok  Var

Var ise bu hastalığınız için son bir yıl içinde ilaç tedavisi aldınız mı?:  Hayır  Evet

Var ise bu hastalığınız için son bir yıl içinde psikoterapi desteği aldınız mı?:  Hayır  Evet

**Çalışmamızın bir sonraki aşamasında sizinle irtibata geçebilmemiz için lütfen iletişim bilgilerinizi belirtiniz:**

**Cep telefon numarası:**

**E-mail adresi:** Psk. Nazire Ayşenur Gündoğan nazireayse@gmail.com

0(530) 545 26 93

### Ek 3 - Padua Envanteri Revize Edilmiş Formu

|     | <b>Lütfen her bir ifade için size en uygun görünen ve bu tür davranış ya da düşüncelerin oluşturabileceği rahatsızlık derecesine en uygun olan tek bir seçeneği işaretleyiniz.</b> | <i>Hiç</i> | <i>Çok az</i> | <i>Çok</i> | <i>Epeyce Çok</i> | <i>Aşırı</i> |
|-----|--|------------|---------------|------------|-------------------|--------------|
| 1.  | Paraya dokunduğumda ellerimi kirlenmiş hissedirim  |            |               |            |                   |              |
| 2.  | Vücut salgıları ile ( ter, tükürük, idrar , v.b. gibi) Hafif bir temasla bile giysilerim kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğimi düşünürüm.                        |            |               |            |                   |              |
| 3.  | Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.  |            |               |            |                   |              |
| 4.  | Çöpe veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.   |            |               |            |                   |              |
| 5.  | Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.  |            |               |            |                   |              |
| 6.  | Bulaşıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.   |            |               |            |                   |              |
| 7.  | Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.  |            |               |            |                   |              |
| 8.  | Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kapığımı düşünerek derhal yıkanır veya temizlenirim.   |            |               |            |                   |              |
| 9.  | Bir şeye dokunduğumda “mikrop kapığımı” düşünerek, derhal yıkanır veya temizlenirim.   |            |               |            |                   |              |
| 10. | Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirli hisseder ve derhal yıkanmam veya üstümdeki giysileri değiştirmem gerekir.   |            |               |            |                   |              |
| 11. | Kaygılar ve üzüntüler aklıma geldiğinde, onlar hakkında güvenebildiğim birisiyle konuşmadan rahat edemem.  |            |               |            |                   |              |
| 12. | Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissedirim.   |            |               |            |                   |              |
| 13. | Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.   |            |               |            |                   |              |
| 14. | Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.   |            |               |            |                   |              |
| 15. | Belirli sayıları nedensiz yere tekrarlama zorunluluğu hissedirim.  |            |               |            |                   |              |
| 16. | Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak zorundayım.  |            |               |            |                   |              |
| 17. | Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.  |            |               |            |                   |              |
| 18. | Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.  |            |               |            |                   |              |
| 19. | Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek uğruna eve geri dönerim.  |            |               |            |                   |              |
| 20. | Doğru bir şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim.   |            |               |            |                   |              |
| 21. | Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak söndüğünden emin olana kadar geri dönüp bakarım.   |            |               |            |                   |              |
| 22. | Elime para aldığım zaman, üst üste birkaç kez sayarım.   |            |               |            |                   |              |
| 23. | Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim.  |            |               |            |                   |              |
| 24. | Önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum.   |            |               |            |                   |              |
| 25. | Özellikle benimle ilgili önemli konular konuşulurken, bir şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılırım.   |            |               |            |                   |              |
| 26. | Bir şeyleri özenli bir şekilde yapsam bile, hala yaptığım işi kötü yaptığım veya eksik bıraktığım izlenimini içimde taşıırım.  |            |               |            |                   |              |
| 27. | Yaptığım şeylerin pek çoğuna ilişkin kaygılar ve problemler üretirim.  |            |               |            |                   |              |
| 28. | Belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara takılıp kalırım.  |            |               |            |                   |              |

|     |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 29. | Kendi isteğim dışında, hoş gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.  |  |  |  |  |  |
| 30. | Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum                           |  |  |  |  |  |
| 31. | Dalgınlığımın veya yaptığım küçük hataların felaket sonuçlar doğuracağını düşünürüm.   |  |  |  |  |  |
| 32. | Bazen hiç nedeni yokken nesnelere saymaya başlarım.  |  |  |  |  |  |
| 33. | Önemsiz sayıları tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılırım.   |  |  |  |  |  |
| 34. | Bir düşünce veya şüphe aklıma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle gözden geçirmem gerekir ve bu şekilde yapana kadar rahat edemem. |  |  |  |  |  |
| 35. | Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım.   |  |  |  |  |  |
| 36. | Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aşağıya baktığım zaman, kendimi boşluğa bırakacakmış gibi hissederim.                        |  |  |  |  |  |
| 37. | Yaklaşan bir tren gördüğüm zaman, bazen kendimi onun altına atabileceğimi düşünürüm.   |  |  |  |  |  |
| 38. | Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar.                               |  |  |  |  |  |
| 39. | Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve şiddet içeren düşüncelere sürükler.   |  |  |  |  |  |
| 40. | Bıçakların, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum.   |  |  |  |  |  |
| 41. | Bazen sebepsiz yere bir şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyacı hissederim.  |  |  |  |  |  |

## Ek 4- SCL 90 Belirti Tarama Listesi

**Adı – Soyadı:**

**Yaş :**

**Cinsiyeti :**

**Açıklama :**

**Tarih :**

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

**Örnek :**

**Tanımlama :**

Aşağıda belirtilen sorundan

0 Hiç

ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

1 Çok az

Cevap

2 Orta derecede

3 Oldukça fazla

4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı .....
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi .....
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoşla gitmeyen düşünceler .....
4. Baygınlık ve baş dönmeler .....
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı .....
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu .....
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri .....
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri .....
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük .....
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler .....
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi .....
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar .....
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi .....
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali .....



15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri .....
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma .....
17. Titreme .....
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi .....
19. İştah azalması .....
20. Kolayca ağlama .....
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi .....
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi .....
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma .....
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları .....
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu .....
26. Olanlar için kendini suçlama .....
27. Belin alt kısmında ağrılar .....
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi .....
29. Yalnız hissi .....
30. Karamsarlık hissi .....
31. Her şey için çok fazla endişe duyma .....
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali .....
33. Korku hissi .....
34. Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali .....
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi .....
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu .....
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi .....
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak .....
39. Kalbin çok hızlı çarpması .....
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi .....
41. Kendini başkalarından aşağı görme .....
42. Adele (kas) ağrıları .....
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi .....
44. Uykuya dalmada güçlük .....
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme .....
46. Karar vermede güçlük .....
47. Otobüz, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu .....

|  |       |
|--|-------|
| 48. Nefes almada güçlük  | ..... |
| 49. Soğuk ve sıcak basması   | ..... |
| 50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu         | ..... |
| 51. Hiç bir şey düşünmeme hali   | ..... |
| 52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması              | ..... |
| 53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi                                    | ..... |
| 54. Gelecek konusunda ümitsizlik   | ..... |
| 55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük                    | ..... |
| 56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi                        | ..... |
| 57. Gerginlik veya coşku hissi   | ..... |
| 58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi  | ..... |
| 59. Ölüm ya da ölme düşünceleri  | ..... |
| 60. Aşırı yemek yeme   | ..... |
| 61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma | ..... |
| 62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma                                | ..... |
| 63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması      | ..... |
| 64. Sabahın erken saatlerinde uyanma                                       | ..... |
| 65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali            | ..... |
| 66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama                                    | ..... |
| 67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği  | ..... |
| 68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme                     | ..... |
| 69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme                     | ..... |
| 70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi                | ..... |
| 71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi                                       | ..... |
| 72. Dehşet ve panik nöbetleri  | ..... |
| 73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi                            | ..... |
| 74. Sık sık tartışmaya girme   | ..... |
| 75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali                                  | ..... |
| 76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu | ..... |
| 77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme        | ..... |
| 78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma                          | ..... |
| 79. Değersizlik duygusu  | ..... |
| 80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu                                    | ..... |

81. Bağıрма ya da eşyaları fırlatma .....
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu .....
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu .....
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması .....
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi .....
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller .....
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi .....
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama .....
89. Suçluluk duygusu .....
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi .....