



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANA BİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI ERGENLERDE
BAĞLANMA VE
BAĞLANMANIN YEME TUTUMU İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Feyza Hatice SEVGEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Hatice ALTUN

KAHRAMANMARAŞ-2018



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANA BİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI ERGENLERDE
BAĞLANMA VE
BAĞLANMANIN YEME TUTUMU İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Feyza Hatice SEVGEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Hatice ALTUN


KAHRAMANMARAŞ-2018

T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Arş. Gör. Dr. Feyza Hatice SEVGİN tarafından hazırlanan "Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Ergenlerde Bağlanma ve Bağlanmanın Yeme Tutumu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi" adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylıyorum.

Yrd Doç. Dr. Hatice ALTUN
Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık tezi olarak 13.02.2018 tarihinde kabul edilmiştir.

Tez Değerlendirme Jüri Tutanağı:		İmza:
Başkan	Yrd.Doç. Dr. Hatice ALTUN Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Üye	Doç.Dr.Fatma Özlem ORHAN Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Üye	Doç.Dr.Cem GÖKÇEN Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Tarih : 13.02 / 2018


Prof. Dr. Tahir MERT
Dekan

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, mesleki kimliğimi oluşturmam ve kendimi geliştirmem konusunda önemli teşvikleri olan, asistanlık eğitimim dışında da birçok konuda yardımını esirgemeyen, tez sürecimde desteğini gördüğüm sayın hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hatice ALTUN'a,

Bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, birlikte çalışmaktan ve hastane dışında da beraber vakit geçirmekten keyif aldığım, beni kendi asistanlarından ayırt etmeyen Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN ve Doç. Dr. Ebru FINDIKLI'ya,

Üç ay süreyle beraber çalışma fırsatı bulduğum, zengin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, beni memnun bir misafir olarak ağırlayan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı ekibine,

Tezimin istatistik kısmına sabır ve özveri ile yardımda bulunan Yrd. Doç. Dr. Adem Doğaner'e,

Birlikte çalıştığımız süre boyunca maddi manevi desteğini her an yanımda hissettiğim değerli asistan arkadaşım Dr. Tuğba ÜRKMEZ başta olmak üzere, daima yakın destek ve dostluklarını gördüğüm asistan arkadaşlarıma,

Okula başladığım ilk günden bugünlere uzanan basamaklarda katkıları olan, hayatıma dokunan tüm öğretmenlerime, bu hayatta bana bahşedildiğine inandığım iki koruyucu meleğim, manevi annem Öğretmen Sabiha KÖROĞLU ve manevi babam Öğretmen Sami KÖROĞLU'na,

Her zaman destekçim ve duacıım olan, zorlu üniversite yıllarımda ve tez sürecimde benim için ayrıca fedakarlık yapan çekirdek aileme,

Ve tüm çocuklara...

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Feyza Hatice SEVGEN

Kahramanmaraş 2018

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI ERGENLERDE BAĞLANMA
VE BAĞLANMANIN YEME TUTUMU İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr. Feyza Hatice SEVGEN

**KAHRAMANMARAŞSÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ŞUBAT-2018**

ÖZET

Amaç: Bağlanma stillerinin Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) gibi pek çok psikopatolojinin gelişiminde ve bozulmuş yeme davranışlarında risk etkeni olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada OKB tanısı olan ergenlerde bağlanma stillerinin ve bağlanmanın yeme tutumu üzerindeki etkilerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 11-18 yaş aralığında 67 OKB hastası ile Kahramanmaraş ilinde ikamet eden rasgele seçilmiş 67 sağlıklı ergen dahil edilmiştir. Çalışmaya katılımı kabul eden ebeveyn ve ergenlere gönüllü onam formu imzalatılmış, ergenler Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Yeme Tutumu Testi (YTT), İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), Ebeveyn ve Akran Bağlanma Envanteri (EABE) ölçeklerini, ebeveynler ise Sosyodemografik Veri Formunu doldurmuştur. OKB tanısı konurken klinik görüşmenin yanı sıra yapılandırılmış bir ölçek olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe (ÇDŞG-ŞY-T) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması $13,76 \pm 2,08$ yıl, kontrol grubunun ise $14,18 \pm 2,10$ yıldır. OKB grubunda 38 kız, 29 erkek ve kontrol grubunda ise 40 kız, 27 erkek vardı. Çalışma ve kontrol grubu arasında yaş vecinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ölçek puanlarına bakıldığında; YTT, EABE ve İÖA güvensiz bağlanma (korkulu, kayıtsız, saplantılı) alt boyutları açısından iki grup arasında istatistiksel fark yoktu. İÖA güvenli bağlanma puanları kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek saptandı. MOKSL toplam ve alt ölçek puanları ise çalışma grubunda anlamlı olarak yüksekti. OKB'li grupta; güvenli bağlanma puanları arttıkça MOKSL toplam puanlarının azaldığı, korkulu bağlanma puanları ile temizlik ve yavaşlık alt ölçek puanları

arasında, saplantılı bağlanma puanları ile kontrol ve ruminasyon alt ölçek puanları arasında pozitif ilişki, kayıtsız bağlanma puanları ile de kuşku alt ölçek puanları arasında negatif ilişki olduğu görüldü. OKB tanısı olanlarda hem anne hem de babaya bağlanma puanları arttıkça MOKSL toplam puan ile temizlik ve yavaşlık alt ölçek puanları azalmaktaydı. Anne ve babaya bağlanma puanları ile kuşku alt ölçek puanları arasında ilişki görülmezken, kontrol ve ruminasyon alt ölçek puanları ile sadece babaya bağlanma puanları ile arasında negatif yönde bir ilişki bulundu. Her iki grupta da YTT puanları ile korkulu bağlanma arasında pozitif bir ilişki bulunurken, sadece OKB grubunda güvenli bağlanma puanları arttıkça YTT puanlarının azaldığı saptandı. İki grupta da anneye bağlanma ile YTT arasında anlamlı ilişki yokken, OKB hastalarında babaya bağlanma puanları arttıkça YTT puanları azalmaktaydı.

Sonuç: Çalışmamızda OKB hastalarında güvenli bağlanma puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu, güvenli bağlanma puanları arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin azaldığı görülmüştür. OKB'lilerde ayrıca; güvenli bağlanma puanları ve babaya bağlanma puanları arttıkça bozulmuş yeme davranışının azaldığı saptanmıştır. OKB tanılı hastalarda bağlanma boyutlarının, obsesif kompulsif belirti özelliklerinin değerlendirilmesi yeme bozukluğu geliştirme riski taşıyanların erken tanı ve tedavisinde yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler; obsesif kompulsif bozukluk, ergen, bağlanma, bağlanma stilleri, yeme tutumu

ASSESSMENT OF ATTACHMENT AND ITS RELATIONSHIP WITH EATING ATTITUDE IN ADOLESCENTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

(Specialization Thesis)

MD Feyza Hatice SEVGEN

KAHRAMANMARASSUTCU IMAMUNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
February-2018

ABSTRACT

Objective: It is known that attachment styles are risk factor in development of several psychopathologies such as obsessive-compulsive disorder (OCD) and disordered eating behavior. In this study, it was aimed to investigate attachment styles and effects of attachment on eating attitude in adolescents with OCD.

Materials and methods: The study included 67 patients with OCD (aged 11-18 years) who presented to Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic of Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Medicine School and 67 healthy adolescent selected randomly who resided in Kahramanmaraş Province. The adolescents and parents who agreed to participate gave written informed consent. The parents were asked to complete sociodemographic data sheet while adolescents were asked to complete the Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI), the Eating Attitudes Test (EAT), the Relationship Scales Questionnaire (RSQ) and the Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA). The OCD diagnosis was made by clinical interview and using Turkish version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL).

Findings: Mean age was $13,76 \pm 2,08$ years in the OCD group whereas $14,18 \pm 2,10$ in the control group. There was 38 girls and 29 boys in the OCD group whereas 40 girls and 27 boys in the control group. There was no significant difference in age and gender between OCD and control groups. When scores obtained in scales were assessed, there was no significant difference in EAT, IPPA and RSQ insecure attachment styles (anxious, angry, compulsive) between groups. RSQ secure attachment scores were significantly higher in the control group. MOCI total and subscale scores were significantly higher in the OCD group. It was found that MOCI total scores were decreased by increasing secure attachment scores; that there were positive correlations between anxious attachment scores, and cleaning and slowness subscales scores, and between compulsive attachment scores, and control and rumination subscale scores; and that there was a negative correlation between dismissive attachment score and doubt subscale scores in patients with OCD. It was found that MOCI total score and cleaning and slowness subscales were decreased by increasing maternal and paternal attachment scores in patients with OCD. There was no correlation between MOCI doubt subscale score and maternal or paternal

attachment scores whereas a negative correlation was present between paternal attachment scores, and control and rumination subscales in children with OCD. In both groups, there was a positive relationship between EAT scores and fearful attachment scores while it was found that EAT scores were decreased by increasing secure attachment scores in the OCD group. In both groups, there was no significant correlation between maternal attachment scores and EAT scores while EAT scores were decreased by increasing paternal attachment score in the patients with OCD.

Conclusions: In our study, it was found that secure attachment scores were significantly lower in patients with OCD when compared to controls and that obsessive-compulsive symptoms were decreased by increasing secure attachment scores. In addition, it was found that impaired eating behavior was decreased by increasing secure attachment score and paternal attachment score in patients with OCD. Assessment attachment degree and obsessive compulsive symptoms will be helpful in identifying patients at risk for eating disorder.

Keywords; obsessive-compulsive disorder, adolescent, attachment, attachment styles, eating disorder

İÇİNDEKİLER	<u>Sayfa No</u>
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	2
2.1.1. Tanım.....	2
2.1.2. Tarihçe	5
2.1.3. Epidemiyoloji	7
2.1.4. Etiyoloji	9
2.1.5. Komorbidite	15
2.1.6. Ayırıcı Tanı	16
2.1.7. Farmakoterapi	18
2.1.8. Prognoz.....	20
2.2. Bağlanma.....	21
2.2.1. Bağlanma Kuramı.....	21
2.2.2. Bağlanmanın Nörobiyolojisi	23
2.2.3. Bağlanma Stilleri	24
2.2.4. Bağlanma ve OKB	28

2.3. Yeme Bozuklukları	30
2.3.1. Giriş	30
2.3.2. Yeme Bozuklukları ve OKB	34
2.3.3. Yeme Bozuklukları ve Bağlanma	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.4. Verilerin Toplanması	41
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	42
3.4.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY).....	42
3.4.3. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL).....	42
3.4.4. Yeme Tutumu Testi (YTT).....	43
3.4.5. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)	43
3.4.6. Ebeveyn ve Akran Bağlanma Envanteri (EABE).....	44
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	45
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	55
5.1. OKB Ve Bağlanma İlişkisinin Değerlendirilmesi	55
5.2. OKB Ve Anne-Babaya Bağlanma İlişkisinin Değerlendirilmesi	59
5.3. Bağlanma Stilleri Ve Yeme Tutumu İlişkisinin Değerlendirilmesi	62
5.4. Anne-Babaya Bağlanma Ve Yeme Tutumu İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	64
6. SINIRLILIKLAR.....	66
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	68

8. EKLER	70
9. KAYNAKLAR.....	85
10. ÖZGEÇMİŞ.....	101



TABLolar LİSTESİ	Sayfa No
Tablo 1. Sosyodemografik özelliklerin tanımlayıcı istatistikleri.....	46
Tablo 2. Sosyodemografik özelliklerin frekans dağılımları.....	47
Tablo 3. Ebeveynlerin psikiyatrik tanılarının gruplara göre frekans dağılımları.....	48
Tablo 4. Annelerin gebelik öyküsünün gruplara göre karşılaştırılması.....	49
Tablo 5. YTT, MOKSL, İÖA, EABE puanlarının gruplar arası karşılaştırılması....	50
Tablo 6. İÖA alt ölçek puanlarının gruplar arası karşılaştırılması.....	50
Tablo 7. Gruplara göre MOKSL ölçek puanları ve İÖA puanlarının korelasyonu....	51
Tablo 8. EABE ölçeğine göre anne ve babaya bağlanma puanlarının gruplar arası karşılaştırılması.....	52
Tablo 9. Gruplara göre anne ve babaya bağlanma puanlarının MOKSL puanları ile ilişkisi.....	53
Tablo 10. YTT puanları ile İÖA alt ölçek puanlarının korelasyonu.....	54
Tablo 11. YTT puanları ile anne baba bağlanma puanları arasındaki ilişki.....	54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Bartholomew ve Horowitz'in Dörtlü Bağlanma Modeli..... 26

Şekil 2. Brennan, Clarck ve Shaver'in Bağlanma Modeli..... 27



KISALTMALAR

5-HT1D res:5-hidroksitriptamin(Serotonin) 1D reseptörü

AN: Anoreksiya Nervoza

BBT:Bilgisayarlı Beyin Tomografisi

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BMI: Body Mass Index (Vücut Kitle İndeksi)

BN: Bulimiya Nervoza

CRF:Corticotropin Releasing Factor (Kortikotropin Salıverici Faktör)

ÇDŞG-ŞY-T:Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe

DSM: The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders

DTI: Difüzyon Tensör İmaging

EABE:Ebeveyn ve Akran Bağlanma Envanteri

EKG: Elektrokardiyografi

FDA: Food and Drug Administration

GABHS:Grup A β -Hemolitik Streptokok

ICD:International Classification of Diseases

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

MOKSL:Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

MRG:Magnetik Rezonans Görüntüleme

NMDA:N-Metil-D-Aspartik Asit

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKBİB:Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar

OKKB:Obsesif KompulsifKişilik Bozukluğu

PANDAS:Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections(Streptokok Enfeksiyonu İle İlişkili Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalıklar)

SSRI: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YTT: Yeme Tutumu Testi

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. Obsesyonlar (takıntı) kendiliğinden bilinç alanına giren, sıkıntı yaratan, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği,yineleyici düşünce, dürtü yada imajlardır. Kompulsiyonlar (zorlantı) ise genelde bir obsesyona cevap olarak belli kurallarla yapılan motor veya mental eylemlerdir(1).

Bağlanma; bebeğin temel ihtiyaçlarının giderilmesini, bağlanılan kişiye olumlu tepkiler verilmesini, kaygı ya da korku durumlarında o kişiye ihtiyaç duyulmasını, bağlanılan kişinin varlığının eş zamanlı olarak rahatlamaya yol açmasını kapsayan ve yaşamdaki ilk deneyimleri kapsayacak şekilde bireylerin primer bakımvereni (genellikle anne) ile kurduğu ilişkidir(2).

Yeme bozuklukları ise; temel olarak yeme tutum ve davranışlarında bozulma ile karakterize, beraberinde kişinin yiyeceklerle ilgili aşırı uğraşı ve vücut ağırlığı ile ilgili yoğun kaygılarının görüldüğü bir bozukluktur(3).

Bağlanma sistemi duygu düzenleme sistemine ve olayları yorumlama biçimlerine etki etmektedir. Güvensiz bağlanma negatif duyguların düzenlenmesini, yeniden yapılandırılmasını zorlaştırmakta, yaşam sorunları karşısında yapıcı, uygun stratejiler ile baş etmenin getirdiği dayanıklılığı azaltmaktadır.Ayrıca, bağlanma dünyayı ve olayları yorumlama biçimlerine etki etmektedir. Dolayısı ile psikopatolojilerin anlaşılmasında bağlanma kuramının önemli olduğu görülmektedir(4).

Alan yazında bağlanma ile OKB arasındaki ilişkide; içsel çalışan modellerde benlik ve diğerine yönelik olumsuz inançların OKB için bilişsel yakınlık faktörlerine katkıda bulunabileceği belirtilmektedir(5).

Yeme bozuklukları ve OKB arasında daetiyojik, biyolojik, klinik ve tedavi yaklaşımı açısından ortak noktalar olduğu bilinmektedir. Klinik olarak anoreksiya ve bulimialı hastaların kilo almayla ilgili korkuları, zihinlerinin yiyecek, beden imgesi ve

zayıflama yolları ile tekrarlayıcı ve inatçı bir şekilde meşgul olması, ayrıca karşı konulamayan bir istekle çok miktarda yemek ve sonrasında kusmak için uğraş göstermek, aşırı egzersiz yapmak ve ritüelleşmiş yeme tutumları OKB hastalarında olduğu gibi zihinden uzaklaştırılmayan düşüncelere ve tekrarlayan davranışlara benzetilmektedir(6).

Bağlanma ile yeme tutumları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar ise; ergenlik ve yetişkinlik dönemindeki güvensiz bağlanma biçimleri ile yeme bozukluklarının ilişkisine dikkat çekmektedir (7).

Literatüre bakıldığında bağlanma ve OKB'ye özgül olarak çok fazla odaklanılmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda OKB ve bağlanma stilleriyeme bozukluğu gelişmesinde birer risk faktörü olarak bildirilse de belirti boyutlarından hangilerinin yordayıcı olduğu net değildir. Yordayıcı obsesif kompulsif semptomların ve bağlanma özelliklerinin belirlenmesi yeme bozukluğu için riskli olan OKB'li hastaların daha erken ve kolay belirlenmesinde yardımcı olacaktır. Bizim bu çalışmada amacımız; OKB olan ergenlerde bağlanma stillerinin ve bağlanmanın yeme tutumu üzerindeki etkilerinin incelenmesidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1.Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon (takıntı) kendiliğinden bilinç alanına giren, yineleyici, sıkıntı yaratan, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği bir düşünce, dürtü yada imajlardır. Kompulsiyon (zorlantı) genelde bir obsesyona engel olmak için belli kurallarla yapılan motor veya mental eylemdir(1).Obsesyonlar, gerçeğe yakın ve gerçekleşebilecek

nitelikte olabileceği gibi, bazen gerçekten oldukça uzak ve sanrısız boyutta olabilir. Kompulsiyonlar, çoğu zaman obsesyonlara tepki olarak ortaya çıkar. Bu davranışlar gözlenebilir olabileceği gibi, dışarıdan gözlenemeyen zihinsel davranışlar, yani düşünceler şeklinde de olabilir. Obsesyonlar kişi için genellikle bir tehdit, kompulsiyonlar ise algılanan tehdide karşı bir tedbir alma olarak değerlendirilir(8).

2.1.1.1. Obsesyon alt boyutları: Kirlenme/bulaşma obsesyonu olanlar, insanlarla yakın temasa geçmek veya eşyalara dokunmak istemezler. Bu kişiler genellikle, tuvalette üzerlerine idrar sıçramış olabileceği, kapı kolu, para gibi nesnelere dokununca ya da başkalarıyla el sıkışınca mikrop, idrar, dışkı, tükrük vb bulaşabileceği gibi düşüncelere sahiptirler. Saldırganlık obsesyonları sıklıkla kişinin kendisine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, çeşitli şekillerde zarar verme düşüncelerini içerir. Zarar verme obsesyonu, kişilerde makas, bıçak, cam gibi kesici nesnelere kullanmak istememe veya sevdiği kişilerle yalnız kalmaktan korkma şeklinde görülebilir. Kuşku obsesyonları olan bireylerde ise bir şeyin yapıldığından emin olamama düşüncesi mevcuttur. Örneğin; kışkırtıcıyı kilitleyip kilitlemediğinden, ocağı kapatıp kapatmadığından emin olamamakta ve bunun sonucunda çoğu zaman ardından yineleyen kontrol etmeler şeklinde kompulsiyonlar eşlik etmektedir. Simetri/düzenleme obsesyonlarında, nesnelere veya davranışların belirli bir sırada ve düzende olması, eşyaların simetrik konumda durması ile ilgili düşünceler hakimdir. Cinsel obsesyonlar, kişi için çoğunlukla kabul edilemez ve utanç verici cinsel öğeleri içerirler. Kişiebeveyniyle, çocuklarıyla ya da kendi cinsiyelle cinsel ilişkiye girdiği hakkında düşünce ve imgelere sahiptir. Dini obsesyonlar, günah sayılan düşüncelerin ve görüntülerin akla gelmesi, kutsal kabul edilen dini değerlere hakaret/küfür etme isteği ve kişinin bunlardan rahatsız olması şeklinde görülmektedir. Somatik obsesyonlarda ise hayatı tehdit eden bir hastalığa (kanser, tümör, kuduz gibi) yakalanacağı korkusu ve bunlardan korunmak için çeşitli önlemlere başvurma isteği vardır(9).

2.1.1.2. Kompulsiyon alt boyutları: Temizleme kompulsiyonları olan kişilerde, kendisi, eşyaları veya çevresi ile ilgili mevcut olan kirlilik obsesyonlarına cevaben yineleyici şekilde el/ayak yıkama, banyo yapma, eşyalarını sürekli olarak temizleme, saatlerce ev işi yapma, bulaşık ve çamaşır yıkama gibi kompulsiyonlar görülmektedir.

Düzenleme/sıralama kompulsiyonları, bir denge, düzen ve simetri oluşturmak amacıyla eşyaları belirli bir kurala göre düzenleme şeklinde görülen kompulsiyonlardır. Kontrol etme kompulsiyonları güvenliği sağlamak amacıyla yapılır. Kapıların kapalı olup olmadığının, faturaların yatırılıp yatırılmadığının, ütünün fişinin prizden çekilip çekilmediğinin birçok kez kontrol edilmesi şeklinde görülebilmektedir. Sayma/okuma kompulsiyonları, apartman katları, otomobil plakaları, reklam panoları gibi bazı nesnelere sayma/okuma veya kişinin daha önce belirlediği belli bir sayıya kadar sayması şeklinde görülürler. Dokunma kompulsiyonu, kişinin belirli nesnelere dokunmak zorunda olduğunu hissettiği bir kompulsiyon türüdür. Tekrarlama kompulsiyonlarında, yapılan bazı davranışlar belirli bir tarzda ya da sayıda ritüelistik bir şekilde yinelenmektedir. İstifleme kompulsiyonları ise, ihtiyaç olmamasına rağmen bir şeyi satın alma, biriktirme veya sahip olduğu hiçbir şeyi atmama şeklinde karşımıza çıkmaktadır(9).

2.1.1.3.Çocuk ve ergenlerde en sık görülen obsesyon ve kompulsiyon çeşitleri: Çocuk ve ergenlerde OKB belirti sayısı yetişkin hastalara göre daha az olsa da belirti dağılımında benzerlik bulunmuştur. Bu durumun çocuk ve ergenlerin semptomları bilişsel olarak yeterince ifade edememesinden veya bunların farkında olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir(10).Bu yaş gruplarında kişiden kişiye değişkenlik gösteren birçok farklı obsesyon ve kompulsiyon semptom boyutu bulunabilmektedir. Bir kişide aynı anda birden fazla obsesyon ve kompulsiyon görülebildiği gibi zaman zaman mevcut semptomların değişebildiği de gözlemlenebilmektedir. Örneğin; uzun süre dini obsesyonları olan bir kişide, bu obsesyon son bulduğunda bunun yerini farklı bir obsesyon çeşidi alabilir veya mevcut dini obsesyona başka obsesyonlar eklenebilir(9).Küçük çocuklarda obsesyonsuz kompulsiyonlar daha siktir. Çocuk ve ergenlerde en sık görülen obsesyonlar; kirlenme ve bulaşma (%40-76), kuşku (%20-50), hastalık-ölüm düşünceleri (%20-40), kötü bir şey olacağı düşüncesi (%20-24), seksüel obsesyonlar (%4-20), simetri ve düzen takıntıları (%8-17), dini obsesyonlar (%10-13), yasak ve saldırgan düşünceler (%4-12), idrar-kaka kaçırma kaygıları (%8), kendine ya da başkasına zarar verme korkusudur (%4-8). En sık görülen kompulsiyonlar ise; yıkama (%50-85), kontrol etme (%40-65), düzenleme-sıralama (%30), sayma (%20-35), dokunma (%8-20), tekrarlama (%0-70), biriktirme (%0-20), zihinsel kompulsiyonlar (%6), yavaşlıktır (%4)(11).

Obsesif-kompulsif semptomların ve bozukluğun yaygınlığı açısından cinsiyetler arası fark görülmesi de, semptom altboyutları noktasında farklılık bulunabilmektedir. Akpınar'ın çalışmasında, OKB'li ergenlerde en sık, kirlenme ve saldırganlık obsesyonları ile kontrol etme, sayma, ve temizleme kompulsiyonlarının görüldüğü söylenmiştir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise, erkeklerde kirlenme, saldırganlık, dinsel obsesyonlar ve temizleme kompulsiyonları, kızlarda ise kirlenme, somatik obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları en sık rastlanılan obsesyon ve kompulsiyon çeşitleridir (12).

2.1.2. Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonlar insanlık tarihi kadar eskidir. Shakespeare'in, ünlü eserinde suçluluk duygusundan köken alan kirlilik obsesyonu ve el yıkama kompulsiyonlarından bahsedilmektedir. Eserde Lady Macbeth sevgilisiyle birlikte kocasını öldürdükten sonra ellerini defalarca yıkamasına rağmen yine de kanın geçmediğini düşünür.

OKB ortaçağda pek çok psikiyatrik hastalık gibi büyü ve dini kavramlarla açıklanmaya çalışılmıştır. Zamanla ruhsal bozukluklar tanımlanmaya ve yeni tedavi yöntemleri denenmeye başladıkça dini açıklamalar yerini tıbbi bilgilere bırakmıştır (13, 14).

Psikiyatri literatüründe ilk kez 1838'de Jean Etienne Dominique Esquirol melankolinin bir belirtisi olarak takıntı ve zorlantıları tanımlamış, obsesyon terimi ise ilk olarak 1860'da Morel tarafından kullanılmıştır. Esquirol ve daha sonraki klinisyenler ilk tanımlamalarında OKB'yi "içgörüsü olan delilik" olarak adlandırmışlardır. Westphal OKB'deki temel patolojinin hastanın iradesi dışında ortaya çıkan akıl dışı düşünceler olduğunu, obsesyonların entellektüel işlevlerin bir bozukluğu, kompulsiyonların ise obsesyonlara sekonder geliştiğini ifade ederek ilk modern formülasyonu yapmış, bunları "mental tikler" olarak tanımlamıştır. Anlamsızlığın kişi tarafından bilindiğini söyleyerek, "kendini gerçekleştirememiş delilik" olarak nitelendirdiği bu durumu psikotik düşünceden ayırmıştır (13, 15). İçgörü ve tekrar edilen

akıl dışı düşünceler kavramları OKB'nin bugünkü tanımlamalarının temelini oluşturmuştur.

Pierre Janet ve Kurt Schneider 20. yüzyılın başlarında obsesif kompulsif nevrozu ayrı bir kavram olarak ve şu ölçütlerle tanımlamışlardır:

1. Belli bir şeyi düşünmeye, hissetmeye veya yapmaya yönelik öznel bir zorlanmışlıkhissinin varlığı,
2. Obsesyon içeriğinin mantık dışı ve benliğe yabancı olarak algılanması,
3. Obsesyona direncin eşlik etmesi

Amerika'da DSM-I'den önce "Ruhsal Bozuklukların Standart Sınıflama Sistemi"nde Kraepelin tarafından yapılan ilk sınıflandırma çalışmaları yayınlanmıştır. Avrupa'da ise ilk kez 1938 yılında ICD-5'te yetişkin ruhsal hastalıkları arasında OKB yer almıştır. OKB'ye çocukluk çağı ruhsal bozuklukları içinde yer verilmesi ise 1968'de DSM-II ve 1978'de ICD-9 ile olmuştur. DSM-III-R'de (1987) ise gündelik hayatı kesintiye uğratan ve en az bir saat süren obsesyonlar veya kompulsiyonlar veya ikisinin de bulunması olarak tanımlanmıştır. DSM-IV'te de "kişi obsesyon ve kompulsiyonların aşırı mantıksız olduğunu bilir" tanı ölçütünün çocuk olgular tarafından karşılanamayabileceği bildirilerek çocuklardaki farklılığa dikkat çekilmiştir. Ayrıca DSM-IV'te OKB anksiyete bozuklukları kapsamında değerlendirilmiş ve "iç görüsü az alt tipi" tanımlanmıştır. ICD-10'da ise OKB anksiyete bozukluklarından ayrılarak; "nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar" bölümünde yer almıştır (16, 17).

DSM-5'te OKB anksiyete bozuklukları başlığı altından çıkarılarak "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" (OKBİB) başlığı altında yer almaktadır. Bu başlık altında ayrıca; Beden Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu yer almaktadır (18).

DSM-5'e göre OKB tanı kriterleri;

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar

1. Anksiyete düzeyinde yükselme ya da sıkıntıya yol açan, istenmeyen, yineleyici ve ısrarlı düşünce, iç zorlanma ve düşlemlerdir.

2. Kişi bu düşünce, iç zorlanma ya da düşlemi görmezden gelme, baskılama ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirme girişimlerinde bulunur.

Kompulsiyonlar

1. Bir obsesyona tepki olarak ya da belirli kurallara göre yapılan ve katı bir biçimde uygulanan yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir.
2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler anksiyeteyi gidermek ya da korku yaratan bir durumu önlemek için tasarlanır; ancak etkisizleştirmek ya da önlemek üzere tasarlanan şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır.

Not: Küçük çocuklar bu davranışların ya da zihinsel eylemlerin amacını açıklayamayabilir.

B. Obsesyon ve kompulsiyonlar belirgin sıkıntı kaynağı olur ya da zaman kaybına (günde bir saatten fazla) yol açar ya da kişinin olağan gündelik görev ve iş sorumluluğunu aksatır, verimini düşürür, toplumsal etkinliklerini ya da başkaları ile ilişkilerini bozar.

C. Belirtiler genel bir organik durumun ya da ilaç kullanımının fizyolojik etkileri ile ilişkisiz olarak ortaya çıkmıştır.

D. Bu durum başka bir bozukluğun belirtisi tarafından daha iyi açıklanamaz.

İçgörüsü iyi ya da çok iyi olan: Kişi obsesif kompulsif bozuklukla ilgili inançlarının tamamen ya da muhtemelen gerçek dışı olduğuna inanır (Bunlar olabilir ya da olmayabilir).

İçgörüsü düşük olan: Kişi obsesif kompulsif bozuklukla ilgili inançların doğru olabileceğini düşünür.

İçgörüsü olmayan/sanrısız inançları olan: Kişi obsesif kompulsif bozuklukla ilgili inançların tamamen gerçek olduğundan emindir.

Varsa belirtiniz: Kişi şimdi ya da geçmişte tik bozukluğu öyküsüne sahiptir.

(18).

2.1.3.Epidemiyoloji

OKB en sık puberte ve erken erişkinlik döneminde başlar ve erkeklerde kızlara göre daha erken yaşlarda belirti vermektedir. Çocukluk döneminde OKB'nin başlangıç yaşı erkeklerde 8-11 iken kızlarda 11-13 yaşları arasındadır(19).Bozukluk erken çocukluk

döneminde bile başlayabilmekle birlikte, tanı daha çok geç çocukluk ve erken ergenlikte konulmaktadır. Çocuk ve ergenlerde yaygınlık %0,3-4 olarak bildirilmektedir(20, 21).

6 yaş öncesi başlangıç nadirdir, bilinen en erken başlangıç yaşı 2'dir. Belirtiler genellikle sinsi başlangıçlıdır. Çoğu zaman hastalığın başlaması ile işlevselliğin kaybı arasında yıllar vardır. Erişkin hastaların geriye dönük olarak sorgulandığı çalışmalarda; aslında çoğunun belirtilerinin çocukluktan beri olduğu bilgisi edinilmiştir. Hastaların çoğunda prodromal döneme ait anksiyete ya da özgüven problemleri tipi nonspesifik belirtiler bulunmuş, bazılarında ise aşırı sorumluluk, detaylara aşırı dikkat etme, temizlik ve düzen uğraşları, kontrol etme ve kararsızlık gibi tipik prodromal belirtilerin gelecekteki OKB için belirteç olabileceği öne sürülmüştür (11).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada, çocuk psikiyatrisi polikliniğine ayaktan başvuran 9-15 yaş arası hastalarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2.7 olarak bildirilmiş ve hastaların yalnız %15'inde ilk şikayetlerin obsesyon ve kompulsiyon olduğu görülmüştür(22). Türk lise öğrencileri ile yapılan bir diğer araştırmada ise OKB %3.9 oranında, yaşam boyu OKB ise %4.2 oranında saptanmıştır. Sonuçlar OKB'nin ergen popülasyonda sık görülen bir bozukluk olduğunu göstermektedir(12).

OKB kriterlerini tam olarak karşılamasa da obsesif kompulsif belirtiler gösteren bireylerin oranının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Subklinik ve eşik altı belirtiler gösteren bu olguların yaygınlığının araştırıldığı toplum temelli bir ergen çalışmasında; obsesif özellikler %26.2, obsesif kompulsif belirtiler %43.1 bulunurken, OKB kriterlerini karşılayanların oranı ise %19.6 olarak bildirilmiştir(23).

Yapılan pek çok çalışmaya rağmen OKB sıklığının doğru olarak belirlenmesinde bazı zorluklar vardır. Farklı sınıflandırma kriterleri ve farklı çalışma desenlerinin kullanılması, kültürler arası farklılıklar bu durumun nedenleri arasındadır. Ayrıca içgörü eksikliği (*küçük çocuklar obsesyon ve kompulsiyonların anlamsız ve saçma olduğunu bilişsel olarak fark edemeyebilir*) ve utanma nedeniyle belirtilerin saklanması, eş tanıların sık eşlik etmesi sonucufarklı nedenlerle tedavi alan hastalarda OKB'nin gözden kaçması gibi hastalığın kendi doğasından kaynaklanan güçlükler de yaygınlığın belirlenmesini, erken tanı ve tedaviyi zorlaştırmaktadır (24).

Erişkin gruplarla yapılan çalışmalarda cinsiyetler arası fark bulunmamıştır. Çocuklarda ise erkek/kız oranı 3/2 olarak bulunmuştur. Ergen çalışmalarında sıklık farkının kaybolduğu görülmektedir. Başlangıç erkeklerde genellikle çocukluk çağında, kızlarda ise ergenlik dönemindedir. Ayrıca erkeklerde bozukluğun şiddeti daha ağırdır, nörolojik problemler ve eş tanılar daha sıklıkla eşlik etmektedir ve içgörü daha azdır. OKB tanısı alan çocukların çoğunun ailenin ilk ya da tek çocuğu olduğu belirtilmektedir(11).

2.1.4.Etiyoloji

Obsesif kompulsif bozukluk tek tip ve homojen bir bozukluk olmayıp etiyojisinde pek çok faktörün etkin olduğu heterojen bir rahatsızlıktır (25).Bugüne kadar yapılan çalışmalarda etiyojide genetik, nörokimyasal, yapısal, psikodinamik gibi pek çok etkenin bir arada rol aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Semptomların kronik seyri açısından kızlarda çevresel etkenlerin erkeklerde ise genetik faktörlerin ön planda olduğu öne sürülmüştür(26).

2.1.4.1.Genetik:Çoğu psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi OKB’de de genetik faktörlerin etkisi, ikiz çalışmaları ve OKB’li hastaların birinci derece akrabaları ile yapılan araştırmalarla gösterilmiştir. Aile çalışmalarının çoğunda OKB’li hastaların ailelerinde OKBgörülme oranları toplumda beklenenden daha yüksek bulunmuştur. Ailesel geçiş OKB’de önemli olmakla beraber sporadik olarak görülen olgular da bildirilmiştir(11).

Ülkemizde yapılan ikiz çalışmalarında, monozigotik ikizlerde yüksek oranda konkordans (%63-87)saptanmıştır (1).Ailelerle yapılan çalışmalarda ise OKB hastalarının birinci derece yakınlarının yüksek oranda bu bozukluktan etkilendiği görülmüş, %6-40 oranında hastaların birinci derece akrabalarında klinik ya da subklinik OKB ya dabenzer bir bozukluğun olduğu saptanmıştır(25, 27, 28). Üç kuşak aile üyelerinin değerlendirildiği bir çalışmada da; anne, baba ya da kardeşlerden birinde OKB varlığı risk faktörü, 35 yaş üstü evlilik ve erkek cinsiyetin ise yatkinlik faktörü olduğu belirtilmiştir (29).Bazı araştırmacılar ise ailesel geçişte genetik faktörlerin daha çok erken başlangıçlı OKB’ta belirgin olduğunu ileri sürmüştür(30).Moleküler genetik çalışmaları az sayıda olsa da, OKB’li olgularda striatum ve anterior singulatta glutamaterjik

değişikliklerin görüldüğü çalışmalarda glutamat taşıyıcısı geninin OKB’de olası aday genlerden biri olabileceği düşünülmüş, bu geninin rs3780412 ve rs301430 bölgeleri OKB ile ilişkili bulunmuş ve rs378412 özellikle erkek olgular ile ilişkilendirilmiştir (11).

2.1.4.2. Psikososyal: OKB semptomlarının ortaya çıkmasında genetik zeminin yanında çevresel faktörlerin, ebeveyn özelliklerinin ve çocuk yetiştirme tutumlarının da önemli olduğu düşünülmektedir. OKB’nin ortaya çıkması ve devam etmesinde ailenin model alınması, ailelerin çocuklarının semptomlarına eşlik etmesi, duyguların fazlaca ifade edildiği bir aile ortamında yetiştirme ve ebeveyn tutumları gibi aile bağlamı muhtemel risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (31). Aileleşlevselliğindeki bozuklukla (örneğin ailede kaygı ve depresyon bulguları, ailelerin çocuktaki semptomlara katılması, aile ortamında stres ve gerginlik, ailedeki suçluluk ve korku) çocuklardaki OKB semptomları arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür (32). Paylaşılan çevresel faktörlerin etyopatogeneizde varyansın %16’sını açıkladığı ve bunun kızlarda daha belirgin olduğu belirlenmiştir. Erken yaşam olaylarına bağlı olarak bazal ganglionlarda duygusal uyaranlara karşı hassasiyet ve OKB şiddetinde artış olduğu ve farmakolojik tedavinin bu etkiyi tersine çevirebildiği bildirilmiştir. Ayrıca kızlarda olumsuz nitelikteki erken yaşam olayları ve tedavide ilaç gereksinimi olasılığı daha yüksek bulunmuş ve erkeklerin izlemde daha iyi olduğu tespit edilmiştir (11).

2.1.4.3. Psikanalitik: OKB’nin etyolojisi genetik nedenlerin dışındavranışsal ve psikodinamik kuramlarla da açıklanmaya çalışılmıştır. Pavlov ve Maserman gibi yazarlar, obsesyonel nevrozun hatalı koşullanmaya bağlı olarak ortaya çıktığını, Freud ve onu izleyen psikoanalitik kuramcılar ise obsesyonların bastırılmış dürtülerin türevi (örneğin saldırganlık ve cinsellik içeren obsesyonlar), kompulsiyonların da süperego buyrukları olabileceğini ileri sürmüşlerdir (14, 33).

Freud’a göre psikanalizde en ilgi çekici ve verimli alanlarından biri olan bu hastalık, nevrozların prototipidir. Freud’a göre hasta, gerçekte kendini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle meşguldür ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; bazen de karşı koyamadığı eylemlere geçmek durumunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceleri hastaya çoğu kez saçma gelir. Bu düşünceler hiçbir zaman eyleme dönüşmese bile, kişinin bu düşünceleri ortaya çıkaran durumlardan sürekli kaçınmasına yol açar. Hastanın ritüelistik olarak yaptığı bu davranışlar günlük yaşamda

aslında olağan olarak yapılan yıkama, düzenleme, kontrol etme gibi davranışların abartılmış, törensel biçimleridir ve kişinin istemi dışında gerçekleşmektedir. Başta obsesyoneel düşünceleri açıklamak için cinsel travmalar üzerinde duran Freud, daha sonra bu düşünceleri bilinçaltı dürtülere karşı verilen savunmaya yönelik psikolojik yanıtlar olarak değerlendirmiştir. Özellikle anne çocuk ilişkisine yönelmiş, tuvalet eğitimi sırasındaki agresyon ve otonomi üzerine dikkat çekmiştir. Psikodinamik kurama göre; OKB preödüpal anal sadistik psikoseksüel gelişim dönemine defansif bir regresyonun sonucudur. Kişide anal sadistik kişilik özelliklerine karşı Obsessif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB) ya da OKB gelişmektedir. Freud obsesyoneel nevrozu açıklarken; gelişimsel süreç içerisinde anal döneme saplanma ve regresyonla beraber yalıtma, yer değiştirme, yapma-bozma gibi bu hastalığa özgü savunma mekanizmaları ve ego ile sadistik süperego arasındaki sadomazoşistik ilişkiden bahsetmiştir. OKB'nin temel belirtileri olan obsesyon ve kompulsiyonlardan bazıları bilinçdışı itkilerin örtük ve çarpıtılmış ikameleri; bazıları süperegonun itkilere karşı tehditleri; bazılarıysa bu ikisi arasındaki çatışmayı ifade ederler(34).

2.1.4.4. Bilişsel davranışçı kuram: Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre ise obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır ve anksiyete oluştururlar. Anksiyeteyi gidermek için yapılan davranışların tekrarlanması kompulsiyonların sürmesine neden olur(13). OKB'li bireylerde gerçek dışı tehdit algısı, anksiyeteye, anksiyete de ritüellere neden olmaktadır. Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre olaydan çok, kişinin bu olayı nasıl algıladığı önemlidir, kişinin kendisi ve dünyaya ilişkin algıları OKB semptomlarını şekillendirir. Uygunsuz erken dönem şemalarının OKB patogenezinde önemli olduğu ve BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi) uygulamalarında -özellikle dirençli olgularda- bunların ele alınması gerektiği söylenmiştir (11).

OKB'de bilişsel teoriye inanış yaygın olmasına rağmen çocuk, ergen ve erişkinleri sistematik olarak değerlendiren çalışma azdır. Bir çalışmada çocukluk çağı OKB'sinde zorlayıcı düşünceler, sıkıntı ve kontrol dışı yaşantıların erişkin ve ergenlik dönemi OKB'sinden daha az olduğu, davranışların sorumluluğunu almanın, önyargı eğitimi ve bastırma yöntemleri ile ilgili düşüncelerin erişkin ve ergenlerde daha sık olduğu belirtilmiştir(35).

2.1.4.5.Davranışçı kuram:Davranışçı görüş; obsesyon ve kompulsiyonları belli sorunları çözmek için bulunmuş ve yineleyen biçimde koşullandırılmış öğrenilmiş davranış örüntüleri olarak kabul eder. Öğrenme ilkelerine göre; obsesyonlar anksiyete oluşturan koşullu uyaranlar, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi gidermek üzere bu uyaranlara cevap olarak yapılan, öğrenilmiş ve anksiyetenin azalmasıyla da zamanla pekiştirilmiş eylemlerdir(28).

Mowrer'in fobik korku oluşumunu açıklayan iki fazlı kuramı korku ve kaçınma davranışının edinilmesi ve devam etmesini açıklamak için OKB gelişimine uyarlanmıştır. Buna göre ilk fazda nötral nesne veya uyaranlar anksiyete ile eşleşir ve koşullanma meydana gelir. Obsesif korkuların da travmatik bir olaya sekonder ortaya çıktığı düşünülse de çoğu hastada koşullanmayı sağlayan travmatik bir olay saptanamamaktadır. İkinci fazda ise obsesif düşünce ya da sıkıntıyı azaltan eylemler (kaçınmalar, ritüeller) hoş gitmeyen bir yaşantıyı sonlandırdıkları için pekiştirilirler ve bu davranışlar benzer durumlarda tekrarlanırlar. Obsesyonda fobilere benzer şekilde basit bir kaçınma davranışı anksiyeteyi azaltmaya genellikle yetmediği için, hasta karmaşık ritüeller geliştirmeye yönelir. Bazen ritüeller de hastaların anksiyetelerini azaltmayabilir. Bunun nedeni hastanın bu kez de kompulsiyonları üzerinde denetim sağlayamaması olabilir(36).

2.1.4.6.Bilişsel model:Genel popülasyonda istenmeyen düşüncelerin nasıl uzaklaştırıldığını inceleyen çalışmalarda OKB'ye ilişkin çıkarımlarda bulunmuştur. Belli bir düşünceyi baskılama çabasının rebound (geri tepme) etkiyle bu düşüncenin zihin daha sık meşgul etmesine yol açtığını ve koşullanma sonucunda da istenmeyen düşünceyi uzaklaştırmak için kullanılan düşünce/imge/edimin bu düşünceyle bağlantılı hale geldiği saptanmıştır. Yazarlara göre, OKB'lilerde de benzer şekilde ilk uzaklaştırma girişimleri işe yaramamakta, istenmeyen düşünce kendisini uzaklaştırmada kullanılan düşünce ya da edimlerle bağlantılar kura kura zamanla bilinç alanında daha fazla yer kaplamaya başlamakta ve çaresiz durumdaki hasta, yine olumsuz bir ritüeli devreye sokarak kısır döngüden kurtulmaya çalışmaktadır. Ancak kısa sürede bu "kurtarıcı" için de aynı şeyler yaşanacağından, kişi mücadeleyi sürekli kaybetmektedir. Tedavi için gerekli koşul, istenmeyen düşünceye geri dönerek onunla hesaplaşmadır, ancak bu tek başına yeterli olmayabilir(37).

Foa ve Kozak'ın geliştirdikleri genel affektif bellek ağı bozuklukları modelinde, nevrotik korkular üç özelliğe sahiptir; tehlike ile ilişkili abartılı tahminler, tehdit edici olayın aşırı olumsuz duygusal yük taşıması ve bu tehditlere aşırı yanıt geliştirilmesi. OKB'li kişiler kendilerini güvende görmezler ve güvende olduklarından emin olmak istemektedirler.(38).

Salkovskis'in geliştirdiği modeldeyse önemli olan, intruzif düşüncelerin kendisi değil, bunların algılanışı ve işlenişindeki problem sonucunda OKB'lilerin başka insanlara yönelik zarar ya da tehlike konusunda kendilerini aşırı sorumlu hissetmeleridir(39).

OKB konusunda özgünlüğü ve sibernetik yaklaşımıyla dikkat çeken Pitman'ın modeline göre; beynin içsel karşılaştırma aygıtındaki bir problem ya da oluşan sürekli hata sinyalleri nedeniyle, algı girdisi ne olursa olsun uygunsuz bir eşleştirme yapılmaktadır. Pitman'ın öne sürdüğü diğer bir varsayımsa;OKB'lilerin kendilerini yoğun algı girdilerinden kurtaramamaları ve dikkatlerinin bir kez yöneltildikten sonra çok zor çelinebilmesidir(40).

2.1.4.7.Beyindeki yapısal değişiklikler:OKB ile ilgili yapılan beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları OKB'nin ortaya çıkmasında biyolojik faktörlerin önemli olduğunu düşündürmüştür.Bazal ganglion hasarının özellikle erken başlangıçlı OKB için önemli olduğu düşünülmektedir. Sydenham koresi, Huntington koresi, Tourette sendromu gibi bazal ganglionun etkilendiği bozukluklarda OKB sıklıkla eşlik etmesi yapısal bozukluk teorisini desteklemektedir(11).

Bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) görüntülerinde ventriküllerde genişleme, kaudat nükleusta küçülme bildirilmiştir. Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında ise bilateral kaudat nükleus ve globus pallidus hacimlerinde azalma, sağ retrokallosum hacminde artma belirlenmiştir(41).Amat ve arkadaşlarının OKB'li çocuklarla yaptığı fonksiyonel MRG incelemelerinde bazal ganglion ve talamusta yoğunluk artışı görüldüğünü bildirmişlerdir(42).Pediatrik OKB hastaları ile yapılan DTI (difüzyon tensör imaging) çalışmasında; beyaz cevher yapılımasında problemler, özellikle singulat korteks ve frontal lobu kortikal ve subkortikal alanlara bağlayan yaygın

ağlarda miyelinizasyon azalması saptanmıştır ve OKB başlangıç yaşının beyaz cevher değişikliklerine aracı olabileceği öne sürülmüştür(11).

Proton manyetik rezonans spektroskopisi çalışmasında OKB tanılı çocuk ve ergenlerin bilateral prefrontal beyaz cevher metabolit düzeylerinde artış görülmüş ve artışın belirti şiddeti ile orantılı olduğu saptanmıştır(43).

Bir fonksiyonel MRG çalışmasında ise; beynin bazı bölgelerinde aktivasyon artışı olduğu, bu durumun yaşa bağlı olduğu ve BDT ile kısmen değiştirilebildiği, anterior singulat korteks işlevinin OKB açısından yatkınlık oluşturabileceği ifade edilmiştir(44).

Çalışmalardan elde edilen bilgilere göre; orbitofrontal beyaz cevher, singulat girus, kaudat nükleus ve globus pallidusun “kortiko-striatal-talamik-kortikal” yoluyla meydana getirerek OKB patolojisinde rol aldığı sonucuna ulaşabiliriz.

2.1.4.8. Nörokimyasal değişiklikler: Seçici serotonin geri alım inhibitörünü yapan antidepresanların (SSRI) belirgin antiobsesyonel etkilerinin görülmesi ile serotonin bu bozuklukta en çok dikkat çeken nörotransmitter olmuştur.

Serotonin geri alım inhibitörleri, sinaptaki nörotransmitter düzeyini artırır. Ancak antiobsesyonel etkinin ilacı kullanmaya başladıktan belirli bir süre sonra ortaya çıktığı görüldükten sonra OKB'deki patolojinin reseptör düzeyinde aşırı duyarlılığın gelişmesiyle ilişkili olduğu ve serotonin geri alım inhibitörlerinin esas iyileştirici etkisinin sinaptik aralıkta serotonin artışı değil, postsinaptik reseptörlerde duyarsızlaşma ve sayıca azalmaya yol açması olduğu düşünülmüştür. Burdan yola çıkarak OKB'de direkt serotonin bozukluğundan çok serotonin dengelenmesi ile ilgili bir sorun olduğu söylenebilir (11).

Birçok çalışmada OKB patolojisinde serotonin disregulasyonunun rol oynadığı gösterilmiş, özellikle bazal ganglionlarda yoğun olarak yer alan 5-HT_{1D} reseptörlerinin OKB ile ilgili olduğu düşünülmüştür (11). Ancak serotonerjik disregulasyonun tek başına OKB nörokimyasını açıklamaya yetmediği, SSRI'lara cevap veren hasta oranlarının %50 civarında olduğu görülmüştür(45).

Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında OKB'lilerde dopamin ve serotoninden zengin bölgelerde tutulum olması, düşük doz dopamin antagonistlerinin belirtilerde düzelmeye sağlaması fakat OKB belirtilerinde şiddetlenmeye de neden olabileceğinin görülmesi etiyolojide dopamin teorisini ortaya çıkartmıştır. Serotonin ve dopaminin ilişkili olması ve birindeki dengenin bozulmasıyla diğersinin de dengesinin bozulması beklenen durumlardır. Ancak esas olarak hangi nörotransmitterle ilgili problem olduğu henüz net olarak bilinmemektedir(11).Serotonin taşıyıcısı geni ile yapılan çalışmalarda OKB ile ilişkili mutasyonlar tanımlanmış olsa da(46, 47)ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da vardır(48).

OKB tanısı olan hastalarda kortizol seviyesinde artma, beyin omurilik sıvısında kortikotropin salıverici faktör (CRF) düzeyindeki yükseklik, beyin omurilik sıvısında arjinin ve vazopressin düzeyleri ile klomipramin tedavisine yanıt arasında negatif ilişki olması, klonidinin α_2 noradrenerjik etki ile OKB semptomlarında iyileşme sağlaması etiyolojide çeşitli nörotransmitter sistemlerinin rol aldığını düşündürmektedir(24, 49).

2.1.4.9.Nöropsikolojik bulgular:OKB'li hastalarda yürütücü işlevler, bellek ve görsel-uzamsal yetilerde bozulmalar mevcuttur (50). Bu bozulmalar davranış inhibisyonu ve strateji oluşturmada yetersizliğe işaret etmektedir. Bazı hastalarda karar verme yetisi korunmuşken, bilişsel esneklikte azalma ve dürtüsellik saptanmıştır (51).

2.1.4.10.İmmünolojik etkenler:Grup A β -hemolitik streptokok (GABHS)enfeksiyonu sonrasında bazal ganglionlara yönelik otoantikolar meydana geldiği, bu durum sonucunda da anormal hareketler ve davranışların geliştiği düşünülmektedir.GABHS enfeksiyonları, sydenham koresi, tikler, OKB ve PANDAS gibi farklı nöropsikiyatrik rahatsızlıklara neden olduğu bildirilmektedir(52, 53).

2.1.5.Komorbidite

OKB sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar ile birlikte görülmektedir. OKB komorbid tanı olmasa bile tedavisinin zor ve işlevselliği önemli ölçüde kısıtlayabilen kronik bir bozuklukken, eş psikiyatrik tanılar tabloyu daha da zorlaştırabilir.Çocuk ve ergenlerle

yapılan çalışmaların sonucunda OKB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluk oranlarının fazla olduğu görülmektedir. Duygudurum bozuklukları hem erişkin hem de çocuk ve ergen grupta en sık komorbid tanıdır(54).OKB tanılı çocuk ve ergen hastaların %66'sında en az bir psikiyatrik komorbid bozukluk bulunmaktadır ve en sık görülen major depresyondur (%29.8)(22). OKB'si olan çocukların büyük çoğunluğunda obsesif-kompulsif belirtilere ek olarak; duygulanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, depresyon, tik bozuklukları ve davranım bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve gelişimsel bozukluklar, somatoform bozukluk, enürezis noktürnagibi belirtiler de bildirilmiştir(55-57).

Yeme bozuklukları da OKB'ye eşlik edebilir.Aneroksiya nervoza tanılı hastalarda beden imajı ve yeme davranışları ile ilgili obsesif düşüncelerin dışında da obsesif kompulsif özelliklerin olduğu ve bunların yeme bozukluğu düzelse de devam ettiği belirtilmiştir(22).OKB olgularında psikoz tanısı oranının 12 kat fazla olduğu ve birlikteliğin işlevselliği ciddi oranda kötüleştirdiği bildirilmiştir(58).

2.1.6.Ayırıcı tanı

Çocukluk dönemi başlangıçlı OKB'de öncelikle döneme özgü normal gelişimsel davranışların hastalık semptomlarından ayırt edilmesi gerekir. Erken çocuklukta başlayıp çoğunlukla 7-8 yaş civarı kaybolan normal ritüeller anksiyeteyi azaltıp sosyalleşmeyi artırırken, OKB'deki törensel davranışlar çoğunlukla sıkıntı verici ve işlevselliği bozan özelliktedir(59). Abartılı batıl inançlar da bazen OKB gibi yorumlanabilir, ancak uzun zaman almaması ve işlevselliğin bozulmaması ayırıcıdır(18).

Pek çok psikiyatrik bozukluğun seyri sırasında ortaya çıkan hoş gitmeyen düşüncelerin de obsesyondan ayrılması önemlidir. Obsesyonların, depresif içerikli tekrarlayıcı düşünceler, aşırı değerlendirilmiş fikirler, hezeyanlar ve patolojik kaygılardan; kompulsiyonların impulsif davranışlardan ayırt edilmesi gerekir(60).

Ayrılık anksiyetesi bozukluğunda kendinin veya bağlanma figürlerinin zarar göreceği korkusu tipiktir, obsesif kompulsif bozuklukta bu düşünce kompulsiyonlarla sonlanmakta iken ayrılma anksiyetesi bozukluğunda bu korkulara kompulsif ritüeller eşlik etmemektedir(61).

Depresyonda olumsuz düşüncelerin saplantı şeklinde sürmesi siktir. Bu hastalarda değersizlik düşünceleri benlikle uyumludur, disforik duygulanım, ilgi ve istekte azalma ve kilo kaybı (ya da iştahta artma ve kilo artışı) ölüm ya da intihar düşünceleri ile depresyonun tüm tabloya egemen olduğu, obsesyon ve kompulsiyonların bazen klinik tabloya eşlik edebildiği görülür. Ancak OKB’li hastalarda bozukluğun seyri sırasında komplikasyon olarak major depresyon gelişebilir, bu durumda hem OKB hem de depresyon tanısı konulmalıdır.

Beden dismorfik bozukluğunda beden ve dış görünüş ile ilgili, fobik bozuklukta korkulan nesne ile ilgili saplantılı düşünceler obsesyon olarak ele alınmaz.

Hipokondriaziste kişi ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesiyle hastalığa tanı konulması için çabalar, ancak OKB’de kişi hastalanmaktan veya hastalık bulaştırmaktan korkar, hastalık bulmak için aşırı uğraşmak yerine hastalıktan korunmak için ritüeller geliştirir.

Yaygın anksiyete bozukluğunda ise, aşırı anksiyete gerçek yaşam olayları (sağlık, aile, iş vb) ile ilgilidir, obsesyonlar çoğunlukla gerçek yaşam olayları ile ilgili değildir(18).

Bazı OKB’lilerde içgörü olmayabilir ya da kısıtlı olabilir. Bu hastalarda obsesyon-sanrı ayırımı zor olabilir, gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş ve obsesyon hezeyan boyutuna ulaşabilir. Obsesyonla hezeyan arasında yer alan durumlarda “iç görüşü az” tanımlaması kullanılmaktadır. Şizofrenideki basmakalıp davranışlar amaçsızdır ve anksiyeteden bağımsızdır, sürekli zihinden geçen sanrısız düşünceler gerçeği çarpık değerlendirmeye bağlı olarak ortaya çıkar. Varsanılıların eşlik etmesi, duygulanımdaki küntlük ya da yüzeysellik, çağrışımlardaki dağınıklık OKB tanısından uzaklaştırır(13, 18, 59).

Yeme bozukluklarında yiyecekler, kalori, egzersiz ve kilo ile ilgili obsesif düşünceler, yiyecekte kaçma, kusma, egzersiz yapma ve kalori hesaplama gibi kompulsif davranışlar görülmekle birlikte, OKB’de beden algısında bozukluk yoktur(62).

Otizm spektrum bozukluklarında da törensel davranışlar görülebilir, fakat bu davranışların anksiyeteden kurtulmakla ilgisi yoktur(63).

Tikler OKB'ye hem sıklıkla eşlik eden hem de karışabilen durumlardır. Tik bozukluğunda tekrarlayan davranışlar, törensel değildir, istemsizdir ve anksiyeteyi gidermek amacıyla yapılmazlar. Tourette bozukluğu çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayan motor ve vokal tiklerle karakterizedir. Klinik tabloda obsesyon ve kompulsiyonlar görülebilir. Tourette bozukluğu ile OKB'nin birlikte bulunduğu olgularda; saldırganlık, cinsellik, simetri obsesyonları ile dokunma, sayma ve biriktirme kompulsiyonları daha sıktır(13).

OKB ve trikotillomani bazen birlikte görülür bazen de birbirlerine benzeyen yönleri nedeniyle karışabilir. Kişi trikotillomanide belirtilerinden yakınmaz, hatta haz alır, bu nedenle genellikle tedavi arayışına girmez ve belirtileri gizleme çabası içindedir, obsesif düşünceler eşlik etmez. Tedavi yanıtı OKB'ye göre kötüdür. OKB daha fazla işlev kaybı yaparken trikotillomanide işlevsellik daha az bozulmuştur(64).

2.1.7.Farmakoterapi

OKB genellikle kronik seyreden ancak tedavi edilebilen bir bozukluktur. OKB için önerilen tedavi yöntemleri; psikoterapötik ve farmakolojik yaklaşımlardır. Farmakoterapi mi, psikoterapötik yöntem mi ya da ikisinin kombine mi edileceği hasta bazında belirlenir (11). Psikoterapötik yaklaşımlar anılara, duygu ve düşüncelere odaklanarak kişinin öğrenme ve değişim konusunda yeni beceriler edinmesini sağlar. OKB'de psikoterapötik yaklaşımlar; davranışçı terapi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikodinamik terapiler, aile terapileri, destekleyici psikoterapiler ve ebeveynlik müdahaleleri şeklinde gruplandırılabilir(65).

Çocukluk çağı OKB farmakoterapisiyle ilgili tecrübeler erişkin hastalara göre azdır. Çocuk ve ergenlerde kullanılan ilaçlar az sayıda olmakla birlikte çalışmalar giderek artmaktadır.

Sertralin ile yapılan bir çalışmada, OKB'li çocuklarda 12 haftanın sonunda %47 tam düzelmeye, %25 ise kısmi iyileşme görülmüştür(66). Diğer serotonin geri alım

inhibitörlerinin de (fluoksetin, sitalopram, paroksetin, fluvoksamin) OKB’de güvenli ve etkili olduğu bildirilmiştir. SSRI’lar, kardiyotoksisite yapmamaları, yüksek dozda bile güvenli olmaları, antikolinerjik yan etkiye neden olmamaları ve sedasyon yapmamaları nedeniyle çocuk ve ergenlerde güvenle kullanılmaktadır(11).

SSRI’ların antiobsesyonel etkileri antidepresanlardan bağımsız olarak daha uzun sürede ve depresyon tedavisinde kullanılan dozdan daha yüksek dozlarda ortaya çıkmaktadır. Antidepresan etki 3-4 haftada görülmeye başlarken antiobsesyonel etkinlik için 16-18 hafta beklemek gerekir(67). İlk SSRI ile direnç görülen olgularda başka bir SSRI’ya ya da klomipramine geçilmesini öneren çalışmalar da vardır(68). Klomipramin çocuk ve ergenler için OKB tedavisinde FDA onaylı trisiklik antidepresandır. SSRI’lara göre daha etkili olduğu bilinmektedir. Klomipramin altın standarttır; ancak yan etkileri nedeniyle ve EKG takibi gerektirdiği için dirençli durumlarda önerilmektedir. Bazı araştırmacılar, yeterli doz ve sürede klomipramin kullanıldıktan sonra dirençli OKB’den söz edilebileceğini savunmaktadır(21).

Bazen tedaviye dirençli olgularda SSRI ve klomipramin yeterli gelmeyebilir. Tedaviyi güçlendirmek amacıyla en sık başvurulan yöntemler; iki SSRI’ın birlikte kullanılması ya da kullanılan SSRI’a kısmi yanıt varsa beraberine klomipramin veya atipik antipsikotik eklenmesidir(68). Augmentasyon amaçlı en sık tercih edilen ilaçlar atipik antipsikotiklerdir. Antipsikotikler OKB’de tek başlarına kullanıldığında yarar sağlamazken SSRI’lara eklendiğinde tedaviye cevabı artırırlar(69). En fazla araştırılan antipsikotik ajan olan risperidonun etkili ve güvenli olduğu bilinmektedir(70). SSRI’a dirençli ve tiklerle ilişkili OKB semptomları olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada; risperidon veya aripiprazol eklenmiş ve ikisinin de iyi tolere edildiği, benzer etkinliğe sahip oldukları ve dirençli hastaların yaklaşık yarısında OKB belirtilerinde etkili oldukları görülmüştür(71). Dirençli olgularda önerilen bir başka yaklaşım ise farmakoterapi ve BDT’nin birlikte uygulanmasıdır. Çocuk ve ergenlerle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada; sertralin, BDT ve ikisinin birlikte uygulandığı hastalar kontrollerle karşılaştırılmış. İkisinin birlikte uygulandığı alt gruptaki olumlu kazanımların anlamlı düzeyde yüksek olduğu, sadece sertralin ya da sadece BDT uygulanan gruplar arasında etkinlik olarak fark görülmezken bu iki alt gruptaki iyileşme plaseboya göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(72).

Parsiyel NMDA agonisti olan ve öğrenme-hafıza üzerine etkisi olduğu bilinen d-sikloserin de OKB olgularında denenip plasebodan farksız bulunsa da BDT'den hızlı cevap istendiği olgularda d-sikloserin eklenmesinin avantaj sağlayabileceği düşünülmüştür(73).

2.1.8.Prognoz

İzlem çalışmaları göstermiştir ki; OKB tedaviye yanıt vermekte; ancak belirtilerde alevlenme ve hafifleme dönemleri ile seyreden kronik gidişli bir bozukluktur.

Olguların bir buçuk-beş yıl arasında takip edildiği diğer bir araştırmada, OKB'un üçte bir oranında epizodik gidiş gösterdiği, geri kalanlarında ise süreğenleştiği bildirilmiştir(74).

Tik bozukluğu ve major depresyon gibi eş tanıların varlığı, ebeveynlerde eksen-I tanılarının bulunması, başlangıç yaşının erken olması, içgörünün olmaması, cinsel ve dini obsesyonların olması kötü prognoza işaret eder. Şiddetli OKB, erken başlangıç yaşı, depresyon komorbiditesi, cinsel obsesyonlar, yıkama kompulsiyonları ise SSRI'a cevapsızlık yordayıcıları olarak belirtilmiştir. Ayrıca pediatrik OKB'lilerde ince motor ve uzamsal becerilerde performans düşüklüğünün hastalığın erişkin yaşamda devamı ile ilgili bulan ve bu iki kavramın kalıcı gidiş için belirteç olarak önerildiği çalışmalar mevcuttur(11).

Yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre çocuk ve ergenlerdeki OKB gidişi; aile bireylerinin belirtilere katılım düzeyinden, zihinsel kompulsiyonların ve biriktirmesemptomlarının varlığından ve tedavisiz geçen sürenin uzunluğundan etkilenebilir(75).

2.2.Bağlanma

2.2.1.Bağlanma kuramı

Bağlanma kuramı insanların kendileri için önemli olan kişilerle güçlü duygusal bağlar kurma eğilimini ve bu eğilimin nedenlerini açıklayan bir yaklaşımdır. Bağlanma; başta bebeğin temel ihtiyaçlarının giderilmesini, bağlanılan kişiye olumlu tepkiler verilmesini, kaygı ya da korku durumlarında o kişiye ihtiyaç duyulmasını, bağlanılan kişinin varlığının eş zamanlı olarak rahatlamaya yol açmasını kapsayan ve yaşamdaki ilk deneyimleri kapsayacak şekilde bireylerin primer bakımvereni (genellikle anne) ile kurduğu ilişkidir. Bağlanma kuramının temelleri John Bowlby tarafından 1950'lerde atılmıştır. Kurum bakımındaki çocukların bakıcıları tarafından bakımlarının sağlanmasına rağmen kaygılı ve huzursuz olmaları Bowlby'nin bağlanma kuramının oluşumunu sağlamıştır(2, 76).

7. aydan sonra yakınlık kuracağı kimseyi seçen bebek yokluğunda da sıkıntı duyabileceği bir tek kişiye yönelir. Bu kişi kuram da bağlanma figürü olarak adlandırılır(77). Bağlanma figürünün (genellikle annedir) *yakınlık sağlama, keşif üssü* ve *güvenli bir sığınak olma* şeklinde üç temel işlevi vardır. Figür (anne), bebeğin dış dünyayı inceleyebileceği ve kendini tehlikede hissettiğinde geri dönebileceği güvenli bir sığınak görevi görür(78). Böylece çocuk hem gelebilecek tehlikelerden korunmuş olur hem de bu durum çocuğun çevreyi keşfetmesini sağlar. Bowlby'e göre yaşamın ilk yıllarında şekillenen bağlanma ilişkisi o dönemde bebeğin ağlama, temas, emme, şefkat gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması ve herhangi bir tehlike/tehdit anında kendisini güvende hissetmesi ile oluşmaktadır. Bu koşullar sağlandığında güvenli bağın ilk adımları da atılmış olur. Bu adımları bakım verenin tutarlılığı, tepkiselliği, ulaşılabilirliği ve bebeğin bunları nasıl anlamlandırdığı belirler(76, 79, 80).

Bağlanma ilişkisi bellekte -Bowlby'nin kavramsallaştırmasıyla-"içsel çalışan modeller" oluşturur. İçsel çalışan modeller bireylerin kendilerine ve diğerlerine ilişkin oluşturduğu içsel temsillerdir. Bu temsiller iki boyutta oluşmaktadır. Birincisi kişinin kendisi ile kurduğu bağ yani "kendilik modelleri"; ikincisi ise diğerleri ile kurduğu bağ yani "başkaları modelleri". Bu modeller kişilerarası etkileşim örüntüleri için kazanılırlar ve "kendilik modelleri" ile "başkaları modelleri" birbirlerini tamamlarlar(81).Bebeklik döneminde oluşan bu modellerin yetişkin ilişkilerinde de bir prototip olarak kullanıldığı

ve yetişkinlerin bu prototip doğrultusunda ilişkilerini yapılandırdıkları belirtilmektedir(82).

Bakım verenle sıcak ve tutarlı deneyimleri olan bebekler güvenli bağlanırlar; güvenli bağ kuran bebeklerin hayat boyu kendilerini sevmeye değer ve özsaygılı bireyler olarak algılaması olumlu kendilik modeli oluşturmasını sağlar. Bunun yanı sıra diğer insanlarla kurdukları ilişkilerinde, insanları ulaşılabilir, güvenilir, tutarlı ve destekleyici olarak algılama eğilimindedirler, böylece olumlu başkaları modeli geliştirirler. Diğer yandan bakım verenle soğuk ve reddedici deneyimleri olan ihtiyaçları karşılanmayan bebekler ise; soğuk, uzak ve güvensiz bir bağlanma örüntüsüne sahip olur, kendilerine dair, sevilmez ve yetersiz oldukları yönünde olumsuz benlik temsilleri geliştirirken, diğerlerini de olumsuz değerlendirerek güvenilmez ve uzak bulurlar, olumsuz başkaları modelini geliştirirler (83).

Böylece benlik ve başkaları modelleri oluşmuş olur. Görüldüğü gibi içsel çalışan modeller kişinin hem kendi hem de başkalarının davranışlarının yorumlamasını etkilemektedir. Erken yaşlardaki bağlanma yaşantılarıyla oluşan zihinsel modeller, kişinin hem kendine yönelik beklenti, inanç, duygu ve özsaygısını hem de başkalarına yönelik güven ve sosyal ilişkilerde hissedilen rahatlık düzeylerini etkiler(77). Bu modeller ayrıca çocukluktan ergenliğe kadar sürekli olarak pekiştirilir. Her yeni yaşantı mevcut inançlara (içsel çalışan modele) yeni kanıtlar sağlar. Yetişkinlik dönemindeki kişilerarası ilişkilerde de prototip olarak kullanılır. İlerleyen zamanlarda ise katılarak değişime direnç gösterir(84). Çocuk ve anne-baba özellikleri dışında genetik, kardeş ilişkileri ve yaşam koşullarının da bağlanma üzerinde etkili olduğu kabul edilir(85).

Bowlby'den sonra bağlanma kuramına önemli katkılar sağlayan Ainsworth, kişiliğin yapısını merak ederek çalışmalarına başlamış ve çocukların dünyaya ilişkin bilgi edinip problem çözme mekanizmalarının gelişmesinin kendilerine güvenmelerini sağladığını, bunun da bağımsız bir "güvende olma" duygusu geliştirdiğini ifade etmiştir. Erken dönemlerde ise "güvende olma" ihtiyacı bakım verenin ya da annenin ulaşılabilir olmasına bağlanmıştır(86).Ainsworth anne bebek bağlanmasının temelini ise "bakım sistemine" dayalı olduğunu ileri sürmüştür. Bu ilişkiyi deneysel olarak göstermeye çalışmış ve "yabancı ortam" deneyini yapmıştır. Laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonrasında annesi ile buluşturulan çocukların tepkilerini inceleyerek bağlanma

örüntülerini değerlendirmiştir. Bu araştırmalar sonucunda çocukların ayrılma, yeniden birleşme ve yabancıyla yalnız kalma durumlarındaki tepkilerini göz önüne alarak çocukluk döneminde oluşan üç tip bağlanma biçiminden söz edilmiştir. Bunlardan biri güvenli bağlanma ikisi ise güvensiz bağlanma (kaygılı-kararsız ve kaçınmacı) biçimidir.

2.2.2.Bağlanmanın nörobivolojisi

‘Anne’ beyni daha fazla bakım verme için hazırlanmıştır. Limbik sistem gelişirken dişilerin beyni bebeğın stresli çağrılarına daha fazla duyarlılık göstermek, çocuklarla daha yakın ilişki içinde olmak ve daha çok oyun oynamak üzere yapılanmaktadır(87).Annelerin babalardan daha fazla bebekle ilgilenmelerinin ve daha doğal bakım verme davranışı sergileyebilmelerinin temelinde kültürel ve sosyal nedenlerle birlikte nörobiyolojik farklılıklar da yatmaktadır(88). Çeşitli çalışmalar bağlanmada en önemli beyin bölgelerinin amigdala, septal alan ve singulat korteks olduğunugöstermiştir(89).

Canlılardaki bakım verme davranışı, bazı nörokimyasal maddelerin etkisinde gelişmektedir(88). Bu maddelerin öncülü; annelik davranışını düzenleyen vasotosindir. Memelilerde annelik, bakım verme, çocuğu koruma ve cinsellik gibi davranışlarda etkili olan vasopressin ve oksitosin tek bir aminoasit değişimi ile vasotosin maddesinden türemektedir(90). Vazopressin ve oksitosin erkek ve dişi beyinde farklı davranış biçimlerine neden olmaktadır. Oksitosin, vazopressine göre daha çok dişilerin cinsel ve sosyal davranışlarında etkiliyken; vasopressin erkek cinsel davranışında daha fazla etkili olup çoğunlukla saldırganlıkla ilişkilendirilmiştir(87, 91). Oksitosin, babaların çocuklarına karşı daha az saldırgan ve destekleyici olmasını sağlar. Vasopressinise; annelik davranışının daha saldırgan yanı ile bağlantılıdır; bu durum annenin çocuğunu kötülükten korumasına yardımcı olması olarak açıklanabilmektedir. Oksitosin özellikle ilk doğumda maternal bağlanmanınbaşlaması için gereklidir, ilk doğumdan sonraki doğumlarda ise artık oksitosin gerekmeksizin annelik davranışı sürmektedir.

Araştırma bulguları bağlanmanın sadece bebeklik dönemine özgü olmadığını hem çocukluk hem ergenlik hem de yetişkinliğe özgü bir durum olduğunu göstermektedir. Bebeklik dönemindeki bağlanma biçimlerinin yetişkinlikte kurulan duygusal bağları ve yetişkinlikte görülen kaygı, öfke, depresyon gibi psikolojik hastalıkları etkilediği ayrıca benlik ve kişilik gelişiminde önemli olduğu bilinmektedir (92). Güvenli bağlanan

çocuklar gelişimin ileriki aşamalarında stresli durumlarla daha iyi baş edebilmekte, akranları, arkadaşları ve öğretmenleri ile daha iyi ilişkiler kurabilmekte bu nedenle gelişimsel açıdan daha avantajlı bir konumda değerlendirilmektedir (82).

Burada, bağlanma kuramı kapsamında yetişkin bağlanma stilleri ile ilgili yapılan çalışmalardan bahsedilecek ve bağlanma stilleri hakkında bilgi verilecektir.

2.2.3.Bağlanma stilleri

Yetişkin ilişkilerini bağlanma kuramı bağlamında inceleyen önemli çalışmalardan biri Hazan ve Shaver tarafından yapılmıştır(93).Araştırmacılar romantik ilişkilerin de bir bağlanma süreci olarak kavramsallaştırılabileceğini öne sürmüş ve yaşamın erken dönemlerindeki deneyimlerin süregelen etkilerini baz alarak Ainsworth ve arkadaşlarının bebeklik için tanımladığı bağlanma biçimlerinin yetişkin romantik ilişkileri için de tanımlanabileceğini savunmuşlardır.

Bu doğrultuda yaptıkları çalışmanın bulguları ise, bekledikleri gibi, bebeklikteki üç çeşit bağlanma biçiminin yetişkinlere de uyarlanabilir olduğunu göstermiş ve dolayısıyla, yetişkinler için üçlü bağlanma modelini ortaya koymuştur.

Hazan ve Shaver'in çalışması bebeklikteki bağlanma biçimleriyle yakın ilişkilerdeki bağlanma biçimleri arasında bağ kurulabileceğini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Güvenli bağlanan çocuklar yakınlığı koruma, rahatlık arama ve kendini güvende hissederek çevreyi keşfetme açısından kuramın öngördüğü şekilde davranırlar. Bakım vereni güvenli bir üs olarak görürler ve onlardan ayrıldıklarında geri geleceklerini bilirler. Deney ortamında bakıcıları ile birlikteyken istekli olarak ortamı araştırırlar. Bakım verenden ayrıldıktan sonra huzursuz olurlar, kısa süreli bir stres yaşarlar ancak annenin odada olmadığı zamanlarda çevre ile ilgilenmeye ve oyuncaklarla oynamaya devam ederler. Bakım veren geri döndüğünde rahatlar ve aktif olarak ona yönelirler. Güvenli bağlanmanın gelişebilmesi için çocuğun tutarlı ve ihtiyacı olduğunda yanında olan bir bakım verene ihtiyacı vardır.

Kaygılı-kararsız bağlanan çocuklar bakım vereninden ayrıldıktan sonra bakım verenin geri geleceğinden emin olmayan ve ayrılık sürecinden sonra sakinleşmekte zorlanan çocuklardır. Deney sırasında bakım veren uzakta, ulaşılamaz olduğunda çok yoğun bir kaygı, gerilim ve kızgınlık yaşarlar ve yabancı ile iletişimi reddederler. Anne odaya geldiğinde anneye yeniden birleşmenin ardından kolayca sakinleşemezler ve çevreyi keşfetmeye çalışmaktansa annelerine sıkıca sarılıp birlikte olmak isterler. Bu bağlanma biçiminin gelişmesi, bakım verenin tutarsız tepkiler vermesi ve ayrılığı bir tehdit amaçlı kullanıyor olmasıyla ilişkilidir. Bu gruptaki çocukların bakım verenlerine bir yandan yakınlık isterken bir yandan da kızgınlık, gerginlik, kaygı ve direnç tepkilerinde bulunduğu ifade edilir.

Kaçınmacı bağlanan çocuklar anneleri yanlarındayken çevreyi rahatlıkla keşfederler, oyuncaklarıyla oynarlar, ancak anne odadan ayrılınca tepki vermezler ve huzursuz olmazlar. Deney sırasında odadaki yabancı ile ilişki kurmaktan da kaçınarak oyuncaklarla oynarlar. Anne tekrar geldiğinde de anneye temas kurmaktan kaçınırlar, ona ilgisiz davranırlar ve oyuncaklarıyla oynamaya devam ederek dikkatlerini çevreye verirler. Bu bağlanma şeklinin gelişmesi ise, bakım verenin çocuğun duygusal ya da fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaması ile ilişkilidir. Bu çocuklar tutarlı bir şekilde reddedilirler, annelerine karşı güven hissetmezler. Ainsworth ve ark. tarafından yapılan bu üçlü sınıflandırmaya daha sonra dezorganize bağlanma stili eklenmiştir. Dezorganize bağlanma görülen bebekler yapılan Yabancı Durum Testi'nde üç gruptan herhangi birine girmezler ve kaçınan ve kararsız davranışları bir arada gösterirler(2).

Hazan ve Shaver tarafından sunulan üçlü bağlanma modeli bebeklikteki bağlanma biçimleriyle kavramsal bir bağ kurması ve erken dönem deneyimlerinin yetişkinlik üzerindeki kalıcı etkilerini göstermesi açısından önem taşımaktadır. Bununla birlikte, Bartholomew ve Horowitz yetişkinlerin bağlanma biçimlerini dört grup olarak açıklamaktadır (94). Bu bağlamda, sıradaki bölümde bu dörtlü bağlanma modeli tanıtılacak ve modeller arasındaki benzerlik ve farklılıklar tartışılacaktır.

Bartholomew ve Horowitz, Bowlby'nin bağlanma biçimlerinin benlik ve başkaları ile ilgili içsel çalışan modelleri yansıttığı görüşünden yola çıkmış ve yetişkinlerde dört bağlanma biçimi olduğunu öne sürerek "Dörtlü Bağlanma Modeli"ni ortaya

koymuşlardır. Bu modele göre bağlanma biçimi “benlik modeli” ve “başkaları modeli” olmak üzere iki boyut üzerinde şekillenen bir yapıya sahiptir. Her bir boyut (hem benlik hem de başkaları boyutu) ise olumlu ve olumsuz olmak üzere ikiye ayrılır. Dolayısıyla, kişinin hem benlik modeli (kendini sevmeye, onaylanmaya değerli görüp görmediği) hem de başkaları modeli (başkalarını güvenilir ve ulaşılabilir görmesi ya da zıt olarak güvenilmez ve reddedici olarak algılaması) iki kutuplu düşünüldüğünde ortaya dörtlü bir kavramsallaştırma çıkar. Bu modele göre bir kişinin hem benlik hem de başkaları modeli olumluysa o kişi güvenli bağlanma geliştirmiştir. Olumsuz benlik ve olumlu başkaları modeli saplantılı bağlanma biçimini yansıtırken, olumlu benlik olumsuz başkaları modeli kayıtsız-kaçıncı bağlanma biçimini tanımlar. Son olarak ise, hem benlik hem de başkaları modeli olumsuzsa o kişinin bağlanma biçimi korkulu kaçınmacı olarak nitelendirilir (Bkz. Şekil 1).

		Benlik Modeli	
		Olumlu	Olumsuz
Başkaları Modeli	Olumlu	GÜVENLİ	SAPLANTILI
	Olumsuz	KAYITSIZ- KAÇINMACI	KORKULU-KAÇINMACI

Şekil 1. Bartholomew ve Horowitz'in Dörtlü Bağlanma Modeli

Bu dörtlü bağlanma modeli de kaçınmacı bağlanma biçiminin kayıtsız-kaçınmacı ve korkulu-kaçınmacı olarak iki farklı grupta ele alınması bakımından Hazan ve Shaver'in üçlü bağlanma modelinden farklılaşmaktadır. Hazan ve Shaver'in üçlü bağlanma modeli ile Bartholomew ve Horowitz'in dörtlü bağlanma modeli arasında anlamlı ilişkiler de bulunmuştur(95). Güvenli bağlanma sergileyen gruplar birbiriyle eşleşirken; dörtlü bağlanma grubundaki saplantılı bağlanma biçimi üçlü modeldeki kaygılı/kararsız grupla, korkulu bağlanma biçimi ise üçlü modeldeki kaygılı/kaçınan grupla eşleşmiştir. Bununla birlikte, kayıtsız bağlanma biçimi sergileyen grup için tam bir eşleşme görülmemiştir.

Brennan, Clarck ve Shaver ise sıklıkla kullanılan bağlanma ölçeklerinin maddelerini geniş bir örnekleme uygulamış ve maddelere faktör analizi yapmışlardır. Bu çalışmanın sonunda ise ilişkilerin kaygı (yakın ilişki kurmaya yönelik kaygı, reddedilmekten ve terk edilmekten korkma) ve kaçınma (yakınlıktan kaçınma, yakınlık ve bağılılıktan korkma) olmak üzere iki boyutu olduğunu ileri sürmüş ve kaygı ve kaçınma boyutlarına göre dört yetişkin bağlanma biçimi ortaya koymuşlardır. Kaygı ve kaçınması düşük düzeyde olan kişiler güvenli, yüksek düzeydekiler korkulu, kaygı düzeyi yüksek kaçınma düzeyinin düşük olduğu bireyler saplantılı ve kaygı düzeyi düşük kaçınma düzeyi yüksek olan bireyler ise kayıtsız bağlanma biçimiyle tanımlanmıştır (Bkz. Şekil 2) (96).

		Kaçınma (Başkaları Modeli)	
		Düşük (Olumlu)	Yüksek (Olumsuz)
Kaygı (Benlik Modeli)	Düşük (Olumlu)	GÜVENLİ	KAYITSIZ
	Yüksek (Olumsuz)	SAPLANTILI	KORKULU

Şekil 2. Brennan, Clarck ve Shaver'in Bağlanma Modeli

2.2.4. Bağlanma ve OKB

Alan yazında, özellikle bağlanma ve duygu düzenleme kavramları ile yapılmış olan çalışmalarda, OKB'ye özgül olarak çok fazla odaklanılmamıştır. Vatan'ın çalışmasında bağlanma özellikleri kaygı ve kaçınma boyutları açısından, obsesif inançlar

sorumluluk/tehdit algısı, mükemmeliyetçilik/kesinlik ihtiyacı, düşüncenin/kontrolün önemi boyutları açısından OKB belirtileri olmayan grup ile OKB tanısı olanlar karşılaştırılmış; obsesif inançlar açısından klinik örneklemin mükemmeliyetçilik ve kesinlik ihtiyaçları, sorumluluk inançları, tehdit algıları, düşünceye ve kontrole verdikleri önem düzeyi klinik olmayan örneklemden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan klinik ve klinik olmayan grup arasında duygusal sıkıntı yaşadığında amaç yönelimli davranışları sürdürmemeye, duygusal sıkıntı yaşadığında dürtü kontrolünde zorlanma açısından anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür (4).

Bağlanma ile OKB arasındaki ilişkide; içsel çalışan modellerde benlik ve diğerine yönelik olumsuz inançların OKB için bilişsel yatkınlık faktörlerine katkıda bulunabileceği belirtilmektedir(5).

OKB’de bağlanmanın kaygı boyutunun ayrıştırıcı özelliğinin dikkat çektiği söylenebilir. Bağlanmanın kaygı boyutu açısından düşünüldüğünde yeni yaşantılar benliğe ilişkin sürekli var olan kaygının besleyicileri olabilir. Güvensiz bağlanma özellikleri olan kişiler güvenli alanın zedenlenmiş olması sebebiyle dünyayı tehlikeli algılamaktadır. Ancak güvensiz bağlanmanın kaygı boyutu ve kaçınma boyutları arasında bu konuda önemli bir farklılık olabileceği düşünülmektedir. Kaygı boyutu yüksek kişiler söz konusu tehlikeleri kontrol edebileceklerini düşündüklerinden kontrol ve değişimleme çabasına girmektedirler(97).Bu çabalarında bağlanma figürünün değişken olması ana etkenler içerisinde yer almaktadır. Dolayısı ile erken dönemdeki yaşantılarda ‘çabalarsa değişimi sağlayabileceği’ algısı gelişmektedir. Oysaki kaçınan boyutu yüksek kişilerin erken dönem yaşantılarında bağlanma figürü ulaşılmaz veya yoktur. Dolayısı ile ‘ne yaparsa yapsın değişimi sağlayamayacağı’ algısı oluşmaktadır. OKB’yi kaygı bozukluklarından ayıran en önemli özelliğın tehlikenin kontrol edilmesi gerektiği ve yeteri kadar çabalanırsa kontrol edilebileceği inancı olduğu düşünülmektedir. DSM-5’te ayrı bir bozukluk olarak ele alınmadan önce de DSM-IV’te kaygı bozuklukları içerisinde yer almasına rağmen OKB bu özelliği ile diğerlerinden farklılaşmaktaydı. Diğer bozukluklarda kaygıya veya kaygı yaratan uyarıcılara teslimiyet söz konusu olabileceken, OKB’de kaygı veya kaygı yaratan durumlarla ilgili düşünsel veya davranışsal bir değişimleme, kontrol çabasının varlığı dikkat çekmektedir. Dolayısıyla, kaygı bozuklukları ve OKB arasında “tehlike ve kaygı” kavramlarının ortak olduğu ancak bu kavramlarla baş etme biçimi olarak kaygı bozukluklarında genel olarak ve daha çok teslimiyetten, OKB’de ise kontrol çabasında söz edebiliriz.

Bu açıdan, ilerleyen çalışmalarda bağlanmanın kaygı ve kaçınma özelliklerine ait niteliksel verilerin DSM-5'te ayrı bir bozukluk olarak anılan OKB'nin diğer kaygı bozukluklarından ayrıştığı alan yazını da güçlendireceği düşünülmektedir.

Bulgular dikkate alındığında özellikle bağlanmanın kaygı boyutunun obsesif inançlar aracılığı ile obsesif kompulsif belirtilere yol açabileceği düşünülebilir. Güvensiz bağlanmada bağlanma sistemi birincil görevlerinden olan koruma işlevini yerine getirmemektedir(76). Dolayısı ile kişide dünyanın tehlikeli bir yer olduğu, beklenmeyen ve öngörülmeleyen tehlikeler içerdiği, tehlikeler karşısında güvenli bir sığınaktan yoksun olduğu ile ilgili inançlar oluşabilmektedir. Bu inançların aşırı tehdit öngörüsünün altında yatabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte bağlanmanın kaygı boyutu olumsuz benlik algıları ile birlikte kişinin tehditlerin ortaya çıkmasında ve önlenmesinde kendisine daha fazla yüklenmesini, bu konularda kendisini daha fazla sorumlu algılamasını, bunlarla baş etmek için belirsizlikten uzak olması ve en iyisi olması gerektiği gibi inançların gelişmesini de etkileyebilir. Dolayısı ile bağlanmanın kaygı boyutunda birincil görevler yerine getirilemediğinden kişi sistemi sürdürmek için ikincil stratejilerden yüksek aktivasyonu gösterebilmektedir(98). Böylece yüksek aktivasyonun sürekli tetikte olmayı beraberinde getirmesi ve obsesif inançları artırması aracılığı ile obsesif-kompulsif belirtileri artırdığı söylenebilir. Yüksek sorumluluk, tehdit algısı ve standartlar, ayrıca düşüncelerin ve kontrolün aşırı önemsenmesi gibi inançların bağlanma sistemindeki yüksek aktivasyonla yakından ilişkili oldukları düşünülmektedir. Söz konusu yüksek aktivasyon özelliğinin ayrıca sürekli bir çaba ve uğraş içermesi özelliğinin girici düşüncelerin obsesyona dönüşmesinde ve kompulsiyonların ortaya çıkmasında da etkin olabilecekleri akla gelmektedir. Bağlanma boyutlarının obsesif kompulsif belirtileri yordadığı, bununla birlikte bağlanma boyutları ile bu belirtiler arasında obsesif inançların aracı role sahip oldukları görülmektedir(99).

Sonuç olarak; bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, bağlanmanın obsesif kompulsif bozuklukta önemli bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte OKB'nin tedavisinde duygular, bilişler ve kompulsif ya da kaçınma davranışları ele alınırken bağlanma temelli yaklaşımların önemli katkıları olabileceği ön görülmektedir. Bu açıdan güvenli terapötik işbirliği içerisinde bağlanma öyküsünün ele alınması ve belirtilerle, özellikle duygu düzenlemede yaşanan zorluklarla bağlarının kurulması hedeflenebilir(4).

2.3. Yeme Bozuklukları

2.3.1. Giriş

Yeme bozuklukları; temel olarak yeme tutum ve davranışlarında bozulma ile karakterize, beraberinde kişinin yiyeceklerle ilgili aşırı uğraşı ve vücut ağırlığı ile ilgili yoğun kaygılarının görüldüğü bir bozukluktur(100).

DSM-5'te tanımlanan yeme bozuklukları; Pika, Ruminasyon Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Anoreksiya Nervosa, Bulimiya Nervosa ve Tıkanırcasına Yeme Bozukluğudur (18).

Ergenlik döneminde en çok üzerinde durulan ve en çok araştırılan yeme bozuklukları Anoreksiya Nervosa (AN) ve Bulimia Nervosa (BN)'dir. Anoreksiya nervosa, boya ve yaşa göre olması beklenen en düşük veya bunun üzerindeki vücut ağırlığına sahip olmayı reddetme, kilo almayla ilgili aşırı kaygı duyma ve beden imgesinde bozuklukla karakterizedir. Bulimiya nervosa ise; tekrarlayan zaman aralıkları içerisinde aşırı yemek yeme ve sonrasında kusma, aşırı egzersiz yapma, laksatif ve diüretik kullanma gibi kompanse edici davranışlarla seyrederek. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu'nda (TYB) ise; aç olunmasa bile kısa zamanda çok fazla yemek yeme davranışı görülür(18).

İçgörü anoreksiya ve bulimiya arasındaki en önemli farklılıklardan biridir. Bulimikler çoğu zaman bir şeylerin yanlış gittiğini bilir, ancak anorektikler davranışlarının anormal olduğunu kabul etmek istemezler. Anorektikler belirgin bir şekilde aşırı zayıf iken bulimikler genellikle normal veya normalin çok az altında bir kilodadırlar. Diğer bir önemli fark da; bulimikler davranışlarından dolayı utanç duyarken anorektikler yediklerini ve kilolarını kontrol etmelerinden dolayı kendileri ile gurur duymaktadırlar(101).

Yeme bozukluklarının yaygınlık oranlarının toplumdan topluma değiştiği, sanayileşme, kentsel yaşam, beslenme alışkanlıklarındaki farklılıklar, medya etkisi ve kültürler arası haberleşme ve etkileşimlerin kolaylaşması gibi nedenlerle batı ve doğu toplumları arasında yaygınlık oranlarının farklı olduğu bildirilmektedir(102). AN sıklığının 70'li yıllara kadar arttığı ve 90'lı yıllarda daha dengeli bir seyir gösterdiği saptanmıştır. Yakın tarihli bir çalışmada yaşam boyu yaygınlık oranları AN için %0.6, BN için %1 ve TYB içinse %3 olarak belirtilmiştir (103).

Literatürde cinsiyet farkları ile ilgili sosyokültürel açıklamalar yapılmıştır. Örneğin, zayıflık ve güzellik kadını ifade ederken, güçlü-kuvvetli olmak erkeğe atfetmektedir. Güzellik kavramının zayıflıkla özdeşleştirilmesinde medyanın önemli payı vardır. Medya elemanları aracılığıyla sunulan ideal vücut tasarımları nedeniyle, bununla ilgili bilişsel çarpıklıkların olduğu, düşünce süreçlerinin bozulduğu ve kilo alma korkusunun yaygınlaştığı, bunların sonucu olarak da yeme bozukluğu oranlarında artış olduğu düşünölmektedir. Yakın tarihli çalışmalarda özellikle lise ve üniversite öğrencileri yeme bozukluğu açısından en yüksek risk taşıyan gruplar olarak değerlendirilmekte ve yeme bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle bu yaş grubunu kapsamaktadır(3).

Anoreksiya nervoza orta-geç ergenlikte (14-18yaş) ortaya çıkar, ancak son yıllarda başlangıç yaşının daha erken yaşlara indiği bildirilmektedir. Ergenlik öncesi ya da erken ergenlikte başlayan anoreksiya daha kötü gidişe sahiptir. Bulimia nervozanın ise daha geç yaşlarda başladığı ve genellikle 14-22 yaşlar arasındaki kadınlarda daha yüksek oranda göröldüğü bilinmektedir. Çocukluk ağı obezitesi ve erken puberte bulimia için risk teşkil etmektedir (104).Ergenlerin yaşam biçimlerinin şekillenmeye başladığı 15-17 yaş aralığı, birçok alışkanlık gibi yeme alışkanlıklarının da oluşmaya başladığı zaman dilimi olarak kabul edilir. Bu süreçte ergenlerin yeme alışkanlıklarını etkileyen pek çok faktör vardır. Yeme bozukluklarının temelinde; ailevi problemler, ebeveyn-ocuk ilişkisi, düşük benlik saygısı, ailede yeme bozukluğu öyküsünün olması ve ergen için model oluşturması, obezite, vücut ağırlığı ve yiyeceklerle ilgili kaygılar, ergenliğe geçiş problemleri, cinselliğin kabulü, sosyokültürel etkiler, cinsel travma öyküsü, biyolojik ve genetik nedenler gibi yaklaşımlar ele alınmaktadır. Ayrıcaduygu durum bozuklukları, alkol madde bağımlılığı, obsesif-kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik durumlar da yeme bozuklukları için risk faktörü olarak belirtilmiştir (105).Yeme bozuklukları etiyolojisiyle

ilgili yapılan çalışmalarda aile işlevselliği, bağlanma stilleri, çocuk yetiştirme modelleri gibi değişkenler de sıklıkla araştırılmıştır(106).

Bu konuda aile yapısının incelendiği çalışmalar temel olarak psikodinamik açıklamalara yer vermektedir. Bireyin kişiliğinin şekillenmesinde büyük önem taşıyan anne-bebek bağlanması ve bağlanma-ayırışma-bireyselleşme süreçleri de ailesel faktörler kapsamında değerlendirilir.

Yeme bozukluklarının ortaya çıkması ve sürdürülmesinde aile dinamiklerinin incelendiği bir çalışmada yeme bozukluğu olan bireylerin kişilik örüntülerinin yanısıra ebeveynlerinin de kişilik yapıları incelenmiş; ebeveynlerin kişilik özellikleri kızlarının kişilik özellikleri ve psikopatolojileri ile doğrudan ilişkili olarak görülmüştür. Yeme bozukluğu olan kişilerin yüksek oranda zarardan kaçınma ve düşük oranda kendini yönetebilme özelliklerine sahip olduğu söylenmiştir. Bulimiklerin anneleri ve anorektiklerin babalarında da kendini yönetebilme becerileri düşük bulunmuştur. Bu sonuçlara göre kişilik örgütlenmesinde bozukluk olan ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji riskinin yüksek olduğu söylenebilir. Bu noktada bağlanma kuramı açısından bakarsak; ruhen sağlıklı olmayan ebeveynlerin çocuklarıyla kurduğu ilişkiler de sağlıklı olacak, çocuğun duygusal ve fiziksel ihtiyaçları uygun şekilde giderilemeyecektir. Bu nedenle ebeveyn-bebek arasında sağlıklı bir bağlanma gelişmeyecek ve birey yetişkinlikte de yakın ilişkilerinde güvensiz bağlar kuracaktır. Kişiliğimizin bir parçası olan bilişlerimizin de yeme bozukluğu ve diğer pek çok psikopatoloji gelişiminde etkisi olduğu düşünülür. Kişiliğin incelendiği kuramsal yaklaşımlarda; kilo almayla alakalı korkuların temelinde yetersizlik düşüncesi ve mükemmeliyetçiliğin olduğu ve bunların da kişiyi dış görünümüyle ilgili uğraşlara yönlendirdiği düşünülmektedir(107).

Kendilik psikolojisi yaklaşımına göre; yeme bozukluklarında temel problem çocuk-yiyecek ilişkisi değildir. Çocuk doğumdan itibaren yiyecek veren bir kişiye ihtiyaç duymaktadır ve yiyeceğin empatik bir yaklaşımla verilmesi önemlidir. Kendilik nesnesinin oluşum sürecindeki aksaklıklar kişilerin benlik saygısı, uyum sağlama gibi işlevlerini engellemektedir. Primer bakım verenin (çoğunlukla anne) empati duyarak yaklaşmadığı durumlarda çocuğun kendilik gelişimi uygun biçimde bütünlük kazanamaz ve kişi dışarıdan bağlayıcı bir nesne desteği bulamadığı zaman kendini çaresiz, boşlukta ve kontrolünü kaybetmiş hisseder. Sonuçta kişi kendilik işlevlerinin düzenlenmesini

yeme ve kilosunu kontrol ederek sağlamaya çalışır. Sağlıklı anne-çocuk ilişkileri ve güvenli bağlanma ise kendilik nesnelерinin gelişimini de olumlulaştıracaktır. Böylece kişi kendisiyle ve bedeniyle de sağlıklı ilişkiler kurabilecektir. İçe alınan aşırı sahiplenici bir anne imgesi varsa, kişi yetişkin hayatında bedenini aşırı düzeyde sahiplenecek ve zayıflama çabaları ile kontrol altına almaya çalışacaktır. Hem nesne ilişkileri hem de kendilik kuramında bağlanmanın önemi göz ardı edilemez. Çocuklukta şekillenen bağlanma örüntümüz ilerde nasıl bireyler olacağımızı belirlemektedir. Bu nedenle yeme tutumu/bozuklukları ve bağlanma ilişkisini araştırmak önemlidir. 64 sağlıklı ve 78 yeme bozukluğu hastası kadınla yapılan bir çalışmada kişilerin bağlanma biçimleri araştırılmıştır. Yeme bozukluğu olan kadınlarda güvensiz bağlanma stili ve ayrılık anksiyetesine ilişkin yaşantıları sağlıklı kadınlara göre daha yüksek oranda bulunmuştur(107). Anne-çocuk ilişkisi açısından bakıldığında; anoreksiya nervoza uygun şekilde ayrışma ve bireyselleşmesine izin verilmeyen, kendine ait bir kimlik geliştiremeyen, yeterince özerkleşemeyen çocuk ve ergenlerin hastalığı olarak değerlendirilmektedir. Anoreksiya semptomları bu çocuk ve ergenler için saygı gösterilmesi gereken bir kimlik arayışının ifadesi olarak ele alınmaktadır(108). Bulimia nervoza hastalarında ise ruhsal bir boşluk duygusu söz konusudur, kişi bulimik davranışlarla bu boşluk hissinden kurtulmaya çalışır. Freud'a göre bulimiya; anksiyete nevrozu belirtilerindedir ve açlık kaygısına karşı oluşan yeme kompulsiyonu olarak değerlendirilmelidir(105).

Yeme bozukluğu olan çocukların aile özellikleri değerlendirildiğinde bu aileler; aşırı koruyucu, hemen herşeye müdahale eden, ayrışma-bireyselleşmeye izin vermeyen bir profil çizdiği ve daha az empatik, daha az destekleyici ve daha sorunlu oldukları görülmüştür (109). Anne-çocuk arasında dengesiz ve tutarsız bir şekilde gelişen ilk etkileşimler, yeme davranışında bozulmaya neden olabilir. Yeme bozukluğunda yiyecekler, anne-baba sevgisinin yerine geçer ve kişi bunu düzenlemenin, miktarını ve niteliğini ayarlamanın kontrolünü elinde hisseder(110).

Yeme bozukluğu hastalarının, terk edip gitmiş veya istismar edici bir ebeveyn gibi reddedici bir içsel objeye bağlı bir cezalandırılma gereksinimi olarak aşırı egzersiz yapma veya çıkartma (kusma, laksatif vb) gibi kendine zarar verici davranışlarda bulunduğu düşünülmektedir. Bu özellikle bulimia hastalarında ön plandadır. Bu hastalar; kendi iç dünyalarında bir stresörle karşı karşıya gelip baskı altında hissettikleri zaman yardım

talep edeceği yeterince iyi ötekilere sahip olmadıkları için içsel benlik saygısına ulaşma, emosyonel ve bedensel dengelerini ayarlayabilmede belirgin zorluk çekerler. Bütün bunlarla baş edebilmek için geliştirilen yeme bozukluğu semptomları, tıbbi ve ruhsal zararları bilinç düzeyinde bir farkındalık olsa bile, kişi için adeta bir teselli kaynağı haline gelmiş olur. Diğer psikosomatik hastalıklardaki gibi yeme bozukluğu olan hastalarda da duyguların ifade edilmesinde problem olduğu bilinmektedir. Çocuğa yardım sağlayacak ve onu rahatlatacak bir ebeveynin duygusal ve fiziksel eksikliği gibi dışsal faktörlerin eksik olması, kelimelerle ifade edilemeyen sorunların beden aracılığıyla ifade edilmesi sonucunu getirir(111).

2.3.2.Yeme bozuklukları ve OKB

Yeme bozuklukları ve OKB arasında bir takım etiyolojik, biyolojik, klinik ve tedavi yaklaşımı açısından ortak noktalar olduğu bilinmektedir. Klinik olarak anoreksiya ve bulimialı hastaların kilo almayla ilgili korkuları, zihinlerinin yiyecek, beden imgesi ve zayıflama yolları ile tekrarlayıcı ve inatçı bir şekilde meşgul olması, ayrıca karşı konulamayan bir istekle çok miktarda yemek ve sonrasında kusmak için uğraş göstermek, aşırı egzersiz yapmak ve ritüelleşmiş yeme tutumları OKB hastalarında olduğu gibi zihinden uzaklaştırılmayan düşüncelere ve tekrarlayan/ritüelistik davranışlara benzetilmektedir (6). OKB ve yeme bozukluklarında klinik benzerliklerin yanında serotonerjik sistemdeki benzer bazı biyolojik özellikler de vardır(112).

Palmer ve Jones 1939'da "kompulsiyon nevrozunun temel kişiliğini" gösteren AN tanılı dört hastayı değerlendirerek AN ve OKB arasında bir bağlantı olacağı fikrini ilk kez ortaya atmışlardır. DuBois ise bundan 10 yıl sonra AN ile ilgili "kaşeksiyle giden kompulsif nevroz" tanımlamasını yapmış, belirgin, düzenli olarak tekrarlayan ve sürekli yiyeceklerle alakalı düşünceleri obsesif düşünce tarzına, tekrarlayan, mantıksız ve kontrolsüz bir biçimde yiyeceklerden kaçınmayı da tipik kompulsif davranışlara benzetmiştir(6). 1980'li yılların sonunda Rothenberg, yeme bozukluğunu OKB'nin bir varyantı olarak değerlendirmiş ve günümüzdeki anlayışa yakın bir fikri öne sürmüştür. Özellikle başarı odaklı ve rekabetin öne çıktığı batı toplumlarında başarıyı hedef edinmiş ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri sergileyen bireylerde yeni bir semptom kümesi ve modern bir sendromun gelişmekte olduğunu, OKB'deki tipik temizlik ve törensel özelliklerin devam etmesiyle birlikte yeni bir törensel belirti olarak bebeklerdeki

benzer regurjitasyonun eşlik ettiği aşırı yeme davranışının görüldüğünü ifade etmiştir (113).Hsu ve arkadaşları 1990'lı yılların başında yaptıkları bir gözden geçirme çalışmasında, yeme bozukluğu olanlarda obsesif kompulsif belirtilerin arttığını ve anorektik hastalarda OKKB ile örtüşen kişilik örüntülerinin görüldüğünü, ayrıca OKB'li bireylerde de yeme bozukluğu belirtilerinin artmış olduğunu raporlamışlardır (114). Aynı yıl içinde yaptığı bir çalışmada Hollander ise;OKB ve anoreksiyadaki klinik görünüm ve nörobiyolojik benzerliklere dayanarak anoreksiyanın obsesif kompulsif spektrum bozuklukları başlığı altında değerlendirilebileceği fikrini savunmuştur (115).Yeme bozuklukları ile birlikte obsesif kompulsif spektrum bozuklukları başlığı altında yer alan diğer hastalıkların obsesif kompulsif spektrumunda değerlendirilmesinin en önemli nedeni fenomenolojik benzerliklerdir. Bu başlıkta değerlendirilen hastalıklarda zihinsel ya da davranışsal semptomların içeriği değil de yapısı göz önüne alındığında, bu belirtilerin obsesif düşünce içeriği ve/veya kompulsif davranış biçiminde ortaya çıktığı görülür. Ayrıca mevcut bozukluğun seyri, eşlik eden psikiyatrik komorbiditeler, aile öyküsü, nörobiyolojik benzerlikler ve antiobsesyonel tedavi ile görülen iyileşme cevabı gibi etkenler bu bozukluklar ile OKB arasındaki ilişkiyi desteklemektedir(116).

Çalışmalar sonucunda OKB ile yeme bozuklukları arasında yüksek komorbidite oranları bulunmuştur. OKB'li hastaların, özellikle kadınların, hayatlarının bir döneminde yeme bozukluklarının bazı semptomlarının görüldüğü ya da tam olarak yeme bozukluğu kriterlerini karşıladığı saptanmıştır.Bastiani ve ark AN ve OKB'de obsesyon ve kompulsiyonları değerlendirmek için 18 AN'lı kadın ve 16 OKB'li kadın hasta ile yaptıkları bir çalışmada; her iki gruptaki hastaların işlevselliğinin obsesyon ve kompulsiyonlardan aynı derecede etkilendiğini, fakat OKB'li hastaların semptom çeşidi açısından AN'lı hastalara göre çok daha zengin bir belirti kümesine sahip olduklarını belirtmişlerdir(117).Yeme bozukluklu hastalarda obsesif kompulsif özellikler görülmesine karşılık OKB'li hastalarda da bozulmuş yeme tutumu görülebilmektedir. OKB'nin yeme bozukluğu gelişimi açısından psikopatolojik özellikler taşıdığı bilinmektedir. Klinik olmayan örneklerle ve yeme bozukluğu olan hastalarda yeme bozukluğunu yordayıcı faktörleri belirlemek için yapılan araştırmalar, obsesif kompulsif özelliklerin bozulmuş yeme davranışını predikte eden önemli etkenlerden biri olduğuna işaret etmektedir.OKB hastalarında bozulmuş yeme davranışlarını gösteren bir çalışma ülkemizde Abanoz tarafından yapılmıştır(116).

OKB hastalarında yeme bozukluğu, yeme bozukluğu olanlarda da OKB sıklığı ile ilgili yapılan diğer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında; OKB'li kişilerde yeme bozukluğu görülme oranı %11-16 arasında değiştiği ve AN tanısı alanlarda obsesif kompulsif belirtilerin ortalama 5 yıl daha erken başladığı görülmüştür(118, 119).

Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada yeme tutumu ile obsesif kompulsif belirtiler arasında ilişki olduğu, yeme davranışı bozuldukça obsesif kompulsif semptomların görülme düzeyinin arttığı görülmüştür. Yeme tutum testine göre; öğrencilerin %5.6'sında yemebozukluğu olduğu ve bu oranın konu ile ilgili yurt içi ve yurt dışı toplum merkezli yapılan çalışma oranlarına benzerlik gösterdiği saptanmıştır(3).Usta ve ark obsesif kompulsif belirti alt boyutlarından kontrol etme, yavaşlık ve ruminasyonun yeme tutumu ile ilişkili olduğunu, yeme davranışı bozukluğu ile obsesif kompulsif belirtilerin görülme düzeyinin artması paralel bulunmuştur (3).Kirlenme, temizlik,yıkama ve düzenleme alt boyutlarında yeme tutumu ile ilişkisini gösteren çalışmalar vardır (116).

2.3.3. Yeme bozuklukları ve bağlanma

Çocuğun psikolojik yönden sağlıklı gelişimi, kişiliği ve kişilerarası ilişkilerinin şekillenmesi temel olarak erken dönemde ebeveyni ile kurduğu etkileşimlere bağlıdır. Bağlanma kuramı kapsamında yeme bozuklukları dışsallaştırıcı (*externalizing*) davranışlar olarak ele alınmaktadır. Annenin tutarsızlığı ve/veya ulaşılmazlığına bağlı olarak kendini ve diğerlerini olumlu bir bakış açısıyla değerlendiremeyen çocuklar teorik olarak psikolojik bozukluklar geliştirmeye daha yatkındır. Dış görüntülerini sürekli eleştiren, diğerleri tarafından yoğun olarak değer görme ihtiyacı duyan ve diğerlerini memnun etmeye çalışan bu kişiler zayıflıkla ilgili sosyokültürel baskılar açısından da daha fazla risk altındabulunmaktadır. Yeme bozuklukları, bağlanma ile ilgili sorunlarsa dikkatin bedenini değiştirilmesi gibi daha ulaşılabilir amaçlara yöneltilmesine hizmet etmekte ve kendini aç bırakma, çıkartma ve tıkanırcasına yeme gibi davranışlar anne ile kızı arasındaki psikolojik ve fiziksel yakınlığı arttırmaktadır(106).

Bağlanma örüntüleri ve yeme bozuklukları ilişkisine bakıldığında yeme bozukluğu olanların bağlanma nesnelere ile (çoğu zaman anne) olumsuz ilişkilerinin olduğu ve bu

hastaların güvensiz bağlanma stillerine sahip olduğu fikri kabul görmektedir. Güvensiz bağlanan bireylere benzer şekilde yeme bozukluğu hastalarının da düşük benlik saygısı, yetersizlik ve işe yaramazlık duygularına sahip olduğu görülmektedir(110).Güvensiz bağlanan çocuklar kendi değerini ve başkaları tarafından sevebilirliğini sorgular, kendini yetersiz hisseder, bireyselleşme süreci sağlıklı gelişemez. Kişisel yetersizlik yeme tutumu konusunda katı bir davranış örüntüsü geliştirmesine neden olur. Kişi dış etkenleri değiştiremese de en azından görünümüne müdahale ederek kendini ayrı bir birey olarak tanımlamasını, özerklik, güç ve kontrol kazanmasını sağlamış olur.Sonuçta yeme bozukluğu ile birey sahte bir özerklik ve kontrol duygusu kazanılmış olur. Uygunsuz yeme davranışları, ebeveynle kurulamamış olan güvenli ve sevgi dolu bir bağın yokluğu ile baş etmeye yardım ederken, oral agresyon, yok olma ve yoksunluk korkusunun bir dışa vurumu olabilmektedir(110). Bruch, 12 aylık çocuklarla yaptığı bir çalışmada erken beslenme tutumları ile beslenme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Primer bakım verenle kurulan en güçlü bağın, beslenme ihtiyacı en uygun düzeyde karşılanan çocuklarda olduğunu, bu çocukların primer bakım verenin olmadığı durumlarda sıkıntılı olduklarını görmüştür. Beslenme ihtiyacı uygun düzeyde karşılanmayan çocukların ise; primer bakım verenle iletişim kurmak için isteksiz olup çok az çaba harcadıklarını, kucağa alındıkları zaman serbest kalmak için ısrar ettiklerini, bakım verenden uzaklaştığını, bakım veren gelse bile onun gelişini önemsemediklerini belirtmiştir. Gereğinden çok beslenen çocukların ise primer bakım verenden ayrıldıklarında sıkıntıya girdiklerini, yeni ve farklı durumlara uyum sağlamakta zorluk çektiklerini bildirmiştir(120).

Çocuklar primer bakım verenle yeterli duygusal teması sağlayamadığı zaman anksiyete ile başa çıkabilmek için parmak emme, tırnak yeme, yemek yeme gibi alternatif yollara yönelir. Bağlanmanın ve sözel olmayan iletişimin yerine geçen bu alternatif düzeneklerin rahatlatıcı, kendi kendine yetinmeyi sağlayıcı ve dengeleyici özellikleri vardır. Erişkin yaşamda ortaya çıkan yeme bozukluklarının temeli bu durumdur(121).

Çalışmalarda yeme bozukluğu alt tiplerinde bağlanma stilleri açısından farklılık bulunmamış, anoreksiya ve bulimiya hastalarının benzer şekilde bağlanma problemleri olabileceği düşünülmüştür. Yeme bozukluğu olanlarda kaygılı, kararsız ve kaçınan bağlanma stilleri görülebilmektedir(120).

Üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada Norveçli ve Amerikalı öğrenciler yeme bozukluğu, benlik kavramı ve ana babaya bağlanma açısından karşılaştırılmış, yeme bozukluğu ile ana babaya bağlanma arasında doğrudan bir ilişki saptanmamıştır. Ancak birtakım ana babaya bağlanma örüntülerinin (örn. düşük düzeyde ilgi ve duygusal destek, çocuğun reddi, psikolojik olarak ulaşılmazlık, aşırı koruma, kişisel otonomi sağlamada başarısızlık, davranışların kısıtlanması ve kontrol edilmesi gibi) daha yüksek belirti düzeyi ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Sonuç olarak çalışmanın bulguları düşük ilgi, aşırı koruma ve değişken benlik kavramının yeme bozukluklarının öncülleri olabileceğini desteklemektedir(122). Ebeveynlerden algılanan ilgi ve aşırı korumanın yeme bozukluğu gelişiminin yanı sıra belirtilerinin düzeyini de yordadığı bilinmektedir(106).

Yeme bozukluğu ile ilgili çalışmalarda ‘‘yakınlık arayıcı davranışlar’’ da ele alınmıştır. Bu davranışlar kısıtlı miktarda ya da tıknırcasına yemeyi, kendi kendini kusturmayı, laksatif ya da diüretik kullanımını kapsamaktadır. Bunlar çoğu kez hastanın annesi ile fiziksel olarak yakınlaşmasını sağlayabilmektedir. Örneğin; bulimia hastalarında aileler, kusmaması için hastayı sürekli izlemeye, kontrol etmeye başlarlar.Klinik takiplerde, yeme bozukluğunun aile ile bağlantıyı sağlayıcı bir rol oynadığı, annelerin hasta kızlarıyla yeme bozukluğu semptomları başladıktan sonra daha çok yakınlaştıkları görülmektedir. Bowlby anne-bebek arasında bağlantı sağlayan emme, ağlama, gülümseme, sarılma ve izleme gibi durumların fiziksel olarak bebeğe güven verdiğini ifade etmektedir. Çocuk zamanla psikolojik güvenliği de sağlamayı hedef edinir. Bireyin kendi değerlerini, ilgi alanlarını, inançlarını oluşturmasıyla psikolojik ayrılma gerçekleşir. Bowlby anorektik kızlarda beslenme reddinin anne baba ile çocuk ilişkisinde fiziksel ve psikolojik yakınlaşmaya neden olduğu görüşünü savunur. Bulimiklerin de, tıpkı bebeklerin izlendiği gibi anne-babaların ilgisini çekebildiği görülür. Bulimialıların anneleri, tıknırcasına yeme ya da kusma sırasında kanıt bulabilmek için çocuklarını sürekli yakından gözlemektedirler. Tıknırcasına yeme, kusma ya da açlığa mahkumiyet yoluyla anne-kız arasında fiziksel ve psikolojik yakınlaşma doğabilmektedir. Anne-babanın yakınlaşma derecesine göre genelde çocuk başkaldırmakta, ancak özerklik kazanmasına aracılık eden davranışlardan da vazgeçmek istememektedir. Yeme bozukluğu hastası ile ailesi arasında destek, diğerini önemsememe, aşırı ilgi, müdahalecilik, bağımsızlığa izin, özerklik, ayrılma gibi konularda bir denge kurulması zorunludur(110).

“Yeme bozukluğuna yol açan duygular tam olarak nedir?” sorusunun birkaç cevabı olabilir; ancak ayrılık durumuna verilen yanıtın kişiye olumsuz duygular içine sokabileceğini göz önünde tutmak gerekir. Sağlıklı bir ayrılık ancak güvenli bir bağlanma ile sağlanabilir. Yeme bozukluğu olanların çoğunda güvensiz bağlanma ile bireysel yatkınlık bir araya geldiğinde semptomlar ortaya çıkmaktadır. Belirtiler kayıplara ya da içsel çatışmalara dışsal anlam yükleyerek kontrol ve bağımsızlık kazanarak baş etmeyi sağlamaktadır. Çocuk yetiştirme sürecinde teşvik edici bir yaklaşım önerilmektedir. Anne-baba, çocuğu olduğu gibi kabul etmeli, ona güvenli bir ortam sunmalı, çocuk mücadele ederken onu bekleyebilmeli, öğrenmesi için cesaret vermeli, çocuğun motor, duygusal, bilişsel ve dil becerilerinin gelişimine, kendine değer vermesi ve güven duymasına, düş kırıklıklarıyla baş edebilmesine, hazzı ertelemesine yardımcı olmalıdır. Teşvik etme, rol model olma, duygusal dışa vurum, sınır koyma, sonuçlara katlanmayı öğrenme; çocuğun duygularını düzenleyebilmesini, empati yapabilmesini, ahlaki değerleri öğrenmesini, sosyal davranışlar geliştirmesini sağlamak da ebeveynin görevleri arasındadır. Anne babaların duyarlı davranması, gereksinmelere yanıt vermesi, çocuğun duygusal gelişimine destek olması, çocuğun ebeveyni ile olan ilişkiden haz almasını ve duygusal deneyim kazanmasını ve güvenli bağlanma sürecine girmesini kolaylaştırmaktadır. Burdan yola çıkararak, çocuğun bakım verenleriyle kurduğu güvenli ilişkinin yeme bozukluklarının önlenmesi açısından önemli olduğu düşünülebilir(110).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü

Araştırma; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde yapılan gözlemsel, vaka-kontrol tipi prospektif bir çalışmadır. Çalışma öncesinde Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alındı (19.07.2017 tarihli 2017/12 nolu oturumun 10 nolu kararı).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran OKB'li ergenler ile Kahramanmaraş ilinde ikamet eden rasgele seçilmiş ergenlerde gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Çalışma 01.08.2017-15.01.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmaya; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran OKB'li ergenler ile Kahramanmaraş ilinde ikamet eden rastgele seçilmiş ergenler dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ergen ve ebeveynine onam formu imzalatılmıştır.

Çalışmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde güç analizi uygulanmıştır. Buna göre $\alpha:0,05$ önem düzeyinde ve 0.80 testin gücünde 67 hasta ve 67 kontrol olmak üzere toplam 134 ergenin çalışmaya alınması planlanmış ve toplam 67 hasta+67 kontrol olmak üzere 134 ergen ile çalışma tamamlanmıştır.

Hasta grubunun çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. 11-18 yaş arası olma
2. OKB tanısı almış olma
3. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun hasta ve ebeveyni tarafından imzalanmış olması

Hasta grubunun çalışmadan dışlanma kriterleri;

1. 11 yaşından küçük olma
2. Herhangi bir psikiyatrik ya da organik ek hastalığın olması
3. Herhangi bir ilaç kullanımı (kısa süreli medikasyonlar (örn; analjezik, antiinflamatuvar, antibiyotik gibi) göz ardı edilmiştir.)
4. Madde kötüye kullanımı

Kontrol grubunun çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. 11-18 yaş aralığında olma
2. Herhangi bir psikiyatrik ya da organik hastalığın olmaması

3. Herhangi bir ilaç kullanımının olmaması (kısa süreli medikasyonlar (örn; analjezik, antiinflamatuvar, antibiyotik.. gibi) göz ardı edilmiştir.)
4. Madde kötüye kullanımının olmaması

3.4. Verilerin Toplanması

Belirtilen kriterlere uygun olarak çalışmaya alınan ergenler Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Yeme Tutumu Testi (YTT), İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), Ebeveyn ve Akran Bağlanma Envanteri (EABE) ölçeklerini, ebeveyn ise Sosyodemografik Veri Formunu doldurmuştur. OKB tanısı konurken klinik görüşmenin yanı sıra yapılandırılmış bir ölçek olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe (ÇDŞG-ŞY-T) kullanılmıştır. DSM 5'e göre OKB dışında tanı alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Kontrol grubu olarak Kahramanmaraş ilinde ikamet eden, belirtilen kriterlere göre rasgele seçilen ergenler ve ebeveynler hasta grubu ile aynı ölçekleri doldurmuşlardır.

3.4.1. Sosyodemografik veri formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup katılımcılar ve aile bireylerinin sosyodemografik verilerini toplama amacı ile uygulanmıştır. Veri formunda katılımcının adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadığı yer, kardeş sayısı-sırası, boyu, vücut ağırlığı, anne-babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığı, anne-baba arasında akrabalık durumu, ailenin aylık gelir düzeyi, annenin gebeliği esnasında yaşadığı psikiyatrik ve diğer tıbbi sorunlar, aldığı tedaviler, doğum şekli, prematürite öyküsü, aile tipi, katılımcıdaki eş hastalık öyküsü, kullanmakta olduğu ilaçlar değerlendirilmiştir.

3.4.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli (ÇDŞG-ŞY)

DSM-IV 1994 yılında yayımlandıktan sonra Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir ölçektir(123).Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve ark. tarafından yapılmıştır(124).ÇDSG-ŞY, 20 farklı psikiyatrik tanı açısından değerlendirme yapabilmektedir. Ölçekte her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri mevcuttur ve tarama kısmında pozitif belirtiler tespit edilirse tanıyı doğrulamak için sorun olan tanı kategorisine ait ekteki sorulara geçilir. Görüşmede belirti şiddeti ‘yok’, ‘eşik altı’ ve ‘eşik’ şeklinde derecelendirilir.

3.4.3.Maudsley obsesif kompulsif soru listesi (MOKSL)

Kişide, obsesif kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığı ölçülmek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Sağlıklı kişiler ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanır. Ölçeğin orjinalinde toplam 30 madde ve kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve kuşku alt ölçekleri varken, Türkçe formuna 7 maddelik ruminasyon alt ölçeği de eklenmiştir. Ölçeğin özgün formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hodgson ve Rachman; Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır (125, 126).Doğru yanıtı 1 puan, yanlış yanıtı 0 puandır. Toplam her maddenin puanı toplanarak elde edilir. En yüksek puan 37’dir. Türkiye’de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır.

3.4.4.Yeme tutumu testi (YTT)

Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir(127). Anoreksiya nervozalı hastaların yeme davranış ve tutumlarını olduğu kadar normal bireylerde var olan yemek yeme ile ilişkili davranışlardaki olası bozuklukları da ölçmektedir. Hastalık için yüksek risk grubu oluşturan topluluklarda tarama aracı olarak kullanılmaktadır. Test 40 sorudan oluşmakta cevaplar bir ucunda “daima”, diğer ucunda “hiçbir zaman” seçeneği bulunan altı basamaklı likert formunda değerlendirilmektedir. Maddelerden 1,18,19,23, 27 ve 39 için bazen 1 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 3 puan olarak değerlendirilir ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddeleri için ise daima 3 puan, çok sık 2 puan, sık sık 1 puan olarak değerlendirilir ve diğer

seçenekler 0 puan olarak hesaplanır. Sonuçta ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ülkemizde farklı yıllarda ölçek üzerinde psikometrik çalışmalar yapılmıştır (128, 129). YTT için kesme değeri 30 puandır. 30 puan ve üzerinde alan kişiler yeme bozukluğu bulunma riski yüksek kişiler olarak değerlendirilir. Türkçe formu için kesme puanı belirlenmemiştir. Biz bu çalışmada kesme puanı kullanmadık.

3.4.5. İlişki ölçekleri anketi (İÖA)

Ergenlerin bağlanma stillerini ölçmek amacı ile Bartholomew ve Horowitz tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Sümer ve Güngör tarafından yapılmıştır(83, 130).

Ölçekte 17 madde bulunmakta ve 4 bağlanma stiline ait puanlar elde edilmektedir.

Bu bağlanma stilleri;

Güvenli bağlanma: Güvenli bağlanma gösteren ergen yakın ilişkiler, arkadaşlıklar kurabilmektedir. Kişisel otonomiye sahip, diğer insanların ilişkilerine saygılı ve kendi ilişkilerinde tutarlı bir yapı sergilemektedir.

Korkulu bağlanma: Bu bağlanma tarzında kişi geri çevrilme korkusu ile yakın arkadaşlıklar kurmaktan kaçınmaktadır. İçe dönük, emniyetsiz, diğer kişilere karşı güven duymayan bir yapı sergiler.

Kayıtsız bağlanma: Kayıtsız bağlanma örüntüsü olan ergenler kişisel iyilik halinin devamı için sürekli başkalarının onayına ihtiyaç duymaktadırlar. Yaşamında yer alan her girişiminde diğer insanları idealize eden bir yapı sergilemektedirler. İlişkilerinde tutarsız ve abartılı bir tutum gösterirler.

Saplantılı bağlanma: Saplantılı bağlanma gösteren ergen; duygularını ifade etmeyen aleksitimik (duygudan yoksun) yapıya benzerlik göstermektedir. İlişkilerinde açık ve güvenilir olmayan bir yapı sergilemektedir. Ancak bağımsız ve kendine güvenlidir.

Ölçekteki her madde 1-7 arasında puan değeri almaktadır. Ölçekteki ters maddeler 5., 7. ve 17. maddelerdir. Güvenli bağlanma boyutu dışındaki faktörlerde puan artışı sağlıklı bağlanmayı işaret etmektedir. Ölçekten toplam puan elde edilmemesinde, faktör puanları değerlendirilmektedir. Dört bağlanma stilini yansıtan sürekli puanlar bu stilleri ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanmasından ve bu toplamın her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmesinden elde edilmektedir. Böylece, alt ölçeklerden alınabilecek puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir.

3.4.6.Ebeveyn ve akran bağlanma envanteri (EABE)

Gençlerin anne-baba ve akranlarıyla bağlılıklarını ölçmek amacıyla Armsden ve Greenberg tarafından geliştirilen bu ölçme aracı 12 maddelik anne-baba ve akranlar için hazırlanmış 2 ayrı formdan oluşmuştur (131).Katılımcılardan her bir maddenin anne-baba ve akranlarıyla ilişkilerinin ne kadar iyi olduğunun tanımlandığını 7 dereceli likert tipi bir ölçek (1- Beni hiç tanımlamıyor; 7- Beni her zaman tanımlıyor) üzerinde değerlendirmeleri incelenmiştir. Ölçeğin ebeveyn formunun geçerlilik güvenilirlik analizleri Günaydın ve ark tarafından yapılmış ve Türkçe'ye uyarlanmıştır(132).

3.5.Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenlerin bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney u testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler Median(Min-Max) ile ifade edilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin bağımsız iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklerde t testi uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler Mean±SD olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerin incelenmesinde Ki-kare testi ve Exact testi uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve oran (%) ile ifade edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde IBM SPSS versiyon 22 paket programı (IBM SPSS for Windows version 22, IBM Corporation, Armonk, New York, United States) kullanılmıştır.



4.BULGULAR

Çalışmamıza Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi'ne başvuran 67 OKB hastası ergen ile kontrol grubu olarak Kahramanmaraş ilinde yaşayan 67 sağlıklı ergen dahil edilmiştir. Çalışma grubunun yaş ortalaması $13,76 \pm 2,08$ yıl, kontrol grubunun ise $14,18 \pm 2,10$ yıldır. Çalışma ve kontrol grubu arasında yaş, eğitim yılı, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, BMI, anne-baba yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. İki grup arasında kardeş sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,013$). OKB grubunda kardeş sayısı anlamlı olarak daha azdır. Gruplara ait diğer sosyodemografik özelliklerin tanımlayıcı istatistik değerleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklerin tanımlayıcı istatistikleri

		Hasta (n:67)	Kontrol (n:67)	p
Yaş	Mean±SD	13,76±2,08	14,18±2,10	0,249
Eğitim yılı	Mean±SD	8,30±2,16	8,87±2,19	0,134
Kardeş sayısı	Median(Min-Max)	2(0-9)	3(0-8)	0,013*
Kaçıncı çocuk	Median(Min-Max)	1(1-8)	2(1-9)	0,354
BMI	Mean±SD	20,29±3,27	20,29±3,56	0,990
Anne yaşı	Mean±SD	40,49±5,44	41,87±6,10	0,172
Baba yaşı	Mean±SD	45,49±5,91	45,52±6,22	0,977

Independent samples t test; Mann-Whitney U testi; a:0,05; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı SD: Standart Deviasyon

Tablo 2'de sosyodemografik özelliklerin iki gruba göre frekans dağılımları verilmiştir. OKB grubunda 38 (%56,7) kız, 29 (%43,3) erkek ve kontrol grubunda ise 40 (%59,7) kız, 27 (%40,3) erkek vardı, cinsiyet açısından gruplar arası anlamlı fark yoktu. Ayrıca yaşanan yer, anne eğitimi, anne-baba mesleği, anne-baba arası akrabalık ve aile tipi açısından da iki grup arasında anlamlı fark yoktu. Babanın eğitim düzeyi ve ailenin aylık geliri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (sırasıyla **p=0,017**, **p=0,031**).

Tablo 2. Sosyodemografik özelliklerin gruplara göre frekans dağılımları

		Hasta (n:67)		Kontrol (n:67)		p
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kız	38	56,7	40	59,7	0,726
	Erkek	29	43,3	27	40,3	
Yaşadığı yer	Köy	3	4,5	11	16,4	0,067
	İlçe	8	11,9	9	13,4	
	İl merkezi	56	83,6	47	70,1	
Anne eğitimi	Okuryazar değil	5	7,5	5	7,5	0,170
	İlkokul	26	38,8	30	44,8	
	Ortaokul	11	16,4	3	4,5	
	Lise	15	22,4	13	19,4	
	Üniversite	10	14,9	16	23,9	
Anne mesleği	Evhanımı	54	80,6	55	82,1	0,756
	Diğer	13	19,4	12	17,9	
Baba eğitimi	Okuryazar değil	4	6,0	1	1,5	
	İlkokul	10	14,9	16	23,9	

	Ortaokul	6	9,0	18	26,9	0,017*
	Lise	23	34,3	14	20,9	
	Üniversite	24	35,8	18	26,9	
Baba mesleği	İşçi	13	19,4	15	22,4	0,219
	Memur	22	32,8	14	20,9	
	Emekli	3	4,5	10	14,9	
	Esnaf	13	19,4	12	17,9	
	Serbest	11	16,4	11	16,4	
	İşsiz	0	0,0	2	3,0	
	Diğer	5	7,5	3	4,5	
Anne baba akrabalığı	Yok	49	73,1	53	79,1	0,418
	Var	18	26,9	14	20,9	
Gelir düzeyi	600'den az	1	1,5	5	7,5	0,031*
	600-1500	12	17,9	16	23,9	
	1500-2500	16	23,9	23	34,3	
	2500-5000	22	32,8	18	26,9	
	5000'den çok	16	23,9	5	7,5	
Aile tipi	Çekirdek	53	79,1	57	85,1	0,102
	Geniş	8	11,9	7	10,4	
	Bosanmış	1	1,5	3	4,5	
	Anne kaybı	0	0,0	0	0,0	
	Baba kaybı	5	7,5	0	0,0	

Ki-kare test; Exact test; $\alpha:0.05$; *dağılım istatistiksel olarak anlamlı

Ebeveynlerin psikiyatrik tanıların **Tablo 3**'te verilmiştir. Çalışma grubundaki 21 (%31,3) hastanın annesinde psikiyatrik hastalık mevcuttu, kontrol grubunda ise iki annede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Annede psikiyatrik hastalık oranı çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,001$). Babadaki psikiyatrik hastalık açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 3. Ebeveynlerin psikiyatrik tanıların gruplara göre frekans dağılımları

		Hasta (n:67)		Kontrol (n:67)		p
		n	%	n	%	
Annede psikiyatrik hastalık	Yok	46	68,7	65	97,0	0,001*
	Var	21	31,3	2	3,0	
	Diğer anksiyete bozuklukları	6	9,0	2	3,0	

	YAB	5	7,5	0	0,0	0,001*
	Depresyon	5	7,5	0	0,0	
	Panik bozukluk	3	4,5	0	0,0	
	OKB	2	3,0	0	0,0	
Babada psikiyatrik hastalık	Yok	62	92,5	67	100,0	0,058
	Var	5	7,5	0	0,0	
	Depresyon	1	1,5	0	0,0	0,119
	Anksiyete bozuklukları	2	3,0	0	0,0	
	Bipolar bozukluk	2	3,0	0	0,0	

Exact test; a:0,05; * dağılım istatistiksel olarak anlamlı

Annenin gebelikte maruz kaldığı tıbbi durumlar ve ruhsal stresörler, gebelikte sigara kullanımı, doğum şekli ve prematürite oranları **Tablo 4**'te gösterilmiştir. Annenin gebelikte maruz kaldığı tıbbi durumlar, gebelikte sigara ve ilaç kullanımı, doğum şekli ve prematürite açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmazken, gebelikteki psikopatoloji öyküsü çalışma grubunda anlamlı olarak yüksekti (**p=0,009**). OKB'li ergenlerin 27'sinin (%40,3) annesinde gebelikte psikopatoloji öyküsü (ayrılık, maddi sıkıntı, iş sorunları, kötü yaşam koşulları, ölüm/yas) vardı.

Tablo 4. Annelerin gebelik öyküsünün gruplara göre karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p
		n	%	N	%	
Gebelikte tıbbi durum	Kanama	7	10,4	3	4,5	0,666
	Enfeksiyon	2	3,0	1	1,5	
	Hipertansiyon	2	3,0	0	0,0	
	Diyabet	1	1,5	1	1,5	
	Epileptik nöbet	0	0,0	0	0,0	
	Aşırı kilo alımı	2	3,0	2	3,0	
	Yaralanma/kaza	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Ameliyat	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Diğer	1	1,5	2	3,0	
	Hastalık geçirmedi	52	77,6	58	86,6	
Gebelikte ruhsal stresör	Ayrılık	2	3,0	0	0,0	0,009*
	Maddi sıkıntı	9	13,4	13	19,4	
	İş sorunları	4	6,0	1	1,5	
	Kötü yaşam koşulları	10	14,9	1	1,5	
	Ölüm/yas	2	3,0	1	1,5	

	Stresör yok	40	59,7	51	76,1	
Gebelikte sigara kullanımı	Yok	64	95,5	66	98,5	0,619
	Var	3	4,5	1	1,5	
Gebelikte ilaç kullanımı	Yok	67	100,0	63	94,0	0,119
	Var	0	0,0	4	6,0	
Doğum şekli	Normal	48	71,6	46	68,7	0,850
	Sezeryan	19	28,4	21	31,3	
Prematürite	Yok	62	92,5	65	97,0	0,441
	Var	5	7,5	2	3,0	

Kikare test ;Exact test; a:0,05;* dağılım istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 5'te YTT, MOKSL, İÖA, EABE puanlarını gruplara göre karşılaştırılmıştır. YTT puanlarına bakıldığında; OKB grubunun YTT puan ortalaması kontrol grubundan yüksek olsa da bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak YTT için kesme değeri 30 olarak alındığında OKB olan grupta 12 bireyin (%17,9), kontrol grubunda ise 2 bireyin (%2,9) YTT puanı 30 ve üzerindedir. MOKSL toplam puan ortalaması, kontrol, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon alt ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak çalışma grubunda daha yüksekti (**p<0,001**), temizlik alt ölçek puan ortalaması da çalışma grubunda anlamlı olarak yüksekti (**p=0,009**). İÖA'de güvenli bağlanma puan ortalaması kontrol grubunda anlamlı olarak yüksekken (**p=0,038**), korkulu, kayıtsız ve saplantı bağlanma puan ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. EABE-anne ve EABE-baba puan ortalamaları açısından da gruplar arası anlamlı fark görülmedi.

Tablo 5. YTT, MOKSL, İÖA ve EABE ölçek puanlarının gruplar arası karşılaştırılması

	Hasta (n:67)			Kontrol (n:67)			p
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
YTT	17	2	50	15	3	35	0,070
MOKSL-toplam	20	5	37	14	2	28	p<0,001*
MOKSL-kontrol	5	0	9	2	0	6	p<0,001*
MOKSL-temizlik	5	1	11	4	1	8	0,009*
MOKSL-yavaşlık	3	0	7	2	0	6	p<0,001*
MOKSL-kuşku	5	1	8	3	0	7	p<0,001*
MOKSL-ruminasyon	6	0	9	3	0	9	p<0,001*
İÖA-korkulu	4,00	1,00	7,00	3,50	1,25	6,25	0,212
İÖA-kayıtsız	4,60	1,80	6,40	4,40	2,20	6,20	0,092
İÖA-saplantılı	3,75	1,00	6,75	3,50	1,25	6,00	0,222

İÖA-güvenli	3,80	1,60	6,60	4,20	1,80	5,80	0,038*
EABE-anne	65	18	84	69	36	84	0,248
EABE-baba	60	12	81	65	20	79	0,128

Mann-Whitney U test; a:0,05;* farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 6. İÖA alt ölçek puanlarının gruplar arası karşılaştırılması

	Hasta (n:67)			Kontrol (n:67)			p
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
İÖA-korkulu	4,00	1,00	7,00	3,50	1,25	6,25	0,212
İÖA-kayıtsız	4,60	1,80	6,40	4,40	2,20	6,20	0,092
İÖA-saplantılı	3,75	1,00	6,75	3,50	1,25	6,00	0,222
İÖA-güvenli	3,80	1,60	6,60	4,20	1,80	5,80	0,038*

Mann-Whitney U test; a:0,05; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 6' da bağlanma stilleri gruplar arası karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Güvensiz bağlanmaya işaret eden korkulu, kayıtsız ve saplantılı bağlanma puan ortalamaları hasta grubunda kontrol grubundan yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Güvenli bağlanma puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,038**). Kontrol grubunda güvenli bağlanma puanları anlamlı olarak hasta grubu puanlarından yüksektir.

Tablo 7. Gruplara göre MOKSLölçek puanları ve İÖA ölçek puanlarının korelasyonu

Grup		İÖA-korkulu		İÖA-kayıtsız		İÖA-saplantılı		İÖA-güvenli	
		r	p	r	p	r	p	r	p
Hasta	MOKSL-toplam	0,265	0,030*	-0,170	0,170	0,241	0,050	-0,265	0,030*
	MOKSL-kontrol	0,175	0,157	-0,005	0,968	0,296	0,015*	-0,220	0,073
	MOKSL-temizlik	0,339	0,005*	0,030	0,811	0,042	0,735	-0,272	0,026*

	MOKSL-yavaşlık	0,262	0,032*	-0,205	0,097	0,237	0,054	-0,262	0,033*
	MOKSL-kusku	0,202	0,102	-0,247	0,044*	0,225	0,068	-0,095	0,447
	MOKSL-ruminasyon	0,074	0,550	-0,211	0,086	0,261	0,033*	-0,205	0,097
Kontrol	MOKSL-toplam	0,499	0,000*	0,019	0,879	0,177	0,151	-0,102	0,413
	MOKSL-kontrol	0,389	0,001*	-0,117	0,347	0,065	0,601	-0,066	0,595
	MOKSL-temizlik	0,319	0,009*	0,042	0,737	0,251	0,041*	-0,064	0,609
	MOKSL-yavaşlık	0,152	0,220	0,221	0,072	0,295	0,015*	-0,140	0,258
	MOKSL-kusku	0,482	0,000*	0,033	0,792	-0,077	0,535	-0,053	0,668
	MOKSL-ruminasyon	0,413	0,001*	0,029	0,816	0,198	0,108	-0,179	0,146

Spearman Correlation test; a:0,05;* ilişki istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 7'de çalışma ve kontrol gruplarında MOKSL puanları ile bağlanma stillerinin ilişkisi gösterilmiştir. OKB'li grupta; MOKSL toplam puanı ile korkulu bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon ($r=0,265$, $p=0,030$) varken, güvenli bağlanma puanı ile anlamlı negatif korelasyon ($r= -0,265$, $p=0,030$) vardı. Güvenli bağlanma puanı arttıkça toplam MOKSL puanının azalması çalışmamızda beklediğimiz bir sonuçtur.

MOKSL alt ölçek puanlarına bakıldığında çalışma grubunda; kontrol ve ruminasyon alt ölçek puanı ile saplantılı bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon (sırayla $r=0,296$, $p=0,015$; $r=0,261$, $p=0,033$) vardı.

Temizlik ve yavaşlık alt ölçek puanı ile korkulu bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon (sırayla $r=0,339$, $p=0,005$; $r=0,262$, $p=0,032$) var iken; bu iki alt ölçek puanı ile güvenli bağlanma puanı arasında anlamlı negatif korelasyon (sırayla $r= -0,272$, $p=0,026$; $r= -0,262$, $p=0,033$) vardı. Kuşku alt ölçek puanı ile de kayıtsız bağlanma puanı arasında anlamlı negatif korelasyon ($r= -0,247$, $p=0,044$) vardı.

Kontrol grubunda ise; MOKSL toplam puanı ile korkulu bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon ($r=0,499$, $p=0,000$) vardı. Kontrol, temizlik, kuşku ve

ruminasyon alt ölçek puanı ile korkulu bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon (**sırayla $r=0,389$, $p=0,001$; $r=0,319$, $p=0,009$; $r=0,482$, $p=0,000$; $r=0,413$, $p=0,001$) vardı. Temizlik ve yavaşlık alt ölçek puanı ile saplantılı bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon (**sırayla $r=0,251$, $p=0,041$; $r=0,295$, $p=0,015$) vardı.****

Tablo 8. EABE ölçeğine göre anne ve babaya bağlanma puanlarının gruplar arası karşılaştırılması

	Grup						
	Hasta (n:67)			Kontrol (n:67)			p
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
EABE-anne	65	18	84	69	36	84	0,248
EABE-baba	60	12	81	65	20	79	0,128

Mann-Whitney U test; $\alpha:0,05$; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 8'de gruplar arası EABE puanları karşılaştırılmıştır. EABE puan ortalamaları kontrol grubunda hasta grubundan daha yüksek olsa da bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır.

Tablo 9'da çalışma ve kontrol grubunda anne-babaya bağlanma puanlarının MOKSL ölçek puanları ile korelasyonu verilmiştir.

OKB grubunda; MOKSL toplam puanı ile hem anneye bağlanma puanı hem de babaya bağlanma puanı arasında anlamlı negatif korelasyon (**sırayla $r= -0,281$, $p=0,021$; $r= -0,328$, $p=0,007$) mevcuttu.**

Alt ölçeklerden ise; anneye bağlanma puanı ile temizlik ve yavaşlık alt ölçek puanı arasında anlamlı negatif korelasyon (**sırayla $r= -0,349$, $p=0,004$; $r= -0,355$, $p=0,003$) vardı. Babaya bağlanma puanı ile kontrol, temizlik, yavaşlık ve ruminasyon alt ölçek puanı arasında anlamlı negatif korelasyon (**sırayla $r= -0,248$, $p=0,043$; $r= -0,307$, $p=0,012$; $r= -0,266$, $p=0,029$; $r= -0,304$, $p=0,012$) vardı.****

Kontrol grubunda ise; anneye bağlanma puanı ile MOKSL toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmazken, babaya bağlanma puanı ile yavaşlık alt ölçek puanı arasında anlamlı negatif korelasyon (**$r= -0,238$, $p=0,043$) vardı.**

Tablo 9. Gruplara göre anne ve babaya bağlanma puanlarının MOKSL puanları ile ilişkisi

Grup		EABE-anne		EABE-baba	
		r	p	r	p
Hasta	MOKSL-toplam	-0,281	0,021*	-0,328	0,007*
	MOKSL-kontrol	-0,219	0,076	-0,248	0,043*
	MOKSL-temizlik	-0,349	0,004*	-0,307	0,012*
	MOKSL-yavaslık	-0,355	0,003*	-0,266	0,029*
	MOKSL-kusku	-0,037	0,769	-0,186	0,131
	MOKSL-ruminasyon	-0,176	0,154	-0,304	0,012*
Kontrol	MOKSL-toplam	-0,077	0,536	-0,134	0,278
	MOKSL-kontrol	-0,068	0,582	0,035	0,782
	MOKSL-temizlik	-0,083	0,502	-0,167	0,176
	MOKSL-yavaslık	-0,220	0,074	-0,238	0,043*
	MOKSL-kusku	-0,005	0,967	-0,070	0,573
	MOKSL-ruminasyon	-0,115	0,353	-0,223	0,069

Spearman Correlation test; a:0,05;* ilişki istatistiksel olarak anlamlı

Yeme tutumu puanı ile bağlanma stillerinin ilişkisi **Tablo 10'**dadır. OKB'lilerde YTT puanı ile korkulu bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon (**r=0,240, p=0,05**) varken; YTT puanı ile güvenli bağlanma puanı arasında anlamlı olarak negatif korelasyon (**r= -0,417, p<0,001**) vardı. Güvenli bağlanma puanı arttıkça YTT puanının azalması çalışmamızda beklenen bir sonuçtur.

Kontrol grubunda ise YTT puanı ile korkulu bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon (**r=0,306, p=0,012**) vardı.

Tablo 10. YTT puanları ile İÖA alt ölçek puanlarının korelasyonu

	YTT			
	Hasta (n:67)		Kontrol (n:67)	
	r	p	r	p
İÖA-korkulu	0,240	0,050*	0,306	0,012*
İÖA-kayıtsız	-0,141	0,254	-0,046	0,712
İÖA-saplantılı	0,046	0,712	-0,058	0,640
İÖA-güvenli	-0,417	p<0,001*	0,034	0,784

Spearman Correlation test; a:0,05;* ilişki istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 11'de YTT puanı ile anne-babaya bağlanma puanlarının ilişkisine baktığımızda; çalışma grubunda YTT puanı ile babaya bağlanma puanı arasında anlamlı negatif korelasyon (**r= -0,385, p=0,001**) vardı.

Tablo 11. Yeme tutumları ile anne baba bağlanma durumları arasındaki ilişki

	YTT			
	Hasta (n:67)		Kontrol (n:67)	
	r	p	r	p
EABE-anne	-0,224	0,068	0,056	0,653
EABE-baba	-0,385	0,001*	-0,036	0,774

Spearman Correlation test; a:0,05;* ilişki istatistiksel olarak anlamlı

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada OKB'li ergenlerde bağlanma stilleri, anne-babaya bağlanma durumları ve bunların yeme tutumu ile ilişkisi incelenmiş ve değerlendirme kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

Çalışmanın bu bölümünde elde edilen bulguların ilgili literatür ışığında tartışılmasının yanı sıra araştırmada yer alan sınırlılıklara ve gelecek araştırmalar için gerçekleştirilmesinin uygun ve gerekli olduğu düşünülen önerilere yer verilecektir. Bulguların literatür doğrultusunda değerlendirilmesi dört başlık altında aktarılacaktır. İlk olarak OKB ve bağlanma stillerinin ilişkisi, sonra OKB ve anne-babaya bağlanma arasındaki ilişkisi değerlendirilecektir. Üçüncü kısımda bağlanma stilleri ile yeme tutumu ilişkisi ve son kısımda ise anne-babaya bağlanma ile yeme tutumu ilişkisi ile ilgili değerlendirmeye yer verilecektir.

1. OKB ve Bağlanma İlişkisinin Değerlendirilmesi
2. OKB ve Anne-Babaya Bağlanma İlişkisinin Değerlendirilmesi
3. Bağlanma Stilleri ve Yeme Tutumu İlişkisinin Değerlendirilmesi
4. Anne-Babaya Bağlanma ve Yeme Tutumu İlişkisinin Değerlendirilmesi

5.1. OKB Ve Bağlanma İlişkisinin Değerlendirilmesi

Obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde güvensiz bağlanma boyutlarının gelişimsel bir risk etkeni olabileceği düşünülmektedir. İçsel veya dışsal bir tehdidin varlığında veya herhangi bir durum tehdit içerikli olarak yorumlandığında güven temelli stratejilerin aktif hale gelmesi çatışmayı ozmektedir. Bunun yanı sıra, güvenli bağlanmanın olmadığı durumlarda kendini gösteren kaygı ve kaçınma özelliklerinin psikopatolojik belirtilerin anlaşılmasında önemli olduğu belirtilmiştir(98).

Söz konusu güvensiz bağlanma özelliklerinin benliğe, diğerlerine ve dünyaya ilişkin olumsuz zihinsel temsiller nedeniyle obsesif inançların ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde de etkin olabilecekleri düşünülmektedir (99).

Güvensiz bağlanmada bağlanma sistemi birincil görevlerinden olan koruma işlevini yerine getirememektedir (76). Dolayısı ile kişide dünyanın tehlikeli bir yer olduğu, beklenmeyen ve öngörülmeyen tehlikeler içerdiği, tehlikeler karşısında güvenli bir sığınaktan yoksun olduğu ile ilgili inançlar oluşabilmektedir. Bu inançların aşırı tehdit öngörüsünün altında yatabileceği düşünülmektedir (99).

Doron ve ark erişkinlerle yaptığı bir çalışmasında, güvensiz bağlanmanın obsesif inanışlar aracılığıyla obsesif-kompulsif belirtileri yordadığı bulunmuştur (5). Vatan'ın yaptığı çalışmada ise; bağlanmanın kaygı boyutu ve kontrol etmeye yönelik kompulsiyonlar arasındaki ilişkide sorumluluk/tehdit ve mükemmeliyetçilik/kesinlik inanç alanlarının aracı rol oynadığı belirtilmiştir (99). Bunlara ek olarak; Doron ve arkadaşları, güvensiz bağlanma stillerinin kişilerin duygu düzenleme süreçlerini

etkileyerek OKB belirtilerinin gelişmesini ve obsesif inanışların oluşmasını etkilediğini öne sürmüştür (133).

Geniş çaplı araştırmalarda OKB'nin de yer aldığı klinik psikopatoloji grupları ile güvensiz bağlanma arasında belirgin bir ilişki olduğu gösterilmesine karşın(134, 135)temel bağlanma boyutları ile ilişkisi konusunda tutarlı bulgular mevcut değildir.

Bazı çalışmalar güvensiz bağlanmanın kaygı boyutuyla OKB arasında ilişki saptarken (136-139)bağlanmanın kaçınma boyutunda daha yüksek puan alanların daha fazla obsesif kompulsif belirti bildirdiklerini gösteren çalışmalar da mevcuttur(140).Cooper ve ark.'nın ergenlerle yaptıkları bir araştırmada ise; hem kaygılı hem de kaçınan bağlanma stiline sahip olanların güvenli bağlananlardan daha yüksek düzeyde OKB belirtisine sahip oldukları bulunmuştur (134).

Ülkemizde OKB'li erişkinlerle yapılan bir çalışmada; bağlanma özellikleri kaygı ve kaçınma olarak iki boyutta incelenmiş ve klinik grupta bağlanma açısından kaygı özelliklerinde anlamlı farklılık bulunurken, kaçınma özelliklerinde klinik ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (4).

Yine erişkin örnekleme yapılan bir diğer çalışmada da kontrol grubundaki katılımcılar OKB grubundaki katılımcılara göre daha düşük düzeyde bağlanma kaygısı belirtmişlerdir (141).

Ancak güvensiz bağlanma ile obsesif inanışlar arasında ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (142). Yazar bu sonucun çalışmada kullanılan bağlanma ölçeğinin (Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği) geçerliliğinin düşük olmasından kaynaklandığını ifade etmiştir.

Bizim çalışmamızda OKB'li grup ile kontrol grubu İÖA puanları karşılaştırıldığında; güvensiz bağlanma boyutlarından olan korkulu, kayıtsız ve saplantılı bağlanma puan ortalamalarının her üçü de OKB'li grupta yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde değildi. Güvenli bağlanma puan ortalamaları açısından ise gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hasta grubunda güvenli bağlanma puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü.

Çalışmamızda OKB grubunda MOKSL puanları ile bağlanma stilleri ilişkisi incelendiğinde MOKSL toplam puanı ile güvenli bağlanma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulundu. OKB'li ergenlerde güvenli bağlanma puanı arttıkça obsesif kompulsif belirtiler azalmaktaydı. Ayrıca MOKSL toplam puanı ile korkulu bağlanma puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon vardı. Bu sonuçlar güvenli bağlanmanın obsesif kompulsif belirtiler açısından koruyucu rolünün olabileceğini düşündürmüştür.

MOKSL alt ölçek puanlarına bakıldığında çalışma grubunda; kontrol ve ruminasyon alt ölçek puanı ile saplantılı bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon vardı. Kuşku alt ölçek puanı ile de kayıtsız bağlanma puanı arasında anlamlı negatif korelasyon vardı. Temizlik ve yavaşlık alt ölçek puanı ile korkulu bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon var iken; bu iki alt ölçek puanı ile güvenli bağlanma puanı arasında anlamlı negatif korelasyon vardı. Bulgularımız obsesif kompulsif belirtilerle güvensiz bağlanmanın pozitif ilişkili olduğunu bildiren çalışmaları desteklemektedir(5, 133, 134, 136, 137, 139).Güvensiz bağlanma özellikleri güçlü olan kişiler kendileri için önemli olan alanlarda (iş, okul ya da arkadaşlıklar gibi) mükemmel olmaya çalışarak olası kayıpları önlemeye çalışabilirler. Bu eğilimleri ise obsesif inanışların şiddetlenmesiyle ilişkili olabilir.

Erişkin bağlanma özellikleri ve obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelendiği, 18-26 yaş arası 551 üniversiteli ile yapılan bir çalışmada; güvenli bağlanma puanları arttıkça mükemmeliyetçilik/kesinlik, bulaşma/kirlenme, kontrol etme, biriktirme, sadece doğru hissetme ve kararsızlık belirtilerinin görülme ihtimalinin azaldığı görülmüştür(142). Bu bulgular, güvenli bağlanma boyutunun obsesif-kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında koruyucu bir rol oynadığı izlenimini vermektedir. Vatan'ın erişkinlerle yaptığı çalışmada; bağlanmanın kaygı boyutu ile kendine veya başkalarına zarar verme düşünceleri, kirlenme/temizleme ve düzenleme belirtileri ilişkili bulunmuştur. Kontrol etme obsesyon ve kompulsiyonlarının da yine bağlanmanın kaygı boyutu tarafından yordandığı belirtilmiştir (99).Çalışmamızda OKB'li ergenlerde MOKSL kontrol etme alt ölçeği ile İÖA saplantılı bağlanma arasında pozitif korelasyon görüldü, saplantılı bağlanmada yüksek kaygı olduğu göz önünde bulundurulursa, bu bulgu Vatan'ın (99) sonucuyla uyumludur. Ayrıca MOKSL temizlik alt ölçeği ile İÖA korkulu bağlanma arasında pozitif ilişki saptandı.

Yetişkin bireylerle yapılan bir başka araştırmada, bağlanma stilleri ve OKB ilişkisinde tekrarlayıcı düşünmenin (ruminasyon) aracı rolünün olduğu, tekrarlayıcı düşünmenin kaygılı bağlanma tarafından yordandığı; ancak kaçınmacı bağlanma tarafından yordandığı belirtilmiştir (143). Bizim çalışmamızda da ruminasyon puanları saplantılı bağlanma puanları ile anlamlı olarak pozitif koreleydi. Saplantılı bağlanmada kaygının yüksek kaçınmanın düşük olduğu göz önünde bulundurulursa bizim sonucumuz Gülüm ve Dağ'ın (143) sonucuna benzerdir.

Bağlanmanın kaygı boyutu olumsuz benlik algıları ile birlikte kişinin tehditlerin ortaya çıkmasında ve önlenmesinde kendisine daha fazla yüklenmesini, bu konularda kendisini daha fazla sorumlu algılamasını, bunlarla baş etmek için belirsizlikten uzak olması ve en iyisi olması gerektiği gibi inançların gelişmesini de etkileyebilir. Dolayısı ile bağlanmanın kaygı boyutunda birincil görevler yerine getirilemediğinden, kişi sistemi sürdürmek için ikincil stratejilerden yüksek aktivasyonu gösterebilmektedir(98). Böylece yüksek aktivasyonun sürekli tetikte olmayı beraberinde getirmesi ve obsesif inançları artırması aracılığı ile obsesif-kompulsif belirtileri artırdığı söylenebilir. Yüksek sorumluluk, tehdit algısı ve standartlar, ayrıca düşüncelerin ve kontrolün aşırı önemsenmesi gibi inançların bağlanma sistemindeki yüksek aktivasyonla yakından ilişkili oldukları düşünülmektedir. Söz konusu yüksek aktivasyon özelliğinin ayrıca sürekli bir çaba ve uğraş içermesi özelliğinin girici düşüncelerin obsesyona dönüşmesinde ve kompulsiyonların ortaya çıkmasında da etkin olabilecekleri akla gelmektedir (99).

5.2. OKB Ve Anne-Babaya Bağlanma İlişkisinin Değerlendirilmesi

Önceki çalışmalar, gelişimsel psikopatoloji ile anne-çocuk arasındaki bağlanmanın ilişkisini ortaya koymuştur. Anne-babanın ruhsal sıkıntı öyküsünün eşlik ettiği dönemlerde, çoğu zaman bebeğe sağlıksız bakım verme ve uygunsuz tepki verme ile bireyde gelişen sağlıksız bağlanma stilleri, ergenlik ve yetişkinlik döneminde bireyin ruh sağlığını da etkilemektedir. Çalışmalarda dağınık bağlanma örüntüsüne sahip bireylerde antisosyal davranış ve ilaç kötüye kullanımına daha çok rastlanırken, kararsız bağlanan

bireylerde sıklıkla sosyal geri çekilme ve içselleştirme sorunları gözlenmiştir. Özellikle kararsız bağlanma ilişkisinin yaşamın karmaşık dönemlerinde anksiyete, depresyon ve duygusal stres oluşturabilecek zararlı sonuçlarının olabileceği belirtilmiştir. Bu bireylerin genellikle strese karşı kaçınan bir tutum sergiledikleri saptanmıştır(144-146).

Ülkemizde ergenlerin bağlanma stilleri ve ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada; korkulu bağlanmış ergenlerde duygusal alan ve toplam günlük alanlarında sorun yaşandığı, saplantılı bağlanması olan ergenlerde duygusal alanda, dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve toplam günlük alanlarında sorun yaşandığı, güvenli bağlanan ergenlerde ise dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, akran sorunları, duygusal sorunlar ve toplam günlük alanlarında sorun davranışların azaldığı saptanmıştır. Güvenli bağlanma stiline sahip olanların anne-babalarının yüksek oranda çocuklarının gereksinimlerine duyarlılık gösterdikleri ve doyum sağladıkları, kayıtsız ve korkulu bağlanma stiline sahip çocukların anne-babalarının ise çoğunlukla bedensel temastan hoşlanmayan, azarlayıcı ve reddedici oldukları, özellikle çocuklarının onlara en çok gereksinme duyduğu anlarda geri çekilme eğilimi gösterdikleri görülmüştür.(147).

OKB semptomlarının ortaya çıkmasında genetik zemin ve çevresel faktörlerin yanında, ebeveyn özelliklerinin ve çocuk yetiştirme tutumlarının da önemli olduğu düşünülmektedir. OKB'nin ortaya çıkması ve devam etmesinde ailenin model alınması, ailelerin çocuklarının semptomlarına eşlik etmesi, duyguların fazlaca ifade edildiği bir aile ortamında yetişme ve ebeveyn tutumları ve bağlanma gibi aile özellikleri de muhtemel risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (31). OKB olan ergenlerin olmayanlara göre ailelerinde anlamlı düzeyde daha az duygusal destek ve yakınlık olduğu belirtilmiştir (148).Anne-babaya ilişkin algılanan yetersiz ilgi ve aşırı kontrol davranışlarının depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve OKB gibi çeşitli ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (149). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; OKB olmayan kontrol grubu ebeveynlerinin, OKB olan araştırma grubuna göre, daha yüksek düzeyde demokratik tutum sergiledikleri çocuklar tarafından ifade edilmiş ve demokratik ebeveyn tutumunun çocuk gelişimi açısından en ideal tutum olduğu belirtilmiştir (150). Demokratik tutum ile çocuklardaki yüksek bağlanma puanları arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (151).

Anne-babaların birinde ya da ikisinde birden görülen depresyon, şizofreni, duygulanım bozuklukları gibi ruhsal bir bozukluk çocuklarla güvenli bağlanma ilişkisi kurulmasını engelleyebilir (152).Özellikle primer bakım verende (çoğunlukla anne) mevcut olan ruhsal hastalıklar, bebek ile kurulan duygusal ilişkiyi, bebek bakımını, bakım veren kalitesini ve niteliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bizim çalışmamızda da annesinde psikiyatrik bozukluk olan OKB’li ergenlerde güvensiz bağlanma boyutlarının her üçünde de puan ortalamaları annesinde psikiyatrik bozukluk olmayan OKB’lilere göre yüksek olsa da bu fark anlamlı düzeyde değildi. Yine annelerinde psikopatoloji olanlarda güvenli bağlanma puan ortalaması anlamlı farklılık olmasa da daha düşüktü.

Bizim çalışmamızda da EABE-anne ve EABE-baba bağlanma puan ortalamaları kontrol grubunda hasta grubundan daha yüksekti; ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamaktaydı. Bu durum örneklem büyüklüğü ile ilişkili olabilir.

Cinsiyetlere göre EABE puanlarına bakıldığında OKB grubunda hem anne hem babaya bağlanma puan ortalamaları kızlarda erkeklerden daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Kontrol grubunda ise EABE anne ve baba bağlanma puanları her iki cinste de birbirine yakındı.

Annesinde psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan hastaları karşılaştırdığımızda; annesinde psikiyatrik hastalık olan OKB’lilerin hem anne hem baba bağlanma puan ortalamaları annesinde psikiyatrik hastalık olmayan OKB’lilerinkinden düşüktü ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuyordu. Bu sonuç örneklem sayısının düşük olmasıyla ilgili olabilir. Çalışmamızda annesinde psikiyatrik hastalığı olan OKB’li ergen sayısı 21 idi. Bazı anneler farklı nedenlerden dolayı hastalığını bildirmemiş ya da herhangi bir yardım talebinde bulunmadığı için tanı konulmamış bir psikiyatrik bozukluğa sahip olabilir. Annelerin psikiyatrik muayenelerinin yapılmamış olması bu çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Bağlanma sürecinde en önemli dönem olan ilk iki yaşta annenin ruhsal durumu bağlanmayı olumlu/olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca ebeveynde psikopatoloji olması durumunda (örn; bipolar bozukluk, şizofreni..) ebeveyn ötimik zamanlarda dahi olsa çocuğuna karşı suçluluk ve yetersizlik duyguları hissedebilir. Bu durum da ebeveyn çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkilemekte ve güvenli bağlanmayı güçleştirmektedir. Ebeveyn psikopatolojilerini yapılandırılmış/yarıyapılandırılmış tekniklerle belirlemek ve ebeveyn-bebek ilişkisinin geçmişe yönelik ayrıntılı

değerlendirmek ebeveyn ruhsal durumu ile bağlanmanın ilişkisi açısından daha sağlıklı sonuçlar verecektir.

Çalışmamızda; EABE puanları ile MOKSL puanları karşılaştırıldığında; OKB grubunda; MOKSL toplam puanı ile hem anneye hem de babaya bağlanma puanı arasında anlamlı negatif korelasyon mevcuttu. Anne babaya bağlanma puanı arttıkça hastalarda daha az obsesif kompulsif belirti görülüyordu. Güvenli bağlanma özellikleri ve obsesif-kompulsif belirtiler arasında ortaya konan ilişkiler geçmiş çalışmalarla tutarlıdır (153, 154). Kontrol grubunda ise; anneye bağlanma puanı ile MOKSL toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmazken, babaya bağlanma puanı ile yavaşlık alt ölçek puanı arasında anlamlı negatif korelasyon vardı.

Ebeveynlerde duygusal yakınlığın az olmasının OKB'nin simetri - düzen ve biriktirme alt boyutunu yordadığı saptanmıştır(155). Bizim çalışmamızda ise; anneye bağlanma puanı ile MOKSL alt ölçeklerinden temizlik ve yavaşlık alt ölçek puanı arasında anlamlı negatif korelasyon varken, babaya bağlanma puanı ile kontrol, temizlik, yavaşlık ve ruminasyon alt ölçek puanı arasında anlamlı negatif korelasyon vardı.

5.3. Bağlanma Stilleri ve Yeme Tutumu İlişkisinin Değerlendirilmesi

Bağlanma örüntüleri ve yeme bozuklukları ilişkisine bakıldığında yeme bozukluğu olanların bağlanma nesnelere ile (çoğu zaman anne) olumsuz ilişkilerinin olduğu ve bu hastaların güvensiz bağlanma stillerine sahip olduğu fikri kabul görmektedir. Güvensiz bağlanan bireylere benzer şekilde yeme bozukluğu hastalarının da düşük benlik saygısı, yetersizlik ve işe yaramazlık duygularına sahip olduğu görülmektedir. Yeme bozukluğu olanların çoğunda güvensiz bağlanma ile bireysel yatkınlık bir araya geldiğinde semptomlar ortaya çıkmaktadır(110).

Araştırmalar erken çocukluk döneminde bağlanma yaşantısına ve bağlanmanın yeme bozukluğu gelişimindeki etkisine vurgu yapmaktadır. Bebeklik döneminde bakım ve sevgi ihtiyaçlarının yeterince ve uygun şekilde karşılanmamasının kişinin benliğine, kendi bedenine ve bedenindeki değişimlere yabancılaşmasına neden olacağı açıktır(156).

Yeme bozukluklu kişilerin ailelerinde üzüntü, kızgınlık, yalnızlık, hayal kırıklığı gibi olumsuz duygularla başa çıkmakta zorluk yaşandığı, saldırgan duyguların kabul edilemez olduğu, kişinin baş etmekte zorlandığı duyguları azaltmak için bulimik davranışlar geliştirdiği belirtilmektedir. Aile dinamiklerine bakıldığında; yeme bozukluğu olan kızların babalarını duygusal olarak ulaşılmaz gördüğü, baba-kız ilişkisinin çok zayıf olduğu, babaların eleştirel yaklaşımının fazla olduğu, babaya olan uzaklık sonucu anne-kız arasında daha iç içe geçmiş bir ilişki olduğu belirtilmektedir (110).

Kızlar babalarıyla iletişime geçmek yerine kontrol edebildikleri bir alan olan bedenlerine odaklanmakta ve kendilerini kabul edilebilir kılmak için görünüş ve kilo ile ilgili uğraşlara girişmektedirler. Görünüşünden memnun olmama bazen olumsuzluklara karşı koruyucu bir görev yapabilir. Zira “Fazla kilolu olduğum için bu işi alamadım.” fikri benlik için, “Yetersiz ve beceriksiz olduğum için bu işi alamadım.” fikrinden daha az tehditkardır(144).

Yeme bozukluğu olanlarda kaygılı, kararsız ve kaçınan bağlanma stilleri görülebilmektedir. Çalışmalarda yeme bozukluğu alt tiplerinde bağlanma stilleri açısından farklılık bulunmamış, anoreksiya ve bulimiya hastalarının benzer şekilde bağlanma problemleri olabileceği düşünülmüştür(120).

Hem klinik örnekleme hem de genel popülasyonda yapılan çalışmalara bakıldığında, yeme sorunlarında saplantılı bağlanma biçimine sıkça rastlanmaktadır(157, 158).

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; yeme tutum sorunu gösterenlerde, göstermeyenlere kıyasla, korkulu ve saplantılı bağlanma biçimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yeme tutumunda sorunu olanların olmayanlara göre daha fazla saplantılı ve korkulu bağlanma biçimleri gösterdiği gözlenmiştir(159).

Broberg ve ark. yeme bozukluğu gösterenlerle kontrolleri bağlanma biçimleri açısından karşılaştırmışlardır. Normal grupta kayıtsız bağlanma biçimi bulunurken, yeme bozuklukları grubunda korkulu/kayıtsız ve korkulu/saplantılı bağlanma biçimleri kombinasyonları daha fazla görülmüştür(160).

Latzer ve ark. yeme bozukluğu hastalarının kontrollere göre daha az güvenli, daha kayıtsız ve kaygılı bağlanma biçimi gösterdiklerini bulmuşlardır (161).

Türkiye’de kız üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada da, kayıtsız bağlanma biçimine sahip olan kişilerin, korkulu ve güvenli bağlanma biçimine sahip olan kişilere göre daha fazla işlevsel olmayan yeme örüntüleri sergilediği görülmüştür. Diğer yandan, saplantılı bağlanma biçimine sahip bireylerin, korkulu bağlanma biçimine sahip bireylere göre daha fazla işlevsel olmayan yeme örüntüleri sergiledikleri belirlenmiştir (162).

OKB’li hastalarda yeme tutumunun bozulduğu daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir (6, 114, 116). Bizim bilgilerimize göre ülkemizde çocuk ve ergenlerde yeme tutumunun değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Erişkin OKB’li hastalarda yapılan bir çalışmada ise OKB’li hastalarda yeme tutum puanlarının anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir (163).

Ülkemizde 17-27 yaş arası üniversiteli gençlerle yapılan bir çalışmanın sonucuna göre obsesif kompulsif belirti düzeyi arttıkça yeme tutumundaki bozulmada da artış olduğu, yeme tutumunu (anorektik-bulimik belirtiler) anlamlı olarak yordayan değişkenler arasında obsesif kompulsif belirtilerin de bulunduğu saptanmıştır (106). Çalışmamızda OKB grubunda YTT puan ortalaması kontrol grubundan yüksekti ancak iki grup arasında YTT puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Örneklem büyüklüğü bu sonuçla ilişkili olabilir. Ayrıca genel olarak yeme bozukluklarının 14-15 yaş sonrası başladığı göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızdaki yaş ortalamalarının kısmen düşük olması da bu sonucu etkilemiş olabilir. Yine yeme davranışı ve beden imajının kültürel ve coğrafi farklılıklardan etkilendiği düşünüldüğünde bölgemizdeki yeme/yemek kültürünün de etkisi olabilir.

Çalışmamızda OKB’lilerde YTT puanı ile korkulu bağlanma puanı arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Kontrol grubuna baktığımızda YTT puanları ile korkulu bağlanma puanları arasında OKB grubuna benzer şekilde pozitif korelasyon vardı. OKB’lilerde YTT puanı ile güvenli bağlanma puanı arasında anlamlı olarak negatif korelasyon gösterirken kontrol grubunda böyle bir ilişki görülmedi. Bu durum OKB’li

ergenlerde güvenli bağlanmanın yeme tutumu açısından önemli bir faktör olabileceğini düşündürmüştür.

5.4. Anne-Babaya Bağlanma ve Yeme Tutumu İlişkisinin Değerlendirilmesi

Anne-babaya bağlanma çalışmaları arasında kullanılan örneklemin yapısı ve büyüklüğü, ölçüm araçları gibi yöntemsel farklılıklar bulunmasına rağmen elde edilen sonuçlar genel olarak demokratik ebeveyn tutumunun yeme bozuklukları için yaygınlığı en düşük ebeveynlik biçimi olduğuna işaret etmektedir.

Yapılan çalışmalar yeme bozukluklarının gelişimi ve sürdürülmesinde aileden algılanan düşük ilgi ve/veya yüksek aşırı korumanın önemli bir risk faktörü olduğuna yönelik bulgular ortaya koymaktadır (164-167).

Klinik örneklem ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada AN hastaları belirti düzeylerine göre kronik AN hastaları, tamamen iyileşenler ve kısmen iyileşenler olmak üzere 3 ayrı gruba ayrılmıştır. Kronik AN hastası olanlar diğer tüm gruplara göre annelerinden algıladıkları ilginin anlamlı derecede daha düşük olduğunu bildirmiştir. Babadan algılanan ilgiyi ise kontrol grubuna ve tamamen iyileşenlere göre daha düşük olarak algılamışlardır (168).

Turner ve ark. ise obez olan ve olmayan ergen örneklemiyle çalışmışlar ve ergenlerin şemalarını ve ebeveyne bağlanma biçimlerini incelemişlerdir. Obezitesi olanlar özellikle babalarını daha fazla kontrolcü ve daha az ilgili olarak algıladıklarını belirtmiştir. Annelerin yaklaşımının ise olumsuz benlik algısı ve şemalara katkı yaptığı görülmüştür. Ebeveyn-çocuk ilişkisinin olumlu olmasının yeme bozukluklarının gelişmesi açısından yaşam boyu koruyuculuk sağladığı belirtilmiştir (169).

Ülkemizde de bu alanda yapılan çalışmalar yeme tutumu ile ebeveynden algılanan ilgi ve kontrol arasında yurtdışı çalışmalarına benzer ilişkiler bulmuşlardır (156, 170).

Aile dinamiklerine bakıldığında; ergenler ile yapılan çalışmalarda baba-kız ilişkisindeki zayıflığın ve babanın kontrol davranışlarının ve eleştirel yaklaşımının daha belirleyici olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir (167, 171, 172).

Ancak üniversite öğrencileri ile daha yakın zamanda yürütülen bir başka çalışmada Norveçli ve Amerikalı öğrenciler yeme bozukluğu, benlik kavramı ve ana babaya bağlanma açısından karşılaştırılmış, yeme bozukluğu ile ana babaya bağlanma arasında doğrudan bir ilişki saptanmamıştır. Ancak birtakım ana babaya bağlanma örüntülerinin (örn. düşük düzeyde ilgi ve duygusal destek, çocuğun reddi, psikolojik olarak ulaşılmazlık, aşırı koruma, kişisel otonomi sağlamada başarısızlık, davranışların kısıtlanması ve kontrol edilmesi gibi) daha yüksek belirti düzeyi ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Sonuç olarak çalışmanın bulguları düşük ilgi, aşırı koruma ve değişken benlik kavramının yeme bozukluklarının öncülleri olabileceğini desteklemektedir(122).

Bizim çalışmamızda ise; OKB'li grup ile kontrol grubu arasında anneye bağlanma puanları açısından anlamlı fark bulunmazken, çalışma grubunda YTT puanı ile babaya bağlanma puanı arasında anlamlı olarak negatif korelasyon vardı. OKB'li ergenlerde babaya bağlanma puanları azaldıkça YTT puanları artıyordu. Bu bulgu yeme bozukluğu olan ergenlerde baba-çocuk ilişkisinde problem olduğunu gösteren çalışmaları desteklemektedir(167, 171, 172).

6. SINIRLILIKLAR

Ebeveyne bağlanma doğrudan gözlenebilir bir kavram değildir, ancak gözlemlenebilen davranışlar dikkate alınarak değerlendirilmektedir. Hem bu çalışmada hem de geçmiş çalışmaların çoğunda bağlanma stillerinin kişilerin beyanına dayalı öz bildirim ölçekleriyle ölçülmesinden kaynaklanan yanlılıklar nedeniyle bağlanma ile psikopatoloji arasındaki ilişki tam olarak anlaşılammaktadır. Görüşme tekniğine dayalı ölçekler, bağlanma sisteminde kısmen bilinç dışı ya da bilinçaltı süreçler temelinde işlenen savunma stratejilerini ölçmeye yönelik olarak geliştirildiğinden, bu ölçeklerin ölçüm güçlerinin de daha yüksek ve altta yatan süreçleri temsil etmede daha başarılı olduğu bilinmektedir. Kişi beyanına dayanan bağlanma ölçeklerinin genellikle kişiler arası

süreçlerde “bilinçli” farkındalığı ölçtüğünü ve yanlılığa ve savunmacı çarpıtmalara açık olabileceklerini göz önünde bulundurmak gerekir.

Bu nedenle, bu çalışmanın en önemli sınırlılığı bağlanma boyutlarının öz bildirim ölçekleriyle ölçülmüş olması ve bahsedilen yanlılıklara açık olmasıdır. Kişi okuma zorlukları nedeniyle doğru yanıt veremeyebilir, sosyokültürel özelliklerine göre farklı bakış açıları geliştirebilir, yanlış anlaşılabilir ya da işaretlemelerinin ebeveynlerle paylaşılabilir endişesiyle ters yanıtlar verebilir. Çalışmamıza dahil edilen bireylerin yaş aralığının 11-18 olduğu göz önüne alındığında kısmen daha küçük yaşta olanlar ölçekleri anlamakta, uygun yanıt vermekte zorlanmış olabilir. Her bir katılımcının maddeleri doğru olarak anladığına ilişkin bir bilgiyi göz önünde tutmak mümkün görünmemektedir.

Her ne kadar bağlanmaya ilişkin değerlerin psikopatolojiye neden olabileceği tartışılmışsa da çalışmanın korelasyonel ve kesitsel olduğu ve bu nedenle bulguların neden-sonuç ilişkisi için doğrudan kanıt oluşturmayacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yüzden bağlanmayı ve yeme tutumunu belirleyen etmenlerin gelişimsel olarak ortaya çıkışı ve yönü tam olarak bilinmemektedir ve çalışma değişkenlerinin zaman içerisindeki değişimine ve neden-sonuç ilişkisine izin veren yorumlamalara bu çalışma dâhilinde yer verilememektedir.

Çalışmanın tek bir ilde, seçilmiş bir ergen grubunda yapılmış ve örneklemin küçük olması sonuçların genellenmesini önlemektedir. Tek merkezde ve yalnızca ayaktan başvuran hastalarla yürütülmüş olması örneklem özelliklerinin çeşitliliğini kısıtlamakta ve sonuçların tüm OKB hastaları için genelleştirilmemesi gerektiğini düşündürmektedir. Katılımcı sayısı artırılarak daha çeşitli sonuçlarla bu araştırma genişletilebilir.

Çalışmamızda örneklem grubuna dahil olup olmama hususunda DSM 5 kriterleri temel alınmıştır. Ancak; DSM 5'e göre tanı almasa da bazı ergenlerde mevcut olabilecek depresif, obsesif ya da anksiyöz özelliklerin etkileri dışlanamamaktadır. Ayrıca yakın zaman yaşam olayları formun doldurulduğu zamandaki duygulanımı ve anne-babaya karşı olan hisleri ve ölçek puanlarını etkilemiş olabilir.

Örnekleminizde hastalık sürelerinin ve şiddetlerinin değerlendirilmemiş olması da çalışmamızın bir sınırlılığıdır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak çalışmamızda;

1. OKB'li ergenlerde güvenli bağlanma puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü.
2. OKB'li ergenlerde güvensiz bağlanma (korkulu, kayıtsız ve saplantılı) puanları anlamlı fark oluşturmada da kontrollere göre yüksekti.
3. OKB'lilerde güvenli bağlanma puanları azaldıkça ve korkulu bağlanma puanları arttıkça toplam MOKSL puanlarının artmaktaydı.
4. OKB'lilerde hem anneye hem de babaya bağlanma puanları arttıkça toplam MOKSL toplam puanları azalmaktaydı.
5. YTT puanları arasında çalışma grubu ve kontrol grubu arasında fark bulunmamıştı.
6. OKB grubunda güvenli bağlanma puanları azaldıkça ve korkulu bağlanma puanları arttıkça YTT puanları artmaktaydı.
7. Gruplar arası anneye ve babaya bağlanma puanları açısından anlamlı fark yoktu.
8. OKB grubunda babaya bağlanma puanları arttıkça YTT puanları azalmaktaydı.
9. Annede psikiyatrik bozukluk OKB'lilerde kontrollere göre belirgin olarak yüksektir, anlamlı fark oluşturmada da annelerinde psikiyatrik hastalık olan OKB'lilerin güvenli bağlanma puan ortalaması daha düşük, güvensiz bağlanma (korkulu, kayıtsız ve saplantılı) puan ortalamaları daha yüksekti.

Gelişimsel psikopatoloji ve bağlanma ilişkisini gösteren iki temel yol vardır. İlki, yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan bazı atipik bağlanma özelliklerinin kendisi bir bozukluk veya psikopatoloji belirtisi olarak ele alınabilir. Bu durumda çocuğun yetiştiği

ortamdaki diğerk risk etkenleri ile birlikte, erken dönem ilişkilerinin şimdiki davranış sorunlarına yol açtığı düşünülür. Diğerk yol ise, bağlanmanın ileriki yıllarda ortaya çıkan ruhsal ve davranışsal sorunlar için artan bir risk oluşturması ya da risk etkenlerinin etkisini artırması şeklinde açıklanabilir. Ruhsal psikopatolojilerin gelişiminde temel risk etkenleri; 1. Çocuğun karakteri (mizacı) ve kendine ait özellikleri, 2. Bağlanma öyküsü, 3. Anne-babaların ebeveynlik stilleri ve aile içindeki tutumları, 4. Aile yapısı, kültürel özellikleri. Buna göre, farklı bozukluklar bu dört etkenin farklı şekillerde olumsuz bileşimleri sonucu oluşur(173).

Bilgilerimize göre; çalışmamız ergenlerde OKB, bağlanma ve yeme tutumunu aynı hasta grubunda bir arada değerlendiren ilk çalışmadır. Sınırlılıklara rağmen çalışmamızdan elde edilen bulguların OKB'ye yatkınlık oluşturan faktörlerden olan bağlanma stillerinin, obsesif kompulsif belirtiler ve yeme tutumları ile ilişkisi bakımından literatüre önemli katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz. Gençlerde bağlanma bozuklukları ve yeme tutum sorunları ile ilgili araştırmalar, ihtiyaca yönelik olarak gerekli bilgilendirme ve önleme çalışmalarının planlanması için temel oluşturacaktır. Risk taşıyan ergenlerin belirlenmesi hasta-terapist ilişkisindeki dinamiklerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak ve böylece müdahalenin etkinliğini artıracaktır.

8. EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ ÇOCUK GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. **Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.**

1-ARAŞTIRMANIN ADI:

OKB TANILI ERGENLERDE BAĞLANMA VE BAĞLANMANIN YEME TUTUMU İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

2-ÇOCUĞA UYGULANACAK İŞLEM NEDİR VE NE AMAÇLA YAPILIR?

Katılımcının verilen formları eksiksiz doldurması istenmektedir. Çalışmamızda OKB hastalarında yeme tutumu özellikleri ve bağlanma örüntülerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3-İŞLEM HAKKINDA ÇOCUK VE AİLESİNİ BİLGİLENDİRİCİ AÇIKLAMA

Formlardan elde edilen bilgiler gizli tutulacak herhangi bir yerde paylaşılmayacaktır.

4- ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

(gözlenebilecek istenmeyen etkiler, karşılaşılabilecek sorunlar (allerji, enfeksiyon, baş ağrısı, bayılma, morarma vb.)

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

1-	4-
2-	5-

6-ÇOCUK GÖNÜLLÜ KATILMA KOŞULLARI VE SORUMLULUKLARI (örn. uygulama süresi boyunca hiçbir ilaç kullanmama, uygulanan tedavi şemasına özen gösterme, araştırmacının, vb.).

Katılımcının ve ebeveynin formları eksiksiz doldurması istenmektedir.

Bu koşullara uymadığınız takdirde araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 50 'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 6 AY dir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

(örn, çalışma ilaçlarıyla uygulanan tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabilme olasılığı, sonuçların başka insanların yararına kullanılabilir olması, yalnızca araştırma amaçlı olduğu ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesinin

1- OKB hastalarını değerlendirmede tanı ve tedavi sürecinde yol gösterici olacaktır.
2- OKB hastalarında yeme tutumlarının değerlendirilmesi, yeme bozukluğu açısından risk taşıyan hastalara erken müdahalenin sağlanması
3- Bağlanma örüntülerinin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkisinin değerlendirilmesi, anne baba ve çocuk arasında bağlanmanın güçlendirilmesi

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz,

Çalışma programını aksatmanız,

Gebe kalmanız

Çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR? (şimdilik uygulanmayacak olup ileride uygulanabilecek tedavi yada işlemler ve bunların riskleri)

1-	4-
2-	5-

İLGİ MEVZUAT GEREĞİNCE GEREKİYORSA, ÇOCUK GÖNÜLLÜYE VERİLECEK TAZMİNAT VE/VEYA SAĞLANACAK TEDAVİLER, YAPILACAK ULAŞIM, YEMEK GİBİ MASRAFLARA İLİŞKİN ÖDEMELERİN MİKTARI, YÖNTEMLERİ VE ÖDEME PLANI HAKKINDAKİ BİLGİLER

(Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir. Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir)

--

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için sorumlu araştırmacıya başvurabilirsiniz. .

İSTEDİĞİM ZAMAN ARAŞTIRMADAN AYRILABİLİRMİYİM

Araştırmaya katılımınızın isteğe bağlı olduğu ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere

ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Aşağıda isimleri yazılı doktor ve ekibi tarafından hastalığım/ çocuğumun hastalığı hakkında

bilgilendirildim ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Hastalığın tanısı ve etkin tedavisinin sağlanabilmesi için araştırmanın önemi anlatıldı. İşlemin nasıl uygulanacağı, işlem sırasında yapılacak müdahaleler, işleme bağlı olarak oluşabilecek

riskler ve bu riskler gelişmesi durumunda yapılabilecek ekstra müdahaleler konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirildim. Yapılacak girişimlerle ilgili soru sormak ve doktorumla sorularımı tartışmak için gerekli zaman ve fırsatım oldu ve sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Hiçbir baskı altında kalmadan ve bilincim açık olarak, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Formda bulunan bütün bilgileri anlayarak okudum ve bu formu imzaladım. Formda bulunan tüm boşluklar imzamdaki önce doldurulmuştur.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum.
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.”

TARİH

Hasta Adı ve Soyadı:

İmza:

Vasi Adı ve Soyadı:

İmza:

Doktor Adı ve Soyadı:FEYZA HATİCE SEVGEN

İmza:

Doktor Telefon :0506 902 12 90

Çevirmen varsa Adı ve Soyadı:

İmza:

SOSYODEMOGRATİK VERİ FORMU

1. Çocuğun adı soyadı:.....

2. Çocuğun yaşı:..... *Boş!*

3. Çocuğun cinsiyeti (a) Erkek (b) Kız *Kız!*

4. Çocuğun eğitimi (yıl-kaçıncı sınıf):.....

5. Kaç kardeşi var?..... **Kaçıncı çocuk:**

6. Yaşadığı yer (köy, ilçe, şehir):.....

7. Annenin yaşı: **Babanın yaşı:**

8. Annenin eğitim durumu

(a) Okur-Yazar değil (b) Okur-Yazar (c) İlkokul mezunu

(d) Ortaokul Mezunu (e) Lise mezunu (f) Üniversite mezunu

9. Anne mesleği

(a) Ev hanımı (b) İşçi (c) Memur (d) Emekli (e) Esnaf (f) Serbest (g) Diğer

10. Babanın eğitim durumu

(a) Okur-Yazar değil (b) Okur-Yazar (c) İlkokul mezunu

(d) Ortaokul mezunu (e) Lise mezunu (f) Üniversite mezunu

11. Babanın mesleği

(a) İşçi (b) Memur (c) Emekli (d) Esnaf (e) Serbest (f) İşsiz (g) Diğer

12. Anne baba arası akrabalık (a) Var (b) Yok

13. Ailenizin aylık gelir düzeyi nedir?

(a) 600 TL veya daha az (c) 1500-2500 TL arası (e) 5000 TL üzeri

(b) 600-1500 TL arası (d) 2500-5000 TL arası

14. Aile tipiniz nedir?

(a) Çekirdek aile (b) Geniş aile (c) Boşanmış aile

(d) Anne kaybı (e) Baba kaybı

15. Annede psikiyatrik hastalık var mı?

(a) Hayır (b) Evet (belirtiniz).....

16. Babada psikiyatrik hastalık var mı?

(a) Hayır (b) Evet (belirtiniz).....

17. Anne bu çocuğa gebeliği sırasında aşağıdaki tıbbi sorunlardan birisini yaşadı mı?

(a) Kanama (b) Enfeksiyon (c) Yüksek tansiyon

(d) Şeker (e) Nöbet (f) Aşırı kilo alma

(g) Yaralanma (h) Ameliyatlar (i) Diğer (belirtiniz.....)

(j) Tıbbi bir hastalık geçirmedi

18. Anne bu çocuğa gebeliği sırasında aşağıdaki psikososyal stresörlerden birisini yaşadımı?

- (a) Ayrılık (b) Maddî Sıkıntı (c) İş sorunları
(d) Kötü yaşam koşulları (e) Ölüm (f) Stresöre maruz kalmadı

19. Hamilelik döneminde anne sigara kullanıyor muydu?

- (a) Evet (b) Hayır

20. Hamilelik döneminde anne alkol kullanıyor muydu?

- (a) Evet (b) Hayır

21. Hamilelik döneminde anne ilaç kullanıyor muydu?

- (a) Evet (.....) (b) Hayır

22. Çocuğun doğum şekli

- (a) Normal doğum (b) Sezeryan (Neden?

23. Çocuğun prematür (erken) doğum öyküsü

- (a) Var (b) Yok

24. Çocuğun başka hastalık öyküsü

- (a) Var (.....) (b) Yok

25. Çocuğun uzun süreli kullandığı ilaç var mı?

- (a) Var (.....) (b) Yok

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa "DOĞRU"yu uygun değilse "YANLIŞ"ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

- | | DOĞRU | YANLIŞ |
|---|-------|--------|
| 1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım. | | |
| 2. Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim. | | |
| 3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm. | | |
| 4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım. | | |
| 5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım. | | |
| 6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim. | | |
| 7. Değişmez kurallarım vardır. | | |
| 8. Aklıma takılan nahot düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder. | | |
| 9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum. | | |
| 10. Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam. | | |
| 11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıklmazlardı. | | |
| 12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor. | | |
| 13. Çok fazla sabun kullanırım. | | |
| 14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur. | | |
| 15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim. | | |
| 16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım. | | |
| 17. Temizliğe aşırı düşkünüm. | | |
| 18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim. | | |
| 19. Pis tuvaletlere giremem. | | |
| 20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir. | | |
| 21. Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım. | | |

22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.
25. Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayırım.
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğimi olur.
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.
34. Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim.
35. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girşmeden önce durup düşünürüm.
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen kutu içine (X) işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa "hiçbir zaman" yazılı kutu içine (X) işareti koyunuz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "daima"nın altını (X) ile işaretleyiniz.

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişirim, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Açık olduğunda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklim fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra güçsüzlük hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						
18. Vücudumu saran der elbiselerden hoşlanırım.						
19. El yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlere aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yapıştımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
23. Aletlerim düzenlidir.						
24. Başkaları zayıf olduğunu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnim meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müşhül kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekten yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol etdiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra ipimden kuzmak gelir.						



EABE ÖLÇEĞİ FORMU

Doküman Kodu	PS.FR.17
Yayın Tarihi	12.12.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1 / 2

Aşağıda, anneniz ve babanızla olan ilişkileriniz hakkında cümleler verilmiştir. Her bir cümlede anlatılan durumu ne sıklıkla yaşadığınızı 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz. Bunu anne ve babanız için ayrı ayrı yapmanızı istemekteyiz. Hiçbir maddenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Önemli olan her cümle ile ilgili olarak kendi durumunuzu doğru bir şekilde yansıtmaktır. Anne ve/veya babanızı kaybetmişseniz yetişmenizden en çok katkısı olan kişiyi göz önüne alınız.

Aşağıdaki maddeleri annenizle ilişkinizi göz önünde bulundurarak doldurunuz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Asla

Bazen

Daima

	1	2	3	4	5	6	7
1. Annem duygularına saygı gösterir.							
2. Annem başka biri olsun isterdim.							
3. Annem beni olduğum gibi kabul eder.							
4. Sorunlarım hakkında annemle konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissedirim.							
5. Evde kolayca keyfim kaçar.							
6. Annemin kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendimle kilerle sızmak istemem.							
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda annem bana yol gösterir.							
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu anneme anlatırım.							
9. Anneme kızgınlık duyuyorum.							
10. Annemden pek ilgi görmüyorum.							
11. Kızgın olduğumda annem anlayışlı olmaya çalışır.							
12. Annem bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.							

	<h2>EABE ÖLÇEĞİ FORMU</h2>	Doküman Kodu	PS.FR.17
		Yayın Tarihi	12.12.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	2 / 2

Aşağıdaki maddeleri babanızla ilişkinizi göz önünde bulundurarak doldurunuz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Asla

Bazen

Daima

1. Babam duygularıma saygı gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Babam başka biri olsun isterdim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Babam beni olduğum gibi kabul eder.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sorularım hakkında babamla konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Evde kolayca keyfim kaçar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Babamın kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda babam bana yol gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu babama anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
9. Babama kızgınlık duyuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Babamdan pek ilgi görmüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kızgın olduğunda babam anlayışlı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
12. Babam bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.	1	2	3	4	5	6	7

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ (ADOLESCENT RELATIONSHIP SCALES QUESTIONNAIRE)

Asagıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiginize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kast edilen arkadaşlık, dostluk ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını asagıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
Tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

1. Baskalarına kolaylıkla güvenemem 1 2 3 4 5 6 7
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli. 1 2 3 4 5 6 7
3. Baskalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım. 1 2 3 4 5 6 7
4. Baskalarıyla çok yakınlığına incitileceğimden korkuyorum 1 2 3 4 5 6 7
5. Baskalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım 1 2 3 4 5 6 7
6. Baskalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum 1 2 3 4 5 6 7
7. Yalnız kalmaktan korkarım 1 2 3 4 5 6 7
8. Baskalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim 1 2 3 4 5 6 7
9. Baskalarına tam anlamıyla güvenmekte zorlanırım 1 2 3 4 5 6 7
10. Baskalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır 1 2 3 4 5 6 7
11. Baskalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediklerinden kaygılanırım, 1 2 3 4 5 6 7
12. Kendi kendime yettığimi hissetmem benim için çok önemli 1 2 3 4 5 6 7
13. Baskalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim 1 2 3 4 5 6 7
14. Baskalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder 1 2 3 4 5 6 7
15. Baskalarının bana, benim istediğim kadar yakınlasmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum. 1 2 3 4 5 6 7
16. Baskalarına bağlanmamayı tercih ederim 1 2 3 4 5 6 7
17. Baskaları beni kabul etmeyecek diye korkarım 1 2 3 4 5 6 7

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Ergenlerde Bağlanma ve Yeme Tutumu ile İlişkisinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	103

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULU ADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	KSÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Adres: Kayseri/Kahramanmaraş Yolu Üzeri Açıq Yerleşkesi 46060 K.MARAŞ
	TELEFON	(0344)3003424
	FAKS	(0344)3003409
	E-POSTA	tipkurek@ksu.edu.tr

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADISOYADI	Yrd.Doç.Dr. Hatice ALTUN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADISOYADI				
	DESTEKLEYİCİ	yok			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADISOYADI (TÜBİTAK vs. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
- Anket çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Emel ŞAHİN
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzalarını ver almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**


DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2017	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Açıklama					
	Belge Adı					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	PLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 10	Tarih: 19.07.2017				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırma/polisörün görevleri, araştırmacı, yüklenen ve yöneticileri hakkında alınarak inceleme ve uygun bulunsun diğer araştırmacı/polisörün başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ilişkin etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI: İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Doç. Dr. Emel ŞAHİN

Unvanı/Adı/Soyadı	Üzvenim Alanı	Nispet	Çalıştır		Araştırma Etik Kurulu		Karar *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Başkan Doç. Dr. Emel ŞAHİN	Tıbbi Etik	KSD Topraklı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gün AKIF YANIK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KSD Topraklı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ahmet Çağrı AYKAR	Kardiyoloji	KSD Topraklı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Güneş ÖZKURT	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KSD Topraklı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aygün ERDOĞAN	Fahri Sağlık	KSD Topraklı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Selma YALÇIN	Rejimatoloji	KSD Topraklı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Naciye ERK	Entansiyoloji	KSD Topraklı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Adem HOŞANCI	Diş Hekimliği	KSD Topraklı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Feray ERDOĞAN	Kuliy ve Damar Cerrahisi	KSD Topraklı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ünvanlı Üyesi Ağrı HOSUMALI	Evrensel	Ünvanlı Üyesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ünvanlı Üyesi Ahmet KARAYUT	Patoloji	KSD Patoloji SIVD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hakan SERİYOĞLU	Neuroloji	Merkezi Yöntem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hüseyin HOSUMALI	Neuroloji	Sistem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SERDARBAŞI									

*: Toplamda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Emel ŞAHİN
İmza: 

Not: Etik Kurul Başkanı, İnceleme her aşamada her sorulara İnceleme yapılır.

11. KAYNAKLAR

1. Bayar R, Yavuz M. Obsesif kompulsif bozukluk. Türkiye’de Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008; 62:185-92.
2. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol Ş. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. Klinik Psikiyatri 2005; 8:88-99.
3. Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygin D, Sert H. Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015; 2(2):187-97.
4. Vatan S. Obsesif kompulsif bozuklukta bağlanma, obsesif inançlar ve duygu düzenleme zorlukları: Klinik ve klinik olmayan örneklem karşılaştırması. Nesne Psikoloji Dergisi 2016; 4(7):41-57.
5. Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M, Mikulincer M. Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. Journal of Social and Clinical Psychology 2009; 28(8):1022-49.
6. Demet MM, Taşkın EO. Obsesif-kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2002; 39(1):9-19.
7. Tetley A, Moghaddam NG, Dawson DL, Rennoldson M. Parental bonding and eating disorders: A Systematic Review. Eating Behaviors 2014; 15(1):49-59.
8. Sayılğan MA. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel Davranışçı Tedavi. İçinde: Savaşır I, Boyacıoğlu G, Kabakçı E (eds), Bilişsel Davranışçı Terapiler. 2. Basım, s.71-89, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1998.
9. Karamustafaloğlu KO, Akpınar A. Obsesif kompulsif bozukluk. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri 2006; 2(12): 30-44.
10. Türkbay T, Doruk A, Erman H, Söhmen T. Obsesif kompulsif bozukluğun belirti dağılımının ve komorbisitesinin çocuk ve ergenler ile erişkinler arasında karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri 2000; 3:86-91.
11. Tahiroğlu AY, Çelik GG. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar. İçinde: Akay AP, Ercan ES, Perçinel İ, Ardiç ÜA, Güney SA, Demirkaya SK, Güler AS, Yazıcı KU (editörler), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı

- ve Hastalıkları. s.268-310, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, Ankara, 2016.
12. Akpınar A. Ergenlik döneminde obsesif kompulsif bozukluğun yaygınlığı. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
 13. Bayraktar E. Obsesif kompulsif bozukluk. Psikiyatri Dünyası 1997; 1(1): 25-32.
 14. Akgün N. Obsesyonel Nevroz, Saplantı Zorlantı Bozukluğu. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 1989.
 15. Özerdem A. Obsesif kompulsif bozukluk ve psikoz üzerine bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri 1998; 2: 98-102.
 16. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (Çev: Köroğlu E), Gözden geçirilmiş 4. baskı (DSM-IV-TR), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
 17. Tahiroğlu AY, Avcı A. Obsesif Kompulsif Bozukluk. İçinde: Çuhadaroğlu F, Coşkun A, Pehlivan Türk B, İşeri E, Türkbay T, Miral S, Uslu R, Motavallı N, Ünal F (editörler), Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. s.337-50, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara, 2008.
 18. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan (Çev: Köroğlu E), 5. Baskı (DSM-5), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
 19. Akbaş S. Anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğunun DSM-5 tanılama sistemine göre sınıflandırılması ve epidemiyolojileri. Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics 2016; 2(3):1-6.
 20. Synder JL. Obsessive Compulsive Disorder. In:Cheng K, Myers KM (eds), Child and Adolescent Psychiatry: The Essentials. pp. 133-50, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2005.
 21. Gürkan K. Obsesif ve kompulsif bozukluk ve ilişkili durumların tedavisi. İçinde:Semerci B, Öztürk M, Türkbay T (editörler), Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi, s.125-54, Pedam Yayınları, İstanbul, 2015.
 22. Diler RS, Avcı A. Sociodemographic and clinical characteristic of turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Croatian Medical Journal 2002; 43(3):324-329.

23. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. Baskı, s.278-86, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
24. Rapaport JL, Inoff-Germain G. Treatment of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psyciatry* 2004; 1:419-41.
25. Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 2005b; 134 (1):13-19.
26. van Grootheest DS, Bartels M, Cath DC, Beekman AT, Hudziak JJ, Boomsma DI. Genetic and environmental contributions underlying stability in childhood obsessive compulsive behaviour. *Biol Psychiatry* 2007; 61(3):308-15.
27. Seedat S, Stein DJ. Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 56:17-23.
28. Kaplan NI, Sadock BJ. Concise Textbook of Clinical Psyahiatry. Klinik Psikiyatri (Çev: Abay E), s.205-10, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2003.
29. Steinhausen HC, Bisgaard C, Munk-Jorgensen P, Helenius P. Family aggregation and risk factors of obsessive compulsive disorders in a nationwide three generation study. *Depress Anxiety* 2013; 30(12): 1177-84.
30. Chabane N, Delorme R, Millet B, Mouren MC, Leboyer M, Pauls D. Early onset obsessive compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *J Child Psychol Psyciatry* 2005; 46(8): 881-7.
31. Waters TL, Barrett PM. The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2000; 3(3):173-83.
32. Murphy YE, Flessner CA. Family functioning in pediatric obsessive compulsive and related disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 2015; 54(4):414-34.
33. Şahin AR, Böke Ö. Obsesif Kompulsif Bozukluk. İçinde: Köroğlu E, Güleç C (editörler), *Psikiyatri Temel Kitabı*, s.343-52, HYB Basım Yayın, Ankara, 2007.
34. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi (Çev: Tuncer S.), s.246-353, Ege Ün Matbaası, Bornova, İzmir, 1974.

35. Farrell L, Barrett P. Obsessive-compulsive disorder across developmental trajectory: Cognitive processing of threat in children, adolescent and adults. *Br J Psychol* 2006; 97(1):95-114.
36. Sungur MZ. Bilişsel-davranışçı terapilerin gelişim öyküsü. İçinde: Tangör A (editör), *Psikoterapiler El Kitabı*. Kitap 4, s.50-66, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1997.
37. Najmi S, Riemann BC, Wegner DM. Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy* 2009; 47(6):494-503.
38. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 1994; 32(3):343-53.
39. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 1999; 37:29-52.
40. Pitman RK. A cybernetic model of obsessive-compulsive psychopathology. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28(4):334-43.
41. Szeszko PR, MacMillan S, McMeniman M, Chen S, Baibault K, Lim KO, et al. Brain structural abnormalities in psychotropic drug naive pediatric patients with obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161(6):1049-56.
42. Amat JA, Bronen RA, Saluja S, Sato N, Zhu H, Gorman DA, et al. Increased number of subcortical hyperintensities on MRI in children and adolescents with Tourette's syndrome, obsessive-compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163(6):1106-8.
43. Weber AM, Soreni N, Stanley JA, Greco A, Mendlowitz S, Szatmari P. Proton magnetic resonance spectroscopy of prefrontal white matter in psychotropic naive children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2014; 222(1):67-74.
44. Huyser C, Veltman DJ, Wolters LH, de Haan E, Boer F. Developmental aspects of error and high-conflict-related brain activity in pediatric obsessive-compulsive disorder: a fMRI study with a Flanker task before and after CBT. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52(12):1251-60.
45. Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ, Serlin RC. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(1):53-60.

46. Bengel D, Greenberg BD, Cora-Locatelli G, Altemus M, Heils A, Li Q, et al. Association of the serotonin transporter promoter regulatory region polymorphism and obsessive compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 1999; 4(5):463-6.
47. Meira-Lima I, Shavitt RG, Miguita K, Ikenaga E, Miguel EC, Vallada H. Association analysis of the catechol-o-methyltransferase (COMT), serotonin transporter (5-HTT) and serotonin 2A receptor (5HT2A) gene polymorphisms with obsessive compulsive disorder. *Genes Brain and Behaviour* 2004; 3(2):75-9.
48. Camarena B, Rinetti G, Cruz C, Hernandez S, De La Fuente JR, Nicolini H. Association study of the serotonin transporter gene polymorphism in obsessive compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2001; 4(3):269-72.
49. Diler RS, Avci A. Open-label trial of paroxetine in children with obsessive-compulsive disorder. *Current Therapeutic Research* 2000; 61(10):706-19.
50. Karşlıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2007; 10:3-13.
51. Chamberlain SR, Fineberg NA, Menzies LA, Blackwell AD, Bullmore ET, Robbins TW, et al. Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164(2):335-8.
52. Allen AJ, Leonard HL, Swedo SE. Case study: a new infection triggered autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(3): 307-11.
53. Cıtak EC, Gücüyener K, Karabacak NI, Serdaroğlu A, Okuyaz C, Aydın K. Functional brain imaging in Sydenham's chorea and streptococcal tic disorders. *J Child Neurol* 2004; 19(5):387-90.
54. Huang LC, Tsai KJ, Wang HK, Sung PS, Wu MH, Hung KW, et al. Prevalence, incidence and comorbidity of clinically diagnosed obsessive compulsive disorder in Taiwan: a national population-based study. *Psychiatry Res* 2014; 220(1):335-41.
55. Demirok D, Ünal F, Pehlivan Türk B. Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: sosyodemografik ve klinik özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2001; 8(1):11-8.

56. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29(2):353-70.
57. Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrao TA, do Rosario MC, Storch EA, et al. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of Affective Disorders* 2016; 190:508-16.
58. Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H, Boman M, Rück C, Landen M, et al. Obsessive compulsive disorder, psychosis and bipolarity: a longitudinal cohort and multigenerational family study. *Schizophr Bull* 2014; 41(5):1076-83.
59. Towbin KE, Riddle MA. Obsessive compulsive disorder. In: M Lewis (ed), *Child and Adolescent Psychiatry*. pp.835-47, Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Philadelphia, USA, 2002.
60. Maia A, Barbosa ER, Menezes PR, Miguel Filho EC. Relationship between obsessive compulsive disorders and diseases affecting primarily the basal ganglia. *Reista Hospital Clinics* 1999; 54(6):213-21.
61. Işık E, Taner YI. Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları. İçinde: Işık E, Taner YI (editörler), *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. s.367-491, Golden Print, İstanbul, 2006.
62. Cederlöf M, Thornton LM, Baker J, Lichtenstein P, Larsson H, Rück C, et al. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry* 2015; 14(3):333-8.
63. Ruzzano L, Borsboom D, Geurts HM. Repetitive behaviors in autism and obsessive-compulsive disorder: New perspectives from a network analysis. *J Autism Dev Disord* 2015; 45(1):192-202.
64. Lochner C, Seedat S, Du Toit PL, Nel DG, Niehaus DJ, Sandler R, et al. Obsessive compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. *BMC Psychiatry*, 2005; 5(1):2.
65. DeMaso DR, Walter HJ. Psychological Treatment of Children and Adolescents. In: *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed, pp.127-35, PA: Elsevier, Philadelphia, 2016.

66. Wagner KD, Cook EH, Chung E, Messig M. Remission status after long-term sertraline treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003; 13(2, Supplement 1):53-60.
67. Karaman D, Durukan İ, Erdem M. Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(2):278-95.
68. Vloet TD, Simons M, Herpertz-Dahlmann B. Psychotherapeutic and pharmacological treatment of pediatric obsessive compulsive disorder. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2012; 40(1):29-39.
69. Kim SJ, Veenstra-VanderWeele J, Hanna GL, Gonen D, Leventhal BL, Cook Jr EH. Mutation screening of human 5-HT(2B) receptor gene in earlyonset obsessive-compulsive disorder. *Mol Cell Probes* 2000; 14(1):47-52.
70. Arias HF, Soto JA, Garcia-Cantalapiedra MJ, Rodriguez CJ, Morales J, Salgado M. Effectiveness and tolerability of addition of risperidone in obsessive-compulsive disorder with poor response to serotonin reuptake inhibitors. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34(3):147-52.
71. Masi G, Pfanner C, Brovedani P. Antipsychotic augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors in resistant tic-related obsessive-compulsive disorder in children and adolescent: a naturalistic comparative study. *J Psychiatr Res* 2013; 47(8):1007-12.
72. Garcia AM, Sapyta JJ, Moore PS, Freeman JB, Franklin ME, March JS, et al. Predictors and moderators of treatment outcome in the pediatric obsessive compulsive treatment study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49(10):1024-33.
73. Storch EA, Murphy TK, Goodman WK, Geffken GR, Lewin AB, Henin A, et al. A preliminary study of d-cycloserine augmentation of cognitive-behavioural therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2010c; 68(11):1073-76.
74. Thomsen PH, Mikkelsen HU. Course of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a prospective follow-up study of 23 Danish cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(11):1432-40.
75. Savcı U, Tufan AE. Anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğunda prognoz. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* 2016; 2(3):64-7.
76. Bowlby J. Bağlanma (Çev: Soylu T), Pinhan Yayıncılık, İstanbul, 2012.

77. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry* 1994; 5(1):1-22.
78. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam* 2006; 19(1):24-39.
79. Bowlby J. Attachment and loss. Vol.2. Separation: anxiety and anger. Basic Books, New York, 1973.
80. Bowlby J.. Attachment and loss. Vol.3. Loss, sadness and depression. Basic Books, New York, 1980.
81. Bretherton I. The origin attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology* 1992; 28(5):759-75.
82. Oral N, Sahin NH. Yeme tutum bozukluğunun kişilerarası şemalar, bağlanma, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke ile ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2008; 23(62):37.
83. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stili ölçeklerinin türk örneklemi üzerinde psikometrik değerlendirilmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14(43):71-106.
84. Zimmermann P, Becker-Stoll F. Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence* 2002; 25(1):107-24.
85. Ward A, Gowers S. Attachment and Childhood Development. *Handbook of Eating Disorders*, p.45, Wiley Press, England, 2003.
86. Ainsworth MS, Bowlby J. An ethological approach to personality development. *American Psychologist* 1991; 46(4):333-41.
87. Özbaran B, Bildik T. Bağlanmanın nörobiyolojisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006; 13(3):137-42.
88. Panksepp J. *Textbook of Biological Psychiatry*. Ed: Panksepp J, Wiley- Liss Publication, New Jersey, 2004.
89. Winslow JT, Shapiro L, Carters CS, Insel TR. Oxytocin and complex social behavior: Species comparisons. *Psychopharmacol Bull* 1993; 29:409-14.
90. Insel TR, Harbaugh CR. Lesions of the hypothalamic paraventricular nucleus disrupt the initiation of maternal behavior. *Physiol Behav* 1989; 45(5):1033-41.
91. Insel TR. Oxytocin - a neuropeptide for affiliation: evidence from behavioral, receptor autoradiographic, and comparative studies. *Psychoneuroendocrinol* 1992; 17(1):3-35.

92. Kesebir S, Kavzoğlu S, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(2):321-42.
93. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52(3):511-24.
94. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 61(2):226-44.
95. Brennan KA, Shaver PR, Tobey AE. Attachment styles, gender, and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationships* 1991; 8(4):451-66.
96. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS (eds), *Attachment theory and close relationships*.pp. 46-76, Guilford Press, New York, 1998.
97. Doron G, Kyrios M. Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 2005; 25(4):415-32.
98. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. Guilford Press, New York, 2007.
99. Vatan S. Bağlanma ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkide obsesif inançların aracı rolünün incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16(3):155-63.
100. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361(9355):407-16.
101. Kuruoğlu AÇ, Arıkan Z. Yeme bozukluklarında genel bir gözden geçiri. *3P Dergisi* 1995; 3(Ek:4):7-22.
102. Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ* 2007; 334:894-8.
103. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010; 375(9714):583-93.
104. Hergüner S. Çocuk ve Ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları. İçinde: Akay AP, Ercan ES, Perçinel İ, Ardıç ÜA, Güney SA, Demirkaya SK, Güler AS, Yazıcı KU (editörler). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*.

- s.386-408, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, Ankara, 2016.
105. Kuğu N, Akyüz G, Doğan O, Erşan E, İzgiç F. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve yeme bozukluğu olanlarda benlik saygısı, aile işlevleri, çocukluk çağı istismarı ve ihmalinin araştırılması. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2002; 10(3):255-66.
106. Aydın C. Yeme tutumu, ortorektik belirtiler ve ana-babaya bağlanma arasındaki ilişkiler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
107. Vardal E, Batıgün AD. Bağlanma stilleri ve yeme tutumu arasındaki ilişkide geştalt temas biçimlerinin aracı rolü. *Türk Psikoloji Yazıları* 2017; 20(39):14-23.
108. Gökler B. Anoreksiya nervoza: üç örnek üzerinden tedavi yaklaşımları ve klinik gidişin tartışılması. *3P Dergisi* 1997; 5(Ek4):12-7.
109. Yavuzer H. Çocuğu Tanımak ve Anlama. 5.Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2005.
110. Alantar Z, Maner F. Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:97-104.
111. Ünsal A, Tozun M, Ayrancı Ü, Arslantaş D. Türkiye'nin batısındaki bir ilçede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Dirim Tıp Gazetesi* 2010; 85(3):110-2.
112. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior* (2008; 94(1):121-35.
113. Rothenberg A. Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatri* 1986; 49(1):45-53.
114. Hsu LK, Kaye W, Weltzin T. Are the eating disorders related to obsessive-compulsive disorder? *International Journal of Eating Disorders* 1993;14(3):305-18.
115. Hollander E. Obsessive compulsive spectrum disorders: An overview. *Psychiatric Annals* 1993; 23(7):355-8.
116. Abanoz Z. Obsesif kompulsif bozukluklu hastalarda yeme semptomları ile yeme semptomlarını yordayan obsesif kompulsif belirtilerin araştırılması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Samsun, 2008.

117. Bastiani AM, Altemus AM, Pigott TA, Rubenstein C, Weltzin TE, Kaye WH. Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1996; 39(11):966-9.
118. Fahy TA, Osacar A, Marks I. History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorders. *Int J Eat Disord* 1993; 14(4):439-43.
119. Jimenez-Murcia S, Fernandez-Aranda F, Raich RM, Alonso P, Krug I, Jaurrieta N, et al. Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2007; 61(4):385-91.
120. Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment research in eating disorders. *Br J Med Psychol* 2000; 73(1):35-51.
121. Pearlman E. Terror of desire: the etiology of eating disorders from an attachment theory perspective. *Psychoanal Rev* 2005; 92(2): 223-35.
122. Perry JA, Silvera DH, Neilands TB, Rosenvinge JH, Hanssen T. A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors* 2008; 9(1):13-24.
123. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao UMA, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:980-8.
124. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi -şimdi ve yaşam boyu şekli - Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11(3):109-16.
125. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther* 1977; 15(5):389-95.
126. Erol N, Savaşır İ. Maudsley obsesif kompulsif soru listesinin Türkçe uyarlaması. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, s.107-14, 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara, 1988.
127. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes: an index of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979; 9(2):273-79.

128. Savaşır I, Erol N. Yeme tutum testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7(23):19-25.
129. Batur S. Yeme tutum bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2004.
130. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of four category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61(2):226-44.
131. Armsden GC, Greenberg MT. The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 1987; 16(5):427-54.
132. Günaydin G, Selçuk E, Sümer N, Uysal A. Ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formunun psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları* 2005; 8(16):13-23.
133. Doron G, Sar-El D, Mikulincer M. Threats to moral self-perceptions trigger obsessive compulsive contamination-related behavioral tendencies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2012; 43(3):884-90.
134. Cooper LM, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998; 74(5):1380-97.
135. Shorey HS, Snyder CR. The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology* 2006; 10(1):1-20.
136. Meyer B, Pilkonis PA, Proietti J, Heape C, Egan M. Attachment styles, personality disorders, and predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders* 2001; 15(5):371-89.
137. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109(6):447-56.
138. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35(7):667-81.

139. Yarbro J, Mahaffey B, Abramowitz J, Kashdan TB. Recollections of parent-child relationships, attachment insecurity, and obsessive-compulsive beliefs. *Personality and Individual Differences* 2013; 54(3):355-60.
140. Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality* 1998; 66(5):835-78.
141. Sümer N, Ünal S, Selçuk E, Kaya B, Polat R, Çekem B. Bağlanma ve psikopatoloji: bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2009; 24(63):38-45.
142. Alsancak C. Çocukluk çağı travmaları ve bağlanma özellikleri ile obsesif inanımlar ve obsesif-kompulsif belirtilerin ilişkisinde dünyaya ilişkin varsayımların aracılık rolü: Üniversiteöğrencilerinde bir değerlendirme. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.
143. Gülüm V, Dağ İ. Yetişkin bağlanma örüntüleri ile psikopatoloji belirtileri arasındaki ilişkide bilişsel özelliklerin aracı rolü: Kontrol odağı ve tekrarlayıcı düşünme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014; 25(4):244-52.
144. Cole-Detke H, Kobak RR. Attachment processes in eating disorder and depression. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64(2):282-90.
145. Rosenstein DS, Horowitz HA. Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64(2):244-53.
146. Zegers MA, Schuengel C, Van Ijzendoorn MH, Janssens JM. Attachment and problem behavior of adolescents during residential treatment. *Attach Hum Dev* 2008; 10(1):91-103.
147. Keskin G, Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9(3):139-47.
148. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, et al. Family and psychosocial predictors of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of Child and Family Studies* 1995; 4(2):193-206.
149. Kapçı EG, Küçüker S. Ana Babaya Bağlanma Ölçeği: Türk üniversite öğrencilerinde psikometrik özelliklerin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(4):286-95.

150. Ersin A. OKB tanısı olan çocuk ve ergenlerde belirti dağılımının ebeveynlerdeki obsesif kompulsif belirti dağılımı ve ebeveyn tutumları ile olan ilişkisi. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
151. Algan GA, Şendil G. Okul öncesi çocuklar ve ebeveynlerinin bağlanma güvenlikleri ile çocuk yetiştirme tutumları arasındaki ilişkiler. Psikoloji Çalışmaları Dergisi 2013; 33(1):55-68.
152. Tosone C. Illusion, dillusion and reality in romantic love-attachment theory and its application to adult romantic love. Love and attachment: Contemporary issues and treatment considerations, pp.3-24, Jason Aronson Inc, London, 1999.
153. Pishva N, Besharat MA. Relationship attachment styles with positive and negative perfectionism. Social and Behavioral Sciences 2011; 30:402-6.
154. Rice KG, Lopez FG. Maladaptive perfectionism, adult attachment, and self-esteem in college students. Journal of College Counseling 2004; 7(2):118-28.
155. Lennerts L, Grabe HJ, Ruhrmann S, Rampacher F, Vogele A, Schulze-Rauschenbach S, et al. Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. Acta Psychiatrica Scandinavica 2010; 121(4):280-8.
156. Kutlu B. Beden imajının gelişimi ve sağlıklı beden ağırlığının korunmasında yemeye ilgili tutumlar, temel inançlar ve ebeveyn bağlanmanın rolü. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.
157. Friedberg NL, Lyddon WJ. Self-other working models and eating disorders. Journal of Cognitive Psychotherapy, An International Quarterly 1996; 10(3):193-203.
158. Brennan KA, Shaver PR. Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. Personality and Social Psychology Bulletin 1995; 21(3):267-83.
159. Batur S, Demir H, Ulu P, Güneş H, Irmak E, Aşkın A. Yeme tutumu ve cinsiyet ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişki. Türk Psikoloji Yazıları 2005; 8(15):21-32.

160. Broeberg A, Hjalpers I., Nevenon L. Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18 to 24 year-old patients and normal contros. *European Eating Disorders Review* 2001; 9(6):381-96.
161. Latzer Y, Hochdorf Z, Bachar E, Canetti L. Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy* 2002; 24(4):581-99.
162. Keskingöz B. Üniversite öğrencileri ile anoreksiya nervoza tanısı alan ve almayan bireylerde bağlanma biçimleri, kişilerarası şemalar ve yeme örüntüleri arasındaki ilişkiler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003.
163. Celikel FC, Bingol TY, Yildirim D, Tel H, Erkorkmaz U. Eating attitudes in patients with obsessive compulsive disorder/Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yeme tutumu. *Archives of Neuropsychiatry* 2009; 46(3):86-91.
164. De Panfilis C, Rabbaglio P, Rossi C, Zita G, Maggini C. Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. *Psychopathology* 2003; 36(5):239-46.
165. Canetti L, Kanyas K, Lerer B, Latzer Y, Bachar E. Anorexia nervosa and parental bonding: The contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology* 2008; 64(6):703-16.
166. Tata P, Fox J, Cooper J. An investigation in to the influence of gender and parenting styles on excessive exercise and disordered eating. *European Eating Disorders Review* 2001; 9(3):194-206.
167. Soenens B, Vansteenkiste M, Vandereycken W, Luyten P, Sierens E, Goossens L. Perceived parental psychological control and eatingdisordered smyptoms. Maladaptive perfectionism as a possible intervening variable. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2008; 196(2):144-52.
168. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 28(2):139-47.
169. Turner HM, Rose KS, Cooper MJ. Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity* 2005; 29(4):381-7.

170. Aytın N. Ergenlerde yeme tutumları ile sorun çözme eğilimleri ve ebeveyne bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Master's thesis, Aydın, 2014.
171. Orzolek-Kranner C. The effect of attachment theory in the development of eating disorders: can symptoms be proximity-seeking? J Child and Adolescent Social Work 2002; 19(6):421-35.
172. Meyer C, Gillings K. Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. International Journal of Eating Disorders 2004; 35(2):229-33.
173. Güvenir T. Delikanlı, Ergenlik Dönemine Psikanalitik Yönelimli Bir Bakış. İzmir, İlya Yayınevi, 2006.

12. ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Mersin/Silifke'de dünyaya geldim. İlköğretimi Silifke'de tamamladım. Liseyi Karaman Fen Lisesi'nde okudum. 2006 yılında liseden mezun olup Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım ve 2013 yılında mezun oldum. İlk görev yerim olan Karaman Devlet Hastanesi'de 3 ay çalıştıktan sonra 2014 yılında Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım.

Yabancı dilim İngilizce'dir.