



**T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI OLAN**  
**YETİŞKİNLERİN BAĞLANMA STİLLERİ**

**MERVE BİRTEK**

**154102180**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İstanbul – Ocak, 2018**



**T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI OLAN**  
**YETİŞKİNLERİN BAĞLANMA STİLLERİ**

**Tez Danışmanı:**

**YRD. DOÇ. DR. HABİB ERENŞOY**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İstanbul – Ocak, 2018**



T.C.  
ÜSKÜDAR  
ÜNİVERSİTESİ

**YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI**  
..... SOSYAL BİLİMLER ..... ENSTİTÜSÜ

**GENEL BİLGİLER**

Öğrenci No	: 154102180
Öğrenci Adı Soyadı	: MERVE BİRTEK
Anabilim Dalı	: KLİNİK PSİKOLOJİ
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. HABİB ERENŞOY
Tezin Başlığı	: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI OLAN YETİŞKİMLERİN BAĞLANMA STİLLERİ

Toplantı Tarihi	: 02.02.2018	Saati	: 18:00
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya :  Geldi

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

- Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak **KABUL** edilmesine,  
 Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının **DÜZELTİLMESİNE**, düzeltme için adaya ..... ay **EK SÜRE** verilmesine (en fazla 3 ay)  
 Yapılan savunma sınavının sonunda tezin **REDDEDİLMESİNE**  
 **OY BİRLİĞİ**  **OY ÇOKLUĞU**  
İle karar verilmiştir.

Savunmada Tezin Başlığı :  Değişmedi  Değişti

Tezin Yeni Başlığı :  Değişmedi

Öğrenci Savunmaya :  Gelmedi

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,  
 **OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.**

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Dr. Habib Erenşoy	
Danışman Üye	Dr. Habib Erenşoy	
Üye	Dr. Ahmet Emre Sargın	
Üye	Doç. Dr. Korkut ULUCAN	
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Sayı No : Tarih : ..... / ..... / 20 .....

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

.....  
**Anabilim Dalı Başkanı**  
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

ÜÜ.FR.016 Revizyon No: 0108.11.2016

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum

“Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Olan Yetişkinlerin Bağlanma Stilleri” adlı çalışmanın tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakça da gösterilenden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

18/01/2018

Merve Birtek

İmza

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca;

Bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım her zaman destek olan, sorularımı hiçbir zaman yanıtı bırakmayan güler yüzlü ve anlayışlı tez danışmanım Yrd.Doç.Dr Habib Erensoy'a

Verileri toplarken hastalarla görüşmemde yardımcı olan Yrd. Doç.Dr. Oğuz Tan'a,

Veri toplama sürecimde yardımcı olan NP Etiler ve NP Feneryolu Polikliniği çalışanlarına,

Her zaman yanımda olarak bana destek olan ve tez sürecim boyunca beni cesaretlendiren ailem çok teşekkür ederim.

### III.ÖZET

## Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Olan Yetişkinlerin Bağlanma Stilleri

MERVE BİRTEK

**Amaç:** Araştırmanın amacı, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan kişilerin bağlanma stillerini incelemektir. Tez, bu konu hakkında bilgi sağlamak ve literatüre katkı yapmayı hedeflemektedir. Türkçe literatür incelendiğinde, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan kişilerin bağlanma stilleri ile ilgili sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırma ile literatürdeki boşluğun kapatılmasına hedeflenmektedir. Okb tanısı olan ve sağlıklı olan kişilerin bağlanma stillerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışma, Üsküdar Üniversitesi NP Etiler ve NP Feneryolu polikliniğinde okb tanısı olan 35 kişiye uygulanmıştır. Bunların, 19 kadın, 16 erkektir. 19-65 yaş aralığındaki kişilere uygulanmıştır. Sağlıklı grup ise, hastane dışındaki okb tanısı olmayan 35 kişiye uygulanmıştır. Çalışmaya gönüllü olan kişiler dahil edilmiş ve gönüllü olduklarına dair onay alınmıştır. Kişilere, demografik veri formu, maudslay obsesif kompulsif soru listesi, ilişki ölçekleri anketi uygulanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık değeri  $p < 0.05$  kabul edilmiştir. Bu çalışma, kesitsel bir araştırmadır.

**Bulgular:** Deney ve kontrol gruplarının OKB alt boyutlarının farklılaşma düzeyi incelendiğinde kontrol etme, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon ortalamaları gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Buna her okb alt boyutundan alınan puan ortalamaları deney grubunda daha yüksek bulunmuştur.

**SONUÇ:** Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, sağlıklı kişilerde güvenli ve saplantılı bağlanma stili yüksek çıkarken, okb hastalarında kayıtsız bağlanma

stili daha yüksek çıkmıştır. Kaygılı bağlanma stilinde, sağlıklı kişiler ve okb hastaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Anahtar Kelime:** Bağlanma Stilleri, Obsesyon, Kompulsiyon

#### IV. ABSTRACT

### **Attachment Styles of Adults Diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD)**

**MERVE BİRTEK**

**Objective:** In this study, it is aimed to examine the attachment styles of adults who are diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD). With the data gathered from this study, it's aimed to contribute to the existing literature. In Turkey, up to date, only a few studies have been conducted, there are limited research works with regarding to attachment styles of adults who are diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD). It's also aimed to fill the gaps in literature. It will be compared attachment styles of adults who are diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) with attachment styles of healthy adults.

**Methods:** This study was carried out at polyclinics of NP Etiler Medical Center and NP Feneryolu Medical Center of Üsküdar University. The data were collected from 35 patients (test group) with the obsessive compulsive disorder (OCD). 19 of them were women and 16 of them were men. On the other side, a control group of 35 healthy adults (without obsessive compulsive disorder (OCD)) outside the clinic participated. Ages between 19-65 years-old. All participants were voluntary. And they were all consent to voluntary. Demographic data form, Maudsley obsessive compulsive questionnaire (MOCI) form, Relationship Scales Questionnaire (RSQ) form were given to participants and asked to fill out. Collected data were analyzed with Statistical Package for the Social Science program (SPSS). Cronbach's alpha (tau-equivalent reliability)  $P < 0.05$  was taken. This was a cross-sectional study.

**Results:** Analyses of variances level between OCD sub-dimensions of the test and control groups, there is a considerable level of difference between groups in terms of mean scores of checking, cleaning, slowness, doubt and rumination. For every OCD sub-dimension mean scores were found higher in the test group.



**Conclusions:** According to results of this study, Secure and preoccupied attachment style is high among the healthy control group. Dismissing attachment style is higher among the Adults Diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD). In terms of preoccupied attachment style, it could not be found a considerable difference between healthy control group and Adults diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

**Key words:** Attachment Styles, Obsession, Compulsion

## V. İÇİNDEKİLER:

SAYFA NO

I. YEMİN METNİ.....	I
II. ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	II
III. ÖZET.....	III
IV ABSTRACT.....	V
V. İÇİNDEKİLER.....	VII
VI. KISALTMALAR.....	X
VII. TABLOLAR LİSTESİ.....	XI
1. ÖNSÖZ.....	1
2.1 GENEL BİLGİ.....	3
2.1.1 Obsesyon ve Kompulsiyonun tanımı ve türleri.....	3
2.1.2 Tarihçe.....	4
2.1.3 DSM-V OKB Tanı Kriterleri.....	5
2.1.4 ICD-10 Göre OKB Tanı Kriterleri.....	7
2.1.5 Epidemiyoloji.....	8
2.1.6 Komorbidite.....	9
2.1.7 Tedavi.....	10
2.1.8 Etiyoloji.....	10
2.1.8.1 Psianalitik Kuram.....	10
2.1.8.2 Bilişsel Davranışçı Kuram.....	11
2.1.8.3 Genetik.....	12
2.1.8.4 Nörobiyoloji.....	13
2.1.8.5 Serotonin.....	13
2.1.8.6 Dopamin.....	14
2.1.9 OKB Kontrol İhtiyacı.....	15
2.2. Bağlanma Kuramı.....	15
2.2.1 Bağlanmanın Tarihçesi.....	19

2.2.3 Psikopatoloji ve Bağlanma Arasında İlişki.....	20
2.2.4 Bebeklik Döneminde Bağlanma.....	21
2.2.5 Ergenlik Döneminde Bağlanma.....	22
2.2.6 Yetişkinlik Döneminde Bağlanma.....	24
2.2.7 Bağlanmanın Türleri.....	25
Güvenli Bağlanma Stili.....	25
Saplantılı Bağlanma Stili.....	25
Korkulu Bağlanma Stili.....	26
Kayıtsız Bağlanma Stili.....	27
2.2.8 Güvensiz Bağlanmanın Nedenleri.....	27
3. YÖNTEM.....	29
3.1 Çalışmanın Yapıldığı Grubun Oluşturulması.....	29
3.1. Hasta Grup İçin İçerleme Ölçütleri.....	29
3.1.2. Hasta Grup İçin Dışlama Ölçütleri.....	29
3.1.3. Kontrol Grubu İçin İçerleme Ölçütleri.....	29
3.1.4 Kontrol Grubu İçin Dışlama Ölçütleri.....	29
3.2 GEREÇLER.....	30
3.2.1 Demografik Veri Formu.....	30
3.2.2 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL).....	30
3.2.3. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA).....	30
4. BULGULAR.....	32
4.1 Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri.....	32
4.2 Deney Grubunun OKB Alt Boyutları ve Bağlanma Stilleri Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
4.3. Kontrol Grubunu OKB Alt Boyutları ve Bağlanma Stilleri Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
4.4 Araştırma Gruplarının OKB Alt Boyutları ve Bağlanma Stillerinin Karşılaştırılması.....	49
5. TARTIŞMA.....	52

	SAYFA NO
KISITLILIK VE ÖNERİ.....	57
KAYNAKÇA.....	58
EKLER.....	65
ÖZGEÇMİŞ.....	72

## VI. KISATMALAR VE SİMGELER

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKK: Obsesif Kompulsif Kişilik

OKN: Obsesif Kompulsif Nevroz

SSRI: Seçici Geri Alım İnhibütörü

OFK: Orbito Frontal Korteks

ASK: Anterior Singulat Korteks

DLPFK: Dorsalateral Prefrontal Korteks

BOS: Beyin Omirilik Sıvısı

DSM: Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorder

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Healt Problems

MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

SPSS: Statistical Package fort he Social Sciences

## VII. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubu Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri .....	32
Tablo 2. Deney ve Kontrol Gruplarının Yaş Ortalamalarının Betimleyici İstatistikleri.	33
Tablo 3. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi .....	34
Tablo 4. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi.....	35
Tablo 5. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi.....	35
Tablo 6. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi Testi.....	36
Tablo 7. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Kruskal Wallis Homojenlik Testi .....	36
Tablo 8. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Tek Yönlü Varyans Analizi .....	37
Tablo 9. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Deney Grubunun Bağlanma Stillerinin Bağımsız Örneklem t Testi.....	38
Tablo 10. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Deney Grubunun Bağlanma Stillerinin Bağımsız Örneklem t Testi.....	38
Tablo 11. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Deney Grubunun Bağlanma Stillerinin Tek Yönlü Varyans Analizi .....	39
Tablo 12. Deney Grubu Araştırma Değişkenlerinin Spearman Korelasyon Analizi .....	40
Tablo 13. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi.....	41
Tablo 14. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi.....	42
Tablo 15. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi .....	43
Tablo 16. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi .....	43

Tablo 17. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Kruskal Wallis Homojenlik Testi .....	44
Tablo 18. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Tek Yönlü Varyans Analizi .....	45
Tablo 19. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun Bağlanma Stillerinin Bağımsız Örneklem t Testi.....	45
Tablo 20. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun Bağlanma Stillerinin Bağımsız Örneklem t Testi.....	46
Tablo 21. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun Bağlanma Stillerinin Tek Yönlü Varyans Analizi .....	47
Tablo 22. Kontrol Grubu Araştırma Değişkenlerinin Spearman Korelasyonu.....	49
Tablo 23. Araştırma Gruplarının OKB Boyutlarının Mann Whitney U Testi .....	50
Tablo 24. Araştırma Gruplarının Bağlanma Stillerinin Mann Whitney U Testi.....	51

## 1.ÖNSÖZ:

Obsesyon; istenmeden akla gelen, kişinin anksiyete ve sıkıntı yaşamasına neden olan tekrarlayıcı, yineleyici düşünce, dürtü ve imajlar olarak tanımlanmaktadır. (Kılıç, 2013). Kompulsiyon; kişinin anksiyetesini azaltmak için belirli kurallara göre yaptığı tekrarlayıcı davranışlardır.(Özer, 2015). Okb belirtiler sıkıntı yaşamasına yol açar ve işlev kaybına neden olmaktadır.(Tükel,2010).

Düşüncelerin istem dışı akla gelmesi kişinin, olumsuz duygular yaşamasına neden olur ve bu olumsuz duygulardan korunmak için, kaçma ve kaçınma davranışına başvururlardır. ( kirli olduğunu düşündüğü yerlerden gitmeme, düşünceleri akla getirmemeye çalışmak gibi). Kişi bu kaçınma davranışını yapmadığı zaman kompulsiyona başvurur.(Vatan,2016).

Okb oluşumunda, tek bir faktörün etkili olmayıp, birden fazla faktörün etkili olduğu heterojen bir durum söz konusudur. Okb ortaya çıkmasında hem biyolojik hem de çevresel faktörlerin etkisi bulunmaktadır. Okb 1980 yıllarda nadir görülen(0,05) bir rahatsızlık olarak bilinmekteyken, günümüzde ise, görülme oranının 50-100 kat fazla olduğu görülmüştür. (Kıvılcım, 2015).

Bağlanma, bebek ile anne arasında kurulan bir bağıdır. Yaşamın erken döneminde oluşan ve süreklilik gösterdiği düşünülen, kişinin ileriki dönemlerinde de ilişki kurma örüntülerinde belirleyici olmaktadır. Bağlanma kuramcısı Bowlby göre, güvenli ve güvensiz bağlanma bir kez oluştuğunda kolay kolay değişiklik göstermemektedir. Güvensiz bağlanma olan kişilerde, ileriki dönemlerde çeşitli psikopatolojileri oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Güvenli bağlanma, sağlıklı süreçlerle ilişkilidir. ( Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011).

Bowlby (1973), psikopatoloji ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi ‘ çatallanarak ayrılan ray’ benzetmesi ile açıklamıştır. Bağlanma kuramına göre, anne ve çocuk arasında erken dönemlerde ki, olumsuz yaşantılar sonucunda güvensiz bağlanma oluşur. Güvensiz bağlanma örüntüsüne sahip kişiler, yakın sorunlar yaşamaktadırlar. Bu kişiler, yetişkinlik dönemlerinde kişilik bozuklukları açısından tehlike altındadırlar. Eğer anne, çocuğun ihtiyaçlarını doğru şekilde karşılayabilirse, aralarında güvenli bağlanma oluşmuş olur. ( Sümer ve ark. , 2009).



Yapılan çalışmalarda, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, kronik ağrı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ile güvensiz bağlanmanın ilişkili olduğu görülmüştür. ( Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011).

Bu bilgilerden yola çıkararak, okb tanısı alan kişilerin, tanı almamış kişilere göre güvensiz bağlanma örüntüsüne sahip olmaları beklenmektedir.

Bu araştırmanın amacı, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan yetişkinleri bağlanma stillerini incelemektir. Tez bu konu hakkında bilgi sağlamak ve literatüre katkı sağlamayı hedeflemektedir.

## 2.1 GENEL BİLGİ:

### 2.1.1 Obsesyon - kompulsiyonun tanımı ve türleri:

Obsesif kompulsif bozukluk(okb), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize olan psikiyatrik bir bozukluktur. ( Bayar ve Yavuz, 2008).

Obsesyon, yineleyici, istem dışı olan, kişinin kendi zihninin ürünü olan, benliğini rahatsız eden, kişinin tüm çabalarına rağmen zihni işgal eden ısrarlı ve zorlayıcı her türlü düşünce, dürtü yada imajlardır. ( Kıvılcım, 2015).

Kompulsiyon, belirli kurallara göre yapılan, tekrarlayıcı davranışlardır. Obsesyon ve kompulsiyonun şiddetine göre, kişinin mesleki yaşamını, arkadaş ve aile ilişkilerini önemli ölçüde etkilemektedir. ( Bayar ve Yavuz, 2008).

Obsesyon olarak tanımlanan, düşünce,dürtü ve imajınasyonlar kişinin gerçek yaşam sorunları ile ilişkili değildir. Kişi bu düşünce,dürtü ve imajınasyonlarını başka eylemlerle nötralize etmeye, baskılamaya çalışır. (Balsak,2010).

Kompulsiyon, kişinin sıkıntısını engellemek ve korkulan durum gerçekleşmesi önlemek için yaptığı streotip(basmakalıp) ve belirli kurallarla yaptığı davranışlardır. Obsesyon ve kompulsiyonu kişi haz almak amacı ile yapmaz. Amaç,sıkıntının giderilmesidir. İçgörüsü olan hastalar, obsesyon ve kompulsiyonun aşırı ve anlamsız olduğunun farkındadır. Çoğunlukla obsesyon ve kompulsiyonlar birlikte görülmektedir. Tek başına obsesyon görülen grup % 4-5 oranındadır. Tek başına kompulsiyon görülen grup ise, % 2- 6 oranındadır. Semptomlar zaman içinde, yer değiştirebilir. Temizlenme kompulsiyonu, zaman içinde kontrol etme kompulsiyonuna dönüşebilir.(Kılıç, 2013).

Obsesyon kişi de, anksiyeteye neden olur. Kişi anksiyeti azaltmak için kompulsiyona başvurur. Yapılan kompulsiyon anksiyeteyi azaltır. Bu şekilde bir kısır döngü halinde devam eder.( Ünyeli, 2015).

Obsesif – kompulsif belirtilerin giderek artması sonucunda kişinin aile, iş, okul ve sosyal çevresiyle ilişkilerinin bozulmasına neden olur. İşlevselliğinin bozulması, yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır.(Korkmaz, 2012).

Okb'da belirtiler genellikle yavaş başlamaktadır. Bazen kayıp, gebelik gibi durumlarda ani olarak başlayabilir. Okb süregelen seyrederek bazen hastalık belirtisinin olmadığı, yatışma dönemleri de görülebilir. (Kurt,2013).

Bir kişinin Okb tanısı alması için, obsesyon ve kompulsiyonlarla aşırı bir uğraşının olması, işlevselliğinin bozulması ve yaşam kalitesinin düşmesi gerekmektedir.(Kılınç,2010).

Obsesyonun bulaşma, simetri, saldırganlık, kuşku, cinsel, dinsel, somatik alt türleri bulunmaktadır. Kompulsiyonun ise, temizleme, biriktirme, sayma, dokunma, tekrarlama, düzenleme ve kontrol etme alt türleri bulunmaktadır. En sık görülen bulaşma obsesyonudur. Bu obsesyonu olan kişiler, temizlenme kompulsiyonuna başvurmaktadır. Kuşku obsesyonu( ocağı kapadım mı, arabanın kapısını kitledim mi diye düşünür) kontrol etme kompulsiyonuna başvurur. Saldırganlık ve cinsellik obsesyonu, bu obsesyonlar sadece imajinasyondur ve kompulsiyonlarla birlikte hayata geçmezler. (Özer, 2015).

Obsesyon ve kompulsiyonların alt türleri cinsiyetler arası farklılık göstermektedir. Kadınlarda en sık görülen obsesyon bulaşma/ kirlenme, kompulsiyon temizlenmedir. Erkeklerde ise; cinsellik, saldırganlık, kontrol obsesyon ve kompulsiyonları daha yaygındır.(Kaya,2010).

Rasmussen ve Tsuang 1986 yılında yaptığı araştırmada, okb hastalarının % 83 oranında yıkama, % 80 oranında kontrol etme, % 21 oranında sayma kompulsiyonları görülmektedir. Ayrıca, hastaların % 42'sinde birden fazla kompulsiyon, % 59'unda birden fazla obsesyona rastlanmıştır. (Canca, 2009).

### **2.1.2 Tarihçesi:**

Ortaçağda, okb diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi büyü ve din gibi kavramlarla açıklanmaya çalışılmıştır. Shakespear'ın eserinde konu aldığı suçluluk duygusunun neden olduğu obsesyon ve el yıkama kompulsiyonuna yer vermiştir. 1838 yılında Espuirol, obsesyon ve kompulsiyonları melankolinin bir belirtisi olarak ifade etmiştir. 1860 yılında Morel ilk kez obsesyon terimini kullanmıştır. (Kıvıncım,2015).

20 yy. başlarında Janet fobi,obsesyon ve kompulsiyonu 'psikastenî' başlığı altında toplamıştır. Wesphal 1878 yılında esas problemin bilişsel olduğu belirtmiştir. 20.yy sonlarına doğru okb ortaya çıkmasında nörobiyoloji ve kalıtımın etkili olduğu anlaşılmıştır. Okb, 1980 yılında yayımlanan DSM III 'de yapılandırılmış sınıflandırmaya girmiştir.(Alıcı,2014).

DSM III' de kompulsiyon yalnızca bir davranış olarak tanımlanmaktaydı.(Yavuz ve Bayar, 2008).

DSM III ve DSM III-R 'obsesif kompulsif nevroz' olarak tanımlanmıştır. DSM-IV tanı kriterine göre, kompulsiyonların obsesyonları etkisizleştirme çabaları için kullanılan düşünceler olarak olduğu belirtilmiştir. DSM-IV ve DSM IV-R 'obsesif kompulsif bozukluk' olarak tanımlanmış ve anksiyete bozuklukları içinde yer almıştır. (Şenormancı, 2010).

DSM-V ise, Obsesif Kompulsif Bozukluk , Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı anksiyete bozukluklarından ayrılmış ve ayrıca sınıflandırılmıştır.(Alıcı, 2014).

### **2.1.3 DSM-V Göre OKB Tanı Kriterleri:**

A: Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin de birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istemeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ve imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) (2) ile tanımlanır.

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yamaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar(örn. El yıkama,

düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler(örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

**Not:** Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

**B:** Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır. (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

**D:** Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örneğin; yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saçını yolma, deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluğunda olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluğunda olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılım kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu düşünce sokulması ya da sanırsal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

**İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi:** Kişinin takıntı- zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını yada gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

**İçgörüsü kötü:** Kişi, takıntı- zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

**İçgörüsü yok/ sanrısız inanışlar:** Kişi, takıntı- zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

**Tikle ilişkili:** Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

#### **2.1.4 ICD- 10 göre OKB tanı ölçütleri şu şekildedir:**

Obsesyonel belirtiler veya kompulsif hareketler en az iki hafta (üst üste 2 hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır.

- a. Bunlar kişinin düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.
- b. Bu düşünceler ya da hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler veya hareketler bulunabilir.
- c. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır.(yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur.)
- d. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

ICD-10' da OKB ile ilgili alt başlıklar şunlardır:

F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurmaların(ruminasyonların) baskın olduğu tip

F42.1 Kompulsiyon hareketlerin(obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip

F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu karışık tip

F43.8 Başka obsesif kompulsif bozukluk

F43.9 obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş ( Kani, 2014).

## 2.1.5 Epidemiyoloji:

Dünya Sağlık Örgütüne göre, Okb, ciddi yeti kaybına yol açan ve işlevselliği olumsuz yönde etkileyen 10 hastalık arasında yer almaktadır.( Ersin, 2017).

Okb'nin 1980 yılında yapılan araştırmada nadir görülen(%0,05) ve tedavi direnç gösteren bir rahatsızlık olarak bilinmekteydi. Ancak günümüzde daha sık görülen ve tedavi olumlu yanıt vermediği bilinmektedir. Günümüzdeki yapılan araştırmalarda fobiler, madde kullanım bozukluğu ve depresyondan sonra en sık görülen rahatsızlık okb'dir. Okb'nin yaşam boyu prevans %1-2 dir. Hastalığın başlangıcı 25 yaş öncesidir. % 15 bir grupta 35 yaş üstünde görülmektedir. Erişkinlerle yapılan çalışmalarda, kadın erkek arasında fark olmadığı göstermekte, bazı araştırmalarda ise, 1.2-1.8 bir fark bulunmuştur. ( Bayar ve Yavuz, 2008).

Okb'nin yaşam boyu görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Okb erkeklerde, kadınlara oranla daha erken yaşta görülmektedir. Hastarın % 50-70 stresli bir olay sonrasında okb belirtilerin ortaya çıktığını belirmiştir. ( Kıvıncım, 2015).

Geri kalanında ise, aniden başladığı görülmüştür. Hastaların, belirtilerin ortaya çıkması ve tedaviye başvurma arasında 5-10 yıl geçtiği görülmektedir. Hastalığın seyri süreğen ve uzundur. % 5 bir grupta dalgalı seyrederek. Hastaların % 20-30 belirgin düzelme, % 40-50 orta derecede düzelme, % 20-40 belirtiler düzelmez ya da ilerler. Hastalığın erken başlaması, erkek olmak, sosyal ilişkilerinin kötü olması, hastalığın ilk iki yılı kötü gidiş göstermesi kötü prognoz göstergesidir. Hastalığın uzun süredir olması, majör depresyonun eşlik etmesi ve komorbid psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması hastalığın gidişatını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu faktörler, hastalığın kronikleşmesine zemin hazırlamaktadır. ( Kılıç, 2015).

Çocuklukta belirtinin olmaması, belirtiler başladığında hemen tedaviye başvurmak, belirtilerin hafif şiddette olması, mesleki ve sosyal işlevselliğinin iyi olması, premorbid kişilik özelliklerinin olması iyi prognoz göstergesidir.( Şen, 2016).

Ok spektrum bozukluğu olarak şu hastalıkları tanımlamaktadır: anoreksiya nevroza, tourette sendromu, trikotillomani, sublinik durumlar, beden disformik bozukluğu, depersonalizasyon bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, patolojik kumar,

seksüel obsesyon. Okb ile eğitim durumu, din,,soyoekonomik durum, fiziksel sağlık gibi durumlarla ilişkisi bulunmamıştır. Amerika yapılan araştırmada, genç nüfusta, işsizlerde, yalnız yaşayanlarda, boşanmış kişilerde okb görülme oranı daha yüksek çıkmıştır. (Vardar, 2000).

Elli yaş üstü Okb nadir görülmektedir. Bu kişilerde, yapısal beyin hasarı ile ilişkili organik nedenlerin rol oynadığı görülmüştür. Okb, evlilik durumunu inceleyen araştırmada, %43'ünün hiç evlenmediği, % 52'sinin bozlanmış olduğu, % 5'nin ise hiç evlenmediğini görülmüştür. (Çiçek, 2011).

### **2.1.6 Komorbidite:**

Okb, birçok psikiyatrik hastalıkla komorbidi bulunmaktadır. Okb'de, %48-68 oranında başka bir psikiyatrik bozukluğa rastlanmaktadır. En sık görülen psikiyatrik hastalık ise, majör depresyondur.( Çiçek, 2011). Okb olan hastalarda, intihar görülebilmektedir.(Canca,2009). Okb olan kişilerde, Fobi %46, majör depresyon % 31, panik bozukluk %13, şizofreni %12, alkol ve maddeyi kötüye kullanım % 24, diğer madde ve ilaç bağımlılığı %17 oranında görülmektedir. (Vardar, 2000).

Okb ve anksiyete birlikteliği ( %24.5, 69.6), agarofobi % 39, distimi % 26, bipolar bozukluk görülme oranı %10 oranındadır. Rasmussen ve Eisen araştırmasında Okb ' de % 10-17 oranında anoreksiya nevroza görüldüğünü belirtmiştir.(Bayar ve Yavuz, 2008).

Rasmussen ve Eisen yaptığı araştırmada, % 6 tek psikotik bulgunun içgörüsü yokluğu, % 4 şizofreni, %3 şizotipal kişilik bozukluğu, % 2 sanrısız bozukluk olduğu görülmüştür. Okb'de % 7-19 oranında tourette sendromu ve tik bozukluğu, % 19 oranında dürtü kontrol bozukluğu görülmektedir. ( Çiçek, 2011).

Yapılan çalışmalarda Okb ' da, I. Eksen bozukluk % 50 oranında, II. Eksen bozukluk ise, % 40 oranında görülmektedir. (Kani, 2014).



### **2.1.7 Tedavi:**

Okb tedavisinde, ilaç kullanımı ve terapinin birlikte uygulanması gerekmektedir. İlaç tedavisinde serotonin geri alı inhibitörü(SSRI), yapılan araştırmalar sonucu etkili olduğu görülmüştür. Farmakolojik tedavi ve davranışçı tedavinin ikisi birlikte kullanıldığında okb belirtilerinin azaldığı gözlemlenmiştir.(Bayar ve Yavuz,2008).

Okb tedavisinde ilk olarak SSRI(seçici serotonin geri alım inhibitörü) tercih edilmektedir. Trisiklik bir geri alım inhibitörü olan klomipramin ve seçici geri alım inhibitörü olan fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin kullanılmaktadır. SSRI, Okb tedavisinde en iyi sonuç verdiği için en çok tercih edilen ilaç gruplarındadır. Kullanılan hastalarda, % 50-60 oranında bir iyileşme görülmektedir. (Karamustafalıoğlu, 1999). Tedavi direç gösteren hastalarda, atipik antipsikotik ilaç gruplarına başvurulmaktadır. (Tükel, 2010).

Yapılan araştırmalarda davranışçı tedavi de kullanılan maruz bırakma(exposure) tekniğinin etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. Maruz bırakma, kişinin korktuğu durumla yüzleşmesi olarak tanımlanmaktadır.( ör.tozlara dokunması, odasını dağıtması ve orada oturması vb.) (Kıvılcım, 2015).

İlaç dışındaki diğer tedevi yöntemleri arasında transkraniyel manyetik uyurım(TMU), derin beyin uyurımı ve beyin cerrahisi uygulamaları yer almaktadır.( Kuru ve Türkçapar, 2013).

### **2.1.8 Etiyoloji:**

#### **2.1.8.1. Psianalitik kuram:**

Freud, okb'da anal döneme gerileme ve saplantının varlığından söz etmektedir. Bu dönemde yaşanan sorunlar, tuvalet eğitimi sırasında yaşanan problemler anal döneme saplanmaya neden olur. (Topçuoğlu, 2003).

Freud, obsesyon ve kompulsiyon nevrozun temelinin 2-4 yaş arası gelişim döneminde ortaya çıktığını belirtmiştir. Bu dönemde, çocuk dışkısını tutma ve bırakma arasında ikilem yaşar. Bunun kendi kontrolünde olduğunu da keşfetmeye başlamıştır ve

bundan haz duyar. Ebeveynin, tuvalet eğitimini katı ve baskıcı bir tutum içinde vermesi ve obsesyon ve kompulsiyonun ortaya çıkmasına neden olur. Obsesif – kompulsif nevrozlarda karşıtçılık, kirlilik, saldırganlık ve inatçılık gibi anal dönem özellikleri görülür. Bunlarla baş etmek içinde, yalıtma, yapma bozma, karşıt tepki oluşturma savunma mekanizmalarını kullanırlar. ( Yerebakan, 2015).

Tuvalet eğitiminde teşvik etme yerine baskıcı bir tutum sergilenirse, bu dönemdeki dürtülerin doyurulmamış olur ve o döneme saplanmaya neden olur. ( Kıvılcım, 2015).

Psianalitik kurama göre, Okb preodipal anal sadistik psikoseksüel gelişim dönemine defansif bir regresyonun sonucudur. Kişide, anal sadistik kişilik özelliklerine karşı obsesif kompulsif kişilik(OKK), yada obsesif kompulsif nevroz(OKN) gelişmektedir.(Kandaz, 2009).

Psianalitik kuram, tüm obsesyon ve kompulsiyonların kişide anlamlı bir karşılığı bulunduğunu ifade etmişlerdir. Anal dönemdeki tuvalet eğitimi ve ebeveyn – çocuk arasında yaşanan çatışmanın obsesyon ve kompulsiyonlara neden olmaktadır. (Kandaz,2009).

Obsesif kompulsif belirtiler, bilinçdışına dürtülerin bastırılması sonucu ortaya çıkmaktadır. ( Bayar ve Yavuz, 2008).

### **2.1.8.2. Bilişsel Davranışçı Kuram:**

Bilişsel davranışçı terapide, 2 yöntem kullanılmaktadır. Exposure(maruz bırakma), anksiyeteyi azaltmak için, obsesyonel düşüncenin sıklığını azaltmak için ‘yanıt önleme’ tekniği kullanılmaktadır. (Gölcük,2016).

Bilişsel kurama göre, obsesyonun temelinde, düşüncelerin aşırı kötü yorumlanmaktadır. Bu obsesif düşüncelerde anksiyeteye neden olmaktadır.(Özer, 2015). Bilişsel davranışçı kuram, okb işlevsel olmayan inançlar üzerinde durmaktadır.(Eryılmaz ve Tosun, 2013). Bilişsel davranışçı kurama göre, obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır ve anksiyeteye neden olurlar. Obsesyon kişide anksiyete yol açar ve anksiyete, kompulsiyonlarla giderilmeye çalışılır. Kişi kompulsiyonun anksiyetesini azalttığını fark ettikçe, kompulsiyona başvurma sayısı da artar. Bilişsel

kuram, günlük hayatta kişide kaygıya yol açan ipuçları ve obsesyona neden olan bilişleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Kişinin herhangi bir olayı ya da durumu kaygısını arttıracak şekilde değerlendirmesi sonucu kişinin kontrol etme mekanizması devreye girerek, kompulsiyonları harekete geçirmektedir. ( Kıvılcım,2015).

Mowrer'in iki aşamalı kuramına göre, obsesyon anksiyeteyi uyaran koşullu yanıtlar, kompulsiyon ise, anksiyeteyi azaltmak için öğrenilmiş ve anksiyete azaldıkça pekiştirilen davranışlardır. Obsesif düşüncenin temeli, normal ve zorlayıcı düşünceden oluşur. İnsanların % 90'ı bu düşüncelere sahiptir. Normal zorlayıcı düşünce ve okb hastalarında olan zorlayıcı düşünce arasındaki fark, okb hastalarının zararın önlenmesinden sorumlu olma gibi bir yorumlama yapmalarıdır. Salkovskis'nin abartılı sorumluluk modelinde, normal zorlayıcı düşünce ve obsesyonal düşünce arasındaki fark, düşüncenin değerlendirilme ve yorumlama biçimidir.(Taştan,2015).

Bilişsel modele göre, klinik obsesyon ve aynı içerikteki davetsiz düşünceler insanların çoğu tarafından deneyimlenir. Davetsiz düşünceler, klinik obsesyona göre sıklığı, şiddeti daha az, daha kısa sürede kaybolan, kişide rahatsızlığa neden olmayan dürtü, imge ve düşüncelerden oluşur. Kişilerin, hatalı değerlendirme ve yorumlama yapmaları, başetme yöntemlerindeki yetersizlikler sonucu herkeste var olan bu düşünceler obsesyona dönüşür. Bunun sonucunda, tekrarlayıcı davranışlar ve kaçınmalar ortaya çıkar. Bu durum, kişide Okb ortaya çıkmasına neden olur. (Beşiroğlu,2015). Bir çok kişi de var olan intrüzif (zorlayıcı) düşüncelere, okb hastaları aşırı ve yersiz anlamlar yüklemektedir. ( Aydın ve Öyekçin, 2013).

Yanlış yorumlama modeli; kişiler zorlayıcı düşüncelerini, dürtülerini, imgelerini yanlış anlamlarda yorumlamaktadır. Cinsellik, saldırganlık, dini obsesyonları vb. olan kişiler kendini kötü bir insan, ahlaklı olmayan, tehlikeli biri olarak yorumlamaktadır. Bu durum kişinin yoğun bir suçluluk duygusu yaşamasına neden olmaktadır. ( Özer,2015).

Bilişsel kuram, obsesif kompulsif belirtinin erken yaşta edinilmiş inaçlarla ilişkili olduğunu ileri sürer. Bu obsesyonlara bir takım felaketleştirici bilişler yol açmaktadır. Okb'si olmayan kişilerde de, birtakım istemdişi gelen otomatik düşünceler vardır. Ancak bu kişiler, düşünceleri önemsiz olarak değerlendirerek, ortadan kaybolmasına neden olur. Okb olan kişiler ise, bu düşüncelere abartılmış anlamlar yüklerler.

### 2.1.8. 3. GENETİK:

Yapılan çalışmalar, okb genetik olduğunu göstermektedir. Andrew ve arkadaşları yaptıkları çalışmada okb %26 genetik geçişinin olduğunu belirtmiştir.(Satan,2014).

Yapılan aile çalışmalarında birçoğunda genetik olduğuna dair veriler elde edilmiştir. Ancak yine de kesin olarak genetik geçişin varlığından söz edemeyiz. Hastalığın oluşumunda, bir veya daha fazla genin majör etkisi, genlerin minör etkisi, çevre ve ortamın etkisi gibi bütün bu faktörlerin etkileşimi söz konusudur. (Vardar,2000).

Okb, katımsal olduğuna dair bilgiler yetersizdir. Erken başlangıçlı okb'de genetik geçişin yüksek olduğu vurgulanmıştır. (Şen,2016).

Okb genetik yönünü araştıran ikiz çalışmalarında, monozigot ikizlerde(%90), dizigot ikizlerde(%47) oranında konkordansı (eş hastalanım) rastlanmıştır. (Çiçek,2011).

Okb, genetik olup, olmadığı 1930'lu yıllardan beri araştırılan bir konudur. Aile ve ikiz çalışmalarında okb'nin genetik olduğunu göstermektedir. Fakat, hangi genin etkili olduğu bilinmemektedir. Yapılan araştırma obsesyonların kompulsiyonlara göre, ailesel geçiş ihtimali daha yüksektir. Pauls ve arkadaşlarının yaptığı aile çalışmada, 100 okb ve 100 kontrol aile incelenmiş, okb'li grubun birinci derece akrabalarında %18.2 oranında okb rastlanmıştır. (Demet, 2005).

Okb olan kişilerin yakınlarının da % 35 oranında bozukluktan etkilendiği görülmüştür. (Çiçek, 2011).

### 2.1.8. 4. NÖROBİYOLOJİ:

Yapılan nörogörüntülemelere göre, bazal ganglionlarda işlev bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Bazal ganglionları işlevi, korteks ve talamus arasında bağlantı sağlar. Okb'de orbitofrontal korteks, ventromedial kaudat, medialdorsal talamusta aktivite artışı görülmektedir. Bu durum, obsesif-kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yapılan arştırmalarda Okb'de orbitofrontal korteks (OFK), anterior singuat korteks(ASK), dorsalateral prefrontal korteks(DLPFK) karar vermede önemli bir rolü

bulunmaktadır. Okb'de bu bölgelerin bozulmasıyla hata saptanması, ödülün değerlendirilmesi ve davranışın planlanmasında sorunlar olmaktadır. Bunun sonucunda, bazal ganglionların aktivitesi artar ve anormal davranışın ifade bulma sıklığında da artış olmaktadır. (Karlıoğlu ve Yüksel, 2007).

Tedavi sonrasında, çekilen PET sonuçlarına göre, SSRI ve bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilen hastaların kaudat, orbitofrontal korteks ve singuat kortekste tedavi öncesine göre, hiperaktivitenin azaldığı görülmüştür. (Eşel,2000).

Okb olan kişilerin yürütücü işlevlerinde bozukluk olduğu tespit edilmiştir. (Aydın ve Öyekçin, 2013).

Okb olan hastaların beyin görüntüleme çalışmalarında, sol orbitofrontal korteks, sol inferior parietal korteks, sol superior temporal girus, sol talamus, bilateral hipotalamus gri cevher hacminde artış, serebellumda gri cevherde hacminde azalma görülmüştür.(Alıcı, 2014).

#### **2.1.8.5. SEROTONİN:**

Okb'da serotonin rolünü araştıran çalışmalarda, serotonarjik sistemde işlev bozukluğu olduğunu tespit etmişlerdir. Okb tedavisinde kullanılan serotonin geri alımını engelleyen klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin gibi ilaçların etkili olması ve okb belirtilerini azaltıyor olması bu görüşü desteklemektedir. (Kıvılcım,2015).

Serotonarjik nöronların işlevi, düzenleme ve koordine etmektir. Serotonarjik nöronlar, duygudurumu dengeleme, dürtüselliği düzenleme gibi rolü bulunmaktadır. Beyinin ön bölgesinde serotoninin azalmasıyla birlikte duygudurumda dalgalanmalar, stresle baş etme becerisinde azalma, huzursuzluk, risk alma davranışlarına neden olmaktadır.(Alıcı,2014).

#### **2.1.8.6. DOPAMİN:**

Okb, tekrarlayıcı düşünce ve davranışların, artmış dopaminerjik aktivasyonun neden olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, Okb tedavisinde dopamin bloke edicilerin SSRI

yardımcı olarak kullanılıyor ve antidopaminerjik ilaçların Okb belirtilerini azaltıyor olması Okb 'de dopaminin etkili olduğu görüşünü desteklemektedir. (Alıcı,2014).

### **2.1.9. OKB KONTROL İHTİYACI:**

Okb tanısı alan bireylerin, kendilerini, çevresini ve dünyayı kontrol etme eğilimindedir. Kontrol etme, her insanda var olan ve davranışlarımızı düzenlememize, önlemler almamıza yardımcı olur. Her insan zaman zaman yaptıklarında şüphe duymakta ve bunu kontrol etme ihtiyacı hissetmektedir. Fakat, okb olan kişilerde bu mekanizma bozulmuştur. Defalarca kontrol etseler de emin olamama hali söz konusudur. Normal kontrol etme ve patolojik kontrol etme olarak ikiye ayrılmaktadır. Patolojik kontrol etmede, iş, aile ve sosyal hayatında işlevselliği bozulmasına neden olur. Kontrol ve kaygı mekanizması arasında yakından bir ilişki söz konusudur. Obsesif kompulsif bozukluk ve diğer kaygı bozukluklarında kontrol-kaygı mekanizması bozulmuştur. Okb olan kişilerde; tehlikenin abartılı değerlendirilmesi, abartılmış sorumluluk, düşünceleri kontrol etmeye verilen önem, mükemmeliyetçilik, düşüncelerin aşırı önemselenmesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük görülür. (Eryılmaz ve Tosun, 2013).

### **2.2. BAĞLANMA KURAMI:**

Bağlanma, anne ile bebek arası kurulan duygusal bir bağıdır. 0-2 yaştaki dönemde bebek temel ihtiyaçlarının karşılanması için birine bağımlıdır. Harlow, açlık, susuzluk, temizlik gibi temel ihtiyaçların karşılanması sonucunda anne ile bebek arasında bir bağ oluşmaktadır. (Tüzün ve Sayar, 2006). Eğer anne bebeğin ihtiyaçlarına duyarlı olursa, bebek kendini sevilmeye değer biri olarak görür. (Özeren ve Akın, 2016). Anne ile bebek arasında duygusal bağ kurma gereksinimi, bebeğin hayatta kalabilmesi için kurulan bağlanma sistemi olarak ifade edilmektedir.( Sümer ve Güngör, 1999). Anne ve bebek arasındaki bağlanma, bebekte güven duygusu oluşmasına neden olmaktadır. (Soysal, Bodur, İşeri ve Şenol, 2005).

Bowlby, bağlanma kuramının öncülerindedir. Bowlby, Freud' un kişilik kuramı ve nesne ilişkileri kuramcılarını Donald Winnicot, Margaret Mahler, Melanie Klein ve Heinz

Kohut gibi kişilerin kuramlarından yola çıkarak, bağlanma kuramının temellerini atmıştır. (Arslan,2008). John Bowlby'nin bağlanma teorisine göre, “ insanların, diğerleriyle güçlü bağlar geliştirmeye yönelik doğal eğilimi ve onlardan ayrılma veya onları kaybetmeyi istememenin getirdiği kaygı, öfke, depresyon ve duygusal kopuş gibi kişisel sıkıntıların izah edilmesi için ortaya atılmış bir yol” şeklinde tanımlamıştır. ( Doksat ve Ciftci, 2016).

Bowlby(1982)'de bağlanmanın anne ile bebek arasında kurulan biyolojik temele dayalı bir ile başlar. Bebeğin ağlama, emme, izleme ve gülümseme davranışları sonucu anne bebeğe karşılık verir ve yakınlık kurar. Bunun sonucunda, aralarındaki güven duygusu oluşmuş olur. ( Arslan, 2008).

Bu kurama göre, bağlanma yaşamın ilk dönemlerinde oluşmakta ve süreklilik göstermektedir. Bowlby bağlanma kuramına göre, güvenli ve güvensiz bağlanma bir kez oluştuğunda kolay kolay değişmemektedir. Bağlanma, ileriki, dönemlerde ilişki kurma örüntülerimiz açısından belirleyicidir.( Sümer ve ark. , 2009).

Bowlby göre, bebekler genetik olarak bağlanma davranışı gösterme eğilimindedirler. Fakat, bağlanma ilişkisinin türünü ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişki belirlemektedir. (Arslan, 2008).

Bowlby bağlanma kuramının temelini ‘ içsel çalışan model ( internal working models)’ oluşturmaktadır. İçsel çalışan modelde, çocuğun kendisi ve başkalarına yönelik bilişleri yer almaktadır. Aynı zamanda, içsel çalışan model annenin vermiş olduğu tepkilere göre şekillenmektedir. Çocuk annesi tarafından ihtiyaçları karşılandığında, annesinin güvenilir, ulaşılabilir ve destekleyici olduğuna dair bilişsel temsil geliştirmektedir. Bunun tam zıttı durumda ise, reddedici ve kendini sevmeye değer biri olmadığına yönelik bir biliş geliştirir.( Morsünbül ve Çok, 2011). İçsel çalışma modeli, anne ile yaşanan deneyimlere göre şekillenir. Bunun sonunda dünya ve insanlar ilgili beklenti ve düşüncelerimiz de oluşmuş olur. Bowlby (1973), içsel çalışma modelinin iki önemli noktası bulunmaktadır. Birincisi; çocuğun diğer insanları nasıl gördüğü, ikincisi; çocuğun kendi nasıl gördüğünü belirler. (Arslan, 2008).

İçsel çalışma modeli; kişinin ilişkilerinde kendini güvenli hissedip, hissetmediği, kişinin kendisini sevmeye değer biri olarak görüp, görmediği ve çevresinden gelen

tepkileri ne derece doğru bir şekilde algıladığını doğrudan etkilemektedir. Saplantılı bağlanma, korkulu bağlanma ve kayıtsız bağlanma stiline sahip kişilerde, hem kendilerine hem de diğerlerine yönelik olumsuz bir içsel çalışma modeli sahiptirler. Üç bağlanma stilli de güvensiz bağlanma başlığı altında toplanmaktadır. (Gültekin ve Arıcıoğlu, 2017).

Bağlanma ilk olarak 8-12 haftadan 6 aylık dönemde gözlemlenebilmektedir. Bu dönemde bebek anneyi yabancından ayırt etmekte ve ilgisini anneye yöneltmektedir. 6-24 ay arasında bağlanma tam olarak gözlemlenebilmektedir. Bağlanma, yakınlık davranışı ile kendini göstermektedir. Bebek annenin yokluğunda huzursuz ve rahatsızdır. Annesi olduğunda ise, rahatlar. (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011).

Güvensiz bağlanma; anne ile çocuk arasında erken dönem ki, olumsuz yaşantılar sonucunda oluşmaktadır. Güvensiz bağlanmaya sahip kişiler, yakın ilişkilerinde sorun yaşamaktadır. Aynı zamanda stresli bir durumla karşılaştıklarında işlevsel olmayan tepkiler vermeleri nedeniyle psikopatolojiye yatkındırlar. Bu kişiler, kişilik bozuklukları açısından risk altındadırlar. Güvenli bağlanma; anne, çocuğun ihtiyaçlarını, beklentileri doğru bir şekilde karşılayabilmesi durumunda oluşmaktadır. (Sümer ve ark. , 2009). Güvenli bağlanmanın oluşabilmesi için çocuğun duyarlı ve tutarlı olan, her an ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması gerekmektedir. (Sümer ve Güngör, 1999).

Dünya Sağlık Örgütü Raporuna göre, yaşamın ilk 3 yılında çocuğun anneden yoksun olmasının hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar açısından risk oluşturmaktadır. (Soysal, Bodur, İşeri ve Şenol, 2005). Anneden uzun süre ayrı kalma bağlanmada çözülmesi olarak ifade edilen sosyal çevreden kopma ve geri çekilmelere neden olmaktadır. (Sümer ve Güngör, 1999). Güvensiz bağlanma sahip çocuklar, sosyal beceriler konusunda yetersizlik yaşamaktadır. Bu çocuklar problem çözme konusunda sorun yaşadıkları görülmüştür. Güvensiz bağlanan çocuklarda, sinirlilik, huzursuzluk, saldırganlık, arkadaşlarıyla ilişkilerinin iyi olmadığı gözlemlenmiştir. Güvenli bağlanmış çocuklar ise, olumlu duygulanıma sahiptirler. (Soysal, Bodur, İşeri ve Şenol, 2005).



Güvenli bağlanmaya sahip çocukların kendine güven duymaktadırlar. Güvensiz bağlanma ya sahip çocuklar ise, kendilerini değersiz görmekte, başkalarına güven duymadıkları için kişilerarası ilişkilerde sorun yaşamaktadırlar. (Erözkan, 2011).

Güvenli bağlanma, çocuğu stresten koruyan bir mekanizmadır. Çünkü, bağlanma örüntülerimiz stresli bir olayla nasıl mücadele edeceğimizde belirleyici olmaktadır. Güvensiz bağlanan kişiler ilerleyen dönemlerde sosyal, akademik ve mesleki hayatlarında sorun yaşamaktadırlar.(Doksat ve Ciftci, 2016).

Çocuğun bağlanma örüntüsünün oluşumunda, anne-babanın bağlanma şekli, kişisel gelişimi ve bireysel özellikleri belirleyici olmaktadır. Çocuğun mizaç özellikleri, sağlık durumu da bağlanmayı etkilemektedir. Anne-babanın kendi ebeveyni ile kurduğu bağlanma şekli, çocuğunun bağlanma şeklinde belirleyici olmaktadır. (Alantar ve Maner, 2008).

Güvenli bağlanma stilline sahip kişiler kendisi, çevresi ve gelecekle ilgili olumlu bir bakış açısına sahiptir. Çevresindeki insanlara güvenmek ile ilgili bir sorun yaşamazlar. Güvensiz- kaygılı bağlanan kişiler, bir olay karşısında kendinin ve çevresindekilerin o olayın üstesinden gelebileceğine dair inançları bulunmamaktadır. Bu kişiler, çevrelerindeki kişilerle kaygılı ve saplantılı bir ilişki örüntüsü yaşamaktadırlar. Görülme sıklığı % 20 oranındadır ve yaşla birlikte azalma gösterir. Dezorganize (dağınık) bağlanma örüntüsüne sahip kişilerde bir tutarsızlık söz konusudur. Bu kişiler görünürde, kaygılı veya kaçınan tipi kullanıyor gibi gözükseler de, stresli bir olay yaşadıklarında bu ikisinin karışımını kullanırlar. Dezorganize bağlanma örüntüsüne sahip kişilerin öyküsü incelendiğinde, psikolojik travma birlikteliği sık görülmektedir. (Yıldızhan, 2017).

Güvenli bağlanma geliştiren çocuk kendini 'değerli bir varlık' olarak görmektedir. Freud bunu 'kuvvetli ego' olarak tanılamakta, Erikson ise, 'temel güven' olarak ifade etmektedir. Bowlby göre ise, temel güven duygusu oluşmadığı sürede nevrotik bir anksiyete gelişmektedir.(Doksat ve Ciftci, 2016).

Bowlby 1988 yılında yaptığı araştırmada, bebek bağlanma davranışını yakınlık arayışı ve gülümseme davranışı sergileyerek gösterirken, anne sarılma, fiziksel temasla davranışlarıyla karşılık vermektedir. (Demir,2017).

Ainsworth (1989), bağlanma biçimleri bebeğin ebeveyni ile kurduğu ilişkiye göre şekillenmekte ve yetişkin olduklarında kurdukları yakın ilişkilerde de tekrar edileceğini belirtmiştir. ( Arslan, 2008).

### 2.2.1 BAĞLANMANIN TARİHÇESİ:

Bağlanma kavramı, 1950- 1960 yıllarında ilk kez John Bowlby tarafından ele alınmıştır. Anne ile çocuk arasındaki kurulan bağı inceleyerek, bu kuramın ortaya çıkmasını sağlamıştır. Freud'un bilgilerinden yola çıkarak, bebeklerin annelerinden ayrıldıktan sonra ve birleşme anındaki tepkilerini gözlemlemiştir. Bağlanma ile ilgili ilk gözlemlerin Anna Freud ve Dorothy Burlingham tarafından İkinci Dünya Savaşı sırasında Hampstead Çocuk Bakımevinde yapılmıştır. (Bowlby, 1969). (Kılıç, 2017).

Bowlby, ' Çocuğun Anneye Bağının Doğası', 'Ayrılma Kaygısı', 'Acı ve Matem' adlı kitapları ile bağlanma kuramının temellerini atmıştır.(İlarslan,2009).

Bowlby göre, bağlanma davranışı içgüdüsel eğilimi bulunmaktadır ve temel amacı içgüdüsel ihtiyaçların karşılanmasına yöneliktir. Bowlby, nesne ilişkileri kuramı ve Darwin'ci görüşleri bir araya getirerek, bağlanma kuramını oluşturmuştur. Yakın olma ve yakınlık arama eğilimi bütün insanlarda var olup, bu süreç bebeklikten başlayıp, yaşam boyu devam etmektedir. (Kesebir , Kavzoğlu ve Üstündağ 2011).

Bağlanma ile ilgili, diğer bir önemli araştırmacı ise, Ainsworth'tür. 1970 yılında bağlanmayı araştırmak için Yabancı Durum Deneyi isimli bir deney yapmıştır. Çocukların anneden ayrı kaldıklarında, yabancı bireye nasıl tepki verdiklerini incelemiştir.(Koyuncu, 2017).

Ainsworth'e göre, bağlanmanın özellikleri, (1) karşımızdaki kişiyle doğrudan kurulan bir ilişki olan, (2) duygusal bir bağ içeren, (3) kalıcı, (4) yakınlığı koruyucu ve motive edici, (5) istemsiz ayrılmalarda strese neden olan bir bağ olarak tanımlamıştır. (Baltacıoğlu, 2016).

### 2.2.3 PSİKOPATOLOJİ VE BAĞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİ:

Güvensiz bağlanma örüntüsüne sahip kişiler, ilerleyen dönemlerde çeşitli psikopatolojiler görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, kronik ağrı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ile güvensiz bağlanmanın ilişkili olduğu görülmüştür. (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011). Eğer anne ile bebek arasında güvenli bir bağlanmanın kurulmuş olması psikolojinin sağlıklı olmasına olanak sağlamaktadır. (Tüzün ve Sayar, 2006).

Rosenstein ve Horowitz(1996), psikiyatri servisinde yatan 60 ergenin %98'inde güvensiz bağlanma stiline sahip olduğu görülmüştür. (Keser,2006).

Greenberg, psikopatolojinin gelişimini açıklarken 4 tane risk faktörü belirtmiştir. Ebeveynin bağlanma öyküsü, çocuğun bağlanma öyküsü, çocuğun mizacı ve aile içi dengedir. Anne- babanın birisinin ya da her ikisinin birlikte depresyon, duygulanım bozukluğu ve şizofreni gibi ruhsal bozukluklarının olması güvenli bağlanmanın oluşmasını engellemektedir. Çünkü, yaşamış olduğu durum, çocuğun ihtiyaçları tutarlı bir şekilde karşılmasına engel olacaktır. Bu durum, çocuğunda birtakım psikopatolojilere yatkın olmasına neden olmaktadır.(Gençdoğan, 2014).

Bağlanmada sorun olduğunda çocuklarda ayrılma anksiyetesi bozukluğu, bebeklik depresyonu, tepkisel bağlanma bozukluğu görülmektedir. Yetişkinlik dönemine yansımaları ise, depresyon, agorofobi, ayrılma anksiyetesi, sınır kişilik bağlanmayla ilişkili olduğu görülmüştür.(Demir,2017).

Bowlby Tavistock kliniğinde suçlu erkek çocukları ile yaptığı araştırmada, çocukların küçük yaşta, ebeveynlerinden uzun süre ayrı kalmaları, yaşanan kayıplar gelişim geriliğine ve çocuk suçluluğuna yol açan antisosyal davranışların ortaya çıkmasına yol açmaktadır.(Akdağ,2011).

Çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıkların temelinde bağlanma ilişkisi neden olmaktadır. Güvensiz bağlanan yetişkinlerin, bilişsel düzeylerinin düşük olduğu, daha çok davranışsal ve zihinsel sorun yaşadıkları belirtilmiştir. Bu kişilerin, daha fazla terapiye ve psikiyatrik tedaviye başvurdukları görülmüştür. Güvensiz bağlanan kişilerde, anksiyete, depresyon ve fobik bozukluğa

eğilimlidirler. Güvensiz bağlanan kişilerin ergenlik döneminde yeme bozukluğuna neden olabileceğine dair araştırmalar bulunmaktadır.(Doksat ve Ciftci, 2016).

Bağlanma ilişkilerinde sorun olduğunda, şizoid, narsistik ve borberline kişilik bozukluğuna zemin hazırlamaktadır. Kesebir ve arkadaşları(2011) , Waren ve arkadaşlarının(1997), yaptıkları araştırmada kaygılı bağlanma stiline sahip çocuklarda, ilerleyen dönemlerde kaygı bozukluğu ortaya çıkma ihtimali yüksektir. Ülkemizde 566 üniversite öğrencisi ile yürütülmüş çalışmada, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ile bağlanma biçimleri, suçluluk ve utanç arasındaki ilişkiyi inceleyerek, istismar ve saplantılı bağlanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer bağlanma stillerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır.(Onar,2017).

Kaygılı bağlanan kişiler, anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk birlikteliği sık görülmektedir. Kaçınan bağlanma davranış bozukluğu ve diğer dışa vuruk patolojilerle ilişkilendirilirken, dağınık (dezorganize) bağlanmanın, dissosiyatif bozukluklarla ilişkili olduğu görülmüştür. Kökçü ve Kesebir yaptığı çalışmalarda, bipolar bozukluğu olan kişilerde kaçınan bağlanmanın yüksek olduğu görülmüştür. (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011). Yapılan araştırmalarda, kaygılı ve kaçınan bağlanma stili arttıkça, aleksitiminin de arttığı görülmüştür. ( Baltacıoğlu, 2016).

#### **2.2.4 BEBEKLİK DÖNEMİNDE BAĞLANMA:**

Güvenli bağlanma örüntüsüne sahip bebekler, anne yanından ayrıldığı zaman normal bir kaygı yaşarlar ve annesi döndüğünde mutlu olur. (Tüzün ve Sayar,2006). Güvenli bağlanan bebeklerin anneleriyle ilişkileri incelendiğinde, annelerin bebeklerin ağlamalarına duyarlı oldukları ve ihtiyaçlarını hemen karşıladıkları görülmüştür. (Demir,2017). Kaygılı bağlanan bebeklerin annelerinin ise, tutarsız davranışlar sergileyerek, aşırı müdahale ettikleri gözlemlenmiştir. Kaçınan bağlanmaya sahip bebeklerinin annelerinin ise, soğuk, yakın olmayı reddeden ve beden temasından kaçınan kişiler oldukları görülmüştür. ( Sümer ve Güngör, 1999). Laible ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı araştırma da, güvenli bağlanan çocukların, diğer bağlanma stillerine sahip çocuklara oranla daha sosyal olduklarını belirtmişlerdir. (Demir,2017).

Kararsız bağlanma örüntüsüne sahip bebekler ise, anneden ayrılırken aşırı bir üzüntü duyma ve anneden ayrılamazlar. Anne geri döndüğünde ise, öfkeli dirler. Kaçınan bağlanma örüntüsüne sahip bebekler, anneden ayrılırken sakin dir, tepki vermez. Anne geri döndüğünde ise, reddedicidir. (Tüzün ve Sayar, 2006). Kaçınan bağlanan bebeklerin anneleri ile olan ilişkisine bakıldığında, annenin reddedici, kaçınan oldukları görülmüştür. Bu ebeveynler, çocukları stresli bir olay bir olay yaşadığında onu sakinleştirmez, reddeder ve yalnız başına bırakırlar. (Demir,2017). Çocuklar, ihtiyacı olduklarında annesinin yanında olmayacağını bilir. (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ , 2011).

Kaygılı bağlanma örüntüsüne sahip bebekler, annesi yokken kaygılıdır, anneleri döndüğünde yatışmaları uzun sürer ve direnç gösterirler. Bu çocukların anneleri ile ilişkileri gözlemlendiğinde, annenin çocuğa kimi zaman ilgili kimi zaman ise ilgisiz davranarak, tutarsız davranışlar sergilediği görülmüştür. Bu nedenle çocuklar ihtiyacı olduğunda annesinin yardım edip, etmeyeceği konusunda belirsizlik yaşamaktadırlar Bu nedenle güven duygusu kazanamamıştırlar. (Demir, 2017) . Kaygının ve kaçınmanın düşük düzeyde olduğu durumlarda ise, güvenli bağlanmadan söz edebiliriz. (Sümer ve ark. , 2009).

### **2.2.5 ERGENLİK DÖNEMİNDE BAĞLANMA:**

Bağlanma, çocukluktan başlayıp, ergenlik, yetişkinlik hatta yaşlılık döneminde de devam etmektedir. Çocukluk döneminde bağlanma figürü anne ve baba iken, ergenlik döneminde aileden uzaklaşarak arkadaşlarına yönelir. Bu dönemde, bağlanma davranışı yaşlılara aktarılmaktadır. Ergenin ebeveyni ile arasında güvenli bağlanmanın olması, ergenliğin en önemli konularında biri olan kimlik gelişimi ve benlik gelişimi açısından oldukça önemlidir. (Yolalan,2013). Güvensiz bağlanan kişilerde ergenlik döneminde ‘anamlı bir kendilik duygusu’ oluşmaz. Bunun tam zıttı olan dağınık ve düzensiz ‘kendilik duygusu’ oluşmasına neden olmaktadır. (Doksat ve Ciftci, 2016).

Ergenin güvenli bağlanma stiline sahip olması aile ilişkilerini de olumlu olarak etkilemektedir. Eğer, güvensiz bağlanma stiline sahip ise, aile ilişkilerinde sorun yaşamasına neden olur. Güvensiz bağlanma örüntüsüne sahip ergenler, ebeveynini

bireyselleşmesine engel olarak algılar. Bu durum, ebeveyni ile çatışma yaşamasına neden olmaktadır. Güvenli bağlanan ergenler, problemlerini çözmekte sorun yaşamazlar. (Yolalan,2013).

Güvenli bağlanan gençler, aile ve arkadaş ilişkilerinde daha az sorun yaşamaktadır. Güvensiz bağlanan gençlerin, duygularını düzenleme ve stresle baş edebilme becerileri zayıftır. (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011).

Ergenlik döneminde kimlik oluşabilmesi için önemli olan keşfetme davranışıdır. Bağlanma kuramına göre, ebeveyn destekleyici ve tutarlı davranış sergilemesi durumunda çocuk için güvenli üst oluşturur. Güvenli üst çocukların araştırma ve keşfetme davranışında önemli bir rol oynamaktadır. Bu bilgilerden yola çıkarak, güvenli bağlanan kişilerin ergenlik döneminde kimlik gelişimleri de sağlıklı bir şekilde oluşmaktadır. Güvenli bağlanma stilline sahip bireylerin, korkulu bağlanma stilline sahip bireylere göre, kimlik yapılarını daha fazla araştırma eğiliminde oldukları görülmüştür. (Morsünbül ve Çok, 2011).

Yapılan araştırmalar sonucunda, bağlanma ve kimlik gelişimi arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Morsünbül ve Tümen bağlanma stilleri ve kimlik statülerini ile ilgili yapmış oldukları araştırmanın sonucunda, kayıtsız bağlanma stiline sahip kişiler, ipotekli kimlik statüsüne sahip iken, saplantılı bağlanma stiline sahip bireyler daha çok askıya alınmış kimlik statüsüne sahip oldukları görülmüştür. Korkulu bağlanma stiline sahip ergenlerin ise, daha fazla dağınık kimlik statüsüne sahip oldukları belirtilmiştir. (Morsünbül ve Çok, 2011).

Güngör( 2000), yapmış olduğu araştırma sonucunda, güvenli bağlanan ergenlerin, korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanan ergenlere göre ruhsal durumları, problem davranışları çözme becerileri, benlik değerlendirmeleri, akademik başarı oranları da yüksektir. (Arslan, 2008).

Güvensiz bağlanan kişiler ergenlik döneminde yaşanan kimlik karmaşası ile birlikte eğer sorunlarını içselleştirirse (depresyon ve kaygı bozukluğu), dışsallaştırırsa (madde bağımlılığı ve antisosyal davranışlar) oluşmasına neden olmaktadır. (Doğan, 2016).

## 2.2.6 YETİŞKİNLİK DÖNEMİNDE BAĞLANMA:

Main, Kaplan ve Cassidy(1985), yetişkinlerde bağlanma konusunu incelemişlerdir. Yapılan incelemeler sonucunda yetişkinlerin, çocuklarıyla olan ilişkilerinde sahip oldukları bağlanma stillerinin etkili olduğu görülmüştür. Bağlanma bebeklik döneminde başlayıp, yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Bağlanma yaşanan olay karşısında nasıl bir davranış sergileyeceğimizi belirlemektedir. Weiss(1982), çocukluk dönemindeki bağlanmanın, yetişkinlik döneminden farklı olduğunu belirtmiştir. Çocukluk döneminde, çocuğun ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik bir ilişki varken, yetişkinlik döneminde ise, karşılıklı ihtiyaçların giderilmesine yöneliktir. Ailesinden yeterli ilgi, sevgi ve şefkat göremeyen çocukların, yetişkinlik döneminde güvensiz bir kişilik yapısına sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, bağlanmanın yetişkinlik döneminde olduğunu etkili olduğunu göstermektedir. (Gül,2017).

Yetişkinlerin bağlanma stilleri ile ilgili yapılan araştırmada % 55 güvenli bağlanma, % 20 kaygılı/karasız bağlanma, % 25 kaçınan bağlanma örüntüsüne rastlanmıştır.( Sümer ve Güngör, 1999).

Bağlanma örüntülerimiz, yetişkinlik döneminde karşımızdaki kişilerle ilişki kurma biçimimizi etkilemektedir. Güvenli bağlanan yetişkinler, ilişkilerinde kendilerini rahat hissederler ve terk edilmekten korkmazlar. Kaçınan bağlanma örüntüsüne sahip yetişkinler kendilerine güvenip, başkalarına güvenmedikleri için, yakın ilişki kurmaktan kaçınırlar. Bu kişiler karşısındaki kişiye bağlanmakta ve güvenmekte sorun yaşarlar. Kaygılı bağlanan yetişkinler ise; yakı ilişki kurmak isterler fakat terk edilmek ve reddedilmekten korktukları için daha kısa süreli ilişkiler kurarlar.(Akdağ,2011).

Waters ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada, bebeklik döneminde bağlanma stillerine bakılmış, 20 yıl sonra tekrar bağlanma stillerine ölçülmüştür. Bu bağlanma stillerinin % 72 oranında aynı olduğu görülmüştür. (Doğan,2017).

Main ve arkadaşları (1985), yetişkinlikte bağlanma örüntüleri ile ilgili yaptıkları araştırmada, kişilerin ebeveynleri ile olan ilişkileri ve bu ilişkilerin zaman içinde nasıl değiştiğini, bunların yetişkinlik hayatlarındaki ilişkileri nasıl etkilediğini incelemiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, güvenli bağlanan kişiler çocukluk anılarını daha iyi hatırlamakta ve daha çok olumlu anıları hatırlamaktadır. Kayıtsız bağlanan kişiler,

çocukluk anılarını hatırlamakta güçlük çekmektedirler. Saplantılı bağlanan kişiler, çocukluk anılarını birleştirmede güçlük yaşamaktadırlar. ( Özdemir, 2017).

### **2.2.7 BAĞLANMANIN TÜRLERİ:**

Bartholomew ve Horowitz, yetişkinlerin bağlanma stillerini açıklamak amacıyla 'dört kategori modelini' tanımlamıştır. (Köroğlu, 2017). Kişinin kendisinin ve diğerlerinin içsel çalışma modelinden yola çıkarak, 4 ayrı bağlanma stili tanımlamıştır. (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011).

### **GÜVENLİ BAĞLANMA STİLİ:**

Güvenli bağlanmaya stiline sahip yetişkinler, kendilerini olumlu bir benlik içinde algılamaktadır. Kendilerini sevmeye değer olarak görürler. Bu kişiler, karşısındaki insanlarla yakınlık kurmakta sorun yaşamamaktadır. Daha az kaygı yaşamaktadırlar. Diğer insanların onayına ihtiyaç duymazlar ve özerk olmayı başarabilmişlerdir. (Demir,2017).

Bu kişiler, yardıma ihtiyaç duyduklarında bunu rahatla ifade edebilirler. Hem kendilerine hem de karşısındaki kişilere saygı ve güven duyarlar. Bu yüzden ilişkileri uzun sürmektedir. Bu kişiler ilişkilerinde çok az sorun yaşamaktadırlar. (Karaduman,2017).

### **SAPLANTILI BAĞLANMA STİLİ:**

Saplantılı bağlanma stiline sahip kişiler, kendileri ile ilgili algıları negatif iken, başkalarını pozitif bir şekilde algılamaktadırlar. Karşısındaki kişilerle kurdukları ilişkide yakındırlar ve bağımlı hale gelebilirler. Bu bağlanma stiline sahip kişilerin en belirgin özelliği, kendi güvenlerinin az olmasıdır. Bu nedenle hem reddedilmek hem de terkedilmekle ilgili kaygı yaşarlar. Bu kişilerin anne-baba sevgisi ve onayı yeterince almadıkları görülmüştür. Anne-babaların hem reddedici hem de sevgi dolu tavır sergileyerek, dengesiz bir tutum içinde oldukları görülmüştür.(Köse,2016).



Kendilerini değersiz olarak görürler ve sevmeye layık bulmazlar. Bu nedenle, karşısındaki kişiyi yüceltirler. ( Fırat, 2017). İlişkilerinde, kendilerini kanıtlamaya çalışırlar. Kıskançlık ve güvensizlik duyguları yaşamaktadırlar. Bu kişiler, karşısındaki kişiden sürekli onay beklemektedir. Saplantılı bağlanan kişiler, ilişkilerini derinden yaşamaktadır. ( Baltacıoğlu, 2016).

### **KORKULU BAĞLANMA STİLİ:**

Korkulu bağlanma stiline sahip kişiler, kendisini ve başkalarını olumsuz bir şekilde algılamaktadır. Samimi olmaktan korkar ve sosyal ilişkilerden kaçınmaktadır. Kendilerini değersiz görmektedirler. Bu bağlanma stiline sahip kişilerin, kurmuş oldukları sosyal ilişkilerde karamsar bir tavır sergilemekte, kendilerini açmaktan kaçınan ve empati yapamayan kişiler oldukları belirtilmiştir. Olumsuz beklentileri nedeniyle yakın ilişkiden kaçınmaktadırlar. Bu kişiler, hayal kırıklığına uğrayacağı korkusuyla, yakınlıktan kaçmayı tercih ederler. (Karaduman,2017).

Karşısındaki kişi tarafından kabul edilmeyi istemesine rağmen reddedileceği düşüncesi ve korkusu nedeniyle yakın olmaktan korkar. (Erkan,2012).

Korkulu bağlanan bireyler karşısındaki kişiye güvenemez ve kendisinin sevimleyeceğine yönelik düşüncesi bulunmaktadır. (Arslan, 2008).

Bartholomew ve Horowitz (1991), güvenli ve kayıtsız bağlanmanın benlik kavramıyla arasında pozitif bir ilişki olduğunu, korkulu ve saplantılı bağlanmada ise, benlik kavramıyla negatif bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca, güvenli ve saplantılı bağlanan kişiler sosyallikle pozitif yönde bir ilişki gösterirken, korkulu ve kayıtsız bağlanan kişiler ise, sosyallikle negatif yönde bir ilişki göstermişlerdir. (Arslan,2008).

## **KAYITSIZ BAĞLANMA STİLİ:**

Kayıtsız bağlanma stiline sahip kişiler, kendilerini olumlu bir şekilde algılar, karşısındaki kişileri ise, olumsuz bir şekilde algılamaktadır. Karşısındaki kişileri olumsuz bir şekilde değerlendirdikleri için bu durum onların yakınlıktan kaçınmasına neden olmaktadır. Bu kişiler, bağımsızlığa aşırı önem vermektedirler.

Olumsuz duygularını baskı altında tutmaktadırlar. Kaçınma davranışını, baş etme yöntemi olarak kullanmaktadırlar. (Çeçen,2017).

## **2.2.8 GÜVENSİZ BAĞLANMANIN NEDENLERİ:**

Güvensiz bağlanmaya yol açabilen pek çok faktör bulunmaktadır. Güvensiz bağlanma stiline sahip ebeveynlerin, çocuklarında da benzer durum söz konusudur. Ebeveynlerin erken dönemde anne kaybının olması, travma/ istismar öyküsünün bulunması çocuğu ile olan bağlanma ilişkisinde sorun yaşamasına neden olmaktadır. (Doksat ve Ciftci, 2016).

İstenmeyen hamilelikler ve erken doğum güvensiz bağlanmaya yol açmaktadır. Bebeğin hastalık geçirmesi, gelişimsel geriliğinin olması, erken yaşta anneden ayrılma, bebeğin mizacı bağlanmayı etkileyen faktörler arasındadır. (Akdağ, 2011).

Lionetti ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yetiştirme yurtlarında büyüyen çocuklarda güvensiz bağlanma stilline sahip oldukları görülmektedir. (Doksat ve Ciftci, 2016).

Annenin tecrübesiz olması, aile içindeki stres faktörü, ebeveynlerin anne-babalık rollerini benimseyememiş olması bağlanmayı olumsuz etkilemektedir. Anne ve babanın birbiriyle ilişkisi, anne-babanın sağlık durumu, eğitim durumu, işi, mizacı bağlanmayı etkileyen nedenler arasındadır. (Akdağ, 2011).

Bazı durumlarda, genetik nedenlerden dolayı güvenli bağlanmanın gelişmesi engellenmektedir. Serotonin taşıyıcı gen varyansının (5HTTLPR), bağlanma stilleri üzerine etkili olduğu görülmüştür. Bazı çocuklar genetik özelliklerinden dolayı 'zor çocuk' olarak dünyaya gelmektedirler. Bu çocukların zor uyuyan, gaz sancıları olan,

iştahsız, aşırı ağlayan, aşırı hareketli, kolay sakinleşememe gibi özellikleri bulunmaktadır. Bu durum, ebeveynin kendini çocukla başa çıkamayan 'yetersiz ebeveyn' olarak görmesine neden olmaktadır. Bu durum, ebeveyn ile çocuk arasındaki bağlanmanın olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Bütün bu faktörler, güvensiz bağlanmanın oluşması için zemin hazırlamaktadır. ( Doksat ve Ciftci, 2016).

### **3. YÖNTEM VE GEREÇLER**

#### **3.1 Çalışmanın Yapıldığı Grubun Oluşturulması**

Bu çalışma, NP Etiler ve NP Feneryolu Polikliniğine başvuran DSM-V tanı kriterine göre, obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan 35 kişiye uygulanmıştır. 19 kadın, 16 erkek yer almaktadır. 19-65 yaş aralığındaki yetişkin kişilere uygulanmıştır. Sağlıklı grup ise, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almayan hastane dışındaki kişilerden oluşmaktadır. 35 kişi gönüllü olarak seçilmiştir. Çalışmanın onayı, 17/10/2017 tarihinde, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından alınmıştır. Çalışmaya gönüllü olan kişiler dahil edilmiş ve gönüllü olduklarına dair onay alınmıştır. Bu çalışma kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.1 Hasta Grup İçin İçerleme Ölçütleri**

- DSM -V tanı kriterine göre, okb tanısı konulan
- En az ilkokul mezunu olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

#### **3.1.2 Hasta Grup İçin Dışlama Ölçütleri**

- Psikotik bozukluğunun bulunmaması

#### **3.1.3 Kontrol Grubu İçin İçerleme Ölçütleri**

- En az ilkokul mezunu olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- DSM-V tanı kriterine göre, okb tanısının olmaması

#### **3.1.4 Kontrol Grubu İçin Dışlama Ölçütleri**

- DSM-V tanı kriterine göre, okb tanısının olması
- Maudsley obsesif kompulsif soru listesinden 13 ve üzeri puan almış olan

## 3.2 GEREÇLER

### 3.2.1 Demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum hakkında bilgi edinmek için hazırlanmış olan formdur.

### 3.2.2 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Ölçek, 1977 yılında Hodgston ve Rachman tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması 1988 yılında, Neşe Erol ve Işık Savaşır tarafından yapılmıştır. Obsesif kompulsif belirtilerin türünü ve yaygınlığını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Kontrol, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon alt ölçekleri bulunmaktadır. 37 maddeden oluşmaktadır. Evet ve Hayır seçeneklerinden oluşmaktadır. Evet 1 puan, Hayır 0 puan almaktadır. En yüksek puan 37'dir. Ölçeğin orjinalinde 30 madde yer almaktadır. Ancak, Türkçe formuna MMPI'dan 7 madde eklenmiştir. Kontrol etme alt ölçeği, 2,6,8,14,15,20,22,26 ve 28 maddeleri, temizlik alt ölçeği, 1,4,5,9,13,17,19,21,24,26 ve 27 maddeleri, yavaşlık alt ölçeği, 2,4,8,16,23,25,29 maddeleri, kuşku alt ölçeği, 3,7,10,11,12,18 ve 30 maddelerinden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formuna ruminasyon alt ölçeği de eklenmiştir. 2, 8, 31, 37 maddeleri ruminasyonu ölçmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Karşılaştırılmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Ancak, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinin obsesif kompulsif bozukluğun şiddetinin değerlendirmek için uygun olmadığı ileri sürülmüştür. (Tek ve ark, 1995).

### 3.2.3 İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ:

Ölçek, Griffin ve Barthomew tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması 1999 yılında Nebi Sümer ve Derya Güngör tarafından yapılmıştır. 30 madde bulunmaktadır. Bunların 17 maddesi bağlanma stili için kullanılmaktadır. (Diğerleri bağlanma boyutlarını ve Collins ve Read'ın (1990) 3 faktörünü yakınlık, dayanma, kaygı elde etmek için kullanılmaktadır). Güvenli, korkulu, saplantılı ve kayıtsız olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. 7 likert tip yer almaktadır. (1= beni hiç tanımlamıyor; 4 = kısmen tanımlıyor; 7= tamamıyla beni tanımlıyor). (Güngör ve Sümer, 1999).

Güvenli; 3,9t,10,15,28t, korkulu; 1,5,12,24, saplantılı; 6t, 8,16,25, kayıtsız, 2,6,19,22,26 bağlanma ile ilişkili sorulardır. Güvenli ve kayıtsız bağlanma beş madde ile, saplantılı ve korkulu bağlanma ise, dört madde ile ölçülmektedir. Ölçekte bir madde ters kodlama ile iki alt boyutta kullanılmıştır. Puanlamada, bağlanma stili ile ilişkili ölçek maddeleri toplanır ve her bir alt ölçeğin madde sayısına bölünür. Bunun sonucunda, kişi en yüksek puan aldığı bağlanma kategorisine atanmaktadır. Elde edilen puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir. (Sümer, 2006). İÖA, alt ölçeklerinin alfa değerleri .41 ile .71 arasında değişmektedir. İÖA alt ölçeklerinin test tekrar test güvenirliliğine sahip olduklarını (ortalama değişmezlik katsayılarının kadınlarda .53, erkeklerde .49) olarak saptanmıştır. İÖA' nin yüksek düzeyde geçerlilik katsayısına sahiptir. (Güngör ve Sümer, 1999).

## 4. BULGULAR

### 4.1. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Bu çalışmada, OKB tanısı almış katılımcıların oluşturduğu deney grubu ve psikiyatrik tanısı bulunmayan sağlıklı kontrol grubunun OKB alt boyutları ve bağlanma stilleri karşılaştırılmıştır. Araştırma için, değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği analiz edilerek, parametrik ve parametrik olmayan ölçümler her iki grup için kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen ikili bağımsız grup içeren değişkenlerin karşılaştırılması için “Mann Whitney U Testi” ve çoklu bağımsız grup içeren, normal dağılım göstermeyen değişkenler için “Kruskal Wallis Homojenlik Testi” uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenler için, ikili bağımsız gruplar için “Bağımsız Örneklem t Testi”; çoklu bağımsız gruplar için “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 değerinde alınarak %95 güvenirlilik düzeyinde inceleme yapılmıştır. Araştırma grupları ayrı ayrı olmak üzere değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için “Spearman Korelasyonu” uygulanmıştır.

Bu çalışmada her iki grup için betimleyici istatistikler Tablo 1’de verilmiştir:

**Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubu Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri**

Deney Grubu (N=35)		N	%	Sağlıklı Grup (N=35)		N	%
Cinsiyet	Erkek	16	45,7	Cinsiyet	Erkek	16	45,7
	Kadın	19	54,3		Kadın	19	54,3
	Toplam	35	100,0		Toplam	35	100,0
Medeni Durum	Bekar	18	51,4	Medeni Durum	Bekar	9	25,7
	Evli	17	48,6		Evli	26	74,3
	Toplam	35	100,0		Toplam	35	100,0
Eğitim	İlköğretim	2	5,7	Eğitim	İlköğretim	1	2,9
	Lise	8	22,9		Lise	9	25,7
	Üniversite	22	62,9		Üniversite	20	57,1
	Lisansüstü	3	8,6		Lisansüstü	5	14,3
	Toplam	35	100,0		Toplam	35	100,0

Demografik değişkenler incelendiğinde,

Deney grubunda %45,7 (N=16) erkek ve %54,3 (N=19) olmak üzere toplam 35 kişi bulunmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunda %45,7'si (N=16) erkek ve %54,3'ü (N=19) kadın olmak üzere 35 kişi bulunmaktadır

Deney grubunda, katılımcıların %51,4'ü (N=18) bekar ve %48,6'sı (N=17) evlidir. Sağlıklı kontrol grubunda katılımcıların %25,7'si (N=9) bekar ve %74,3'ü (N=26) evlidir.

Deney grubunda, katılımcıların %5,7'si (N=2) ilköğretim mezunu, %22,9'u (N=8) lise mezunu, %62,9'u (N=22) üniversite mezunu ve %8,6'sı (N=3) lisansüstü mezunudur. Sağlıklı kontrol grubunda, katılımcıların %2,9'u (N=1) ilköğretim mezunu, %25,7'si (N=9) lise mezunu, %57,1'i (N=20) üniversite mezunu ve %14,3'ü (N=5) lisansüstü mezunudur.

**Tablo 2. Deney ve Kontrol Gruplarının Yaş Ortalamalarının Betimleyici İstatistikleri**

Yaş Ortalaması – Deney Grubu (N=35)	Ort.	N	SS
Erkek	29,33	16	8,103
Kadın	35,75	19	13,110

  

Yaş Ortalaması – Kontrol Grubu (N=35)	Ort.	N	SS
Erkek	40,50	16	10,702
Kadın	42,53	19	10,721

Deney grubunda, katılımcıların cinsiyete göre yaş ortalamaları incelendiğinde, erkeklerde yaş ortalaması  $29,33 \pm 8,103$  ve kadınlarda yaş ortalaması  $35,75 \pm 13,11$ 'dir. Sağlıklı kontrol grubunda, erkeklerin yaş ortalaması  $40,50 \pm 10,70$  ve kadınların yaş ortalaması  $42,53 \pm 10,72$ 'dir.



#### 4.2. Deney Grubunun OKB Alt Boyutları ve Bağlanma Stilleri Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 3'te, cinsiyet değişkeni bakımından Maudsley OKB alt boyutları incelendiğinde, Kontrol Etme ( $z=,304$ ;  $p>0,05$ ), Kuşku ( $z=,541$ ;  $p>0,05$ ) ve Ruminasyon ( $z=,320$ ;  $p>0,05$ ) ortalamalarının deney grubundaki kadın ve erkeklerde anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte, OKB alt boyutları arasında sıra ortalamasının hem erkeklerde 20,03 kontrol etme alt boyutunda, kadınların ise 19,40 olmak üzere ruminasyon alt boyutunda saptanmıştır.

Tablo 3. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi

Maudsley OKB Cinsiyet - Deney grubu	N	S.O.	S.T.	U	z	
Kontrol etme	Erkek	16	20,03	300,50		
	Kadın	19	16,48	329,50	119,500	,304
	Toplam	35				
Kuşku	Erkek	16	16,80	252,00		
	Kadın	19	18,90	378,00	132,000	,541
	Toplam	35				
Ruminasyon	Erkek	16	16,13	242,00		
	Kadın	19	19,40	388,00	122,000	,320
	Toplam	35				

Tablo 4'te, deney grubunun cinsiyet bakımından OKB alt boyutlarından Temizlik ( $t=-,880$ ;  $p>0,05$ ) ve Yavaşlık ( $t=-1,777$ ;  $p>0,05$ ) anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte sıra ortalamaları deney grubunda kadın ve erkeklerde temizlik alt boyutunda anlamlı düzeyde olmaksızın daha yüksektir.

**Tablo 4. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi**

Maudsley OKB – Deney grubu	Cinsiyet	N	Ort.	SS	Std. Hata	t Testi		
						t	sd	p
Temizlik	Erkek	16	4,53	2,949	,761			
	Kadın	19	5,40	2,836	,634	-,880	33	,385
Yavaşlık	Erkek	16	3,07	1,580	,408			
	Kadın	19	3,65	1,348	,302	-1,177	33	,248

Tablo 5’te, deney grubunun medeni durum değişkeni bakımından Maudsley OKB alt boyutları incelendiğinde, Kontrol Etme ( $z=,442$ ;  $p>0,05$ ), Kuşku ( $z=,449$ ;  $p>0,05$ ) ve Ruminasyon ( $z=,193$ ;  $p>0,05$ ) ortalamalarının deney grubundaki bekâr ve evlilerde anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte, OKB alt boyutları arasında kontrol etme alt boyutunun sıra ortalamasının bekârlarda 19,28 olarak diğerlerine göre daha yüksek bulunmuş ve kuşku alt boyutu sıra ortalaması 16,68 olmak üzere en yüksek bulunmuştur.

**Tablo 5. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi**

Maudsley OKB – Deney grubu	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	z
Kontrol etme	Bekar	18	19,28	347,00		
	Evli	17	16,65	283,00	130,000	,442
	Toplam	35				
Kuşku	Bekar	18	19,25	346,50		
	Evli	17	16,68	283,50	130,500	,449
	Toplam	35				
Ruminasyon	Bekar	18	20,06	361,00		
	Evli	17	15,82	269,00	116,000	,193
	Toplam	35				

Tablo 6’da, deney grubunun medeni durum bakımından OKB alt boyutlarından Temizlik ( $t=,527$ ;  $p>0,05$ ) ve Yavaşlık ( $t=,683$ ;  $p>0,05$ ) anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte sıra ortalamaları deney grubunda bekar ve evlilerde temizlik alt boyutunda anlamlı düzeyde olmaksızın daha yüksektir.

**Tablo 6. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi Testi**

Maudsley OKB – Deney grubu	Medeni durum	N	Ort.	SS	Std. Hata	t testi		
						t	sd	p
Temizlik	Bekar	18	5,33	2,722	,642			
	Evli	17	4,71	3,077	,746	,640	33	,527
Yavaşlık	Bekar	18	3,50	1,543	,364			
	Evli	17	3,29	1,404	,340	,412	33	,683

Tablo 7’de, deney grubunun eğitim durumu değişkeni bakımından Maudsley OKB alt boyutları incelemek için yapılan Kruskal Wallis Homojenlik Testi’ne göre, Kontrol Etme ( $\chi^2=2,652$ ;  $p>0,05$ ), Kuşku ( $\chi^2=,373$ ;  $p>0,05$ ) ve Ruminasyon ( $\chi^2=2,428$ ;  $p>0,05$ ) ortalamalarının eğitim düzeyi bakımından anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur.

**Tablo 7. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Kruskal Wallis Homojenlik Testi**

Maudsley OKB Eğitim – Deney grubu	N	S.O.	$\chi^2$	sd	p	
Kontrol etme	İlköğretim	2	11,50			
	Lisansüstü	3	23,67	2,652	3	,448
	Lise	8	20,75			
	Üniversite	22	16,82			
	Toplam	35				
Kuşku	İlköğretim	2	19,50			
	Lisansüstü	3	20,00	,373	3	,946
	Lise	8	19,00			
	Üniversite	22	17,23			

	Toplam	35			
	İlköğretim	2	10,50		
	Lisansüstü	3	23,50	2,428	3 ,488
Ruminasyon	Lise	8	16,56		
	Üniversite	22	18,45		
	Toplam	35			

Tablo 8’de, deney grubunun eğitim durumu değişkeni bakımından Maudsley OKB alt boyutları incelemek için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)’ne göre, Temizlik ( $F(3,31)=1,798$ ;  $p>0,05$ ) ve Yavaşlık ( $F(3,31)=,567$ ;  $p>0,05$ ) ortalamalarının eğitim düzeyi bakımından anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur.

**Tablo 8. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Deney Grubunun OKB Alt Boyutlarının Tek Yönlü Varyans Analizi**

Maudsley OKB – Deney grubu	N	Ort.	SS	Std. Hata	K.T.	sd	K.O.	F	p
İlköğretim	2	9,00	1,414	1,000					
Lisansüstü	3	5,00	3,464	2,000	Gruplar arası	41,642	3	13,881	1,798 ,168
Temizlik	Lise	8	5,63	3,249	1,149	Grup içi	239,330	31	7,720
	Üniversite	22	4,45	2,577	,549	Toplam	280,971	34	
Toplam	35	5,03	2,875	,486					
İlköğretim	2	3,00	1,414	1,000					
Lisansüstü	3	2,67	,577	,333	Gruplar arası	3,767	3	1,256	,567 ,641
Yavaşlık	Lise	8	3,88	1,959	,693	Grup içi	68,633	31	2,214
	Üniversite	22	3,36	1,364	,291	Toplam	72,400	34	
Toplam	35	3,40	1,459	,247					

Tablo 9’da, deney grubunun cinsiyet değişkeni bakımından bağlanma stillerinin karşılaştırılması için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre Güvenli Bağlanma ( $t=-,366$ ;  $p>0,05$ ), Korkulu Bağlanma ( $t=-1,666$ ;  $p>0,05$ ), Saplantılı Bağlanma ( $t=-,593$ ;

$p>0,05$ ) ve Kayıtsız Bağlanma ( $t=-,943$ ;  $p>0,05$ ) stillerinin puan ortalamalarının kadın ve erkeklerde anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Tablo 9. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Deney Grubunun Bağlanma Stillерinin Bağımsız Örneklem t Testi**

Maudsley OKB – Deney grubu	Cinsiyet	N	Ort.	SS	Std. Hata	t testi		
						t	sd	p
Güvenli bağlanma	Erkek	16	3,52	,696	,180			
	Kadın	19	3,65	1,234	,276	-,366	33	,717
Korkulu bağlanma	Erkek	16	3,90	,953	,246			
	Kadın	19	4,46	1,014	,227	-1,666	33	,105
Saplantılı bağlanma	Erkek	16	3,25	,973	,251			
	Kadın	19	3,49	1,302	,291	-,593	33	,557
Kayıtsız bağlanma	Erkek	16	4,40	1,036	,268			
	Kadın	19	4,76	1,174	,263	-,943	33	,353

Tablo 10’da, deney grubunun medeni durum değişkeni bakımından bağlanma stillerinin karşılaştırılması için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre Güvenli Bağlanma ( $t=-,228$ ;  $p>0,05$ ), Korkulu Bağlanma ( $t=-,087$ ;  $p>0,05$ ), Saplantılı Bağlanma ( $t=1,740$ ;  $p>0,05$ ) ve Kayıtsız Bağlanma ( $t=-,330$ ;  $p>0,05$ ) stillerinin puan ortalamalarının evli ve bekarlarda anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Tablo 10. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Deney Grubunun Bağlanma Stillерinin Bağımsız Örneklem t Testi**

Maudsley OKB – Deney grubu	Medeni durum	N	Ort.	SS	Std. Hata	t testi		
						t	sd	p
Güvenli bağlanma	Bekar	18	3,63	1,090	,257			
	Evli	17	3,55	,989	,240	,228	33	,821
Korkulu bağlanma	Bekar	18	4,24	1,113	,262			
	Evli	17	4,21	,932	,226	,087	33	,931

Saplantılı bağlanma	Bekar	18	3,71	1,082	,255	1,740	33	,091
	Evli	17	3,04	1,177	,285			
Kayıtsız bağlanma	Bekar	18	4,54	1,168	,275	-,330	33	,744
	Evli	17	4,67	1,091	,265			

Tablo 11’de, eğitim düzeyi değişkeni bakımından bağlanma stillerinin karşılaştırılması için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi’ne (ANOVA) göre, Güvenli Bağlanma ( $F(3,31)=1,395$ ;  $p>0,05$ ), Korkulu Bağlanma ( $F(3,31)=,087$ ;  $p>0,05$ ), Saplantılı Bağlanma ( $F(3,31)=1,081$ ;  $p>0,05$ ) ve Kayıtsız Bağlanma ( $F(3,31)=,062$ ;  $p>0,05$ ) stillerinin puan ortalamalarının eğitim düzeyi bakımından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Tablo 11. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Deney Grubunun Bağlanma Stilllerinin Tek Yönlü Varyans Analizi**

Maudsley OKB – Deney grubu	N	Ort.	SS	Std. Hata	K.T	sd	K.O.	F	p				
Güvenli bağlanma	İlköğretim	2	4,40	,283	,200	Gruplar arası 4,266	3	1,422	1,395	,263			
	Lisansüstü	3	3,93	,503	,291								
	Lise	8	3,98	,824	,291						Grup içi 31,613	31	1,020
	Üniversite	22	3,34	1,118	,238						Toplam 35,879	34	
	Toplam	35	3,59	1,027	,174								
Korkulu bağlanma	İlköğretim	2	4,38	1,591	1,125	Gruplar arası ,293	3	,098	,087	,967			
	Lisansüstü	3	4,42	1,665	,961								
	Lise	8	4,09	,694	,245						Grup içi 34,679	31	1,119
	Üniversite	22	4,23	1,052	,224						Toplam 34,971	34	
	Toplam	35	4,22	1,014	,171								
Saplantılı bağlanma	İlköğretim	2	4,25	,354	,250	Gruplar arası 4,350	3	1,450	1,081	,371			
	Lisansüstü	3	2,50	1,639	,946								
	Lise	8	3,63	1,077	,381						Grup içi 41,568	31	1,341
	Üniversite	22	3,34	1,154	,246						Toplam 45,918	34	

Toplam	35	3,39	1,162	,196					
İlköğretim	2	4,30	,141	,100					
Lisansüstü	3	4,73	1,804	1,041	Gruplar ,254	3	,085	,062	,979
Kayıtsız bağlanma					arası				
Lise	8	4,58	,845	,299	Grup içi 42,105	31	1,358		
Üniversite	22	4,63	1,207	,257	Toplam 42,359	34			
Toplam	35	4,61	1,116	,189					

**Tablo 12. Deney Grubu Araştırma Değişkenlerinin Spearman Korelasyon Analizi**

Araştırma Değişkenleri – Deney Grubu (N=35)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Kontrol etme	1								
2. Temizlik	,238	1							
3. Yavaşlık	,558**	,225	1						
4. Kuşku	,436**	,282	,503**	1					
5. Ruminasyon	,105	-,091	,319	,176	1				
6. Güvenli bağlanma	,138	,252	,086	,054	,165	1			
7. Korkulu bağlanma	-,105	,134	-,081	,197	,076	,420*	1		
8. Saplantılı bağlanma	,015	,343*	,137	,131	-,089	,422*	,315	1	
9. Kayıtsız bağlanma	,441**	,130	,370*	,501**	,191	-,020	,269	-,216	1

\*\*= Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı

\*= Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı

Deney grubunun bağlanma stilleri ve OKB alt boyutlarını incelemek için yapılan Spearman Korelasyonu sonuçlarına göre,

Kontrol etme OKB alt boyutunun OKB Yavaşlık ( $r=,558$ ,  $p<0,001$ ) ve Kuşku ( $r=,436$ ;  $p<0,001$ ) orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

Kontrol etme OKB alt boyutu ve kayıtsız bağlanma ( $r=,441$ ;  $p<0,001$ ) arasında orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Temizlik OKB alt boyutu ile Saplantılı Bağlanma ( $r=,342$ ;  $p<0,005$ ) arasında orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Yavaşlık OKB alt boyutu ile Kuşku alt boyutu ( $r=,503$ ;  $p<0,001$ ) arasında orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Yavaşlık OKB alt boyutu ile Kayıtsız bağlanma ( $r=,370$ ;  $p<0,005$ ) arasında orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Kuşku alt boyutu ile Kayıtsız bağlanma ( $r=,501$ ;  $p<0,001$ ) arasında orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Güvenli bağlanma ile korkulu bağlanma ( $r=,420$ ;  $p<0,005$ ) ve saplantılı bağlanma ( $r=,422$ ;  $p<0,005$ ) arasında orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

#### 4.3. Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutları ve Bağlanma Stillerinin Karşılaştırılması

Tablo 13'te, kontrol grubunun cinsiyet değişkeni bakımından Maudsley OKB alt boyutları incelendiğinde, Kontrol Etme ( $z=,352$ ;  $p>0,05$ ), Kuşku ( $z=,124$ ;  $p>0,05$ ) ve Ruminasyon ( $z=,218$ ;  $p>0,05$ ) ortalamalarının deney grubundaki kadın ve erkeklerde anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte, OKB alt boyutları arasında sıra ortalamasının hem erkeklerde 20,03 kuşku alt boyutunda, kadınların ise 19,40 olmak üzere kontrol etme alt boyutunda saptanmıştır.

**Tablo 13. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi**

Maudsley OKB Cinsiyet	N	S.O.	S.T.	U	z
- Kontrol grubu					
Erkek	16	19,34	309,50		
Kontrol etme Kadın	19	16,87	320,50	130,500	,352
Toplam	35				
Erkek	16	20,63	330,00	110,000	,124
Kuşku Kadın	19	15,79	300,00		
Toplam	35				



	Erkek	16	19,28	308,50	131,500	,218
Ruminasyon	Kadın	19	16,92	321,50		
	Toplam	35				

Tablo 14'te, kontrol grubunun cinsiyet bakımından OKB alt boyutlarını incelemek için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi'ne göre, Temizlik ( $t=1,607$ ;  $p>0,05$ ) ve Yavaşlık ( $t=,961$ ;  $p>0,05$ ) anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.

**Tablo 14. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi**

Maudsley OKB – Kontrol grubu	Cinsiyet	N	Ort.	SS	Std. Hata Ort	t Testi		
						t	sd	p
Temizlik	Erkek	16	1,75	1,438	,359	1,607	33	,117
	Kadın	19	1,05	1,129	,259			
Yavaşlık	Erkek	16	,69	,704	,176	,961	33	,343
	Kadın	19	,47	,612	,140			

Tablo 15'te, kontrol grubunun medeni durum değişkeni bakımından Maudsley OKB alt boyutları incelenmesi amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi'ne göre, Kontrol Etme ( $z=,675$ ;  $p>0,05$ ), Kuşku ( $z=,770$ ;  $p>0,05$ ) ve Ruminasyon ( $z=,218$ ;  $p>0,05$ ) ortalamalarının deney grubundaki bekâr ve evlilerde anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte, OKB alt boyutları arasında ruminasyon alt boyutunun sıra ortalamasının evlilerde 18,69 olarak diğerlerine göre daha yüksek bulunmuş ve kuşku alt boyutu bekarlarda sıra ortalaması 18,78 olmak üzere en yüksek bulunmuştur.

**Tablo 15. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi**

Maudsley OKB – Kontrol grubu	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	z
Kontrol etme	Bekar	9	17,06	153,50	108,500	,675
	Evli	26	18,33	476,50		
	Toplam	35				
Kuşku	Bekar	9	18,78	169,00	110,000	,770
	Evli	26	17,73	461,00		
	Toplam	35				
Ruminasyon	Bekar	9	16,00	144,00	99,000	,218
	Evli	26	18,69	486,00		
	Toplam	35				

Tablo 16’da, medeni durum bakımından kontrol grubunun OKB alt boyutlarını ölçmek için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre Temizlik ( $t=-1,297$ ;  $p>0,05$ ) ve Yavaşlık ( $t=-,087$ ;  $p>0,05$ ) anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte sıra ortalamaları deney grubunda bekar ve evlilerde temizlik alt boyutunda anlamlı düzeyde olmaksızın daha yüksektir.

**Tablo 16. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi**

Maudsley OKB – Kontrol grubu	Medeni durum	N	Ort.	SS	Std. Hata Ort	t Testi		
						t	sd	p
Temizlik	Bekar	9	,89	,928	,309	-1,297	33	,204
	Evli	26	1,54	1,392	,273			
Yavaşlık	Bekar	9	,56	,726	,242	-,083	33	,934
	Evli	26	,58	,643	,126			

Tablo 17’de, eğitim durumu değişkeni bakımından kontrol grubunun Maudsley OKB alt boyutları incelemek için yapılan Kruskal Wallis Homojenlik Testi’ne göre, Kontrol Etme ( $\chi^2=2,578$ ;  $p>0,05$ ), Kuşku ( $\chi^2=,922$ ;  $p>0,05$ ) ve Ruminasyon ( $\chi^2=1,851$ ;  $p>0,05$ ) ortalamalarının eğitim düzeyi bakımından anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur.

**Tablo 17. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Kruskal Wallis Homojenlik Testi**

Maudsley OKB – Eğitim	N	Mean Rank	$\chi^2$	$p$	
Kontrol etme	İlköğretim	1	13,50		
	Lisansüstü	5	16,70	2,578	,461
	Lise	9	15,28		
	Üniversite	20	19,78		
	Toplam	35			
Kuşku	İlköğretim	1	17,00		
	Lisansüstü	5	14,40	,922	,820
	Lise	9	18,89		
	Üniversite	20	18,55		
	Toplam	35			
Ruminasyon	İlköğretim	1	16,00		
	Lisansüstü	5	19,50	1,851	,604
	Lise	9	16,00		
	Üniversite	20	18,63		
	Toplam	35			

Tablo 18’de, eğitim durumu değişkeni bakımından kontrol grubunun Maudsley OKB alt boyutları incelemek için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)’ne göre, Temizlik ( $F(3,31)=1,163$ ;  $p>0,05$ ) ve Yavaşlık ( $F(3,31)=,578$ ;  $p>0,05$ ) ortalamalarının eğitim düzeyi bakımından anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur.

**Tablo 18. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun OKB Alt Boyutlarının Tek Yönlü Varyans Analizi**

Maudsley OKB – Kontrol grubu	N	Ort	SS	Std. Hata		K.T.	sd	K.O.	F	p
İlköğretim	1	1,00	.	.						
Lisansüstü	5	,60	,548	,245	Gruplar arası	5,883	3	1,961	1,163	,340
Temizlik										
Lise	9	1,11	1,269	,423	Grup içi	52,289	31	1,687		
Üniversite	20	1,70	1,418	,317	Toplam	58,171	34			
Toplam	35	1,37	1,308	,221						
İlköğretim	1	,00	.	.						
Lisansüstü	5	,80	,837	,374	Gruplar arası	,771	3	,257	,578	,634
Yavaşlık										
Lise	9	,67	,707	,236	Grup içi	13,800	31	,445		
Üniversite	20	,50	,607	,136	Toplam	14,571	34			
Toplam	35	,57	,655	,111						

Tablo 19’da, cinsiyet değişkeni bakımından kontrol grubunun bağlanma stillerinin karşılaştırılması için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre Güvenli Bağlanma ( $t=-2,063$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı düzeyde farklıdır ve kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Ayrıca, Korkulu Bağlanma ( $t=-,799$ ;  $p>0,05$ ), Saplantılı Bağlanma ( $t=-,188$ ;  $p>0,05$ ) ve Kayıtsız Bağlanma ( $t=-,488$ ;  $p>0,05$ ) stillerinin puan ortalamalarının kadın ve erkeklerde anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Tablo 19. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun Bağlanma Stillerinin Bağımsız Örneklem t Testi**

Bağlanma Stilleri* Cinsiyet – Kontrol Grubu	Cinsiyet	N	Ort.	SS	Std. Hata	t Testi		
						t	sd	p
Güvenli bağlanma	Erkek	16	4,19	,997	,249			
	Kadın	19	4,98	1,231	,282	-2,063	33	,047*

Korkulu bağlanma	Erkek	16	4,23	,661	,165			
	Kadın	19	4,43	,794	,182	-,799	33	,430
Saplantılı bağlanma	Erkek	16	4,20	,743	,186			
	Kadın	19	4,25	,726	,167	-,188	33	,852
Kayıtsız bağlanma	Erkek	16	3,69	1,038	,259			
	Kadın	19	3,51	1,152	,264	,488	33	,629

\*: Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 11’de, kontrol grubunun medeni durum değişkeni bakımından bağlanma stillerinin karşılaştırılması için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Güvenli Bağlanma ( $F(3,31)=,663$ ;  $p>0,05$ ), Korkulu Bağlanma ( $F(3,31)=,833$ ;  $p>0,05$ ), Saplantılı Bağlanma ( $F(3,31)=1,320$ ;  $p>0,05$ ) ve Kayıtsız Bağlanma ( $F(3,31)=,174$ ;  $p>0,05$ ) stillerinin puan ortalamalarının medeni durum bakımından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur.

**Tablo 20. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun Bağlanma Stillерinin Bağımsız Örneklem t Testi**

Bağlanma Stilleri* Medeni Durum – Kontrol Grubu	Medeni durum	N	Ort.	SS	Std. Hata	t Testi		
						t	sd	p
Güvenli bağlanma	Bekar	9	4,84	,974	,325			
	Evli	26	4,54	1,256	,246	,663	33	,512
Korkulu bağlanma	Bekar	9	4,17	,451	,150			
	Evli	26	4,40	,806	,158	-,833	33	,411
Saplantılı bağlanma	Bekar	9	4,50	,875	,292			
	Evli	26	4,13	,657	,129	1,320	33	,196
Kayıtsız bağlanma	Bekar	9	3,53	1,446	,482			
	Evli	26	3,61	,971	,190	-,174	33	,863

Tablo 21’de, eğitim düzeyi değişkeni bakımından bağlanma stillerinin karşılaştırılması için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi’ne (ANOVA) göre, Güvenli Bağlanma ( $F(3,31)=1,468$ ;  $p>0,05$ ), Saplantılı Bağlanma ( $F(3,31)=1,082$ ;  $p>0,05$ ) ve Kayıtsız Bağlanma ( $F(3,31)=,815$ ;  $p>0,05$ ) stillerinin puan ortalamalarının eğitim düzeyi bakımından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur. Ayrıca, Korkulu bağlanma ( $F(3,31)=1,546$ ;  $p<0,05$ ) eğitim düzeyi değişkeni bakımından anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.

**Tablo 21. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Kontrol Grubunun Bağlanma Stilllerinin Tek Yönlü Varyans Analizi**

Bağlanma Stilleri * Eğitim – Kontrol Grubu	N	Ort	SS	Std. Hata	K.T.	sd	K.O.	F			
Güvenli bağlanma	İlköğretim	1	6,40	.	.						
	Lisansüstü	5	4,28	1,331	,595	Gruplar arası	5,924	3	1,975	1,468	,242
	Lise	9	5,02	1,317	,439	Grup içi	41,706	31	1,345		
	Üniversite	20	4,43	1,045	,234	Toplam	47,630	34			
	Toplam	35	4,62	1,184	,200						
Korkulu bağlanma	İlköğretim	1	6,25	.	.						
	Lisansüstü	5	4,15	,576	,257	Gruplar arası	4,638	3	1,546	3,519	,026
	Lise	9	4,56	,788	,263	Grup içi	13,622	31	,439		
	Üniversite	20	4,20	,621	,139	Toplam	18,261	34			
	Toplam	35	4,34	,733	,124						
Saplantılı bağlanma	İlköğretim	1	5,00	.	.						
	Lisansüstü	5	4,15	,518	,232	Gruplar arası	1,687	3	,562	1,082	,371
	Lise	9	4,50	,729	,243	Grup içi	16,109	31	,520		
	Üniversite	20	4,09	,753	,168	Toplam	17,796	34			
	Toplam	35	4,23	,723	,122						
Kayıtsız bağlanma	İlköğretim	1	2,40	.	.						
	Lisansüstü	5	4,08	1,775	,794	Gruplar arası	2,947	3	,982	,815	,496

Lise	9	3,69	,933	,311	Grup içi	37,369	31	1,205
Üniversite	20	3,48	,968	,216	Toplam	40,315	34	
Toplam	35	3,59	1,089	,184				

\*: Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 22’de kontrol grubunun araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan Spearman Korelasyonuna Göre,

Kontrol etme OKB alt boyutunun OKB Ruminasyon ( $r=,687$ ,  $p<0,001$ ) güçlü, pozitif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

Kontrol etme OKB alt boyutu ve güvenli bağlanma ( $r=-,422$ ;  $p<0,001$ ) arasında orta düzey, negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Temizlik OKB alt boyutu ile Saplantılı Bağlanma ( $r=,343$ ;  $p<0,005$ ) arasında orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Yavaşlık OKB alt boyutu ile Ruminasyon alt boyutu ( $r=,378$ ;  $p<0,001$ ) arasında orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Kuşku alt boyutu ile Korkulu Bağlanma ( $r=-,407$ ;  $p<0,001$ ) arasında orta düzey, negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Ruminasyon alt boyutu ile güvenli bağlanma alt boyutu ( $r=-,498$ ;  $p<0,001$ ) arasında orta düzey, negatif ve anlamlı ilişki vardır.

Güvenli bağlanma ile korkulu bağlanma ( $r=,403$ ;  $p<0,005$ ) ile orta düzey pozitif ve saplantılı bağlanma ( $r=-,638$ ;  $p<0,005$ ) arasında güçlü, negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

**Tablo 22. Kontrol Grubu Araştırma Değişkenlerinin Spearman Korelasyonu**

Alt Boyutlar OKB & Bağlanma – Kontrol Grubu	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Kontrol etme	1								
2. Temizlik	,275	1							
3. Yavaşlık	,158	,157	1						
4. Kuşku	,015	,140	,122	1					
5. Ruminasyon	,687**	,036	,378*	,103	1				
6. Güvenli bağlanma	-,422*	-,221	-,301	-,081	,498**	1			
7. Korkulu bağlanma	-,272	,147	-,145	-,407*	-,202	,403*	1		
8. Saplantılı bağlanma	-,096	,343*	-,206	-,057	-,273	,018	,278	1	
9. Kayıtsız bağlanma	,272	,130	,224	-,228	,171	-,638**	-,045	,315	1

\*\*= Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı

\*= Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı

#### 4.4. Araştırma Gruplarının OKB Boyutları ve Bağlanma Stillерinin Karşılaştırılması

Tablo 23'te deney ve kontrol gruplarının OKB alt boyutlarının farklılaşma düzeylerini incelemek için yapılan Mann Whitney U Testi'ne göre Kontrol Etme ( $z=,000$ ;  $p<0,05$ ), Temizlik ( $z=,000$ ;  $p<0,05$ ), Yavaşlık ( $z=,000$ ;  $p<0,05$ ), Kuşku ( $z=,000$ ;  $p<0,05$ ), ve Ruminasyon ( $z=,000$ ;  $p<0,05$ ), ortalamalarının gruplarda anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Buna göre her OKB boyutunun alınan puan ortalamaları deney grubunda daha yüksek bulunmuştur.



**Tablo 23. Araştırma Gruplarının OKB Boyutlarının Mann Whitney U Testi**

Maudsley OKB Boyutları – Gruplar (N=70)	Gruplar	N	S.O.	S.T.	U	z
Kontrol etme	hasta grup	35	51,89	1816,00		
	sağlıklı	35	19,11	669,00	39,000	,000
	Toplam	70				
Temizlik	hasta grup	35	48,19	1686,50		
	sağlıklı	35	22,81	798,50	168,500	,000
	Toplam	70				
Yavaşlık	hasta grup	35	51,84	1814,50	40,500	,000
	sağlıklı	35	19,16	670,50		
	Toplam	70				
Kuşku	hasta grup	35	51,17	1791,00	64,000	,000
	sağlıklı	35	19,83	694,00		
	Toplam	70				
Ruminasyon	hasta grup	35	51,77	1812,00	43,000	,000
	sağlıklı	35	19,23	673,00		
	Toplam	70				

Tablo 24’te deney ve kontrol gruplarının bağlanma stillerinin farklılaşma düzeylerini incelemek için yapılan Mann Whitney U Testi’ne göre Güvenli Bağlanma ( $z=,000$ ;  $p<0,05$ ), Saplantılı Bağlanma ( $z=,000$ ;  $p<0,05$ ), ve Kayıtsız Bağlanma ( $z=,000$ ;  $p<0,05$ ), ortalamalarının gruplarda anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Korkulu Bağlanma ( $z=,612$ ;  $p>0,05$ ), araştırma grupları bakımından anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Sonuçlara göre güvenli ve saplantılı bağlanma kontrol grubunda daha yüksek; deney grubunda kayıtsız bağlanma daha yüksektir.

**Tablo 24. Araştırma Gruplarının Bağlanma Stillerinin Mann Whitney U Testi**

Bağlanma Stilleri- Gruplar (N=70)	Gruplar	N	S.O.	S.T.	U	z
Güvenli bağlanma	hasta grup	35	26,77	937,00	307,000	,000
	sağlıklı	35	44,23	1548,00		
	Toplam	70				
Korkulu bağlanma	hasta grup	35	34,27	1199,50	569,500	,612
	sağlıklı	35	36,73	1285,50		
	Toplam	70				
Saplantılı bağlanma	hasta grup	35	27,41	959,50	329,500	,001
	sağlıklı	35	43,59	1525,50		
	Toplam	70				
Kayıtsız bağlanma	hasta grup	35	44,49	1557,00	298,000	,000
	sağlıklı	35	26,51	928,00		
	Toplam	70				

## 5.TARTIŞMA

Yapmış olduğum çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan yetişkinlerin bağlanma stilleri incelenmiştir. Araştırma sonucunda elde ettiğim verilere göre, sağlıklı kişilerde, güvenli ve saplantılı bağlanma oranları yüksek bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluk olan kişilerde ise, kayıtsız bağlanma oranı yüksektir. Deney ve kontrol grubu arasında kaygılı bağlanma stilinde ise, anlamlı bir fark bulunamamıştır. Deney ve kontrol gruplarının okb alt boyutları açısından farklılaşma düzeyi incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark görülmüştür. Buna göre, her okb alt boyutundan alınan puan ortalamaları deney grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunun yaş ortalaması erkeklerde 29,33; kadınlarda 35,75'tir. Sağlıklı grupta yaş ortalaması erkeklerde ise 40,50; kadınlarda 42,53'tür. Çalışmamıza katılan 35 okb hasta grubunun 18'i bekar, 17'si evlidir. Sağlıklı grubun 9'u bekar, 26'sı evlidir. Hasta grubunda, 2 ilköğretim, 8 lise, 22 üniversite, 3 lisansüstü mezunu kişiden oluşmaktadır. Sağlıklı grubun, 1 ilköğretim, 9 lise, 20 üniversite, 5 lisansüstü kişiden oluşmaktadır. Hasta grubun 19'u kadın, 16'sı erkek 35 kişiden oluşmaktadır. Sağlıklı grubun 19'u kadın 16'sı erkek 35 kişiden oluşmaktadır. Örneklem grubu içinde toplam 70 kişi yer almaktadır. Deney grubunda cinsiyet değişkeni açısından okb alt boyutlarından kontrol kuşku, yavaşlık ve ruminasyonda anlamlı bir fark yokken, temizlik alt boyutları anlamlı düzeyde olmaksızın kadınlarda daha yüksektir. Medeni durum ve eğitim açısından okb alt boyutlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Deney grubunda bağlanma stilleri açısından cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kontrol grubunun okb alt boyutlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Cinsiyet açısından kontrol grubunun bağlanma stillerine bakıldığında güvenli bağlanma kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Ancak medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Korkulu bağlanma stilinde eğitim düzeyi açısından anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.

Okb ilgili yapılan çalışmalar cinsiyet açısından incelendiğinde, kadınlarda görülme oranının yüksek olduğunu bildirilmekle birlikte, erkek ve kadınlarda eşit olarak görülen kronik olarak seyreden kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur. (Vardar, 2000). Yetişkinlik döneminde, kadın ve erkeklerde eşit görülmeyle birlikte bazı çalışmalarda kadınlarda görülme oranlarının biraz daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

(Altıntaş ve Özçürümez, 2015). Ülkemizde lapsekili ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada OKB ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. ( Kıvılcım,2015). Yapmış olduğum çalışmada da hem hasta grupta, hemde kontrol grubunda cinsiyetler arasında, anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

OKB medeni durum açısından incelendiğinde; okb belirtilerin şiddetli olması ve kişinin işlevselliğini bozuyor olması evlenmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kişi evli ise de, evliliğinde sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Deniz ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, evli olan kişilerde OKB daha yüksek oranda görülmüştür. Türkiye dışında yapılan araştırmalarda ise, bekar kişilerde görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. diğer taraftan obsesyon ve kompulsiyonun türünün de medeni durumu etkileyebileceği düşünülmektedir. ( Deniz ve ark. , 2005). Bir başka çalışmada ise, bekar olan erkeklerde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Yapmış olduğum araştırmada ise, hem hasta grupta, hemde kontrol grubunda medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu yönden yapmış olduğum araştırma da, diğer araştırmalardan farklı bir sonuç tespit edilmiştir.

OKB'un eğitim değişkeni açısından incelendiğinde, yapmış olduğum çalışmada deney grubunun % 5,7 ilköğretim, %22,9 lise, % 62.9 üniversite, % 8.6 lisansüstü mezunudur. Kontrol grubunun, % 2.9 ilköğretim, % 25.7 lise, % 62.9 üniversite, % 8.6 lisansüstü mezunudur. Okb olan kişilerin eğitim durumu açısından literatür incelendiğinde farklılık olduğu görülmüştür. Lapsekili ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan kişilerde % 82 oranında okb görülmüştür. Çilli ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir başka araştırmada ise, % 63,2 en yüksek oranla ilköğretim mezunu kişilerde görülmüştür. Yaluğ ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada ise, lise mezunu eğitim düzeyine sahip kişilerde % 50 oranında okb görülmüştür. Yapmış olduğum araştırmada, hem deney hemde kontrol grubunda eğitim durumu açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu yönden diğer araştırmalardan farklı bir sonuç elde edilmiştir.

Yapmış olduğum çalışmada, hasta grubu okb belirtiler açısından değerlendirildiğinde, yüksekten düşüğe doğru puan sıralaması kontrol, yavaşlık, ruminasyon, kuşku ve temizlik şeklinde olduğu görülmüştür.

Literatürde, OKB olan kişiler belirtiler açısından incelendiğinde, en sık görülen obsesyon kirlenme bunun kompulsiyonu ise, temizliktir. İkincisi ise, şüphe obsesyonu bunun kompulsiyonu ise, kontroldür.( Bayar ve Yavuz, 2008). Türk ve Fransız OKB hastalarının karşılaştırıldığı araştırmada, her iki grupta da, kadınlarda en sık görülen kir, bulaşma ile ilgili obsesyonlardır. Temizlik ve yıkama kompulsiyonudur. Erkeklerde ise, en sık dinsel obsesyonlara rastlanmaktadır. Kompulsiyonu ise, dua etmektir.(Tezcan ve ark. , 1988). Yapmış olduğum çalışmada, elde ettiğim veriler diğer araştırma sonuçlarına göre farklılık göstermektedir.

Çalışmamda yer alan kontrol grubu obsesif kompulsif belirtiler açısından değerlendirildiğinde, yüksekte düşüğe doğru puan sıralaması temizlik, kuşku, ruminasyon, yavaşlık ve kontrol şeklindedir. Brown ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada en yüksek puan alan alt ölçek kuşku olmuştur. Muris ve arkadaşlarının yaptığı bir başka araştırmada ise, sağlıklı kişilerin % 54.7' sinde kontrol, yıkanma, düzenleme, belirli nesnelere kaçınma davranışlarına sık rastlanmıştır. (Kıvılcım,2015).

Deney grubunun bağlanma stilleri cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu değişkeni açısından değerlendirildiğinde, kadın ve erkek arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun bağlanma stilleri cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde, güvenli bağlanma stiline kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bağlanma stillerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bağlanma stillerinde, medeni durum değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Bağlanma stilleri eğitim düzeyi değişkeni açısından karşılaştırıldığında, korkulu bağlanma stillinde anlamlı bir fark görülmüştür. İlköğretim mezunu kişilerde, korkulu bağlanma oranı yüksek iken, eğitim durumunun artmasıyla birlikte korkulu bağlanma stiline düşüş meydana gelmektedir. Bireyin kaygı düzeyi, eğitim durumu arttıkça azalmaktadır. Yapmış olduğum araştırmada, bu yönden literatürle benzerlik göstermektedir. ( Uzun,2017).

Yetişkinlerin bağlanma stillerinin cinsiyet değişkeni açısından literatür incelendiğinde, kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bartholomew ve Horowitz (1991)ise, kayıtsız bağlanma stiline erkeklerde görülme oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sümer ve Güngör (1999) yapmış olduğu araştırmada benzer şekilde, erkeklerde kadınlara göre, daha fazla kayıtsız bağlanma stili görülmektedir. Yapılan bir başka tezde ise, erkeklerde güvenli bağlanma stili yüksek çıkmıştır. Benim yapmış olduğum araştırmada ise, kadınlarda erkeklere oranla güvenli bağlanma stili yüksek bulunmuştur. (Eren, 2016).

Eren (2016) yapmış olduğu araştırma da, eğitim durumu ve güvenli, korkulu, saplantılı, kayıtsız bağlanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Medeni durum ve bağlanma stilleri açısından da anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Tanış (2014), yapmış olduğu araştırma sonuçlarına göre, medeni durum ile bağlanma stilleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu yönden yapmış olduğum araştırma literatür ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca, güvensiz bağlanma stiline sahip bireylerin hem günlük yaşamdaki ilişkilerini hem de evliliklerindeki uyumunu bozucu etkisi bulunduğu belirtilmektedir. (Tanış, 2014).

Obsesif kompulsif bozukluk ve bağlanma stilleri arasındaki ilişki açısından incelendiğinde yapmış olduğum çalışma da, sağlıklı grupta güvenli ve saplantılı bağlanma stili sahip oldukları görülmüştür. Obsesif kompulsif bozukluk olan kişilerde ise, kayıtsız bağlanma stiline sahip oldukları tespit edilmiştir. Meydancı (2017), yapmış olduğu araştırmada, okb ve kaçınmacı bağlanma tarzı arasında ilişki tespit edilmiştir. Bowly (1988), kaçınmacı bağlanma stiline sahip kişiler, olayın olumsuzluğu azaltan düşünceler üzerinde yoğunlaşmak yerine, bunları düşünmezler.

Sümer ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, okb olan kişilerde bağlanma kaçınması görülmektedir. Brennan ve Shaver (1998), okb belirtileri gösteren kişilerin daha çok kaçınma boyutundan daha yüksek puan aldıkları belirtilmiştir. Shaver ve Collins (1998), kaygılı ve kaçınan bağlanma stiline sahip kişilerde yüksek oranda okb belirtilere rastlanmaktadır. Bağlanma stilinde, kaygı ve kaçınma psikopatolojik açıdan risk oluşturmaktadır. Bağlanmada kaçınma davranışı sahip bireyler, duygularını bastırıp, onları ifade etmeyip, duygu ve davranışlarını kontrol altına almaya çalışırlar. Bu kişilik özelliğine sahip bireylerde psikopatolojinin ortaya çıkması da tesadüfi değildir. Bağlanma de kaçınma davranışı sergileyen kişiler, stres yaratan bir durumla karşılaştıklarında, yardım istemeyerek kompulsif bir düzeyde yüksek özgüven geliştirerek, kendilerinin koruma stratejilerini geliştirirler. Stresli durumda duygularını ortaya çıkabilecek durumları engellemeye çalışırlar. Kaçınmanın temelini oluşturan aşırı

bastırma ve engelleme-kompulsif davranışlar için risk yaratmaktadır. (Sümer ve ark, 2009).

Bağlanmada kaçınma davranışına sahip kişiler duygu ve davranışlarını kontrol altında tutmak istemektedirler. (Sümer ve ark., 2009). OKB olan kişilerde de, 'kontrol' özelliğinin bulunması her iki durumda içinde ortak nokta oluşturmaktadır. Kayıtsız bağlanma stiline sahip kişilerinde, duygularını belli etmeme çalışması ve ilişkilerinde mesafeli olması nedeniyle kaçınma davranış biçimi geliştirmişler.

Yapılan başka bir araştırma da ise, OKB olan kişilerde kaygılı bağlanma stilleri yüksek çıkmıştır. Güvensiz bağlanma stilleri sahip kişiler OKB yatkınlık açısından risk oluşturmaktadır. (Vatan, 2016). Benim yaptığım çalışmada ise, deney ve kontrol grubu arasında kaygılı bağlanma da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırmamın sonuçlarına göre, sağlıklı bireylerde güvenli ve saplantılı bağlanma stili puanları yüksek çıkmıştır. Sağlıklı grubun güvenli bağlanma stiline sahip olması beklenen bir durumdur. Çünkü, güvenli bağlanan kişiler kolaylıkla yakın ilişki kurabildiği ve stresle baş etme becerileri daha iyi olduğu için psikopatolojiye yatkınlık açısından diğer bağlanma stillerine göre, daha az risk altındadır.

## SINIRLILIK VE ÖNERİ

Yapmış olduğum çalışmadaki verilerin sadece İstanbul ilindeki NP Etiler NP Feneryolu polikliniğinden toplanıyor olması,

70 kişilik bir örneklem grubundan oluşması bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Bu konu ile ilgili çalışma yapacak kişiler daha büyük bir örneklem grubunun olması obsesif kompulsif bozukluk ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.



## KAYNAKÇA

- Akın, S. , Özeren, S.G. (2016). Anne – baba bağlanma biçimleri ve kişilerarası ilişkilerin değerlendirilmesi. Florence Nightingale 8. Bilim Tıp Dergisi, 2(3), ss (222-232).
- Akdağ, T. S. (2011). Ergenlerin bağlanma stilleri ile ebeveynlerin bağlanma stilleri arasındaki ilişki. Akdeniz Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Alıcı, D. (2014). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında oksidatif metabolizmanın ve oksidatif DNA hasarının incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi, Uzmanlık Tezi.
- Altıntaş, E. , Özçürümez, G. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların cinsiyet farklılığı açısından değerlendirilmesi, Cukurova Medical Journal, 40(3), ss(409-417).
- Alantar, Z. , Maner, F. (2008). Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, Cilt 9, ss (97-104).
- Arıcioğlu, A. , Gültekin, F. (2017). Üniversite öğrencilerinde bağlanma stilleri ve sosyal bağlılık ilişkisi. Sakarya Üniversitesi Journal of Education, 7(2), ss. (373-384).
- Arslan, E. (2008). Bağlanma stilleri açısından ergenlerde erikson'un psikososyal gelişim dönemleri ve ego kimlik süreçlerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi, Doktora Tezi.
- Aydın, Ç.P. , Öyekçin, G.D. (2013). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel işlevler. Türk Psikiyatri Dergisi, 24(4), ss ( 266-74).
- Balsak, F. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan lise öğrencilerinin annelerinde bilişsel süreçler. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Bayar, R. , Yavuz, M. ,(2008). Obsesif kompulsif bozukluk. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi. (62), ss(185-192).
- Baltacıoğlu, S. (2016). Genç yetişkinlerin bağlanma stillerinin yakın ilişkilerindeki psikolojik eğilimlerinin ve ilişki inançlarının incelenmesi. Bahçeşehir Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Beşiroğlu, L. (2015). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel nöropsikolojik model bağlamında tedavi yanıtını ve direncini anlamak. Türk Psikiyatri Dergisi, 26, ss (1-9).

Bodur, Ş. , İşeri, E. , Soysal, Ş. A. , Şenol, S. , (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. Klinik Psikiyatri, (8), ss( 88-99).

Canca, E. G. (2009). Panik bozukluk ve okb hastalarında baskın affektif mizacın ve mizaç karakter özelliklerinin karşılaştırılması. Maltepe Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Ciftci, D.A. , Doksat, G.N. (2016). Bağlanma ve yaşamdaki izdüşümleri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 25(4), ss (489-501).

Çekem, B. , Kaya, B. , Polat, R. , Selçuk, E. , Sümer, N. , Ünal, S. , (2009). Bağlanma ve psikopatoloji: Bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozuklukla ilişkisi. Türk Psikoloji Dergisi, 24(63), ss (38-45).

Çeçen, D. (2017). Yetişkinlerde bağlanma stilleri ile benlik saygısı ve sürekli kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Çiçek, E. (2011). Obsesif kompulsif bozukluklu hasta yakınlarında aile yükü, yaşam kalitesi ve psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Çok, F. , Morsümbül, Ü. (2011). Bağlanma ve ilişkili değişkenler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(3), ss (553-570).

Demet , M.M. , Deveci, A. , Deniz, F. , Taşkın, O.E. , Şimşek, E. , Yurtsever, F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, ss(133-144).

Demet, M. M. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. Cilt:15, ss (45-52).

Demir, Ö. (2017). Yetişkin bireylerde kendilik algısı ve bağlanma stillerinin aleksitimi üzerindeki etkisi. Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Demir, S. (2017). Üniversite öğrencilerinin bağlanma stilleri ile kaygı düzeyleri ve yetersizlik duyguları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Doğan, A. (2017). Bağlanma ile depresyon ilişkisinde antolojik iyi- oluş ve duygusal zekanın aracılık rolü. İstanbul Arel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Doğan, T. (2016). Ergenlerde ana-babaya bağlanma. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(4), ss (406-419).

Erözkan, A. (2011). Üniversite ğrencilerinin bağlanma stilleri ve karar stratejileri. Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 2, Sayı, 3, ss( 60-74).

Ersin, A. (2017). Okb tanısı alan ocuk ve ergenlerde belirti dağılımının ebeveynlerdeki obsesif kompulsif belirti dağılımı ve ebeveyn tutumu ile olan ilişkisi. Işık Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Erkan, M. (2012). Anne ve babasında bipolar duygudurum bozukluğu olan ergenlerde bağlanma örüntüleri ve psikopatoloji. Akdeniz Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi

Eren, N. (2016). Yetişkinlerin bağlanma stillerine göre bireylerin öfkeyi ifade etme tarzları, kendilik algısı ve sosyal problem zme becerisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Eryılmaz, E.T. , Tosun, A. (2013). Obsesif kompulsif bozuklukta kontrol ihtiyaı. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 13, ss (121-130).

Eşel, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. Klinik Psikiyatri, 3, ss (46-55).

Fırat, R.E.(2017). Üniversite ğrencilerinin bağlanma stilleri ile kullandıkları mizah tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Gençoğlu, S. (2014). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde bağlanma biçimleri ve ebeveynlerin psikopatolojilerinin bağlanmaya etkisi. Akdeniz Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Gölcük, D. (2016). Okul ağı çocuklarında cinsiyet açısından okb belirtileri arasındaki farkların incelenmesi. İstanbul Arel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Güngör, D. , Sümer, N. (1999). Yetişkin bağlanma stilleri leklerinin türk rneklemi üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. Türk Psikoloji Dergisi, 14(43), ss (71-106).

Gl, G.T. (2017). Üniversite ğrencilerinde bağlanma stilleri ile duygu dışavurma arasındaki ilişkinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

İlarslan, Ö. (2009). Çocukların bağlanma davranışlarının özlük nitelikleri ve anne bağlanma stillerine göre incelenmesi. Selçuk Üniversitesi, Doktora Tezi.

Kani, S.A. (2014). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların afektif mizaç, kronobiyoloji ve dürtüsellik açısından incelenmesi. İstanbul Üniversitesi, Uzmanlık Tezi.

Karshoğlu, H.E. , Yüksel, N. (2007). Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri, 10, ss(3-13).

Karaduman, M. (2017). Bağlanma stillerinin yeme davranışı ve beden imajı ile ilişkisinin incelenmesi. Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Karamustafaloğlu, O. (1999). Tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluklar ve başa çıkma stratejileri. Düşünen Adam, 12(1), ss (12-16).

Kavzoğlu, Ö.S. , Kesebir, S. , Üstündağ, F.M. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(2), ss (321-342).

Kaya, V. (2010). Gebelik başlangıçlı okb: klinik özellikler, komorbidite ve ilişkili etkenler. Selçuk Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Kandaz, E.Y. (2009). Okb tanısı almış psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları sıklığı. Kocaeli Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Keser, Ç.C. (2006). Annenin bağlanma düzeyi ve çocuk yetiştirme sürecinin çocuğun bağlanma düzeyine etkisi. Uludağ Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Kılıç, E. (2017). Bağlanma biçimlerinin evlilik doyumu ile ilişkisi. Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Kılıç, F. (2013). Obsesif kompulsif bozukluk eşlik eden ve etmeyen bipolar bozukluklu hastalarda mizaç ve dürtüsellik. Fırat Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Kılıç, M.S. (2015). Erişkinlerde obsesif kompulsif bozukluk hastalarında çocukluk dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun klinik etkileri. Adnan Menderes Üniversitesi, Uzmanlık Tezi.

Kılınç, S. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin bellek süreçlerinin bellek yanılması açısından karşılaştırılması. Maltepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Kıvılcım, S. (2015). Çocukluk çağı travmatik olayların yetişkin obsesif kompulsif bozuklukla ile komorbiditesi. Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Koyuncu, Ş.G. (2017). Erken çocukluk döneminde bipolar bozukluğu olan ebeveyne sahip bireylerdeki bağlanma ilişkileri ile erken çocukluk döneminde bipolar bozukluğu olmayan ebeveyne sahip bireylerdeki bağlanma ilişkisinin karşılaştırılması. Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Korkmaz, Z.I. (2012). Obsesif kompulsif bozukluklu hastaların bilişsel işlevlerindeki olası bozuklukların yaşam kalitesi ile ilişkisi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Köroğlu, E. (2014). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Hekimler Yayın Birliği.

Köroğlu, Ö. (2017). Sosyal fobi belirtileri ile yetişkin bağlanma stilleri ve anne-baba tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Köse, Z. (2016). Yetişkinlerde bağlanma biçimleri ile mizaç karakter ilişkisi. Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Kuloğlu, M. , Millet, B. , Tezcan, E. (1988). Türkiye’de ve Fransız’da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması, Klinik Psikiyatri Dergisi, 1(1), ss. (35-41).

Kurt, E. (2013). Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk hastalarının yürütücü işlevlerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi. Tıpta Uzmanlık Tezi.

Kuru, T. Türkçapar, H.M. (2013). Farmakoterapi ve elektrokonvulsif tedaviye dirençli bir obsesif kompulsif bozukluk hastasının bilişsel davranışçı terapi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2, ss.(173-181).

Meydancı, E. (2017). Bağlanma örüntüleri ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkide duygu düzenleme şekillerinin aracı rolünün araştırılması. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Onar, E.I. (2017). Bağlanma biçiminin doğum sonrası depresyon ile ilişkisi. Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Özdemir, E.H. (2017). Bir grup üniversite öğrencisinde bağlanma stilleri ile narsisizm arasındaki ilişki: Reddedilme Duyarlılığının Aracı Rolü. Işık Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Özer, S. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarının obsesyon alt tiplerinin çocukluk travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Sayar, K. , Tüzün, O. (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. Düşünen Adam, 19(1), ss. (24-39)

Satan, Y. (2014). Obsesif kompulsif bozuklukta içgörü düzeyi ile bilişsel fonksiyonların ilişkisi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Sümer, N. (2006). Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması, Türk Psikoloji Dergisi, 21(57), ss(1-22).

Şen, G.H. (2016). Bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk eşanlı hastalar: Klinik özellikler, kişilik ve mizaç özelliklerinin karşılaştırılması. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Şenormancı, Ö. (2010). Obsesif kompulsif bozuklukta obsesif inançlar ve semptom ölçümleriyle ilişkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Taştan, F.M (2015). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında peroksiredoksin-1 ve ürotensin-2 düzeylerinin incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi, Uzmanlık Tezi.

Tamış, İ.Z. (2014). Yetişkin bağlanma stilleri ve öfke tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Tek, C. , Rezaki, B.G. , Tanrıverdi, N. , Mercan S. , Demir B. , Vargel, S. , (1995). *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reability and validity. Acta Psychiatr Scand* , 91, ss(410-413).

Tükel, R. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk. Türkiye Klinik Psychiatry Special Topics, 3(4), ss ( 70-80).

Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psianalitik görüşler. Klinik Psikiyatri, 6, ss (46-50).

Uzun, N.K. (2017). Bağlanma stilleri ile evlilik ilişkisi istikrarı arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Ünyeli, İ.B. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan ebeveynlerin 10-18 yaş çocuklarında anne babadan algılanan psikolojik kontrol ve mükemmeliyetçilik düzeyi. Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Yaluğ, İ. , Kocabaşoğlu, N. , Aydoğan, G. , Günel, B.(2003). Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozuklukta depresyon ve kişilik bozukluğu komorbiditesi. Düşünen Adam Dergisi, 16(1), ss(133-144).

Yerebakan, Ş. (2015). Narsistik kişilik bozukluğu ile borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların okb ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Yıldızhan, E. (2017). Bağlanma teorisi ve bağlanma bozukluklarına genel bakış. Anadolu Kliniği, Cilt 22, Sayı:1 , ss ( 66-72).

Yolalan, H. (2013). Ergenlerde depresyon ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Arel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Vardar, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun genetiği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt 10, Sayı 3, ss (153-159).

Vatan, S. (2016). Obsesif kompulsif bozuklukta bağlanma, obsesif inançlar ve duygu düzenleme zorlukları: Klinik ve kinik olmayan örneklem karşılaştırılması. Nesne Psikoloji Dergisi. Cilt 4, Sayı, 7, ss (41-57).

## EK 1: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Yaşınız: -----

Cinsiyetiniz: -----

Eğitim durumunuz: İlköğretim .....

Lise .....

Üniversite .....

Lisansüstü .....

Medeni Durum:



## EK 2: İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ

Aşağıda yakın ilişkinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendirip, size en uygun sayının altındaki paranteze (x) işareti koyunuz.

1.....2 .....3.....4.....5.....6.....7

Beni Hiç

Beni Kısmen

Beni Tamamıyla

Tanımlamıyor

Tanımlıyor

Tanımlıyor

	1	2	3	4	5	6	7
1. Başkalarına kolaylıkla güvenmem.							
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.							
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.							
4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.							
5. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.							
6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.							
7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.							
8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak isterim.							
9. Yalnız kalmaktan korkarım.							
10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.							
11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.							
12. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.							
13. Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.							
14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.							
15. Başkalarının bana dayanıp bel bağlanması konusunda oldukça rahatımdır.							
16. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.							
17. İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.							
18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzu bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.							
19. Kendi kendine yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.							

20. Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.									
21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.									
22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.									
23. Terk edilmekten korkarım.									
24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder									
25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.									
26. Başkalarına bağlanmamaya tercih ederim.									
27. İhtiyacım olduğunda insanları yanında bulacağımı biliyorum.									
28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.									
29. Romantik ilişkilerde olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.									
30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.									

### EK 3: MAUDSLAY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Adı Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Tarih:

Aşağıda yazılmış olan cümlelerden sizde görülenleri 'B. HAYIR' ,görülmeyenleri 'HAYIR' olarak işaretleyiniz.

1-Bir hastalık bulaşır korkusu ile herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınıyorum.

A. EVET B. HAYIR

2-Çoğunlukla hoş gitmeyen şeyler düşünür ,onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.

A. EVET B. HAYIR

3-Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.

A. EVET B. HAYIR

4-İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.

A. EVET B. HAYIR

5-Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.

A. EVET B. HAYIR

6- Normalden fazla bir şekilde doğalgazı, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.

A. EVET B. HAYIR

7-Değişmez kurallarım vardır.

A. EVET B. HAYIR

8-Aklıma gelen hoş olmayan düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.

A. EVET B. HAYIR

9-Kaza ile birisiyle çarpışırsam rahatsız olurum.

A. EVET B. HAYIR

10-Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.

A. EVET B. HAYIR

11-Çocukken annem de babam da beni fazla zorlamazlardı.

A. EVET B. HAYIR

12-Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için isimde geri kaldığım oluyor.

A. EVET B. HAYIR

13-Çok fazla sabun kullanırım.

A. EVET B. HAYIR

14-Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur

A. EVET B. HAYIR

15-Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.

A. EVET B. HAYIR

16-Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.

A. EVET B. HAYIR

17-Temizliğe aşırı düşkünüm.

A. EVET B. HAYIR

18-Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.

A. EVET B. HAYIR

19-Pis tuvaletlilere giremem.

A. EVET B. HAYIR

20-Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.

A. EVET B. HAYIR

21-Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.

A. EVET B. HAYIR

22-Bazı şeyleri birden fazla kez kontrol ederim.

A. EVET B. HAYIR

23-Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.

A. EVET B. HAYIR

24-Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.

A. EVET B. HAYIR

25-Alıştığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.

A. EVET B. HAYIR

26-Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.

A. EVET B. HAYIR

27-Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanımım

A. EVET B. HAYIR

28-Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.

A. EVET B. HAYIR

29-Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.

A. EVET B. HAYIR

30-Dikkatle yaptığım bir isin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.

A. EVET B. HAYIR

31-Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.

A. EVET B. HAYIR

32-En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.

A. EVET B. HAYIR

33-Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.

A. EVET B. HAYIR

34-Çoğunlukla kendime bir şeyleri dert edinirim.

A. EVET B. HAYIR

35-Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip ise girişmeden önce durup düşünürüm.

A. EVET B. HAYIR

36-Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.

A. EVET B. HAYIR

37-Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.

A. EVET B. HAYIR



## MERVE BİRTEK

**Doğum Tarihi** : 22.01.1992  
**Doğum yeri** : Bakırköy  
**Medeni Durumu** : Bekar  
**İletişim** : Atatürk Cad. Zafer Mah. 5. Gökler Sitesi A3 Blok Daire:5  
Bahçelievler/ İstanbul  
**GSM** : 0535 371 81 98  
**E-mail** : mervebirtek@hotmail.com

### EĞİTİM BİLGİLERİ

- **2011 - 2015, İstanbul Bilim Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji; 2.85 Lisans Bitirme Tezi: "Ortaokul Öğrencilerinde Cinsiyetin Sınav Kaygısı Üzerindeki Etkisi"**  
Tez Danışmanı; Yrd. Doç. Dr. Sevda Bulduk
- **2016 – (Devam Ediyor), Yüksek Lisans, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji**  
  
**Yüksek Lisans (Devam Ediyor): Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji**

### İŞ DENEYİMLERİ

- Eylül 2013 - Ocak 2014, **Orkunoğlu Koleji**, Stajyer Psikolog
  - Öğrencilerin psikolojik, psiko-motor ve bilişsel becerilerinin incelenerek takip edilmesi; öğretmen, aile ve okul idaresi ile işbirliği halinde bu bilgilerin paylaşılması,
  - Veli görüşmelerini organize edebilmesi ve velilerle görüşmelerin yürütülmesi,
  - Gelişim testlerinin uygulanarak bu testlerin raporlama ve takibinin yapılmasında destek verilmesi,
  - Eğitim süreçlerine destek verilmesi.
- Şubat 2014 - Mayıs 2014, **İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı**
  - **Prof. Dr. İlhan Yargıç** ve ekibi ile birlikte psikiyatri kapalı servisinde vizitlere katılım,
  - Alkol-madde bağımlılığı, intihar eğilimi, şizofreni, manik depresif, fetişist, disosiyatif bozukluk olan hastalarının gözlemlenmesi.

- Eylül 2014- Ocak 2015, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, Nöropsikiyatri Anabilim Dalı
  - Prof. Dr. Öğüt Öktem Tanör ve ekibi ile birlikte Alzheimer ,Broca afazi, Wernice afazi ve felçli hastalara yönelik konuşma terapisi ve psikolojik desteğinin sağlanmasına yönelik gönüllü olarak destek verilmesi.
- Nisan 2017, NP İSTANBUL Beyin Hastanesi - Stajyer Psikolog 2017

### **EĞİTİM VE SERTİFİKALAR:**

#### **1- Çocuk Değerlendirme Test Eğitimleri**

1. Catell 2A-3A zeka testi
2. Porteus labirent testi
3. D2 dikkat testi
4. Frankfurter dikkat testi
5. Frosting görsel algı testi
6. Burdon dikkat testi
7. Bender-gestalt görsel motor algılama testi
8. Benton görsel bellek testi
9. Metropolitan okul olgunluğu testi
10. Gesell gelişim figürleri testi
11. Ankara Gelişim Tarama Envanteri(Agte)
12. Goodenough bir insan çiz testi
13. Kelime söyleyiş testi
14. Peabody resim kelime eşleştirme testi

#### **2- MMPI(Minnoseta Çok Yönlü Kişilik Envanteri) testi**

### **BECERİLER :**

#### **Dil;**

İngilizce: Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta

#### **Bilgisayar;**

İşletim Sistemi; Windows XP, Wista, 7

### **PROGRAMLAR: SPSS**