



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
KLİNİK ÖZELLİKLERİN, BAĞLANMA ÖRÜNTÜLERİ, MİZAÇ
VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. RECEP BOLAT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2020



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
KLİNİK ÖZELLİKLERİN, BAĞLANMA ÖRÜNTÜLERİ, MİZAÇ
VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. RECEP BOLAT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. HATİCE ÖZYILDIZ GÜZ

SAMSUN-2020

TEŞEKKÜRLER

Araştırma görevlisi olarak çalıştığım dönem süresince desteklerini hissettiğim, mesleki bilgi birikimime ve tecrübeme büyük katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN, Prof. Dr. Ömer BÖKE, Doç. Dr. Gökhan SARISOY ve Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU ve Dr. Öğretim Üyesi Selçuk ÖZDİN'e;

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimi hazırlama sürecinde desteğini esirgemeyen, hoşgörüsüyle yaklaşan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ'e;

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan ve tanımaktan keyif aldığım sevgili asistan arkadaşlarım ve tüm psikiyatri kliniği ekibine;

Tez yazım sürecinde olan katkılarından dolayı dostum sayın Adem KOCAMAN'a,

Öğrencilik hayatım boyunca, her zaman ve her durumda yanımda olup bana destek veren, bugünlere gelmemde büyük emek ve çaba sarf eden annem ve babama;

Ve sevgili eşim Dr. Özge AKYÜREK BOLAT'a teşekkürlerimi sunarım.

Ocak, 2020

Recep BOLAT

ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Recep
Soyad:	Bolat
Doğum Yeri:	Bafra
Doğum Tarihi:	06.04.1986
Görev Yeri:	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Yabancı Dil:	İngilizce
E-Posta Adresi	recepbolatmd@gmail.com

Tarih	Akademik Eğitim
2004-2011	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
2014	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sualtı Hek. Hiperbarik Tıp
2014 <	OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
	Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.
Akademik Ünvanları	
	Psikiyatri Anabilimdalı Araştırma Görevlisi
İş Tecrübesi	
2012	Şemdinli Devlet Hastanesi Acil Servis-Pratisyen Hekim
2014	GATA- Sualtı Hek. Hiperbarik Tıp- Araştırma Görevlisi
2014<	OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri- Araştırma Görevlisi

BEYAN

“Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalarda klinik özelliklerin, bağlanma örüntüleri, mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkisinin araştırılması” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı bireyler ile sağlıklı kontroller arasında kişilik özellikleri ve yetişkin bağlanma biçimleri açısından bir fark olup olmadığını ortaya koymak; OKB şiddeti ile kişilik özellikleri ve yetişkin bağlanma biçimleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve yöntem: Çalışmamıza DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı almış 60 hasta ile 64 sağlıklı gönüllü katılmıştır. Katılımcıların tümüyle klinik görüşme yapılarak, OKB grubuna sosyodemografik ve klinik bilgi formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi (YBOKÖ-KL), Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri (MKE), sağlıklı kontrol grubuna ise sosyodemografik ve klinik bilgi formu, YİYE-II ve MKE uygulanmıştır. OKB ve kontrol grubunun, MKE ve YİYE-II puanları karşılaştırılmıştır. OKB hasta grubu BDÖ puanına göre $BDÖ \geq 17$ ve $BDÖ < 17$ olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Bu iki grup ve sağlıklı kontrol grubu klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmamıza katılan OKB'li bireylerin daha önceden belirlenmiş dört faktörlü semptom boyutları YBOKÖ belirti listesi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: OKB ve kontrol gruplarının YİYE-II puanları karşılaştırılmış, OKB grubunda kaygılı bağlanmanın daha yüksek olduğu bulunmuştur. YİYE-II alt ölçeği kaygılı bağlanma ve kaçınmacı bağlanma puanlarının, BDÖ ile düşük derecede pozitif yönde korelasyonu olduğu, bulunmuştur. Diğer yandan OKB süresinin, YBOKÖ obsesyon-kompulsiyon-toplam puanları ve BDÖ ile düşük derecede pozitif yönde korele olduğu, YBOKÖ puanlarının BDÖ ile düşük derecede pozitif yönde korele olduğu saptanmıştır OKB grubunda ve sağlıklı kontrol grubunda mizaç-karakter alt ölçekleri karşılaştırıldığında, OKB grubunda zarardan kaçınma puanı daha yüksek bulunurken, yenilik arayışı, kendini yönetme ve iş birliği yapma puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Zarardan kaçınma puanının YBOKÖ-obsesyon, YBOKÖ-kompulsiyon, YBOKÖ-toplam puanı ile düşük derecede pozitif yönde korele olduğu bulunmuştur. İş birliği yapma puanının, YBOKÖ-obsesyon, YBOKÖ-kompulsiyon, YBOKÖ-toplam puanı ile düşük derecede negatif korelasyonu olduğu bulunmuştur. Depresyon şiddeti kontrol edildiğinde hiçbir korelasyonun devam etmediği görülmüştür. $BDÖ \geq 17$ olan OKB grubunda, kaçınan ve kaygılı bağlanmanın ve

zarardan kaçınmanın daha yüksek olduğu, kendini yönetme ve iş birliği yapma puanının daha düşük olduğu bulunmuştur. OKB grubunda en sık yasak düşünceler semptom boyutu saptanırken, istifleme boyutu sadece 3 hastada görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları OKB ile ilişkili, yüksek zarardan kaçınma, düşük yenilik arayışı, kendini yönetme ve iş birliği yapma ile karakterize boyutsal bir kişilik profilinin varlığını desteklemektedir. Obsesif kompulsif yakınmaların şiddetinin, zarardan kaçınma skorları ile pozitif yönde, kendini yönetme ve iş birliği yapma skorları ile negatif yönde korelasyonu olduğu bulunmuştur. Bu korelasyon depresyon skorları kontrol edildiğinde devam etmemektedir. Çalışmamızda bağlanmanın boyutsal profili değerlendirilmiş, OKB grubunda, kontrol grubuna göre daha kaygılı bağlanmanın varlığı gösterilmiştir. OKB psikoterapi sürecinde, obsesif kompulsif yakınmaların yanı sıra hastanın kişilik özelliklerinin ve bağlanma tutumlarının da dikkate alınmasının ve buradaki patolojilere yönelik yapılacak müdahalelerin, hastaların tedaviden göreceği faydayı arttıracaklarını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif Bozukluk, bağlanma, mizaç, karakter

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study is to determine whether there is a difference in personality traits and adult attachment styles; and to investigate the relationship between OCD severity and personality traits and adult attachment styles in the cases diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and the healthy controls.

Material and Methods: Our study included 60 patients diagnosed with OCD according to the DSM-5 criteria and 64 healthy volunteers. All of the participants were clinically interviewed. Sociodemographic and clinical information form, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and symptom checklist (Y-BOCS-CL), Experiences in Close Relationships Inventory II (ECRI-II), Beck Anxiety Scale (BAS), Beck Depression Scale (BDS), and Temperament Character Inventory (TCI) were applied to OCD group while the sociodemographic and clinical information form, ECRI-II, and TCI were applied to control group. TCI and ECRI-II scores of OCD and control groups were compared. The OCD group was divided into two groups according to BDS score: $BDS \geq 17$ and $BDS < 17$ groups. These two experimental groups and healthy control group were compared in terms of clinical features. The pre-determined four-factor symptom dimensions of the OCD cases were evaluated by using the Y-BOCS-CL.

Results: ECRI-II scores of OCD and control groups were compared and anxious attachment was found higher in OCD group. The anxious attachment and avoidant attachment scores of ECRI-II subscale was positively correlated with BDS on a low level. On the other hand, OCD duration was positively correlated with Y-BOCS obsession-compulsion-total scores and BDS on a low level, and the Y-BOCS scores were also positively correlated with BDS on a low level. When the temperament-character subscales were compared between OCD and control groups, it was noted that the novelty seeking, self-directedness and cooperativeness scores were lower while the harm avoidance score was higher in the OCD group. The harm avoidance score was positively correlated with Y-BOCS-obsession, Y-BOCS-compulsion, and Y-BOCS-total score on a low level. The cooperativeness score was negatively correlated with Y-BOCS-obsession, Y-BOCS-compulsion, Y-BOCS-total score on low level. When the severity of depression was controlled, no correlation has been found to be continuing. The avoidant and anxious attachment and harm avoidance

were higher and self-directedness and cooperativeness scores were lower in the OCD group with $BDS \geq 17$. In the OCD group, the most common symptom aspect was the forbidden thoughts, whereas the hoarding size was observed only in 3 cases.

Discussion: The results of our study support the presence of a dimensional personality profile associated with OCD that is characterized by high level of harm avoidance and low levels of novelty seeking, self-directedness and cooperativeness. The severity of obsessive-compulsive complaints was positively correlated with the harm avoidance scores and negatively correlated with self-directedness and cooperativeness scores. This correlation does not continue when the depression scores are controlled. Our study assessed the dimensional profile of the attachment and demonstrated the presence of more anxious attachment in the OCD group compared to the control group. We believe that in the OCD psychotherapy process, the consideration of the personality characteristics and attachment attitudes as well as obsessive-compulsive complaints of the cases and interventions to the pathologies therein will increase the benefit of the treatment.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, attachment, temperament, character

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜRLER	i
ÖZGEÇMİŞ	ii
BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
SAYFA	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	3
2.1.1. Tanım ve tarihçe.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Fenomenoloji	6
2.1.4. Faktör analiz çalışmaları	9
2.2. Bağlanma Kuramı	11
2.3. Cloninger'in Kişilik Kuramı, Mizaç ve Karakter	16
3. HASTALAR VE YÖNTEM	19
3.1. Çalışmanın Deseni Ve Katılımcılar.....	19
3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	19
3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	20
3.4. Çalışmada Kullanılan Form Ve Ölçekler.....	20
3.4.1. Sosyodemografik ve klinik bilgi formu	20
3.4.2. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi.....	20
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği	21
3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	22
3.4.5. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II).....	22
3.4.6. Mizaç Karakter Envanteri (MKE)	22

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	23
4. BULGULAR	24
4.1. OKB ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Özellikleri	24
4.2. OKB Grubunun Klinik Özellikleri.....	26
4.3. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği Belirti Listesinin Semptom Boyutlarının İncelenmesi	27
4.4. OKB Grubu ve Kontrol Grubunun Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	27
4.5. OKB ve Kontrol Grubunun Mizaç Karakter Envanteri (MKE) Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	28
4.6. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri Puanı ve Mizaç Karakter Envanteri Alt Ölçek Puanlarının Diğer Klinik Özellikler ile İlişkisinin İncelenmesi.....	28
4.7. OKB Grubu Klinik Özelliklerinin Depresif Yakınmalar İle Olan İlişkisi	30
5. TARTIŞMA	32
5.1. Sosyodemografik Veriler Ve Klinik Özellikler.....	32
5.2. Bağlanma ve OKB	33
5.3. Mizaç-Karakter Özellikleri Ve OKB	36
5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
7. KAYNAKLAR	42
8. EKLER.....	56
8.1. EK 1. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	56
8.2. EK 2. Sosyodemografik Veri ve Klinik Bilgi Formu.....	58
8.3. EK 3. Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)	60
8.4. Ek 4. YBOKÖ Belirti Kontrol Listesi	61
8.5. Ek 5. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II.....	62
8.6. Ek 6. Beck Depresyon Ölçeği.....	64
8.7. Ek 7. Beck Anksiyete Ölçeği	65
8.8. Ek 8. Mizaç Karakter Envanteri	66
8.9. Ek 9. Tıbbi Etik Kurul Onayı.....	76
8.10. Ek 10. Turnitin Orjinallik Raporu	77

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BYBOKÖ	: Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Mental of Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
İY	: İş birliği yapma
KA	: Kendini aşma
KY	: Kendini yönetme
MKE	: Mizaç Karakter Envanteri
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖB	: Ödül bağımlılığı
SE	: Sebat etme
YA	: Yenilik arayışı
YBOKÖ	: Yale- Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
YBOKÖ-KL	: Yale- Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Belirti Kontrol Listesi
YİYE-II	: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II
ZK	: Zarardan kaçınma

TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ

SAYFA

Tablo 1. YBOKÖ Semptom Listesi Faktör Yapısı	21
Tablo 2. OKB ve kontrol grubu sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	25
Tablo 3. OKB grubunun klinik özellikleri	26
Tablo 4. OKB grubunun YBOKDÖ-Belirti listesi semptom boyutları frekansı	27
Tablo 5. OKB ve kontrol grubunda YİYE-II alt ölçek puanları karşılaştırması	27
Tablo 6. OKB ve kontrol grubu MKE alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo 7. YİYE-II ve klinik özellikler korelasyon tablosu	29
Tablo 8. MKE ve klinik özellikler korelasyon tablosu	30
Tablo 9. MKE ve klinik özellikler kısmi korelasyonu	30
Tablo 10. OKB ve kontrol grubu klinik özelliklerin karşılaştırılması	31

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), istenmeyen ve zorlayıcı düşünce, dürtü ve düşlemlerle giden yaygın görülen bir bozukluktur. DSM IV-TR’de “Anksiyete Bozuklukları” başlığı altında bulunmaktayken DSM-5’de ise “Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” bölümünde ayrı bir başlık olarak düzenlenmiştir (1). OKB hastalarında kişilik özellikleri uzun zamandır çalışılmaktadır. İngiltere’de yapılan bir araştırmaya göre OKB hastalarında kişilik bozukluklarının oranı yüksek bulunmuştur; paranoid, obsesif-kompulsif, kaçınan, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları en sık görünenler olmuştur (2). Kişilik bozukluklarına kategorik olarak yaklaşan çalışmaların yanında, Cloninger ve ark. geliştirdiği, bireylerin nasıl hissettiği, davrandığı ve hareket ettiğine dair farklılıkları ölçen biyopsikososyal boyutsal model sık kullanılmıştır (3). Bu model dört mizaç boyutunu ve üç karakter boyutunu içermektedir. Mizaç boyutunun biyolojik ve kalıtsal yanı baskındır, yaşam boyunca fazlaca değişmeden sürer. Karakter boyutu ise yaşam tecrübeleri ve kültürel etkileşimden etkilenir. Mizaç boyutları “yenilik arayışı”, “zarardan kaçınma”, “ödül bağımlılığı”, “sebat etme”; karakter boyutları ise “kendi kendini yönetme”, “iş birliği yapma” ve “kendini aşma” dan oluşmaktadır. Günümüze kadar OKB mizaç ve karakter özelliklerini araştıran birçok çalışma yapılmıştır, çoğu çalışmada tutarlı olarak “zarardan kaçınma” skorları, normal popülasyona göre yüksek bulunmuştur. Bunun yanında, diğer alt ölçek boyutlarında tartışmalı sonuçlar bulunmuştur, bazı araştırmacılar “kendi kendini yönetme” (4-6), “işbirliği yapma” (5, 7, 8) ya da “yenilik arayışı” (5-7) skorlarını düşük bulmuşken, bazı OKB çalışmalarında da “ödül bağımlılığı” (9) skorları yüksek saptanmıştır. OKB hastalarında hastalık şiddeti ile mizaç-karakter profilleri arasındaki ilişkiyi ölçen çalışmalarda tartışmalı sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda, düşük “kendi kendini yönetme” (4, 10) ve yüksek “zarardan kaçınma” (4) puanları ile OKB semptom şiddeti arasında korelasyon saptanmıştır.

OKB’nin heterojen görünümü nedeniyle, günümüze kadar daha homojen alt gruplara ayırmaya çalışan birçok strateji olmuştur (11). Bazı çalışmalar OKB'nin karmaşık klinik görünümününün birkaç tutarlı ve geçici olarak stabil belirti boyutu kullanarak alt gruplara ayrılabilceğini öne sürmüştür. Bu boyutsal yaklaşımın OKB’de

fenotiplerin, genetik faktörlerin, nörobiyolojik etkenlerin ve tedavi cevaplarının incelenmesinde, bozukluğu bir bütün olarak görmekten daha faydalı olduğu gösterilmiştir (12).

Bağlanma kuramında, erken yaşlarda bakım verenle olumsuz yaşantılar sonucu güvensiz bağlanma stili geliştirenlerin, stres altında uyumu arttıramayan, işlevsiz tepkileri olabileceği, bu nedenle psikopatolojilere daha yatkın olabileceği belirtilmiştir (13). Bu nedenle güvensiz bağlanmanın çocuklukta ve yetişkinlikte bazı kişilik bozuklukları ve diğer psikopatolojilere yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmektedir (14). Bu alanda yapılmış geçmiş çalışmalar, yetişkin bağlanma stillerinin bağlanmaya ilişkin kaygı ve kaçınma olmak üzere birbirinden bağımsız iki bağlanma boyutunda farklılaştığını bildirmiştir (15). Doron ve ark. OKB tanılı bireylerde bağlanma kaygısını, depresyon şiddeti kontrol edildiğinde bile, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır (16).

Bu çalışmada OKB tanılı hastalarda, hastalık şiddetinin ve semptom boyutlarının, hastaların yetişkin bağlanma örüntüleri ve mizaç-karakter özellikleri ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Temel Hipotezlerimiz:

1. OKB tanılı bireyler ile herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan sağlıklı bireylerin, mizaç-karakter özellikleri farklıdır.
2. OKB tanılı bireyler ile herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan sağlıklı bireylerin bağlanma örüntüleri farklıdır.
3. OKB tanılı bireylerde semptom şiddeti, mizaç karakter özellikleri ve bağlanma özellikleri ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım ve tarihçe

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), tipik olarak endişe veya sıkıntıya neden olan tekrarlayan zorlayıcı düşünceler, görüntüler veya dürtüler ve bireyin yapmak zorunda hissettiği zihinsel ya da davranışsal eylemlerle karakterize bir hastalıktır. OKB tipik olarak çocukluk veya ergenlik çağında başlar, bir insanın yaşamı boyunca devam edebilir ve hastalığın şiddetli ve kronik doğası nedeniyle kişinin işlevselliğinde önemli bir bozulma oluşturur.

OKB, psikiyatri tarihinin ilk hastalıklarından biridir, milattan önce 2.yüzyıldan kalma eski Babil yazıtlarında yatak, sandalye, masa ve yanan kandilden korkan, şehre, yola, tapınaklara girmekten ya da ayrılmaktan neden korktuğunu bilmeyenlerden ve deva arayan kişilerden bahsedilmiştir (17). Bilimsel yaklaşımla ilk defa 1838’de Esquirol tarafından tanımlanmıştır. O yıllarda depresyonun bir parçası olarak düşünülen bu hastalık ancak yirminci yüzyılın başında ayrı bir klinik sendrom olarak ele alınmaya başlanmıştır (18).

Obsesif kompulsif belirtiler resmi olarak ilk defa 1952 yılında DSM-I ile kısaca tanımlanırken, biçim içerik ve süre hakkında ayrıntılı bir tanımlama yapılmamıştır (19). OKB’yi fenomenolojik açıdan inceleyen çalışmaların ilki Akhtar ve ark. tarafından 1975 yılında gerçekleştirilmiş, 82 obsesyonel nevrotik hastayı incelemiş, obsesyonları biçim (kuşku, düşünce, korku, dürtü, imge) ve içerik (kir ve bulaşma, saldırganlık, cansız temalar, din ve cinsellik) açısından ayırmıştır (20). Obsesif kompulsif yaşantıların güncel fenomenolojik bakış açısına en yakın tanımlama ilk defa DSM-III de yapılmıştır (21). Üçüncü ve dördüncü baskılar arasında belirgin değişiklik olmamıştır.

OKB DSM – 5’te “Obsesif – Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar” adlı yeni bir bölümde tanımlanmıştır. Tanı ölçütleri;

A. Obsesyonlar ve / veya kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkilere ya da imgelerdir.

(2) Kişi bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir kompulsiyon yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış 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, yüksüzleştirileceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili, alanlarda ya da diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Obsesif kompulsif belirtiler, 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 (örn, yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp

davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

-İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

-İçgörüsü kötü: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

-İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz

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

2.1.2. Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkinlerde bir yıllık OKB prevalansı 1.2%, ömür boyu OKB prevalansı ise 2.3% bulunmuştur (22, 23). Yetişkin kadınlarda erkeklere göre OKB nispeten daha sık görülürken, erkeklerde ise OKB semptomlarının genellikle çocuk yaşta başladığı tespit edilmiştir (23, 24). ABD, Kanada, Porto-Riko, Almanya, Tayvan, Kore ve Yeni Zelanda'da OKB'nin anlık sıklığını araştıran kesitsel bir çalışmada, OKB sıklığı Tayvanda %0,4 diğer ülkelerde %1,1-1,8 saptanmıştır. Hastalık başlangıç yaşı, eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıklar benzer bulunmuştur (24).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ile iş birliği içinde Erol ve ark. 1998 yılında yürüttüğü Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması ülkemizde bugüne kadar yapılmış ilk ve tek genel nüfus örnekleme araştırma olma özelliğini korumaktadır. Bu çalışmada 6 aylık OKB prevalansı %1.5 bulunmuştur (25). Çilli ve ark. 2004 yılında Konya’da yaptıkları genel toplum taramasında 3012 örneklem büyüklüğüne ulaşılmış, OKB’nin son bir yıllık yaygınlığı 3%, ortalama başlangıç yaşı 26, boşanmış ve dullarda daha sık olduğu saptanmıştır (26). Gültekin ve ark. 2009 yılında Sivas’ta genel toplum taramasında 462 kişiye ulaşılmış, OKB nokta prevalansı %3.2 saptanmıştır (27).

OKB’ye yaşam boyu komorbidite; panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, fobi gibi anksiyete bozuklukları için %76, duygudurum bozuklukları için %63, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu için %23-32 bulunmuştur. Vücut dismorfik bozukluğu, deri ve saç yolma bozukluğu OKB’li bireylerde OKB’li olmayan bireylere göre daha sık bulunmuştur (28).

2.1.3. Fenomenoloji

Fenomenoloji, psikiyatride ruhsal belirti ve işaretlerin nesnel ve bağımsız bir şekilde tanımlanması amacıyla kullanılır (29) . Hastalar tarafından yaşanan belirtileri objektif bir şekilde açıklamaya, diğer hastalarda da olabilecek ortak yönleri ayırt etmeye yarayan, değişmez terimlerden oluşur. OKB’yi oluşturan ve onu diğer hastalıklardan ayıran fenomenler, obsesyon ve kompulsiyonlardır.

Obsesyon, kuşatılmak, ele geçirilmek anlamına gelen Latince “obsidere” sözcüğünden türetilmiştir, yineleyici, intruziv ve istenmeyen bir şekilde devam eden düşünce, dürtü, imgelerden ya da bunların karışımından oluşan zihinsel içeriktir. Obsesyonu olan kişi bu zorla ve istenmeyen yaşanan durum nedeniyle rahatsızlık/ kaygı duyar. Bu rahatsızlık ondan kurtulmak ya da ona direnmek ile ilgili çabaların kaynağıdır. Bu çabalar için ise zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamlarına gelen Latince “compellere” sözcüğünden türetilmiş olan kompulsiyon terimi kullanılır. Kompulsiyonlar tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir.

OKB’li birçok kişi temizlik, düzenleme, sıralama, mükemmellik kaygıları yanında,

kabul edilemez tabular, ahlaki kabuller ile ilgili çeşitli semptom boyutları içerir. Kültür, ahlaki değerler ve tabularda belirleyicidir. Bu nedenle farklı kültürlerde yaşayan popülasyonlarda farklı psikopatolojik görünümmler olabilir (30). Mahgoub ve Abdel-Hafiez, Suudi Arabistan'da OKB'li muhafazakar müslümanlarda, dini temalı dua etme ve yıkama (%50), bulaşma (%41) ve inanç (%34) ilişkili obsesyonların güçlü etkileri olduğunu görmüştür, bu durumun İslam dininde ibadet öncesi yapılan abdest alma ritüeli ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (31). Yorulmaz ve ark., Türkiye doğumlu ve Bulgaristan doğumlu Türk OKB hastalarını semptom çeşitliliğini karşılaştırdığı çalışmada, Türkiye doğumlu olanlarda bulaşma/yıkama semptomlarının daha ağır olduğunu bulmuştur, yazarlar bu durumu Türkiye'de İslami kuralların daha titiz uygulanması ile ilişki olduğunu bildirmişlerdir (32).

OKB'de belirti boyutlarını değerlendirmenin en yaygın yolu Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Belirti Kontrol Listesi (YBOKÖ-KL) olmuştur, bu ölçekte batı toplumlarında görülen obsesyon ve kompulsiyonların çoğu bulunmaktadır (33). Bu ölçek sekiz ana obsesyon (saldırganlık, kirlenme, cinsel, istifleme/saklama, dini, simetri/düzen, somatik, diğer), yedi ana kompulsiyon (yıkama/temizleme, kontrol tekrarlama, sayma, sıralama/düzen, istifleme/toplama, diğer) olmak üzere toplam on beş ana kategori içerir. Bunlar:

1. Saldırganlık obsesyonları

Bu tür obsesyonlarda, kendine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, çeşitli şekillerde zarar verme düşünceleri, isteyerek ya da istemeyerek korkunç bir şeyin olmasından sorumlu olabileceği, müstehcen, hakaret içeren sözler ağzından çıkabileceği düşüncesi ve şiddet içeren, korkutucu imgeler görülebilir (34).

Saldırganlık obsesyonuna sahip olan kişiler, bıçak makas gibi sivri nesnelere bulundurmaktan, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan, ölüm haberleriyle karşılaşmamak için gazete okumaktan ve televizyon seyretmekten kaçınabilirler (35). Korkulan eylemin olma olasılığı hakkında kompulsif araştırmalar, hiç olmamış bir zarardan dolayı ilgili kişiden sürekli af ya da helallik dileme, kötü sonucu yansızlaştırmak üzere iyi ve güvenli ritüeller ya da zihinsel eylemler (dua etme, uğurlu sayılar, tekrarlanan özel anlam atfedilmiş cümleler) şeklinde kompulsiyonlar görülür.

2. Kirlenme/bulaşma obsesyonları

Mikroorganizmalar (mikrop, virüs, bakteri gibi), ev ortamında kullanılan bir eşya ve ürünler (tuvalet, çamaşır, banyo malzemeleri, yiyecekler, sıvılar), evsel ve çevresel atıklar (çöp, radyasyon, toksin, zehir vb.), bedensel atık ve sekresyonlar (tükürük, balgam, feçes, meni, ter, kan, idrar vb.), hayvanlar ve hayvansal maddeler (böcek, tüy), atıklar gibi yapışkan yağlı maddelerin (zamk, yağ gibi) bulaşması ya da bulaşma olasılığı hakkında obsesyonlar olabilir. Bu obsesyonlar sonucunda kişi törensel yıkama, yıkanma, tuvalet rutinleri, ev eşyalarının ya da diğer cansız nesnelere tekrarlayıcı şekilde temizlenmesi şeklinde kompulsiyonlar geliştirebilir (34). Kirlenmeye karşı önlem alma, aldırma, kontrol etme ve kaçınma davranışları olabilir. Zihinsel ritüeller eşlik edebilir. Bazen fiziksel temas riski olmadan, zihinde oluşan kirlilik ve bulaşma ile ilişkili imgelerin kendisi de temizlik davranışlarını tetikleyebilir.

3. Cinsel obsesyonlar

Obsesyonlar, yasaklanmış ve sapıklık derecesinde düşünce, görüntü ve dürtülerdir, utanç verici ve kabul edilemezdir. Çocuklar ve encest ilişki, homoseksüel ilişki ile ilgili olabilir (33). Sıklıkla kontrol ya da yıkanma kompulsiyonları eşlik etmektedir.

4. Dini obsesyonlar

Dini Obsesyonlar, OKB'nin tanımlanmış en eski belirti grubudur (36). Tanrı, dini kişi gibi kutsal şeylere karşı hürmetsizlik ve günah ile ilişkili olabilir. Dini ritüellerin doğru ve yeterli yapılmadığı düşünceleri nedeniyle defalarca tekrarı yapılabilir (eksik ya da yanlış olduğu düşüncesiyle çok defa abdest almak, namaz kılmak vb.). Ahlaken neyin doğru neyin yanlış olduğu konusunda artmış düşünceler olabilir (34).

5. İstifleme ve saklama obsesyonları

Kişi gerçek değerine ya da işlevine bakmaksızın eşyaları, nesnelere elinden çıkarma gücünü yaşar. Maddi ya da manevi değeri olmadığı halde satın alıp biriktirebilir. Bu istifleme davranışı kişinin evindeki yaşam alanını ciddi bir şekilde kısıtlayacak boyutlara ulaşabilir (37).

6. Simetri, sıralama, sayma, düzenleme obsesyonları

Nesnelerin ve olayların belli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunması ile ilişkili obsesyonlardır. Okuma, yazma, form doldurma, konuşma sırasında hata yapmadığından tam olarak emin olmak isteme içerikli obsesyonlar görülebilir (34).

7. Somatik Obsesyonlar

Sıklıkla hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanma şeklinde ortaya çıkan somatik obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlar sıklıkla kanser, AIDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkar. Bazı durumlarda ağır bir ruhsal hastalığa sahip olabileceklerine ilişkin obsesyonlar da görülebilir. Bu tür korkulara, hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrol edilmesi, iyi olduğuna yönelik onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar eşlik etmektedir.

8. Diğer obsesyonlar

Bilme hatırlama ihtiyacı, batıl inançlara bağlı korkular, uğursuz sayılar, istenmeyen görüntüler (şiddet içermeyen), anlamsız sesler, kelimeler ve müzik duyma, belli şeyleri bilme ve hatırlama ihtiyacı bu gruba girer.

Kompulsiyonlar

Kompulsiyonların bazıları gözle görülebilen davranışlar (el yıkamak gibi) bazıları da zihinde gerçekleşen davranışlardır (sayı saymak, dua etmek gibi). Obsesyon ve kompulsiyonlar genelde birlikte görülebildiği gibi sadece obsesyonların olduğu olgular da vardır. Geçmişte klinisyenler arasında “kuşku obsesyonları” olarak değerlendirilen kapı, pencere, dolap, musluk veya elektrikli aletleri açık bırakmış olmakla ilgili kontrol davranışları birçok obsesyon alt boyutuna eşlik edebilir. Kontrol davranışları sadece OKB’ye özgü bir fenomen olmayıp, geniş bir hastalık grubunun ortak davranış örüntüsüdür (34).

2.1.4. Faktör analiz çalışmaları

OKB tanısı almış iki hastanın fenomenolojisi birbiri ile hiç örtüşmeyebilir, bu durum

OKB'nin belirti çeşitliliğinin yarattığı bir tablodur. OKB'de görülen bu klinik çeşitliliğe ek olarak, genetik ve tedavi çalışmaları da OKB'nin heterojen bir hastalık olduğu görüşünü desteklemektedir. Bu heterojenite, nörogörüntüleme ve klinik çalışmalardan elde edilen bulguları genellemeyi güçleştirmekte ve yatkınlık oluşturuvcu genlerin araştırılmasını zorlaştırmaktadır (38). OKB'nin karmaşık klinik prezentasyonunu, birkaç tutarlı ve geçici olarak stabil semptom boyutlarına ayırmak için 90'lı ve 2000'li yıllarda faktör analizleri yapılmıştır (11). Faktör analizi (temel bileşen analizi), birbiriyle orta düzeyde ya da oldukça ilişkili değişkenleri birleştirerek az sayıda ancak bağımsız değişken kümeleri elde etmeyi sağlayan istatistiksel bir yöntemdir (34). Faktör analiz çalışmaları ışığında Campos ve ark. klasik YBOKÖ'den farklı olarak OKB vakalarında her bir boyutun şiddetini ölçmeye imkân veren Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği'ni (BYBOKÖ) geliştirmiştir (39). Bu ölçek formu, obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonların 7 alt boyutta ayırarak, her boyutun şiddetini ölçmek üzere tasarlanmıştır. BYBOKÖ'nün boyutsal yaklaşımında her bir boyutun belirti içeriği şu şekildedir.

- Bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları
- Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar
- Dini-cinsel obsesyonlar ve ilişki kompulsiyonlar
- Simetri, sıralama, sayma, düzenleme obsesyon ve kompulsiyonlar
- Bedensel obsesyonlar ve kompulsiyonlar
- İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları
- Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar

Bildiğimiz kadarıyla OKB alanında ilk faktör analizi 1994 yılında, Baer ve ark. tarafından 107 hasta ile yapılmıştır. Bu çalışmada “simetri/istifleme”, “kontaminasyon/temizleme” ve “saf obsesyonlar” şeklinde üç faktör bulunmuş, ilk faktör olan “simetri/istifleme” ile obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve Tourette's sendromu ilişkili bulunmuştur (40). Daha sonra Leckman ve ark., 1997 yılında hasta

popülasyonunu arttırarak, Baer ve ark. çalışmasını daha yüksek popülasyonda replike etmişler, “obsesyonlar/kontrol etme”, “simetri ve düzenleme”, “temizlik ve yıkama” ve “istifleme” olmak üzere dört faktör saptamışlardır (41).

Mataix-Cols ve ark., ayaktan başvuran OKB’lilerde faktör analizi uygulamış, daha sonra SSRI kullanımı etkinliği ile faktör kümeleri arasındaki korelasyona bakmış, beş faktörün (simetri/düzenleme, istifleme, bulaşma/temizlik, saldırganlık/kontrol etme, cinsel/dini obsesyonlar) toplam varyansın %65,5’ini açıkladığını, istifleme obsesyon ve kompulsiyonlarının tedaviye cevabının kötü olduğunu bulmuştur (42).

2008 yılında yapılan bir çalışmada, o tarihe kadar YBOKÖ-BL üzerinden yapılan 21 faktör analiz çalışması değerlendirilmiş, toplam 5124 kişinin katmanlı metaanalizi gerçekleştirilmiş, semptom boyutlarının, 1) simetri: simetri obsesyonları, düzenleme, sayma, tekrarlama; 2) yasaklanmış düşünceler: saldırganlık, cinsel, dini ve somatik obsesyonlar ile kontrol kompulsiyonları; 3) temizleme: temizleme ve bulaşma; 4) istifleme: istifleme obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar olmak üzere 4 faktör yapısı saptanmıştır (43).

2.2. Bağlanma Kuramı

Bowlby (1969) tarafından önerilen bu kuramda, çocuk ve anne arasında olan, yaşamın erken döneminde başlayan güçlü bir duygusal bağ ifade edilir. İlk bebeklik ve çocukluk döneminde anneden ya da bağlanma figüründen-bu anne dışında bebeğin düzenli bakımını üstlenen herhangi biri olabilir- uzak kalma durumunda endişe duymak doğal bir tepkidir, kendini savunamayan ve tek başına beslenmesini sağlayamayan çocuğun anneyi ya da bakım vereni yanında tutmayı sağlayan evrimsel bir mekanizmadır (44, 45). Buna göre, çocuklar bakımvereni korunma ve ilgiye ihtiyaç duydukları tehlike anlarında sağlam ve güvenli bir sığınak olarak kullanmaktadır (45). Açlık, susuzluk, fiziksel temas gibi ihtiyaçlarının karşılanması sonrasında bu bağ kuvvetlenmektedir (46). Sağlıklı gelişim süresince bağlanma davranışı, bebeklik, çocukluk ve ergenlik yıllarında bağlanma figürüyle yaşanan tecrübelerce oluşur. Bağlanma davranışı, ilerleyen dönemlerde etkilense de temelleri ilk 3 yaşa kadar atılır (47). Bağlanma davranışı ileriki dönemlerde de, ilişki kurma örüntüleri açısından belirleyici olur (48-50). Ailesinden yeterli, ilgi şefkat, sevgi

görmeyen bebeklerin yetişkinlikte kendiliği hakkında algıladığı değeri düşüktür, bu bireyler diğerlerine karşı güven duymayan bir tutum sergilerler (51). Çocuklarda görülen davranış örüntüleri ile benzer dinamiklerin romantik ilişkilerde de gözlenebileceğini gösteren çalışmalar, bağlanma kuramını, sosyal psikoloji alanında yaygın olarak kullanılan bir kuram haline getirmiştir (52, 53).

Etiyolojik çalışmalar insan dışındaki primatların ve diğer başka hayvanların da insanların bağlanma davranışına benzer fakat daha içgüdüsel bağlanma davranışı sergiledikleri göstermiştir. Harry Harlow bağlanma teorisi ile ilgili maymunlarda yaptığı bir çalışmada, doğumdan sonra maymunu izole edip bağ kurmasını engelleyerek bu durumun duygusal ve davranışsal sonuçlarını incelemiştir. İzole edilmiş maymunlar çekingen, yaşlıları ile bağ kuramayan, çiftleşemeyen ve yavrularına bakamayan maymunlar haline gelmiştir (54).

Bakım verenle bu temasın sağlanması sonrasında, çocukta zamanla keşif davranışı ve yakınlık kurma gibi özerklik sağlayıcı davranışları devreye girmektedir. Bu davranışların başlaması ve devamı, bakımverenin tehlike anında çocuğun dönebileceği güvenli bir üs olduğu mesajını vermesine bağlıdır (55). Çocuğun bakımveren tarafından ihtiyaçları karşılanmadığında, çevreyi keşfetmek için ayrılan enerji ve zamanını güvenliğinin sağlanması ile ilgili zihinsel bir uğraşıya yönlendirmekte, keşif ve sosyalizasyon kısıtlı kalmaktadır. Sonuç olarak çocuğun güvenli bağlanma ve özerklik girişimleri birbiri ile etkileşim içinde ortaya çıkmakta olan dinamik bir süreçtir (44). Yaşanan deneyimler, kişinin kendisine ve dış dünyaya yüklediği anlamları şekillendirir, bu anlamlar içselleştirilerek ve diğer ilişkilere genellenerek Bowlby'nin "içsel çalışan modeller (benlik ve başkaları modeli)" olarak tanımladığı kişinin kendisi ve diğerleri hakkındaki bilişsel şemalarını oluşturur (56).

Bowlby'nin "benlik modeli" ve "başkaları modeli", prototipik bağlanma biçimlerini tanımlamak için Bartholomew ve Horowitz tarafında birleştirilmiş ve bağlanma stilleri tanımlanmıştır (57). Kişiler, iki boyutlu "benlik modeli" ve "başkaları modeli" hakkındaki zihinsel şemalarının farklılıklarına göre kavramsal olarak 4 kategoriye ayrılmıştır (49).

Güvenli bağlanma (olumlu benlik-olumlu başkaları modeli): Kişi içselleştirilmiş

yüksek benlik değerine sahiptir. Bu bilişe diğer insanların kabul ediciliğine dair olumlu beklentileri eşlik eder, düşük düzeyde kaygı ve kaçınma gösterir. Yakın ilişkilerde samimidir, duygularını ve ihtiyaçlarını ifade etme konusunda kendini rahat hisseder (58).

Kayıtsız bağlanma (olumlu benlik-olumsuz başkaları modeli) stilinde kendini değerli hissetme ve kabul edilebilir olduğu duygusuna karşın diğer insanlara yönelik olumsuz beklentiler vardır. Bu bireyler hayal kırıklıklarından korunmak için yakın ilişkilerden kaçınırlar; aynı zamanda savunma olarak yakın ilişkileri değersiz görerek benlik saygılarını sürdürürler (59).

Saplantılı bağlanma (olumsuz benlik-olumlu başkaları modeli) stilinde kendilerini değersiz hissederler, sevmeye değerli görmezler, kendine güvenleri azdır, yakın ilişkilerinde kendilerini doğrulama ve kanıtlama eğilimi gösterirler, ilişkilerinde gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler (60, 61).

Korkulu bağlanma (olumsuz benlik-olumsuz başkaları) stilinde kişinin özgüven eksikliği ve değersizlik hissi yanında başkalarının güvenilmez, reddedici olduğuna ilişkin olumsuz içsel şemalar vardır (62, 63).

Bartholomew ve ark. çalışmalarını izleyen araştırmalarda da bağlanma boyutları, bağlanma stillerinin tanımlanmasında yaygın olarak kabul görmüştür. Brennan ve ark. geniş bir örnekleme yürüttükleri bir çalışmada yetişkin bağlanma davranışının, “yakın ilişkilerde yaşanan kaygı” ve “yakınlaşmaktan kaçınma” olmak üzere iki temel boyutta tanımlandığını göstermişlerdir (15). Bağlanma ile ilgili “kaygı boyutu”, bir kişinin ihtiyaç duyduğunda başkalarının ulaşamayacağına veya yardımcı olmayacağından endişe duyduğunu yansıtmaktadır. Kaygılı bağlanan bireyler, kırılabilirliklerini abartmakta ve ısrarla başkalarını yardım ve bakım için çağırılmaktadır, reddedilme ve terk edilme konusunda aşırı duyarlıdırlar (64). Bağlanma ile ilgili ikinci boyut olan “kaçınma boyutu” ise başlarına yakın olmamayı, ilişki kurduğu kişinin iyi niyetine olan güvensizliği ve bağımsız olma çabasını yansıtır (65). Güvenli bağlanma hem kaygı hem de kaçınma konusunda düşük puanlarla tanımlanır. Güvenli bağlanan insanlar, iç kaynaklara güvenerek veya başkalarından etkili bir şekilde destek arayarak ya da onlarla iş birliği yaparak tehditlerle başa çıkabilmektedir (66, 67).

Araştırmalar, güvensiz bağlanmayı anksiyete bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk, agorafobi vb.) (68), obsesif kompulsif bozukluk (16), post travmatik stres bozukluğu (69), yeme bozukluğu (70) ve depresyon (71) ile ilişkilendirmiştir. Güvensiz bağlanma, kişilik bozuklukları ile de ilişkilendirilmiştir (72, 73).

Geçmiş çalışmalarda, belirli bağlanma yönelimli bir kişinin, aynı bağlanma yönelimine sahip başka bir bireyden neden farklı psikopatoloji geliştirdiği başka bir deyişle aynı risk faktörlerinin farklı sonuçlarla nasıl ilişkili olduğu sorusu cevapsız kalmıştır (74-76). Bu boşluğu kapatmak için Ein-Dor ve Doron, güvensiz bağlanma ve psikopatolojiler ile ilgili transdiagnostik bir model önermişlerdir (77).

Ein-Dor ve Doron'un transdiagnostik modeline göre, bağlanma kaygısı, üç yol üzerinden psikopatolojiye olan yatkınlığı artırabilir: (a) negatif afektif duruma yatkınlık oluşturan, maladaptif duygu düzenleme süreçleri, (b) tehditle ilgili işaretlere daha fazla dikkat etmek ve artan empatik doğruluk ve (c) başkalarının duyarlılığını düşük düzeyde algılama yatkınlığı; başkalarını daha az duyarlı ve destekleyici, ihtiyaçlarını anlamayan biri olarak görmek. Bağlanma kaygısı yüksek olan insanlarda bu triad - yoğun olumsuz etkililik, tehditlere karşı aşırı duyarlılık ve düşük olarak algılanan başkalarının yanıt verebilirliği - bağlanma kaygısı ile psikopatolojiler arasındaki ilişkiye aracılık eden proksimal transdiagnostik risk faktörlerini oluşturur (76). Araştırmalar, kaçıngan bağlanma için ise, sorunlarla kendi kaynakları ile baş etmeyi, başkasından yardım istememeyi, duyguları bastırmayı ve olası tehditleri nemsizleştirmeyi içeren deaktivasyon stratejileri tanımlamıştır. Ein-Dor ve ark., bağlanma kaygısına benzer Şekilde, kaçıngan bağlanma için de psikopatolojiler arasında ilişkiyi sağlayan 3 transdiagnostik yapı tariflemiştir, bunlar, (a) bilişsel ve duygusal kaçınma, (b) kendine güvenme zorlantısı, (c) başkalarının duyarlılığını ve sosyal desteğini, olduğundan daha düşük düzeyde algılamaktır (77).

Yapılan çalışmalar, tehditlerle baş etme ve stresi düzenlemede, kaygı temelli hiperaktivasyon stratejileri ve kaçınma temelli deaktivasyon stratejilerinin kullanıldığına işaret etmektedir (78). Hiperaktivasyon stratejileri kişiyi duygudurum değişikliklerine aşırı hassas hale getirirken, deaktivasyon stratejileri duygulara yönelik farkındalığı azaltmakta ve bilgi işleme süreçlerinde bozulmalara yol açmaktadır (79).

Bağlanma kaygısı yüksek olan kişilerin duygusal olarak aşırı tepkisel ve tehditlere karşı aşırı duyarlı olma eğilimi bu endişe ve korku duygularını daha da şiddetlendirecek ve devam ettirecektir. Aynı zamanda, başkalarının yanıtları ve destekleyici yardımlarının olduğundan düşük algılanması bu duyguların etkili bir şekilde azaltılmasını engelleyecektir. Sonuç olarak, bir anksiyete bozukluğu geliştirme olasılığı artabilir. Buna karşılık, bağlanmadan kaçınması yüksek olan kişilerin bilişsel ve duygusal olarak uzaklaşma stratejileri, onları hafif-orta derecede kaygı ve korku duygularından koruyabilir ve bu nedenle, ılımlı tehdit uyandırıcı ortam altında anksiyete temelli bozukluklar geliştirme olasılığını azaltabilir (80).

Kontrol edilemeyen olayları, üzerinde kontrolü sağlanması gereken bir tehlike olarak karakterize eden OKB, bu uyarlanabilir eğilimlerin aşırı bir örneği olarak görülebilir (81-83). Gelecekteki tehditlerin aşırı öngörülmesi veya kontrol ve güvenlik arayışındaki kişinin kendi düşüncelerinin ve niyetlerinin olumsuz sonuçlarına yönelik önyargılı bir beklenti, davranış esnekliğinin kısıtlanmasına yol açarak OKB'yi oluşturabilir (84, 85). OKB olan bireylerde, belirli ebeveyn etkilerinin ve diğer erken deneyimlerin, belirli kendilik alanlarında performansla ilgili reddedilmeye karşı özel bir duyarlılığın gelişmesine ve dünyanın tehdit edici ama potansiyel olarak kontrol edilebilir olarak algılanmasına neden olabileceği tartışılmıştır (86, 87). Güvensiz bağlanma tutumu, stres yaratıcı yaşam olayları ile başa çıkma sürecini bozabilecek daha zayıf duygusal düzenleme stratejilerinin etkinleşmesine yol açar. Bağlanma sisteminin kronik olarak etkinleştirilmesi, harekete hazırlıklı olmayı, intruzif düşüncelere özellikle de kendisinin önem verdiği yönleriyle (iş, ahlak, din, sosyal ilişkiler) çelişenlere karşı farkındalığı arttırabilir. Bu nedenle bağlanma bozukluğu, özellikle kaygı boyutu, deneyimler sonrası obsesif kompulsif semptomların oluşma şansını arttırabilir (88, 89).

OKB tanılı deneklerde yapılan çalışmalarda, sağlıklı kontroller (16), major depresyon (90) ve diğer anksiyete bozukluklarına (16) göre, OKB tanılı bireylerin bağlanma kaygısının daha yüksek olduğunu bulunmuş, fakat kaçınma boyutunda anlamlı bir fark saptanmamıştır. Klinik olmayan örneklerde yapılan çalışmalar bu bulguları desteklemekte (91-94) ve öz bildiri ölçeklerinde bağlanma kaygısında yüksek derecelerin daha şiddetli OKB belirtileri ile ilişkili olduğunu ve bağlanma kaygısının

maladaptif ebeveyn bakımı ile sorumluluk, tehdit tahmini, mükemmeliyetçilik ve belirsizlik gibi obsesif inançları arasındaki bağlantılara aracılık ettiğini göstermiştir (95). Erken bağlanma eğilimlerine ilişkin olarak OKB'nin gelişimi henüz doğrudan incelenmemiştir. Bununla birlikte, Warren ve ark. yürüttüğü uzunlamasına araştırmada, 12 aylıkken görülen bağlanma kaygısının, 17 yaşında çeşitli kaygı bozukluklarının (aralarında OKB'nin de olduğu) daha fazla görülmesi ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (96).

2.3. Cloninger'in Kişilik Kuramı, Mizaç ve Karakter

Kişilik, “bireyin kendine özgü yaşam tarzını ve uyum tarzını karakterize eden ve yapısal faktörlerden, gelişme ve sosyal deneyimden kaynaklanan yerleşik düşünce, duygu ve davranış kalıpları” olarak tanımlanır (97). Kişilik bozuklukları ise, ICD-10 (International Classification of Disease 10- Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10) tanı kılavuzuna göre “Çok çeşitli kişisel ve sosyal durumlara esnek olmayan tepkiler olarak kendini gösteren, derinlemesine kökleşmiş ve kalıcı davranış kalıpları içerir. Belirli bir kültürdeki ortalama bireyin algıladığı, düşündüğü, hissettiği ile ilgili durumdan aşırı veya önemli sapmaları temsil eder. Bu tür davranış kalıpları istikrarlı olma ve davranış ve psikolojik işleyiş alanlarının çeşitli alanlarını kapsama eğilimindedir. Bunlar sık sık, ancak her zaman değil, çeşitli derecelerdeki öznel sıkıntılarla ve sosyal işlevsellik ve performanstaki sorunlarla ilişkilidir.” şeklinde tanımlanmıştır (98). Amerikan Psikiyatri Birliği, kişilik bozukluklarını “onu sergileyen bireyin, kültürünün beklentilerinden belirgin bir şekilde sapan bir iç deneyim ve davranış modelini temsil eder, bu modeller esnek değildir ve birçok durumda yaygındır ve başlangıç tipik olarak yetişkinliğin başlangıcına veya erken ergenliğe kadar izlenebilir.” şeklinde ICD-10 a benzer şekilde tanımlar (21).

Kişilik bozukluklarına kategorik yaklaşımın yanında, Cloninger ve ark. geliştirdiği, bireylerin nasıl hissettiği, davrandığı ve hareket ettiğine dair farklılıkları ölçen biyopsikososyal boyutsal model sık kullanılmıştır. Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ve karakteri boyutsal olarak açıklayan bir kuram geliştirmiştir (3).

Mizaç, kişiliğin duygusal kalbi olarak kabul edilir, çevresel uyaranlara otomatik tepkilerde bireysel farklılıkları ifade eder. Cloninger'e göre, bunlar çocuklukta erken gözlemlenebilen ve sosyo-kültürel öğrenmeden etkilenmeyen kalıtsal bileşenlerdir ve dört bağımsız boyut içerir; yenilikçiliğe yanıt olarak davranışsal aktivasyondaki bireysel farklılıkları temsil eden yenilik arayışı; tehlike veya ceza sinyallerine cevap olarak davranışsal engellenmedeki bireysel farklılıkları temsil eden zarardan kaçınma; sosyal olarak ödüllendirilmiş davranış arayışında bireysel farklılıkları temsil eden ödül bağımlılığı ve halsizlik ve hayal kırıklığına rağmen hedeflerine devam etme kabiliyetindeki bireysel farklılıkları temsil eden sebat etme.

Karakter, kişisel hedefler dünyadaki yaşam ve diğerleri ile ilgili açık bir bilinç modeli ve varsayılan kavramsal beklentiler olarak tanımlanmaktadır. Sosyo-kültürel etkilere yanıt olarak yaşam boyu değişen kişisel deneyimlerdeki bireysel farklılıklar ile tanımlanmaktadır. Üç boyut içermektedir. Kendini yönetme; kişisel dürüstlük, onur, öz saygı, kişisel etkinlik, liderlik ve umut duygularını ortaya çıkaran bir birey olarak kendini temsil etmeye dayanır. İş birliği yapma; sosyal kabul, empati yararlılık, sevecenlik ve erdemli olmayı temsil eder. Kendini aşma ise tasavvufi katılım ve dini inanç duygularını türetir; kendilik kaybı, kişiler arası özdeşim ve manevi kabulden oluşur.

Günümüze kadar Mizaç Karakter Envanteri (MKE) kullanılarak OKB'li hastaların mizaç ve karakter özellikleri üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Literatürde bulabildiğimiz ilk çalışma Pfohl ve ark. Amerika'da 1990 yılında 25 kişilik bir OKB grubunda yaptığı kesitsel çalışmadır. OKB grubunda sağlıklı gruba göre zarardan kaçınma puanları yüksek bulunmuştur (9) . Olli Kampman ve ark., anksiyete bozuklukları ve mizaç ilişkisini inceleyen çalışmalar üzerine yaptıkları metaanalizde, OKB ile zarardan kaçınma puanlarının orta etki gücünde ve pozitif yönde ilişkili olduğu; OKB'de daha düşük yenilik arayışı puanlarının görüldüğü; OKB'nin ödül bağımlılığı ile sebat etme puanları ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (99). Türkiye'de Çakır ve ark. yaptığı çalışmada, OKB ile sağlıklı denekler karşılaştırılmış, OKB'lilerde sağlıklı kontrollere göre, zarardan kaçınma puanları yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları daha düşük bulunmuş, OKB şiddeti ile MKE puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (100).

Yazın incelendiğinde, bildiğimiz kadarıyla Cloninger'in mizaç karakter kuramı ile yetişkin bağlanma kaygı ve kaçınma boyutlarının ilişkisi inceleyen bir çalışma bulunmaktadır, bu çalışmada MKE karakter boyutunun kendini yönetme alt boyutu ile bağlanma kaygısı arasında anlamlı negatif korelasyon saptanırken, MKE'nin diğer mizaç ve karakter boyutları ile anlamlı korelasyon saptanmamıştır (101).



3. HASTALAR VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Deseni Ve Katılımcılar

Çalışma kesitsel araştırma modeline göre tasarlanmıştır. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, klinisyen tarafından OKB ön tanısı ile araştırmacıya yönlendirilen hastalardan DSM 5'e göre OKB tanısı araştırmacı tarafından doğrulanan hastalar dahil edilme ve dışlama kriterleri göz önünde bulundurularak çalışmanın hasta grubuna dahil edilmiştir. Araştırmadaki hasta grubu ile sosyodemografik açıdan benzer özelliklere sahip genel popülasyondan sağlıklı gönüllü bireyler, kontrol grubunu oluşturmuştur. Hasta grubu 60, kontrol grubu 64 kişiden oluşmaktadır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar ile sağlıklı bireyler araştırma hakkında bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Katılımcıların tümüyle klinik görüşme yapılarak, OKB grubuna sosyodemografik ve klinik bilgi formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi (YBOKÖ-KL), Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Mizaç Karakter Envanteri, sağlıklı kontrol grubuna ise sosyodemografik ve klinik bilgi formu, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri uygulanmıştır.

Araştırma için, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2019/200 karar numarası ile onam alınmıştır. Araştırmanın verileri Mart 2019-Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Obsesif Kompulsif Bozukluk grubu

- DSM-5 kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanı kriterlerini karşılamış olmak
- 18 yaş üstünde olmak
- Okuma yazma biliyor olmak

Sağlıklı kontrol grubu

- 18 yaş üstünde olmak
- Okuma yazma biliyor olmak

3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Obsesif Kompulsif Bozukluk grubu

- Primer nörolojik bozukluk veya mental retardasyonu bulunması
- Kognitif mental bozukluk (demans, deliryum) bulunması
- Psikotik bozukluk tanısına sahip olmak
- Bipolar bozukluk tanısına sahip olmak

Sağlıklı kontrol grubu

- Halen ve geçmişte psikiyatrik bir bozukluğun bulunması

3.4. Çalışmada Kullanılan Form Ve Ölçekler

3.4.1. Sosyodemografik ve klinik bilgi formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır; katılımcıların sosyodemografik verileri, OKB başlangıç yaşı, hastaneye yatış, intihar girişimi, tıbbi ek hastalık, geçmiş psikopatolojiler, aile öyküsü ve tedavi öyküsü değerlendirilmiştir. Bu form araştırmacının yaptığı görüşme sırasında araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.4.2. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi

Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve ark. tarafından geliştirilmiştir (33). Obsesyon ve kompulsiyonların şiddetini, kişiye verdiği rahatsızlık derecesini, kişinin hastalığa dair içgörü düzeyini, hastalığın genel seyrini değerlendiren sorular içermektedir. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, fakat toplam puanın hesaplanması için yalnızca ilk 10 madde kullanılır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Ölçek görüşmeci tarafından uygulanır. Ölçekten elde edilen puanlar şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0-7 subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24- 31 şiddetli, 32-40 çok şiddetli. İçgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, yavaşlama ve patolojik kuşku maddeleri, 1-4 arasında puanlanmakta, ancak toplam puana katılmamaktadır. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik bir belirti kontrol listesi bulunmaktadır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır (102).

Çalışmamıza katılan OKB tanılı bireylerin daha önceden belirlenmiş obsesyon ve kompulsiyon semptom boyutları skorları YBOKÖ semptom kontrol listesi ile ölçülmüştür. Bloch ve ark. (43) 21 OKB faktör analiz çalışmasından 5124 bireyin meta-analizi ile elde ettikleri dört faktörlü semptom boyutu dikkate alınmıştır. Bu dört faktör, yasak düşünceler, temizleme, simetri ve istifleme boyutlarından oluşmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. YBOKÖ Semptom Listesi faktör yapısı

Obsesyonlar	Faktörler	Kompulsiyonlar
İstifleme	İstifleme	İstifleme
Simetri	Simetri	Sıralama
		Tekrarlama
		Sayma
Saldırganlık Cinsel Dini Somatik	Yasak düşünceler	Kontrol
Kontaminasyon/Kirlenme	Temizlik	Temizleme ve yıkama

Bir hasta bu boyutlardan birinin altındaki spesifik semptomlardan en az birini majör sorun olarak tanımladıysa, o boyuta 2 puan verilmiştir. Eğer hasta spesifik semptomlardan en az birini onayladıysa ancak önemli bir problem olarak düşünmediyse, bu boyuta 1 puan verilmiştir. Son olarak, eğer bir hasta bu boyuttaki semptomların hiçbirini onaylamamışsa, o boyuta 0 puan verilmiştir.

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve ark. tarafından geliştirilen, depresif belirtilerin sorgulandığı 21 maddeli ölçekte kişinin son bir haftada kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan cümleyi belirtmesi istenmektedir (103). Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Her bir maddede dört seçenek vardır ve 0–3 arası puanlama yapılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli ve ark. tarafından yapılmış, depresyon tanısı için kesme puanının 17 olduğu belirtilmiştir (104).

3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olan ölçek kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir (105). Kişiden istenen son bir hafta içerisinde sıralanan anksiyete belirtilerinden kendisini ne derece rahatsız ettiğini belirtmesidir. 21 maddeden oluşan ölçek dördümlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır (0- hiç, 3- ciddi derecede). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (106).

3.4.5. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II)

Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, yetişkin bağlanma biçimlerinin ölçümü için geliştirilen bir envanterdir. Bu envanter Fraley ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, 18'i kaygı ve 18'i kaçınma boyutlarını ölçen toplam 36 maddeden oluşmaktadır (15). Envanterde tek sayılı maddeler kaygı, çift sayılı maddeler kaçınma boyutlarına aittir. Envanterde katılımcılardan her bir maddenin romantik ilişkilerindeki duygu ve düşüncelerini ne derece tanımladığını yedi aralık üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. 4,8,16,17,20,21,22,24,26,30,32,34 ve 36. maddeler ters kodlanmaktadır. Her iki boyut için ilgili maddelerin ortalamaları alınarak katılımcılar için kaygı ve kaçınma puanları elde edilmektedir. YİYE-II'nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Selçuk ve ark. tarafından yapılmıştır (107).

3.4.6. Mizaç Karakter Envanteri (MKE)

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği MKE'de kişiliğin dört mizaç ve üç karakter bileşeni ve bunların 25 alt boyutu değerlendirilmektedir (3). Kişinin kendi doldurduğu bir ölçek olan MKE, "doğru" ve "yanlış" şeklinde cevaplanan 240 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin uygulanmasında zaman sınırlandırması yoktur. Ölçeğin sağlıklı bir şekilde doldurulabilmesi için yaklaşık 30 ile 60 dakikalık bir zaman yeterli olmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Köse ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır (108). Çalışmamızda dört mizaç ve üç karakter ana bileşenleri dikkate alınmış, 25 alt boyut puanları değerlendirilmemiştir.

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

OKB grubu ile sağlıklı kontrol grubu sosyodemografik verileri karşılaştırılırken, nominal değişkenler ki kare testi ile, ölçümle elde edilen değişkenlerinin karşılaştırması normal dağılıma uyuyor ise Student t testi ile, uymuyorsa Mann Whitney-U testi ile istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Ölçümle elde edilen verinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. OKB ve sağlıklı grup MKE ve YİYE-II ölçek puanları, gruplar arası karşılaştırılmasında Student t testi kullanılmıştır. OKB grubu kendi içinde BDÖ puanına göre ikiye ayrılmıştır, kesme puanı 17 alınmıştır. OKB tanılı bireyler ikiye ayrıldıktan sonra her iki grubun OKB başlangıç yaşı, OKB süresi, YBOKÖ, BAÖ değerleri Mann Whitney-U testi ile karşılaştırılmıştır. Daha sonra sağlıklı kontrol grubu da dahil edilerek bu üç grup YİYE-II ve MKE değerleri Kruskal Wallis H istatistiksel yöntemi ile karşılaştırılmış, post-hoc karşılaştırmalarda ise Tamhane's T2 kullanılmıştır. Kişilik boyutları ve bağlanma özelliklerinin yaş, OKB süresi, depresyon ve anksiyete, OKB şiddeti gibi klinik özelliklerle olası ilişkisi Pearson korelasyon analizi testi ile incelenmiştir. Depresyon şiddetinin etkisini kontrol etmek için ZK, KY ve İY değerleri, BDÖ kontrol edilerek OKB süresi ve YBOKÖ ile kısmi korelasyonu yapılmıştır. Korelasyon katsayıları (r) için etki büyüklüklerinin yorumlanmasında; Hinkle ve ark. (109) önerdiği etki büyüklüğü değeri; .00 – .30 arası çok düşük, .30 – .50 arası düşük, .50 – .70 arası orta, .70–.90 arası yüksek, .90–1.00 arası ise çok yüksek olarak yorumlanmıştır Katılımcılardan elde edilen verinin analizi SPSS v.21 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 60 OKB tanılı birey, 64 sağlıklı birey olmak üzere iki grupta toplam 124 kişi katılmıştır.

4.1. OKB ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Özellikleri

OKB grubunun oluşturan 60 kişinin 22 (%36,7)'si erkek, kontrol grubunu oluşturan 64 kişinin 24 (%37,5)'ü erkektir. OKB grubunun yaş ortalaması 32,35 iken, kontrol grubunun 30,42 bulunmuştur, gruplar arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=,955$, $p=0,341$). Her iki grupta da katılımcıların yarısından fazlası il merkezinde yaşamaktadır. OKB grubunda 26 (%43,3) kişi evli, kontrol grubunda 25 (%39,1) kişi evlidir. OKB grubunda 31 (%51,7) kişi yüksekokul-üniversite mezunu, 15 (%25) kişi lise mezunu, geri kalan 14 kişi ise okuryazar, ilkokul ya da ortaokul mezunudur. Sağlıklı kontrol grubunda eğitim durumu, 40 (%62,5) kişi yüksekokul mezunu, 17 (%26,6) kişi lise mezunu, 7 (%10,9) kişi okuryazar-ilkokul-ortaokul mezunu olarak saptanmıştır. OKB grubunda 24 (%40) kişi çalışmıyordu, 16 (%26,7) kişi öğrenci, 20 (%33,3) kişi çalışıyordu. Kontrol grubunda 4 (%6,3) kişi çalışmıyordu, 14 (%21,9) kişi öğrenciydi, 46 (%71,8) kişi ise çalışıyordu. OKB grubunda 22 (%36,7) kişi sigara/alkol kullanmakta iken, kontrol grubunda 24 (%37,5) kişi sigara/alkol kullanmaktadır. Gelir durumu, katılımcıların kendilerinin gelir durumunu ne seviyede algıladıkları dikkate alarak, alt, orta ve iyi olarak tanımlaması istenmiştir, her iki grupta benzer sonuçlar elde edilmiştir.

İstatistiksel olarak her iki grup sosyodemografik verileri arasında çalışma durumu dışında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. OKB ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	OKB	Kontrol		
	n: 60 (%)	n: 64 (%)	X ²	p
Cinsiyet				
Erkek	22 (36,7)	24 (37,5)	0,009	0,924
Kadın	38 (63,3)	40 (62,5)		
Yaşadığı Yer				
Köy/ İlçe	18 (30)	25 (39,1)	1,123	0,289
İl Merkezi	42 (70)	39 (60,9)		
Medeni Hali				
Evli	26 (43,3)	25 (39,1)	0,233	0,629
Bekar	34 (56,7)	39 (60,9)		
Eğitim Durumu				
Okuryazar- İlkokul Ortaokul	14 (23,3)	7 (10,9)	3,474	0,176
Lise	15 (25,0)	17 (26,6)		
Yüksekokul- Üniversite	31 (51,7)	40 (62,5)		
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	24 (40)	4 (6,3)	24,558	0,000
Öğrenci	16 (26,7)	14 (21,9)		
Çalışıyor	20 (33,3)	46 (71,8)		
Gelir Durumu				
Alt	8 (13,3)	5 (7,8)	1,091	0,580
Orta	34 (56,7)	37 (57,8)		
İyi	18 (30)	22 (34,4)		
Sigara/ alkol kullanımı				
Kullanıyor	22 (36,7)	24 (37,5)	0,009	0,924
Kullanmıyor	38 (63,3)	40 (62,5)		

4.2. OKB Grubunun Klinik Özellikleri

Çalışmamızda OKB grubunda toplam 60 hasta mevcuttur, sekiz hasta yeni tanı almıştır. Dokuz hastanın yatarak tedavi olma öyküsü mevcuttur. OKB grubunda yedi hasta daha önce intihar girişimi olduğunu belirtmiştir. Sekiz hastada depresyon, on hastada anksiyete bozukluğu öyküsü mevcuttur. 20 hasta OKB öncesinde stresli yaşam olayı belirtmiştir. OKB başlangıç yaşı ortalama $21,5 \pm 9,4$ yıl, OKB tanı konulma yaşı ortalama $26,2 \pm 9,9$ yıl, doktora başvuru öncesi tedavisiz geçen süre ise ortalama $4,6 \pm 5,8$ yıl olarak saptanmıştır. YBOKÖ, BDÖ ve BAÖ puanları tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. OKB grubunun klinik özellikleri

Yeni tanı	Evett	8 (%13,3)
	Hayır	52 (%86,7)
Yatarak tedavi	Yok	51 (%85)
	Var	9 (%15)
İntihar girişimi	Yok	53 (%88,3)
	Var	7 (%11,7)
Geçmiş hastalık öyküsü	Yok	42 (%70)
	Depresif bozukluk	8 (%13,3)
	Anksiyete bozukluğu	10 (%16,7)
OKB ortaya çıkarıcı olay	Yok	40 (%66,7)
	Var	20 (%33,3)
OKB başlangıç yaşı(yıl)		$21,5 \pm 9,4$ (yıl)
OKB tanı koyulma yaşı (yıl)		$26,2 \pm 9,9$ (yıl)
Doktora başvuru öncesi geçen süre (yıl)		$4,6 \pm 5,8$ (yıl)
YBOKÖ-toplam		$21,7 \pm 9,7$
YBOKÖ-obsesyon		$11,3 \pm 4,9$
YBOKÖ-kompulsiyon		$10,4 \pm 4,9$
BDÖ		$19,3 \pm 14,4$
BAÖ		$22,7 \pm 15,3$

4.3. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği Belirti Listesinin Semptom Boyutlarının İncelenmesi

Çalışmamızda, Bloch ve ark. gerçekleştirdiği meta-analizde belirlenmiş olan OKB semptom boyutları dikkate alınmıştır, her bir semptom boyutundaki hasta frekansı tablo 4'te belirtilmiştir. En sık yasak düşünceler semptom boyutu saptanırken, istifleme boyutu sadece 3 hastada görülmüştür. 4 (%6,7) hasta yasak düşünceler boyutunu, 2 (%3,3) hasta ise temizlik boyutunu majör sorun olarak belirtmiştir.

Tablo 4. OKB grubunun YBOKDÖ-Belirti listesi semptom boyutları frekansı

Faktör yapıları	Semptom yok	Semptom var*
Yasak düşünceler	16 (%26,7)	44 (%73,3)
Temizlik	24 (%40)	36 (%60)
Simetri	33 (%55)	27 (%45)
İstifleme	57 (%95,5)	3 (%4,5)

*Bir hastada birden fazla semptom boyutu olabilir.

4.4. OKB Grubu ve Kontrol Grubunun Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

OKB ve kontrol gruplarının YİYE-II puanları karşılaştırılmış, OKB grubunda kaygılı bağlanmanın daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. OKB ve kontrol grubunda YİYE-II alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	OKB (n:60) ort ±ss	Kontrol (n:64) ort ±ss	t	p
Kaçınmacı bağlanma	3,48 ±1,28	3,17 ±1,04	1,504	0,135
Kaygılı bağlanma	3,80 ±1,22	3,35 ±1,36	2,175	0,032

4.5. OKB ve Kontrol Grubunun Mizaç Karakter Envanteri (MKE) Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

OKB grubunda ve sağlıklı kontrol grubunda mizaç-karakter alt ölçekleri karşılaştırıldığında, OKB grubunda zarardan kaçınma puanı daha yüksek bulunurken, yenilik arayışı, kendini yönetme ve iş birliği yapma puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. OKB ve kontrol grubu MKE alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	OKB (n:60) ort ±ss	Kontrol (n:64) ort ±ss	t	p
Mizaç				
Zarardan kaçınma	23,23 ±7,04	18,40 ±7,42	3,709	<0,001
Yenilik arayışı	16,56 ±4,98	19,35 ±5,82	-2,861	0,005
Ödül bağımlılığı	13,79 ±3,46	13,3 ±2,67	0,615	0,540
Sebat etme	4,86 ±1,74	4,85 ±1,93	0,22	0,982
Karakter				
Kendini yönetme	23,00 ±7,68	29,25 ±6,96	-4,753	<0,001
İş birliği yapma	25,55 ±6,6	28,73 ±6,1	-2,780	0,006
Kendini aşma	19,13 ±5,27	18,46 ±7,43	0,571	0,569

4.6. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri Puanı ve Mizaç Karakter Envanteri Alt Ölçek Puanlarının Diğer Klinik Özellikler ile İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamız OKB grubunda bulunan 60 hastanın YİYE-II ve MKE puanlarının, diğer klinik özellikler olan ilişkisi Pearson korelasyon analizi yöntemiyle incelenmiştir. YİYE-II alt ölçeği kaygılı bağlanma ve kaçınmacı bağlanma puanlarının, BDÖ ile düşük derecede pozitif yönde korelasyonu olduğu, bulunmuştur. Diğer yandan OKB süresinin, YBOKÖ obsesyon-kompulsiyon-toplam puanları ve BDÖ ile düşük derecede pozitif yönde korele olduğu, YBOKÖ puanlarının BDÖ ile düşük derecede pozitif yönde korele olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. YİYE-II ve klinik özellikler korelasyon tablosu

	Yaş	OKB Başlama yaşı	OKB Süresi	BDÖ	BAÖ	YBOKÖ obsesyon	YBOKÖ komp.	YBOKÖ toplam
Kaygılı Bağlanma	-0,192	-0,059	-0,059	0,333**	0,282	0,14	0,207	0,159
Kaçınmacı Bağlanma	-0,036	0,085	0,085	0,319*	0,165	0,083	0,101	0,094
Yaş	1	0,565**	0,587**	0,100	0,163	0,220	0,197	0,213
OKB Başlama y.		1	-,337**	-0,228	-0,040	-0,050	-0,078	-0,065
OKB Süresi			1	0,337**	0,226	0,300*	0,302*	0,307*
BDÖ				1	0,744**	0,451**	0,474**	0,472**
BAÖ					1	0,180	0,215	0,202

*p<0,05 **p<0,01

MKE mizaç boyutu alt ölçeklerinden yenilik arayışı puanının yaş ile düşük derecede negatif korelasyonu olduğu bulunmuştur. Zarardan kaçınma puanının YBOKÖ-obsesyon, YBOKÖ- kompulsiyon, YBOKÖ-toplam puanı ve BAÖ ile düşük derecede, BDÖ ile orta derecede pozitif yönde korele olduğu bulunmuştur. MKE karakter boyutu alt ölçeklerinden kendini yönetme puanının YBOKÖ- kompulsiyon, YBOKÖ-toplam puanı ve BAÖ ile düşük, BDÖ ile de orta derecede negatif yönde korele olduğu bulunmuştur. İş birliği yapma puanının, YBOKÖ-obsesyon, YBOKÖ- kompulsiyon, YBOKÖ-toplam puanı ve BDÖ puanı ile düşük derecede negatif korelasyonu olduğu bulunmuştur. Kendini aşma puanının ise BAÖ ile pozitif yönde düşük derecede korelasyonu olduğu bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. MKE ve klinik özellikler korelasyon tablosu

	Yaş	OKB Baş. Yaşı	OKB süresi	YBOKÖ Obsesyon	YBOKÖ Kompulsiyon	YBOKÖ Toplam	BDÖ	BAÖ
YA	-0,359**	-0,254	-0,16	-0,174	-0,171	-0,176	-0,048	-0,12
ZK	-0,069	-0,187	0,262	0,301*	0,364**	0,339**	0,567**	0,426**
ÖB	-0,248	-0,014	-,269	-0,202	-0,123	-0,166	0,059	0,13
SE	0,103	0,239	-0,117	-,278	-,289	-,289	-0,23	0,049
KY	0,025	0,108	-0,078	-,276	-,370**	-,330*	-,517**	-,459**
İY	0,026	0,24	-0,206	-,317*	-,353**	-,342**	-,300*	-0,212
KA	-0,004	0,134	-0,136	0,017	0,039	0,028	0,155	,378**

*p<0,05 **p<0,01 YA: Yenilik Arayışı ZK: Zarardan Kaçınma ÖB: Ödül Bağımlılığı SE: Sebat Etme KY: Kendini Yönetme İY: İş birliği Yapma KA: Kendini Aşma BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ ile zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin puanlarının orta, iş birliği yapma puanlarının zayıf derecede korelasyonu saptanmıştır. Depresyon şiddetinin etkisini kontrol etmek için BDÖ kontrolünde kısmi korelasyon yapılmış, YBOKÖ puanları ile zarardan kaçınma, kendini yönetme ve iş birliği yapma puanları arasındaki korelasyonun devam etmediği görülmüştür. Sonuçlar tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. MKE ve klinik özellikler kısmi korelasyonu

	Kontrol edilen veri	OKB süresi	YBOKÖ Obsesyon	YBOKÖ Kompulsiyon	YBOKÖ Toplam	BDÖ	BAÖ
ZK	BDÖ	,091	0,062	,130	0,098	-	0,006
KY		-,030	-,057	-,166	-,114	-	-,130
İY		-,116	-,214	-,251	-,238	-	,017

4.7. OKB Grubu Klinik Özelliklerinin Depresif Yakınmalar İle Olan İlişkisi

Beck Depresyon Ölçeğinden alınan yüksek puanlar, depresif yakınmaların artışına işaret etmektedir. OKB hasta grubu BDÖ puanına göre iki gruba ayrılmıştır. Bu iki grup ve sağlıklı kontrol grubu klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. BDÖ<17 (n:33) puan alanlar bir gruba, BDÖ≥17 (n:27) olanlar diğer gruba dahil edilmiştir.

OKB alt grupları arasında OKB başlangıç yaşı, OKB süresi, YBOKÖ, BAÖ puanı karşılaştırılmıştır. Üç grup arasında ise yaş, YİYE-II ve MKE alt puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. OKB ve kontrol grubu klinik özelliklerin karşılaştırılması

	Kontrol (a) n:64		BDÖ<17 (b) n:33		BDÖ≥17 (c) n:27		k-w	z	p	Post hoc
	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max				
OKB Başlangıç Y.	-	-	20	9-45	16	7-35	-	-2,378	,017	-
OKB Süresi	-	-	7	1-28	10	2-50	-	-2,300	,021	-
YBOKÖ	-	-	14	2-33	29	7-39	-	-3,912	,000	-
BAÖ	-	-	12	2-45	31	8-56	-	-4,253	,000	-
Kaçınmacı Bağ.	3,3	1,2-6,6	3	1,1-5,3	3,94	1,5-6,5	9,528	-	0,009	c>b,a
Kaygılı Bağ.	3,3	1,2-6	3,5	1,3-5,3	3,8	1,6-6,4	8,249	-	0,016	c>b,a
YA	19,5	10-31	15	7-31	17	7-28	6,746	-	0,034	a>b
ZK	19	3-33	21	4-30	29	16-35	27,777	-	,000	c>b,a
ÖB	14	7-18	14	8-18	14	3-24	,734	-	0,693	-
SE	5	0-8	5	2-8	4	1-8	4,023	-	0,134	-
KY	29	12-44	27	10-42	19	7-34	30,691	-	,000	c<b,a
İY	29	9-38	27	14-37	24	10-34	11,304	-	0,004	c<a
KA	19	3-32	19	10-29	20	10-32	,724	-	0,696	-

YA: Yenilik Arayışı ZK: Zarardan Kaçınma ÖB: Ödül Bağımlılığı SE: Sebati Etme KY: Kendini Yönetme İY: İş birliği Yapma KA: Kendini Aşma BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada amaç, OKB hastalarının mizaç karakter özellikleri ile hastalık şiddeti arasında ilişki olup olmadığını incelemek, hastaların sağlıklı bireylere göre kaygılı ve kaçınan bağlanma örüntülerinin farklılık gösterip göstermediğini incelemektir. Çalışmaya 60 OKB tanılı birey, 64 sağlıklı birey dahil edilmiştir.

5.1. Sosyodemografik Veriler Ve Klinik Özellikler

Çalışmamızda OKB grubu, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu ile eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. OKB grubunda kadın sayısı erkek hastaların yaklaşık 1,5 katıdır. Literatürdeki bazı çalışmalar kadın erkek farkı olmadığını göstermekle birlikte, bazı çalışmalarda da bu oran 1,2-1,8 arasında bulunmuştur (22, 110, 111).

Çalışmamızda OKB belirtilerinin ilk ortaya çıkış yaşı $21,5 \pm 9,4$ yıl olarak saptanmıştır. Türkiye’de yapılmış iki çalışmada 22,38 ve 23,8 yıl olarak bulunmuştur (112, 113). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan OKB çalışmalarında benzer şekilde belirti başlangıç yaşı 19,5 yıl bulunmuştur (22). Bu veri bizim çalışma sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğunu göstermiştir. OKB belirtilerin ilk kez ortaya çıkması ile doktora başvuru arasında geçen süre $4,6 \pm 5,8$ yıl bulunmuştur. Literatürde bulunan diğer çalışmalardaki süreler ile benzerdir (114).

Çalışmamızda, Bloch ve ark. yapmış olduğu meta-analiz sonrası belirlenen OKB semptom boyutları dikkate alınmıştır. Yasak düşünceler boyutu en sık görülen semptomları oluştururken ikinci sıklıkta temizlik boyutu gözlenmiş ve bunu simetri boyutu izlemiştir. İstifleme boyutu ise sadece üç (%4,5) hastada gözlenmiştir. Ülkemizde OKB tanılı bireylerde yapılan diğer çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer oranlar bulunmuştur (100, 115). Yurt dışında yapılan çalışmalarda (7, 116) istifleme boyutu daha sık (%25-37,7) görülürken bizim çalışmamızda daha az oranda görülmesi, sosyokültürel yapının semptom çeşitliliğine olan etkisi ile açıklanabilir.

5.2. Bağlanma ve OKB

Çalışmamızda, OKB grubunda sağlıklı kontrollere göre kaygılı bağlanma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Kaçınan bağlanma boyutu da benzer şekilde yüksek bulunmuş, fakat bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca bağlanma özelliklerinin obsesif kompulsif yakınmaların şiddeti ile ilişkisine bakılmış, anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Çalışmamızda OKB grubunda depresif yakınmalar varlığı, BD ile değerlendirilmiştir. Yapılan korelasyon analizinde depresif yakınmaların, kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma boyutu, OKB süresi ve şiddeti ile korele olduğunun görülmesi nedeniyle OKB grubu, BD puanına göre iki gruba ayrılmıştır. Klinik değişkenler iki grup arasında karşılaştırılmış, klinik olmayan değişkenler ise kontrol grubu da dahil edilerek üç grup olarak karşılaştırılmıştır. BD puanı yüksek olan grupta OKB başlama yaşının daha küçük olduğu, OKB süresinin daha uzun olduğu, obsesif kompulsif belirtilerin daha şiddetli olduğu gözlenmiştir. $BD \geq 17$ olan grubun diğer iki gruptan daha kaygılı ve kaçınan bağlanma özellikleri gösterdiği bulunmuştur. Diğer taraftan, $BD < 17$ olan OKB grubunun ise sağlıklı kontrol grubu ile bağlanma özellikleri açısından ayrılmadığı gözlenmiştir.

Literatürde OKB ile depresyon birlikteliği oldukça fazla görülmektedir (117). OKB ve depresyonun birlikteliği her iki hastalığın ortak nörofizyolojik yolakları kullanmasına bağlanmıştır (118). Hem OKB hem de depresyon için talamus, kaudat çekirdek ve singulat korteksin n tarafında yapısal ve fonksiyonel anormallikler saptayan çalışmalar vardır (118, 119). Depresif OKB hastalarında daha ciddi OKB semptomları, artmış fonksiyonel bozulma ve semptomlara bağlı kaçınmanın daha sık olduğu gösterilmiştir (120-122). Bu iki komorbid durum arasındaki ilişkiyi açıklayan farklı mekanizmalar ne srlmştir. İlk görüşe göre eşlik eden depresyon, OKB'nin engelleyici ve kronik doğasından kaynaklanmaktadır ve bu nedenle "gecikmeli demoralizasyon" olarak adlandırılmaktadır (123). Bu, OKB hastalarında komorbid depresyonun, bozulmuş yaşam kalitesi için önemli bir prediktör olduğunu gösteren çalışmalarca desteklenmiştir (121-124). Çalışmamızda, OKB süresi ve şiddeti arttıkça, depresif yakınmaların daha fazla görülmesi bu görüşe açıklanabilir. Tedavi sürecinde öncelikle obsesif kompulsif semptomların hedef alınması ile depresif yakınmaların da

azaldığı, hastanın tedaviye cevabında depresif yakınmaların büyük rol oynamadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (125, 126). Literatürdeki bir diğer açıklama ise OKB hastalarında etiyolojik örtüşme nedeniyle depresyonun yaygın olduğu, bu yaygınlıkta çevresel etkenlerin değil, benzer genetik kökenlerin rol oynadığı görüşüdür (127, 128). Bu görüş yakın zamanda yapılan geniş örneklemlili prospektif ikiz çalışması ile desteklenmiştir (128).

Diğer yandan Tibi ve ark., dört yıllık uzunlamasına takip çalışmasında, OKB ile depresif yakınmalar arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Başlangıç obsesif kompulsif semptomlarla ikinci yıl depresif yakınmaları arasında dolaylı bir ilişki olduğu, bu dolaylı ilişkinin bağlanma tarzı ile yönetildiği, yüksek obsesif kompulsif semptomları yaşayan güvensiz bağlanmış (kaygılı ve kaçınan) bireylerin uzunlamasına takip sırasında depresif semptomları daha fazla deneyimleme eğiliminde oldukları bulunmuştur. İkinci olarak güvenli bağlanmanın OKB’de oluşabilecek depresif yakınmaların gelişimini engelleyici etkisi olduğu düşünülmüştür (129). Bizim araştırmamızdaki OKB hastalarında da benzer şekilde depresif yakınmaların daha yüksek olduğu grupta kaygılı ve kaçınan bağlanmanın daha fazla olduğu görülmüştür.

OKB, depresif yakınmalar ve güvensiz bağlanma arasındaki ilişki, bilişsel teoriler içinde olan maladaptif duygu düzenleme süreçleri ve psikopatolojilere yatkınlık oluşturabilecek bilişsel yapılar ile açıklanabilir. Goldberg ve ark. negatif duyguların bastırılmasının OKB semptomlarına yol açtığını göstermiştir (130). Güvensiz bağlanmada duygu düzenlemede kullanılan kaygı temelli hiperaktivasyon stratejileri, kişiyi duygudurum değişikliğine aşırı hassas hale getirirken, kaçınma temelli deaktivasyon stratejileri duygulara yönelik farkındalığı azaltmakta ve bilgi işleme süreçlerinde bozulmalara yol açmaktadır (79). Hiperaktivasyon (kaygılı bağlanma) ve deaktivasyon (kaçınan bağlanma) stratejilerinin ve bunlarla ilişkili duygu düzenleme yollarının, duygudurum bozuklukları ile oldukça ilgili olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan güvenli bağlanmanın olumsuz yaşam olaylarında oluşabilecek negatif duygulanıma karşı koruyucu olduğu bilinmektedir (85).

Literatürde bağlanma özellikleri ile OKB dahil çeşitli klinik psikopatolojiler arasında ilişki saptayan çalışmalar vardır. Doron ve ark. İsrail’de yaptıkları klinik çalışmada

30 OKB tanılı hasta, 20 anksiyete bozukluğu tanılı hasta (4 sosyal fobi, 6 yaygın anksiyete bozukluğu, 2 fobi, 8 panik bozukluk) ve 32 sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmıştır; OKB tanılı bireylerde kaygılı bağlanma puanı, anksiyete bozukluğu ve sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (16). İki bin dokuz yılında yapılan 446 öğrenciden oluşan bir çalışmada kaygılı ve kaçınan bağlanma puanları ile obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (91). Sümer ve ark. 2009 yılında 40 depresyon, 35 OKB, 29 panik bozukluk ve 77 sağlıklı kontrol ile yaptıkları çalışmada, kontrol grubunda diğer gruplara göre güvenli bağlanma oranının daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır (13). Ülkemizde 2018 yılında yayınlanan bir çalışmaya 334 üniversite öğrencisi alınmış, kaygılı bağlananlarda daha fazla obsesif-kompulsif semptomların olduğu bulunmuştur (131). Bizim çalışmamızın sonuçları da literatürle uyumludur.

Bazı yazarlar, erken dönemde oluşan bağlanma biçimlerinin, yetişkinlikte bağlanma biçimleri ve bununla ilgili, kendilik, başkaları ve dünya algılarını etkileyerek OKB gelişimine yatkınlık oluşturduğunu ortaya atmışlardır (86, 132). Doron ve Kyrios, güvensiz bağlanmanın (kaygılı ve kaçınan bağlanma) kendilik (tamamlanmamışlık, yetersizlik duygusu), başkaları (sosyal tehdit algısının artması) ve dünya (fiziksel tehlike algısı) hakkında işlevsiz algıları arttırdığını öne sürmüştür. Bu işlevsel olmayan düşünceler bilişsel teoride, OKB gelişimi ve devamı ile ilişkilendirilmiştir. Örneğin, OKB semptomları çevreden gelebilecek tehlikenin abartılması (133), başkasının kendisinden beklentisini öngörmeye mükemmeliyetçilik (134), sosyal kabul, iş yetkinliği ve ahlak gibi önemli kendilik alanlarında da yetersizlik duyguları ile ilişkilendirilmiştir (135). Ein-Dor ve ark. ortaya koydukları transdiagnostik modelde ise OKB daha çok kaygılı bağlanma ilişkili olduğu ve önemli kişileri kaybetme korkusunun bu ilişkide moderatör olduğu düşünülmüştür (77).

Çalışmamızda, BDÖ<17 olan OKB grubunda beklenenin aksine, sağlıklı kontrol grubu ile benzer bağlanma özellikleri görülmüştür; bu durum geçmiş çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Bu, örneklemimizin geçmiş çalışmalardaki örneklemelerden farklı olan klinik özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Örneğin literatürdeki OKB ile yetişkin bağlanma özelliklerini inceleyen çalışmalarda, hasta popülasyonunun OKB semptomlarının aktif döneminde olduğu görülürken bizim

çalışmamıza ise bağlanma stiline hayat boyu görece stabil olduğu varsayılarak semptomları gerilemiş OKB hastaları da dahil edilmiştir. OKB grubu analiz edildiğinde semptom şiddeti düşük olan hastaların BDÖ<17 olan gruba dahil olduğu görülmüştür. Yine literatür incelendiğinde ilgili çalışmalarda BDÖ için bir kesme değeri kullanılmadığı, sağlıklı kontrol grubundan da BDÖ puanları alındığı ve ANCOVA, MANCOVA gibi istatistiksel yöntemlerle depresif yakınmaların karıştırıcı etkisinin kontrol altına alınmaya çalışıldığı görülmektedir (16, 136). Bizim çalışmamızda ise sağlıklı kontrol grubu klinik görüşme ile değerlendirilmiş ve BDÖ puanları alınmadığı için depresyonun etkisini kontrol etmek amacıyla böyle bir yöntem kullanılmamış, bunun yerine depresyon puanı için bir kesme değeri kullanılmıştır. Bilindiği üzere obsesif kompulsif yakınmalarla depresif belirtilerin birlikteliği oldukça yaygındır; semptomların şiddetlenmesi, obsesyon sayısının artması, kronikleşme ve işlev kaybıyla birlikte depresif yakınmaların eşlik etmesi neredeyse bir kuraldır (2, 137, 138) ve bunu dışlamaya çalışmak oldukça zor olacaktır. Beklendiği üzere çalışmamızda BDÖ<17 olan 33 OKB hastasının 17'sinin YBOKÖ puanının 14 ve altı olduğu görülmüştür.

Her ne kadar bağlanma stillerinin zaman içinde görece değişmeden kaldığını gösteren önemli kanıtlar olsa da (79), çevresel etkenlerin bağlanma özelliklerinde değişiklik yaratabileceği ortaya atılmıştır (139, 140). Bu bakış açısına göre, obsesif kompulsif fenomenlerin, erişkinlikte bağlanma kaygısının gelişmesine katkıda bulunabileceği düşünülebilir. Gelecekte, bu yapılar arasındaki ilişkinin nedensel doğası hakkında daha doğru bilgiler elde etmek amacıyla uzunlamasına çalışmaların yapılması önerilir.

5.3. Mizaç-Karakter Özellikleri Ve OKB

Çalışmamızda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında OKB grubunda zarardan kaçınma puanı yüksek bulunmuş, yenilik arayışı, kendini yönetme, işbirliği yapma puanları düşük bulunmuş; ödül bağımlılığı, sebat etme ve kendini aşma puanlarında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kim ve ark., sağlıklı kontrollerle karşılaştırdığı OKB hasta grubunda, yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme, ödül bağımlılığı, işbirliği yapma skorları bildirmişlerdir (116). Bejerot ve ark. OKB hastalarının daha yüksek zarardan kaçınma

ve düşük kendini yönetme ve iş birliği skorları gösterdiğini bildirmişlerdir (6). Kusunoki ve ark. (5), OKB ve major depresyon hastalarında zarardan kaçınma skorlarının kontrollerden daha yüksek, kendini yönetme ve iş birliği yapma skorlarının ise kontrollerden daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Lyoo ve ark., 2001 yılında Kore’de OKB tanımlı hastalarda mizaç karakter örüntülerini değerlendirmiş, OKB tanımlı hastaların yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş kontrol grubuna göre daha yüksek zarardan kaçınma, daha düşük yenilik arayışı ve kendini yönetme skorlarına sahip olduğunu bulmuşlardır (4). Ek olarak başka bir çalışmada yüksek zarardan kaçınma skorlarının tedaviden sonra anlamlı bir şekilde azaldığı ancak kendini yönetme skorlarının tedaviden önce ve sonra herhangi bir farklılık göstermediği bildirilmiştir (141). Cruz-Fuentes ve ark., OKB hastalarında kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek zarardan kaçınma skorları ve daha düşük kendini yönetme ve iş birliği skorları bildirmişlerdir (10). Pelissolo ve ark. Fransa’da yaptıkları çalışmada OKB ve anksiyete bozukluklarını mizaç karakter özellikleri açısından karşılaştırmış, OKB grubunda daha düşük kendini yönetme skorları bulmuşlardır (142).

Zarardan kaçınma; yabancı utangaçlığı, belirsizlik korkusu, hızlı yorulma gibi pasif kaçınma davranışları ve gelecekteki sorunları öngörmedeki karamsar endişe, davranışların kesilmesi ya da engellenmesi ile giden kalıtsal bir özelliktir (3). Bejerot ve ark. bazı tipik OKB hastalarının endişeli ve kolayca yorulduğunu, genellikle zarar verebilecek durumlardan kaçındıklarını tespit etmişlerdir; bu durum daha yüksek zarardan kaçınma skorlarını açıklayabilir (8). Bunun yanında zarardan kaçınma OKB ile birlikte, tüm anksiyete bozukluklarında görülmektedir. Kampman ve ark., panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve OKB gruplarından oluşan toplam 24 çalışmayı incelemiş, tüm çalışmalarda ortak olarak zarardan kaçınma skorlarının yüksek olduğunu saptamışlardır (99). Literatürde zarardan kaçınma skorlarındaki yüksekliğin süreklilik arz etmediği, aksine tedaviye cevap ile birlikte düştüğü, durum ilişkili olduğunu destekleyen çalışmalar da vardır (141).

Çalışmamızda zarardan kaçınma puanları, obsesif kompulsif yakınmaların şiddeti, depresif semptomlar ve anksiyete yakınmaları ile pozitif yönde korele bulunmuştur. Depresif belirtilerin etkisi kontrol edildiğinde zarardan kaçınma puanları ile obsesif kompulsif yakınmaların şiddeti arasındaki ilişkinin devam etmediği görülmektedir. Bu

durum OKB tanılı hastalarda zarardan kaçınma mizaç özelliğinin OKB'den ziyade depresif semptomatoloji ile ilişkili olabileceği ya da zarardan kaçınma mizaç özelliği yüksek OKB tanılı hastaların, yüksek olmayanlara göre daha çok depresif semptomlar geliştirebileceği şeklinde yorumlanmıştır. Alonso ve ark. da benzer şekilde OKB hastalarında zarardan kaçınma puanları ile depresif semptomların ilişkili olduğunu saptamıştır (7). Bu bulgu özellikle zarardan kaçınma boyutuyla ilgili olarak, ruhsal durumun, kişilik değerlendirmesi üzerindeki etkisini gösteren çalışmalarla tutarlıdır (143, 144).

Yenilik arayışı; dürtüsellik, keşfedici tutum, engellenme toleransında düşüklük ve çabuk öfkelenme ile giden kalıtsal yatkınlık olarak tarif edilir. Bizim çalışmamızda OKB grubu yenilik arayışı skoru, kontrole göre düşük bulunmuştur. Literatürde OKB hastalarında, kontrollere göre düşük skorlar görüldüğünü bildiren çalışmalar vardır (4, 6, 7). OKB hastalarının mükemmeliyetçi, belirsizliğe tahammülsüz ve abartılmış sorumluluk anlayışı, düşük yenilik arayışı puanıyla açıklanabilir. Diğer yandan Alonso ve ark. (7) çalışmasına benzer şekilde, OKB grubumuzda yenilik arayışının, yaş ile negatif yönde zayıf korelasyonu olduğu saptanmıştır. Bu durum obsesif kompulsif semptomların kronikleşmesi ile düzenliliğin artması, heyecansız ve duygusal olmayan ihtiyatlı bir tutumun kişiliğe yerleşmesiyle açıklanabilir.

Araştırmamızda kendini yönetme ve iş birliği yapma karakter boyut puanları, OKB grubunda kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır; her iki boyut skorları ile obsesif kompulsif semptom şiddeti, depresif yakınmalar ve anksiyete negatif yönde korele bulunmuştur. Depresyon etkisi kontrol edildiğinde kendini yönetme ve iş birliği yapma puanları ile obsesif kompulsif yakınmaların şiddeti arasındaki ilişkinin devam etmediği görülmektedir. Meksika'da 54 OKB tanılı birey ve 54 sağlıklı birey ile yapılan çalışmada, OKB grubunda, kendini yönetme skorlarındaki düşüklük ile obsesif kompulsif semptom şiddetindeki yüksekliğin ilişkili olduğu saptanmıştır (10). Alonso ve ark. benzer şekilde OKB grubunda , kontrol grubuna göre daha düşük kendini yönetme ve işbirliği yapma skorları bulmuşlardır (7). Literatürde karakter boyutları ile ilgili sonuçlar farklı açılardan yorumlanmıştır. Düşük kendini yönetme skorunun özellikle intruzif obsesyonlar ve kompulsiyonların varlığından dolayı onları katı ve esnek olmayan hedeflere doğru yönlendirmeye çalıştıklarında, OKB

hastalarının kendi düşüncelerini ve davranışlarını düzenleme becerisinin azalmasıyla ilişkili olduğu varsayanların (4) yanında, düşük kendini yönetme ve işbirliği skorlarının immatüriteyi yansıttığı, kendine ve diğerlerine yönelik yetersiz sorumluluğu, düşük kapasite ve otonomisi olan hastalarda görüleceğini savunanlar olmuştur (145).

Ödül bağımlılığı puanı ortalamadan yüksek olan bireyler, başkalarını memnun etmeye çok istekli, çalışmaya istekli, duygusal ve sosyal uyaranlara duyarlı, ödüllendirilme beklentisi ile kısa sürede alabileceği doyumları erteleyebilen kişiler olarak tanımlanır. Çalışmamızda OKB’de, kontrol grubu ile benzer ödül bağımlılığı puanı saptanmıştır; bu bulgu literatürle uyumludur (7, 10, 142). Sebat etme tüm engellere ve yorgunluğa karşın sonuna kadar götürmeye, direnmeye olan eğilimdir. Literatürdekine benzer bir şekilde çalışmamızda da sebat etme puanları OKB ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark göstermemiştir (5, 6).

Yenilik arayışı puanının $BDÖ < 17$ grubunda kontrole göre daha düşük olduğu saptanmış, fakat $BDÖ \geq 17$ olan grubun diğer iki grupta yenilik arayışı puanı açısından anlamlı bir farkı olmadığı görülmüştür. Bu durum depresif yakınmaları öz bildirim ölçeği ile değerlendirmemizden ve gruplar arasında yapay bir ayırım yapıyor olmamızdan kaynaklanabilir. Zarardan kaçınma puanı $BDÖ \geq 17$ olan grupta, diğer iki gruptan yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, zarardan kaçınma ile depresif yakınmalar arasında olan ilişkiyi desteklemektedir. Kendini yönetme puanı $BDÖ \geq 17$ olan grupta diğer iki gruptan düşük, iş birliği yapma puanı ise $BDÖ \geq 17$ olan grupta sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Depresif hastaların düşük kendini yönetme ve iş birliği yapma puanlarının olduğu ve depresyon şiddetinin kendini yönetme ve iş birliği yapma puanları ile negatif korelasyon gösterdiği bilinmektedir (146, 147).

Depresif yakınmaların ve obsesif kompulsif semptom şiddetinin daha düşük olduğu $BDÖ < 17$ OKB grubunda, yenilik arayışı puanı dışında mizaç karakter özelliklerinin, kontrol grubundan istatistiksel açıdan farklılık göstermemesi, mizaç-karakter boyutlarının süreklilik arz etmediğini, durum bağımlı olduğunu düşündürmüştür (141, 148). Diğer taraftan, mizaç karakter özelliklerinin OKB ile ilişkili olmayıp depresif yakınmalarla ilişkili olduğu da düşünülebilir. Hirano ve ark. depresif bozuklukta depresif epizot sırasında zarardan kaçınma puanların yükselirken, kendini yönetme ve

iş birliği yapma puanlarında düşüş olduğunu, tedavi ile bu skorların normal değerlere döndüğünü bulmuştur (149). Çalışmamızda hasta grubunda birincil psikopatoloji OKB olsa da depresif bozukluklar dışlanmamıştır. Literatürde OKB ile depresyonu mizaç karakter özellikleri bakımından karşılaştıran bir çalışma vardır. Bu çalışmada, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, OKB ve depresyon grubunun daha yüksek zarardan kaçınma, daha düşük kendini yönetme ve iş birliği yapma puanları olduğu, OKB grubunun depresyon ve sağlıklı kontrolden farklı olarak daha düşük yenilik arayışı puanına sahip olduğu bulunmuştur. Fakat bu çalışmada OKB grubunda BDÖ puan ortalamasının, major depresyon grubuna göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir (5). Gelecekte OKB ve major depresyonu karşılaştıran, depresif yakınmalar ve komorbid durumlar gibi karıştırıcı etmenleri kontrol eden çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Öncelikle çalışmamıza katılan OKB hastalarının kullanmakta olduğu ilaç ve psikoterapötik tedavi bilgileri alınmadığı için terapötik müdahalelerin karıştırıcı etkisi kontrol edilememiştir. Çalışmamıza katılan hastaların birincil tanısının OKB olması dışında, depresif belirtiler ve anksiyete belirtileri özbildirim formları ile ölçülmüştür; olası komorbid anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk ve kişilik bozukluğu varlığı klinik görüşme ile değerlendirilmemiştir. Bir diğer kısıtlılık olarak değerlendirilebilecek durum ise YBOKÖ toplam puanı 2 ile 33 arasında değişen, geniş bir yelpazede hasta popülasyonunun çalışmaya alınmasıdır. Başka bir kısıtlılık ise araştırma örnekleminizin görece düşük sayıda hasta içermesidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Özet olarak çalışmamız sonuçları OKB ile ilişkili, yüksek zarardan kaçınma, düşük yenilik arayışı, kendini yönetme ve iş birliği yapma ile karakterize boyutsal bir kişilik profilinin varlığını desteklemektedir. Obsesif kompulsif yakınmaların şiddetinin, zarardan kaçınma skorları ile pozitif yönde, kendini yönetme ve iş birliği yapma skorları ile negatif yönde korelasyonu olduğu bulunmuştur. Bu korelasyon depresyon skorları kontrol edildiğinde devam etmemektedir. Ülkemizde yapılacak gelecekteki araştırmalar, obsesif kompulsif bozuklukta semptom alt tiplerinin, kişilik boyutlarıyla olan ilişkisini, komorbid psikopatolojileri de dikkate alarak daha yüksek hasta popülasyonunda değerlendirmelidir.

Çalışmamızda bağlanmanın boyutsal profili değerlendirilmiş, OKB’de, kontrol grubuna göre daha kaygılı bağlanmanın varlığı gösterilmiştir. OKB grubu BDÖ puanlarına göre iki gruba ayrılmıştır. $BDÖ \geq 17$ olan OKB grubu diğer iki gruba göre daha kaçınan ve kaygılı bağlanma özellikleri göstermiştir. Kaygılı ve kaçınan bağlanma skorlarının obsesif kompulsif semptomların şiddeti ile ilişkisi gözlenmezken, depresif yakınmalarla pozitif yönde korelasyonu olduğu saptanmıştır.

OKB’nin tedavisinde farmakoterapi yanında psikoterapi yöntemleri de kullanılmaktadır. Psikoterapi sürecinde, obsesif kompulsif yakınmaların yanı sıra hastanın kişilik özelliklerinin ve bağlanma tutumlarının da dikkate alınmasının ve buradaki patolojilere yönelik yapılacak müdahalelerin, hastaların tedaviden göreceği faydayı arttıracaklarını düşünmekteyiz.

OKB’nin, kişilik örüntüleri ve yetişkin bağlanma stilleri ile olan ilişkisini, depresif semptomların karıştırıcı etkisini dışlayarak değerlendirebilmek için, remisyonda olan OKB hastaları ile sağlıklı kontrol gruplarını karşılaştıran çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
2. Torres AR, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Coid JW, et al. Obsessive-compulsive disorder and personality disorder: evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(11):862-7.
3. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(12):975-90.
4. Lyoo IK, Lee DW, Kim YS, Kong SW, Kwon JS. Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(8):637-41.
5. Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, et al. Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101(5):403-5.
6. Bejerot S, Schlette P, Ekselius L, Adolfsson R, von Knorring L. Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;98(3):243-9.
7. Alonso P, Menchon JM, Jimenez S, Segalas J, Mataix-Cols D, Jaurrieta N, et al. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: relation to clinical variables. *Psychiatry Res.* 2008;157(1-3):159-68.
8. Bejerot S, von Knorring L, Ekselius L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry.* 2000;15(7):395-401.
9. Pfohl B, Black D, Noyes R, Jr., Kelley M, Blum N. A test of the tridimensional personality theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry.* 1990;28(1):41-6.
10. Cruz-Fuentes C, Blas C, Gonzalez L, Camarena B, Nicolini H. Severity of obsessive-compulsive symptoms is related to self-directedness character trait in obsessive-compulsive disorder. *Cns Spectrums.* 2004;9(8):607-12.
11. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):228-38.

12. Leckman JF, Rauch SL, Mataix-Cols D. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: implications for the DSM-V. *CNS Spectr.* 2007;12(5):376-87, 400.
13. Sümer N, Ünal S, Selçuk E, Kaya B, Polat R, Çekim B. Bağlanma ve psikopatoloji: Bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi.* 2009.
14. Dozier M, Stovall-McClough KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. 2008.
15. Brennan K, Clark C, Shaver P. Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview in Attachment theory and close relationships. Editors: Simpson JA, editor. 1998:46-76.
16. Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Mikulincer M, Sar-El D. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychol Psychother.* 2012;85(2):163-78.
17. Reynolds EH, Wilson JV. Neurology and psychiatry in Babylon. *Brain.* 2014;137(Pt 9):2611-9.
18. Burgy M. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder: a phenomenological approach. *Psychopathology.* 2005;38(6):291-300.
19. Association AP. Diagnostic and statistical manual mental disorders American Psychiatric Pub.; 1952.
20. Akhtar S, Wig N, Varma V, Pcrshad D, Verma S. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry.* 1975;127(4):342-8.
21. Association AP. Diagnostic and statistical manuel of mental disorders (DSM-III): American Psychiatric Pub; 1980.
22. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* 2010;15(1):53-63.
23. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):617-27.

24. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*. 1994;55 Suppl:5-10.
25. EROL N, KILIÇ C, ULUSOY M, KEÇECİ UDM, SHU Z. TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI PROFİLİ RAPORU. 1998.
26. Cillicilli AS, Telcioglu M, Askin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*. 2004;45(5):367-74.
27. Kirmiziloglu Y, Dogan O, Kugu N, Akyuz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International journal of geriatric psychiatry*. 2009;24(9):1026-33.
28. Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY, Wang Y, Grados MA, et al. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol Med*. 2012;42(1):1-13.
29. Abettan C. The current dialogue between phenomenology and psychiatry: a problematic misunderstanding. *Medicine, health care, and philosophy*. 2015;18(4):533-40.
30. Williams MT, Duque G, Wetterneck CT, Chapman LK, DeLapp RCT. Ethnic Identity and Regional Differences in Mental Health in a National Sample of African American Young Adults. *Journal of racial and ethnic health disparities*. 2018;5(2):312-21.
31. Mahgoub OM, Abdel-Hafeiz HB. Pattern of obsessive-compulsive disorder in eastern Saudi Arabia. *Br J Psychiatry*. 1991;158:840-2.
32. Yorulmaz O, Isik B. Cultural context, obsessive-compulsive disorder symptoms, and cognitions: a preliminary study of three Turkish samples living in different countries. *Int J Psychol*. 2011;46(2):136-43.
33. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*. 1989;46(11):1006-11.

34. Beşiroğlu L. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. In: Raşit Tükel MMD, editor. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2017. p. 1-19.
35. TÜKEL R. Obsesif kompulsif bozukluk. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2010;3(4):70-80.
36. Berrios GE. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century: Cambridge University Press; 1996.
37. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
38. Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosario-Campos MC, Hounie AG, Mercadante MT, et al. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Mol Psychiatry*. 2005;10(3):258-75.
39. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(5):495-504.
40. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1994;55 Suppl:18-23.
41. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiat*. 1997;154(7):911-7.
42. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156(9):1409-16.
43. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;165(12):1532-42.
44. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1. Attachment. London: Hogarth. New York: Basic Books; 1969.

45. Bowlby J. Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger: London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973. p. 1-429.
46. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*. 2006;19(1):24-39.
47. Bowlby J. Attachment and Loss, Vol 3: Loss: Sadness and Depression. London: Hogarth Press and Institute of PsychoAnalysis; 1980.
48. Ainsworth MD. Attachments across the life span. *Bull N Y Acad Med*. 1985;61(9):792-812.
49. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(2):226-44.
50. Mikulincer M. Adult attachment style and affect regulation: strategic variations in self-appraisals. *J Pers Soc Psychol*. 1998;75(2):420-35.
51. Birtek M. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Yetişkinlerde Bağlanma Stilleri [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi; 2018.
52. Mikulincer M, Erev I. Attachment style and the structure of romantic love. *Br J Soc Psychol*. 1991;30 (Pt 4):273-91.
53. Mikulincer M, Florian V, Cowan PA, Cowan CP. Attachment security in couple relationships: a systemic model and its implications for family dynamics. *Fam Process*. 2002;41(3):405-34.
54. Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences: Walters Kluwer; 2015.
55. Cassidy J. The nature of the child's ties. 1999.
56. Pietromonaco PR, Barrett LF. The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of general psychology*. 2000;4(2):155-75.
57. Bartholomew K. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships*. 1990;7(2):147-78.
58. Boelen PA, Reijntjes A, Carleton RN. Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cogn Behav Ther*. 2014;43(2):133-44.
59. Bartholomew K, Shaver PR. Methods of assessing adult attachment. *Attachment theory and close relationships*. 1998;1998:25-45.

60. Mikulincer M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel. *J Pers Soc Psychol.* 1993;64(5):817-26.
61. Mikulincer M, Horesh N. Adult attachment style and the perception of others: the role of projective mechanisms. *J Pers Soc Psychol.* 1999;76(6):1022-34.
62. Mikulincer M, Shaver PR, Sapir-Lavid Y, Avihou-Kanza N. What's inside the minds of securely and insecurely attached people? The secure-base script and its associations with attachment-style dimensions. *J Pers Soc Psychol.* 2009;97(4):615-33.
63. Terzi Ş, Çankaya ZC. Bağlanma stillerinin öznel iyi olmayı ve stresle başa çıkma tutumlarını yordama gücü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.* 2016;4(31).
64. Feeney JA, Noller P. Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of personality and Social Psychology.* 1990;58(2):281.
65. Fraley RC, Shaver PR. Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73(5):1080-91.
66. Mikulincer M, Gillath O, Shaver PR. Activation of the attachment system in adulthood: threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *J Pers Soc Psychol.* 2002;83(4):881-95.
67. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. *Curr Opin Psychol.* 2019;25:6-10.
68. Schimmenti A, Bifulco A. Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health.* 2015;20(1):41-8.
69. Ein-Dor T, Doron G, Solomon Z, Mikulincer M, Shaver PR. Together in pain: attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of counseling psychology.* 2010;57(3):317-27.
70. Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(9):653-9.
71. Cantazaro A, Wei M. Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: a test of a mediational model. *J Pers.* 2010;78(4):1135-62.

72. Crawford TN, John Livesley W, Jang KL, Shaver PR, Cohen P, Ganiban J. Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology*. 2007;21(2):191-208.
73. Meyer B, Pilkonis PA. An attachment model of personality disorders. *Major theories of personality disorder*. 2005;2:231-81.
74. Cicchetti D. The emergence of developmental psychopathology. *Child development*. 1984;55(1):1-7.
75. Egeland B, Pianta R, Ogawa J. Early behavior problems: Pathways to mental disorders in adolescence. *Development and Psychopathology*. 1996;8(4):735-49.
76. Nolen-Hoeksema S, Watkins ER. A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology: Explaining Multifinality and Divergent Trajectories. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*. 2011;6(6):589-609.
77. Ein-Dor T, Viglin D, Doron G. Extending the Transdiagnostic Model of Attachment and Psychopathology. *Front Psychol*. 2016;7:484.
78. Mikulincer M, Florian V, Hirschberger G. The existential function of close relationships: introducing death into the science of love. *Pers Soc Psychol Rev*. 2003;7(1):20-40.
79. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*: Guilford Press; 2007.
80. LeDoux JE. Emotion circuits in the brain. *Annual review of neuroscience*. 2000;23(1):155-84.
81. Gilbert P. Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35(1):17-27.
82. Brune M. The evolutionary psychology of obsessive-compulsive disorder: The role of cognitive metarepresentation. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2006;49(3):317-29.
83. Moulding R, Kyrios M. Anxiety disorders and control related beliefs: The exemplar of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Clin Psychol Rev*. 2006;26(5):573-83.

84. Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000;23(3):563-86.
85. Doron G, Mikulincer M, Sar-El D, Kyrios M. Integrating psychodynamic and cognitive approaches to obsessive compulsive disorder—attachment insecurities and self-related sensitivities in morality and relational domains. *Handbook of Contemporary Psychodynamic Approaches to Psychopathology*. 2015:199-215.
86. Doron G, Kyrios M. Obsessive compulsive disorder: a review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(4):415-32.
87. Doron G, Kyrios M, Moulding R. Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): further evidence for a multidimensional model of OCD. *J Anxiety Disord*. 2007;21(3):433-44.
88. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attach Hum Dev*. 2002;4(2):133-61.
89. Doron G, Sar-El D, Mikulincer M. Threats to moral self-perceptions trigger obsessive compulsive contamination-related behavioral tendencies. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012;43(3):884-90.
90. Shaker A, Homeyli N. Comparing parental bonding and attachment styles in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety and depression. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2011;9(3).
91. Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M, Mikulincer M. Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *J Soc Clin Psychol*. 2009;28(8):1022-49.
92. Koohsar AAH, Bona BG. Relation among quality of attachment, obsessive–compulsive behaviours and phobic anxiety in college students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:187-91.
93. Doron G, Derby DS, Szepsenwol O, Talmor D. Flaws and all: Exploring partner-focused obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2012;1(4):234-43.
94. Doron G, Derby DS, Szepsenwol O, Talmor D. Tainted love: Exploring relationship-centered obsessive compulsive symptoms in two non-clinical

- cohorts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2012;1(1):16-24.
95. Yarbro J, Mahaffey B, Abramowitz J, Kashdan TB. Recollections of parent-child relationships, attachment insecurity, and obsessive-compulsive beliefs. *Personality and Individual Differences*. 2013;54(3):355-60.
96. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(5):637-44.
97. Organization WH. *Lexicon of psychiatric and mental health terms*. 1994.
98. Organization WH. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*: Geneva: World Health Organization; 1992.
99. Kampman O, Viikki M, Jarventausta K, Leinonen E. Meta-analysis of anxiety disorders and temperament. *Neuropsychobiology*. 2014;69(3):175-86.
100. Kardeş VÇ. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Mizaç Ve Karakter Özellikleri [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi; 2013.
101. MacDonald K, Berlow R, Thomas ML. Attachment, affective temperament, and personality disorders: a study of their relationships in psychiatric outpatients. *J Affect Disord*. 2013;151(3):932-41.
102. Karamustafalıoğlu K, Üçışık A, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bursa Savaş Ofset*. 1993;86.
103. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
104. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol*. 1989;7:3-13.
105. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):893.
106. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12(2):163-72.

- 107.Selçuk E, Günaydın G, Sümer N, Uysal A. A new measure for adult attachment styles: The psychometric evaluation of experiences in close relationships-revised (ECR-R) on a Turkish sample. *Turkish Psychological Articles*. 2005;8:1-11.
- 108.Köse S, Sayar K, Ak I, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kirpınar I, et al. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2004;14(3).
- 109.Hinkle DE, Wiersma W, Jurs GS. *Applied statistics for the behavioral sciences*. Chicago: Rand McNally; 1979.
- 110.Bayar R, Yavuz M. Obsesif kompulsif bozukluk. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. 2008.
- 111.Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, Shavitt RG, do Rosario MC, de Mathis MA, Miguel EC, et al. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2013;209(2):186-95.
- 112.Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 1999;9:142-7.
- 113.Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın E, Şimşek E, Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6(3):133-44.
- 114.Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive–compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2001;55(6):623-7.
- 115.Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Yilmaz E, Agargün MY, Askin R. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler/Factors associated with quality of life in obsessive compulsive disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8(1):5.
- 116.Kim SJ, Kang JI, Kim CH. Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiat*. 2009;50(6):567-72.
- 117.Bartz JA, Hollander E. Is obsessive–compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*. 2006;30(3):338-52.

118. Saxena S, Brody AL, Ho ML, Alborzian S, Ho MK, Maidment KM, et al. Cerebral metabolism in major depression and obsessive-compulsive disorder occurring separately and concurrently. *Biol Psychiat*. 2001;50(3):159-70.
119. Taylor SF, Liberzon I. Neural correlates of emotion regulation in psychopathology. *Trends in cognitive sciences*. 2007;11(10):413-8.
120. Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disorders*. 2007;102(1-3):73-9.
121. Storch EA, Abramowitz JS, Keeley M. Correlates and mediators of functional disability in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*. 2009;26(9):806-13.
122. Yap K, Mogan C, Kyrios M. Obsessive-compulsive disorder and comorbid depression: the role of OCD-related and non-specific factors. *J Anxiety Disord*. 2012;26(5):565-73.
123. Milanfranchi A, Marazziti D, Pfanner C, Presta S, Lensi P, Ravagli S, et al. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder: Focus on depression. *Eur Psychiat*. 1995;10(8):379-82.
124. Mathew A, Pettit J, Lewinsohn P, Seeley J, Roberts R. Co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: shared etiology or direct causation? *Psychol Med*. 2011;41(10):2023-34.
125. Zitterl W, Demal U, Aigner M, Lenz G, Urban C, Zapotoczky HG, et al. Naturalistic course of obsessive compulsive disorder and comorbid depression. Longitudinal results of a prospective follow-up study of 74 actively treated patients. *Psychopathology*. 2000;33(2):75-80.
126. Meyer JM, McNamara JP, Reid AM, Storch EA, Geffken GR, Mason DM, et al. Prospective relationship between obsessive-compulsive and depressive symptoms during multimodal treatment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiat Hum D*. 2014;45(2):163-72.
127. Nestadt G, Addington A, Samuels J, Liang KY, Bienvenu OJ, Riddle M, et al. The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity. *Biol Psychiatry*. 2003;53(10):914-20.

128. Bolhuis K, McAdams T, Monzani B, Gregory AM, Mataix-Cols D, Stringaris A, et al. Aetiological overlap between obsessive–compulsive and depressive symptoms: a longitudinal twin study in adolescents and adults. *Psychol Med*. 2014;44(7):1439-49.
129. Tibi L, van Oppen P, van Balkom A, Eikelenboom M, Rickelt J, Schruers KRJ, et al. The long-term association of OCD and depression and its moderators: A four-year follow up study in a large clinical sample. *Eur Psychiatry*. 2017;44:76-82.
130. Goldberg X, Soriano-Mas C, Alonso P, Segalas C, Real E, Lopez-Sola C, et al. Predictive value of familiarity, stressful life events and gender on the course of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2015;185:129-34.
131. Boysan M, Cam Z. An investigation into the role of attachment insecurities in obsessive-compulsive symptoms. *Brit J Guid Couns*. 2018;46(5):566-81.
132. Berlin S. *Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach to Psychotherapy*. By V. F. Guidano and G. Liotti. New York: Guilford Press, 1983. 347 pp. \$24.50. *Social Work*. 1984;29(1):81-.
133. Frost RO, Steketee G. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*: Elsevier; 2002.
134. Bhar SS, Kyrios M. COGNITIVE PERSONALITY STYLES ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE AND OBSESSIVE COMPULSIVE PHENOMENA IN A NON-CLINICAL SAMPLE. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1999;27(4):329-43.
135. Moulding R, Kyrios M, Doron G, Nedeljkovic M. Autogenous and reactive obsessions: further evidence for a two-factor model of obsessions. *J Anxiety Disord*. 2007;21(5):677-90.
136. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(6):447-56.
137. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiat*. 2002;43(3):204-9.
138. Hofmeijer-Sevink MK, van Oppen P, van Megen HJ, Batelaan NM, Cath DC, van der Wee NJ, et al. Clinical relevance of comorbidity in obsessive

- compulsive disorder: the Netherlands OCD Association study. *J Affect Disord.* 2013;150(3):847-54.
139. Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK, Egeland B. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Dev Psychopathol.* 1999;11(1):1-13.
140. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev.* 2000;71(3):684-9.
141. Lyoo IK, Yoon T, Kang DH, Kwon JS. Patterns of changes in temperament and character inventory scales in subjects with obsessive-compulsive disorder following a 4-month treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107(4):298-304.
142. Pelissolo A, Moukheiber A, Mallet L. Obsessive-compulsive disorders and anxiety disorders: A comparison of personality and emotionality patterns. *Psychiatr Res.* 2015;229(3):695-701.
143. Strakowski SM, Faedda GL, Tohen M, Goodwin DC, Stoll AL. Possible affective-state dependence of the Tridimensional Personality Questionnaire in first-episode psychosis. *Psychiatry Res.* 1992;41(3):215-26.
144. Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Mood states and personality traits. *J Affect Disord.* 1992;24(4):217-26.
145. Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C. Temperament and character in adults with Asperger syndrome. *Autism.* 2002;6(3):287-97.
146. Sasayama D, Hori H, Teraishi T, Hattori K, Ota M, Matsuo J, et al. Difference in Temperament and Character Inventory scores between depressed patients with bipolar II and unipolar major depressive disorders. *J Affect Disord.* 2011;132(3):319-24.
147. Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Anseau M. Temperament and character inventory (TCI) and depression. *J Psychiatr Res.* 1999;33(1):31-6.
148. Brody AL, Saxena S, Fairbanks LA, Alborzian S, Demaree HA, Maidment KM, et al. Personality changes in adult subjects with major depressive disorder or obsessive-compulsive disorder treated with paroxetine. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(5):349-55.
149. Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, et al. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions

in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord.* 2002;69(1-3):31-8.



8. EKLER

8.1. EK 1. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI (ÇALIŞMANIN AÇIK ADI):

Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarında Klinik Özelliklerin Bağlanma, Mizaç Ve Karakter Özellikleri İle İlişkisi

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

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

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Ayrıca destekleyici firma çalışmayı sonlandırmaya karar verirse bu durumda da çalışmadan çıkartılacaksınız.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Obsesif Kompulsif Bozukluk çeşitli belirtilerle giden, şiddeti değişkenlik gösteren psikiyatrik bir hastalıktır. Kişilik özellikleri, hastalık şiddeti ve çeşitliliği ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışma ile Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış hastalarda yetişkin bağlanma tipleri, mizaç ve karakter özellikleri araştırılacaktır. Yapılacak olan anketin size ve sağlığınıza herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmamıza katılmayı kabul ederseniz sizinle öncelikle yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı anket formlarını doldurmanız istenecektir. Herhangi bir yan etki, risk söz konusu değildir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Anketi okuyup uygun şekilde doldurmanız yeterlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Yapılacak olan anketin size ve sağlığınıza herhangi bir zararı yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Mizaç karakter özellikleri ve yetişkin bağlanma örüntülerinin OKB ile olan ilişkisini anlamamızda yardımcı olacaktır.

GÖNÜLLÜ KATILIM

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğimin veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabilceğimin bilincindeyim.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Araştırmaya katılmanız nedeniyle size para ödenmeyecek ya da sizden para talep edilmeyecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Doktorunuzdan toplanan çalışma verileriniz hakkında detaylı bilgi isteme hakkına sahipsiniz. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır. Doktorunuzdan toplanan çalışma verileriniz hakkında detaylı bilgi isteme hakkına sahipsiniz.

Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Ad, soyad ve telefon numaraları

Prof. Dr. Hatice GÜZ

Tel: 0 362 312 19 19-3165

Dr. Recep BOLAT

Tel: 0 362 312 19 19-2422

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

8.2. EK 2. Sosyodemografik Veri ve Klinik Bilgi Formu

Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarında Klinik Özelliklerin Bağlanma, Mizaç Ve Karakter Özellikleri İle İlişkisi

Bu çalışma ile Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış hastalarda yetişkin bağlanma tipleri, mizaç ve karakter özellikleri araştırılacaktır. Çalışmamıza katılmayı kabul ederseniz sizinle öncelikle yapılandırılmış, psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı ölçekler doldurmanız istenecektir. Herhangi bir yan etki, risk söz konusu değildir. Bu formu imzalayarak doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için kişisel bilgilerinizi toplamasına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Doktorunuzdan toplanan çalışma verileriniz hakkında detaylı bilgi isteme hakkına sahipsiniz. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşabilecek Kişiler:

Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ
OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.
0 362 312 19 19-3165
Dr. Recep BOLAT
OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.
0 362 312 19 19-2422

Bu formu imzalayarak çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay veriyorum.

Gönüllünün Adı/Soyadı/İmzası/Tarih

Sosyodemografik veri ve klinik bilgi formu

Adı Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyet: 1) E 2) K

Telefon No:

Yaşadığı Yer:

- 1) Köy
- 2) İlçe
- 3) İl Merkezi

Kaç kardeşsiniz?

.....

Ailenizin kaçmı çocuğunuz?

.....

Medeni Durumu:

- 1) Evli
- 2) Dul
- 3) Boşanmış
- 4) Hiç Evlenmemiş

Çocuğunuz var ise sayısı?

- Eğitim Durumu:** 1) Okur-yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul- ortaokul 4) Lise 5) Y. Okul-üniversite
- Çalışma Durumu:** 1) Hiç çalışmamış 2) Öğrenci 3) Ev Hanımı 4) Aralıklı çalışmış 5) Halen çalışıyor 6) Emekli

- Gelir Durumu:** 1) Alt 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi
- Aynı evde kiminle/kimlerle yaşıyorsunuz?**
.....

Obsesyon (takıntı) ve kompulsiyon (zorlantı) yakınmalarınız kaç yaşlarında başladı?
O)..... K).....

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısını aldığınızda kaç yaşındaydınız?:

Yeni Tanı? 1) hayır 2) evet

Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi: Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?

- 1) Yok 2) Varsa kaç defa (.....)
- 1) Hayır 2) Evet (Kaç defa?.....)

Sizde bedensel hastalık var mı?

- 1) Yok
2) Var

Varsa sizde bulunan bedensel hastalıklar nelerdir?.....

Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Sigara
2) Alkol
3) Hiçbiri
4) Hepsi

Ailenizde bedensel hastalık (şeker, tansiyon vb) var mı?

- 1) Yok
2) Var

Çocuklukta ebeveyn kaybı yaşadınız mı?

- 1) Hayır
2) Evet (Kaç yaşında.....)

Varsa ailenizde bulunan bedensel hastalıklar nelerdir?
.....

Ailenizde psikiyatrik hastalık (depresyon, kaygı bozukluğu, okb, psikotik bozukluk vb.):

- 1) Yok
2) Var (Akrabalık dereceniz?.....)

Varsa ailenizde bulunan psikiyatrik hastalıklar nelerdir?

OKB öncesi ortaya çıkarıcı yaşam olayı var mı?

- 1) Hayır
2) Evet.....

Halen kullanmakta olduğunuz tedaviler nelerdir?
.....

Geçmişte kullanmış olduğunuz tedaviler nelerdir?

1. Antidepresan: 4. Diğer:
2. Antipsikotik: 5. Psikoterapiler:
3. Anksiyolitik:

8.3. EK 3. Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ)

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESESİ	(0-4)	
6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESESİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN	

8.4. Ek 4. YBOKÖ Belirti Kontrol Listesi

	Şimdi	Geçmişte		Şimdi	Geçmişte
SALDIRGANLIK OBSESYONLARI			EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLİŞKİLİ OBSESYONLAR		
Kendine zarar vereceğinden korkma			Doğüstü düşünce ile birlikte		
Başkalarına zarar vereceğinden korkma			Doğüstü düşünce olmadan		
Şiddet içeren ve korkutucu imgeler			DİĞER OBSESYONLAR		
Müstehtecen veya hakaret edici sözler söylemek korkusu			Bilme veya hatırlama ihtiyacı		
Utandırılacak bir şey yapmaktan korkma			Belirli şeyleri söyleme korkusu		
İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma			Doğru şeyi söylememe korkusu		
Çalacağından korkma			Birşeyler kaybetme korkusu		
Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu			İstenmeyen(dehşet içermeyen) görüntüler		
KİRLENME OBSESYONLARI			Anlamsız sesler, kelimeler ve müzik duyma		
Vücut atık ve salgılarından kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak			Belirli seslerden ve gürültüden rahatsız olma		
Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak			Uğurlu ve uğursuz sayılar		
Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak			Özel anlamı olan renkler		
Hayvanlardan aşırı derecede korkmak			Batıl itikatlar		
Yapışkan maddeler ve atıklardan rahatsız olmak			SOMATİK OBSESYONLAR		
Kontaminasyon nedeniyle hastalanma kaygısı			KONTROL KOMPULSİYONLARI		
Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı			TEMİZLEME VE YIKAMA KOMPULSİYONLARI		
Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek			TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR		
Diğer..			SIRALAMA/ DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI		
CİNSEL OBSESYONLAR			SAYMA KOMPULSİYONLARI		
Yasaklanmış ve sapıklık derecesinde cinsel düşünce görüntü veya dürtüler			BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI		
Çocuklar veya incest ilişki ile ilgili			DİĞER KOMPULSİYONLAR		
Homoseksüel ilişki ile ilgili			Zihinsel Törenler		
Başkalarına karşı cinsel davranış(saldırgan)			Aşırı Liste Hazırlama		
Diğer			Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi		
BİRİKTİRME VE SAKLAMA OBSESYONLARI			Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi		
DİNİ OBSESYONLAR			Göz kırpmaya veya gözlerini dikme törensel davranışları		
Kutsal şeylere karşı hümitsizlik ve günah ile ilişkili			Tören haline gelmiş yeme davranışları		
Doğru/ yanlış kavramları ile ilgili			Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)		

8.5. Ek 5. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca Şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğumu kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

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

Hiç
Katılmıyoru

Kararsızım/
fikrim yok

Tamamen
katılıyorum

	1	2	3	4	5	6	7
1) Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2) Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3) Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4) Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
5) Sıklıkla birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6) Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
7) Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsedğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8) Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
9) Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10) Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11) İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12) Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13) Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
14) Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15) Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7

16) Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17) Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
18) Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19) Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.	1	2	3	4	5	6	7
20) Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21) Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22) Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23) Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yaklaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24) Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
25) Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularımı sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
26) Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27) Çok yakın olma arzumu bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28) Birlikte olduğum kişiler benimle çok yaklaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
29) Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıktan sonra, "gerçek ben"den hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30) Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31) Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendirir.	1	2	3	4	5	6	7
32) Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
33) Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
34) Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
35) Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.	1	2	3	4	5	6	7
36) Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

8.6. Ek 6. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

8.7. Ek 7. Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

8.8. Ek 8. Mizaç Karakter Envanteri

TCI

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade **DOĞRU (D)** ya da **YANLIŞ (Y)** olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, çoğunlukla ya da genellikle nasıl davrandığınızı ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz.

Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

		DOĞRU	YANLIŞ
1.	Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğunlukla yeni şeyler denerim.	D	Y
2.	Çoğu kimseyi kaygılandırıcı durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3.	Çoğu kez, güzel bir konuşma ya da şüirden derinden etkilenirim.	D	Y
4.	Çoğu kez, koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5.	Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6.	Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7.	Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8.	Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9.	Çoğu kez, yaşamın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10.	Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta yardımcı olmak isterim.	D	Y
11.	Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12.	Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünse bile, tanıdık olmayan ortamlarda kendimi çoğunlukla gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13.	İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14.	İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15.	Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16.	Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17.	Çoğu durumda, doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y

18.	Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek dahi olsam, zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yaparım.	D	Y
19.	Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve deneyimliyimdir.	D	Y
20.	Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21.	Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22.	Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23.	Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.	D	Y
24.	Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25.	Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26.	Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27.	Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28.	Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29.	Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, “eski ve denenmiş” yolları tercih ederim.	D	Y
30.	Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yaparım.	D	Y
31.	Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32.	Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33.	Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34.	Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35.	Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgiyi sürdürmem güçtür.	D	Y
36.	Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37.	Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38.	Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39.	Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40.	Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41.	Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya kadar para harcarım.	D	Y
42.	Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y

43.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44.	Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45.	Gevşemekteyken, çoğunlukla beklenmedik şekilde içgörü (yani olayların altında yatan nedeni keşfederim) ya da anlayış parıltıları hissederim.	D	Y
46.	Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmmam.	D	Y
47.	Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48.	Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49.	Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50.	Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51.	Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52.	Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyicimdir.	D	Y
53.	Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54.	Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55.	Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56.	Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57.	Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58.	Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59.	Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60.	Çoğu kez, başkalarından daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61.	Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62.	Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63.	Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64.	Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65.	Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66.	Çok miktarda para biriktirmiş olsam dahi, kendim için para harcamakta zorlanırım.	D	Y
67.	Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin olurum.	D	Y
68.	Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69.	Kişisel sorunlarımı, çok az tanıdığım veya kısa süre önce tanıştığım insanlarla tartışmaktan rahatsız olmam.	D	Y

70.	Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71.	Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72.	Bana haksızlık yapmış olsalar dahi, başkalarına haksızca davranırsam huzursuzluk hissederim.	D	Y
73.	İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74.	Çoğu kez, sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75.	Yakın bir arkadaşımı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzülürüm.	D	Y
76.	Bazen, zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin sanki parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77.	Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir yakınlık hissederim.	D	Y
78.	Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar dahi, başkalarının duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79.	Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80.	Bana karşı dostça davranmayacakları daha önce söylenmiş olsa dahi, yabancılarla buluştuğumda rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürüm.	D	Y
81.	Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, çoğu kimseden genellikle daha endişeliyimdir.	D	Y
82.	Bir karara varmadan önce genellikle her şeyi etraflıca düşünürüm.	D	Y
83.	Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84.	Etrafımdaki tüm nesnelere karşı çoğunlukla güçlü bir bütünlük hissi hissederim.	D	Y
85.	Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86.	Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87.	Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88.	Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89.	Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90.	Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y
91.	Abartılı olan veya gerçek olmayan şeylere dahi, genellikle başkalarını inandırabilirim.	D	Y
92.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93.	Yaşamın kuralları olduğunu ve hiç kimsenin acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94.	Başkalarından daha çok zengin olmak istemem.	D	Y

95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra dahi, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın, büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için çoğu kimseden genellikle daha çok zorlanırım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek yada birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılandığımda etkisinden çok çabuk kurtulurum.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olduğum zamanlarda, işlerdeki değişikliklere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşlerin eski yapılış tarzını değiştirmeden önce, genellikle çok iyi ve gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman harcamama karşın pek başarılı olmasam dahi, çoğu kez aynı şeyi yeniden defalarca denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tatasız kalırım.	D	Y
120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y

121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incittiğinde, intikam almaktansa kibar davranmayı tercih ederim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi hissedirim.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. aşkaları pek tehlikeli olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkalarının benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal yakınlığım olduğunu hissedirim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, benim için genellikle kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha fazlasını beklese dahi, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında, benden daha çok şey bilmelerinden, genelde rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böyle onları daha iyi anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. İşler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere daldığım için, kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hissedirim.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissedirim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y

145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler dahi, endişeye kapılarak yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150. Çoğu kez herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel durumlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkaları memnun olacak diye kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımın arzularına boyun eğerim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin, ticari kurallarda çok etkili olması gerektiğine inanmam.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarım, amaçlarıma ulaşmakta çoğunlukla engel olur.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi kişisel fedakarlıkları gerçekten de yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y

172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Olağandışı şeyleri algılayabildiğime, hissettiğime inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Yaşamım için koyduğum belli amaçlar, davranışlarıma güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle, başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı hissettiğimde, kuralları ve düzenlemeleri çoğu kez ihlal ederim.	D	Y
184. Ayartıcı durumlara karşı kendime güvenebilmem için, iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk karar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım şeylerde, şansım genellikle açıktır.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli diye nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) kolayca yapabileceğime dair genellikle kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. Ansızın, var olan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198. Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y

200. Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymış hissine kapılırim.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken dahi, duygularımı çok fazla açmamayı tercih ederim.	D	Y
202. Kendimi zorlamaksızın, tüm gün boyunca genellikle bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için dahi olsa, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırim.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlarım ya da yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelemeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y

223. Yaşamda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğim zamanlarda, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olmak daha iyi hissetmeme neden olur.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşamayan birisiyle duygularımı paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başkalarından daha iyi görüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra dahi, çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissedirim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

8.9. Ek 9. Tıbbi Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı:B.30.2.ODM.0.20.08/198

01.03.2019

Sayın Prof.Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarında Klinik Özelliklerin, Bağlanma Örüntüleri, Mizaç Ve Karakter Özellikleri İle İlişisinin Araştırılması** başlıklı OMÜ KAEK 2019/200 Kararolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 28.02.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr. Kamis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

8.10. Ek 10. Turnitin Orjinallik Raporu

OBSESIF KOMPULSIF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA KLİNİK ÖZELLİKLERİN, BAĞLANMA ÖRÜNTÜLERİ, MIZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

ORIJINALLIK RAPORU

%3 EN **%2** **%0** **%2**
BENZERLİK ENDEKSİ İNTERNET YAYINLAR ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
KAYNAKLARI

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	seanrife.com İnternet Kaynağı	%1
2	Submitted to University of Derby Öğrenci Ödevi	<%1
3	media.proquest.com İnternet Kaynağı	<%1
4	idea.library.drexel.edu İnternet Kaynağı	<%1
5	dspace.lboro.ac.uk İnternet Kaynağı	<%1
6	Submitted to University of Sunderland Öğrenci Ödevi	<%1
7	Submitted to Dublin City University Öğrenci Ödevi	<%1
8	Submitted to Isik University Öğrenci Ödevi	<%1
9	uknowledge.uky.edu İnternet Kaynağı	<%1

Prof. Dr. Hatice Özyücelü 602
HJ

Dr. Recep Behar
RyZank

10 M C Rosario-Campos, E C Miguel, S Quatrano, P Chacon et al. "The Dimensional Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive–compulsive symptom dimensions", Molecular Psychiatry, 2006
Yayın <%1

11 Submitted to Coventry University
Öğrenci Ödevi <%1

12 Maria João Figueiras, Maria Armanda Cortes, Dália Marcelino, John Weinman. " Lay views about medicines: The influence of the illness label for the use of generic brand ", Psychology & Health, 2010
Yayın <%1

13 Silvia Dell'Orco, Raffaele Sperandeo, Enrico Moretto, Nelson Mauro Maldonato. "Revision on Psychometric Properties of the Temperament and Character Inventory in a Clinical Sample", Frontiers in Psychology, 2018
Yayın <%1

14 www.science.gov
İnternet Kaynağı <%1

15 indigo.uic.edu
İnternet Kaynağı <%1

Submitted to Manchester Metropolitan

Prof. Dr. Necma Özyıldırı 607
M

Dr. Recep Bobak
R. Bobak

- | | | |
|----|---|------|
| 16 | University
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 17 | Submitted to South Bank University
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 18 | securehealthform.net
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 19 | hydra.hull.ac.uk
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 20 | Fabiano G. Nery. "Temperament and character traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes",
Depression and Anxiety, 04/2009
Yayın | <% 1 |
| 21 | openaccess.city.ac.uk
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 22 | documents.mx
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 23 | wrap.warwick.ac.uk
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 24 | Submitted to University College Worcester
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 25 | Submitted to The College of New Jersey
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 26 | Submitted to Middlesex University | |

Prof. Dr. Nurcan Özyıldırım 607

NS

Dr. Recep Belal
Recep

	Öğrenci Ödevi	<%1
27	vdocuments.site İnternet Kaynağı	<%1
28	Submitted to University of College Cork Öğrenci Ödevi	<%1
29	Submitted to American University of the Middle East Öğrenci Ödevi	<%1
30	Submitted to London School of Hygiene and Tropical Medicine Öğrenci Ödevi	<%1
31	www.helium.com İnternet Kaynağı	<%1
32	citeseerx.ist.psu.edu İnternet Kaynağı	<%1

Alıntıları çıkart üzerinde Eşleşmeleri çıkar Kapat
Bibliyografyayı Çıkart Kapat

Prof. Dr. Metin Özyürek GÖZ
MS

Dr. Feggy Belat
Feggy