



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OTOJEN VE REAKTİF TİP OBSESİF KOMPULSİF
BOZUKLUK'TA BAğLANMA BİÇİMLERİ, İÇGÖRÜ,
ZİHİNSELLEşTİRME VE EMPATİ BECERİLERİ ARASINDAKİ
İLİşKİNİN İNCELENMESİ

Dr. şeyma Nur ATAK
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sinay ÖNEN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2025



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OTOJEN VE REAKTİF TİP OBSESİF KOMPULSİF
BOZUKLUK'TA BAğLANMA BİÇİMLERİ, İÇGÖRÜ,
ZİHİNSELLEşTİRME VE EMPATİ BECERİLERİ ARASINDAKİ
İLİşKİNİN İNCELENMESİ

Dr. şeyma Nur ATAK
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sinay ÖNEN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2025

I. TEŞEKKÜR

Öncelikle tez serüvenim ve asistanlık sürecim boyunca her aşamada bilgisi, rehberliği, anlayışı ve desteği ile yanımda olan değerli tez danışmanım Doç. Dr. Sinay Önen'e,

Asistanlığım süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, ruh sağlığı hekimliği yolunda bana ışık tutan değerli hocalarım Prof. Dr. Süheyla Ünal, Prof. Dr. Ömer Şenormancı, Doç. Dr. Güliz Şenormancı, Doç. Dr. Rukiye Ay Diker, Doç. Dr. Çetin Turan, Doç. Dr. İlkay Keleş Altun, Prof. Dr. İbrahim Taymur, Uzm. Dr. Emine Merve Akdağ'a,

Tez sürecim boyunca bilgi birikimi ve desteğiyle her zaman yanımda olan Klinik Psikolog Ersin Budak'a,

Yol boyunca yanımda olan, sevgi ve dostluklarını derinden hissettiğim, günlerimi çiçeklendiren arkadaşlarım Dr. Mevanur Eroğlu, Dr. Gizem Yeni, Uzm.Dr. Fulya Özbek Akbaş'a ve Dörtçelik Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesindeki tüm asistan arkadaşlarıma,

Hekimlik hayatıma ilk adım attığım yılda psikiyatri bilimini sevdiren, bilgileri, rehberlikleri ile yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet Murat Demet, Prof. Dr. Ayşen Esen-Danacı, Prof. Dr. Ömer Aydemir, Prof. Dr. Artuner Deveci, Prof. Dr. Erol Ozan, Doç. Dr. Emin Oryal Taşkın'a ve Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğindeki tüm asistan arkadaşlarıma,

Her anımda desteği ve anlayışı ile yanımda olan sevgili eşim Ozan Ali Atak'a, bugün kim olduğumu belirleyen, ilk adımdan son adıma kadar yanımda olan ve olacaklarını bildiğim biricik ailem Kamil Tuncay ve Ayşe Tuncay'a

Sonsuz teşekkürlerim ile...

Şeyma Nur Atak

II. İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMA VE SİMGELER.....	v
TABLolar.....	vi
EK LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK.....	2
2.1.OKB'nin Tanımı.....	2
2.2.Epidemiyoloji.....	2
2.3.Etiyoloji.....	3
2.3.1.Nörobiyolojik Etkenler.....	3
2.3.1.1.Genetik Çalışmalar.....	3
2.3.1.2.Nörokimyasal Çalışmalar.....	3
2.3.1.3.Nörogörüntüleme Çalışmaları.....	5
2.3.2.Psikososyal Etkenler.....	6
2.3.2.1.Psikodinamik Kuram.....	6
2.3.2.2.Bilişsel Davranışçı Kuram.....	7
2.4.Klinik Özellikler.....	8
2.5.Tanı ve Sınıflandırma.....	10

2.6.OKB Tedavisi	12
2.6.1.İlaç Sağaltımı.....	12
2.7.Bağlanma Kuramı ve Bağlanma Biçimleri.....	13
2.8.Zihinselleştirme Becerisi.....	15
2.9.Zihin Kuramı.....	17
2.10.Empati Becerisi.....	18
2.11.İçgörü.....	19
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	20
3.1.Araştırmanın Tasarımı ve Örneklem Seçimi.....	20
3.2.Etik Kurul Onayı.....	21
3.3.Veritoplama Araçları.....	21
3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu.....	21
3.3.2. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı(SCID-I).....	21
3.3.3. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği.....	21
3.3.4. Gözlerden Zihin Okuma Testi.....	22
3.3.5. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği.....	22
3.3.6.Zihinselleştirme Ölçeği.....	23
3.3.7.Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği.....	23
3.3.8.Temel Empati Ölçeği.....	23
3.4.İstatistiksel Analiz.....	24
4.BULGULAR.....	25
5.TARTIŞMA.....	34
6.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	44
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44

8. KAYNAKLAR.....	46
9. EKLER.....	53



III.KISALTMA VE SİMGELER

APA:American Psychiatric Association

BİDÖ:Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

DBS:Derin Beyin Stimülasyonu

DSM:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EBBÖ:Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

GZOT:Gözlerden Zihin Okuma Testi

IRI:Kişilerarası Tepkisellik İndeksi

KSTK:Kortiko-Striato-Talamo-Kortikal

mCCP:Meta-Klorofenilpiperazin

MSS:Merkezi Sinir Sistemi

NAC:Nukleus Akumbens

OFC:Orbitofrontal Korteks

OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk

SSRİ:Serotonin Seçici Geri Alım İnhibitörü

SCID-4:Structured Clinical Interview for DSM

TEÖ:Temel Empati Ölçeği

ToM:Theory of Mind

YBOKÖ:Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

ZK: Zihin Kuramı

ZÖ:Zihinselleştirme Ölçeği

ZÖ-S:Kendilik Temelli Zihinselleştirme

ZÖ-O:Ötekiler Temelli Zihinselleştirme

ZÖ-M:Zihinselleştirmeye güdülenme

5-HT:5-hidroksitriptamin

IV. TABLOLAR

Tablo 1: Belirti boyutlarının obsesyon ve kompulsiyona göre ayrımı

Tablo 2: Grupların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 3: OKB grupları arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 4: Gruplar arasında YBOKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 5: Gruplar arasında TEÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 6: Gruplar arasında BİDÖ ve EBBÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 7: Gruplar arasında ZÖ ve GZOT TOPLAM skor ve puanlarının karşılaştırılması

Tablo 8: OKB şiddeti ile Bağlanma Biçimleri,İçgörü,Zihinselleştirme ve Empati becerileri arasındaki ilişki

Tablo 9: Bağlanma biçimleri ile İçgörü,Zihinselleştirme ve Empati becerileri arasındaki ilişki

Tablo 10: ZÖ puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler

V. EK LİSTESİ

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**EK-2: YALE BROWN OBSESYON KOMPULSİYON DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ**

EK-3: TEMEL EMPATİ ÖLÇEĞİ

EK-4: BROWN İNANÇLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

EK-5: ZİHİNSELLEŞTİRME ÖLÇEĞİ

EK-6: GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA TESTİ

EK-7: ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ

VI. ÖZET

Amaç: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), yalnızca semptom çeşitliliğiyle değil, aynı zamanda bilişsel algısal süreçler ve klinik seyir açısından da belirgin bir heterojenlik sergileyen karmaşık bir ruhsal bozukluktur. Çalışmamızda OKB tanılı bireylerin otojen ve reaktif alt tiplerine göre bağlanma biçimleri, içgörü, sosyal biliş, empati ve zihinselleştirme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmaya, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanı kriterlerini karşılayan 100 hasta ve 50 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Hastalar, klinik görüşme ve Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirilme Ölçeği belirti listesine göre otojen (n=50) ve reaktif (n=50) alt tip olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Tüm katılımcılara tanıyı doğrulamak ve ek tanıları dışlamak için SCID-I, sosyodemografik veri formu, Temel Empati Ölçeği, Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, Zihinselleştirme Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Testi ve Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Otojen ve Reaktif OKB grupları arasında ZÖ-S puanları bakımından anlamlı bir fark olduğu ($p=0,018$), ZÖ toplam, YBOKÖ, TEÖ, BİDÖ, EBBÖ ve GZOT toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) görüldü. Otojen OKB grubunda ZÖ-S puanları, hem reaktif OKB grubuna hem de kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük bulundu ($F=11,93$, $p<0,001$). Otojen OKB grubunda YBOKÖ-obsesyon puanları ile ZÖ toplam ($r=-0,491$, $p<0,001$), ZÖ-S ($r=-0,380$, $p=0,006$) ve ZÖ-M ($r=-0,406$, $p=0,003$) puanları arasında negatif yönde korelasyon, EBBÖ-kaçıngan bağlanma puanları arasında ise pozitif yönde korelasyon olduğu ($r=0,344$, $p=0,016$); YBOKÖ-kompulsiyon puanları ile ZÖ-S puanları arasında negatif yönde ($r=-0,351$, $p=0,012$), EBBÖ-güvenli/güvensiz alt ölçek puanları arasında ise pozitif yönde korelasyon olduğu ($r=0,287$, $p=0,048$) saptandı. Reaktif OKB grubunda ise hem YBOKÖ-obsesyon hem de YBOKÖ-kompulsiyon puanlarının sadece BİDÖ puanları ile pozitif yönde korele olduğu bulundu (sırasıyla, $r=0,298$, $p=0,036$ ve $r=0,513$, $p<0,001$). Otojen OKB grubunda EBBÖ-kaçıngan bağlanma alt ölçek puanları ile ZÖ toplam ($r=-0,325$, $p=0,023$) ve ZÖ-S alt ölçek puanlarının ($r=-0,373$, $p=0,008$), ve EBBÖ-Güvenli/güvensiz alt ölçek puanları ile ZÖ-S alt ölçek puanlarının negatif yönde korele olduğu ($r=-0,371$, $p=0,009$) görüldü. Reaktif OKB grubunda ise EBBÖ-

Güvenli/güvensiz alt ölçek puanları ile ZÖ toplam ($r=-0,396$, $p=0,005$), ZÖ-S ($r=-0,348$, $p=0,015$), ZÖ-M ($r=-0,321$, $p=0,026$) puanları arasında negatif, EBBÖ- Güvenli/güvensiz alt ölçek puanları ile GZOT toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,317$, $p=0,028$) saptanmıştır. Zihinselleştirmeyi yordayan değişkenlerin incelendiği 3 basamaklı hiyerarşik regresyon modelinde, Otojen OKB grubunda ZÖ puanlarının %27'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($R^2=0,27$, $F=3,55$, $p=0,022$) YBOKÖ ve BİDÖ puanları tarafından açıklandığı, TEÖ ve GZOT puanlarının eklenmesiyle ZÖ puanlarının %31'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($R^2=0,31$, $F=2,76$, $p=0,031$) YBOKÖ, BİDÖ, TEÖ ve GZOT puanları tarafından açıklandığı bulundu. EBBÖ güvenli/güvensiz, kaçınan ve kaygılı bağlanma alt ölçekleri modele eklendiğinde ZÖ puanlarını açıklamada modelin istatistiksel açıdan anlamlılığının kaybolduğu, obsesyon puanlarının yordayıcı etkisinin devam ettiği ($\beta = -0,499$, $p= 0,019$), güvenli/güvensiz bağlanma alt ölçek puanlarının ise zihinselleştirme üzerinde anlamlı bir yordayıcı etki göstermediği ($\beta = -0,093$, $p= 0,607$) görüldü. Reaktif OKB grubunda bu 3 basamaklı hiyerarşik regresyon modelinin ZÖ puanlarını açıklamada istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı, sadece EBBÖ- güvenli/güvensiz bağlanma alt ölçek puanlarının ZÖ toplam puanlarını anlamlı olarak negatif yönde yordadığı bulundu ($\beta = -0,415$, $p= 0,019$).

Sonuç: Araştırma bulgularımız otojen OKB alt tipine sahip bireylerde zihinselleştirme becerilerinin, reaktif OKB ve kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde bozulduğunu ortaya koymuştur. Özellikle kendilik temelli zihinselleştirme becerisindeki azalmanın, kaçınan bağlanma biçimiyle ilişkili olduğu ve zihinselleştirme becerisindeki bozulmayı yordayan tek etmenin obsesyon şiddeti olduğu görülmüştür. Reaktif OKB grubunda ise zihinselleştirme becerisinin göreceli olarak korunmuş olduğu ve sadece güvensiz bağlanma biçiminin zihinselleştirme becerisi üzerinde yordayıcı etkisi olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, OKB alt türleri arasında fenomenolojik farklılıklar olduğunu ve otojen alt tipte zihinselleştirme süreçlerinin daha özgün biçimde etkilendiğini göstermektedir. Bulgularımız özellikle bağlanma ve zihinselleştirme odaklı psikoterapötik müdahalelerin otojen OKB'li hastaların tedavisinde daha etkili olabileceğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, zihinselleştirme, empati, içgörü, sosyal biliş, bağlanma

VII. ABSTRACT

Aim: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a complex psychiatric condition characterized by significant heterogeneity, not only in terms of symptom diversity but also in cognitive-perceptual processes and clinical course. The aim of the present study is to examine the relationship between attachment styles, insight, social cognition, empathy, and mentalization abilities in individuals diagnosed with OCD, based on the distinction between autogenous and reactive subtypes.

Materials and Methods: The study included 100 patients who presented to the Psychiatry Clinic and met the DSM-5 diagnostic criteria for Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), along with 50 healthy controls. Based on clinical interviews and the symptom checklist of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, the patient group was divided into two subtypes: autogenous (n=50) and reactive (n=50). To confirm diagnoses and exclude comorbid conditions, all participants were administered the SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV), a sociodemographic data form, the Basic Empathy Scale, the Brown Assessment of Beliefs Scale, the Mentalization Scale, the Reading the Mind in the Eyes Test, and the Adult Attachment Style Questionnaire.

Results: A significant difference was found between the autogenous and reactive OCD groups in terms of Mentalization Scale–Self (MENTS-S) subscale scores ($p = 0.018$), while no statistically significant differences were observed regarding total mentalization scores, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Basic Empathy Scale (BES), Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS), Adult Attachment Styles Questionnaire (AASQ), or Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) total scores ($p > 0.05$). In the autogenous OCD group, MENTS-S scores were significantly lower compared to both the reactive OCD group and the control group ($F = 11.93$, $p < 0.001$). Within the autogenous OCD group, Y-BOCS obsession scores were negatively correlated with total mentalization ($r = -0.491$, $p < 0.001$), MENTS-S ($r = -0.380$, $p = 0.006$), and Mentalization Scale–Others (MENTS-O) scores ($r = -0.406$, $p = 0.003$), while AASQ avoidant attachment scores showed a positive correlation ($r = 0.344$, $p = 0.016$). Moreover, Y-BOCS compulsion scores were negatively correlated with MENTS-S scores ($r = -0.351$, $p = 0.012$), and

positively correlated with AASQ secure/insecure subscale scores ($r = 0.287$, $p = 0.048$). In the reactive OCD group, both Y-BOCS obsession and compulsion scores were positively correlated only with BABS scores ($r = 0.298$, $p = 0.036$ and $r = 0.513$, $p < 0.001$, respectively). In the autogenous OCD group, AASQ avoidant attachment scores were negatively correlated with total mentalization ($r = -0.325$, $p = 0.023$) and MENTS-S scores ($r = -0.373$, $p = 0.008$). Furthermore, AASQ secure/insecure subscale scores were negatively associated with MENTS-S scores ($r = -0.371$, $p = 0.009$). In the reactive OCD group, AASQ secure/insecure subscale scores were negatively correlated with total mentalization ($r = -0.396$, $p = 0.005$), MENTS-S ($r = -0.348$, $p = 0.015$), and MENTS-O scores ($r = -0.321$, $p = 0.026$), while they were positively correlated with RMET total scores ($r = 0.317$, $p = 0.028$). In the three-step hierarchical regression model examining predictors of mentalization, it was found that, in the autogenous OCD group, 27% of the variance in mentalization scores was significantly explained by Y-BOCS and BABS scores ($R^2 = 0.27$, $F = 3.55$, $p = 0.022$). When BES and RMET scores were added, 31% of the variance was significantly explained ($R^2 = 0.31$, $F = 2.76$, $p = 0.031$). However, when the AASQ subscales for secure/insecure, avoidant, and anxious attachment were included in the model, the overall model lost statistical significance in explaining mentalization scores. Nonetheless, the predictive effect of obsession scores remained significant ($\beta = -0.499$, $p = 0.019$), whereas secure/insecure attachment subscale scores did not significantly predict mentalization ($\beta = -0.093$, $p = 0.607$). In the reactive OCD group, the three-step hierarchical regression model was not statistically significant in explaining mentalization scores. However, only the AASQ secure/insecure subscale scores were found to significantly and negatively predict total mentalization scores ($\beta = -0.415$, $p = 0.019$).

Conclusion: Our research findings revealed that individuals with the autogenous subtype of OCD exhibit significantly impaired mentalization abilities compared to both the reactive OCD group and the healthy control group. In particular, the reduction in self-oriented mentalization was found to be associated with avoidant attachment style, and the only factor found to predict the impairment in mentalization ability was the severity of obsessions. In contrast, mentalization abilities appeared to be relatively preserved in the reactive OCD group, with only insecure attachment style emerging as a significant predictor of mentalization. These

results suggest phenomenological differences between OCD subtypes and indicate that mentalization processes are more specifically affected in the autogenous subtype. Our findings highlight that psychotherapeutic interventions focusing on attachment and mentalization may be particularly effective in the treatment of patients with autogenous OCD.



Keywords:

Obsessive-Compulsive Disorder, Mentalization, Empathy, Insight, Social Cognition, Attachment

1.GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) belirti yapısı, kliniği, etiyolojisi ve tedavi yanıtı gibi özellikleri ile heterojenite gösteren süregen bir bozukluktur. OKB'deki bu heterojen klinik, hastalıkla ilişkili çeşitli özelliklerin ilişkilendirilerek gruplandırılması ve daha homojen alt tiplerin tanımlanması konusundaki çalışmalara olan ilgiyi arttırmıştır. Ruh sağlığı kliniğinde heterojenite gösteren bozuklukların homojen alt tiplere ayrılması ile hastalığın gidişi, tanı ve tedavisi, altta yatan psikopatolojilerin tanınması gibi faydalar hedeflenmektedir.

OKB'de tiplendirme genellikle kompulsiyon çeşitlerine göre yapılmakta iken, Lee ve Kwon (2003) etiyoloji, klinik seyir ve tedavi yanıtı gibi farklılıkları nedeniyle obsesyonları otojen ve reaktif obsesyonlar şeklinde tiplendirmeyi önermiştir[1]. Obsesyonların otojen ve reaktif olmak üzere iki alt türe ayrılması, OKB kliniğindeki heterojenliğe sistematik bir çerçeve sunmuştur. Otojen obsesyonlar dış bir uyaran olmaksızın zihne gelen, daha fazla benliğe yabancı, daha çok sıkıntı veren, birey tarafından kabul edilemez olarak değerlendirilen, özellikle cinsel, saldırgan ya da dini içerikli obsesyonlardır. Reaktif obsesyonlar ise, daha çok dışsal bir uyarana bağlı olarak gelişen, daha az rahatsızlık veren, daha az saklama gereği duyulan, genellikle kirlenme, bulaşma, hata yapma ya da simetri gibi konuları içeren obsesyonlardır[1].

OKB'yi alt tipler ile birlikte ele almak, sadece belirtileri anlamak için değil, bu bozukluğun sosyal algısal, bilişsel ve kişilerarası yönlerini de açıklamak bakımından önemlidir. Literatür incelendiğinde daha önce yapılan çalışmalarda OKB'nin duygu tanıma becerisi(empati), dış nesnelerin içsel durumlarının dikkate alınabilmesi(zihinselleştirme), bağlanma biçimleri, zihin kuramı (sosyal biliş becerisi), hastalıkla ilgili içgörü ilişkileri incelenmiş ancak alt tiplendirme ile farklılıkları çalışılmamıştır. Bu çalışmanın amacı ise, OKB için görece daha yeni bir alt gruplandırma olan otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hastalarda zihinselleştirme özellikleri, bağlanma biçimleri, empati yeteneği, zihin kuramı becerisi ve içgörü gibi etiyolojik farklılıkların saptanmasına katkı sağlayacak değişkenlerin incelenmesidir. Böylelikle heterojenite gösteren alt grupların etiyopatogenezinin aydınlatılması, OKB alt gruplarına göre farklı tedavi yöntemlerinin kullanımı gibi fenomenolojik değişikliklere ışık tutulması hedeflenmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.OKB'nin Tanımı:

OKB, belirgin olarak sıkıntı yaratan obsesyonların ve/veya kompulsiyonların olduğu, kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen, dönemsel olarak alevlenme ve iyilik dönemleri gözlenirse de genellikle süreklilik gösteren bir ruhsal bozukluktur[2]. Obsesyonlar zihne istenç dışı gelen, zorlayıcı nitelikte olan, tekrarlayıcı, çaba ile kovulamayan, kişide belirgin kaygı, sıkıntı veya tiksinnmeye yol açan dürtü, düşünce ve imgelerdir[3, 4]. Kompulsiyonlar ise çoğunlukla obsesif düşünceleri hafifletmek için yapılan irade dışı, tekrarlayıcı, abartılı davranışlardır. Kompulsiyonlar hastalığın başlangıç dönemlerinde obsesif düşünceleri hafifletmek için yapılan savunmalar gibi görünse de zamanla denetlenemez bir düzeye ulaşır ve kişinin yaşamını zorlaştırır[2].

2.2.Epidemiyoloji:

OKB, psikiyatrik morbiditenin dünya çapında önde gelen hastalıklarından biridir ve nüfusun %1 ila %3'ünü etkiler[5]. Ülkemizdeki OKB yaygınlığının ise %2-3,7 olduğu tespit edilmiştir[6, 7]. OKB, Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre işlevsellik yitimine en sık neden olan 10 tıbbi durum arasında yer almaktadır[8]. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışma sonuçlarına göre OKB sıklığında cinsiyetler arasında bir farkın olmadığı görülmüş, ancak ülkemizde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında erkeklere kıyasla kadınlarda 3 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır[9, 10]. Bazı yazarlar çocukluk çağında başladığını ileri sürmekle birlikte, OKB genellikle erken erişkinlik çağında başlamaktadır ve en sık etkilenen demografik aralığın 18 ila 29 yaşları arasında olduğu çalışmalarda gösterilmiştir[5, 11, 12]. Ancak erkek cinsiyette kadınlara göre daha erken başlangıç yaşı gözlenmekte olup bozukluk ailesel geçiş, tik bozuklukları, saç yolma bozukluğu ve kötü prognozla ilişkili bulunmuştur[13-15]. OKB'nin çocukluk çağında başlama olasılığının erkek popülasyonda, eşitlik olasılığınsa kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur[4].

2.3.Etiyoloji:

2.3.1. Nörobiyolojik Etkenler:

OKB'nin etiyolojisinin genetik, psikolojik, biyolojik olarak farklı birçok kuram ile açıklanmaya çalışıldığı gözlenmektedir. Son yıllarda biyolojik etkenlerden özellikle beyin görüntüleme ve nöroimmünolojik işlev bozukluğuna dair çalışmaların daha fazla önem kazandığı görülmektedir[16]

2.3.1.1.Genetik Çalışmalar:

İkiz ve aile kümelenmesi çalışmaları, OKB ve ilgili bozukluklara önemli bir genetik yatkınlık olduğunu desteklemektedir. İkiz çalışmalarında, monozigot ikizlerde (%52) dizigot ikizlere (%21) kıyasla daha yüksek konkordans oranları görülmüş ve %48'lik genel bir OKB kalıtım tahmini bildirilmiştir[15, 17]. Birinci derece akrabalarda OKB'nin yaşam boyu tekrarlama olasılığı %6 ile %55 arasında olduğu, ve tik bozukluğunun eşlik ettiği erken başlangıçlı hastalıkta ise kalıtımın rolünün daha yüksek olduğu saptanmıştır[4, 18]. Jonnal ve arkadaşlarının (2000) yaptığı bir çalışmada erken başlangıçlı OKB hastalarında ailevi geçişin daha yüksek olduğu, ve kompulsiyonlara göre obsesyonların daha yüksek oranda ailevi geçiş gösterdiği bulunmuştur[18].

2.3.1.2.Nörokimyasal Çalışmalar:

OKB'nin patofizyolojisinde başlıca serotonin, glutamat ve dopamin olmak üzere nörotransmitterlerin ve nöronal devrelerin rol oynayabileceği yönünde çok sayıda kanıt bulunmaktadır[19].

Serotonin:

Serotonerjik sistem, merkezi sinir sistemi (MSS) ve gastrointestinal (GI) yol boyunca uzanır. MSS'de serotonin (5-HT, 5-hidroksitriptamin), biliş, ruh hali, öğrenme, anksiyete, uyku, hafıza ve ödül işleme dahil olmak üzere geniş bir işlev yelpazesini düzenler. Serotonerjik sistemdeki işlev bozukluklarının, özellikle

depresyon, şizofreni, anksiyete bozuklukları, OKB ve otizm spektrum bozuklukları gibi nöropsikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu düşünülmektedir[19].

OKB’de serotoninin rolüne ilişkin bilgiler klinikte serotonin geri alım inhibitörlerinin obsesif belirtileri yatıştırması sonucu araştırılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda serotonerjik ajanlarla sağlanan yanıtlar noradrenerjik ajanlar ile sağlanamamış ve bunların sonucu olarak MSS serotonerjik sistemdeki işlev bozukluğunun OKB patofizyolojisini açıklayabileceği hipotezi ortaya atılmıştır[22]. Ancak 5-HT taşıyıcısına veya 5-HT_{2a} reseptörüne bağlanan radyoligantlarla yapılan pozitron emisyon tomografi çalışmaları şimdiye kadar OKB hastaları ile eşleştirilmiş sağlıklı hastalar arasında tutarlı farklılıklar ortaya koyamamış, ve bugüne kadar yapılan araştırmalarda OKB’de serotonerjik anormalliklere dair doğrudan kanıt elde edilememiştir[19-21].

Zohar ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada, OKB hastalarında 5HT_{1A}, 5HT_{2c} ve 5HT_{1D} reseptörlerine yüksek afinitesi olan serotonin agonisti m-CPP(Meta-Klorofenilpiperazin) ile OKB belirtilerinde artış görülmüştür. Yapılan farklı çalışmalarda m-CPP’nin presinaptik ve postsinaptik 5HT_{1D} reseptörü üzerindeki etkinliği, 5-HT_{1D} reseptörlerinin OKB patofizyolojisinde önemli bir rol oynadığı hipotezini desteklemiştir [4, 22].

Dopamin:

Bazı OKB hastalarında sadece SSRI tedavisinden yanıt alınamazken, SSRI’a eklenen antipsikotik ajanlar ile birlikte obsesif-kompulsif semptomlarda iyileşme gözlenmesi, metilfenidat gibi dopamin agonisti ajanların obsesif semptomları arttırması OKB patofizyolojisinde dopaminin rol oynadığına kanıt olarak gösterilmektedir. Bu gözlemlerin, OKB’de bazal ganglionlarda artmış dopamin konsantrasyonlarını ortaya koyan nörogörüntüleme çalışma bulguları ile de tutarlı olduğu görülmektedir[23]. Örneğin, tedavi altında olmayan OKB hastalarının sağlıklı gönüllülere kıyaslandığı bir çalışmada, OKB’li bireylerde sağ bazal ganglionlarda dopamin taşıyıcı bağlanma oranlarının arttığını göstermiştir[24]. Son olarak, bazal ganglionlar üzerinde etkili olan dopamin agonisti ajanların hem hayvanlarda[25] hem de insanlarda[26] OKB benzeri davranışlara neden olması, subkortikal dopaminin OKB patofizyolojisindeki olası bir rolü olduğuna işaret etmektedir[23].

Glutamat:

OKB hastalarında yapılan manyetik rezonans görüntüleme(MRG) çalışmalarında, kaudat çekirdekte glutamat konsantrasyonlarının artmış olduğu, ve artmış glutamat konsantrasyonları ile OKB semptom şiddeti arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur[27] [28]. Başka bir çalışmada, 12 haftalık paroksetin tedavisi sonrası kaudat çekirdekdeki glutamat konsantrasyonunun normal değerlere döndüğü saptanmış ve bu bulgu serotoninin glutamaterjik işlevleri düzenleyeci etkisi ile açıklanmıştır [29]. Nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgular sonucu, ventral prefrontal-striatal-talamik devrelerdeki işlev bozukluğunun glutamaterjik-serotonerjik nörotransmisyonadaki anormalliklere aracılık edilebileceği ve OKB patogenezinde rol oynayabileceği ileri sürülmüştür [27].

2.3.1.3.Nörogörüntüleme Çalışmaları:

Nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgulara paralel kortiko-striato-talamo-kortikal(KSTK) devrelerinin OKB'nin patofizyolojisinde rol oynadığını ortaya koymuştur[30]. Bu devrelerin ana yapılarını anterior singulat girus, orbitofrontal bölge(OFC), talamus ve bazal ganglionlar oluşturmaktadır[19]. KSTK yönetici işlevler, ödül ve motivasyonla ilgili süreçler, alışkanlık temelli davranışlar, ve tepki inhibisyonundan sorumludur[19, 31, 32]. KSTK devreleri frontal korteksten başlar, frontal-kortikal bölgelerden striatuma ve ardından talamik bölgelere projeksiyon yapar ve buradan kortekse geri döner[30, 32, 33]. Bu devrelerdeki doğrudan ve dolaylı yolların talamus üzerinde zıt etkileri vardır, ve bu da artan (yani doğrudan yol) veya azalan kortikal uyarılma (yani dolaylı yol) ile sonuçlanır. Bu iki yol arasındaki dengesizliğin (özellikle anterior singulat korteks ve bazal ganglionlarda) OKB patolojisine katkıda bulunduğu, yani davranışın başlatılması ve bastırılması için kritik olan doğrudan yoldaki aşırı aktivitenin KSTK devresinin hiperaktivitesine yol açan pozitif bir geri bildirim döngüsü yarattığı düşünülmektedir[34].

Nörogörüntüleme çalışmaları OKB hastalarında özellikle orbitofrontal korteksi (OFC) ilgilendiren KSTK devrelerinde işlev bozuklukları ile birlikte OFC hacminin azalması gibi yapısal anormallikleri ortaya koymuştur. Fonksiyonel MR görüntüleme çalışma bulguları, OKB semptom provakasyonu esnasında ortaya çıkan

lateral OFC’de aktivite artışı ile OKB semptom şiddeti arasında pozitif korelasyon olduğunu, ve OFC’deki aktivite artışının daha az olmasının tedaviye iyi yanıt ile ilişkili olduğunu göstermiştir[32, 35].

Son yapılan çalışmalarda, medial ve lateral OFC'nin farklı işlevlere sahip olduğu (duygusal, ödül ve korkuyla ilgili bilgilerin işlenmesi gibi) OKB'de hiperaktif veya hipoaktif olduğu belirlenmiştir(48). Bununla birlikte, başlangıçtaki görüntüleme çalışmaları çoğunlukla kaudat anormalliklerine işaret ederken, nükleus akumbens (NAC) ve ventral kapsüldeki bitişik yapılar son zamanlarda OKB'de terapötik müdahale için derin beyin stimülasyonunun(DBS) başarılı bir hedefi olmuş ve semptomların azalmasına yol açmıştır[36, 37].

2.3.2.Psikososyal Etkenler:

2.3.2.1.Psikodinamik Kuram:

Regresyon, yani gerileme (bireyin erken gelişim dönemlerindeki nesne ya da dürtülerine yeniden saplanması) psikanalitik açıdan saplantılı nevrozların oluşumundaki merkezi düzenektir. Freud’a göre obsesif nevrozlarda libidoda anal döneme regresyon ve saplanma söz konusudur[19, 38]. Libidonun genital organizasyonu regresyon ile terk edilir, ödipal dürtülerin yerini sadistik dürtüler alır. Bu şekilde erotik bileşenler sadistik olandan ayrılır böylece ödipal dönemin yarattığı kaygı bastırılmaya çalışılırken anal döneme ait çatışmalar söz konusu olmaktadır[38, 39]. Anal sadistik evrede kişi nesnesine yönelik çiftdeğerli duyguları bir arada taşır, bu durum klinikte kararsızlık ve tereddütlerde kendisini göstermektedir. Obsesif kişilerde her eylem, düşünce ve isteğin hem olumlu hem de olumsuz yanları vardır [4].

Freud, yalıtma (izolasyon), yapma bozma (undoing) ve karşıt tepki oluşturmaya (reaksiyon formasyon) obsesyonel nevrozların temel savunma düzenekleri olarak tanımlamıştır. Kişi sadistik dürtüleri bu savunma düzenekleri ile bilinçdışında tutmaya çalışır. Öfke ve saldırganlık karşısında sevgi, kin ve nefrete karşı kibar ve nazik, kirlilik eğilimlerine karşı aşırı düzen ve titizlik gözlenmektedir[4, 39]. Yapma bozma düzeneğine örnek olarak yineleme kompulsiyonları verilebilir. Yalıtma ile düşüncelerin duygusal yükü ayrıştırılır,

bilince duygularından arınmış olan düşünceler ulaşır bu şekilde düşünce bilinçten uzaklaştırılamamış ancak kişide benliğe yabancı olarak duygudan yoksun olarak algılanmıştır ve sıkıntı bir nebze de olsa azaltılmıştır[19].

2.3.2.2.Bilişsel Davranışçı Kuram:

Davranışçı görüş:

Davranışçı görüşe göre obsesyon ve kompulsiyonlar öğrenilmiş, koşullandırılmış davranış örüntüleridir[4]. Mowrer hem edimsel hem klasik koşullanmayı içeren iki aşamalı bir model geliştirmiştir. Mowrer, korkuyla ilişkilendirilmiş koşullu uyaranlardan kaçılarak, sonrasında ise kaçınarak anksiyetenin azaltılmasının klasik koşullanmayla öğrenildiğini, edimsel koşullanma ile ise sürdürüldüğünü öne sürmüştür[19]. Kurama göre obsesyonlar kaygı doğuran koşullu uyaranlar, kompulsiyonlar ise kaygıyı gidermek için öğrenilen ve kaygının azalmasıyla da pekiştirilen kaçınma davranışlarıdır. Kompulsif eylemler ya da ritüellerin gerçekleştirilmesi geciktirilirse anksiyetenin yavaş bir şekilde de olsa azalması, tepki engelleme ve alıştırma temelli davranışçı tedavi yaklaşımlarının temellerini oluşturmuştur[40].

Bilişsel Davranışçı Model:

Bilişsel Davranışçı modele göre klinik obsesyonlarla normal zorlayıcı düşünceler arasındaki fark obsesif hastaların bu düşünceleri zararın önlenmesinden sorumlu olabilecekleri şeklinde yorumlamalarından kaynaklanmaktadır. OKB'li birey bu zihinsel etkinliği kendi sorumluluğunun göstergesi olarak hatalı yorumlar. Hatalı değerlendirmeler sonucu kişi yaşadığı sıkıntıyı azaltmak için kontrol stratejileri üretir ve bunlar klinik olarak kompulsiyonlar şeklinde karşımıza çıkar. Kompulsiyonlar kısa vadede obsesyonun neden olduğu sıkıntılarda bir miktar azalma sağlar ve kişinin obsesyonları üzerinde algıladığı kontrolü artır. Ancak, uzun dönemde, hatalı değerlendirmeler ve kontrol stratejileri, zorlayıcı düşüncelerin hem belirginliğinin hem de sıklığının artmasına neden olur. Bilişsel davranışçı kurama göre artmış sorumluluk algısı ve bu durumun sıkıntı veren düşünceleri sıkı bir şekilde kontrol etmeye çalışması OKB'nin etiyolojisini oluşturur[19].

2.4. Klinik Özellikler:

Latince ele geçirilmek, kuşatılmak anlamına gelen obsidere sözcüğünden türeyen obsesyon terimi, klinikte kişinin kendisini rahatsız eden, tekrarlayıcı ve süreklilik arz eden düşüncelerden kurtaramaması anlamında kullanılır[34]. OKB, kişinin isteği dışında aklına gelen, rahatsız edici, yineleyici düşünce, imge ve dürtüler olarak tanımlanan obsesyonlar (takıntılar), veya kişinin obsesyonlarına yanıt olarak gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, tekrarlayıcı, ritüelleştirilmiş davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlar (saplantılar) veya her ikisi ile karakterizedir. Hastaların çoğunda(%75) hem obsesyonlar hem de kompulsiyonlar vardır[41]. Çoğu hasta, hastalık sırasında bir noktada semptomların anlamsız veya aşırı olduğunu kabul edebilir. Uygulamada, iyi ile kötü arasında değişen bir içgörü aralığı vardır ve bazı hastalarda içgörü yoktur[42]. Semptomlar öznel sıkıntıya neden olur, zaman alıcıdır (günde 1 saatten fazla) ve/veya işlevselliği olumsuz yönde etkiler[41].

Tablo 1. Belirti Boyutlarının Obsesyon ve Kompulsiyonlara Göre Ayrımı

Belirti Boyutları	Obsesyonlar	Kompulsiyonlar
Bulaş Obsesyonları/Temizlik Kompulsiyonları	Mikroorganizma, bedensel atıklar, toksin, çöp, hayvan atıkları, vb. ile bulaş	Bulaş obsesyonlarına ikincil törensel el yıkama, tuvalet rutinleri, yıkanma, vb.
Saldırganlık Obsesyonları/İlişkili Kompulsiyonlar	Eylemler veya eylemsizlik nedeniyle kendisine veya başkalarına zarara yönelik	Zararı önlemek için yapılan eylem ya da zihinsel ritüeller
Dini-Cinsel Obsesyonlar/İlişkili Kompulsiyonlar	Ensest, eşcinsellik gibi cinsel içerikli veya tanrı, dini ilkelere saygısızlık, vb.	Kompulsif ibadet etme, obsesyonlara ikincil ritüelistik davranışlar, zihinsel kompulsiyonlar
Simetri-Sayma-Sıralama-Düzenleme Obsesyon ve Kompulsiyonları	Yapılan işlerin sırayla, mükemmel, tam yapılması şeklinde	Tekrarlayan okuma-yazma-kontrol etme, hizalama, sayma şeklinde
Bedensel obsesyonlar/İlişkili Kompulsiyonlar	Bir beden sağlığı olduğu şeklinde (hipokondriyadan ayırt edilmeli*)	Tekrarlayan hekim başvuruları, tetkik yenileme şeklinde kompulsiyonlar

*Hipokondriyada başvuru tedaviye değil, açıklamaya yöneliktir, içgörü daha kötüdür; OKB hastalarında ise ruhsal hastalığın varlığına yönelik içgörü daha yüksek olup benliğe yabancı rahatsız edici hastalık düşüncesi zihinden uzaklaştırmamaktadır[19].

Obsesyon ve kompulsiyon belirtileri kişiler arasında çok çeşitli olmakla birlikte hastaların yaklaşık %33-60'ında birden fazla obsesyon ve %38-48'inde birden fazla kompulsiyon bir arada bulunmaktadır[43, 44]. Obsesyonlar kirlenme, simetri, saldırganlık, cinsel, dini, somatik; kompulsiyonlar ise yıkama, kontrol, sayma, tekrarlama şeklinde sınıflandırılabilir[45]. Klinikte en sık gözlenen obsesyon tipi bulaş obsesyonu, en sık görülen kompulsiyon tipi ise kontrol kompulsiyonlarıdır[46].

OKB obsesyonlar ve kompulsiyonlarla karakterize olmasına rağmen, bireyler arasında semptomların çeşitliliği ve tedavi yanıtlarının farklılığı ile yüksek düzeyde heterojenlik gösterir[47-49]. Bu heterojenite, ruhsal bozukluğun homojen alt tiplerine yönelik araştırmaları beraberinde getirmiştir ancak evrensel olarak kabul görmüş bir

taksonomi halen mevcut değildir[49]. Lee ve Kwon (2003) obsesyonları otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar olarak iki alt grupta sınıflandırmayı önermişlerdir[1]. Bu alt türler, uyarıcılarının tanımlanabilirliği, uyarıcılar ile düşünce içerikleri arasındaki ilişki, içerik özellikleri, kişinin öznel deneyimleri ve bilişsel süreçler gibi farklılıklar göstermektedirler. Otojen obsesyonlar, tanımlanabilir bir uyarıcı olmadan da aniden bilince gelen, benliğe yabancı ve itici olarak algılanan, cinsel, saldırganlık, toplum kurallarına uymayan veya ahlaki olmayan düşünceler, imgeler ve/veya dürtülerden oluşur. Reaktif obsesyonlar ise, tanımlanabilir bir dışsal uyarıcı tarafından tetiklenme eğiliminde olan, uyarana karşı eyleme geçmenin nispeten mantıklı olarak algılandığı, kirlenme, bulaş, kaza, hata, asimetri gibi obsesyonları içerir. İki alt tip arasında tedavi yanıtı bakımından da farklılıklar mevcuttur. Otojen obsesyonların bilişsel tedavilere daha iyi yanıt verirken klasik davranışçı tedavilere iyi yanıt vermediği, reaktif obsesyonların ise klasik davranışçı tedavilere daha iyi yanıt verdiği belirtilmektedir[1].

Lee ve arkadaşları (2005) reaktif obsesyonların otojen obsesyonlara kıyasla anksiyete bozukluklarındaki düşünce yapısına daha benzer olduğunu belirtmiştir. Otojen obsesyonların ise daha tuhaf, daha gerçek dışı, daha kabul edilemez ve gerçekleşmesi daha olasılık dışı olarak algılandığını, ve otojen obsesyonları olan bireylerin tetikleyicilerin farkına varamadığını ileri sürmüştür[50].

Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2006) otojen ve reaktif obsesyonu olan hastaları hastalık başlangıç yaşı, cinsiyet ve eştanı bakımından karşılaştırdıkları çalışmalarında, otojen obsesyonlu grupta erkek cinsiyetin daha fazla ve hastalık başlangıç yaşının daha geç olduğu, reaktif obsesyonlu grupta ise zihinsel kompulsyonların daha az olduğu bulunmuştur[51].

2.5.Tanı ve Sınıflandırma:

OKB resmi olarak ilk kez Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın ilk sürümünde (DSM-I) Obsesif-Kompulsif Reaksiyon adı ile tanımlanmıştır[52]. DSM-II'de Obsesif-Kompulsif Nevroz olarak söz edilmiştir[53]. Sınıflandırma sistemlerinde günümüze en yakın tanım ise ilk kez DSM-III ile

yapılarak Obsesif-Kompulsif Bozukluk olarak adlandırılmıştır[54]. DSM-III-R’de OKB günlük yaşamı aksatan, en az bir saat süren obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmıştır[55]. DSM-IV’te “Anksiyete Bozuklukları” başlığı içerisinde değerlendirilmiştir[56]. DSM-5 (APA, 2013) ile birlikte obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluklarından ayrı bir kategori olarak “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır[3]. Bu kategorideki bozuklukların ortak özelliği tekrarlayan davranışların varlığıdır. Bu nozolojik yenileme, OKB'yi panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu veya sosyal anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarından ayıran artan nörobiyolojik ve tedavi yanıtı verilerini yansıtmaktadır[57, 58]. Bu değişiklik, OKB'de anksiyetenin olmadığı anlamına gelmemekle birlikte, OKB’de anksiyete hastalığının belirgin bir özelliğidir. Öte yandan, anksiyete bozukluklarında sıklıkla bulunan belirli korkular veya fizyolojik uyarılma, bazı OKB formlarında daha az belirgindir. Örneğin, kesinlik veya simetri takıntıları olan hastalar, anksiyeteden kurtulduklarını tanımlamak yerine, ilişkili ritüellerini tam hissedene kadar gerçekleştirdiklerini bildirebilirler[41]. Benzer şekilde, bedensel atıklarla ilgilenen hastalar, hastalık gibi korkulan bir sonuçtan korkma yaşamak yerine birincil duygusal itici güç olarak "iğrenmeyi" bildirebilirler[59]. Bu tür örnekler, bu fenotipik farklılıkların aynı zamanda bazı OKB formlarını anksiyete bozukluklarından ayıran farklı nörobiyolojik devrelere işaret edip etmediği sorusunu akıllara getirmektedir[41, 59-61].

“DSM-5’e göre OKB tanı kriterleri;

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar;

- 1. Kaygı miktarında artışa neden olan, istenmeyen, tekrarlayan ve ısrarlı olan düşünce, iç zorlanma ve düşlemler*
- 2. Kişi bu düşünce, iç zorlanma ya da düşlemi baskılama, görmezden gelme, ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yansızlaştırma girişimlerinde bulunur*

Kompulsiyonlar;

- 1. Bir obsesyona tepki olarak ya da belirli kurallara göre yapılan ve katı bir biçimde uygulanan tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir.*

2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler kaygıyı gidermek ya da korku yaratan bir durumu önlemek için tasarlanır; ancak etkisizleştirmek ya da önlemek üzere tasarlanan şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır.

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

Ayrıca DSM-5 sınıflandırmasında içgörü belirleyicisi eklenmiş olup içgörüsü iyi olan, kötü olan ve olmayan şeklinde üç sınıflandırma eklenmiştir.

2.6. OKB Tedavisi

2.6.1.İlaç Sağaltımı

OKB hastalarının önemli bir kısmının medikasyondan klinik olarak anlamlı yarar sağladığı bilinmekte olup ilk basamak tedavi seçici seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve klomipramindir[4, 19]. SSRI'lar iyi yanıt oranları ve olumlu uzun vadeli sonuçlar sunar[62, 63], ancak klomipraminin etkililik çalışmalarında olası hafif bir üstünlüğü vardır[64, 65]. Yan etkilerinin daha az rahatsız edici olması nedeniyle SSRI'lar ile tedaviye uyum klomipraminden daha fazla olmaktadır[4]. Sistematik bir derlemede SSRI'ların (fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, sitalopram ve paroksetin) etkililik açısından önemli farklar göstermedikleri bulunmuştur[66]. SSRI tedavisine yanıt, majör depresyon veya anksiyete bozuklukları olanlara göre OKB'li hastalarda daha gecikmiş olabilir. Yüksek dozda SSRI kullanımı daha iyi klinik yanıtlar ile ilişkilendirilmiştir[19, 65].

OKB'de aile öyküsü olması, saldırganlık, orbitofrontal korteks hipometabolizması ve sağ kaudat çekirdek hipermetabolizması SSRI tedavisine yanıt verme olasılığının yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir[67, 68]. Biriktirme davranışı, cinsel, dini ve somatik obsesyonlar, zayıf içgörü, eşlik eden şiddetli depresif epizot, daha yüksek düzeyde morbidite ve sınırlı tedavi yanıtıyla ilişkili bulunmuştur[4, 69-71].

2.7.Bağlanma Kuramı ve Bağlanma Biçimleri:

Bir çocuk psikiyatristi olan John Bowlby 1969-1980 yılları arasında bağlanma kuramını geliştirerek, kişilerin yaşamın erken dönemlerinde kurdukları bağların, sosyal ve duygusal gelişimlerini nasıl şekillendirdiğini açıklamaya çalışmıştır. Bu kurama göre bağlanma, kişinin hayatta kalması için temel bir gereksinim olup güvenlik sağlamak amacıyla bakım verene yönelme ihtiyacı ortaya çıkmaktadır[72]. Bowlby, insanlarda bağlanma davranışının evrimsel bir uyum süreci olduğunu ve insanların tehlikelere karşı kendilerini savunmak amacıyla bağlanma figürlerine yaklaşma ihtiyacı duyduklarını savunmuştur. Çocuğun bakım vereni ile kurduğu sıcak, karşılıklı, duyarlı bir ilişki, güvenli bir bağlanma oluşturur ve bu ilişki, çocuğun stresle başa çıkma yeteneğini geliştirmekte ve duygusal denge sağlamaktadır[72]. Bu konuda yapılan araştırmalar ile Bowlby'nin bağlanma kuramı genişletilmiş ve dört bağlanma stili tanımlanmıştır;

- **Güvenli Bağlanma:** Bakımverenle yeterli, tutatlı, süreklilik gösteren bir ilişki söz konusudur.
- **Kaçınan Güvensiz Bağlanma:** Bakımverenin çocuğun ihtiyaçlarına cevapları kısıtlı ya da yetersizdir.
- **Kaygılı/Kararsız Bağlanma:** Bakımverenin yanıtları değişkenlik göstermektedir, zaman zaman ihtiyaçlara karşı ilgisiz kalmakta, zaman zaman ise yetersiz cevap vermektedir.
- **Dezorganize Bağlanma:** Bakımveren ile tutarlı bir ilişki mevcut değildir. Çocuk genellikle korku ve tedirginlik içindedir.

Bağlanma sistemi işleyişindeki bireysel farklılıkların bağlanma kaygısı ve bağlanma kaçınması olarak birbirine dik iki boyut boyunca organize edildiği ileri sürülmektedir[73]. Yüksek bağlanma kaygısı seviyelerine sahip bireyler, ihtiyaç duydukları zamanlarda başkalarının ulaşılabilir olmayacağından endişe ederler. Bu nedenle, bağlanma kaygısı, tehdit ve abartılı sorumluluğun aşırı tahmin edilmesi ve yanlış yorumlanmasıyla karakterize edilen çeşitli kaygı semptomları için bir kırılma faktörü olarak kabul edilir. Buna karşılık, bağlanma kaçınması, bireylerin başkalarının yardım ve destek sağlama isteğine güvenmeme derecesi ve diğerlerinin güvenilmez olduğunu yansıtan bir kavram olarak kavramsallaştırılmıştır[74]. Bağlanma kaçınması, başkalarına karşı algılanan bağımlılıktan kaçınmak için

kişilerarası ilişkilerden uzaklaşma, bastırma gibi etkisizleştirme stratejilerinin kullanımıyla ilişkilendirilmiştir [73, 74]. Van Leeuwen ve ark (2020), bağlanma kaçınmasının gerçekçi olmayan, yüksek kişisel standartlar belirlemekle ilişkili olduğunu ve bireyin düşüncelere ve bu düşünceleri kontrol etme ihtiyacına yüksek derecede önem vermesine katkıda bulunarak OKB semptomlarını etkileyebileceğini vurgulamıştır[75].

Güvensiz bağlanmanın bireyde dünyaya ve kendine ilişkin işlevsiz inançların oluşmasına yol açarak OKB semptomatolojisi ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür[76]. Yetişkin bağlanma sisteminin duygusal bir düzenleme sistemi gibi çalışarak intruzif düşüncelerin obsesyonlara dönüşmesini artırabileceğini veya önleyebileceğini iddia edilmiştir [77, 78]. Doron ve ark.(2005) güvensiz bağlanma biçimlerinden hem kaygılı bağlanma hem de kaçınan bağlanma biçimlerinin obsesif kompulsif semptomlara katkıda bulunabileceğini öne sürmüştür[77]. OKB’de erişkin bağlanma biçimlerini araştıran literatür verileri gözden geçirildiğinde, obsesif-kompulsif bozuklukta (OKB) hangi güvensiz bağlanma biçiminin rol oynadığına dair kesin bir kanıt elde edilememiştir. Bazı çalışmalar hem kaygılı hem de kaçınan bağlanmanın obsesif inançlar ve obsesif-kompulsif semptomatoloji ile ilişkili olduğunu ortaya koyarken, diğer bazı çalışmalarda ise yalnızca kaygılı bağlanma OKB şiddetiyle önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur[79].

Başka bir çalışmada, OKB hastalarında kaygılı bağlanmanın daha yaygın olduğu ve birincil OKB semptomatolojisi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir[76]. Yakın zamanlı bir çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlük ve kontrolünü kaybetme inançlarının, kaygılı ve kaçınan bağlanma ile OKB belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bildirilmiştir[80]. Yine yeni yayınlanmış bir çalışmanın sonuçları, OKB ile kaygılı ve kaçınan bağlanma arasındaki ilişkinin duygu düzenleme bozukluğu aracılığıyla gerçekleştiğini göstermiştir[81].

Leeuwen ve ark. yaptıkları bir çalışmada güvensiz bağlanma stiline sahip bireylerin, stresli anlarda hem kendilerine dair düşünceleri hem de başkalarıyla ilişkilerini daha yoğun şekilde zihinselleştirdiklerini(mentalize ettiklerini) gösteriyor olabileceğini göstermişlerdir[82].

2.8. Zihinselleştirme Becerisi:

Peter Fonagy ve Mary Target (1997) tarafından geliştirilen zihinselleştirme (mentalizasyon) kavramı, kişinin kendisinin ve başkalarının zihinsel durumlarını (duygu, düşünce, niyet ve inançlar) anlamlandırma ve bu zihinsel durumları davranışlarla ilişkilendirme becerisi; başka bir deyişle kişinin davranışlarını zihin süreçleri üzerinden açıklama kapasitesidir[83-85]. Zihinselleştirme, duyguları düzenleme, sağlıklı ilişkiler kurma ve sosyal iletişim için kritik bir beceridir. Zihinselleştirme becerisi ile kişi kendi zihin durumlarını başkalarınınkinden ayırabilir, bu beceri ile empati desteklenir[85]. Bu kavram, *Zihin Kuramı* (Theory of Mind) ile ilişkili olmakla birlikte, Fonagy'nin yaklaşımı daha çok kişinin kendisini ve başkalarını duygusal ve kişilerarası açıdan anlama kapasitesine vurgu yapar. Zihinselleştirme, bireyin sosyal ilişkilerde etkili bir şekilde hareket etmesini ve istikrarlı, tutarlı bir benlik duygusu geliştirmesini sağlayan bir dizi yetiyi yansıtır[86].

İçsel yaşantılar dış dünyayla süreklilik içerisinde değil, aksine kopuk bir biçimde deneyimlenir ancak bu zihinsel durumlar, bireyin geri kalan zihinsel dünyasıyla da bütünleşmemektedir[84]. Zihinselleştirme, işte bu iki işleyiş biçiminin birleşmesi yoluyla gelişmektedir. Bu entegrasyon sayesinde, düşünceler ve duygular, semboller olarak deneyimlenebilir hale gelir; içsel ve dışsal gerçeklik birbirine bağlı ama ayrı olarak kavranabilir, yani ne tamamen özdeşleşmiş ne de bütünüyle ayrılmışlardır[84].

Fonagy (2004) Bowlby'in güvenli bağlanma görüşünü temele alarak, anne çocuk arasında gelişen güvenli bağlanmanın çocuğun mentalizasyon kapasitesinin gelişimini sağladığını belirtmiştir. Güvenli bağlanma yoluyla çocuk, annesinin zihnini araştırma ve keşfetme olanağı bulur. Bebek annesinin yüzüne baktığında annesinin yüz ifadelerinden kendisini ve nasıl hissettiği görebilmeli; anne de yüz ifadeleriyle bebeğin ne hissettiğini ona geri yansıtabilmelidir. Ancak bu şekilde bebek hissettiği şeyin ne olduğunu anlayabilmektedir. İşte bu süreç sonucu gelişen beceriye mentalizasyon adı verilmektedir[87].

Zihinselleştirme becerisi ve bağlanma kavramları, kişilik örgütlenmesinin temelini oluşturur. Kişinin kendisini ve başkalarını zihinsel etmenler olarak

düşünebilmesi, öznel benlik deneyiminin bütünlüğü ve başkalarıyla anlamlı kişilerarası etkileşimler kurabilmesi açısından gereklidir[86]. Gelişimsel olarak, içsel durumların tanınması ve simgesel olarak temsil edilmesi ancak bebek, bu içsel durumları bakımverenin aynalayıcı tepkileri içinde “gözlemleme” fırsatı bulduysa sağlam bir biçimde gelişebilir[88]. Psikodinamik bir bakış açısından, zihinselleştirme becerisinin, güvenli bağlanma tarafından büyük ölçüde desteklenen kişilerarası bir gelişimsel başarı olduğu öne sürülmektedir[83, 89].

Zihinselleştirme, sabit birleştirici bir boyut değil, kişilerarası ilişkilerde bağlanma bağlamında özel bir öneme sahip, çok yönlü ve dinamik bir beceridir. Zihinselleştirmedeki geçici aksamalar, normal işleyişin bir parçasıdır ancak stres altında bile zihinselleştirmeye devam edebilme yeteneği güçlü zihinselleştirme becerisinin belirgin özellikleridir. Zihinselleştirme, güvenli bağlanma ile güçlü bir şekilde ilişkilidir[89, 90]. Başka zihinlere yönelik farkındalık, olgun zihinselleştirme seviyelerinin en iyi göstergelerinden biridir ve duygular, düşünceler, deneyimler ve istekler keşfetmek için içsel özgürlük duygusuyla ilişkilidir [85]. Bu zihinsel keşifteki güven, hem olumlu hem de olumsuz deneyimlerle motive olabilir ve yardım isteme ve kabul etme becerisini de destekler[88].

Zihinselleştirme ve psikopatoloji ilişkisi Baron-Cohen ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada ilk kez incelenmiş, çalışmada otizm ile zihin kuramı ilişkilendirilmiştir[91]. Wagner-Skacel ve arkadaşlarının (2022) zihinselleştirme ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, somatizasyon, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan hastaların zihinselleştirme becerilerinin daha kötü olduğu, güvensiz bağlanmanın zihinselleştirme becerisi ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur[92]. Chung ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada, otizm ve şizofreni hastalarının zihinselleştirme yeteneğinde benzer biçimde zorluklar yaşadığı bulunmuştur[93].

Son yıllarda, psikopatolojiye yönelik zihinselleştirme yaklaşımına dayalı olarak yaşam boyu yaygın zihinsel bozukluklar ve sorunlar üzerine yapılan çalışmalarda bir artış olduğu görülmektedir. Bağlanma bozukluklarının ve çocukluk çağı zorlantılarının anksiyete ve depresif bozukluklara karşı duyarlılığı açıklamadaki rolünü, bu sorunların zihinselleştirme üzerindeki olumsuz etkisini- göstermiştir[94]. Zihinselleştirmedeki bozulmalar ayrıca remisyonadaki depresyon hastalarında da

gösterilmiş ve nüks riskinde artışla ilişkilendirilmiştir [94]. Bu bulgular doğrultusunda, hem bilişsel davranışçı hem de psikodinamik yaklaşımlar, depresyondaki psikolojik dinamiklerin içeriğine odaklanan tedavilerden, özellikle kronik depresyonu olan hastalarda zihinselleştirme veya metabilis sürecine de odaklanan tedavilere kaymıştır[95].

Literatür incelendiğinde, OKB ve zihinselleştirme arasındaki ilişkiyi inceleyen kısıtlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Klinik olmayan örnekleme yürütülen yakın zamanlı bir çalışmada, çocukluk çağı travmalarından kaynaklanan zihinselleştirme bozukluklarının obsesif kompulsif belirtilerin gelişimine katkıda bulunabileceği belirtilmiştir[96]. Pino ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışmada, zihinselleştirme becerisi TEÖ bilişsel alt testi ile ölçülmüş, OKB'li kişilerin başkalarının söylediklerinin ve yaptıklarının anlamını anlamakta zorluk çektiğini ve genellikle diğer kişinin bakış açısını almakta zorlandıkları bulunmuştur[97]. Literatürde zihinselleştirme ve obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinin ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2.9.Zihin Kuramı (Theory of Mind, ToM):

Zihin Kuramı (ZK), bireyin sosyal iletişimi, duyguları anlama becerisi gibi işlevleri için kritik bir süreçtir. Baron-Cohen ve arkadaşları (2001) ZK'nı bir sosyal beceri olarak tanımlamış ve başkalarının ne istediğini, neyi bildiğini, neye inandığını veya nasıl hissettiğini anlamak olarak tanımlamıştır[91]. Zihin kuramı ve zihinselleştirme kavramlarının her ikisi de zihin durumunu anlama becerisini ifade etmesi nedeniyle sıklıkla birbirleri yerine kullanılmaktadırlar. Peter Fonagy (2018) zihinselleştirmeyi hem kişinin kendisinin hem de çevresindekilerin zihinsel durumlarını anlama becerisi olarak tanımlayarak, zihinselleştirmenin zihin kuramını da kapsayan ancak daha geniş bir kavram olarak tanımlamıştır[84]. Zihin kuramının sosyal-bilişsel ve sosyal-algısal olmak üzere iki bileşeni mevcuttur; bilişsel süreç akıl yürütme sürecini yansıtırken, algısal süreç doğrudan gözlemlenebilir bilgiye dayanır. ZK, hem sosyal hem de bilişsel becerileri birleştiren bir işlevdir ve bireylerin sosyal etkileşimlerde başarılı olmaları için kritik bir rol oynar. Bu özelliği ile ZK, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik rahatsızlıklarda işlevsel bozuklukların anlaşılmasında önemli bir çerçeve sunabilir[98].

Zihin kuramı ile OKB ilişkisi araştırmacılar tarafından halen çalışılmakta olup net bir fikir birliği oluşmamıştır. Yapılan bazı araştırmalarda GZOT skorlarının OKB grubunda daha düşük olduğu[99], bazı araştırmalarda ise normal popülasyondan farklı olmadığı, OKB tanılı kişilerin algısal ZK skorlarından ziyade sosyal-bilişsel testlerde belirgin zorluk yaşadığı bulunmuştur[100, 101]. İnanç ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada tedaviye dirençli OKB hastalarında içgörü ve ZK becerileri incelenmiş, çalışmada içgörünün en güçlü yordayıcısının GZOT skorları olduğu bulunmuştur[99]. Kara ve arkadaşlarının (2024) yaptığı bir takip çalışmasında OKB tanılı ergenlerin GZOT skorlarının başlangıçta normal popülasyondan düşük olduğu, takiplerde ise artış gösterdiği bulunmuştur[102]. Liu ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada ise önceki çalışmalar ile tutarlı olarak OKB'de ZK'nın sosyal algısal bileşeninin korunmuş olabileceği söylenmiş ve ikincil ZK becerilerini test edebilmek için Yoni görevi kullanılmış, OKB hastalarında seçici bozulmalar olduğu gösterilmiştir[103].

2.10. Empati Becerisi:

Empati, bir başkasının düşünce, duygu ve olay veya durumlara yönelik bakış açılarını anlama ve bu duyguları paylaşabilme kapasitesi olarak tanımlanabilir, hem duygusal (bir başkasının duygularını paylaşabilme) hem de bilişsel (bir başkasının hissettiklerini veya düşündüklerini anlama bileşenleri içerir[104].

OKB'de empati üzerine çok az çalışma yürütüldüğü görülmektedir[100]. Bazı çalışmalar OKB'li kişilerde daha yüksek düzeyde empati olduğunu belirtirken[105], diğer çalışma sonuçları kişi tarafından bildirilen duygusal empatinin daha düşük olduğunu göstermektedir[97]. İki çalışmada, OKB'li hastaların empati becerisinin bir ölçüsü olarak kişilerarası tepkisellik indeksi(IRT) ile değerlendirildiğinde önemli ölçüde daha yüksek seviyelerde duygusal empati(empatik endişe ve kişisel rahatsızlık) sergilediğini bulmuşlardır[105, 106]. Yapılan öz bildirim çalışmalarında, OKB'li hastaların başkalarının sıkıntıları veya benzer duygusal tepkileri ile karşılaştıklarında artan empatik sıkıntı yaşadıklarını göstermektedir; bu durum duygu paylaşımının bozulmamış ve muhtemelen abartılı olduğunu gösterebilir[100].

2.11.İçgörü

İçgörü, kişinin kendi deneyimlerinin nedenlerinin ve anlamının farkında olabilme yetisidir[107]. Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişiler için içgörü, genellikle OKB semptomlarının mantık dışı doğasını fark etme becerisi olarak tanımlanır[57]. Son zamanlarda içgörü; bilişsel, motivasyonel ve algısal süreçleri de içeren karmaşık ve çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanmaktadır[108]. OKB hastalarının içgörülerinin zayıf ile kuvvetli uçlar arasında bir yelpaze oluşturduğu kabul edilmektedir[109]. Tarihsel olarak içgörü farklı şekillerde tanımlanmıştır. Kozak ve Foa, zayıf içgörüyü “aşırı değer verilmiş düşünceler” olarak tanımlamış; DSM-IV alan çalışmaları ise bu durumu “sabit inançlar” olarak ifade etmiştir[110]. Günümüzde ise DSM-5 içgörü düzeyini “iyi/orta düzeyde içgörü”, “zayıf içgörü” ve “içgörüsüzlük (delüzyonel inançlar)” olmak üzere üç ayrı belirtici ile ele alır, ve artık OKB tanısı almak için bireyin semptomlarının mantıksız olduğunun farkında olması zorunlu değildir[57]. Klinikte OKB hastalarında içgörünün zamana ve duruma göre değişebildiği gözlenir. Bir dönem içgörüsü tam olan bir hastanın bir başka dönemde içgörüsü azalabilir ya da kaybolabilir. İçgörü hastanın algıladığı tehdit veya sıkıntı olasılığıyla da değişebilir[111]

OKB’de içgörüsü zayıf olan kişiler, düşüncelerinin ve inançlarının doğruluğuna güçlü bir biçimde inanmaktadır. Örneğin, bu kişiler kompulsiyonları gerçekleştirmedikleri zaman korktukları bir sonucun kesinlikle gerçekleşeceğine inanabilirler (örneğin, kapı koluna dokunulduğunda ölümcül bir hastalık kapılması ve aşırı el yıkamanın bu hastalıkların yayılmasını engelleyeceğine inanmak). Buna karşı, iyi bir içgörüye sahip kişi de benzer semptomlar sergileyebilir (bulaş korkusunu etkisizleştirmek için yıkama kompulsiyonları gibi), ancak obsesyon ve kompulsiyonlarının aslında mantıksız olduğunun farkındadır[109]. Klinik pratikte de daha yüksek içgörüye sahip kişilerin genellikle düşünceleri üzerine daha esnek olduğu, obsesif veya kompulsif belirtilerin mantık dışı doğasının farkında olduğu görülmektedir.

OKB’de düşük içgörü kötü hastalık gidişi ile yakından ilişkilidir. İçgörüsü az olan OKB’de hastalık şiddeti, depresyon ve anksiyete eşanlıları ya da düzeyleri daha fazla ve şizotipal kişilik bozukluğunun oranı daha yüksek bulunmuştur. İçgörüsü az olan OKB’de nöropsikolojik performansta daha ağır bozulmalar, daha fazla MRI

bulgusu ve yumuşak nörolojik işaretler saptanması bu grubun içgörüsü sorunu olmayan hastalardan farklı nörobiyolojik özellikler gösterdiğini düşündürmektedir. Tedaviyle ilişkili araştırmalar değerlendirildiğinde ise, içgörüsü az olan hastaların çoğunlukla tedavi yanıtının daha olumsuz olduğu görülmektedir[111].

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tasarımı ve Örneklem Seçimi

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine 20.04.2024-20.04.2025 tarihleri arasında başvuran, okuma-yazma bilen, 18-65 yaş arası, DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı almış, YBOKÖ belirti kontrol listesine göre otojen tip obsesyonlara sahip 50, reaktif tip obsesyonlara sahip 52, ve kontrol grubu olarak sağlıklı 50 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Otojen grup primer obsesyonu saldırganlık, dini ya da cinsel tip obsesyonları olan; reaktif grup ise primer obsesyonu kirlenme, kuşku, simetri, veya biriktirme obsesyonları olan OKB hastalarından oluşturulmuştur. Okuma ve yazma bilmeyen, 18 yaş altı veya 65 yaş üzeri olan, zihinsel gelişim bozukluğu veya entelektüel yeti yitimi olan, yazılı onay vermeye engel olabilecek ağır nörolojik ya da nörobilişsel bozukluğu olan, daha önce OKB dışında ruhsal hastalık tanısı almış olan ve alkol-madde kullanım bozukluğu olan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

OKB hastalarına ve sağlıklı kontrol grubuna, tanıyı doğrulamak ve ek tanıları dışlamak için SCID-I uygulanmış, depresyon tanı kriterlerini karşılayan 2 hasta çalışmadan çıkarılmıştır. OKB hastalarına Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve YBOKÖ belirti kontrol listesi uygulanmıştır. Çalışmaya dahil olma kriterlerine uygun olan ve çalışmayı kabul ettiğine dair yazılı onam veren toplamda otojen tip obsesyonlara sahip 50, reaktif tip obsesyonlara sahip 50, ve kontrol grubu olarak sağlıklı 50 bireye sosyodemografik veri formu, Temel Empati Ölçeği(TEÖ), Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ), Zihinselleştirme Ölçeği (MENT-S), Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) ve Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) uygulanmıştır.

3.2. Etik Kurul Onayı

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu Komitesinden 2024-TBEK 2024/03-02 numaralı etik kurul kararı alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmacılar tarafından geliştirilmiş olan sosyodemografik veri formunda; yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, medeni durum, kimlerle yaşadığı, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyoekonomik durumu, sigara kullanımı, OKB belirtilerinin başladığı yaş, tedavisiz geçen süre, hastalık süresi, hastane yatışı, özkıyım girişimi, ailede ruhsal hastalık öyküsü, kullandığı psikotrop ilaçlar gibi sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilgili sorular bulunmaktadır.

3.3.2.DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı(SCID-I)

Klinisyen tarafından uygulanan bu yarı yapılandırılmış görüşme aracı ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre herhangi bir birinci eksen tanısının olup olmadığı araştırılır. SCID-I, First ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır [112, 113].

3.3.3.Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği(YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Goodman ve arkadaşları tarafından obsesif-kompulsif bozukluk semptomlarını değerlendirmek için 1989 yılında geliştirilmiştir[114]. Puanlama hasta geri bildirimleri ile yapılsa da görüşmecinin klinik kanaati ile derecelendirilir. Toplam 19 maddeden oluşur, ve toplam puan ilk 10 madde esas alınarak hesaplanır. Kararsızlık, içgörü, kaçınma, yavaşlama, patolojik sorumluluk, patolojik kuşku, genel şiddet, genel düzelme ve güvenilirliği değerlendiren son 9 madde puanlamaya katılmaz. Obsesyonları ve şiddetini değerlendiren ilk 5 madde, kompulsiyonları ve şiddetini değerlendiren

sonraki 5 madde, her biri 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılır. Toplamda en fazla 40 puan elde edilmektedir. Toplam puanlar 0-7 ise subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24-31 şiddetli OKB şeklinde değerlendirilir. Semptom sayısı, tipi veya içeriği dikkate alınmaz. Belirti dağılımını araştırmaya yönelik ölçeğin yanında Belirti Kontrol Listesi yer almaktadır..Karamustafaloğlu ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır[115].

3.3.4.Gözlerden Zihin Okuma Testi(GZOT)

Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT), her biri dört seçenek içeren maddelerden oluşan bir değerlendirme aracıdır; bu seçeneklerden biri doğru cevaptır, diğer üçü ise çeldiricidir. Testin uygulanması sırasında katılımcılardan, her bir göz çiftinde yer alan kişinin ne hissettiğini ya da ne düşündüğünü en iyi yansıtan seçeneği işaretlemeleri beklenir. Ölçüm, doğru yanıtlanan soru sayısına göre yapılır. Türkçe versiyonu toplamda 33 maddeden oluşur; bunlardan biri katılımcının teste alışmasını sağlamak amacıyla eklenmiş deneme sorusudur, asıl test 32 maddeden meydana gelir. Her doğru cevap bir puan olarak değerlendirilir ve toplam puan aralığı 0 ile 32 arasındadır.Gözlerden Zihin okuma testinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır [116].

3.3.5. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği(EBBÖ)

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği(EBBÖ), Hazan ve Shaver (1987) tarafından geliştirilen ve bireylerin bağlanma stillerini değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Bu ölçek, üç temel bağlanma tarzını (güvenli, kaygılı ve kaçınan) ve her birinin bağlanmadaki yansımasını ölçer. İki ayrı bölümden oluşur.Hazan ve Shaver'ın geliştirdiği ilk bölümde erişkinlerin çocukluk dönemlerinde ebeveynleri ile ilişkileri ve ebeveynlerin genel davranış özelliklerini içeren üç farklı ifade bulunmaktadır.Ölçeğin ikinci kısmı ise 15 maddeden oluşup katılımcıların her birini 1-7 arasında puanlaması istenmektedir[117].Çeşitli sınırlılıklardan dolayı ölçeğin Geçerlik Güvenilirlik çalışması Kesebir ve arkadaşları (2012) tarafından tekrar yapılmıştır[118].Sorular yeterince anlaşılmadığı düşünülerek 18'e çıkarılmış ve likert tip yerine doğru yanlış şeklinde seçeneklendirilmiştir.Ölçeğin ikinci kısmı erişkin bağlanma biçimlerinden güvenli, kaygılı ve kaçınan bağlanma olmak üzere toplam üç boyutun değerlendirildiği maddelerden oluşmaktadır.Güvenli bağlanma

boyutu için 8, 9, 10, 11, 12 ve 18 nolu maddeler, kaygılı/ikircikli bağlanma biçimi 3, 4, 7, 13, 14 ve 16 nolu maddeler ve kaçınan bağlanma biçimi 1, 2, 5, 6, 15 ve 17 nolu maddeler puanlanmaktadır. Güvenli/güvensiz bağlanma boyutundan düşük puan almak güvenli bağlanma ile ilişkilendirilmiştir.

3.3.6. Zihinselleştirme Ölçeği(ZÖ)

Zihinselleştirme ölçeği, bireylerin zihinsel durumları ne kadar doğru bir şekilde anladığını ve yorumladığını ölçen bir değerlendirme aracıdır. 28 maddeden oluşan 5'li Likert (1- Tamamen yanlış, 5- Tamamen doğru) tipi bir ölçektir. Ölçeğin kendilik temelli zihinselleştirme (ZÖ-S), ötekiler temelli zihinselleştirme (ZÖ-O) ve zihinselleştirmeye güdülenme (ZÖ-M) olmak üzere üç alt boyutu vardır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları toplam puan için 0,84, kendilik (ZÖ-S) için 0,76, ötekiler (ZÖ-O) ve güdülenme (ZÖ-M) için ise 0,77 olarak rapor edilmiştir[119]. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Kaya ve arkadaşları (2023) tarafından yapılmıştır[120].

3.3.7. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği(BİDÖ)

BİDÖ, kişinin düşünce içeriğine ne kadar güçlü bir şekilde inandığını, bu inancın doğruluğunu ne kadar sorguladığını, başkalarının bu inancı destekleyip desteklemediğini düşünmesini ve bu inanca karşı koyabilme becerisini değerlendiren sorular içerir. Toplamda 7 maddeden oluşur, her madde 0-4 arası puanlandırılmaktadır. En yüksek 24 puan alınır ve yüksek puanlar düşük içgörü ile ilişkilidir. İlk altı madde, bireyin belirli bir inanca yönelik değerlendirmesini ölçerken, yedinci madde klinisyen tarafından referansiyel düşüncelerin değerlendirilmesini sağlar ve toplam puana katılmaz[121]. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması Özcan ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır [122]. BİDÖ obsesif düşüncelerin çok boyutlu olarak değerlendirilmesine olanak verir[123].

3.3.8. Temel Empati Ölçeği(TEÖ)

TEÖ, kişinin empati becerilerini değerlendirebilmek için geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Bilişsel ve duygusal empati şeklinde iki boyutlu değerlendirme sağlar. Jolliffe ve Farrington (2006) tarafından geliştirilen likert tipi beşli

derecelendirmeli 20 maddelik bir ölçektir[124]. Bilişsel empati 3, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 19 ve 20. maddeler ile, duygusal empati ise 1, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 18. maddeler aracılığıyla ölçülmektedir. Bilişsel empati alt boyutu için ölçekten alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan 45'tir. Duygusal empati alt boyutu için ise ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 55'tir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Topçu ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır [125].

3.4.İstatistiksel Analiz

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. OKB grupları arasında klinik özelliklerle ilgili oransal veriler Ki-Kare Testi ile karşılaştırıldı. Gruplar arasında YBOKÖ, EBBÖ, TEÖ, BİDÖ, MENTS ve GZOT Toplam puanlarının karşılaştırılmasında Tek Yönlü ANOVA Analizi kullanıldı. Bu gruplar arasında ikili karşılaştırmalar ise Bonferroni testi ile yapıldı. Otojen OKB, Reaktif OKB ve Kontrol Grubu vakalarında TEÖ, EBBÖ, BİDÖ, MENTS ve GZOT puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelendi. MENTS puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler Hiyerarşik Doğrusal Regresyon analizi ile incelendi. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 26.0 programı kullanıldı.

4.BULGULAR

Çalışmamıza 50 otojen OKB grubu, 50 reaktif OKB grubu ve 50 kontrol grubu şekilde toplamda 150 katılımcı dahil edilmiştir. Otojen OKB vakalarının yaş ortalamalarının $33,46 \pm 10,61$, eğitim süre ortalamalarının $13,20 \pm 3,76$ olduğu, Reaktif OKB vakalarının yaş ortalamalarının $35,40 \pm 11,84$, eğitim süre ortalamalarının $12,82 \pm 3,24$ olduğu, kontrol grubu vakalarının yaş ortalamalarının $38,18 \pm 12,63$, eğitim süre ortalamalarının $13,14 \pm 3,63$ olduğu bulundu. Üç grup arasında yaş ($F=2,03$, $p=0,135$), eğitim süresi (yıl) ($F=0,17$, $p=0,847$), cinsiyet ($F=0,04$, $p=0,980$), yaşadığı yer ($F=5,79$, $p=0,448$), medeni durum ($F=6,21$, $p=0,624$) kimlerle yaşadığı ($F= X^2=5,61$, $p=0,230$), sosyoekonomik durum ($F=9,02$, $p=0,061$), sigara kullanımı ($F= X^2=0,99$, $p=0,609$) ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu. Sadece çalışma durumu ($X^2=18,41$, $p=0,005$) bakımından üç grup arasında anlamlı farklılık olduğu bulundu. Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Grupların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		Otojen (n=50)		Reaktif (n=50)		Kontrol (n=50)			
		Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%	Analiz	p
Yaş (yıl)		33,46	10,61	35,40	11,84	38,18	12,63	F=2,03	0,135
Eğitim süre (yıl)		13,20	3,76	12,82	3,24	13,14	3,63	F=0,17	0,847
Cinsiyet	Erkek	22	44,0	21	42,0	21	42,9	X ² =0,04	0,980
	Kadın	28	56,0	29	58,0	28	57,1		
Yaşadığı yer	Köy/Kasaba	1	2,0	1	2,0	1	2,0	X ² =5,79	0,448
	İlçe	7	14,0	11	22,0	5	10,2		
	İl merkezi	42	84,0	38	76,0	43	87,8		
Medeni durum	Bekar	23	46,0	20	40,0	14	28,6	X ² =6,21	0,624
	Evli	24	48,0	27	54,0	33	67,3		
	Boşanmış/Ayrı yaşıyor	3	6,0	3	6,0	2	4,0		
Kimle yaşadığı	Yalnız	3	6,0	7	14,0	5	10,2	X ² =5,61	0,230
	Aileden biri	47	94,0	43	86,0	44	89,8		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	20	40,0	14	28,0	3	6,1	X ² =18,41	0,005
	Öğrenci	7	14,0	7	14,0	5	10,2		
	Çalışıyor	20	40,0	23	46,0	34	69,4		
	Emekli	3	6,0	6	12,0	7	14,3		
Sosyoekonomik durum	Gelir giderden az	14	28,0	15	30,0	8	16,3	X ² =9,02	0,061
	Gelir gidere denk	27	54,0	30	60,0	25	51,0		
	Gelir giderden fazla	9	18,0	5	10,0	16	32,7		
Sigara kullanımı	Yok	31	62,0	33	66,0	35	71,4	X ² =0,99	0,609
	Var	19	38,0	17	34,0	14	28,6		

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, X²=Ki-Kare Testi, F=Tek Yönlü ANOVA Analiz

Otojen ve Reaktif OKB grupları almakta oldukları psikofarmakolojik tedaviler açısından değerlendirildiğinde reaktif OKB grubunda hastaların %84'ünün tekli psikotrop (antidepresan), %28'inin ise iki ve daha fazla sayıda psikotrop (antidepresan, antipsikotik, anksiyolitik) kullanmakta olduğu; otojen OKB grubunda ise hastaların %66'sının tekli psikotrop (antidepresan), %40'ının ise iki ve daha fazla sayıda psikotrop (antipsikotik, anksiyolitik) tedavisi kullanmakta olduğu saptandı.

Tablo 3. OKB grupları arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması

	Otojen		Reaktif		Analiz	p
	Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%		
Hastalık başlangıç yaşı	19,78	9,58	20,66	9,52	t=-0,46	0,646
Tedavisiz süre	6,09	6,93	8,48	9,65	t=-1,43	0,157
Hastalık süresi	12,12	10,18	12,72	10,51	t=-0,29	0,773

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, X^2 =Ki-Kare Testi, t=Bağımsız Gruplar t testi.

Hastalıkla ilgili bazı klinik değişkenler bakımından Otojen ve Reaktif OKB grupları karşılaştırıldığında, gruplar arasında hastalık başlangıç yaşı, tedavisiz süre ve hastalık süresi ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($p>0,005$) bulundu (Tablo 3).

Tablo 4. OKB grupları arasında YBOKÖ puanlarının karşılaştırılması

	Otojen (1)		Reaktif (2)		Kontrol (3)		F	p	Bonferroni (p)		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.			1-2	1-3	2-3
YBOKÖ-Obsesyon	10,94	4,63	10,08	4,40	1,06	1,82	99,97	<0,001	-	<0,001	<0,001
YBOKÖ-Kompulsiyon	9,66	5,08	10,68	4,52	0,57	1,31	95,04	<0,001	-	<0,001	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi YBOKÖ= Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Tek Yönlü ANOVA'ya göre, OKB grupları arasında obsesyon ($F=99,97$, $p<0,001$) ve kompulsiyon ($F=95,04$, $p<0,001$) ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu. Bonferroni Analizi ile ikili karşılaştırmalarda, YBOKÖ obsesyon ve kompulsiyon puan ortalamalarının hem otojen OKB grubunda hem de reaktif OKB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$) bulundu. Otojen ve Reaktif OKB grupları arasında ise YBOKÖ obsesyon ve kompulsiyon puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (Tablo 4).

Tablo 5. Gruplar arasında TEÖ puanlarının karşılaştırılması

	Otojen (1)		Reaktif (2)		Kontrol (3)		F	p	Bonferroni (p)		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.			1-2	1-3	2-3
TEÖ toplam	61,90	6,54	59,69	8,46	60,15	7,01	1,24	0,294	-	-	-
Duygusal Empati	32,38	4,12	30,90	5,30	30,58	4,61	2,06	0,131	-	-	-
Bilişsel Empati	29,52	3,60	28,78	4,14	29,61	3,47	0,74	0,480	-	-	-

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, , TEÖ=Temel Empati Ölçeği.

Hem Tek Yönlü ANOVA'ya hem de Bonferroni Analizi ile ikili karşılaştırmalara göre, araştırma grupları arasında TEÖ toplam puanı ile duygusal ve bilişsel empati alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($p>0,005$) bulundu (Tablo 5).

Tablo 6. Gruplar arasında BİDÖ ve EBBÖ puanlarının karşılaştırılması

	Otojen (1)		Reaktif (2)		Kontrol (3)		F	p	Bonferroni (p)		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.			1-2	1-3	2-3
BİDÖ	7,52	5,63	7,92	5,24	0,45	3,14	37,77	<0,001	-	<0,001	<0,001
EBBÖ-Kaçıngan	3,33	1,63	3,30	1,49	2,88	1,56	1,28	0,280	-	-	-
EBBÖ-Kaygılı	2,67	1,25	2,92	1,08	2,85	1,27	0,55	0,577	-	-	-
EBBÖ-Güvenli/Güvensiz	2,98	1,19	2,71	1,27	1,94	1,20	9,50	<0,001	-	<0,001	0,007

Ort.=Ortalama; SS.=Standart Sapma; F=Tek Yönlü ANOVA Analizi; BİDÖ=Brown İnançların

Değerlendirilmesi Ölçeği; EBBÖ:Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği

Tek Yönlü ANOVA'ya göre gruplar arasında BİDÖ ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği ($F=33,77$, $p<0,001$) bulundu. Bonferroni Analizi ile ikili grup karşılaştırmaları sonucunda hem otojen OKB hem de reaktif OKB grubunda kontrol grubuna göre BİDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$) bulundu (Tablo 6).

EBBÖ Kaçıngan, kaygılı ve güvenli/güvensiz alt ölçek puan ortalamaları bakımından gruplar karşılaştırıldığında, sadece güvenli-güvensiz bağlanma alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği ($F=9,50$, $p<0,001$) bulundu. Bonferroni Analizi ile gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, bu farkın OKB grupları ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklandığı; kontrol grubunun güvenli/güvensiz bağlanma alt ölçek puan ortalamalarının otojen OKB ($p<0,001$) ve reaktif OKB ($p=0,007$) gruplarından anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu (Tablo 6).

Tablo 7. Gruplar arasında ZÖ ve GZOT puanlarının karşılaştırılması

	Otojen (1)		Reaktif (2)		Kontrol (3)		F	p	Bonferroni (p)		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.			1-2	1-3	2-3
ZÖ toplam	87,36	13,22	91,62	10,60	92,61	11,10	2,83	0,062	-	-	-
ZÖ-S	22,06	7,66	25,70	6,33	28,45	5,39	11,93	<0,001	0,018	<0,001	-
ZÖ-O	34,98	6,09	35,40	4,86	35,27	4,63	0,08	0,920	-	-	-
ZÖ-M	30,32	5,46	30,52	4,14	28,90	4,13	1,81	0,168	-	-	-
GZOT toplam	20,44	4,13	21,50	3,63	22,78	4,38	4,11	0,018	-	0,014	-

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, ZÖ=Zihinselleştirme Ölçeği, ZÖ-S=Kendilik Temelli Zihinselleştirme, ZÖ-M=Zihinselleştirmeye Güdülenme, ZÖ-O=Ötekiler Temelli Zihinselleştirme, GZOT=Gözlerden Zihin Okuma Testi.

Çalışma grupları ZÖ toplam ve alt ölçek puanları bakımından karşılaştırıldığında, gruplar arasında sadece ZÖ-S puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği ($F=11,93$, $p<0,001$) bulundu. İkili grup karşılaştırmalarında otojen OKB grubunun ZÖ-S puan ortalamalarının reaktif OKB ($p=0,018$) ve kontrol grubundan ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu. Gruplar arasında GZOT toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği ($F=4,11$, $p=0,018$) bulundu. Grupların ikili karşılaştırmalarında, GZOT toplam puan ortalamalarının otojen OKB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük olduğu ($p=0,014$), reaktif grup puan ortalamalarının otojen grup ve kontrol grubu arasında olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmadığı görüldü (Tablo7).

Tablo 8. OKB şiddeti ile Bağlanma Biçimleri, İçgörü, Zihinselleştirme ve Empati becerileri arasındaki ilişki

		Otojen OKB		Reaktif OKB	
		YBOKÖ- Obsesyon	YBOKÖ- Kompulsiyon	YBOKÖ- Obsesyon	YBOKÖ- Kompulsiyon
TEÖ	r	-0,012	0,033	0,093	0,136
	p	0,932	0,818	0,525	0,352
BİDÖ	r	0,252	0,267	0,298	0,513
	p	0,077	0,061	0,036	<0,001
ZÖ	r	-0,491	-0,173	0,053	0,147
	p	<0,001	0,231	0,714	0,307
ZÖ-M	r	-0,406	-0,137	0,266	0,273
	p	0,003	0,342	0,062	0,055
ZÖ-O	r	-0,225	0,190	0,085	0,102
	p	0,116	0,186	0,556	0,482
ZÖ-S	r	-0,380	-0,351	-0,151	-0,010
	p	0,006	0,012	0,296	0,946
GZOT Toplam	r	-0,191	-0,209	0,023	-0,101
	p	0,184	0,146	0,874	0,487
EBBÖ-Kaçıngan	r	0,344	0,159	0,140	0,212
	p	0,016	0,275	0,334	0,140
EBBÖ-Kaygılı	r	0,065	0,008	0,006	-0,076
	p	0,658	0,957	0,969	0,599
EBBÖ-Güvenli/Güvensiz	r	0,025	0,287	0,021	-0,091
	p	0,868	0,048	0,886	0,540

r=Pearson Korelasyon Analizi, YBOKÖ=Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, TEÖ=Temel Empati Ölçeği, BİDÖ=Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, ZÖ=Zihinselleştirme Ölçeği, ZÖ-S=Kendilik Temelli Zihinselleştirme, ZÖ-M=Zihinselleştirmeye Güdülenme, ZÖ-O=Ötekiler Temelli Zihinselleştirme, GZOT=Gözlerden Zihin Okuma Testi, EBBÖ:Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği

Pearson Korelasyon analizine göre otojen OKB grubunda YBOKÖ-obsesyon puanları ile ZÖ toplam ($r=-0,491$, $p<0,001$) puanları ile ZÖ-M ($r=-0,406$, $p=0,003$) ve ZÖ-S ($r=-0,380$, $p=0,006$) alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu; YBOKÖ-obsesyon puanları ile EBBÖ-Kaçıngan ($r=0,344$, $p=0,016$) puanları arasında ise anlamlı derecede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Bunlara ek olarak yine otojen OKB grubunda YBOKÖ-kompulsiyon puanları ile ZÖ-S puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,351$, $p=0,012$); YBOKÖ-kompulsiyon puanları ile EBBÖ-Güvenli/Güvensiz puanları arasında ise anlamlı derecede pozitif korelasyon ($r=0,287$, $p=0,048$) olduğu bulundu (Tablo 8).

Reaktif OKB grubunda hem YBOKÖ-obsesyon puanları ($r=0,298$, $p=0,036$), hem de YBOKÖ-kompulsiyon puanları ($r=0,513$, $p<0,001$) ile BİDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 8).

Her iki OKB grubunda YBOKÖ puanları ile TEÖ ve GZOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 9. Bağlanma biçimleri ile İçgörü, Zihinselleştirme ve Empati becerileri arasındaki ilişki

		Otojen OKB			Reaktif OKB		
		EBBÖ-Kaçıngan	EBBÖ-Kaygılı	EBBÖ-G/G.siz	EBBÖ-Kaçıngan	EBBÖ-Kaygılı	EBBÖ-G/G.siz
TEÖ- Duygusal Empati	r	-0,042	0,231	0,171	-0,203	-0,091	0,113
	p	0,775	0,110	0,246	0,161	0,534	0,449
TEÖ-Bilişsel Empati	r	-0,210	0,081	0,149	-0,125	0,155	-0,069
	p	0,148	0,582	0,312	0,388	0,283	0,640
TEÖ toplam	r	-0,141	0,204	0,183	-0,188	0,020	0,037
	p	0,332	0,159	0,214	0,195	0,893	0,805
BİDÖ	r	-0,075	0,045	-0,016	0,121	-0,174	-0,126
	p	0,610	0,760	0,915	0,403	0,228	0,392
ZÖ-M	r	-0,091	0,177	0,111	-0,165	0,091	-0,321
	p	0,532	0,223	0,453	0,252	0,529	0,026
ZÖ-O	r	-0,148	0,100	0,135	-0,051	0,262	-0,139
	p	0,309	0,493	0,360	0,726	0,066	0,344
ZÖ-S	r	-0,373	-0,270	-0,371	-0,250	-0,075	-0,348
	p	0,008	0,061	0,009	0,080	0,605	0,015
ZÖ toplam	r	-0,325	-0,038	-0,112	-0,237	0,111	-0,396
	p	0,023	0,796	0,449	0,097	0,443	0,005
GZOT toplam	r	-0,072	0,014	-0,156	-0,002	0,031	0,317
	p	0,625	0,923	0,289	0,990	0,830	0,028

r=Pearson Korelasyon Analizi, EBBÖ: Erişkin Bağlanma Biçimleri ölçeği, G/G.Siz:Erişkin Bağlanma Biçimleri ölçeği Güvenli/Güvensiz alt tipi.

Çalışma gruplarında bağlanma biçimlerinin içgörü, zihinselleştirme ve empati becerileri arasındaki ilişkinin araştırılması için yapılan Pearson korelasyon analizinde, Otojen OKB grubunun EBBÖ-Güvenli/Güvensiz bağlanma alt ölçek puanları ile ZÖ-S puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon ($r=-0,371$, $p=0,009$) olduğu bulundu. EBBÖ-Kaçıngan bağlanma biçimi alt ölçeği ile ZÖ toplam ($r=-0,325$, $p=0,023$) ve ZÖ-S ($r=-0,373$, $p=0,008$) alt ölçek puanları arasında

istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu saptandı. Otojen OKB grubunda EBBÖ puanları ile TEÖ, BİDÖ ve GZOT puanları arasında anlamlı bir korelasyona rastlanmadı (Tablo 9).

Reaktif OKB grubunda ise EBBÖ-güvenli/güvensiz bağlanma biçimi alt ölçeği puanları ZÖ-M ($r=-0,321$, $p=0,026$), ZÖ-S ($r=-0,348$, $p=0,015$) ve ZÖ toplam ($r=-0,396$, $p=0,005$) puanları ile negatif yönde, GZOT toplam puanları ile ise pozitif yönde korele ($r=0,317$, $p=0,028$) idi. Reaktif OKB grubunda EBBÖ puanları ile TEÖ ve BİDÖ puanları arasında anlamlı bir korelasyona rastlanmadı (Tablo 9).

Kontrol grubunda ise EBBÖ-Kaçıngan bağlanma biçimi puanları ile ZÖ-M ($r=-0,335$, $p=0,021$), ZÖ-O ($r=-0,375$, $p=0,008$), ZÖ toplam ($r=-0,435$, $p=0,002$) ve GZOT ($r=-0,330$, $p=0,021$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. EBBÖ-Kaygılı bağlanma alt ölçek puanları ile BİDÖ ($r=-0,335$, $p=0,021$) ve ZÖ-M ($r=-0,411$, $p=0,004$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon, EBBÖ-Güvenli/Güvensiz bağlanma alt ölçek puanları ile ZÖ-S puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon ($r=-0,364$, $p=0,010$) mevcuttu. OKB gruplarında olduğu gibi kontrol grubunda da EBBÖ puanları ile TEÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir korelasyona rastlanmadı (Tablo 9).

Tablo 10. ZÖ toplam puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler

Grup	Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA		
		B	SH	Beta			AL	ÜL	
Otojen	1	(Sabit)	101,738	4,896		20,779	,000	91,864	111,612
		Obsesyon	-1,492	,560	-,500	-2,665	,011	-2,622	-,363
		Kompulsiyon	,381	,501	,148	,760	,451	-,629	1,391
		BİDÖ	-,234	,351	-,099	-,668	,508	-,941	,473
	2	(Sabit)	69,873	22,596		3,092	,004	24,238	115,507
		Obsesyon	-1,537	,555	-,515	-2,767	,008	-2,659	-,415
		Kompulsiyon	,511	,507	,199	1,006	,320	-,514	1,535
		BİDÖ	-,238	,348	-,101	-,685	,497	-,941	,465
		TEÖ	,289	,323	,122	,897	,375	-,362	,941
		GZOT TOPLAM	,635	,434	,205	1,463	,151	-,241	1,511
	3	(Sabit)	78,410	24,075		3,257	,002	29,673	127,146
		Obsesyon	-1,488	,609	-,499	-2,442	,019	-2,722	-,255
		Kompulsiyon	,622	,562	,242	1,107	,275	-,515	1,759
		BİDÖ	-,300	,358	-,127	-,839	,406	-1,025	,424
		TEÖ	,250	,339	,105	,736	,467	-,437	,937
		GZOT	,593	,448	,191	1,324	,193	-,314	1,500
		Kaçınan	-1,075	1,311	-,130	-,820	,417	-3,730	1,579
		Kaygılı	,121	1,589	,012	,076	,940	-3,096	3,338
	GüvenliGüvensiz	-1,028	1,985	-,093	-,518	,607	-5,046	2,989	
	Reaktif	4	(Sabit)	90,933	4,421		20,567	,000	82,016
Obsesyon			-,481	,502	-,198	-,957	,344	-1,494	,533
Kompulsiyon			,605	,533	,262	1,136	,262	-,469	1,680
BİDÖ			-,063	,350	-,031	-,180	,858	-,769	,643
5		(Sabit)	84,935	15,146		5,608	,000	54,348	115,522
		Obsesyon	-,545	,516	-,224	-1,055	,297	-1,587	,498
		Kompulsiyon	,729	,565	,316	1,289	,205	-,413	1,870
		BİDÖ	-,120	,365	-,060	-,328	,745	-,857	,618
		TEÖ	-,036	,193	-,029	-,184	,855	-,424	,353
		GZOT TOPLAM	,366	,451	,128	,812	,421	-,544	1,276
6		(Sabit)	84,140	15,731		5,349	,000	52,295	115,986
		Obsesyon	-,441	,482	-,182	-,915	,366	-1,416	,534
		Kompulsiyon	,754	,531	,327	1,421	,164	-,320	1,828
		BİDÖ	-,193	,344	-,096	-,561	,578	-,890	,504
		TEÖ	-,046	,185	-,037	-,250	,804	-,421	,328
		GZOT	,787	,450	,275	1,750	,088	-,123	1,697
	Kaçınan	-,560	1,157	-,080	-,484	,631	-2,903	1,782	
	Kaygılı	,929	1,398	,097	,664	,510	-1,901	3,758	
GüvenliGüvensiz	-3,441	1,398	-,415	-2,461	,019	-6,271	-,611		

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, TEÖ=Temel Empati Ölçeği, GZOT=Gözlerden Zihin Okuma Testi, BİDÖ=Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, ZÖ=Zihinselleştirme Ölçeği, Güvenli/G.Siz:Erişkin Bağlanma Biçimleri ölçeği Güvenli/Güvensiz alt tipi

Model 1: R²= 0,27, F= 3,55, p=0,022

Model 2: R²= 0,31, F= 2,76, p=0,031

Model 3: R²=0,13, F=1,87, p=0,094

Model 4: R²= 0,02, F= 0,49, p=0,691

Model 5: R²= 0,03, F= 0,42, p=0,832

Model 6: R²=0,09, F=1,53, p=0,178

Hiyerarşik Regresyon Analizi ile ZÖ puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler incelendi. Otojen OKB grubunda Model 1'in anlamlı olduğu ve ZÖ puanlarının %27'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (R²=0,27, F=3,55, p=0,022) YBOKÖ ve BİDÖ puanları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1 incelendiğinde sadece YBOKÖ-obsesyon ($\beta = -0,500$, p= 0,011) puanlarının ZÖ

toplam puanını istatistiksel açıdan anlamlı seviyede yordadığı bulundu. Model 1'e TEÖ ve GZOT puanlarının eklenmesiyle ZÖ puanlarının %31'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($R^2=0,31$, $F=2,76$, $p=0,031$) YBOKÖ, BİDÖ, TEÖ ve GZOT puanları tarafından açıklandığı bulundu. Model 2 incelendiğinde ZÖ puanlarını sadece YBOKÖ-obsesyon ($\beta= -0,515$, $p=0,008$) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede yordadığı, TEÖ ve GZOT puanlarının anlamlı yordayıcı olmadığı bulundu. Model 2'ye EBBÖ-güvenli/güvensiz, EBBÖ-kaçıngan ve EBBÖ-kaygılı bağlanma alt ölçekleri eklendiğinde ZÖ puanlarını açıklamada modelin istatistiksel açıdan anlamlılığının kaybolduğu, YBOKÖ-obsesyon puanlarının yordayıcı etkisinin devam ettiği ($\beta= -0,499$, $p= 0,019$), EBBÖ-güvenli/güvensiz bağlanma alt ölçek puanlarının ise ZÖ puanları üzerinde anlamlı bir yordayıcı etki göstermediği ($\beta= -0,093$, $p= 0,607$) görüldü (Tablo 10).

Reaktif OKB grubunda da 3 basamaklı hiyerarşik regresyon modeli uygulandı. ZÖ puanlarını açıklamada YBOKÖ, BİDÖ, TEÖ, GZOT ve EBBÖ puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı bulundu. Model 6'da sadece EBBÖ-güvenli/güvensiz bağlanma alt ölçek puanının anlamlı bir biçimde ZÖ puanını yordadığı görüldü (Tablo 10).

5.TARTIŞMA

Obsesif Kompulsif Bozukluk kişilerin günlük işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen, tekrarlayıcı düşünceler (obsesyonlar) ve davranışlarla (kompulsiyonlar) karakterize edilen kronik bir bozukluktur. OKB'de hastalar arasında görülen belirti çeşitliliği, içgörü düzeyi ve tedavi yanıtındaki farklılıklar bozukluğun heterojen doğasına işaret etmekte olup bu varyasyonların altında yatan nörobiyolojik, psikososyal ve bilişsel etmenler literatürde giderek artan bir şekilde araştırılmaktadır [1,110]. Bu gerekçelerle, obsesyonların içerik ve ortaya çıkış biçimlerine göre OKB'nin otojen ve reaktif olmak üzere daha homojen alt tiplere ayrılması önerilmiştir[1]. Çalışmamızda, otojen ve reaktif OKB alt tiplerinin bağlanma biçimleri, içgörü, empati ve zihinselleştirme becerileri ile ilişkisi incelenmiştir. Bulgular, OKB'nin alt türleri arasında belirgin farklılıklar olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda, oluşturan olgu grupları arasındaki katılımcılar cinsiyet, yaş, eğitim durumları açısından eşleştirilerek bu değişkenlerin karıştırıcı faktörler olarak

işlev görmesinin önüne geçilmeye çalışılmıştır. OKB vakalarının yaş ortalaması otojen grupta 33,46 yıl, reaktif grupta 35,40 yıl olması; hastalık başlangıç yaş ortalaması otojen grupta 19,78 yıl, reaktif grupta 20,66 yıl; hastalık süresi otojen grupta 12,12 yıl, reaktif grupta 12,72 yıl olarak bulunmuş olup, literatürde en sık etkilenen yaş aralığı olan 18-29 yıl ile uyumlu olduğu görülmüştür[5, 11, 12].

Çalışmamızda OKB tanı gruplarının çalışma durumu bakımından kontrol grubundan farklı olması ve OKB grubunda çalışmama oranlarının daha fazla olması, literatürde belirtildiği gibi OKB hastalarının mesleki ve sosyal alanlardaki işlevsellik düzeylerinin sağlıklı bireylerden daha düşük olduğu ve bu nedenle daha az istihdam içinde yer aldığı görüşü ile açıklanmıştır[57].

Otojen ve Reaktif OKB grupları almakta oldukları psikofarmakolojik tedaviler açısından karşılaştırıldığında, otojen grupta iki ve daha fazla sayıda psikotrop (antidepresan, antipsikotik, anksiyolitik) tedavisi kullanım oranının reaktif OKB grubundan daha fazla olduğu görüldü. Lee ve Kwon (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, otojen obsesyonların daha benliğe yabancı, yoğun kaygı ve sıkıntı içeren özelliklerinden dolayı bu alt tipin sıklıkla daha yoğun farmakoterapiye ihtiyaç duyduğu, buna karşın reaktif obsesyonların genellikle daha dış uyaranlara bağlı ve davranışsal içerikli olması nedeniyle bilişsel-davranışçı terapiye daha iyi yanıt verdiği bildirilmiştir[1]. Ülkemizde yürütülen başka bir çalışmada, otojen obsesyonu olan hastaların daha dirençli klinik seyir gösterdiği ve sıklıkla çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi) gerektirdiği ifade edilmiştir[51]. Bizim çalışma bulgularımız da otojen OKB'nin çoklu ilaç kullanım ihtiyacı bakımından reaktif OKB'den farklılaştığı şeklindeki literatür bilgisini desteklemektedir.

Bu çalışmada otojen ve reaktif OKB grupları arasında Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) obsesyon ve kompulsiyon puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu, her iki alt türün semptom içerikleri bakımından niteliksel olarak farklılık göstermesine rağmen, semptom şiddeti açısından benzer yoğunlukta yaşandığını düşündürmektedir. Nitekim Lee ve Kwon (2003) tarafından yapılan kuramsal ayırmada, otojen obsesyonların daha içsel, benliğe yabancı ve sıkıntı verici olmasına karşın; reaktif obsesyonların daha dış uyaranlara bağlı, mantıklı içerikli ve davranışsal yönü ağır basan yapıda olduğu belirtilmiştir; ancak bu içeriksel farklılıkların semptom şiddetine doğrudan yansımadağı da aynı çalışmada vurgulanmıştır[1]. Benzer şekilde,

Beşiroğlu ve ark.(2006) da otojen ve reaktif obsesyon tipine sahip bireylerde YBOKÖ toplam puanları açısından anlamlı bir fark saptamamış, ancak içgörü, sıkıntı düzeyi ve semptomların mahremiyet algısı gibi boyutlarda farklılıkların olduğunu belirtmiştir[51]. Bu durum, OKB alt tiplerinin sadece semptom miktarı veya sıklığıyla değil, daha çok semptomların birey tarafından algılanışı ve değerlendirilme biçimiyle ayırt edilebileceğini göstermektedir. Dolayısıyla, YBOKÖ gibi semptom şiddetini ölçen araçlar, alt tipler arası ayırıcı olmayabilir; bu da alt tiplendirme çabalarında fenomenolojik niteliklerin ve bilişsel-duygusal süreçlerin dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır[49].

Çalışmamızın diğer bulgusu otojen ve reaktif OKB gruplarının Temel Empati Ölçeği (TEÖ) toplam puanı ile duygusal ve bilişsel empati alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermediğidir. Bu bulgu, OKB'li bireylerin genel empati düzeylerinin sağlıklı bireylerden belirgin şekilde ayrışmadığını göstermektedir. Literatürde empati ile ilgili bulguların oldukça heterojen olduğu görülmektedir. Örneğin bazı çalışmalarda OKB'de empati becerilerinin sağlıklı kontrollerden farklı olmadığı bildirilirken, bazı çalışmalar, OKB hastalarının sağlıklı bireylere göre daha yüksek düzeyde öz bildirime dayalı duygusal empati bildirdiklerini, bu durumun ise artmış empatik endişe ya da kişisel rahatsızlık ile ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür[105, 106]. Diğer taraftan, Pino ve ark. (2016), OKB hastalarında empati sistemlerinin iki farklı boyutuna (zihinselleştirme ve deneyimsel paylaşım) odaklanarak yürüttükleri çalışmada, özellikle bilişsel empati bileşenlerinde kısıtlılıklar olduğunu, ancak bu farkların bazı alt gruplarla sınırlı kaldığını bildirmiştir[97]. Jansen ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir derlemede, OKB'de sosyal biliş alanında bazı alt işlevlerde bozulma (örneğin zihin kuramı) gözlenmesine rağmen, empati gibi üst düzey sosyal bilişsel işlevlerin tüm OKB örnekleminde tutarlı şekilde etkilenmediği, sonuçların genellikle örneklem türüne ve kullanılan ölçme araçlarına göre değiştiği belirtilmiştir[100]. Bu bağlamda, çalışmamızda gruplar arasında empati puanları açısından anlamlı fark bulunmaması, empati kapasitesinin doğrudan OKB tanısıyla değil; OKB alt tipi, içgörü düzeyi ya da komorbiditeler gibi bireysel özelliklerle şekillendiğini düşündürmektedir. Ayrıca, kullanılan öz bildirim ölçeklerinin (TEÖ gibi) özellikle bilişsel empatiyi nesnel olarak yeterince değerlendiremeyebileceği ve bu nedenle anlamlı farkların saptanamamış olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ), bireyin obsesif düşünce içeriğine ne derece güçlü bir inanç geliştirdiğini, bu inancın doğruluğunu ne ölçüde sorguladığını, başkalarının bu inancı paylaşıp paylaşmadığını nasıl algıladığını ve bu inançlara direnme becerisini değerlendiren maddelerden oluşur. Ölçekte elde edilen yüksek puanlar, bireyin obsesif düşüncelerine ilişkin düşük içgörü düzeyini ve bu düşünceler üzerinde sorgulama-yeniden yapılandırma yetisinin zayıf olduğunu gösterir[121]. Bu çalışmada hem otojen hem de reaktif obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gruplarında BİDÖ puan ortalamaları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ancak, otojen ve reaktif OKB alt grupları arasında BİDÖ puanları bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu, OKB’li bireylerin, obsesif düşünce içeriklerine sağlıklı bireylere kıyasla daha fazla inandıklarını, bu düşünceler üzerinde daha az sorgulama gerçekleştirdiklerini ve bu düşünceleri kontrol edilemez veya tehlikeli olarak değerlendirme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Literatürde, disfonksiyonel inançların OKB’nin bilişsel modeli içinde merkezi bir role sahip olduğu, bu inançların hem semptomun sürmesinde hem de içgörü düzeyinin belirlenmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır[40]. Reaktif ve otojen OKB vakalarında içgörü ile ilgili literatürde farklı görüşler sunulmuş olup, bazı çalışmalarda otojen OKB’de içgörü şizotipal özelliklerin eşlik etmesi ile ilişkilendirilirken, bazı çalışmalarda ise içgörü bakımından OKB vakaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı belirtilmiştir[108]. Otojen ve reaktif alt gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamış olması, BİDÖ’nün ölçtüğü disfonksiyonel inanç alanlarının içerikten bağımsız olarak, OKB’nin tüm form ve alt tiplerinde temel bir bilişsel eğilim olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada, EBBÖ alt ölçek puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında kontrol grubunun güvensiz bağlanma puanlarının hem otojen hem de reaktif OKB gruplarından daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgu, OKB tanısı alan bireylerin bağlanma örüntülerinin, sağlıklı bireylere kıyasla daha güvensiz özellikler taşıdığını ve OKB’nin bağlanma süreçleriyle yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde, güvensiz bağlanma biçimlerinin OKB gelişiminde ve semptomların sürdürülmesinde önemli rol oynadığı yaygın şekilde bildirilmiştir[73]. Özellikle kaçınan ve kaygılı bağlanma stilleri, içsel tehditlere karşı aşırı hassasiyet, kendilik değeriyle ilgili kırılganlık ve kontrol ihtiyacında artış gibi faktörlerle ilişkili olduğu

ve bu durumun OKB semptomlarını besleyebileceği belirtilmiştir[126]. Araştırmalar, güvensiz bağlanma örüntülerine sahip bireylerin obsesif düşünceler karşısında daha az esnek, daha çok katı ve bastırıcı tutumlar sergilediklerini; bu bireylerin semptomlarını dışsal stresörler karşısında savunma mekanizması olarak kullandıklarını ileri sürmektedir[127]. Otojen ve reaktif OKB grupları arasında bağlanma biçimleri açısından fark bulunmaması, güvensiz bağlanmanın OKB'ye genel bir yatkınlık zemini oluşturduğunu ve semptom tipinden bağımsız bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın en önemli bulgularından biri, otojen OKB grubunun ZÖ-S (kendilik temsiline yönelik zihinselleştirme) puan ortalamasının hem reaktif OKB grubuna hem de sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, otojen OKB'li bireylerin içsel yaşantılarını tanıma, anlama ve sözel olarak ifade etme becerisinde belirgin zorluk yaşadığını ortaya koymaktadır. Zihinselleştirme, bireyin hem kendi hem de başkalarının zihinsel durumlarını kavrayabilme, bu durumları davranışlara atfedebilme kapasitesidir[83-85]. Bu bulgu, otojen obsesyonların bireyin benliğine daha yabancı, daha intruzif ve kontrol dışı algılanmasının getirdiği yoğun sıkıntının, kişinin kendi zihinsel durumlarını düzenleme ve anlama kapasitesini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Reaktif OKB ve kontrol grubunda ise zihinselleştirme düzeylerinin daha yüksek olması, bu gruplarda hem içsel hem de kişilerarası süreçlerin daha iyi işlediğine işaret etmektedir. Reaktif obsesyonların genellikle dışsal bir uyarana ilişkilendirilmesi, bireyin bu düşünceleri daha anlamlandırılabilir ve daha kontrol edilebilir olarak algılamasına katkı sağlıyor olabilir. Zihinselleştirme kapasitesinin düşüklüğü, aynı zamanda içgörü eksikliği, yüksek sıkıntı düzeyi ve semptomlara karşı katı savunma yapılarının gelişimi ile de ilişkilendirilmiştir[128]. Bu bağlamda elde edilen bulgular, otojen OKB alt grubunun tedavisinde özellikle zihinselleştirme temelli psikoterapilerin öncelikli ve etkili bir tedavi seçeneği olabileceğine işaret etmektedir.

Zihin Kuramı becerilerinin algısal bileşenini değerlendiren testlerden biri olan GZOT toplam puan ortalamalarının otojen OKB grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, reaktif grup puan ortalamalarının otojen grup ve kontrol grubu arasında olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmadığı görüldü. Bu bulgu, özellikle otojen OKB grubundaki bireylerin başkalarının zihinsel

durumlarını (duygu, düşünce ya da niyetlerini) ve davranışlarını anlama ve tahmin etme becerilerinde belirgin bir yetersizlik olduğunu göstermektedir. OKB'de sosyal bilişin en sık incelenen alanları (1) zihin kuramı (ZK) yani zihinsel durumları (duygular, inançlar, niyetler ve arzular) başkalarına atfetme ve zihinsel durumlarına dayanarak başkalarının davranışlarını anlama ve tahmin etme becerisi ve (2) yüz ifadelerinden duyguların tanınmasıdır. OKB'li 1161 hastanın verilerini içeren 25 çalışmanın metaanalizinde, OKB zihin kuramı işlevlerinde azalma ile ilişkilendirilirken, yüz ifadelerinden duygu tanıma alanında OKB'li hastaların yalnızca tikslenme (iğrenme) tanıma konusunda sağlıklı kontrollerden önemli ölçüde daha düşük performans sergilediği bildirilmiştir[79]. OKB'li hastalarda yüz ifadelerinden duygu tanıma becerilerinin değerlendirildiği bir metaanalizde, OKB'li bireylerde iğrenme yüz ifadelerinin tanınmasında belirgin bozuklukların olduğu, ancak özellikle öfke ve üzüntü gibi diğer olumsuz duyguların tanınmasında orta düzeyde bozukluklar görülürken korku duygusunu tanımada sağlıklı bireylerden farklılık göstermediği belirtilmiştir[91]. Literatür incelendiğinde, OKB'de belirti ya da alt tip temelinde zihin kuramı işlevlerinin değerlendirildiği kısıtlı sayıda çalışma olduğu ve tutarlı sonuçlara ulaşamadığı görülmektedir. Montagne ve ark.(2008) kontrol kompulsiyonları olan OKB'li bireylerde mutluluk ve korku ifadelerini tanıma becerileri bakımından sağlıklı bireylerden farklılaştığını, Jhung ve ark.(2010) biriktirme semptomunun daha zayıf tikslenme (iğrenme) duygusu tanıma ile ilişkili olduğunu göstermiştir[129, 130]. Bizim çalışmamızda otojen OKB'de zihin kuramı becerilerinin algısal bileşeni olan GZOT performanslarının daha kötü olması; otojen obsesyonların benliğe yabancı, yoğun anksiyete uyandıran ve bastırılmaya çalışılan düşüncelerden oluşması, bu nedenle bu bireylerin dış dünyadaki sosyal ipuçlarına odaklanmak ve başkalarının zihinsel durumlarını sağlıklı bir şekilde çözümlemekle ilgili daha fazla güçlük yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir. Reaktif OKB grubunun GZOT performanslarının kontrol grubuyla arasında anlamlı fark bulunmaması ise bu grup obsesyonların daha dış uyaranlara ve olaylara bağlı ortaya çıkması nedeniyle sosyal bilişsel becerilerin daha az etkilenmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, otojen OKB ve reaktif OKB alt tiplerinde obsesyon ve kompulsiyon şiddetlerinin sosyal algısal biliş, içgörü, empati, zihinselleştirme becerisi ve bağlanma biçimleriyle ilişkisi incelenmiş ve bu değişkenlerin özellikle otojen obsesyonlar ile ilişkili olduğu görülmüştür. Otojen OKB'li bireylerde

obsesyon şiddetinin genel zihinselleştirme becerisi, kendilik temelli zihinselleştirme ve zihinselleştirmeye güdülenme ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, otojen obsesif semptomlar arttıkça bireylerin hem kendi zihinsel durumlarını tanıma becerilerinin hem de zihinselleştirmeye yönelik motivasyonlarının azaldığını göstermektedir. Bu durum, otojen obsesyonların daha içsel ve soyut temalar taşıması nedeniyle, bireyin kendi zihin durumunu yeterince kavrayamaması ve bu durumla işlevsel bir şekilde baş edememesiyle ilişkilendirilebilir. Yine otojen obsesyon şiddetinin kaçınan bağlanma biçimi ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Mikulincer ve Shaver (2019), kaçınan bağlanma biçiminin başkalarına güvenmekte zorlanma, ilişkisel tehditlerden uzak durma ve duygusal tepkileri bastırma eğilimiyle ilişkili olduğunu ifade etmiştir[73]. Van Leeuwen ve ark.(2025) çalışmasında, kaçınan bağlanma puanları yüksek bireylerde psikolojik stres altında ön orta frontal girus, dorsal anterior singulat korteks ve dorsal striatum gibi beyin bölgelerinde artmış aktivite gözlenmiştir. Tehdit algısı ve duygusal düzenleme ile ilişkili olan bu bölgelerin aktivitesindeki artışın, kaçınan bireylerin sosyal-emosyonel ipuçlarını değerlendirmek için daha fazla bilişsel çaba harcadıkları ve bu süreçte duygusal uyarılmaları bastırma eğiliminde olduklarını göstermektedir[75]. Çalışmamızın bulguları, bu nörobiyolojik açıklamalarla tutarlı biçimde, otojen OKB gelişiminde kaçınan bağlanma örüntüsünün, özellikle kendilikle ilgili zihinselleştirme kapasitesini zayıflattığını, bireyin otojen obsesyonlarına yönelik içsel yaşantılarını düzenleme becerilerini azalttığını, ve bunun da obsesyon şiddetiyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Ayrıca otojen OKB grubunda kompulsif belirti şiddeti ile kendilik temelli zihinselleştirme becerisi arasında negatif, hem de güvensiz bağlanma biçimleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Güvensiz bağlanma biçimine sahip kişilerin (özellikle kaygılı veya kaçınmacı) sıklıkla duygusal regülasyonda önemli zorluklar yaşadıkları ve bu nedenle kişilerarası ve içsel duygusal dinamikleri kontrol etme çabalarını artırma gibi stratejiler kullanma eğiliminde oldukları ileri sürülmüştür[73]. Özellikle otojen içerikli obsesyonlar bireyin içsel yaşantılarla baş etme kapasitesini zorladığında, kompulsiyonlar savunmacı bir işlev görebilir. Otojen OKB’li bireylerin güvensiz bağlanma biçimine bağlı yaşadıkları duygu regülasyonunda zorluk ile birlikte kendi zihinsel durumlarını tanıma becerilerindeki zayıflık kompulsif davranışlarda artış ile sonuçlanmaktadır. Bu da

kompulsiyonlardaki artışın aslında bir çeşit düşünce düzenleyici ve anksiyete giderici savunma stratejisi olarak işlev gördüğünü düşündürmektedir. Otojen OKB grubunda semptom şiddeti arttısının zihinselleştirme kapasitesindeki azalma ve bağlanma güvenliğinde belirgin bir azalma ile ilişkili olması, otojen OKB'nin tedavisinde semptomatolojinin yanında bağlanma ve zihinselleştirme becerilerinin de hedef alınmasının önemine işaret etmektedir. Özellikle bağlanma biçimleri ve zihinselleştirme becerilerine odaklanan tedavi stratejilerinin geliştirilebilmesi için OKB semptomatolojisi ile erişkin bağlanma biçimleri ve zihinselleştirme becerisi arasındaki ilişkileri araştıran daha büyük örneklemli çalışmalarla bulgularımızın desteklenmesine ihtiyaç vardır.

Pino ve arkadaşlarının (2016) yürüttüğü bir çalışmada, OKB grubunda YBOKÖ puanlarının (hem obsesif hem kompulsif alt ölçeklerde) TEÖ bilişsel alt ölçeğiyle negatif yönde korele olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, YBOKÖ hem obsesif hem kompulsif alt ölçek puanlarının, üzüntü duygusunu tanıma becerisiyle de negatif yönde ilişkili olduğunu ve YBOKÖ puanı arttıkça bireylerin TEÖ bilişsel alt ölçeğindeki performanslarının ve negatif duyguları tanıma becerilerinin azaldığını bulmuşlardır[97]. Çalışmamızda otojen ve reaktif OKB gruplarında obsesif kompulsif belirti şiddeti ile empati becerileri arasında ilişki saptanamaması, örneklem grubunun kısıtlılığı ve OKB alt tiplerinin ayrılmış olması ile ilişkili olabilir.

Reaktif OKB grubunda obsesyon ve kompulsiyon şiddeti ile içgörü arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiş olup, empati, zihinselleştirme becerisi ve bağlanma biçimleri ile ilişki saptanmamıştır. Çalışma bulgularımız, zihinselleştirme becerilerinin otojen OKB’de bozulmuş olduğunu, reaktif OKB’de ise bu işlevlerin göreceli olarak korunmuş olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bağlanma örüntülerinin de reaktif alt tipte obsesif kompulsif belirti şiddetiyle anlamlı bir ilişki göstermemesi, reaktif OKB’nin daha dışsal tetikleyicilere dayalı ve davranış odaklı bir özelliğe sahip olduğuna işaret etmektedir. Bu nedenle, reaktif OKB alt grubunda semptomların daha çok bilişsel çarpıtmalar, sorumluluk atıfları ve tehdit algısı gibi içgörü ile ilgili değişkenlerle ilişkili olduğu; ancak sosyal bilişsel ya da bağlanma temelli süreçlerle doğrudan bağlantılı olmadığı söylenebilir. Bu durum, reaktif OKB’ye yönelik psikoterapötik müdahalelerde özellikle bilişsel yeniden

yapılandırma, maruz bırakma ve tepki önleme (ERP) gibi semptom odaklı yöntemlerin daha öncelikli müdahale hedefi olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, otojen OKB grubunda kaçınan bağlanma biçimi ile genel zihinselleştirme becerisi ve kendilik temelli zihinselleştirme becerisi arasında negatif yönde ilişki olduğu bulundu. Yine bu grupta, güvensiz bağlanma biçimi de kendilik temelli zihinselleştirme ile negatif yönde ilişkiliydi. Bu bulgular, özellikle kaçınan bağlanma stillerine sahip bireylerin zihinsel durumlara yönelik farkındalıklarının ve içsel deneyimlerini anlama becerilerinin düşük olduğunu göstermektedir. Kaçınan bağlanma ile kendilik temelli zihinselleştirme ilişkisini gösteren bu bulgu ise reaktif OKB grubunda saptanmamıştır. Bu bulgular, güvensiz bağlanma biçimleri ile birlikte kendilik temelli zihinselleştirme becerilerindeki bozukluğun, özellikle otojen obsesyonların oluş mekanizmasında etkili olabileceğine işaret etmektedir[79,131]. Bu da otojen ve reaktif obsesif kompulsif bozukluğun etiyolojik ve fenomenolojik açıdan farklı alt tipler olduğu ve tedavi yaklaşımlarının da farklı olması gerektiğini düşündüren önceki literatür bilgisini desteklemektedir. Son olarak, her iki OKB grubunda da bağlanma biçimleri ile empati, içgörü ve duygu tanıma becerileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum, bağlanma örüntülerinin empati ya da zihin kuramı gibi sosyal bilişsel işlevlerle olan ilişkilerinin doğrudan olmayabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de, bu alanlar arasındaki ilişkilerin sıklıkla dolaylı olduğu, bireyin gelişimsel bağlanma öyküsü, duygusal regülasyon kapasitesi ve psikopatoloji düzeyine göre değişkenlik gösterebildiği vurgulanmıştır[132].

Bu çalışmada otojen ve reaktif OKB alt tiplerinde zihinselleştirme becerisini yordayan değişkenleri incelemek amacıyla üç aşamalı hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır. Otojen OKB grubunda yalnızca obsesyon şiddetinin, zihinselleştirme becerisini anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordadığı görülmüştür. Bu bulgu, obsesif düşünce şiddeti arttıkça bireylerin zihinselleştirme becerilerinde anlamlı bir düşüş yaşandığını ortaya koymaktadır. Empati ve zihin kuramının algısal bileşeninin zihinselleştirme becerisi üzerinde bağımsız olarak anlamlı bir yordayıcı olmadığı görülmüştür. Bu durum, empati ve zihin kuramı gibi sosyal bilişsel işlevlerin zihinselleştirmeye katkı sunabileceğini, ancak otojen obsesyonların etkisinin daha baskın olduğunu düşündürmektedir. Bağlanma biçimlerinin modele eklenmesi ile

modelin anlamlılığının kaybolduğu görülmüştür. Bu bulgunun bir nedeni, bağlanma örüntüleri ile obsesyon şiddeti arasında örtüşen varyans olması; yani bağlanmanın obsesyonların zihinselleştirme üzerindeki etkisini dolaylı biçimde açıklaması olabilir. Diğer neden ise, bağlanma biçimlerinin zihinselleştirme üzerindeki etkisinin örneklem boyutu yetersizliği veya değişkenler arası çok yüksek ilişkisellik (multikolinearite) nedeniyle bastırılması olabilir. Bu sonuçlar, bağlanma ile zihinselleştirme arasındaki ilişkinin dolaylı ve bağlamdan etkilenen bir doğaya sahip olduğunu düşündürmektedir. Daha önce zihinselleştirme, empati, sosyal biliş ve bağlanma biçimleri ilişkisi araştırılmış ancak obsesif semptomatoloji ile ilişkisi çalışılmamıştır. Parada-Fernandez ve arkadaşlarının (2021) genel popülasyonda yaptığı kesitsel bir çalışmada, güvensiz bağlanma ve duygu düzenleme arasındaki ilişkiye zihinselleştirme becerisinin aracılık ettiği gösterilmiştir[131]. Bulgularımız, otojen OKB'li bireylerde bağlanma örüntülerinin zihinselleştirmeyi doğrudan ve anlamlı bir biçimde yordamadığını ve otojen OKB grubunda zihinselleştirme becerisini en güçlü biçimde yordayan faktörün obsesyon şiddeti olduğunu göstermiştir. Her ne kadar bulgularımız, otojen OKB'de zihinselleştirme becerisinin birçok değişken tarafından etkilenen kompleks bir klinik özellik olduğunu gösterse de, zihinselleştirme temelli psikoterapilerin otojen OKB tedavisinde klinik yarar sağlayabileceğine işaret etmektedir.

Reaktif OKB grubunda her ne kadar zihinselleştirme becerisini yordamada tüm model anlamlı olmasa da, güvensiz bağlanma biçiminin zihinselleştirme becerisini negatif yönde yordayan tek anlamlı değişken olarak öne çıktığı görülmüştür. Bu sonuçlar, reaktif OKB'nin semptom şiddeti ya da sosyal bilişten çok, bağlanma örüntüleriyle ilişkili bazı gelişimsel dinamiklerle açıklanabileceğini düşündürmektedir. Reaktif OKB alt tipinde zihinselleştirme becerisinin diğer faktörlerden daha az etkilendiğini, ya da zihinselleştirme becerisini belirleyen değişkenlerin bu çalışmada ölçülmeyen farklı mekanizmalar olabileceğini akla getirmektedir. Çalışmamızdaki nispeten düşük örneklem sayısı, özellikle küçük/orta düzeydeki etkileri tespit etmeyi zorlaştırmış, bu nedenle gerçek ilişkiler mevcut olsa bile istatistiksel anlamlılığa ulaşmamış olabilir. Kirlenme, simetri, düzen vb. gibi farklı obsesif temaların reaktif OKB alt tipi başlığı altında birleştirilmiş olması, zihinselleştirme, bağlanma, empati gibi becerileri ile bu obsesif temalar arasındaki olası bazı ilişkilerin maskelenmesine, ya da zıt ilişkiler nedeniyle istatistiksel

analizlerde anlamlı sonuç elde edilememesine neden olmuş olabilir. Çalışma bulgularının, obsesyon ve kompulsiyon türlerinin ayrı ayrı ele alındığı, değerlendirmelerin öznel beyanların ötesine geçerek daha nesnel yöntemlerle yapıldığı ve daha geniş örneklem gruplarıyla yürütülen ileri araştırmalarla desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

6.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışmanın bazı metodolojik kısıtlılıkları bulunmaktadır. Kesitsel tasarım nedeniyle değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler değerlendirilememiştir. Çalışmanın örnekleme sınırlı sayıda bireyden oluşmuş olup bu durum, sonuçların genel popülasyona genellenebilirliğini azaltmaktadır. Ayrıca alt gruplar (otojen ve reaktif OKB) içindeki bireylerin obsesyon içerikleri arasında değişkenlik olması, bulguların homojenliğini sınırlamış olabilir. Kullanılan ölçme araçlarının bir kısmının özbildirime dayalı olması diğer bir kısıtlılık olup, özellikle bağlanma, empati ve zihinselleştirme becerisi gibi üst düzey zihinsel süreçlerin değerlendirilmesinde katılımcı yanıtlarının öznel doğası ölçüm hatalarına yol açmış olabilir. Ayrıca psikiyatrik tedavi öyküsü, ilaç kullanımı ve komorbid durumlar gibi bazı potansiyel karıştırıcı etmenlerin araştırılan değişkenler üzerindeki olası etkileri her katılımcı için ayrıntılı biçimde analiz edilmemiştir. Otojen ve reaktif OKB ayrımı klinik değerlendirme ve belirti içeriklerine dayandırılmıştır. Bu alt türleri ayırt etmek için geçerliliği yüksek, standardize edilmiş ölçüm araçlarının henüz geliştirilmemiş olması, sınıflamanın kesinliğini sınırlayan bir diğer unsurdur.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) otojen ve reaktif alt tiplerinde bağlanma biçimleri, içgörü, empati ve zihinselleştirme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma bulgularımız, OKB'nin otojen ve reaktif alt türlerinin yalnızca semptom profili açısından değil; aynı zamanda zihinselleştirme, bağlanma, içgörü ve empati gibi sosyal bilişsel alanlarda da belirgin farklılıklar sergilediğini göstermiştir. Otojen OKB grubunda özellikle kendilik temelli zihinselleştirme becerilerinde belirgin bir bozulma gözlenmiş ve bu

bozulmanın kaçınan bağlanma biçimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Otojen OKB grubunda zihinselleştirme becerisindeki bozulmayı yordayan tek etmenin obsesyon şiddeti olduğu görülmüştür. Reaktif OKB grubunda ise zihinselleştirme becerisinin göreceli olarak korunmuş olduğu, zihinselleştirme becerisinin güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu ancak belirti şiddeti, içgörü, empati ve bağlanma biçiminin zihinselleştirme becerisi üzerinde yordayıcı gücü olmadığı bulunmuştur.

Bu sonuçlar, OKB'nin alt türleri arasında zihinsel işleyişe yansıyan fenomenolojik farklılıklar olabileceğini düşündürmekte; özellikle otojen obsesyonlara sahip bireylerde bağlanma örüntüleri ve zihinselleştirme süreçlerinin daha belirgin şekilde etkilendiğini göstermektedir. Bu bağlamda, OKB'nin yalnızca belirtiler düzeyinde değil, ilişkisel örüntüler ve reflektif düşünce düzeyinde de farklı alt yapılara sahip olabileceği yönündeki görüşü desteklemektedir.

Elde edilen bulgular, OKB'nin alt tiplerindeki fenomenolojik farklılığın tedavi planlamasında göz önünde bulundurulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle otojen alt tipe sahip bireyler için, bağlanma temelli dinamik formülasyonları ve zihinselleştirmeye odaklı psikoterapötik müdahaleleri içeren klinik yaklaşımların daha etkili olabileceğine işaret etmektedir. Dolayısıyla, OKB'nin alt türlerinin klinik değerlendirme sürecinde dikkate alınması, hem tanı koyma hem de müdahale planlaması açısından daha işlevsel ve hedefe yönelik bir yol haritası sunabilir.

8.KAYNAKLAR

1. Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour research and therapy*, 41(1), 11–29. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00101-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00101-2)
2. Karslıoğlu, E. H., & Yüksel, N. (2007). Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10(3), 3–13.
3. Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21(21), 591–643.
4. ÖZTÜRK, O., *RUH SAĞLIĞI VE BOZUKLUKLARI*. 2023, ANKARA: NOBEL TIP KİTAPEVLERİ, p.357-377
5. Brock, H., A. Rizvi, and M. Hany, *Obsessive-compulsive disorder*, in *StatPearls [Internet]*. 2024, StatPearls Publishing.
6. Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C., & KILIÇKAP, Z. (1995). Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, 1. baskı, Sivas. *Dilek Matbaası*, 50-52.
7. CilliÇilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., & Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 367–374.
8. Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1994). *The global burden of disease in 1990*. World Bank.
9. Kılıç, C., *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları*. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, 1998: p. 77–98.
10. Sadock, B.J. and V.A. Sadock, *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. 2008: Lippincott Williams & Wilkins. SAYFA**
11. Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 52.
12. Fitzgerald, K. D., Moore, G. J., Paulson, L. A., Stewart, C. M., & Rosenberg, D. R. (2000). Proton spectroscopic imaging of the thalamus in treatment-naïve pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 47(3), 174–182.
13. Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 15(4), 743–758.
14. Rasmussen, S.A. and J.L. Eisen, *The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder*. J Clin Psychiatry, 1994. **55 Suppl**: p. 5–10; discussion 11–4.
15. Abramowitz, J., Moore, K., Carmin, C., Wiegartz, P. S., & Purdon, C. (2001). Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics*, 42(5), 429–431.
16. ÇETİN, G.İ. and M. KARAAZİZ, *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Derleme*. ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities, 2024. **8(3)**: p. 60–72.
17. Fernandez, T.V., J.F. Leckman, and C. Pittenger, *Genetic susceptibility in obsessive-compulsive disorder*. Handb Clin Neurol, 2018. **148**: p. 767–781.
18. Jonnal, A. H., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2000). Obsessive and compulsive symptoms in a general population sample of female twins. *American journal of medical genetics*, 96(6), 791–796.
19. RAŞİT TÜKEL, M.M.D., *OBSESİF KOMPULSİF VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR*. 2021, ANKARA: TÜRK PSİKİYATRİ DERNEĞİ. p.4–20.
20. Goodman, W.K., E.A. Storch, and S.A. Sheth, *Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. Am J Psychiatry, 2021. **178(1)**: p. 17–29.
21. Simpson, H. B., Slifstein, M., Bender Jr, J., Xu, X., Hackett, E., Maher, M. J., & Abi-Dargham, A. (2011). Serotonin 2A receptors in obsessive-compulsive disorder: a positron emission tomography study with [11C] MDL 100907. *Biological psychiatry*, 70(9), 897–904.
22. Zohar, J., Kennedy, J. L., Hollander, E., & Koran, L. M. (2004). Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *The Journal of clinical psychiatry*, 65 Suppl 14, 18–21.
23. Denys, D., J. Zohar, and H.G. Westenberg, *The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence*. J Clin Psychiatry, 2004. **65 Suppl 14**: p. 11–7.

24. Kim, C. H., Koo, M. S., Cheon, K. A., Ryu, Y. H., Lee, J. D., & Lee, H. S. (2003). Dopamine transporter density of basal ganglia assessed with [¹²³I] IPT SPET in obsessive-compulsive disorder. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*, 30, 1637-1643.
25. Szechtman, H., W. Sulis, and D. Eilam, *Quinpirole induces compulsive checking behavior in rats: a potential animal model of obsessive-compulsive disorder (OCD)*. Behav Neurosci, 1998. **112**(6): p. 1475–85.
26. Borcharding, B. G., Keysor, C. S., Rapoport, J. L., Elia, J., & Amass, J. (1990). Motor/vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs: is there a common vulnerability?. *Psychiatry research*, 33(1), 83–94.
27. Rosenberg, D.R., S.N. MacMillan, and G.J. Moore, *Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in paediatric obsessive--compulsive disorder*. Int J Neuropsychopharmacol, 2001. **4**(2): p. 179–90.
28. Stein, D.J., *Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders*. Biol Psychiatry, 2000. **47**(4): p. 296–304.
29. Rosenberg, D. R., MacMaster, F. P., Keshavan, M. S., Fitzgerald, K. D., Stewart, C. M., & Moore, G. J. (2000). Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1096–1103.
30. Milad, M.R. and S.L. Rauch, *Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways*. Trends Cogn Sci, 2012. **16**(1): p. 43–51.
31. Fineberg, N. A., Apergis-Schoute, A. M., Vaghi, M. M., Banca, P., Gillan, C. M., Voon, V., ... & Robbins, T. W. (2018). Mapping compulsivity in the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: cognitive domains, neural circuitry, and treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 21(1), 42-58.
32. Jalal, B., S.R. Chamberlain, and B.J. Sahakian, *Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction*. Brain Behav, 2023. **13**(6): p. e3000.
33. Saxena, S., R.G. Bota, and A.L. Brody, *Brain-behavior relationships in obsessive-compulsive disorder*. Semin Clin Neuropsychiatry, 2001. **6**(2): p. 82–101.
34. Tükel, R., & Demet, M., *Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar*. book title, 2021: p. 21–25.
35. Atmaca, M., Yildirim, H., Ozdemir, H., Tezcan, E., & Poyraz, A. K. (2007). Volumetric MRI study of key brain regions implicated in obsessive-compulsive disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(1), 46-52.
36. Robbins, T.W., M.M. Vaghi, and P. Banca, *Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects*. Neuron, 2019. **102**(1): p. 27–47.
37. Denys, D., Mantione, M., Figee, M., Van Den Munckhof, P., Koerselman, F., Westenberg, H., ... & Schuurman, R. (2010). Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1061-1068.
38. Zetzel, E.R., 1965: *additional notes upon a case of obsessional neurosis: Freud 1909*. The International Journal of Psycho-analysis, 1966. **47**(2): p. 123–129.
39. Topçuoğlu, V., *Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler*. Klinik psikiyatri, 2003. **6**(1): p. 46–50.
40. Önen, S., G.K. Uğurlu, and A. Çayköylü, *The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder*. Comprehensive psychiatry, 2013. **54**(5): p. 541–548.
41. Goodman, W. K., Grice, D. E., Lapidus, K. A., & Coffey, B. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 37(3), 257-267.
42. The, L., *ICD-11*. Lancet, 2019. **393**(10188): p. 2275.
43. Besiroglu, L., Uguz, F., Saglam, M., Agargun, M. Y., Askin, R., & Cilli, A. S. (2007). Psychopharmacological treatment response in obsessive compulsive patients with autogenous and reactive obsessions. *KLINIK PSIKOFARMAKOLOJİ BULTENİ*, 17(1), 1.
44. Baer, L., *Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders*. The Journal of clinical psychiatry, 1994. **55**: p. 18–23.
45. Richter, P.M. and R.T. Ramos, *Obsessive-compulsive disorder*. Continuum: lifelong learning in Neurology, 2018. **24**(3): p. 828–844.
46. Tükel, R., Polat, A., Özdemir, Ö., Aksüt, D., & Türksöy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 43(3), 204-209.

47. Han, S., Xu, Y., Guo, H. R., Fang, K., Wei, Y., Liu, L., Cheng, J., Zhang, Y., & Cheng, J. (2022). Two distinct subtypes of obsessive compulsive disorder revealed by heterogeneity through discriminative analysis. *Human brain mapping*, 43(10), 3037–3046.
48. Alexander, G.E., M.R. DeLong, and P.L. Strick, *Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex*. Annual review of neuroscience, 1986. 9(1): p. 357–381.
49. McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*, 24(3), 283–313.
50. Lee, H. J., Lee, S. H., Kim, H. S., Kwon, S. M., & Telch, M. J. (2005). A comparison of autogenous/reactive obsessions and worry in a nonclinical population: a test of the continuum hypothesis. *Behaviour research and therapy*, 43(8), 999–1010.
51. Besiroglu, L., Agargun, M. Y., Ozbebit, O., & Aydin, A. (2006). A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations. *CNS spectrums*, 11(3), 179–186.
52. Nomenclature, A.P.A.C.o., *Mental disorders: Diagnostic and statistical manual*. 1952: The Association.
53. Wilson, P.T. and R.L. Spitzer, *Major Changes in Psychiatric Nomenclature: Reconciling existing psychiatric medical records with the new American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Psychiatric Services, 1968. 19(6): p. 169–174.
54. Pichot, P., *DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association*. Revue neurologique, 1986. 142(5): p. 489–499.
55. Leonard, H. L., Swedo, S. E., Allen, A. J., & Rapoport, J. L. (1994). Obsessive-compulsive disorder. In *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 207–221). Boston, MA: Springer US.
56. Bell, C.C., *DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Jama, 1994. 272(10): p. 828–829.
57. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 2013: American psychiatric association.
58. Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A., Fineberg, N., Mataix-Cols, D., Ferrão, Y. A., Saxena, S., Wilhelm, S., Kelly, M. M., Clark, L. A., Pinto, A., Bienvenu, O. J., Farrow, J., & Leckman, J. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V?. *Depression and anxiety*, 27(6), 528–555.
59. Husted, D.S., N.A. Shapira, and W.K. Goodman, *The neurocircuitry of obsessive-compulsive disorder and disgust*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 2006. 30(3): p. 389–399.
60. Cisler, J.M., B.O. Olatunji, and J.M. Lohr, *Disgust, fear, and the anxiety disorders: A critical review*. Clinical psychology review, 2009. 29(1): p. 34–46.
61. Via, E., Cardoner, N., Pujol, J., Alonso, P., López-Solà, M., Real, E., Contreras-Rodríguez, O., Deus, J., Segalàs, C., Menchón, J. M., Soriano-Mas, C., & Harrison, B. J. (2014). Amygdala activation and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 204(1), 61–68.
62. Kaplan, A. and E. Hollander, *A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder*. Focus, 2004. 54(3): p. 1111–461.
63. Stein, D. J., Andersen, E. W., Tonnoir, B., & Fineberg, N. (2007). Escitalopram in obsessive-compulsive disorder: a randomized, placebo-controlled, paroxetine-referenced, fixed-dose, 24-week study. *Current medical research and opinion*, 23(4), 701–711.
64. Dell'Osso, B., Nestadt, G., Allen, A., & Hollander, E. (2006). Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A critical review. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(4), 600–610.
65. Del Casale, A., Sorice, S., Padovano, A., Simmaco, M., Ferracuti, S., Lamis, D. A., Rapinesi, C., Sani, G., Girardi, P., Kotzalidis, G. D., & Pompili, M. (2019). Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Current neuropharmacology*, 17(8), 710–736.
66. Soomro, G. M., Altman, D., Rajagopal, S., & Oakley-Browne, M. (2008). Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *The Cochrane database of systematic reviews*, 2008(1), CD001765.

67. Landeros-Weisenberger, A., Bloch, M. H., Kelmendi, B., Wegner, R., Nudel, J., Dombrowski, P., Pittenger, C., Krystal, J. H., Goodman, W. K., Leckman, J. F., & Coric, V. (2010). Dimensional predictors of response to SRI pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 175–179.
68. Saxena, S., Brody, A. L., Ho, M. L., Zohrabi, N., Maidment, K. M., & Baxter, L. R., Jr (2003). Differential brain metabolic predictors of response to paroxetine in obsessive-compulsive disorder versus major depression. *The American journal of psychiatry*, 160(3), 522–532.
69. Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P. A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 156(9), 1409–1416.
70. Erzegovesi, S., Cavallini, M. C., Cavedini, P., Diaferia, G., Locatelli, M., & Bellodi, L. (2001). Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, 21(5), 488–492.
71. Tükel, R., Bozkurt, O., Polat, A., Genç, A., & Atli, H. (2006). Clinical predictors of response to pharmacotherapy with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 60(4), 404–409.
72. Bowlby, E.J.M., *Attachment: Volume one of the attachment and loss trilogy*. 2008: Random House.
73. Mikulincer, M. and P.R. Shaver, *Attachment orientations and emotion regulation*. Current opinion in psychology, 2019. 25: p. 6–10.
74. Mikulincer, M., P.R. Shaver, and D. Pereg, *Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies*. Motivation and emotion, 2003. 27: p. 77–102.
75. van Leeuwen, W. A., van Wingen, G. A., Luyten, P., Denys, D., & van Marle, H. J. F. (2020). Attachment in OCD: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 70, 102187.
76. Hodny, F., Prasko, J., Ociskova, M., Vanek, J., & Holubova, M. (2021). Attachment in patients with an obsessive compulsive disorder. *Neuro endocrinology letters*, 42(5), 283–291. Advance online publication.
77. Doron, G. and M. Kyrios, *Obsessive compulsive disorder: a review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory*. Clin Psychol Rev, 2005. 25(4): p. 415–32.
78. Doron, G., *Self-vulnerabilities, attachment and obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms: Examining the moderating role of attachment security on fear of self*. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2020. 27: p. 100575.
79. Pozza, A., Dèttore, D., Marazziti, D., Doron, G., Barcaccia, B., & Pallini, S. (2021). Facets of adult attachment style in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 144, 14–25.
80. Marsh, H.J., A.J. Rock, and G.I. Clark, *Adult attachment and OCD symptoms: the mediating role of intolerance of uncertainty and beliefs about losing control*. Clinical psychologist, 2024. 28(2): p. 155–168.
81. Nielsen, S.K.K., et al., *Adult Attachment Style, Emotion Regulation and Obsessive–Compulsive Disorder—A Preliminary Cross-Sectional Mediation Investigation of an Attachment-Based Model*. Clinical psychology & psychotherapy, 2025. 32(1): p. e70031.
82. van Leeuwen, W., van der Straten, A., Bögemann, S., Luyten, P., Denys, D., van Wingen, G., & van Marle, H. (2025). Attachment insecurity modulates neural responses to psychological distress in OCD and healthy individuals. *Journal of affective disorders*, 377, 157–167.
83. Fonagy, P. and M. Target, *Attachment and reflective function: their role in self-organization*. Dev Psychopathol, 1997. 9(4): p. 679–700.
84. Bateman, A. and P. Fonagy, *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. 2004: Oxford University Press.
85. Allen, J.G., P. Fonagy, and A.W. Bateman, *Mentalizing in clinical practice*. 2008: American Psychiatric Pub.
86. Fischer-Kern, M. and A. Tmej, *Mentalization and depression: Theoretical concepts, treatment approaches and empirical studies—An overview*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2019. 65(2): p. 162–177.
87. Duman, N., *MENTALİZASYON VE MENTALİZASYONUN PSİKOPATOLOJİ, DUYGUDURUM DÜZENLEME, SALDIRGANLIK VE ŞİDDET İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR DERLEME*. PESA Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2019. 5(2): p. 200–208.

88. Gergely, G. and J.S. Watson, *Early socio-emotional development: Contingency perception and the social-biofeedback model*, in *Early social cognition*. 2014, Psychology Press. p. 101–136.
89. Fonagy, P., G. Gergely, and E.L. Jurist, *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. 2018: Routledge.
90. Bateman, A. and P. Fonagy, *Mentalization-Based Treatment*. *Psychoanal Inq*, 2013. **33**(6): p. 595–613.
91. Baron-Cohen, S., A.M. Leslie, and U. Frith, *Does the autistic child have a "theory of mind"?* *Cognition*, 1985. **21**(1): p. 37–46.
92. Wagner-Skacel, J., Riedl, D., Kampling, H., & Lampe, A. (2022). Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific reports*, *12*(1), 6809.
93. Chung, Y.S., D. Barch, and M. Strube, *A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder*. *Schizophrenia bulletin*, 2014. **40**(3): p. 602–616.
94. Fonagy, P. and P. Luyten, *Conduct problems in youth and the RDoC approach: A developmental, evolutionary-based view*. *Clinical Psychology Review*, 2018. **64**: p. 57–76.
95. Luyten, P., S.J. Blatt, and P. Fonagy, *Impairments in self structures in depression and suicide in psychodynamic and cognitive behavioral approaches: implications for clinical practice and research*. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2013. **6**(3): p. 265–279.
96. De Rossi, E., Imperatori, C., Sciancalepore, F., Prevete, E., Maraone, A., Canevelli, M., Tarsitani, L., Pasquini, M., Farina, B., & Bersani, F. S. (2024). Childhood Trauma, Mentalization and Obsessive Compulsive Symptoms in a Non-Clinical Sample: A Mediation Analysis Study. *Clinical neuropsychiatry*, *21*(3), 195–204.
97. Pino, M. C., De Berardis, D., Mariano, M., Vellante, F., Serroni, N., Valchera, A., Valenti, M., & Mazza, M. (2016). Two systems for empathy in obsessive-compulsive disorder: mentalizing and experience sharing. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, *38*(4), 307–313.
98. Mısır, E., E. Bora, and B.B. Akdede, *Relationship between social-cognitive and social-perceptual aspects of theory of mind and neurocognitive deficits, insight level and schizotypal traits in obsessive-compulsive disorder*. *Comprehensive psychiatry*, 2018. **83**: p. 1–6.
99. İnanc, L. and M. Altıntaş, *Are mentalizing abilities and insight related to the severity of obsessive-compulsive disorder*. *Psychiatry Investigation*, 2018. **15**(9): p. 843.
100. Jansen, M., S. Overgaauw, and E.R. De Bruijn, *Social cognition and obsessive-compulsive disorder: a review of subdomains of social functioning*. *Frontiers in psychiatry*, 2020. **11**: p. 118.
101. Mavroggiorgou, P., Bethge, M., Luksnat, S., Nalato, F., Juckel, G., & Brüne, M. (2016). Social cognition and metacognition in obsessive-compulsive disorder: an explorative pilot study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *266*(3), 209–216.
102. Kara, T., Aydoğan Avşar, P., Kuru, T., & Kocaman, O. (2025). Theory of Mind Abilities May Predict Treatment Outcomes in Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder: A Follow-Up Study. *Early intervention in psychiatry*, *19*(1), e13608.
103. Liu, W., Fan, J., Gan, J., Lei, H., Niu, C., Chan, R. C. K., & Zhu, X. (2017). Disassociation of cognitive and affective aspects of theory of mind in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, *255*, 367–372.
104. Decety, J. and P.L. Jackson, *The functional architecture of human empathy*. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 2004. **3**(2): p. 71–100.
105. Fontenelle, L. F., Soares, I. D., Miele, F., Borges, M. C., Prazeres, A. M., Rangé, B. P., & Moll, J. (2009). Empathy and symptoms dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, *43*(4), 455–463.
106. Kang, J. I., Namkoong, K., Yoo, S. W., Jhung, K., & Kim, S. J. (2012). Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, *141*(2-3), 286–293.
107. Fıstıkçı, N., A. Keyvan, and E. Cesur. *Psikiyatrik Hastalıklarda İçgörü Kavramı: Bir Gözden Geçirme*. in *Yeni Symposium*. 2016.
108. ÇAMLI, K., M.H. TÜRKÇAPAR, and A.E. SARGIN, *Reaktif ve Otojen Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü, Bilişsel İçgörü ve Sosyodemografik Özellikler*.
109. Wu, M.S. and A.B. Lewin, *Insight in Obsessive-Compulsive Disorder*. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*, 2017. **1**: p. 492–510.

110. Kozak, M.J. and E.B. Foa, *Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder*. Behaviour research and therapy, 1994. **32**(3): p. 343–353.
111. Bulut, S., N. Fıstıkcı, and V. Topçuoğlu, *İçgörüsü Az Olan Obsesif Kompulsif Bozukluk*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2014. **6**(2): p. 126–141.
112. First, M.B., *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders: SCID-I*. 1997: American Psychiatric Press.
113. Elbir, M., Alp Topbaş, Ö., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., Çetin, Ş., Özdel, O., Ateşçi, F., & Aydemir, Ö. (2019). DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması [Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, *30*(1), 51–56.
114. Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, *46*(11), 1006–1011.
115. Karamustafaloğlu, K. O., Üçışık, A. M., Ulusoy, M., & Erkmen, H. (1993). Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bursa Savaş Ofset*, *86*.
116. Yıldırım, E. A., Kaşar, M., Güdük, M., Ateş, E., Küçükparlak, İ., & Özalmete, E. O. (2011). Gözlerden zihin okuma testi'nin Türkçe güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *22*(3), 177–86.
117. Ayaz, A. B., Ayaz, M., Fiş, N. P., & Güler, A. S. (2012). Gençlerdeki somatorform bozukluklarda kaygı düzeyi, annenin bağlanma biçimi ve aile işlevselliği. *Klinik Psikiyatri*, *15*(2), 121–128.
118. Kesebir, S., F. Kökçü, and F. Dereboy. *Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. in *Yeni Symposium*. 2012.
119. Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of personality assessment*, *100*(3), 268–280.
120. Örenli Kaya, Z., Alpay, E. H., Türkkal Yenigüç, Ş., & Özçürümez Bilgili, G. (2023). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Mentalization Scale (MentS). *Zihinselleştirme Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, *34*(2), 118–124.
121. Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *The American journal of psychiatry*, *155*(1), 102–108.
122. Özcan, T., Kuru, E., Şafak, Y., Karadere, M. E., Yavuz, K. F., & Turkçapar, M. H. (2013). Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, *2*(1), 25–33.
123. Rachman, S., *A cognitive theory of obsessions*, in *Behavior and cognitive therapy today*. 1998, Elsevier. p. 209–222.
124. Jolliffe, D. and D.P. Farrington, *Development and validation of the Basic Empathy Scale*. Journal of adolescence, 2006. **29**(4): p. 589–611.
125. Topcu, Ç., Ö. Erdur-Baker, and Y. Çapa-Aydın, *Temel Empati Ölçeği Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal, 2010. **4**(34).
126. Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M., & Sar-El, D. (2012). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology and psychotherapy*, *85*(2), 163–178.
127. Myhr, G., Sookman, D., & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *109*(6), 447–456.
128. Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub.
129. Montagne, B., de Geus, F., Kessels, R. P., Denys, D., de Haan, E. H., & Westenberg, H. G. (2008). Perception of facial expressions in obsessive-compulsive disorder: a dimensional approach. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *23*(1), 26–28.

130. Jhung, K., Namkoong, K., Kang, J. I., Ha, R. Y., An, S. K., Kim, C. H., & Kim, S. J. (2010). Perception bias of disgust in ambiguous facial expressions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 178(1), 126–131.
131. Parada-Fernández, P., Herrero-Fernández, D., Oliva-Macias, M., & Rohwer, H. (2021). Analysis of the mediating effect of mentalization on the relationship between attachment styles and emotion dysregulation. *Scandinavian journal of psychology*, 62(3), 312–320.
132. Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21(4), 1355-1381.



EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cinsiyet	Kadın() Erkek ()
Yaşı (yıl olarak)	
Yaşadığı yer	1.Köy() 2.Kasaba() 3.İlçe () 4. İl merkezi()
Medeni Durum	1.Bekar () 2.Evli () 3.Boşanmış () 4.Ayrı yaşıyor () 5. Dul ()
Çocuk	Yok Var (sayı belirtiniz)
Kimlerle yaşadığı	1. Yalnız () 2.Aileden biri () 3. Diğer yakınları ile () 4. Kurumda ()
Eğitim durumu	1.İlköğretim () 2. Lise () 3. Yükseköğretim ()
Toplam eğitim yılı	
Çalışma durumu	1.Çalışmıyor () 2. Öğrenci () 3. Çalışıyor () 4. Emekli ()
Mesleği	
Sosyoekonomik Durum	1.Gelir giderden az () 2.Gelir gidere denk () 3. Gelir giderden fazla ()
Sigara kullanımı (Var ise miktar)	
Alkol kullanımı (Var ise miktar)	
Sigara-alkol dışı madde kullanımı (Var ise miktar)	
Hastalığın başladığı yaş (yıl)	
Tedavisiz geçen süre (yıl)	
Hastalık süresi (yıl)	
Hastane yatışı:	1.Yok () 2. Var () ise sayısı
İntihar girişimi	1.Yok () 2.Var () ise sayısı
Bilinen başka bir tıbbi hastalık bulunması	1.Yok () 2.Var () ise

Ailede ruhsal hastalık öyküsü	1.Yok () 2.Var () ise belirtiniz
Kullanılan ilaçlar:	
•	
•	
•	
•	
•	



EK-2: YALE BROWN OBSESYON KOMPULSİYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

		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		

EK-3: TEMEL EMPATİ ÖLÇEĞİ

TEMEL EMPATİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda size uyan ve uymayan özellikler sıralanmıştır. Lütfen her maddeye NE ÖLÇÜDE KATILIP KATILMADIĞINIZI uygun kutuyu X ile işaretleyerek belirtiniz. Lütfen cevap verirken olabildiğince dürüst olunuz.

1= Kesinlikle katılmıyorum 2= Katılmıyorum 3= Ne katılıyorum ne katılmıyorum 4= Katılıyorum 5= Kesinlikle katılıyorum					
	1	2	3	4	5
1) Arkadaşımın duyguları beni pek etkilemez.					
2) Üzgün olan bir arkadaşımın vakit geçirdikten sonra genellikle üzgün hissederim.					
3) Arkadaşım başarılı olduğunda onun ne kadar mutlu olduğunu anlayabilirim.					
4) İyi bir korku filmindeki karakterleri izleyince korkarım.					
5) Başkalarının duygularından hemen etkilenirim.					
6) Arkadaşlarımın korktuğunu anlamakta güçlük çekerim.					
7) Başka insanları ağlarken gördüğümde üzülmem.					
8) Başka insanların ne hissettikleri beni çok fazla ilgilendirmez.					
9) Birisi kendini kötü hissettiğinde onun neler hissettiğini genellikle anlayabilirim.					
10) Arkadaşlarımın korktuğunu genellikle anlarım.					
11) Televizyonda ya da filmlerde üzüntülü bir şeyler izlerken çoğunlukla ben de üzülürüm.					
12) İnsanların ne hissettiğini çoğunlukla onlar bana söylemeden anlayabilirim.					
13) Kızgın birini görmek hislerimi etkilemez.					
14) İnsanların neşeli olduğunu genellikle anlarım.					
15) Bir şeylerden korkmuş arkadaşlarımla birlikteyken ben de korkarım.					
16) Arkadaşımın kızgın olduğunu genellikle hemen fark ederim.					
17) Arkadaşlarımın hissettiklerine çoğunlukla kendimi kaptırırım.					
18) Arkadaşımın mutsuzluğu bana hiçbir şey hissettirmez.					
19) Arkadaşımın hissettiklerinin genellikle farkında değilimdir.					
20) Arkadaşlarımın mutlu oldukları anları anlamakta zorlanırım.					

EK-4: BROWN İNANÇLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

1. **Son hafta içinde** sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu? Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz? (asıl inanç):

2. Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı?

Her bir madde için hastayı en iyi şekilde karakterize eden cevabı saptayarak daire içine alın. Hastanın spesifik inançları sorularla bütünleştirilebilir -- Örneğin “ Kapı kollarına dokunmanın sizi hasta yapacağına ne kadar inanıyordunuz”. Tercihe bağlı sorular parantez içinde belirtilmiştir; görüşmeciye yönelik yönergeler italik olarak yazılmıştır.

1. İkna olma

Bu fikirlere veya inançlara ne kadar inanıyordunuz? Fikirlerinizin veya inançlarınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz? (Bu eminliğiniz neye dayanıyor?)

- 0- Kesinlikle bu inançların yanlışlığına inanıyor(%0 emin olma)
- 1- İnançlar doğru değil ya da önemli derecede bir şüphe bulunmakta.
- 2- İnançlar doğru olabilir ya da olmayabilir veya inançların doğru olup olmadığına karar veremiyor.
- 3- Bu inançların doğru olduğuna oldukça inanmış durumda fakat bir parça şüphe bulunmakta.
- 4- Var olan inançların gerçekliğiyle ilgili tamamıyla ikna olmuş durumda(%100 emin)

2. Diğerlerinin inançla ilgili bakış açıları konusundaki algı

Diğer insanların inançlarınızla ilgili olarak ne düşündüklerini (düşünebileceklerini) düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] İnsanların çoğunun inançlarınızı anlamlı buldukları konusunda ne kadar eminsiniz?

(Görüşmeci eğer gerekliyse hastaya bu soruyu cevaplarken diğer insanların dürüst bir şekilde fikrini açıkladığını varsayarak cevaplamasını söylemelidir)

- 0- İnsanların çoğunun bu inançları gerçek dışı düşündüğü konusunda tamamıyla emindir
- 1- İnsanların çoğunun bu inançların gerçek dışı olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğer insanlar bu inançların gerçek dışı olduğunu düşünebilirler veya düşünmeyebilirler veya bu inançlara ilişkin diğer insanların bakış açıları konusunda emin değildir.
- 3- Çoğu insanın bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 4- Çoğu insanların bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda tamamen emindi

3. Farklı bakış açılarının açıklanması

Demiştiniz ki (...1. maddedeki cevabı buraya koyarak....) fakat (2. maddedeki cevabı buraya yaz....) dediniz? [DURUP BEKLE] inançlarınızın doğruluyla ilgili olarak sizin düşündüklerinizle diğer insanların düşündükleri arasındaki farkı nasıl açıklarsınız? (Kimin doğru olması daha muhtemeldir?)

(Görüşmeci eğer 1 ve 2. maddeler verilen cevaplar aynıysa bu soruyu sormamalıdır. Bu durumda 1 ve 2 deki skor ne ise o skoru vermelidir.)

- 0- Bu inançların gerçek dışı veya absürt olduğu konusunda tamamiyle emindir. (ör. Zihnim bana oyun oynuyor.)
- 1- Bu inançların gerçek dışı olduğu konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğerlerinin neden onunla aynı fikirde olmadığı konusunda emin değildir; inançlar gerçek dışı olabilir veya diğerleri yanlış olabilir.
- 3- İnançların doğru olduğu konusunda oldukça emindir; diğerlerinin bakış açıları daha az doğrudur.
- 4- İnançların doğru olduğu konusunda tamamiyle emindir; diğerlerinin inançları yanlış doğru değildir

4. Fikirlerin sabitliği

Eğer inançlarınızın doğruluğunu sorgularsam (veya karşı çıkarsam) tepkiniz ne olur? [DURUP BEKLE] Sizi yanıltığınıza ikna edebilir miyim?

(Eğer gerekliyse hastayı yüzleştirmeyen bir örnek veriniz.) (Hastanın ikna edilemeyeceğini esas alarak derecelendirin. Onun kendisinin ikna edilememesi konusundaki arzusunu dikkate almayın.)

- 0- İnançların yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya istekli; bu olasılıkla ilgili olarak herhangi bir hoşnutsuzluk sergilemiyor.
- 1- İnancın yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya kolaylıkla istekli arzulu; buna olan hoşnutsuzluğu/isteksizliği minimal.
- 2- Bir şekilde inançların yanlış olabileceği olasılığını dikkate almaya istekli fakat orta derecede direnç var.
- 3- Çok açık bir şekilde inancın yanlış olabileceğini dikkate alma konusunda isteksiz; isteksizlik/hoşnutsuzluk belirgin.
- 4- İnancın yanlış olabileceği olasılığını dikkate alma konusunu dikkate almayı kesinlikle reddediyor—Ör: inanç sabit

5. Fikri yanlışlama girişimleri

İnançlarınızın yanlışlığını kanıtlamaya veya reddetmeye ne kadar aktif bir biçimde çalışıyorsunuz?
İnançlarınızın yanlış olabileceğine kendinizi ikna etmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?

(Görüşmeci hastanın kendisini bu inançtan kurtarmaya dönük çabalarını derecelendirmelidir. Bu düşünce veya fikirleri zihninden atmaya dönük veya başka bir şey düşünmeye dönük girişimlerini dikkate almamalıdır.)

- 0- Bu inancın yanlışlığını hep kanıtlamaya çalışıyor veya inançlar yanlış olduğu için böyle bir kanıtlama çabasına gerek duymuyor.
- 1- Genellikle bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor
- 2- Bazen bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 3- Nadiren bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 4- İnançların yanlışlığını kanıtlamak için her hangi bir girişimde bulunmuyor.

6. İçgörü

Bu inançlara neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] Bunların psikiyatrik veya psikolojik her hangi bir nedeni olabilir mi veya bunlar gerçekten doğru mu?

(Görüşmeci hastanın gerçekten inanıp inanmadığı konusunda karar vermelidir. Ona söyleneni veya gerçek olmasını umduğu şeyi değil. Psikolojik etiyoloji psikiyatrik hastalıkla eşdeğer olarak görülmelidir)

(Düşüncelerin abartılı olduğunun bilinmesi—örneğin çok zaman aldığı için- veya hasta için sorun oluşturduğunun bilinmesi psikiyatrik veya psikolojik etiyolojiyle aynı şeymiş gibi değerlendirilmemelidir. Bunun yerine hastanın bu inançlarının psikiyatrik veya psikolojik kaynağı veya nedeni olduğu konusundaki farkındalığını derecelendirin.)

- 0- İnançların kesinlikle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 1- İnançların büyük ihtimalle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 2- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni olma olasılığı var.
- 3- Muhtemelen inançların psikiyatrik veya psikolojik nedeni yok.
- 4- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni kesinlikle yok.

TOPLAM BABS SKORU =1 DEN 6'YA KADAR OLAN SORULARIN TOPLAMI

EK MADDE (toplam puana katmayınız)

7. referans fikirleri veya hezeyanları

İnancınız yüzünden insanların sizinle ilgili konuştukları veya size dikkat ettikleri oluyor mu?
OPSİYONEL: (inancını yazın) çevreden özel mesajlar aldığınız oluyor mu? (Bundan ne kadar eminsiniz?)

(Bu soru sadece BABS görüşmecisi tarafından değerlendirilen inançlarla ilgilidir—değerlendirilen inançla alakasız bir nedenle kendisine dikkat edildiğini düşünüyorsa bununla ilgili değil. Görüşmeci bu soruyu cevaplarken gözlenebilir eylem veya kompulsiyonları değil, bunun yerine temel inancı puanlamalıdır.)

- 0- Hayır, diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat etmiyorlar.
- 1- Diğerleri muhtemelen bana özel bir dikkat göstermiyorlar.
- 2- Diğerleri bana özel bir dikkat gösteriyor da olabilir göstermiyor da olabilir.
- 3- Diğerleri muhtemelen bana özellikle dikkat ediyor.
- 4- Diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat ediyor.



EK-5: ZİHİNSELLEŞTİRME ÖLÇEĞİ

Zihinselleştirme Ölçeği (MentS)

Bu ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun seçeneği 1 ile 5 arasında işaretleyiniz.

1	2	3	4	5
Tamamen yanlış	Çoğunlukla yanlış	Hem doğru hem yanlış	Çoğunlukla doğru	Tamamen doğru

1.Davranışlarıma yol açan nedenleri anlamayı önemserim.	1	2	3	4	5
2.Başkalarının kişilik özellikleri hakkında karar verirken ne söyleyip ne yaptıklarını dikkatlice gözlerim.	1	2	3	4	5
3.Başkalarının duygularını tanıyabilirim.	1	2	3	4	5
4.Çoğunlukla başkalarının davranışları ve onların duyguları üzerine düşünürüm.	1	2	3	4	5
5.Genellikle insanları neyin rahatsız ettiğini ayırt edebilirim.	1	2	3	4	5
6.Başkalarının duygularını paylaşabilirim (örn. acısını/sevincini paylaşmak gibi).	1	2	3	4	5
7.Birisi beni sinirlendirdiğinde neden o şekilde tepki verdiğimi anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
8.Kendimi kötü hissettiğimde üzgün mü, korkmuş mu, yoksa kızgın mı olduğumdan emin olamam.	1	2	3	4	5
9.Başkalarının davranışlarını anlamaya çalışarak vaktimi harcamayı sevmem.	1	2	3	4	5
10.Başkalarının düşünce ve duygularını bildiğimde davranışları hakkında doğru tahminlerde bulunabilirim.	1	2	3	4	5

11.Çoğu kez kendime bile neden öyle bir şey yaptığımı izah edemem.	1	2	3	4	5
12.Bazen bir başkasının duygularını o bana henüz bir şey söylemeden anlayabilirim.	1	2	3	4	5
13.Yakın olduğum insanlarla ilişkilerimde ne olup bittiğini anlamayı önemserim.	1	2	3	4	5
14.Kendimle ilgili hoşuma gitmeyecek bir şeyi keşfetmek istemem.	1	2	3	4	5
15.Bir kişinin davranışlarını anlamak için düşünce, duygu ve isteklerini bilmeniz gerekir.	1	2	3	4	5
16.Yakın olduğum insanlarla sık sık duygular hakkında konuşuyorum.	1	2	3	4	5
17.Psikolojik konular hakkında yazılmış gazete makalelerini ve kitapları okumaktan hoşlanırım.	1	2	3	4	5
18.Üzüldüğümü, incindiğimi ya da korktuğumu kendime ifade etmeyi güç bulurum.	1	2	3	4	5
19.Sorularım hakkında düşünmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5
20.Yakın olduğum insanların belirgin özelliklerini doğru ve ayrıntılı biçimde tarif edebilirim.	1	2	3	4	5
21.Tam olarak nasıl hissettiğim konusunda sıklıkla kafam karışıktır.	1	2	3	4	5
22.Duygularımı ifade etmek konusunda uygun sözcükleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
23.İnsanlar bana kendilerini anladığımı ve akıllıca tavsiyeler verdiğimi söyler.	1	2	3	4	5

24.İnsanların neden belirli şekillerde davrandıkları hep ilgimi çekmiştir.	1	2	3	4	5
25.Ne hissettiğimi kolayca tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
26.İnsanlar kendi duyguları ve ihtiyaçları hakkında konuşurlarken aklım başka yerlere kayar.	1	2	3	4	5
27.Hepimiz hayat şartlarına tabi olduğumuz için başkalarının niyetlerini veya isteklerini düşünmek anlamsızdır.	1	2	3	4	5
28.Çocukların öğrenmesi gereken en önemli şeylerden biri duygu ve isteklerini ifade etmektir.	1	2	3	4	5

EK-6: GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA TESTİ

EK 8. GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA TESTİ

test



EK-7: ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ

1. Bölüm

Aşağıdaki açıklamalar çocukluğunuzda anne-babanızla ve şu anda bir yetişkin olarak çevrenizdeki diğer insanlarla yakın ilişkilerinizde neler hissettiğinizi tanımlar. Lütfen hepsini dikkatli okuyup sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

a. Bir çocuk olarak annem ve babam bana karşı genellikle sıcak davranırdı. Eğer zorluklarla karşılaşsam onlardan yardım isteyebilirdim. Başkalarıyla yakın ilişki kurmak ve onlara rahatlıkla güvenmek ve onların da bana güvenmesi benim için kolaydır. Terk edilmekten ya da bir başkasının bana aşırı yakınlığından endişe duymam.

b. Annem ve babam bakım konusunda genellikle ilgisizdi. Benden birçok istekleri vardı. Genellikle yaptıklarımı eleştirirler ve bana bir birey olarak saygı göstermezlerdi. Başkalarına yakın olmakta pek rahat değilimdir. Onlara tam anlamıyla güvenmekte zorlanırım. Herhangi biri bana çok yakınlık gösterdiği zaman ya da birlikte olduğum insan (eş ya da sevgili) bana daha yakın olmak istediğinde kendimi sıkıntılı hissederim.

c. Annemin ve babamın ne yapacağı önceden bilinemezdi, yaşadığım zorluklara bazen ilgi gösterirler bazen göstermezlerdi. Genellikle haksız davranırlar ve özel hayatıma karışırlardı. Diğer insanları benimle, benim istediğim kadar yakınlaşmakta isteksiz bulurum. Birlikte olduğum kişinin beni sevmediği ve benimle kalıp yaşamak istemeyeceği hakkında sıklıkla endişe duyarım. Birlikte olduğum kişiyle sıklıkla daha yakın olmak-bir bütün olmak isterim. Bu isteğim kimi zaman onu ve diğer insanları ürkütüp uzaklaştırır.

2. Bölüm

Aşağıda 18 tane cümle bulunmaktadır. Lütfen bu cümlelerin sizin kişisel görüş ve davranışlarınızı ne kadar yansıttığını değerlendirin ve yanıtlarınızı tüm yaşamınızı göz önünde bulundurarak verin. Her sorunun yanında "doğru" ve "yanlış" seçenekleri bulunmaktadır. Sizin durumunuza en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

		Doğru	Yanlış
1	Kendimi rahat bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir.		
2	İhtiyacın olduğunda başkaları asla orada olmaz.		
3	Başka birine rahatça bağlanırım.		
4	İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağını bilirim.		
5	İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.		
6	Başka bir insana tümüyle güvenmek zor gelir.		
7	Sıklıkla terk edilme kaygıları yaşamam.		
8	Sıklıkla birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesi yaşarım.		
9	Başkalarının benimle benim istediğim kadar yakınlık kurmadıklarını düşünürüm.		
10	Sıklıkla birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceği endişesi yaşarım.		
11	Başka bir insanla tümüyle bütünleşmek isterim.		
12	Başka bir insanla tümüyle bir olma arzumu insanları benden uzaklaştırır.		
13	Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı kolay bulurum.		
14	Başka birinin benimle çok yakın olma isteğinden rahatsız olmam.		
15	Başka birinin benimle çok yakınlaşması beni endişelendirir.		
16	Başka birini kendime yakınlaştırmak konusunda rahatımdır.		
17	Sıklıkla birlikte olduğum kişi benimle benim kendimi rahat hissedebileceğimden daha çok yakınlaşmak ister.		
18	Sıklıkla birlikte olduğum kişi ile onun kendini rahat hissettiğinden daha yakın olmak isterim.		

