

T.C.
YÜZÜNCÜ YILÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ZİHİN KURAMI
İŞLEVLERİ VE BAĞLANMA BİÇİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Anıl Cemre ÖKMEN

TEZ DANIŞMANI

Dr.Öğr.Üyesi Mesut IŞIK

VAN-2020

T.C.
YÜZÜNCÜ YILÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ZİHİN KURAMI
İŞLEVLERİ VE BAĞLANMA BİÇİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Anıl Cemre ÖKMEN

Jüri Başkanı

Üye

Üye

TEZ KABUL TARİHİ

...../...../20..

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi ve tez yazım sürecinde bana olan katkıları ve desteklerinden ötürü danışman hocam Sayın Dr.Öğr.Üyesi Mesut IŞIK'a ;

Eğitim sürecinde bana olan katkıların ve her türlü yardımların dolayı hocalarım Doç.Dr. Pınar GÜZEL ÖZDEMİR'e, Doç.Dr. Abdullah YILDIRIM'a, Doç.Dr. Osman ÖZDEMİR'e, Dr.Öğr.Üyesi Umut KIRLI'ya, Dr.Öğr.Üyesi Faruk KURHAN'a ve Dr.Öğr.Üyesi Emine Füsun AKYÜZ ÇİM'e;

Tez yazım sürecindeki yardımlarından dolayı Doç.Dr. Abdullah ATLI'ya;

Mesleki birikimlerini ve dostluğunu benimle paylaşan Uzman Psikolog Songün GÜNDOĞDU KIRAN'a ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Psikolog Nuray KAYA'ya, eğitim sürecinde katkılarından dolayı Sayın Doç.Dr. Murat Boysan'a;

Eğitim sürecimde güzel ve zorlu anları birlikte yaşadığımız samimiyetleri, yakınlıkları ve özverileri ile işleri kolay kılan sorumlu hemşiremiz Emine GÜVENER ile servis sekreterimiz Şükrü KADAN'a ve çalışma şansını bulduğum diğer tüm hemşire ve sağlık personeli arkadaşlarıma;

Uzmanlık eğitim sürecinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve mesleki tecrübelerimde katkılarından dolayı Dr. Ekrem Yılmaz'a, Dr. Mehmet Celal KEFELİ'ye ve Dr. Ercan ATILLA'ya, asistanlığımın başından sonuna kadar birlikte çalışma şansını bulduğum sevgili arkadaşlarım Dr. Barış ERKUŞ'a, Dr. Şuheda TAPAN ÇELİKKALELİ ve Dr. Sakine AKTAŞ'a, asistanlığımın son döneminde çalışma imkanı bulduğum Dr. Seçkin Lutfi YALÇIN'a, Dr. Gülşah ESİN'e, Dr. Yavuz Selim ATAN'a, Dr. Duygu ANAHAR'a, Dr. Doğançan YİĞİTOĞLU'na ve Dr. Cansu Bengisu KURT'a, kısa süreli de olsa birlikte çalışma ve tanışma imkanı bulduğum Dr. Aybüke AYDIN'a, Dr. Aynzeliha MATSAR ve Dr. Ahmet KAKAÇ'a, sadece eğitim sürecinde değil bana birçok konuda yol gösterici olan Uzm.Dr. Zafer TAPANCI'ya ve asistanlığım sürecinde her konuda yanımda olduğunu hissettiğim, dostluğunu benimle paylaşan Dr. Onur YILMAZ ve sevgili eşi Tuğçe YILMAZ'a;

YYÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği ve Cerrapaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği'nde rotasyonlarım sırasında tanıştığım, birikim ve tecrübelerinden yararlandığım sayın hocalarım ve asistan arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Ve son olarak bana ve eğitimime önemli katkıları olan hastalarım; bana olan desteklerini ve sevgilerini her daim hissettiğim anneme, babama ve Cem'e; aralarına dahil olmaktan büyük mutluluk duyduğum ve bana olan sıcaklıkları ile kısa sürede ailenin eski bir üyesi gibi hissettiren annem Fedva'ya, Nesibe'ye, Özden'e, Oğuzhan'a, Ali Demir ve Damla'ya; hayatıma anlam katan sevgili eşim ÖZGE'ye ve canım kızım Zeynep Mila'ya şükranlarımı sunarım.

Anıl Cemre ÖKMEN

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	II
Teşekkür.....	III
İçindekiler.....	IV
Tablolar ve Şekiller.....	VI
Kısaltmalar.....	VII
Özet.....	1
Abstract.....	3
1.GENEL BİLGİLER.....	5
1.1.Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	5
1.1.1.Tanımı.....	5
1.1.2.Tarihçe.....	6
1.1.3.Epidemiyoloji.....	7
1.1.4.Klinik Özellikler.....	8
1.1.5.Sınıflandırma.....	9
1.1.6.Klinik Gidiş.....	11
1.1.7.Komorbidite.....	13
1.1.8.Etiyoloji.....	14
1.1.8.1.Genetik.....	15
1.1.8.2.Nörotransmitterler.....	16
1.1.8.2.1.Serotonerjik Sistem.....	16
1.1.8.2.2.Dopaminerjik Sistem.....	18
1.1.8.2.3.Glutamaterjik Sistem.....	19
1.1.8.3.Nöroimmünoloji.....	20
1.1.8.4.Nöroanatomi.....	21
1.1.8.5.Psikojen Faktörler.....	26
1.1.8.5.1.Psikoanalitik Görüşler.....	26
1.1.8.5.2.Bilişsel Davranışçı Görüşler.....	29
1.1.8.6.Nöropsikolojik Araştırmalar.....	31
1.2.Bağlanma.....	32
1.2.1.Bağlanma Kuramı.....	33
1.2.2.Bağlanmanın Gelişimi.....	41
1.2.3.Bağlanma ve Psikopatoloji Arasındaki İlişki.....	44
1.2.4.Bağlanma ve Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	46
1.3.Zihin Kuramı.....	50
1.3.1.Tanımı.....	50
1.3.2.Zihin Kuramına Dair Teoriler.....	53
1.3.3.Zihin Kuramı Becerilerinin Gelişimi.....	56
1.3.4.Zihin Kuramında Cinsiyetler Arasındaki Farklılıklar.....	61
1.3.5.Zihin Kuramı ve Bağlanmaya Evrimsel Açından Bakış.....	62
1.3.6.Zihin Kuramı ile İlişkili Beyin Bölgeleri.....	64
1.3.7.Zihin Kuramı ile İlişkili Nörokimyasal ve Genetik Faktörler.....	67
1.3.8.Zihin Kuramı ve Psikiyatrik Bozukluklar.....	70
1.3.9.Zihin Kuramı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	71
1.3.10.Zihin Kuramı ve Bağlanma Arasındaki İlişki.....	76
2.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	79
3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	80
4.METOT.....	81
5.İSTATİSTİK.....	87
6.BULGULAR.....	88
6.1.OKB ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Veriler ve Gelişimsel Dönemlerindeki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	88
6.2.OKB Grubundaki Katılımcılarda Hastalığa Dair Özelliklerin Dağılımı ve Kullanılan	91

Testlerin Bu Özellikler İle İlişkisi.....	94
6.3.Hasta ve Kontrol Gruplarının Kullanılan Ölçek ve Testlere Göre Karşılaştırılması....	94
6.4.OKB Olgu Grubunda Ölçekler ve Testler Arasındaki İlişki.....	96
6.5.OKB Hastalarının ve Sağlıklı Kontrollerin Depresif Belirtilerin Şiddeti Kontrol Edildiğinde Bağlanma Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	99
6.6.OKB Olgu Grubunda Depresif Belirtilerin Şiddeti Kontrol Edildiğinde Bağlanma Boyutları ve ZK Becerileri Arasındaki İlişki.....	99
6.7.OKB Olgu Grubunda PE'nin Belirti Alt Boyutları ile Kullanılan Diğer Ölçekler ve Testler Arasındaki İlişki.....	100
6.7.1.OKB Hastalarında Obsesif Kompulsif Belirti Alt Boyutlarının Bağlanma Boyutları ile Olan İlişkisi.....	101
6.7.2.OKB Hastalarında Obsesif Kompulsif Belirti Alt Boyutlarının Zihin Kuramı Becerileri İle Olan İlişkisi.....	101
6.8.Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi.....	102
7.TARTIŞMA.....	103
8.SONUÇLAR.....	131
9.KAYNAKLAR.....	133
10.EKLER.....	168
EK 1.Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	168
EK 2.Beck Anksiyete Ölçeği.....	169
EK 3.Beck Depresyon Ölçeği.....	170
EK 4.Padua Envanteri - Revize.....	171
EK 5.Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği.....	173
EK 6.İmayı Anlama Testi.....	174
EK 7.Gözlerden Zihin Okuma Testi.....	177
EK 8.Gözler Testi Kayıt	178
EK 9. Etik Kurul Onam ve Karar Formu	179

TABLOLAR

Tablo 1	: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların ve Kontrollerin Sosyodemografik Verilerinin ve Gelişimsel Dönemlerindeki Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı	90
Tablo 2	: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	92
Tablo 3	: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Padua Envanteri, Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	93
Tablo 4	: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Erişkin Bağlanma Biçimleri Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	93
Tablo 5	: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre İmayı Anlama ve Gözlerden Zihin Okuma Testinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	94
Tablo 6	: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların ve Kontrollerin PE, BAÖ, BDÖ, EBBÖ Alt Boyutları, İAT ve GZOT'tan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	95
Tablo 7	: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların ve Kontrollerin EBBÖ'ye Göre Belirlenen Bağlanma Stillerinin Dağılımı	96
Tablo 8	: OKB Grubunda Hastaların Yaşı, Semptomların Başlama Yaşı, Kullanılan Ölçekler ve Testler Arasındaki İlişki	98
Tablo 9	: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların ve Kontrollerin Depresif Belirtilerin Şiddeti Kontrol Edildiğinde EBBÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	99
Tablo 10	: OKB Hastalarının Depresif Belirtilerin Şiddeti Kontrol Edildiğinde Bağlanma Boyutlarından Aldıkları Puanlar ile İAT ve GZOT Skorları Arasındaki İlişki Analizi	100
Tablo 11	: OKB Grubunda PE'nin Belirti Alt Boyutları ile Kullanılan Diğer Ölçek ve Testler Arasındaki İlişki	102
Tablo 12	: Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi	102

ŞEKİLLER

Şekil 1	: Kortiko-striato-talomo-kortikal Devre	22
Şekil 2	: Bartholomew ve Horowitz'in Dörtlü Kategori Modeli	38
Şekil 3	: Bir Bağlanma Aktarım Modeli	44

KISALTMALAR

5-HIAA	: 5-hidroksi indol asetik asit
APA	: Amerika Psikiyatri Birliği
ASK	: Anterior Singulat Korteks
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
COMT	: Kotekol-O-Metiltransferaz
DAT1	: Dopamin Transporter 1
DEZTÖ	: Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği
dMPFC	: Dorsal Medial Prefrontal Korteks
DRD4	: Dopamin Reseptörü D4
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
EBBÖ	: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
EEG	: Elektroensefalografi
Gpİ	: Globus Pallidus Interna
GZOT	: Gözlerden Zihin Okuma Testi
ICD-10	: International Classification of Diseases 10th Revision (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)
İAT	: İmayı Anlama Testi
KSTK	: Kortiko-Striato-Talomo-Kortiakal
m-CPP	: Metaklorofenilprazin
MAOA	: Monoamin Oksidaz A
mPFC	: Medial Prefrontal Korteks
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
OFK	: Orbitofrontal Korteks
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OXTR	: Oksitosin Reseptörü
PANDAS	: Streptokok ile İlişkili Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluk
PE	: Padua Envanteri
pSTS	: Posterior Superior Temporal Sulkus
SNP	: Tek Nükleotid Polimorfizmi
SNr	: Substantia Nigra pars Retikulata
TMS	: Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
TPJ	: Temporo-Parietal Birleşke (Junction)
Y-BOCS	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
ZK	: Zihin Kuramı

ÖZET

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarında çeşitli düzeylerde nöropsikolojik bozulmalar olduğu bilinmektedir. Son yıllarda OKB’de Zihin Kuramı (ZK) işlevleri ve bağlanma stilleri ile ilgili araştırmalar giderek artmaktadır. Bu çalışmada OKB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında ZK becerileri ve bağlanma stilleri açısından bir farklılık olup olmadığı, OKB tanılı hastalarda obsesif kompulsif belirtiler, ZK becerileri ve bağlanma stilleri arasında bir ilişki bulunup bulunmadığı konularının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı almış 42 hasta ve hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş 42 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Katılımcıların tümüne Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Padua Envanteri-41-R (PE), Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ), İmayı Anlama Testi (İAT) ve Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) uygulanmıştır.

Bulgular: OKB grubunda İAT($p:0,001$) ve GZOT($p:0,006$) performansları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde zayıf bulunmuş, her iki test skorunun da hasta grubunda BAÖ’den alınan puanlar ile negatif yönlü ve anlamlı düzeyde ilişki içerisinde olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p:0,001$ ve $p:0,003$). Çalışmamızda OKB grubunda kaygılı/ambivalan ($p:<0,001$) ve kaçınan bağlanma($p:<0,001$) boyutları anlamlı düzeyde yüksek, bu farkın depresif belirtilerin şiddeti kontrol edildiğinde anlamlılığını sürdürdüğü saptanmıştır. OKB hastalarında bağlanma boyutları ve ZK becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde; kaçınan ($p:0,006$) ve kaygılı/ambivalan bağlanma ($p:0,024$) boyutları ile İAT skorları arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki bulunurken, GZOT performansları ile bağlanma boyutları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $p:0,055$ ve $p:0,057$). Depresif belirtilerin etkisi kontrol edildiğinde OKB hastalarında sadece kaçınan bağlanma boyutu ile İAT skorları arasındaki ilişki anlamlı kalmayı sürdürmüştür ($p:0,007$). OKB hasta grubunda PE toplam puan ve alt ölçek puanları ile İAT ve GZOT performansları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0,05$), kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu ile PE toplam puan ($p:0,002$) ve temizlik ($p:0,013$), düşüncelere kapılma ($p:0,003$), dürtüler ($p:0,042$), kesinlik ($p:0,030$) belirti alt boyutları arasında

anlamalı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. OKB hasta grubunda; kaçınan bağlanma boyutu ile obsesif kompulsif belirtilerin kontrol alt boyutu arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p:0,05$), kaçınan bağlanma boyutu ile PE toplam puanı ve diğer belirti alt boyutlarından alınan puanlar arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Bu çalışmada OKB'de hem affektif hem de kognitif ZK becerilerinin sağlıklı kontrollere göre daha zayıf ve hem kaygılı/ambivalan hem de kaçınan bağlanma boyutlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda OKB hasta grubunda güvensiz bağlanma boyutları ile kognitif ZK becerileri arasında negatif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki gözlenmiştir. Ayrıca obsesif kompulsif belirtiler ile kaygılı/ambivalan bağlanma arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş, ZK ile belirtiler arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. OKB'de bağlanma ve zihin kuramı işlevlerindeki bozulmalar ile aralarındaki ilişkiye dair yeni kanıtların bulunması, nörogelişimsel süreçlerin bu bozukluktaki etkilerinin anlaşılmasına, ayrıca nispeten yüksek oranlarda tedaviye düşük yanıt olan bu bozuklukta bağlanma ve ZK becerilerini göz önünde bulunduran yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Zihin Kuramı, Zihinselleştirme, Bağlanma

ABSTRACT

Aim: Various levels of neuropsychological impairments are known in patients with obsessive compulsive disorder (OCD). In recent years, research on Theory of Mind (ToM) functions and attachment styles has increased in OCD. In this study, it was aimed to investigate whether there is a difference between OCD patients and healthy controls in terms of ToM skills and attachment styles, and whether there is a relationship between obsessive-compulsive symptoms, ToM skills and attachment styles in patients with OCD.

Materials and Methods: 42 patients diagnosed with OCD according to DSM-5 diagnostic criteria and 42 healthy controls matched for age, gender and education level were included in our study. Sociodemographic and Clinical Data Form, Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Padua Inventory-41-R (PI), Adult Attachment Style Scale (AASS), Hinting Task (HT) and Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) was applied to all participants.

Results: In the OCD group, HT ($p: 0.001$) and RMET ($p: 0.006$) performances were found to be significantly weak compared to the control group, and both test scores were found to be negatively and significantly correlated with the scores from the BAI in the patient group ($p: 0.001$ and $p: 0.003$, respectively). In our study, it was found that anxious/ambivalent ($p: <0.001$) and avoidant attachment ($p: <0.001$) dimensions were significantly higher in the OCD group, and this difference remained significant when the severity of depressive symptoms was controlled. When the relationship between attachment dimensions and CC skills in OCD patients is examined; While there was a negative and significant relationship between avoidant ($p: 0.006$) and anxious/ambivalent attachment ($p: 0.024$) dimensions, and HT scores, there was no significant relationship between RMET performances and attachment dimensions ($p: 0.055$ and $p: 0.057$, respectively). When the effect of depressive symptoms was controlled, only the relationship between avoidant attachment size and HT scores remained significant in patients with OCD ($p: 0.007$). While there was no significant relationship between PI total score with subscale scores and HT with RMET performance, a significant positive correlation between anxious/ambivalent attachment dimension and PI total score with

contamination/washing, rumination, impulses, precision symptom sub-dimensions was observed in the OCD group. In the OCD group; a negative and significant relationship was found between the avoidant attachment dimension and the checking sub-dimension of obsessive-compulsive symptoms ($p:0,05$), no significant correlation was found between the avoidant attachment dimension and the scores obtained from the PI total score and other symptom subscales.

Conclusion: In this study, it was observed that both affective and cognitive ToM skills in OCD were weaker than healthy controls, and both anxious/ambivalent and avoidant attachment dimensions in OCD were higher. In our study, a significant negative relationship was observed between the insecure attachment dimensions and cognitive ToM skills in OCD patients. In addition, there was a significant relationship between obsessive-compulsive symptoms and anxious/ambivalent attachment, and no significant relationship was found between ToM and symptoms. The discovery of impairments in OCD and recent evidence for their relationship may contribute to understanding the effects of neurodevelopmental processes in this disorder, as well as in this disorder that is relatively highly low response to treatment, the development of new treatment methods that take into account the attachment and ToM skills.

Key Words: Obsessive Compulsive Disorder, Theory of Mind, Mentalization, Attachment

1.GENEL BİLGİLER

1.1.Obsesif Kompulsif Bozukluk

1.1.1.Tanımı

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyonları ve çoğu zaman bu obsesyonları kovmak, obsesyonların neden olduğu anksiyeteyi etkisizleştirmek ya da azaltmak için yapılan yineleyici karakterdeki kompulsiyonları içeren, genellikle süregelen, kimi zaman epizodik alevlenmeler gösteren, kişinin günlük işlevselliğini belirgin ölçüde bozan ve belirgin sıkıntıya yol açan yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Obsesyonlar istem dışı kişinin aklına gelen, genellikle kişi tarafından mantıksız olarak değerlendirilen, bilinçli çaba ile kovulamayan, benliğine yabancı nitelikteki, yineleyici, ısrarcı ve zorlanmaya neden olan düşünce, görüntü ve dürtülerdir. Kişi, obsesyonun kendisinden kaynaklandığının ve dışarıdan aklına sokulmadığının farkındadır. Kompulsiyonlar ise obsesyonlara reaksiyon olarak ortaya çıkan, obsesyonun neden olduğu sıkıntıyı azaltmak, gidermek ya da korkuya neden olan bir durumun ortaya çıkmasını engellemek amacıyla törensel nitelikte belirli bir düzen içerisinde yineleyici biçimde yapılan davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Ancak kompulsiyonlar, engellenmek istenilen durum ile gerçeğe uygun bir şekilde ilişkili değildir ya da abartılıdır. Dürtüsel eylemlerden doyum sağlamaya yönelik ve haz verici olmaması ile ayrılır. Başlangıçta sıkıntıyı gidermek için yapılan bu eylemlerin belirli kurallar çerçevesinde tekrarlayıcı biçimde yapılma zorunluluğunun hissedilmesi, giderek daha fazla çaba ve zaman gerektirmesi, engellenmeye çalışıldığında belirgin sıkıntıya neden olması nedeniyle kompulsiyonlar zaman içerisinde obsesyonlar gibi anksiyete kaynağı haline gelir. Obsesyonlar gibi kompulsiyonlar da kişi tarafından abartılı ya da mantıksız olarak algılanır ancak hastaların bir kısmı obsesyon ve kompulsiyonları mantıksız ya da abartılı algılamayabilir ve bunlara karşı daha az mücadele gösterebilir (1-5).

OKB sık görülen ve önemli derecede yeti kaybına neden olan bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı verilerde işlevselliği bozan fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar arasında onuncu sırada bulunmaktadır. 15 ve 44 yaşları

arasındaki kadınlarda ise daha da üst sıralara çıkarak 5. sırada kendisine yer bulmuştur (6).

1.1.2.Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonlar, tıp literatüründe ilk kez Esquirol tarafından 1838 yılında tarif edilmiş ve dürtü monomanisi olarak adlandırılarak istemsiz, önlenemez, dürtüsel bir aktivite olarak tanımlanmıştır. "Obsesyon" terimi ise ilk olarak 1866 yılında Morel tarafından kullanılmıştır. 1878 yılında Westphal, rahatsızlıktaki temel patolojinin "mental tikler" olarak adlandırdığı mantık dışı düşünceler olduğunu öne sürmüştür ve hastaların bu mantık dışı düşüncelerin farkında olduğu belirterek bu düşünceleri psikotik düşüncelerden ayırmıştır. 1903 yılında Pierre Janet, fobileri, obsesyon ve kompulsiyonları tek bir başlık altında toplayarak "psikastenî" adını vermiş, psikasteninin kişide irade zayıflaması ve ruhsal yorgunluk sonucu geliştiğini öne sürmüştür. Sigmund Freud fobiler ve obsesif kompulsif nevrozdaki psikiyatrik nedenlerin ve mekanizmaların birbirinden farklı olduğunu ileri sürerek bunları iki ayrı durum olarak incelemiştir. Psikodinamik açıdan obsesif kompulsif belirtilerin saldırgan ve cinsel dürtülerden kaynaklandığını öne sürmüştür (2, 5, 7-11).

Obsesif kompulsif belirtilerin, Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) 1952 yılında yayımlanan kitabı DSM-I'de (Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı -I) biçim ve içerik ayrımına girilmeden "obsesif kompulsif tepki" olarak kabaca ve kısa bir tanımlaması yapılmıştır. Sonraki DSM sürümlerinde, yapılan çalışmalar doğrultusunda obsesif kompulsif belirtiler giderek daha ayrıntılı ve net ayrımlar ile açıklanmıştır. 1980 yılında yayımlanan DSM-III'te obsesyon ve kompulsiyonların biçimsel özellikleri ve yaygın görülen şekillerinin tanımlaması yapılarak obsesyon ve kompulsiyonların net ayrımları yapılmış, ayrıca hezeyan, ruminasyon ve diğer zihinsel uğraşlar gibi psikopatolojik görüngülerden ayrımı ilk kez bu yayımda yapılarak OKB adıyla sınıflandırmaya dahil edilmiştir. OKB, DSM-IV ve DSM-IV-TR'de "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmıştır. 2013 yılında yayımlanan DSM-V ile birlikte OKB, bazı tanı ölçütleri değiştirilerek "Anksiyete Bozuklukları" içerisinde çıkarılmış ve yeni oluşturulan "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında beden dismorfik

bozukluğu, trikotillomani, biriktiricilik bozukluğu, deri yolma bozukluğu ve maddenin/ilacın yol açtığı OKB ve ilişkili bozukluklar ile birlikte sınıflandırılmıştır. ICD-10'da ise OKB, "Nevrotik, Stres ile İlişkili ve Somatoform Bozukluklar" başlığı altında kendini yer bulmuştur (12-18).

1.1.3.Epidemiyoloji

OKB'nin toplumda yaşam boyu yaygınlık oranı % 2-3 arasında bulunmakta olup, depresyon, alkol ve madde kullanım bozukluğu ile sosyal fobiden sonra en sık görülen 4. psikiyatrik bozukluktur (19, 20). Kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklığı yetişkinlik döneminde birbirine yakındır. Yapılan çeşitli araştırmalarda OKB'nin dağılımının cinsiyetler arasında eşit olduğu saptanırken (21-23), bazı çalışmalarda ise kadınlarda daha sık olduğu bulunmuştur (24-27). DSM-V'te OKB'nin erişkinlerde %1,1 ile %1,8 arasında 1 yıllık yaygınlığının bulunduğu ve kadınlarda az bir farkla daha sık görüldüğü belirtilmiştir (17). Çocuk ve ergenlerde ise erkeklerde kadınlara göre 1,5 ila 2,5 kat arasında daha sık görülmekte olup birçok araştırmada erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda hastalığın başladığı gösterilmiştir (21, 28-31). OKB belirtileri de cinsiyetler arasında farklılıklar gösterebilmekte olup; kadınlarda bulaş obsesyonları ve kompulsif yıkama/temizleme davranışı daha sık görülürken, erkeklerde cinsellik, saldırganlık, simetri obsesyonları ve tekrarlama, kontrol etme kompulsiyonları daha sık görülmektedir (26, 27, 32, 33).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada OKB'nin 1 yıllık sürede genel toplumda yaygınlık oranı %0.5 olarak saptanmış (34), yapılan diğer epidemiyolojik araştırmalarda ise 1 yıllık yaygınlığı %0.5-5.6 ve yaşam boyu yaygınlığı ise %2.5-6.2 arasında bulunmuştur (35, 36). Ayrıca, ülkemizde kadınlarda erkeklere göre 3 kat daha fazla oranda OKB saptanmıştır (34).

OKB özellikle geç ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlangıç göstermekte olup, başlangıç yaşı ise erkeklerde ortalama 19, kadınlarda ise 22'dir (37, 38). OKB tanılı erişkinlerin %30-50'si belirtilerin çocukluk döneminde, üçte ikisi ise 15 yaşından önce ortaya çıktığını bildirmektedir (39). Hastaların büyük çoğunluğu belirtilerin ortaya çıkmasından yaklaşık 10 yıl kadar sonra tedavi arayışı

içerisinde olmaktadır. Hastaların yalnızca %15 kadarında 35 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır (25).

1.1.4.Klinik Özellikler

Obsesyon ve kompulsiyonların yaygınlıkları kültürler arası değişkenlik göstermekte ancak içerik ve şekilleri değişmemektedir. Sıklıkla obsesyonlar ve kompulsiyonlar bir arada bulunmakla birlikte (%75-91) kompulsiyonların beraberinde bulunmadığı "saf obsesyonlar" veya obsesyonların eşlik etmediği "saf kompulsiyonlar" da görülebilmektedir (1). Yapılan bir alan araştırmasında, OKB tanılı hastaların %91'inde obsesyon ve kompulsiyonlar bir arada, %8.5'inde saf obsesyonlar ve %0.5'inde ise saf kompulsiyonların olduğu bulunmuştur (23).

Yapılan geniş çaplı bir araştırmada; bulaş (%50) ve kuşku (%42) obsesyonlarının en yaygın görülen obsesyon tipleri olduğu bulunmuştur. Çalışmada simetri obsesyonları %32, saldırganlık obsesyonları %31, cinsel obsesyonlar %24 ve dini obsesyonlar %10 oranında saptanmıştır. Kontrol etme (%61), Temizleme (%50) ve sorma (%42) en sık saptanan kompulsif davranışlar olmuş, düzenleme/simetri kompulsiyonları %28 ve biriktirme %18 oranında bulunmuştur (21).

Hastaların önemli bir kısmında birden çok obsesyon (%33-60) ve/veya birden çok kompulsiyon (%38-48) bir arada bulunmaktadır (21, 40).

Kompulsiyonlar, genellikle obsesyonların neden olduğu bunalıntıyı gidermek için ortaya çıkmakta ve obsesyonlar ile uyumlu davranışlar veya örtük zihinsel eylemler olarak bulunmaktadır. Örneğin kirlenme obsesyonu, temizleme kompulsiyonu ile, kuşku obsesyonları kontrol etme kompulsiyonlarıyla, dini obsesyonlar ise kompulsif karakterde dua etme ile birlikte sık görülmektedir. Kompulsiyonlar, obsesyonların neden olduğu sıkıntı hissinin azalmasını kısa vadede sağlamakla birlikte, uzun vadede obsesyonların zihinde tekrarlanması neden olarak hastalığın pekişmesine ve katı, ritüelistik doğası ile yineleyici şekilde yapılmak zorunda hissedilmesi sonucu bir süre sonra kendileri sıkıntıya neden olmaktadır.

OKB hastalarında, düşünce ve davranışlardaki obsesyon ve kompulsiyon belirtileri dışında diğer alanlarda da bazı dikkat çeken belirtiler görülebilmektedir.

Bu hastalar aşırı derecede titiz, düzenli ve kontrollüdürler. Ellerinde aşırı yıkamalara bağlı kontakt dermatit gelişebilir. Sözcükleri özenli bir şekilde seçerek, düzgün, aşırı derecede denetimli ve eksiksiz bir şekilde konuşma çabaları nedeniyle konuşmalarında ayrıntıcılık belirgindir. İlişkilerinde aşırı kuralcı ve saygılı tutum sergilerler. Duygulanımlarında obsesyon ve kompulsiyonlarının neden olduğu bunaltı, zaman zaman da bunaltının şiddetlenmesi sonucu depresyon görülebilir. Travmatik yaşantılarını ise bir başka kişinin yaşamış olduğu bir durummuş gibi duygudan izole edilmiş kuru bir dille anlatırlar. Algı ve yönelimde bozulma olmamakla birlikte düşünce-eylem füzyonu nedeniyle algı bozukluğu görünümü olabilir. Yineleyen obsesyonlar nedeniyle dikkat dağınıklığı ve performans düşüklüğü yaşayabilirler (2). Obsesyonlar ve kompulsiyonlar, obsesyonel yavaşlık olarak tanımlanan bazen sıradan günlük aktivitelerin bile saatler alması ile sonuçlanan, kişinin hayatını felç edebilecek düzeyde yavaşlamaya neden olabilir (1).

1.1.5.Sınıflandırma

DSM 5' te, "OKB ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmış, ayrıca OKB tanısı için DSM IV' te tanı kriterleri içerisinde yer alan içgörü şartı kaldırılarak OKB tanısı içerisine dahil olan hasta grubu genişletilmiştir (15, 17). DSM 5' te içgörü düzeyi için ek belirleyiciler konulmuştur.

DSM 5' teki Tanı Kriterleri

A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin beraber bulunması:

Obsesyonlar 1. ve 2. madde ile tanımlanır:

- 1.** Kimi zamanlarda istem dışı ve zorla geliyor gibi yaşanan, kişilerin çoğunda açık bir biçimde kaygı ve sıkıntı yol açan, tekrarlayıcı ve devamlı düşünceler, dürtüler ya da imajlar
- 2.** Kişi bu düşünce, dürtü ve imajlara aldırış etmemeye ya da baskılamaya uğraşır ya da başka bir düşünce ya da eylemle (bir kompulsiyonla) bunları etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar 1. ve 2. madde ile tanımlanır:

1. Kişinin obsesyona reaksiyon olarak ya da katı bir şekilde uyulması gereken kurallar çerçevesinde yapmak zorundaymış gibi zorlandığını hissettiği tekrarlayıcı davranışlar (örn. el temizleme, düzenleme, kontrol edip durma) ya da mental eylemler (örn. dini olarak anlamlı ifadeleri tekrarlama, sayı sayma, bazı sözcükleri içinden tekrarlama)

2. Bu davranışlar ya da mental eylemler, yaşanmakta olan sıkıntı ya da korkulardan korunma ya da bunların etkilerini azaltma ya da korkuya yol açan durum ya da olaydan sakınma hedefiyle gerçekleştirilir; fakat gerçekleştirilen bu davranışlar ve mental eylemler etkisizleştirilmesi, engellenmesi ya da korunulması hedeflenen durumlar ile gerçeğe uygun bir şekilde ilişkili değildir ya da belirgin ölçüde abartılı bir seviyededir.

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar önemli zaman kaybına neden olur (örn. günde 1 saatten fazla zamanının harcanmasına neden olur) ya da klinik anlamda belirgin düzeyde bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında önemli ölçüde işlev kaybına yol açar.

C. Obsesif-kompulsif belirtiler bir maddenin (ilaç ya da kötüye kullanılan bir madde) ya da bir tıbbi durumun fizyolojik etkileri ile açıklanamaz.

D. Bu bozukluk diğer bir psikiyatrik hastalığın semptom ve bulgularıyla daha iyi izah edilemez.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif kompulsif bozukluk inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi obsesif kompulsif bozukluk inanışlarının muhtemelen gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok / Sanırsal inanışlar: Kişi, obsesif kompulsif bozukluk inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin tanı esnasında ya da daha önceleri bir tik bozukluğu öyküsü mevcuttur.

1.1.6.Klinik Gidiş

OKB belirtilerinin ortaya çıkışı genellikle sinsi ve yavaş bir şekilde olmakta, klinik olarak anlamlı bir seviyeye gelmesi uzun sürüler alabilmektedir. Ancak bazı olgularda, hamilelik ya da yakın bir kişinin kaybı sonrası gibi zorlayıcı yaşam olayları ile OKB ani olarak ortaya çıkabilmektedir. OKB genel olarak süreklilik gösteren inatçı bir hastalık olmakla birlikte zaman içerisinde obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti ve biçimi değişim gösterebilmektedir. Bu değişimlere rağmen uzun süreler belirtilerin tamamen kaybolmasının ya da tam iyileşmenin olmasının daha seyrek olduğu öne sürülmektedir. Birçok OKB hastası, başlangıç döneminde saçma veya anlamsız olarak gördükleri için belirtileri saklamaya ve kendi başlarına obsesyon ve kompulsiyonların üstesinden gelmeye çalışırlar. Bu nedenle doktor başvurdıklarında çoğu hastada belirtiler artık kronik bir hale gelmiş olur. Yıllar içerisinde belirtilerin sayısı ve şiddetinde artış olan hastaların belirtiler nedeniyle hayatları önemli ölçüde kısıtlanır. Belirtiler nedeniyle yaşadıkları zaman kayıpları sonucunda günlük aktiviteleri aksar, performansları düşer, iş ve sosyal hayatlarında önemli zorluklar yaşamaya başlarlar. Sosyal ilişkilerinde önemli bozulmalar ortaya çıkar. İlk belirtilerin ortaya çıkışından hekime başvurana kadar ortalama 10 yıllık bir süreç geçmektedir (1, 2, 41).

OKB hastalarında klinik gidiş değişkenlikler gösterebilir. Bazı OKB hastalarında dalgalı bir seyir gözükürken, diğerlerinde sabit ya da kötüleşmeyle ilerleyen bir seyir olabilir. Bazı hastalarda ise dönemsel alevlenmeler şeklinde epizodik gidiş görülebilir. %20-30 hastada belirtilerde önemli düzeyde iyileşme olurken, hastaların %40-50'si orta düzeyde iyileşme gösterir. %20-40 hastada ise belirtiler değişmez ya da kötüleşme gösterir (1, 37). Hastaların %15 kadarında iş ve sosyal işlevsellik düzeylerindeki bozulmanın zaman içerisinde giderek artış gösterdiği ileri sürülmektedir (21).

Epizodik gidiş gösteren OKB hastaları için farklı sıklık oranları bildirilmektedir. DSM IV' te %5 görülme oranı bildirilirken (15), yakın tarihli araştırmalarda ise %45.5 (42) ve %27.4 (43) görülme oranlarıyla daha yüksek sıklık oranları saptanmıştır. Kronik seyirli hastalara göre epizodik seyir gösteren OKB'lilerde belirtilerin ortaya çıkışının daha ileri yaşlarda olduğu bulunmuştur. Ayrıca epizodik grubun major depresyon ile ilişkili olabileceği öne sürülmüş, kadın/erkek oranının da epizodik gidiş gösteren grupta kronik gidişlilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (42).

Bazı iyi ve kötü prognostik etmenler OKB hastaları için tanımlanmaktadır. Kötü prognoz göstergeleri arasında; erkek cinsiyet, erken yaşlarda başlangıç, sanrı ve varsanılarının bulunması, hastaneye yatış gereksinimi duyulması, kronik seyirli gidiş gösterme, aile öyküsünde OKB varlığı, kompulsiyonlara karşı direnç göstermeme, aşırı değer verilmiş düşünceler ya da bizar nitelikte kompulsiyonların varlığı, şizotipal kişilik bozukluğu özellikle olmak üzere kişilik bozukluğunun bulunması, içgörü azlığı ve major depresyon vb. bozuklukların eşlik etmesi gibi etkenlerin bulunduğu öne sürülmektedir. Belirtilerin ortaya çıkışından sonraki ilk tedavi başvurusuna kadar geçen sürenin kısa olması, çocukluk dönemlerinde belirtilerin bulunmaması, belirtilerin şiddetinin hafif ve işlevselliğin iyi olması, belirtilerin epizodik seyretmesi ile tetikleyici yaşam olaylarının bulunması iyi prognostik göstergelerdir. Obsesyonları içeriği ile klinik gidiş arasında anlamlı bir ilişki yapılan çalışmalarda gösterilememiştir (9, 37, 42, 44-47).

OKB hastalarında içgörüdeki zayıflık %15 ile %36 arasında değişmekte olup, içgörüsü az olan OKB hastalarında belirtilerin daha şiddetli olduğu, eşlik eden psikiyatrik hastalıkların daha fazla olduğu ve prognoz açısından en önemli göstergelerden birinin bu durum olduğu ileri sürülmektedir (48-56).

Erken ve geç başlangıç gösteren OKB hastaları arasında belirtilerin miktarı, ağırlığı ve yaygınlığı açısından farklılıklar olduğu yapılan araştırmalarda bildirilmektedir (1). Erken başlangıçlı OKB hastalarında belirtiler sayıca daha fazla(57-59) ve daha şiddetli olmakta (58, 60) ayrıca kompulsiyonlar obsesyonlara göre daha erken ortaya çıkabilmektedir (60). Tik bozuklukları(59, 60) ve öğrenme

güçlükleri(57) erken başlangıçlı olan grupta daha sık görülmekte olup tedaviye yanıtın da geç başlangıçlılara göre daha kötü olduğu(60) araştırmalarda saptanmıştır.

1.1.7.Komorbidite

OKB tanılı hastalarda ek psikiyatrik bozuklukların oldukça sık karşılaştığı yapılan çalışmaların birçoğunda bildirilmektedir. Birçok araştırma sonucunda, OKB'li hastalarda, eşlik eden diğer birinci eksen bozuklukların %50'den fazla oranlarda bulunmakta olduğu, üçte ikisinde eştanı olarak en az bir psikiyatrik bozukluk bulunduğu ve yaşam boyu komorbiditenin ise %86-92 oranlarına ulaştığı bildirilmektedir. OKB hastalarının yalnızca %15' inden azının yaşam boyu ek tanı almadıkları saptanmıştır (61-64).

Major depresyon ve anksiyete bozukluklarının OKB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar olduğu bildirilmektedir (63). Major depresyonun üçte bir hastada tanı esnasında bulunduğu ve hastaların %60-80 oranının yaşamlarının bir döneminde major depresyon dönemi geçirdikleri bildirilmektedir (65, 66). Bipolar bozukluğun ise çeşitli araştırmalarda %2.7 ile %21.5 arasında değişen oranlarda komorbid olarak bulunabildiği saptanmış (22, 67-69), ayrıca epizodik gidiş gösteren OKB ile bipolar arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (67, 70).

Panik bozukluğu, sosyal ve özgün fobi, yaygın anksiyete bozukluğu başta olmak üzere OKB'ye anksiyete bozuklukları sıkça eşlik etmekte olup, OKB hastalarının yaşam boyu anksiyete bozukluklarından birinin tanı kriterlerini karşılama olasılığının %40-60 oranında olduğu bildirilmektedir (62). Yapılan bir çalışmada OKB hastalarının %9.5' inde panik bozukluk, %12.2' sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %15.6' sında sosyal fobi ve %17.7' sinde özgül fobi bulunurken (71), bir başka çalışmada ise hastalarda %13.8 panik bozukluğu, %46.5 fobik bozukluk komorbiditesinin hayat boyu görülebilme olasılığı olduğu bildirilmiştir (20).

Özellikle başlangıç dönemindeki şizofreni hastalarında görülen bazı yineleyici davranışlar ve belirtiler OKB ile karışabilmekle birlikte bazı hastalarda OKB ve şizofreni eştanı olarak bulunabilmektedir. Yapılan bir araştırmada, OKB' de

şizofreniform bozukluğun %1.2, şizofreninin ise %12.2 oranında eştanı olarak bulunduğu bildirilmiştir (20).

OKB ve Tourette bozukluğu birbiri ile yakın ilişkili iki rahatsızlık olup özellikle çocukluk çağı OKB'si olanlarda bu iki durum birbirine daha sık eşlik etmektedir. OKB'de Tourette bozukluğunun hayat boyu yaygınlığı %5-10 arasında bulunurken; Tourette bozukluğu olanlarda hayat boyu OKB gelişme olasılığı %30-40 gibi daha yüksek oranlarda bulunmuştur (37, 72).

OKB'de ayrıca nispeten daha az oranlarda yeme bozuklukları, beden dismorfik bozukluk, hipokondriasis, trikotillomani ve madde kullanım bozukluğu eştanı olarak görülmektedir (21, 73, 74).

OKB'de kişilik bozukluklarının da çalışmalarda değişen oranlarda eştanı olarak bulunduğu saptanmış olup, özellikle C kümesi kişilik bozuklukları diğer kişilik bozukluklarına göre daha sık oranlarda bulunmakla birlikte %40 ile %60 arasındaki oranlarda kişilik bozukluğu komorbiditesinin olduğu bildirilmektedir (63).

OKB; bazal ganglion hasarı ile ilişkili hareket bozuklukları, travmatik beyin hasarları ve bazı bunama tablolarını içeren nörolojik patolojiler ile ilişkilendirilmektedir. İdiopatik OKB ve bazı nöropsikiyatrik tablolarda görülen tekrarlayıcı davranışların; frontal lob hasarı veya dejenerasyonu, globus pallidus ve nükleus kaudatus zedelenmesi ile açıklanabileceği öne sürülmektedir (75-78).

1.1.8.Etiyoloji

OKB'nin tek tip ya da homojen bir bozukluk olmayıp, çok farklı özellikler gösteren heterojen bir hastalık olduğu varsayılmaktadır. Genetik, nörokimyasal, immünolojik, nörogelişimsel, nöroanatomi faktörleri içeren nörobiyolojik faktörler ve psikososyal faktörlerin ortak bazı etkilerinin OKB etiyolojisinde rol aldığına inanılmaktadır. Son yıllarda yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular ve bazı ilaçların tedavideki etkileri, OKB oluş nedenleri açısından bazı teorilerin ortaya çıkmasını sağlamıştır.

1.1.8.1.Genetik

OKB'nin genetiği ile ilgili araştırmalar aile ve ikiz çalışmalarıyla, moleküler genetik çalışmaları kapsamaktadır. Aile çalışmalarında, OKB'nin önemli oranda ailesel geçiş gösterdiği ve ailesel kümelenmelerin olduğu saptanmıştır (79). Özellikle erken başlangıçlı OKB olgularında ailesel geçiş oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (41, 80). Yapılan bir çalışmada, OKB hastalarının birinci derece yakınlarında %18.2 oranında OKB bulunmuş (41), bir başka çalışmada ise OKB'si olmayan kişilerin birinci derece yakınlarında %2.7 oranında OKB tanısı konulurken, bu oran OKB'lilerin yakınlarında ise %11.7 olarak saptanmıştır. İkinci çalışmada kompulsiyonlara kıyasla obsesyonların daha fazla oranda ailesel geçiş gösterdiği bulunmuştur (80, 81). Tourette ve OKB'nin ailesel geçiş oranlarını inceleyen bazı çalışmalarda; OKB'li hastaların birinci derece yakınlarında Tourette ve kronik motor tik bozukluğuna daha fazla oranda rastlanmış, ayrıca Tourette bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında da daha yüksek oranlarda OKB tanısının bulunduğu bildirilmiştir (81, 82).

Yapılan bir ikiz çalışmasında ise çift yumurta ikizlerinde eş-hastalanma oranı %47 saptanırken monozigot ikizlerde %87 oranında bulunmuştur (83). Bir başka gözden geçirme çalışmasında ise monozigotlarda eş-hastalanmanın %63 oranında olduğu saptanmıştır (25).

Moleküler genetik çalışmalarla OKB' nin ailesel geçişinin kalıtsal geçişle uyumlu olduğu yönünde bulgular sağlamış, çalışmaların sonuçlarında tek bir genden ziyade bazı genlerin OKB'nin ortaya çıkmasında rol aldığı görülmüştür. Özellikle OKB'nin oligogenik bir hastalık olduğu sonucuna varılmıştır (84). Moleküler araştırmalar özellikle serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik sistemler ile ilişkili genler üzerinde yoğunlaşmış, yapılan geniş çaplı bir meta-analizde OKB'nin, serotonin ile ilişkili polimorfizmler (5-HTTLPR ve HTR2A) ve sadece erkekleri kapsayacak şekilde katekolamin düzenlenmesinde yer alan polimorfizmler (MAO-A ve COMT) ile bağlantılı olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada dopamin (DAT1 ve DRD3) ve glutamat (rs3087879) ile ilişkili polimorfizmlerin anlamlı düzeyde olmasa da OKB ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (85). Yapılan başka çalışmalarda

ise Dopamin D4 reseptör geni (DRD4) ve dopamin taşıyıcısı geni polimorfizmlerinin OKB ile ilişkisi olabileceği öne sürülmüştür (81).

1.1.8.2.Nörotransmitterler

1.1.8.2.1.Serotonerjik Sistem

Beslenme, ağrı, uyanıklık, döngüsel ritimler, nöroendokrin fonksiyonlar ve dürtüler gibi merkezi sinir sisteminde birçok fonksiyon üzerinde etkileri olan serotonin, beyinde yaygın olarak bulunan bir nörotransmitterdir. Ayrılmış bir sensorial, motor ya da otonomik işlevi bulunmayan serotonerjik nöronlar; düzenleyici, ayarlayıcı ve eşgüdüm içersinde çalışmayı sağlayan bütünleştirici etkileri sayesinde nöronal ağın uyum içersinde çalışmasını sağlar. Serotonerjik nöronlar dürtüsellliği düzeltir, uygun olmayan saldırgan eğilimleri baskılar, sosyal davranışları kolaylaştırır, özsaygı ve duygudurumu dengede tutarlar. Ön beyin bölgesinde serotonerjik etkinliğin azalması; duygudurumda oynaklık, stres ile baş edebilme becerisinde azalma, irritabilite, saldırgan ve riskli davranışlarda artışa yol açar (2, 86, 87).

Serotonin gerilim önleyicilerinin OKB tedavisinde etkili olduğu gösterilmesiyle birlikte bu durum, OKB'nin ortaya çıkmasında serotonin rolü olduğuna dair hipotezler geliştirilmesine neden olmuş, özellikle diğer trisiklik antidepressanlara göre serotonin geri alımı üzerine daha belirgin etki gösteren klomiparin ve sonrasında gelen selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin hastalığın belirtilerinde iyileşme sağlarken, noradrenalin geri alım blokajına neden olan desipraminde ise böyle bir etkinin bulunamaması bu hipotezleri kuvvetlendirmiştir (88).

Yapılan bazı çalışmalarda, serotoninin etiyolojide rol aldığı hipotezini destekleyecek şekilde OKB hastalarının beyin omurilik sıvılarında (BOS) serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeyleri kontrol gruplarına göre yüksek saptanmış ve klomipramin tedavisi sonrası belirtilerdeki düzelmeye paralel şekilde BOS'taki 5-HIAA seviyelerinde azalma olduğu gösterilmiştir (89, 90).

5-HT1A, 5-HT1D ve 5-HT2C reseptörlerine yüksek affinite gösteren serotonin agonisti metaklorofenilprazin (m-CPP) ile bazı çalışmalarda OKB belirtilerinde artma olduğu gösterilmişken, bazı çalışmalarda herhangi bir değişim gözlenmemiştir (91). 5-HT1A ve 5-HT2C agonistleriyle yapılan diğer bazı çalışmalarda OKB belirtileri üzerine herhangi bir etki gözlenmezken (92, 93) ve 5-HT1D reseptör agonisti olan sumatriptan ile ise OKB semptomlarında kötüleşme olduğu gösterilmiştir. Hem sumatriptan hem de m-CPP' nin 5-HT1D üzerindeki ortak etkileri nedeniyle OKB etiolojisinde bu reseptörün rol oynuyor olabileceği şeklinde değerlendirmelere yol açmıştır (94, 95). 5-HT1D, OKB ile ilişkili beyin bölgeleri olan prefrontal alanlar ve kaudatın bazal bölgesinde yoğun olarak bulunmakta olup serotonin transmisyonunu azaltan bir presinaptik otoreseptördür. Ayrıca bu reseptörün postsinaptik ikinci bir etkinliği daha bulunmaktadır. OKB'de bu reseptörün aşırı duyarlılık geliştirmiş olabileceği öne sürülmektedir (1).

OKB'de antidepresanların etkisinin diğer bazı psikiyatrik bozukluklara nazaran daha geç ve daha yüksek dozlarda ortaya çıkmasının özellikle OKB'de etkilenmiş olduğu öne sürülen orbitofrontal kortekste serotonin salınımında yaşanan gecikmeden kaynaklandığı gösterilmiştir. Orbitofrontal kortekste 5-HT1B ve 5-HT1D otoreseptörlerindeki duyarsızlaşmanın daha geç olduğu ve daha yüksek ilaç dozları gerektirdiği bildirilmektedir (96, 97).

OKB'de serotonerjik sistem anormallikleri tek başına patogenezi açıklamada yeterli değildir. Hastaların %40-60 kadarının SSRI' lara yeterli yanıt vermemesi, farklı SSRI'ların hastalarda farklı yanıtlara neden olması, klomipraminin SSRI'lara göre daha etkili olduğunun ve venlefaksin ile paroksetin arasında tedavide etkinlik bağlamında belirgin farkın bulunmadığının gösterilmiş olması OKB'nin sadece serotonerjik anormallikler ile ilişkili olmadığını düşündürmektedir (98-100). Serotonerjik dizgenin OKB'de kabaca hipo ya da hiperaktivitesinden söz etmek serotoninin kompleks etkileri nedeniyle yeterli görülmemektedir. Serotoninin ayrıca diğer nörotransmitter anormallikleri üzerinde düzenleyici ya da kompensatuar etkileri olabilir (86).

1.1.8.2.2.Dopaminerjik Sistem

Dopamin nöronlarının yoğun olarak bulunduğu bazal ganglionlarda dopaminerjik ve serotonerjik dizgeler arasında fonksiyonel bağlantıların bulunması ve bu bölgede gelişen patolojiler sonrasında obsesif kompulsif semptomların ortaya çıkabilmesi, dopaminerjik etkinlikte artışa neden olan psikositümölanların obsesif kompulsif belirtilerdeki artış ile ilişkili bulunması ve dirençli OKB hastalarında tedaviye eklenen dopamin reseptör blokajı yapan bazı ilaçlar ile semptomların şiddetinde azalmanın görülmesi dopaminin OKB patogenezinde rol aldığını düşündürmektedir (101, 102).

Dopaminin amigdala ve prefrontal korteks arasındaki bağlantılardaki regülatör etkisinin OKB belirtilerine aracılık ediyor olabileceği düşünülmektedir (103).

Dopaminerjik etkinlik artışına neden olan ilaçlar ile OKB arasında ilişki çeşitli çalışmalarda araştırılmış, özellikle kokainin uzun süreli kullanımı, OKB semptomlarının artışı ile ilişkili bulunmuş, ayrıca kokain kullanım bozukluğu olanların ileriki dönemlerde OKB gelişim riski taşıdıkları saptanmıştır (104-107). Amfetamin ve metilfenidat ile yapılan çalışmalarda ise çelişkili sonuçlara ulaşılmış, bir kısım araştırma OKB belirtilerini ortaya çıkardıkları ya da var olan belirtilerde artışa neden olduğunu bulunurken, diğer bazı çalışmalar ise belirtilerde azalmaya neden olduklarını bildirmiştir. Her üç ajanın da dopamin sistemi üzerindeki etkileri dışında serotonin ve noradrenalin salınımında artışa neden olmaları nedeniyle çalışma sonuçları değerlendirilirken bu durumun göz önünde bulundurulması gerekmektedir (103).

Diğer bir çalışmada, uzun süreli olarak selektif D2/3 reseptör agonisti olan quinpirol uygulanan sıçanlarda, OKB'dekine benzer kontrol etme ritüelleri geliştiği gözlemlenmiş, postmortem olarak incelenen bu hayvanların sağ prefrontal korteks ve nükleus akumbenslerinde dopaminin doku düzeylerinde arttığı saptanmıştır (108-111).

Psikositümölan kullanımı sonrasında OKB semptomları ortaya çıkan hastalarda, bu belirtilerle ilişkili olarak ruhsal gerginliğin bulunmaması nedeniyle,

yineleyici düşünce ve davranışlarda dopaminerjik etkinlik artışının rol oynuyor olabileceği ancak egodistonide serotonerjik sistemdeki anormalliklerin daha etkili olduğu öne sürülmektedir (101, 112).

Bazı araştırmacılar, serotonin ve dopamin arasındaki ilişkiden yola çıkarak OKB'de bu iki nörotransmitter arasındaki dengenin bozulması sonucu belirtilerin ortaya çıkabileceği hipotezini öne sürmüşlerdir. Striatum ve kortikal bölgede bulunan dopaminerjik sinir hücrelerinin üzerinde yerleşimli postsinaptik 5-HT2 reseptörlerinin serotonerjik nöronlar tarafından uyarılması dopamin düzeyinde düşme ile sonuçlanmaktadır. 5-HT2 antagonistleri ve 5-HT1A agonistleri ise dopamin üzerindeki bu inhibitör etkiyi serotonin düzeylerini düşürerek azaltır (86). 5-HT2A antagonizması yapan bazı antipsikotiklerin dopaminerjik nöronlar üzerindeki bu inhibisyonu azaltarak bazı antipsikotik kullanan olgularda ortaya çıkan OKB belirtilerine neden olduğu, D2 antagonizması yapan antipsikotiklerin ise dopaminerjik nöronlarda inhibisyon yaparak OKB belirtilerini azalttığı öne sürülmektedir (113).

1.1.8.2.3. Glutamaterjik Sistem

Merkezi Sinir Sistemi (MSS)'nin esas eksitatör nörotransmitteri olan glutamatın OKB etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Stres, limbik ve kortikal glutamaterjik sistemleri aktive etmekte (114), hipotalamusta glukokortikoidler aracılığıyla glutamat salınımına neden olmaktadır (115). Ayrıca strese cevabı regüle eden MSS döngüsü, glutamaterjik sistem yollarına esas olarak bağlı bulunmaktadır (1).

Yapılan hayvan deneylerinde glutamaterjik aktiviteye neden olan ajanlar ile OKB benzeri belirtilerin ortaya çıkması, OKB'nin patogenezinde glutamaterjik sistemin etkin olduğu düşüncesini desteklemiştir.

OKB hastalarında yapılan görüntüleme çalışmalarında farklı beyin bölgelerinde glutamat düzeylerinde anormallikler saptanmış, manyetik rezonans spektroskopisi ile yapılan araştırmalarda OKB etiyolojinde etkili olduğu düşünülen kortikostriatotalomokortikal döngüdeki etkinlik artışı ile uyumlu olacak şekilde glutamat düzeyinin göstergesi olan glutamin düzeylerinin striatumda artış gösterdiği

saptanmıştır. Artmış olan bu glutamin düzeylerinin serotonin gerilim inhibitörleri ile normale döndüğü gösterilmiştir (116, 117).

Kortikostriatal yolak yoluyla glutamatin nükleus kaudatusta serotonin salınımını düşürdüğü ve serotonorjik nöronların da glutamaterjik tranmisyon üzerinde etkilerinin olduğu bilinmekte olup, OKB hastalarında serotonin ve glutamat etkileşiminin bozulduğu öne sürülmektedir (118).

Bir başka çalışmada, OKB'lilerde anterior singulat kortekste (ASK) glutamin düzeyleri düşük bulunmuştur (119). ASK'daki düşük glutamin düzeyleri ve kaudat çekirdekte artmış glutamin yoğunluğunun, OKB hastalarındaki önemli bulgulardan olan bazal ganglionlar ile anterior singulat hacimleri arasındaki ters ilişkiyle paralel bir bulgu olduğu öne sürülmektedir (1).

Tedaviye dirençli OKB vakalarında, orbitofrontal korteks ve nükleus kaudatus arasındaki glutamaterjik projeksiyon alanı olan kapsula internanın ön boynuzunda lezyon oluşturulması sonrasında iyileşmenin gözlenmiş olması, OKB ve glutamaterjik sistem arasındaki ilişki lehine yorumlanmıştır (101).

BOS'ta glutamat düzeylerinde artmış olduğunun saptaması, OKB hastalarında glutamaterjik etkinlik artışını gösteren önemli kanıtlardan bir diğeridir (120). Glutamat transmitter sisteminde etkileri olduğu bilinen N-asetilsisten, riluzol, D-sikloserin ve memantin gibi ajanlar ile uygulanan tedavilerden fayda sağlandığını bildiren literatürdeki olgu örnekleri, glutamatin patogeneizde rol aldığı fikrini desteklemektedir (121).

1.1.8.3.Nöroimmünoloji

OKB ile Tourette bozukluğu arasında yakın ilişkinin bulunması, bazal ganglionların etkilenmesiyle ortaya çıkan Sydenham Koresi olgularının dörtte üçünde, kore başlangıcından önce obsesif kompulsif ve/veya tik bozukluğu benzeri belirtilerin ortaya çıktığının gösterilmiş olması ve OKB tanılı çocuklarda A Grubu Beta Hemolitik Streptokok enfeksiyonları sonrasında belirtilerde artış olduğunun bildiren çalışmalar, OKB etiyolojisinde bazal ganglionların rol aldığını ve otoimmünitenin de OKB oluşumuna neden olabileceğini düşündürmüştür (101, 122-

125). Hem OKB'de hem de Sydenham Kore'si'nde orbitofrontal - striatal döngüde fonksiyon bozukluğu olduğuna dair bulgular mevcuttur (101).

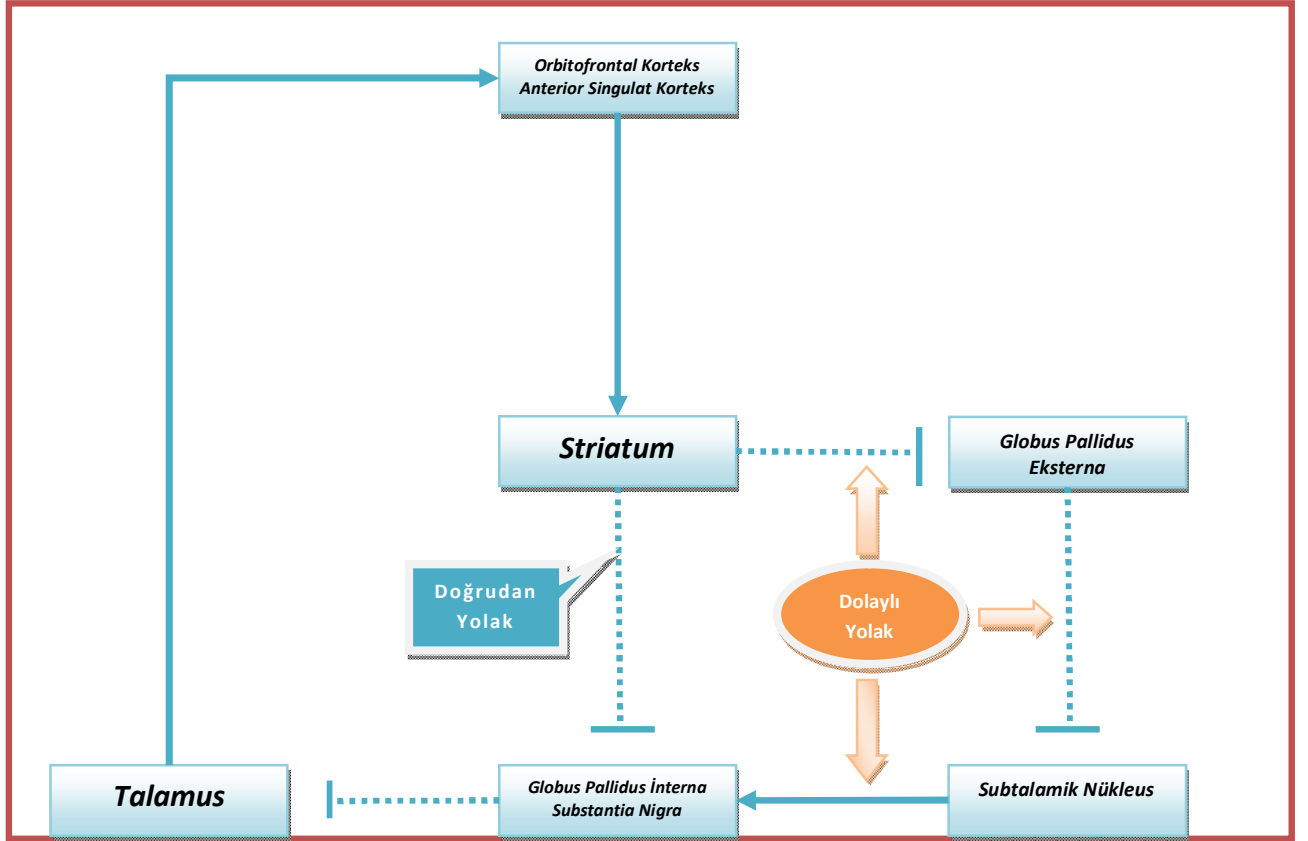
Özellikle çocukluk döneminde başlangıç gösteren OKB ve tik bozukluklarında otoimmün mekanizmaların etiyolojide yer almış olabileceği iddia edilmektedir. A Grubu Beta Hemolitik Streptokoklara karşı üretilen antikorların bazal ganglionlar ile girdiği çapraz reaksiyon sonucu kortikostriatal yolda kesinti oluşturarak OKB belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olduğu ileri sürülmüş, enfeksiyonların tetiklediği bu tabloya "streptokok ile ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluk" (PANDAS) adı verilmiştir (1). Otoantikorların çapraz etkileşimi sonucunda bazal ganglionlarda (nükleus kaudatus, putamen ve globus pallidus) inflamasyon ve hacim artışı ortaya çıkar (126). Bazal ganglionlardaki büyüme ile antistreptokok otoantikor (ASO) titresindeki yüksek düzeylerin ilişkili olduğu saptanmıştır. OKB hastası olan bu çocuklarda ani başlangıç, OKB belirtilerinde A Grubu Beta Hemolitik Streptokok enfeksiyonlarının sonrasında artışlar görülmesi ve dönemsel alevleler ile gidiş dikkat çeken özelliklerdir (127).

Akut Romatizmal Ateş için yatkınlık göstergesi olan B - lenfosit antijeni D8/17, kontrollere kıyasla çocukluğu çağı OKB olgularında daha yüksek oranlarda saptanmıştır (128). İmmün sistem işlev bozukluğunun OKB patogeneğinde etkisi net olmamakla birlikte, klinik gözlemsel bulgular, antibakteriyel profilaksi ile OKB/tik bozukluğu semptomlarının tekrarlamasının azalması, PANDAS tanılı çocuklarda plazmaferez veya intravenöz immünglobulin (IVIG) tedavileriyle elde edilen olumlu sonuçlar bazı vakalarda immün sistemdeki işlev bozukluklarının etiopatogeneşte rol oynuyor olabileceğini düşündürmektedir (1, 129, 130).

1.1.8.4.Nöroanatomi

Beyin hasarına neden olan bazı durumlarda ve özellikle bazal ganglionlardaki işlev bozukluklarıyla seyreden bazı nörolojik hastalıklarda OKB benzeri belirtilerin ortaya çıkması, hasarlı ve işlev bozukluğu olan bölgelerin OKB patogeneğinde rol oynuyor olabileceğini düşündürmüş, bazal ganglionların etkilendiği nörolojik patolojiler ile OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda çeşitli kanıtlara ulaşılmıştır (86, 101, 130). Frontal korteksle bazal ganglionlar arasındaki bağların

kapsülotomi ve singulektomi cerrahi yöntemleri ile ayrılması sonucu OKB'nin sağaltımında olumlu etkilerinin ortaya çıkması, bazal ganglionların ve fronto-striatal yolaktaki anormalliklerin OKB patogenezinde rolü olduğu görüşünü desteklemiştir (130).



Şekil 1: Kortiko-striato-talamo-kortikal Devre. Pauls ve ark. (2004)'dan alınmıştır.

Çeşitli nörobiyolojik modellerle OKB açıklanmaya çalışılmış, prefrontal korteksi (orbitofrontal ve singulat korteksler) limbik bölgeler, bazal ganglionlar ve medial talamusa bağlayan döngülerde fonksiyon bozukluğu olduğu ileri sürülmüştür (131). Gerçekleştirilen görüntüleme çalışmalarıyla etiyopatogeneizde, farklı bilişsel ve motor işlevlerde etkinliği olduğu düşünülen kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) devrelerin rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır (Şekil 1). Temel bileşenlerini orbitofrontal korteks (OFK), anterior singulat korteks (ASK), bazal ganglionlar ile talamusun oluşturduğu bu devrenin, frontal kortikal alanlarla subkortikal bölgeler arasındaki anatomik ve fonksiyonel bağlantıları sağladığı düşünülmektedir. Bağlantıyı sağlayan bu devreler frontal korteksten başlayarak striatum ve sonrasında globus pallidus - substantia nigra kompleksine uzanır. Daha sonra talamusa devam

eder ve oradan da frontal kortekse yeniden dönerek kapanır. Böylece frontal korteks ile talamus birbirlerini karşılıklı olarak uyarırlar. Striatum yapıları; korteks ve talamus arasındaki bu karşılıklı uyarılmayı, korteksten aldığı sinyaller ile talamus üzerinde uyarıcı ya da baskılayıcı etki göstererek düzenler (132).

KSTK devresinde, ilk olarak kortikal bölgelerden çok sayıda glutamaterjik projeksiyon striatuma uzanmakta, daha sonra striatumdan 2 farklı yolakla globus pallidus interna - substantia nigra pars reticulata kompleksine (GPi/SNr) devreler devam etmektedir. Dopamin-1 reseptörlerinin rol aldığı doğrudan yolakta striatum arada başka bir anatomik yapı olmadan direkt olarak GPi/SNr kompleksine bağlanırken, dopamin-2 reseptörlerinin rol oynadığı dolaylı yolakta ise striatum sonrasında globus pallidus eksterna ve subtalamik nukleus yapılarından geçilerek bu komplekse ulaşılır. Doğrudan yolak talamusu uyarırken, dolaylı yolak ise talamus üzerinde inhibitör etki gösterir. Doğrudan yolak etkisi ile otomatik, sabit ve kalıplaşmış davranışlar ortaya çıkarken, dolaylı yolağın inhibitör etkisi ile devam eden davranışlar sonlandırılarak başka bir davranışa geçiş yapılması sağlanır. Talamustan eksite edici sinyallerin kortekse geri yollanması ile devre tamamlanır. Bu devre içerisinde bulunan bazal ganglionların istenilen davranışların seçilerek gerçekleştirilmesi ve istenmeyen davranışların da ortaya çıkmasını engellemede merkezi bir kontrol görevi bulunmaktadır. Obsesyon ve kompulsyonların bazal ganglionlardaki bir dengesizlik sonucu ortaya çıktığı ve bu durumunda orbitofrontal - subkortikal devrede hiperaktivasyona neden olduğu ileri sürülmektedir. OKB'de doğrudan yolağın aşırı çalışması veya dolaylı yolağın yetersiz fonksiyonu sonucu belirtiler ortaya çıkmakta, aşırı aktive olan doğrudan yolakla uygunsuz ve yineleyen motor ve bilişsel davranışlar oluşmakta ve bu davranışlar kontrol altına alınamamakta, yetersiz fonksiyon gösteren dolaylı yolakla ise süre giden bu davranışlar sonlandırılmamaktadır (102, 132-135).

Yapılan görüntüleme çalışmalarında, fronto-striatal devrede anormal aşırı aktivite olduğunu öne süren KSTK modeli ile uyumlu olarak orbitofrontal korteks (136), anterior singulat korteks (137), nukleus kaudatus (138) ve talamusu (139, 140) da içerecek şekilde frontal alanlar, bazal ganglionlar ve bunların bağlantı yollarında dinlenme halinde artmış etkinliğin bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca belirti

provokasyonu sonucu sağlanan kanıtlar da KSTK devresinin OKB etiyopatogenezinde rolü olduğunu desteklemektedir (141-143).

Yapılan bir başka çalışmada, OKB'nin farklı belirtileri ile KSTK devresinin farklı bölgeleri arasında ilişki olduğu gözlenmiş; ventromedial prefrontal bölge ve nükleus kaudatusun sağ kısmı yıkama, sol presantral gyrus ve sağ orbitofrontal korteks istifleme, putamen / globus pallidus, talamus ve dorsal kortikal bölgeler ise kontrol etme davranışlarıyla ilişkili bulunmuştur (144).

Korteks, bazal ganglionlar ve talamus arasında bağlantıları sağlayan ve farklı bilgi işleme fonksiyonları olduğu düşünülen başka yollar da bildirilmektedir. Orbitofrontal korteks ve kaudat çekirdeğin ventral kısmı arasındaki yolak, planlama ve karar verme süreçlerinde işlev görürken ödül bilgisi ile duygulanımın birleştirilmesinde önemli rol oynar. Anterior singulat korteks, nükleus akkumbens ve amigdala arasında bulunan yollar ise dikkat, hataların ayırt edilmesi, ödül değerlendirilmesi, güdüleme ve davranış seçiminde işlev görmektedir. Dorsolateral prefrontal korteks ve nükleus kaudatusun dorsolateral kısmı arasındaki yollar ise yürütücü işlevler ile çalışma belleği üzerinde etkili olduğu öne sürülmektedir. Obsesif kompulsif bozuklukta bu yollardaki bozulmalar; ödül değerlendirmesi, hataların fark edilmesi ve davranışların planlanması işlevlerinin yetersiz kalmasına neden olmakta ve bazal ganglionların aşırı çalışmasıyla da anormal davranışların ortaya çıkma oranında artışa neden olmaktadır (101, 113).

Medial orbitofrontal korteks duygu düzenlenmesinde ve ödül süreçlerinde, lateral orbitofrontal korteks tehlikeden kaçma, cezalandırmaya yanıt ve törensel davranış yanıtlarında rol oynamaktadır. Özellikle güvenli anıların geri çağırılması olmak üzere korku duygusunun düzenlenmesinde ventromedial prefrontal korteks işlev görmektedir (145). Anterior singulat korteks ise başta bilişsel uyumsuzluklar, hataların fark edilmesi ve izlenmesi olmak üzere birçok affektif ve kognitif işlemde görev almaktadır (102). OKB'de bozulduğu bilinen yürütücü işlev, dikkat, sözel olmayan bellek ve görsel-uzamsal bellek fonksiyonları ile dorsolateral prefrontal korteksin ilişkili olduğu düşünülmektedir (146).

OFK aşırı aktivitesi ile OKB'de rahatsız eden zorlayıcı düşünceler ortaya çıkarken, bu düşüncelerle birlikte bulunan yoğun bunaltı hissinin ise ASK aşırı aktivasyonu ile oluştuğu iddia edilmektedir (102). ASK'daki etkinlik artışının, OKB hastalarında hatalı sinyalizasyona ve bunun sonucu olarak da obsesyonların oluşumuna etki edebileceği düşünülmektedir (147). Yapılan çalışmalarda OKB belirti şiddetinin, lateral OFK'daki aktivasyon artışı ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunurken, medial OFK aktivasyonu ile arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmış ve OKB hastalarında medial OFK'nın hipoaktivite gösterdiği düşünülmüştür (142, 148).

OKB hastalarında amigdalanın fonksiyonları inceleyen bazı görüntüleme çalışmalarında; OKB ile ilişkili uyaranlar verildiğinde amigdalada anormal etkinlik olduğu gözlenirken, OKB ile ilişkisi bulunmayan uyaranlar sonrasında ise amigdalanın sağlıklı insanlara göre daha düşük yanıtlar oluşturduğu gözlenmiştir. Ancak her iki uyaran sonrasında da OKB hastalarında amigdalada artmış aktivitenin olduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (102, 149, 150).

Yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında elde edilen bulgulardan en tutarlısı OFK'daki hacim düşüklüğü (151-155) olmakla birlikte yapılan bir meta-analiz çalışmasında iki taraflı OFK'daki hacim düşüklüğüne ek olarak sol ASK'da hacim düşüklüğü ve her iki taraflı talamusta hacim büyüklüğü olduğu gösterilmiş, bazal ganglionlarda sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında herhangi bir boyut değişikliği olmadığı bildirilmiştir (156).

Voksel tabanlı meta-analiz çalışmaları, OKB tanılı kişilerde frontal-parietal alanlarda ve ASK'da gri maddede azalma, bazal ganglionlarda ise artış olduğunu ortaya koymuştur (1).

Yapılan işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarının birçoğunda OFK, ASK ve nükleus kaudatusun başında etkinlik artışı olduğu saptanmış ve OKB'de orbitofrontal-striatal anormalliklerin olduğu desteklenmiştir. Bazı belirti provokasyonlu araştırmalarda OFK, ASK, striatum ve talamusta etkinlik artışı olduğu gösterilmiş, diğer bazı araştırmalarda ise tedavi sonrası dönemde tedavi öncesi dönemde gözlenen anormal etkinliklerin düzelme gösterdiği saptanmıştır. OKB'de diğer

bunaltı bozukluklarında ve normal anksiyete de gözlenebilen ASK ve posteromedial OFK etkinlik artışının özgün bir bulgu olmadığı ancak lateral OFK ve nükleus kaudatusta gözlenen hiperaktivitenin OKB'ye daha özgün olduğu iddia edilmektedir (2, 101, 130, 157).

1.1.8.5.Psikojen Faktörler

1.1.8.5.1.Psikoanalitik Görüşler

Psikoanalitik görüşe göre "gerileme" (regresyon) düzeneği obsesif nevrozun ortaya çıkmasında merkezi bir role sahiptir. Bir benliğin savunma düzeneği olan regresyon, psikoseksüel gelişim basamaklarında daha üst bir seviyeden alt seviyede bulunan daha önceki bir döneme dönüş olarak tanımlanır. Obsesif nevrozda; ödipal döneme ait olan dürtü ve arzulardan kaynaklanan çatışma ve bunun sonucu baş edilemeyen anksiyete nedeniyle libido, bir önceki bir psikoseksüel gelişim dönemi olan anal - sadistik evreye gerileme gösterir (158). Regresyon esnasında dürtünün ayrışması sağlanarak, ödipal döneme ait dürtü ve arzuların neden olduğu bunaltıdan uzaklaşılırken anal döneme ait çatışmalar öne çıkar. Altbenlikten köken alan süperegonun da libidonun bu gerilemesinden ve dürtünün ayrışmasından uzak kalamayarak etkilenir ve daha katı, eziyete eden, acımasız bir yapıya dönüşür (1). Dışa yönlilemeyen ego saldırganlığı kadar süperego sadizmi artış gösterir ve süperegonun egoya saldırmasıyla dış nesnelere yönlilemeyen saldırganlık içe dönmüş olur (159, 160).

Ancak regresyonla sorun çözülemez, anal döneme gerileme ile ödipal çatışma tam olarak giderilemez. Ek olarak anal-sadistik dürtüler sıkıntıya neden olarak bu dürtülere yönelik sürekli bir mücadele verilmesi durumunda kalınır. Önce ödipal çatışmayla baş edebilmek amacıyla savunma düzeneklerini kullanılırken sonrasında anal-sadistik dürtülere karşı savunma düzenekleri devreye girerek devam eder. Sadistik yönelimler, anal-erotik dürtüler ve bunlara karşı gelişen savunma düzenekleri hastalıktaki temel öğelerdir. Obsesyonlar ve kompulsiyonların bazıları bilinçdışının örtülü ve çarpıtılmış dürtülerinin yerine geçen unsurlarken, bazıları ise üstbenliğin dürtülere yönelik tehditlerini veya bu ikisi arasındaki çatışmayı ifade eder (159, 161).

Freud, obsesif nevrozlu kişilerin, anal-sadistik dönemdeki çocukların dürtüsel örgütlenmesine benzer şekilde dürtüsel örgütlenme geliştirdiğini öne sürmüştür (159). Anal dönemin en göze çarpan özelliği çiftdeğerlilik (ambivalans). Birbirine zıt ve neredeyse eşit seviyedeki dürtüler arasında çatışma yaşanır. OKB'de her istek, düşünce ve davranışın bir olumlu ve bir olumsuz tarafı bulunmaktadır. Hasta, her eylemin bir olumlu ve bir olumsuz tarafı arasında kalarak zorlanır. Sonuç olarak bu durum, eyleme geçme esnasında tereddütlere ve kararsızlıklara yol açar (1).

Anal dönemde çocuğun boşaltım işlevlerini kontrol edebilmeye başlamasıyla tutma ve bırakma gibi birbirine zıt iki eğilim arasında ambivalans ortaya çıkar. Ancak başlangıçta bu becerinin kullanılmasında annesinin istek ve eğitim biçimi etkili olur. Çocuğun gelişimde doğal olarak ortaya çıkan birbirine zıt nitelikteki bu iki istek aile, çevre ve toplumla anlaşmazlığa yol açar (2). Anal dönemde özellikle tuvalet eğitimi sırasında yaşanan zorlanmalar, bu döneme saplanma ile sonuçlanabilir (159). Tuvalet eğitiminin verildiği anal dönem, çocuğun dürtüleri ve benliği arasındaki ilişkinin gelişiminde ve obsesif nevrozun meydana gelmesinde etkili olduğu psikoanalitik kuram tarafından ileri sürülmektedir. Çocuğun çevresini dikkate almasıyla dürtüsel doyumdan vazgeçmeyi öğrenip öğrenemediği ilk durum tuvalet eğitimidir ve bazen anne ile çocuk arasında bir mücadeleye evrilebilir. Çocuk ya ebeveyn tarafından cezalandırılma korkusu ile boyun eğip boşaltım yapmaktan sakınabilir ya da dürtüsel doyumun engellenmesine öfke ile direnir ve dışkıyı boşaltarak tepki gösterir. Eğer anne bu dönemde suçlayıcı, cezalandırıcı ve katı bir tutum sergilerse, bu iki duygu ve tepki arasında çocuk bocalar. Anal kişilik özelliklerinin bu dönemdeki tuvalet eğitimi sırasında yaşanan zorlanmalar ile ilişkili olduğu öne sürülür. Ancak zaman içerisinde OKB'nin ortaya çıkmasında tuvalet eğitiminin önemli bir rol oynadığı görüşü sorgulanmıştır ve bu görüş günümüzde eskisi kadar onaylanmamaktadır (159, 162).

Psikoanalitik görüşe göre özgül olarak anal dönemde dürtülere karşı kullanılan 3 temel savunma düzeneği bulunmaktadır. OKB belirtilerinin biçimi ve niteliğini de oluşturan bu savunma düzenekleri; yalıtma (izolasyon), yapma-bozma (doing-undoing) ve karşıt tepki oluşturmadır (reaksiyon formasyon) (1). Ayrıca OKB hastalarında belirtilerin oluşumuna yer değiştirme düzeneği de etkili olur.

Kompulsif davranışlar, dürtünün kontrolü ve bunaltının giderilmesini hedefleyen bir yapma-bozma düzeneği olarak düşünülür. OKB'de iki aşamalı belirtilerde görülen bu düzenek, ikinci eylemle birinci eylem bozulmakta ve sanki hiç yapılmamış duruma gelmektedir. Tekrarlayan yapma-bozma işlemi ile birbirine zıt konumdaki dürtüsel arzu ve ona karşı koyma isteğinin eş zamanlı olarak doyurulması sağlanmış olunur (163). Yapma-bozma düzeneği ile yapılan eylemler büyüsel ve mantık dışı anlamlar içermekte olup, hastalar bu eylemlerin anlamını bilinç düzeyinde fark edemeyerek, bu eylemleri rasyonel hale getirecek nedenler bulurlar.

Bastırma düzeneğinin yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıkan yalıtımayla kişi sıkıntı veren bir düşünceyi bilincinden uzaklaştıramadığı bir durumda duygusal yükü o düşünceden uzaklaştırmış ve bilinç dışına itmiş olur (163). Kişi sonuç olarak duygudan ayıklanmış ve zayıflatılmış düşünceyi bilinç seviyesinde fark eder ve duygunun beraberinde bulunmadığı bu düşünceyi kendisine yabancı ve isteği dışında zihnine zorla gelen bir düşünce olarak algılar.

OKB' deki diğer bir düzenek olan karşıt tepki oluşturma ile ambivalans sonucu çatışan 2 duygudan birisi bastırılarak bilinç dışına itilirken, diğeri abartılı olarak dışa vurulur. Örneğin; bilinç dışında varlığını sürdürmekle birlikte pislik ve düzensizlik arzularının yerini aşırı düzenleme ve temizleme davranışları alır (1).

Freud sonrası dönemde OKB oluşumunu açıklayan psikoanalitik çalışmalar Freud'un görüşlerine katkı sağlar nitelikte olmuştur. Anna Freud nesne ilişkilerinde yaşanan olumsuzluklarla anal özelliklerin artışı arasında bir bağlantı olduğunu öne sürmüş, Leib ise OKB gelişiminde anne ve çocuk arasındaki iletişimin etkili olduğunu ve hastaların birçoğunda aşırı koruyucu, despot ve tümgüçlü bir anne figürünün içselleştirilmiş zihinsel tasarımları olduğunu bildirmiştir. Obsesyonlar Klein tarafından, içsel iyi nesneye zarar verme arzusunun karşı onarma çabası sonucu ortaya çıkan bir savunma davranışı olarak ifade edilmiştir (159).

Mallinger'ın gelişimsel bakış açısına göre ise anne ve baba figürünün devamlılığına güven duyamayan çocukta oluşan tehlike duygusu sonucu kontrol ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (159). Mallinger OKB'de kendisi ve diğerlerinin zihinsel temsillerinin, eleştirici ve cezalandırıcı ötekilerinin bir yansıması olduğunu ve bu

sebeple bunların sıklıkla "kontrol etme ve bağımsızlık" düşüncelerine neden olduğunu öne sürmektedir (164).

Meares, OKB'li hastaların kendilik sınırlarının gelişmemiş olduğunu, bunun sonucunda hastalığın ortaya çıktığını öne sürmüştür. Bu durumun üstesinden gelinebilmesi için kişinin, öteki insanların yalnızca kendi uzantıları olmadığını, diğerlerinin kendilerine ait düşünce, istek ve arzuları olduğunu fark etmesi gerekir. Terapotik müdahalede de bu kişilik yapısının ele alınmasını ve kendilik duygusunun, düşüncelerin bireyin kendisine ait olduğunun işlenmesi gerektiğini ifade etmiştir (159).

Son dönemlerde psikoanalitik görüşün OKB'de yeterli ve geçerli olmadığına dair görüşler artmakta ve nörobiyolojik araştırmalara ağırlık verilmektedir. Psikoanalitik terapiler OKB tedavisinde yeterli başarı sağlanamadığının gösterilmiş olmasına rağmen psikoanalitik görüşün açıklamalarının ve düzeneklerinin OKB' de tümünden geçersiz olduğunu öne sürmek güçtür (2). Psikoanalitik kuramın çocuk gelişiminde ebeveynlerin dikkat etmesi gereken hususlar konusundaki yönlendirici açıklamaları, hastalığın önlenmesi açısından önemli olmuştur (165).

1.1.8.5.2.Bilişsel Davranışçı Görüşler

Öğrenme kuramlarına dayalı davranışçı görüşlerden Mowrer'in iki aşamalı modeline göre OKB ve fobik bozukluklar, hem klasik hem de edimsel koşullanma süreçleriyle oluşmaktadır. Birinci aşamada; nötr nesne veya düşüncelerin bunaltıya neden olabilen uyarılar ile eşleştirilmesi sonucu obsesyonlar (koşullu uyarı) meydana gelirken, sonrasında olan 2. aşamada ise bunaltıya neden olan obsesyonlar, bu bunaltıyı gidermek amacıyla gelişen kaçınma davranışlarını (kompulsiyonlar) ortaya çıkarır. Bunaltının azalması da bu kaçınma davranışlarını pekiştirir. Yani korku, klasik koşullanma ile edinilirken edimsel koşullanma süreçleriyle devam eder (166).

Rachman ve ark. tarafından gerçekleştirilen ve OKB hastalarında bu 2 aşamalı modelin uyarlandığı deneysel çalışmalarda; artmış anksiyete ve sıkıntı ile ilişkili olarak obsesyonların başlangıç gösterdiği, hastaların yaşadıkları bunaltının törensel ve yineleyici davranışları yapmaları ile hızla azalma gösterdiği ve ritüeller

geciktirildiğinde, bunaltı hissinin belirli bir zaman sonrasında azaldığı bildirilmiştir (167). Bu araştırmaların sonuçları, davranışçı terapide kullanılan "tepki engelleme ile birlikte alıştırma" yönteminin deneysel temellerini meydana getirmiştir (1).

Bilişsel-davranışçı görüşe göre ise OKB'de obsesyona neden olan düşüncelerin insanların çoğunda görülen normal zorlayıcı (intruziv) düşüncelerden içerik açısından farklı olmadığı, hastaların bu düşünceleri yorumlama biçimindeki farklılıkların ve hatalı değerlendirmeler ile düşüncelere olumsuz anlamlar yüklemelerinin klinik anlamda obsesyona neden olduğu öne sürülmektedir (168, 169). Klinik düzeydeki obsesyonlar ile normal zorlayıcı düşünceler arasındaki farkı oluşturan, bunların kontrol edilebilirliğinden değil, OKB'li kişilerin bunları zarar ve zararın engellenmesinden sorumlu olabileceklerinin belirteci olarak değerlendirmeleridir. Kurama göre, intruziv düşünceler, dürtüler, görüntüler ve kuşku normal zihinsel etkinlikler olup kendi zihinsel etkinliklerini hatalı yorumlama ile kişisel sorumluluk göstergesi olarak algılayanlarda OKB'deki bunaltı ve nötrleştirme örüntüsü ortaya çıkar.

OKB'nin bilişsel davranışçı modellerinin birçoğunda istenmeyen, zorlayıcı düşünce, dürtü ya da görüntüler obsesyon oluşumunda başlatıcı nokta olarak kabul edilmektedir. Zorlayıcı düşüncenin obsesyona dönüşmesini kişinin yorumlama şekli belirlemekte, hatalı yorumlamaların hangilerinin obsesyon oluşumuna neden olduğu modeller arasında farklılık gösterse de modellerin tümü tarafından hatalı değerlendirmenin gerekli ama yeterli olmadığı öne sürülmektedir.

Rachman ve Beck; obsesyonların, kişinin zorlayıcı düşünce, dürtü ve görüntülerin anlam ve önemini katastrofik bir şekilde hatalı değerlendirmeleri sonucu geliştiğini ifade eder. Zorlayıcı düşüncelerin yanlış yorumlanması; düşüncenin kontrolü, bunaltı ya da zorlayıcı düşünceler ile ilişkili olarak beklenen olumsuz sonuçların nötrleştirilmesi yönünde çabalara neden olur. Hatalı değerlendirmeler ve yansızlaştırmaların kullanımı, kompulsiyonlar veya kontrol stratejileri istenmeyen intruziv düşüncelerin obsesyonlara dönüşmesiyle sonuçlanan 2 temel süreçtir. Kompulsiyonlar, kısa dönemde bunaltıyı azaltarak obsesyonlar üzerindeki kişinin algıladığı kontrol hissinin artmasını sağlarken, uzun dönemde ise hatalı yorumlar ve

kontrol stratejileri ile birlikte obsesyonların belirginleşmesine ve sıklaşmasına yol açar (170).

Obsesif kompulsif bozukluk için ortaya konulan başlıca bilişsel modeller; "Abartılmış Sorumluluk Modeli", "Düşünce Baskılanması", "Anlamanın Yanlış Yorumlanması Kuramı", "Düşüncelerin Gücü ve Anlamı Hakkında Metakognitif İnançlar", "Belirsizliğe Tahammülsüzlük" ve "Mükemmeliyetçilik" tir (171-178).

1.1.8.6.Nöropsikolojik Araştırmalar

Obsesif kompulsif bozuklukta tespit edilen çeşitli nöropsikolojik kusurlar, hastalığın oluşumunda etkili olan beyin bölgelerinin ve bunların hastalıktaki rollerinin anlaşılmasına katkı sağlayabilir (131). OKB'de saptanan nöropsikolojik bozukların, obsesyonların ortaya çıkmasında rol oynayan yapısal ve nörokimyasal düzensizlikler ile bağlantılı olabileceği veya OKB'de belirtilere sekonder olarak ortaya çıkan düşünce süreçlerindeki hatalardan kaynaklanabileceği öne sürülmektedir (179).

Görüntüleme çalışmaları ile frontal lob, singulat korteks, bazal ganglionlar ve talamusta anormal bulgular saptanan OKB'li kişilerde, kimi çelişkili sonuçlara rağmen yürütücü işlevler, bellek, dikkat ve görsel-mekansal beceriler gibi çeşitli bilişsel alanlarda bozukluklar tespit edilmiştir (131). Özellikle fronto-striatal devrede gözlenen işlev bozukluğu nedeniyle yürütücü işlevler birçok çalışmada araştırma konusu olmuş ve çalışmaların bir kısmında kurulumu değiştirme (180), karar verme (181), yanıt inhibisyonu (180, 182), planlama (182-184) gibi bazı yürütücü işlevlerde bozulmalar ya da yavaşlamalar olduğu saptanmıştır.

Uygulanan nöropsikolojik testlerde saptanan eksiklikler ile birlikte nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgular ilişkilendirilerek OKB etiyolojisinde rol oynadığı düşünülen bu beyin bölgeleri ve neden oldukları işlev bozuklukları hakkında bilgiler sağlamıştır.

Nöropsikolojik araştırmaların sonuçları, obsesif kompulsif bozuklukta saptanan bilişsel bozuklukların fronto-striatal devrelerdeki fonksiyon bozuklarına yordanabileceğini göstermektedir. Yürütücü işlevlerde saptanan eksiklikler ve

bunlara sekonder olarak ortaya çıkan bellek ve görsel-uzamsal becerilerdeki yetersizlikler ile bu durum kendini belli etmektedir (1).

OKB'li kişilerde gözlenen bir kısım nöropsikolojik eksikliklerin endofenotip olabileceği ileri sürülmüş; yanıt inhibisyonu, kurulum değiştirme, sözel olmayan bellek, görsel-yapısal beceriler ve planlama kusurlarının OKB için nöropsikolojik endofenotip adayları olabileceği düşünülmüştür (185-187).

Buradan sonra Bağlanma Kuramı'na dair genel bilgilerden bahsedilip devamında OKB ve Bağlanma arasındaki ilişkiye değinilecektir.

1.2.Bağlanma

Bağlanma; çocuk ile bakımını sağlayan kişi arasındaki ilişkide gelişen, çocuğun çeşitli davranışlar yoluyla bakım veren kişi ile yakınlık arayışı sergilemesi şeklinde kendisini belli eden, özellikle ruhsal gerilime neden olan hallerde belirgin duruma gelen, tutarlılığı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak tarif edilmektedir (188).

Bağlanma stili, hayatın erken evrelerinde belirlenen ve devamlılık gösterdiğine inanılan, bireyin diğer kişiler ile ilişki kurma örüntüsü biçimlendiren bir görüngüdür. Sağlıklı ve kuvvetli bir bağlanma, çocuğun kendisine ve diğer kişilere güvенеbilmesini sağlarken, dünyayı keşfetmeye yönelik davranışlar sergilemesine olanak sağlayacak ve hayat sürecinde karşılaştığı değişikliklere karşı uyum sağlayıcı beceriler kazanmasına yol açacaktır (189).

Bağlanmanın, çocuğun gelecekteki zihinsel, duygusal ve sosyal becerilerinin temelini oluşturduğu ve gelişim ilerledikçe değişim gösterdiği öne sürülmektedir (190). Hayatın sonraki dönemlerinde kurulacak bağlanmalara, ilk ve temel ilişki olan çocuk-anne arasındaki ilişki rol model olur (191). Değişmez olmamakla beraber bağlanma güvenli ya da güvensiz olarak geliştikten sonra çok az değişim gösterdiği bağlanma teorisyenlerinin bir kısmı tarafından öne sürülmektedir (192). Güvenli bağlanma sonraki hayat sürecinde sağlıklı süreçler ile bağdaştırılırken, güvensiz bağlanmanın ise psikopatolojilerin gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (193). Bağlanma davranışı bilişsel gelişim de dahil olmak üzere, hayat boyu kişisel ve

sosyal yaşamı, mesleki ilişkileri, ruhsal gerginliğin kontrolünü, fiziksel ve ruhsal sağlığı etkilemektedir (194).

1.2.1.Bağlanma Kuramı

Bağlanma terimi ilk olarak 1958 yılında Bowlby tarafından kullanılarak kuramın temelleri atılmıştır. Bowlby, daha önceki yıllarda suç işleyen çocuklar üzerine yaptığı gözlemlerde özellikle bu çocukların bebeklik ve çocukluk yıllarında annelerinden uzun süre ayrı kaldıklarını fark etmiş ve o güne kadarki klasik psikoanalitik görüşün anne ve bebek arasındaki etkileşimi açıklamada yetersiz kaldığını düşünerek sonraki yıllarda nesne ilişkileri kuramı ile Darwin'e dayanan evrimci görüşleri bir araya getirerek bağlanma kuramını geliştirmiştir (188, 195-197).

Bowlby, yakınlık arama ve yakın ilişkiler kurma yönünde bebeklikten başlayan ve evrensellik gösteren bir eğilim olduğunu öne sürmüştür (188). Bağlanma kuramının ana varsayımlarından biri, doğum esnasında yeterli oranda gelişmedikleri için bebekler ancak onlara bakmaya ve korumaya istekli bir yetişkin varlığında hayatta kalabileceğidir (198). Bebekler, bakım verenler ile iletişim kurmalarını ve sürdürmelerini sağlayan çeşitli davranışlar (emme, takip etme, ağlama, gülümseme vb.) ile donanımlı olarak dünyaya gelirler. Bakım verene yakınlığını korumasını ve hayatta kalmasını sağlayan bu davranışlar, bakım verenin bunlara tamamlayıcı şekilde davranışlar göstermesine neden olur. Bu iki durum bebeğin hayatta kalmasını destekleyen ya da sağlayan bir ilişkinin oluşmasına neden olur (198). Bebeğin hayatta kalmasını sağlayan doğuştan gelen özellikleri, bakım verenle kurduğu düzenli ve tutarlı bir ilişki sonrasında giderek gelişim gösterir (188).

Bowlby, bağlanmanın insan hayatında 3 temel işlevi olduğunu öne sürer; dünyayı keşfederken geri dönülebilecek güvenli bir üs olma, fiziksel ihtiyaçların karşılama, yaşama dair güvenlik duygusu geliştirebilme. Bu gereksinimler yeterli ölçüde karşılanmadığında, çocukta gelişen kendilik algısı ile ilişkili olarak psikopatolojilerin gelişim gösterebileceği ileri sürülmüştür (199).

Bowlby'e göre bağlanmanın tanımlayıcı özelliği, dünyaya ile daha iyi başa çıktığına inanılan birisi ile yakınlığı koruma (yakınlarda kalma ve ayrılığa direnme)

abası iken, bağlanmanın ana fonksiyonu tehlikelerden korunmadır (200). Bağlanma davranışı ile keşfetme davranışları arasında ise karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır (201). ocuk kendisini tehlikelerden uzak, güvende hissettiği durumlarda daha etkin bir şekilde araştırma, keşfetme davranışlarına yönelmektedir.

Bebeklik dönemindeki bağlanma figürleri olan anne ve babalar ile tekrarlayan etkileşim biçimleri ve bu bağlanma figrlерinin yineleyen davranış örüntüleri, çocukların belleklerinde çeşitli zihinsel şemaların oluşmasına ve organize olmasına neden olur. ocuk yaşadığı deneyimlerden yola çıkarak kendisi ve dış dünya hakkında anlamlar çıkarır. ıkardığı bu anlamları sonraki ilişkilerine genelleyerek bütünleştirir ve bir şematik zihin modeli şeklinde zmser (188). Oluşan bu şemalar çocuklar üzerinde yaşam boyu çeşitli etkiler gösterir. Bağlanma kuramına göre; bakım verenler ile olan etkileşim biçimi ve onların davranışları ileri dönemde kurulan yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları yönlendiren ve "içsel çalışma modelleri" olarak adlandırılan şemaların temellerini oluşturur. İçsel alışma modellerinin içeriğini, kişinin kendisi ve diğerleri hakkındaki bilişleri oluşturmaktadır (202). Kişinin kendisi ve diğerleri hakkındaki bu bilişlerini içeren zihin modelinin birbirini tamamlayıcı ve doğrulayıcı 2 temel şeması, ocuk ve ebeveyn etkileşim sürecinde gelişim gösterir. "Değerli ben" ve "güvenilir o" kavramlarını oluşturan bu 2 şema yakın ilişkilerdeki bağlanma kaygısı, mesafeyi koruma ve kaçınma davranışları üzerinde etki gösterir (188). Kişinin kendisi ile ilgili oluşturduğu şematik zihinsel temsiller, kendisinin bağlanma nesneleri tarafından sevmeye, desteklenmeye değer olup olmadığına dair inanışlarını içerirken, diğerleri hakkındaki zihinsel temsilleri ise bağlanma nesnesinin güvenirliği, ulaşılabilirliği ya da tepkilerine dair inançlarını barındırır. Kendisi ile ilgili özümsediği zihinsel temsiller, devamlılık gösteren, gerçekçi ve olumlu bir kimlik duygusunun kazanılmasında önem arz ederken, diğerleri hakkındaki zihinsel temsiller ise sürdürülebilir, doyum sağlayıcı kişiler arası ilişkilerin kurulabilmesini açısından önemlidir (203).

Bağlanma kuramı ilk olarak Bowlby tarafından tanımlandıktan sonra Ainsworth ve arkadaşları tarafından geliştirilerek işlevsel tanımlaması yapılmıştır (204, 205). Ainsworth, uyguladığı "Yabancı Durum Testi" ile annelerinden bir süre

ayrılan, daha sonra tekrardan buluşturulan çocukların verdiği tepkileri incelemiş ve çocukları verdiği tepkilere göre bağlanma stillerini gruplandırmıştır. Bu deneysel testte çocuğun verdiği tepkilerde anne ile ayrılma ve tekrardan buluşma anı özellikle önemli olan iki an olup verilen tepkilere göre bağlanma stilleri güvenli ve güvensiz olarak gruplandırılmış, güvensiz bağlanma ise kendi içinde kaygılı/ambivalan ve kaçınan olarak ikiye ayrılmıştır.

Güvenli bağlanma stiline sahip olan çocuklar, özellikle stres durumlarında olmak üzere ebeveynlerinin yanlarında olacağını bilirler ve ihtiyaçları olduğunda kendilerine yardım edeceklerinden emindirler (200). Bakım verenleri yanlarından ayrıldıklarında normal bir gerginlik yaşamalarına rağmen döndüklerinde kolayca yatıştır ve olumlu tepkiler gösterirler. Güvenli bağlanmanın oluşabilmesi için bakım verenin tutarlı, duyarlı, süreklilik gösteren ve her daim ulaşılabilir olması önem arz eder (188). Güvenli bağlanma stiline sahip çocukların anneleri; çocuklarının ağlamalarına duyarlı ve farklılık gösteren ihtiyaçlarına uygun tepkiler verebilen kişilerdir (205).

Kaygılı/ambivalan bağlanma stili olan çocuklar, annelerinin yanlarına gelmelerini istediklerinde yanıt alma ya da yardım edilme konusunda emin olamayan çocuklardır (200). Bu yüzden ayrılığa karşı direnirler ve anneleri döndüğü zaman kolayca yatışma göstermezler (188). Herhangi bir ayrılığın hemen sonrasında hem anneleri ile birlikte olmak hem de ondan uzaklaşmak istemektedirler (206). Araştırmacı davranışlar sergileme konusunda kaygıları mevcuttur. Bu bağlanma stiline sahip çocukların annelerinin; tepkilerinde tutarlı olmayan, girici, fazlasıyla uyarıcı ve kontrol edici olduğu, kontrol etmek amacıyla terk etme tehditlerinde bulunabildikleri ileri sürülmektedir (188, 203).

Kaçınan bağlanma stili olan çocuklar ise ebeveynlerinin kendilerine yardımcı olacağına dair hiç güveni olmayan, ebeveynleri ile ayrılığa tepkisiz kalıp, döndüklerinde onlara yakın durmayan çocuklardır (188, 207). Ayrılma anında sakin ve neredeyse tepkisizlerken, yeniden bir araya geldiklerinde ebeveyne karşı reddedici ve uzaklaştırıcı olurlar (205) ve dikkatlerini yapmakta oldukları işe yöneltirler (206). Kaçınan bağlanma stiline sahip çocukların annelerinin mesafeli, duygusal olarak

zor ulaşılan, ihmalkar, sürekli olarak çocuklarını geri eviren ya da reddeden kişiler oldukları düşünülmektedir (188, 205).

Main ve Solomon tarafından sonraki yıllarda güvenli, kaygılı/ambivalan ve kaçıngan bağlanma stillerine ek olarak dezorganize bağlanma stili tanımlanmıştır. Bu ocuklar kaygı denetiminde tutarlı ve organize bir davranış stratejisi gösteremezler. Yabancı Durum Testi'nde stereotipik, asimetrik ve zamansız eylemlerin bulunması, hareketlerde yavaşlık ya da donup kalmaların varlığı dezorganize bağlanmanın göstergeleridir. Yine bu gurubun duygu ve davranışlarına göre yüz ifadelerini oryante edemedikleri saptanmıştır (208). Bu bağlanma stiline sahip çocukların ebeveynlerinin ise fiziksel taciz ya da ihmalde bulunan, ruhsal hastalıklara yüksek oranda sahip olan ya da kendi bağlanma nesneleri ile problemlerini çözememiş ebeveynler oldukları ne sürülmektedir. Bakım verenden korkmanın dezorganize bağlanmada altta yatan sebep olduğu iddia edilmektedir (188).

Çocukluk, ergenlik ve gençlik yıllarındaki bağlanma davranışlarının erişkinlik döneminde farklılaşarak devam ettiği düşünülmektedir (188). Bebeklik döneminden farklı olarak erişkin dönemde kişi bağlanma ilişkilerinde hem bakım alan hem de veren konumundadır. Erişkinlik dönemindeki bağlanma ile ilgili olarak ilk alışmaları Main ve arkadaşları gerçekleştirmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme olan "Erişkin Bağlanma Görüşmesi" ile çocukluk dönemindeki bağlanma ilişkisi üzerinden erişkin bağlanma stilleri tanımlanmıştır (209).

Hazan ve Shaver, romantik ilişkilerin bir bağlanma ilişkisi olduğu ıkarımıyla Ainworth'un çocuklar için geliştirdiği bağlanma sınıflandırmasının yetişkinlere yönelik versiyonunu bu romantik ilişkileri temel alarak geliştirmiş ve üç tip bağlanma stili tanımlamıştır: Güvenli, kaçıngan ve kararsız. Güvenli bağlanan yetişkinler diğerleri yakın ilişkiler kurmaktan rahatsız olmaz ve terk edilmeye yönelik kaygıları daha azdır. Kaçıngan bağlanma stili gösteren kişiler için başkalarına güvenmek zordur, yalnızca kendilerini güvenilir görürler ve başkalarıyla yakınlık kurma konusunda huzursuzdurlar. Kararsız bağlanma stiline sahip yetişkinler ise başkaları ile yakın ilişkiler kurmayı istemekle beraber reddedilme ve terk edilme korkuları yaşarlar. Diğer insanları kendilerine yakınlık kurma konusunda

isteksiz olarak algılayan, ilişkilerinde kıskanç ve kendilerinden kuşku duyan bireylerdir (203, 209, 210).

Hazan ve Shaver, yaptıkları araştırmalarda bebeklik döneminde gelişen içsel çalışma modellerinin, erişkin dönemdeki ilişkiler üzerinde etkili olduğunu ve romantik ilişkilerdeki bağlanma stillerinin belirlenmesinde rol aldığını saptamışlardır (211). Ayrıca erişkin romantik ilişkilerindeki bağlanma ile bebeklik dönemindeki bağlanmanın tam olarak örtüşmediği ve bazı farklılıkların bulunduğunu iddia etmişlerdir (210). Bu farklılıklarından biri, erişkin romantik ilişkilerindeki bağlanmanın sıklıkla cinsel ilişkiyi de içermesidir. Ayrıca erişkin dönemde bağlanma figürleri de değişim gösterir. Çocukluk döneminde anne ya da onun görevini üstlenen bakım veren bağlanma nesnesi iken, erişkinlikte akran ya da romantik ilişkideki partner bağlanma figürü olur (212). Bağlanma sisteminde erişkin dönemdeki en önemli farklılıklarından birisi de bağlanma ilişkilerinin iki yönlü olmasıdır (213). Çocukluk döneminde ebeveyn bakım veren ve aynı zamanda bağlanma figürü konumundayken çocuk bakım alan durumundadır. Erişkin ilişkilerinde ise bir yetişkin bazen sıkıntılı ve bakım arayan konumundayken bazen de bakım veren ve güvenliği sağlayan yani bağlanma figürü durumunda olabilmektedir (214).

Bartholomew ve Horowitz, Bowlby'nin içsel çalışma modelleri temel alıp kişinin kendisi ve diğerlerinin içsel çalışma modeli olan iki tipten yola çıkarak erişkinlerdeki dört farklı bağlanma stilini ortaya koymuşlardır: Güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu (215). Kişinin kendi benlik imajı ile başkalarına dair içselleştirdiği zihinsel temsillerin olumlu ya da olumsuz olmalarına göre birleştirilmesi sonucu bu dört farklı bağlanma stili oluşturulmuştur (Şekil 2).



Şekil: 2: Bartholomew ve Horowitz'in Dörtlü Kategori Modeli

Güvenli bağlanma stili gösteren bireyler hem kendileri hem de diğerleri için olumlu bilişsel modellere sahiptirler. Bu kişiler kendilerini değerli ve sevilebilir olarak hisseder ve bu içselleştirdikleri yüksek düzeydeki benlik saygıları ile diğer insanların kabul edici ve yanıt verici olduklarına dair beklenti ve inançlarıyla bütünleştirirler (215). Bu sayede düşük düzeyde kaygı ve kaçınma gösterirler (216). Diğer insanlar ile kolaylıkla yakın ilişkiler kurarlarken aynı zaman da özerk kalmayı da başarabilmekte, ihtiyaç duyduklarında ise başkalarından yardım alma konusunda rahat davranabilmektedirler (188). Göreceli olarak güvenli bağlanmaya sahip bireyler, yaşadıkları gerginlikleri kabullenip etrafındakilere gösterdikleri zaman bu durumun diğer insanlarda destekleyici tepkiler gelişmesini sağladığını öğrenmişlerdir. Başkalarından yardım isteyebilmesinin kişinin kendisini tehdit altında hissettiği durumlarda sıkıntılar ile baş etme becerilerinin gelişmesi konusunda iyi bir duygu düzenleme stratejisi olduğunu bilirler (217).

Saplantılı bağlanma stiline sahip bireyler kendileri ile ilgili olumsuz, başkaları ile ilgili ise olumlu bakış açılarına sahiptirler ve temelde anksiyözdürler. Bu kişiler kendilerini değersiz hissetme ve sevmeye layık görmeme eğilimindedirler. Kendilerine güvenleri az, kendilerini açma düzeyleri sınırlı, diğerlerinin onayı ve kabulünü kazanmaya çalışan, bu onayı elde etme konusunda yüksek kaygı duyan, ilişkiler ile aşırı meşgul olan kişilerdir. Diğer insanlar ile yakın

ilişkiler kurmayı arzu etmekle beraber, olumsuz duygularını abartılı ve sürekli bir şekilde başkalarının onayını arayarak göstermeleri nedeniyle diğer insanları kendilerinden uzaklaştırabilmektedirler (188, 217).

Kayıtsız bağlanma stiline sahip bireyler kendilerini değerli ve sevilebilir olarak görürlerken başkaları hakkında ise olumsuz görüş ve beklentilere sahiptirler (217). Bu kişiler olası bir reddedilme ve hayal kırıklıklarından korunmak amacıyla yakın ilişkilerden kaçınmakta, böylece bağımsızlıklarını ve incinemezliklerini sürdürerek olumlu benlik algılarını korumaktadırlar (188, 218). Bu kişilerdeki olumlu benlik algılarının gerçek bir özgüveni yansıtmamasından ziyade başkaları tarafından reddedilmeyi engellemek amacıyla kullanılan bir savunma mekanizmasını yansıttığı öne sürülmektedir (219). Kayıtsız bağlanma stiline sahip bireyler negatif duygularını bastırma eğiliminde olup kaçınma stratejilerini ise temel başa çıkma stratejisi olarak kullanmaktadırlar (188).

Korkulu bağlanma stiline sahip bireyler ise hem kendileri hem de diğerleri için olumsuz modellere sahiptirler (220). Kendilerini değersiz ve sevilemez olarak görürken, diğerlerini güvenilmez ve reddedici olarak algırlar. Başkaları ile yakın ilişkiler kurma arzuları bulunmasına karşın reddedilmeye yönelik beklentileri ya da korkuları nedeniyle yakın ilişkiler kurmaktan kaçınırlar ya da ilişkilerinde önemli ölçüde sorun yaşarlar (215, 217).

Bowlby içsel çalışma modellerinin ana hedefinin duygulanımın düzenlenmesi olduğunu öne sürmüştür. Shaver ve Mikulincer (2002), erişkin bağlanma sisteminin dinamiklerini duygu düzenleme işlemleri ile açıklamak üzere "Bağlanma Stratejileri Modeli"ni önermişlerdir (221). Modele göre bağlanma ilk ve en etkili duygu düzenleme stratejisi olup bağlanma sistemi duygu düzenleme süreçlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Buna göre, kişi iç veya dış uyaranların tetiklemesi sonucunda ortaya çıkan olumsuz duyguların üstesinde gelebilmek amacıyla gerçek ya da imgesel bağlanma figürü ile temas kurarak bu duygulanımı düzenlemeye çalışmaktadır. Bu düzenlemeyi güçlü bir bağlanma ilişkisi kolaylaştırırken, olumsuz deneyimler ise içselleştirilmiş bağlanma nesnesine erişilebilirliği zayıflatır. Çocukta duygu regülasyon işlemi başlangıçta anne ile eşgüdümlü (co-regulative) bir şekilde olmakta, zaman içerisinde içselleştirilerek kendi kendini düzenlemeye (self-

regulation) evrilmektedir. Kendini düzenleme yetisinin kazanılmasının bu nedenle, bağlanma tecrübelerinin içselleştirilmesi ile ilişkili gelişimsel bir süreç olduğu düşünülmektedir (222, 223).

Mikulincer ve Shaver, duygu regülasyonu yaklaşımlarını 3 ana başlık altında toplamışlardır: güvenlik temelli stratejiler, kaygı temelli hiperaktivasyon stratejileri ve kaçınma temelli deaktivasyon stratejileri. Birinci aşamada bağlanma sistemi bir tehditle uyarıldığında, çocuk tarafından içselleştirilen inanç bağlanma nesnesinin erişilebilirliği yönünde ise "Birincil Bağlanma Stratejileri" aktive olmaktadır. Güvenlik temelli stratejiler olarak da ifade edilen birincil stratejilerin çocuk ve ebeveyn arasındaki eşgüdümlü düzenlemenin güvenli bağlanma ile pekişmesi sonucu geliştiği düşünülmektedir. Bağlanma nesneleri ile kurulan ve güvenli bağlanmayı sağlayarak pekiştiren etkileşimler sonucunda kişi kendi dışındaki engel ve güçlüklerin baş edilebilir ve kontrol edilebilir olduklarını öğrenmektedir. Güvenli bağlanmaya sahip kişiler aynı zamanda, olumsuz duyularını kabullenip gösterme ve gerekli durumlarda diğerlerinden yardım talep etme gibi sağlıklı baş etme yetilerine sahiptirler (221, 223, 224).

Eşgüdümlü düzenleme esnasında çoğunlukla güvensiz deneyimlerin yaşanması ise "İkincil Bağlanma Stratejileri"nin gelişmesine neden olmaktadır. Tehdit algısına neden olan bir zorlanma durumunda bağlanma sistemi aktifleşir. Ancak kişi bağlanma figürüne ulaşılamazlığı ile karşılaşması durumunda güvensizlik ile birlikte duygu regülasyonu ile ilgili bir karar verme durumunda karşı karşıya kalır (223). Kişi ya yakınlık arayışını sürdürme ya da bu arayışı engelleme yönünde bir karar verme eğilimi gösterir. Eğer kişi yakınlık arayışını sürdürme yönünde bir karar verirse, kaygı temelli hiperaktivasyon stratejileri devreye girer ve bunun sonucunda aşırı uyarılan kişi yakınlık ve bakım arayışını yapışma ya da kontrol etme gibi davranışlar sergileyerek yoğun bir çaba ile devam ettirir. Yakınlık arayışını engelleme ve zorlanmaya neden olan durumla tek başına baş etme yönünde bir karar verilmesi durumunda ise kaçınma temelli deaktivasyon stratejileri devreye girer. Bağlanma figürünün ileri dönemlerde olası erişilememe durumlarında yaşanılacak acıdan korunabilmek amacıyla kişi bağlanmaya dair gereksinim ve duygularını inkar eder ve kendisi ile duyguları arasında gerçek ya da sembolik bir mesafe koyar (225).

Hiperaktivasyon stratejileri duygudurum değişikliklerine karşı kişiyi aşırı duyarlı hale getirirken, deaktivasyon stratejileri kişinin duygularına dair farkındalığını azaltır ve bilgi işleme süreçlerinde bozulmalara neden olur (224).

İkincil bağlanma stratejileri (hiperaktivasyon ve deaktivasyon) ve ilişkili duygu regülasyon örüntülerinin duygudurum bozuklukları ile önemli ölçüde bağlantılı oldukları düşünülmektedir. Genel olarak bağlanma kaygısı ve ilişkili hiperaktivasyon stratejilerinin daha çok içselleştirme sorunlarıyla (kaygı ve duygudurum bozuklukları gibi), kaçınma ve ilişkili deaktivasyon stratejilerinin ise daha çok dışsallaştırma sorunlarıyla (yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, antisosyal davranış, dürtü kontrol güçlükleri gibi) ilişkili olduğu gözükmeaktadır (222).

1.2.2.Bağlanmanın Gelişimi

Anne ile bebek arasındaki bağlanma ilişkisinin ilk olarak gebelik döneminde kurulmaya başlandığı son dönemlerde ileri sürülmektedir. Yapılan çalışmalarda, gebelik ilerledikçe fetüs ile olan etkileşimin artması sonucu bağlanma ilişkisinin kurulmaya başladığı, ikinci trimesterde özellikle fetal hareketlerin hissedilmesinin bağlanmada artışa neden olduğu bildirilmektedir (226). İntrauterin dönemde fetüs annenin duygularına yanıt verebilmekte, 26. haftada fetüsün algılama, tepki verebilme ve işittiği bilgileri yakalayabilme becerilerinin bulunduğu öne sürülmektedir. Gebelik döneminde annenin karnına dokunması yoluyla bebeğin tensel olarak hissedilmesi ve bebeğin kabulü, bağlanma açısından önem arz etmektedir (188).

Bağlanma bebeklik döneminde evreler halinde gelişim gösterir. İlk evre 0-2 ay dönemi olup, bu dönemde meme arama, baş çevirme, emme, yutma, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma biçimindeki davranışlar doğuştan gelen ve bağlanmanın öncülü olan davranışlardır. Bu davranışlar bebeğin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılarken bir yandan da annenin bebeğine bağlanmasını sağlayan içgüdüsel eğilimlerin ortaya çıkmasına neden olur (227). İkinci evre, ikinci ve altıncı aylar arasındır. İkinci ayla birlikte bebek kendisine bakım veren kişiye yönelmeye başlar ve sosyal tepkilerinde artış olur. Bu

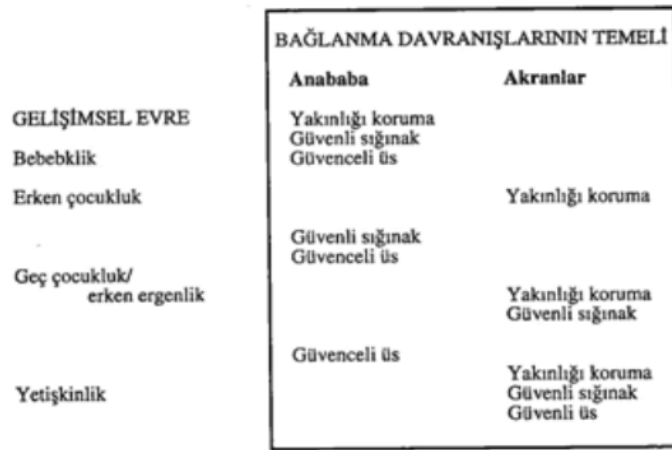
dönemle birlikte bebek kendisine bakım verene gülümsemeye başlar, uzun süreli göz ilişkisi kurar ve daha fazla ses çıkarır. Bebeğin gülümsemesi ile annenin buna gülümseyerek tepki vermesi, aralarındaki ilişkide karşılıklılığın gelişmesini, annenin bakım verme ve yakınlık gösterme konusunda doyum sağlamasını ve bu davranışları devam ettirmesini sağlar. Bağlanma, Bowlby'e göre karşılıklı doyum ve hazzın olduğu bir ortamda oluşmaktadır. İkinci ve yedinci aylar arasındaki dönem bağlanmanın oluşma aşaması olup, henüz bu dönemde bebek bağlanma nesnesini seçmemiş olmakla birlikte ebeveynleri bilir ve onlara daha fazla oranda tepki verir. 7. aydan itibaren bebekler çevrelerindeki ilişki örüntülerini anlamlandırmaya başlar ve çok geniş yelpazedeki sosyal ilişkilerini sınırlandırarak ilgilerini tüm gereksinimlerini karşılayan bakıcılarına yönlendirirler. Yedinci ve yirmi dördüncü aylar arasında bağlanma netlik kazanır. Bebeğin ilgisini yönelttiği, diğer insanlarla olandan farklı bir ilişki içersinde olduğu, tüm gereksinimleri karşılayan bu bakım veren kişiye "birincil bağlanma nesnesi" adı verilir. Aralarında gelişen bu ilişki, anne ve bebeğine özgü olan ve başkalarınca yerine konulamayan bir ilişkidir. Anne çocuğun bakımını sağladığı kadar çocuğa duygusal açıdan karşılık veren ve çocukta duygu düzenleme fonksiyonu gören bir nesne pozisyonundadır. Bu sayede gereksinimleri tutarlı bir şekilde karşılanan ve korunan bebek kendisini değerli olarak algılar ve temel güven duygusu gelişir. Birincil bağlanma nesnesi, bebeğin rahatlaması ve kendisini tekrardan güvende hissetmesi için dönebildiği güvenli bir üs işlevi görür. Bağlandığı nesneye yakın olması durumunda bebek kendisini güvenli bir ortamda algılayarak araştırmacı davranışlar sergileyebilir. Bebek, çevresinde araştırmacı davranışlarda bulunurken genellikle annesi olan birincil bağlanma nesnesinin sığınabileceği tek güvenilir dayanağı olduğunu bilir. Bebekler bu dönemden itibaren yabancı bir kişi ile temasları olması durumunda korku, kaygı ya da kaçma davranışları sergilemektedirler. Genellikle sekizinci ay civarında yabancılardan çekinme ve kaçma şeklinde olan yabancı kaygısı başlar. On sekizinci ayla birlikte ise ayrılık kaygısı başlar ve bebek annesinden ayrılması durumunda sıkıntı duyar ve ağlar. Bu dönem sonrasında nesne sürekliliğini kazanan iki yaş üzerindeki çocuklar gerek birincil bağlanma nesnesi gerek diğer insanlar ile daha karmaşık ilişkiler kurarlar (206, 228).

25. aydan sonra anneden bağımsızlığı artan çocuğun annesi ile arasında karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Bu dönemden sonra aralarındaki ilişki "amacı koşullara göre düzeltilmiş ortaklık" olarak adlandırılır. Buradaki yakınlığı korumadaki amaç, çocuğun doyumu ve hazzı erteleme ve bakım verenin ulaşılabilirliğini bilişsel olarak temsil edebilme becerisine göre ayarlanmıştır. Bu dönemde bakım veren ile çocuk, aralarındaki ilişkinin koşullarını görüşmeye ve pazarlık etmeye başlayabilir, kendi istekleri ve hedefleri hakkında her biri sözel iletişime geçebilir, hedeflerini eşgüdümlü bir biçimde ayarlayabilirler. Bu sayede bebeklik sürecinde ortaya çıkan bağlanma ilişkisi geliştirilmiş olunur (189).

Erken dönemde gelişen bağlanma stilleri kendilerini pekiştirici bir özellik gösterir. Var olmalarına neden olan karakteristik özellikler, kendi devamlılıklarının da sağlayıcısı konumundadır. Bu nedenle yetişkin dönemde de bu bağlanma stillerinin uzantılarını gözlemleyebiliriz. Yapılan araştırmalar, bağlanma stillerinin bir çeşit öğrenme olarak da yorumlanmasına neden olmuştur. Örneğin ambivale bağlanma stiline olan kişiler, ebeveynlerinden öğrendikleri tutarsız ilişki kurma biçimini ileriki ilişkilerinde de sürdürürler. Aynı şekilde kaçınan bağlanma örüntüsüne sahip kişiler de çocukken kullandıkları reddetme ve kaçınma davranışlarını erişkin hayatlarında da kullanmayı sürdürürler. Çünkü endişeleri ile baş etme yöntemi olarak bunu öğrenmiş ya da öğrenmek zorunda kalmışlardır (205).

Bağlanma, çocukluk döneminde ebeveynlerle kurulduktan sonra yavaş bir geçiş süreci göstererek akranlara ve duygusal ilişki içerisinde olunan eşlere aktarılmaktadır (Şekil 3). Çocukluk döneminde bakım verenle kurulan bağlanma ilişkisi, yetişkin hayatta uzun dönem etkisini devam ettirebilecek olan romantik ilişkiye dönüşür. Bu dönemde aşkın ve sosyal bağlanmanın işlevi, üremeyi kolaylaştırmak, anksiyeteyi azaltarak güvenlik duygusunu sağlamaktır. Erişkinlik döneminde kurulan romantik ilişkiler ile çocukluk döneminde anne ile kurulan ilişki arasında çeşitli benzerlikler ve farklılıklar bulunmaktadır. Ebeveyni yanında olduğunda ve gereksinimlerine duyarlılık gösterdiğinde bir çocuğun kendisini güvende olarak algılaması gibi, eşleriyle birlikte olduğunda ve gereksinimleri karşılandığında yetişkinler kendilerini güvende ve rahat hissederler. Bebeklik döneminde çevreye karşı araştırmacı davranışlarda olduğu gibi, bağlanma nesnesi,

yetişkin dönemde örneğin iş hayatında yaratıcı projeler geliştirmesini sağlayan güvenli bir üs olma özelliğine sahiptir. Kişi kendisini huzursuz, tehlikede ya da hasta hissettiğinde eşi güvenlik, koruma ve rahatlık sağlar. Başka bir deyişle, aşk ilişkisi, güvenlik hissini sağlayan duygusal bir bağdır. Bebeklik ve erişkinlik dönemindeki bağlanma süreci arasındaki farklılıklar gelindiğinde ise, bebeklik dönemindeki bağlanma tamamlayıcı özellikte iken, erişkin dönemdeki bağlanma karşılıklı yani çift yönlüdür. Her partner hem bakım veren hem de bakım alanıdır. Bir diğer farklılık çocuğun asıl bağlanma nesnesi ebeveynleri iken, erişkinlerde akranları veya cinsel partnerleri olur ve yetişkin bağlanma ilişkisi aynı zamanda cinselliği de içerir. Bu nedenle, yetişkin bağlanma ilişkisinin bağlanma, bakım (ebeveynlik) ve cinsel ilişki bileşenlerini içeren 3 davranışsal sistemin bir birleşimi olduğu ileri sürülmektedir (189, 198).



Şekil 3: Bir Bağlanma Aktarım Modeli

1.2.3.Bağlanma ve Psikopatoloji Arasındaki İlişki

Güvensiz bağlanma ile çocukluk çağında görülen psikopatolojiler arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bakım verenlerin sık değişim gösterdiği ve seçici bağ kurma olasılığının düşük olduğu sosyal hizmet kurumları ve hastane gibi ortamlarda büyüyen ve sosyal olarak ihmale uğramış çocuklarda "anaklitik depresyon", "psşik hospitalizasyon" ile sonraki zamanlarda "sınırsız toplumsal katılım bozukluğu" ve "reaktif bağlanma bozukluğu" durumlarıyla sıklıkla karşılaşmaktadır (229, 230).

Anaklitik depresyon gelişen çocukların bir kısmı erişkin dönemde; duygusal ilişki kurmakta sınırlı, az ya da hiç duygusal katılım göstermeyen ve duygusal çekilme ile karakterize duygusuz kişiliklere sahip bireylere dönüşebilir. Psikik hospitalizasyon görülen çocukların ise duygusal ve duygusal gelişimlerinde gerilikler olduğu bildirilmektedir. Çoğu zaman kalıcı olmak üzere zeka seviyelerinde düşüklükler ile birlikte yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimlerinde gerilikler gösterirler. Boyları ve kiloları kronolojik yaşlarının altında kalır ve bu çocuklara verilen beslenme ile bakım imkanları ne kadar iyi olursa olsun ölüm ve hastalanma oranları, aileleriyle birlikte yaşayan çocuklara göre daha yüksek saptanmaktadır (205).

Bir duygu düzenleme kuramı olarak da görülen bağlanma kuramı, ayrılık anksiyetesinin etiyojisine dair de kuramsal bir çerçeve sunmaktadır. Bağlanma kuramına göre, bebekler bağlanma figürleri ile yakınlıklarını sürdürmeye yönelik çeşitli stratejiler kullanarak duygularını nasıl düzenleyeceklerini öğrenirler. Ebeveynleriyle güvenli bağlanma ilişkisi kuran bebekler, ihtiyaçları olduğunda bağlanma figürlerinin erişebilir konumda olacağına inanmaktadırlar. Ancak bu inanç güvensiz bağlanma stiline sahip çocuklarda gelişmemiştir (231). Main ve Cassidy, güvenli bağlanan çocuklara kıyasla güvensiz bağlanma stiline sahip çocukların kaygıyı daha yoğun ifade ettiklerini, bakım verenlerinden kısa süreli ayrılıkları esnasında daha yüksek düzeyde sıkıntı yaşadıklarını bildirmiş ve çocukluk döneminde görülen ayrılma anksiyetesinin erişkin dönemdeki anksiyete bozukluğu ve diğer ruhsal bozukluklar ile bağlantılı olduğunu öne sürmüşlerdir (232).

Ergenlik döneminde bağlanma özellikleri, kişinin sosyal ilişkilerdeki başarısı ile zorlayıcı yaşam koşullarına uyum sağlama yeteneklerini belirlemektedir. Bu dönem akran ilişkilerinin kişi için önem kazandığı, ebeveyn ilişkilerinin kısmen geri plana atıldığı bir dönemdir. Kişi bu dönemde sahip oldukları bağlanma stillerini akran ilişkilerine aktarmakta, akran ilişkilerinden elde ettiği yeni tecrübelerle dış dünyaya dair şemalarını yeniden biçimlendirmektedir.

Ergenler arasında gerçekleştirilen bir araştırmada, psikopatoloji göstermeyenlerin %73,3'ü güvenli bağlanma stiline sahipken, psikopatoloji gösterenlerin ise yalnızca %13,3'ünün güvenli bağlanma stiline sahip olduğu

saptanmıştır. Ambivalan bağlanmanın anksiyete, depresyon, düşünce bozuklukları ve sosyal kabul görme ihtiyacı, sınır kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu, kaçınan bağlanmanın ise davranım bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca ambivalan bağlanma stiline sahip ergenler, güvenli ve kaçınan bağlanma stiline sahip ergenlere göre önemli ölçüde daha fazla kişilerarası zorlanmalar ve belirtiler bildirmişlerdir (233).

Güvensiz bağlanmanın etkileri erişkin hayatta da devam eder ve birçok psikopatolojinin ortaya çıkmasında rol oynar (234). Bağlanma nesneleri ile olan olumsuz yaşantıların erişkin dönemdeki yakın ilişkiler, benlik algısı ve diğerlerine dair olumsuz beklentilerle ilişkisini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (235-238).

Yapılan araştırmalar, yetişkin bağlanma stilleri ile pek çok psikopatoloji arasında önemli ilişkilerin bulunduğunu ortaya çıkarmıştır. Kaygılı/ambivalan bağlanmanın depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde, kaçınan bağlanmanın ise davranım bozuklukları ve diğer dışa vurum bozuklukları ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Dezorganize bağlanmanın ise başta dissosiyatif bozukluklar olmak üzere yetişkinlik döneminde çeşitli ruhsal bozukluklar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (188).

Çocukluk dönemlerinde olumsuz yaşantıları olduğunu belirten güvensiz bağlanma stiline sahip kişilerde, depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları gibi eksen I patolojiler ile borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi eksen II tanıları kontrol grubuna göre daha yüksek oranlarda saptanmıştır (239). Bunların yanı sıra panik bozukluğu, sosyal fobi, OKB, travma sonrası stres bozukluğu, alkol-madde kullanım bozukluğu, kronik ağrı bozukluğu, bipolar bozukluk ve şizofreninin güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir (240-252).

1.2.4.Bağlanma ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Farklı çalışma türleri, OKB'de bir kriter olması muhtemel olan aile işlevlerinde belirgin bir bozulma olduğunu tutarlı bir şekilde bildirmektedir (253). OKB'nin erken aile modellerine göre çocukta aşırı duyarlılığa yapısal olarak yatkın

bir kapasite, bakım verenlerin kaygılı-ambivalan bağlanma stili veya ebeveynlerin aşırı kontrolü üzerine gelişmektedir (254, 255). OKB hastaları, kendilerinin erken dönem ebeveyn-çocuk etkileşimlerine dair ebeveynlerinin aşırı korumacılığını kontrol deneklerinden önemli ölçüde daha fazla anımsamaktadırlar (256-258). Bu kapsamda, “normal” bireyler arasında ebeveynlerin aşırı korunması ile obsesyon semptomatolojisi arasında önemli bağlantılar olduğu bildirilmiştir (259). Sağlıklı kontrollere kıyasla OKB'li bireyler daha az ebeveyn sıcaklığı ile daha fazla anne-baba korumacılığı ve reddi bildirmişlerdir (260, 261). Bununla birlikte OKB, klinik ve etiyolojik olarak heterojen bir hastalıktır. Çocuk yetiştirme uygulamaları ve çocuk OKB'ler arasındaki önemli ilişkiler, paternal OKB durumu ve ebeveyn OKB alt tipinin bir fonksiyonu olarak çeşitlilik gösterebilir (262).

OKB'nin çağdaş etiyolojik modellerinin çoğu, semptomatolojinin başlatılması ve sürdürülmesi için merkezi olarak kabul edilen ve büyük bir ikna edici kanıt gövdesi oluşturmuş olan yolların bilişsel kavramsallaştırmasına büyük ölçüde dayanmasına rağmen, bu modellerin gelişimsel bir bakış açısıyla bozukluğun altında yatan yatkınlıkları açıklaması çok daha az olasıdır (262). Bu nedenle, OKB'nin kırılganlık faktörlerinin altında yatan bilişsel-duygusal yapıları tanımlamak amacıyla OKB fenomeninin etiyolojik yönlerini daha sıkı anlamaya yardımcı olacak bilişsel, gelişimsel ve bağlanma araştırmalarının gerekli olduğu ileri sürülmüş ve bu çalışmalara dayanarak geleneksel bilişsel-davranışçı modellerin daha da iyileştirilmesi ve genişletilmesi önerilmiştir (263, 264).

Bilişsel kurama göre insanların büyük kısmında intrüziv düşünceler deneyimlenmekte olup ancak duyarlı olan bir kısım kişide OKB ortaya çıkmaktadır. Bazı yazarlar, daha zayıf duygu düzenleme becerisi ile ilişkili olan güvensiz bağlanmanın, duyarlı olan bazı kişilerde intrüziv düşünceler ile başa çıkmada güçlüklerle yol açarak OKB gelişiminde rol oynayabileceğini öne sürmektedir (244).

Bağlanma güvensizlikleri, OKB ile ilgili adaptif olmayan bilişsel süreçler ile ilişkilendirilmiştir (244). Örneğin bağlanma anksiyetesinin; nesnel tehdit düzeyi fark etmeksizin daha yüksek tehdit algısı (265), işlevsel olmayan mükemmeliyetçi eğilimler (266), düşünceleri baskılamada güçlükleri (267), sıkıntıya neden olan düşüncelerin zihinsel ruminasyonu (268) ve kişinin tehdit edici durumlarda başa

çıkma yeteneklerini hafife alma eğilimi (269) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kaçınan bağlanma ise özeleştir, negatif mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe karşı tahammülsüzlük ile ilişkilendirilmiştir (270-272).

Erken dönemde gelişen bağlanma stillerinin, erişkin dönemdeki bağlanma stillerini ve bununla ilişkili kendilik, diğerleri ve dış dünyaya yönelik algıları etkileyerek OKB gelişiminde yatkınlığa neden olacağı öne sürülmektedir (263). Güvensiz bağlanma stiline sahip kişiler, güvenlik ve dış destek kaynaklarının iç temsellerini bulamayabilir. Bu nedenle, güvensiz bağlanma sonucu gelişen negatif içsel çalışma modelleri, kendilik (yetersizlik algısı), diğerleri (başkalarının istekleri ve iyi niyetleri hakkında artan şüpheler, reddedilmeye karşı artan duyarlılık) ve dünya (tehdit algısında artış) ile ilgili non-adaptif inançların gelişme olasılığını arttırabilir (244). Bu non-adaptif bilişler, OKB'nin ortaya çıkması ve devam etmesi ile ilişkilendirilmiştir.

Mikulincer ve Shaver'a (2007) göre bağlanma sisteminin optimal olmayan şekilde çalışması, zorlanmayı şiddetlendiren zihinsel olayların (felaketleştirme, rahatsız edici deneyimin kendisi ile ilgili olumsuz sonuçlarını abartma, bu olumsuz sonuçlar üzerinde zihinsel ruminasyonlar ve bağlanma isteği ile korkularının hiperaktivasyonu gibi) bir kaskadını başlatabilir (224). Örneğin, bağlanma sisteminin hiperaktivasyonu; başkalarının bakımını istemenin bir yolu olarak sıkıntı ve muhtaçlık ifadelerinin dışavurumunda yoğunlaşma ile birlikte yeterli destek alamama nedeniyle kişinin sevillebilirliği, engellenme ve öfkesi hakkında artan şüpheleri ve kişinin kendisinin kötü doğası nedeniyle terk edilme korkusunu içerir (273). Tüm bu duygu ve bilişler, benliğe yönelik tehdidin abartılı olarak tahmin edilmesini sürdürmeye, bunaltıcı ve kontrol edilemeyen sıkıntının yaşantılanmasına, istenmeyen intrüzyonların şiddetlenmesine ve olumsuz kendilik algılarını artırma eğilimine yol açar ve obsesyonların gelişmesine katkıda bulunabilir (244).

Literatürde OKB ve bağlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlı olsa da son yıllara giderek artış göstermektedir. Myhr, Sookman ve Pinard'ın 2004 yılında yaptıkları bir araştırmada; 36 OKB, 16 depresyon hastası ve 26 kişiden oluşan kontrol grubu, revize edilmiş yetişkin bağlanma ölçeği uygulanarak karşılaştırılmıştır. OKB ve depresyon hastalarının, kontrol grubuna göre ölçeğin terk

edilme kaygısı alt boyutunda daha yüksek puanlar aldıkları saptanmış, ancak iki klinik grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (274).

2009 yılında Doron ve arkadaşlarının 446 öğrenciyi içeren klinik olmayan bir örnekleimde yaptıkları çalışmada, bağlanma kaygısı ve kaçınmanın yüksek oranda OKB semptomları ve bilişleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, depresyon kontrol edildiğinde bağlanma boyutlarının daha yüksek OKB bilişleri üzerinden OKB semptomlarını etkilediği bir aracılı modeli desteklemiş ve bağlanma kaygısının bağlanmadan kaçınmadan biraz daha büyük bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (275).

2009 yılında Sümer ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada; 40 depresyon, 35 OKB, 29 panik bozukluk ve 77 sağlıklı kontrol öz bildirim ölçekleri ile karşılaştırılmış, kontrol grubunda klinik gruplara göre bağlanma kaygısının daha düşük düzeylerde olduğu, depresyon hastalarında bağlanmanın kaçınma boyutunun diğer gruplara göre daha yüksek oranda olduğu, OKB'lilerin depresyon ve panik bozukluğu olan hastalarda olduğu gibi bağlanmanın kaygı boyutunda yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (276).

Doron ve ark. yaptıkları bir başka çalışmada; 30 OKB hastası, çeşitli anksiyete bozuklukları olan 20 kişi ve 32 sağlıklı kontrolü yetişkin bağlanma stilleri açısından karşılaştırmış, depresyon kontrol edildiğinde OKB grubunun, anksiyete ve kontrol gruplarına kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek düzeyde bağlanma kaygısına sahip olduğu saptanmıştır. Bağlanmanın kaçınma boyutunda ise farklılıklar anlamlı bulunmamıştır (244).

Boysan ve Çam'ın 2018 yılında 334 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada obsesif-kompulsif belirtilerde güvensiz bağlanmanın rolü incelenmiş, bağlanmanın kaygı ve kaçınma boyutlarının obsesif-kompulsif belirtilerin şiddetine önemli ölçüde katkıda bulunduğu saptanmıştır. Daha spesifik olarak korkulu ve saplantılı bağlanma stiline sahip olan katılımcılar obsesif-kompulsif semptomatoloji ve obsesif inançlar açısından daha yüksek puanlar bildirmişlerdir. Çalışmada yapısal bir modelleme yaklaşımı kullanılarak, sorumluluk/tehdit çıkarımının bağlanma

kaygısı ve kaçınma yoluyla obsesyon semptomatolojisine önemli ölçüde katkıda bulunduğu saptanmıştır (262).

Çeşitli farklılıklar olmakla birlikte yapılan araştırmaların sonuçları genel olarak birlikte değerlendirildiğinde, OKB tanılı hastalar, diğer anksiyete bozuklukları (244) ve major depresyon tanılı hastalar (277) ya da topluluk kontrollerine (244) kıyasla daha yüksek bağlanma kaygısı gösterdiği ancak kaçınma boyutunda böyle bir durumun olmadığı anlaşılmaktadır. Klinik olmayan örneklemelerde yapılan çalışmalar, bu klinik bulguları desteklemiş ve öz bildirim ölçeklerinde daha yüksek bağlanma kaygısı puanlarının daha şiddetli OKB belirtileri ile ilişkili olduğunu (275, 278) ve bu bağlanma kaygısının maladaptif ebeveyn bakımı ile obsesif inançlar arasındaki bağlantılara aracılık ettiğini göstermiştir (279).

OKB'nin erken bağlanma eğilimleri ile ilgili gelişimsel seyri henüz doğrudan incelenmemiştir. Bununla birlikte, yapılan uzunlamasına bir araştırma, 12 aylıkken Yabancı Durum Testi'nde yaşanan bağlanma kaygısının, 17 yaşında çeşitli anksiyete bozukluklarının (arasında OKB'nin de bulunduğu) daha fazla oranda görülmesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (280).

1.3.Zihin Kuramı

1.3.1.Tanımı

Kişinin kendisinin ve diğerlerinin ayrı zihinlere sahip olduğunu anlayabilme, kendisinin veya başkalarının duygu, düşünce, maksat, istek ve inançlarını algılayabilme ya da çıkarımda bulunabilme kapasitesidir ve sosyal bilişin en önemli bileşenlerinden biridir (281, 282). Başkalarının davranışlarını anlama ve tahmin etmeyi mümkün kılan zihin kuramı (ZK) becerileri, başarılı bir sosyal etkileşim için gerekli bir ön koşul olarak kabul edilir (283).

ZK terimi ilk olarak 1978 yılında primatolog ve psikolog olan Premack ve Woodruff tarafından ortaya atılmıştır. Bireyin zihinsel durumları kendine ve başkalarına atfedebilmesi durumunda bir ZK yetisinin olabileceğini öne sürmüşlerdir. Zihinsel durumların doğrudan gözlemlenebilir olmadığını ve ZK becerilerinin başkalarının davranışları hakkında öngörülerde bulunmak için

kullanılabileceğini belirterek ZK'yı bir tür çıkarım sistemi olarak tanımlamışlardır (284). Sonraki süreçte araştırmacılar tarafından ZK ile ilgili birçok farklı tanımlama yapılmıştır. Ayrıca tanımlamalar dışında ZK terimine ek olarak bu becerileri vurgulayan "mentalizasyon", "metareprezentasyon", "zihin okuma", "sağduyu psikolojisi", "refleksif farkındalık", "folk psikoloji", "naif psikoloji", "kognitif empati" gibi farklı isimlendirmeler de kullanılmıştır (285). Hakkında farklı isimlendirme ve tanımlamaların bulunmasının, kuramın farklı süreçleri yansıtabileceğinin yani birçok farklı bileşenin bulunduğunun bir işareti olabileceği öne sürülmektedir (286).

Karşıımızdakiinin davranışlarının altında yatan istek, amaç ve inançlar doğrudan görülemez, duyulamaz, dokunulamaz ya da koklanamazlarsa da ZK becerilerimiz sayesinde çıkarımda bulunabiliriz. Bir başkasına ait duygu, düşünce, inanç vb. hakkında çıkarımda bulunabilmek için bazı emareler, spontan ve otomatik olarak kullanılır (287). Bunu yaparken duyularımızdan gelen bilgiler ve deneyimlerimiz entegre edilir. Yüz ifadesi, ses tonu ve beden hareketleri gibi ipuçlarından karşıımızdakiinin duyguları hakkında çıkarımda bulunabiliriz. Karşıımızdakiinin istek, amaç ve inançları hakkında çıkarımda bulunabilmemizde ise, o kişinin ne yapmakta olduğuna dair gözlemlerimizin yanı sıra önceki deneyimlerimiz, dış dünyaya ilişkin genel bilgi birikimimiz ve karşıımızdaki kişi ile ilgili tecrübelerimiz etkili olmaktadır (282, 287).

Sabbagh (2004), bununla ilgili olarak ZK işlevlerinin iki bileşenli bir sürece ayrılabilceğini öne sürmüştür. "Zihinsel durum kod çözmesi veya saptaması" (mental state decoding or detecting) adını verdiği kavram ile başkalarının zihinsel durumlarını kişinin eylemleri, ses tonu, yüz ifadesi, bakışlarının odaklandığı yön gibi anlık, gözlemlenebilir sosyal ipuçları yardımıyla çıkarımda bulunabilmesini tanımlamıştır. "Zihinsel durum muhakemesi" (mental state reasoning) adını verdiği kavram ile de başkalarının eylemlerini anlayabilmek veya tahmin edebilmek için karşıımızdaki kişinin zihinsel durumu hakkında akıl yürütme işlevlerimizi ifade etmiştir. Başkalarının eylemlerini anlayabilmek veya tahmin etmek için ise, söz konusu kişi veya bağlamsal koşulları hakkındaki bilgi ve gerçeklere erişilmesi gerekir. Genellikle ZK'nın bu iki yönü, başkalarının zihinsel durumları hakkında

güvenilir yargıların üretilmesi için uyum içinde çalışır. Örneğin, bir kişinin üzüldüğünü doğru bir şekilde anlamak için, sınavda kötü bir not alması nedeniyle gözlemlenebilir bilgilerdeki üzüntüyü tespit etmek, kötü bir not aldığını bilmek ve belki de sınavdan iyi bir not almak istediğini bilmek gerekir (288).

Tager-Flusberg ve Sullivan (2000) benzer şekilde ZK'yı sosyal-kognitif ve sosyal-algısal olmak üzere iki farklı bileşene ayırmıştır (289). Sosyal-kognitif bileşen, başkalarının zihinsel durumlarının kavramsal olarak anlaşılmasını ya da çıkarımda bulunulabilmesini sağlayan bir temsil sistemi olarak tanımlanmıştır. Yanlış inanç testleri bu bileşenin prototip bir ölçüsüdür. Sosyal-algısal bileşen ise, kişinin yüz ve bedensel ifadeleri gibi gözlemlenebilir ipuçlarından insanların zihinsel durumları hakkında hızlı karar verme ve insanlar ile nesneler arasında ayırım yapma kapasitesi olarak tanımlanmıştır. Gözlerden zihin okuma testi bu bileşeni ölçmekte en sık kullanılan yöntemdir (290). Sosyal-kognitif bileşenin aksine sosyal-algısal ZK, affektif sistem ile daha yakın bağlantılı olsa da diğer bilişsel işlevler ve dil becerileri ile daha az ilişkilidir. Bu tür bir sosyal-algısal kapasite karşımızdaki kişi ve eylemleri hakkında zihinsel çıkarımlarda bulunabilme ile ilgili olduğundan zihinselleştirme yeteneği içerisindeki bir beceri olduğu öne sürülmüştür. Günlük yaşantımızda karşımızdaki kişinin zihinsel durumunu çıkarsamamız, her iki birleşenin birlikte çalışmasını gerektirir (289).

Son yıllarda yapılan araştırmalar doğrultusunda diğer bir sosyal beyin kavramı olan empati, emosyonel empati ve kognitif empati olarak iki farklı sisteme ayrılmıştır (291). Emosyonel empati, başkalarının gözlemlenen yaşantılarına duygusal tepkiler verme veya ortak duygular paylaşma kapasitesi olarak tanımlanmıştır. Emosyonel empati; duygusal bulaşıcılık (emotional contagion), duygu tanıma (emotion recognition) ve paylaşılan acı (shared pain) adı verilen alt süreçleri içermektedir (291). Kognitif empati ile ise ZK becerileri kast edilmektedir (292). Bu beceriler, başkalarının duygusal ve bilişsel durumlarına ilişkin çıkarımlarda bulunmayı içerir (293). Bu çalışmalarda benzer şekilde ZK işlevleri affektif ZK ve kognitif ZK olmak üzere iki alt bileşene ayrılmıştır (294-296). Kognitif ZK, diğer insanların inançlarına ilişkin çıkarımlarda bulunma yeteneği olarak tanımlanırken, affektif ZK ise bir kişinin diğerlerinin duygularıyla ilgili yaptığı çıkarımları ifade

eder ve çıkarımda bulunma sürecini içermesinden dolayı affektif ZK'nın emosyonel empatiden ayrıştığı öne sürülmektedir (291). Nörogörüntüleme çalışmaları, affektif ve kognitif ZK'nın farklı beyin alanlarında etkinleşmeye neden olduklarını göstermektedir (295, 297).

Bizim çalışmamızda obsesif-kompulsif bozuklukta ZK'nın bu iki bileşenin incelenmesi hedeflenmektedir. Yapılan çalışmalarda zihin kuramına dair alt bileşenlerin bu farklı adlandırmalarının kullanılmasından dolayı bu adlandırmaların literatürdeki açıklamalarını özetledik.

1978 yılında Premack ve Woodruff tarafından ortaya atılmasından sonra ZK, insanlarda ilk kez 1983 yılında Wimmer ve Perner tarafından değerlendirilmiştir. Çocuklarda yürüttükleri araştırmada geliştirdikleri birinci derece yanlış inanç testi olan "Maxi ve çikolata paradigması" ile 4 ile 6 yaş arasında, çocukların, başkalarının inançlarını ve bu inançlara bağlı nasıl hareket edeceklerini tahmin edebilme yetisini kazandıklarını ortaya koymuştur (298).

Sonraki süreçte ZK becerilerini ölçen; ikinci derece yanlış inanç, metafor ve ironiyi kavrama, imayı anlama, faux pas, gözlerden zihin okuma vb. birçok test geliştirilmiştir.

Psikopatoloji alanında ZK ilk kez 1985 yılında otizmlili çocuklarda araştırılmış ve otizmlili çocuklarda bu yetide zeka geriliğinden bağımsız spesifik bir eksiklik olduğu saptanmıştır (299). Sonraki süreçte zihin kuramı birçok nörogelişimsel, nörolojik ve psikiyatrik bozuklukta araştırılmıştır. Özellikle son 30 yılda ZK'nın yıllar içerisinde giderek artan sıklıkta araştırmalara konu olduğu görülmektedir. ZK bozukluklarının ve bunların klinik yansımalarının yanı sıra, nörokimyasal, nöroanatomik ve nörofizyolojik mekanizmalarının ve işlevsel bağlantılarının nörogörüntüleme araçlarıyla aydınlatılmaya çalışıldığı görülmektedir.

1.3.2.Zihin Kuramına Dair Teoriler

ZK yeteneğinin yapısı, gelişimi ve işleyiş düzeni hakkında açıklamalarda bulunan farklı teorik modeller bulunmaktadır. Bu farklı teoriler birbirinden farklı yorumlamalarda bulunarak ZK yeteneğinin daha iyi anlaşılmasına katkı

sağladıklarından dolayı önem arz etmektedirler. Farklı teoriler bulunmaklar birlikte, üzerinde en çok durulan üç teori hakkında çalışmamızda bahsedilecektir.

a) Modüler Teori

Fodor'un (1983) insan zihninin modüler bir organizasyonu kavramına dayanarak, bazı teorisyenler (Scholl ve Leslie, 1999) ayrı bir ZK modülünün varlığını öne sürmüşlerdir (300). ZK'nın, doğuştan gelen ve önceden düzenlenmiş bir seyir izleyerek özgül nöral yapılar belirli olgunlaşmalar gösterdikçe modül içi değişimler gösteren bir yeti olduğu iddia edilmiştir (301). Bu teoriye göre; beyinde temsil edilen ve sadece belirli bir bilgi sınıfını işleyen diğer alanlara özgü bilişsel kapasiteler gibi, ZK mekanizması da sosyal çıkarımla sınırlı bilgileri işlemektedir (283). Diğer bilişsel alanlardan ayrı olması ile öne sürülen, ZK modülünün diğer bilişsel dizgelerden bağımsız işlem gören, gelişen ve bozukluk gösterebilen bir sistem olarak düşünülmesidir. Diğer bilişsel işlevlerden fonksiyonel olarak ayrılmış olan ZK yeteneğine özgü nöral yapıların olduğu öne sürülmektedir. Bu özgül nöral yapıların spesifik olarak hasara uğraması, ZK becerilerinin bozulmasına neden olurken diğer bilişsel işlevlerin korunacağı iddia edilmektedir. Modüler teoriye göre, ZK'nın gelişimi esas olarak ZK'ya özgü beyin yapılarının nörolojik matürasyonuna bağlıdır. Deneyim, yalnızca ZK mekanizmasının çalışmasını tetikleyebilir, ancak mekanizmanın yapısını belirlemez (283). Modüler teorisyenler, soyut zihinsel durumlar hakkında çıkarım yapmayı bir ZK yeteneği olarak görürken, fiziksel dünya hakkında çıkarım yapmayı ZK yeteneği olmayan genel bir çıkarsama becerisi olarak görürler (302). Son yıllarda yapılan görüntüleme çalışmaları sonucu elde edilen bulgular modüler teori ile tutarlı olarak ZK fonksiyonlarında yer alan ortak bir sinir ağının olduğuna işaret etmektedir. Ancak bu ağ içerisinde gösterilen bölgelerin diğer bilişsel işlevlerde de kullanılmakta olduğunun gösterilmesi, modüler teorinin öne sürdüğü ZK becerileri için seçici beyin bölgelerin varlığına dair görüşler ile ters düşmektedir. Görüntülemelerde ayrıca bu ağ içerisinde bulunan temporoparietal kavşağın, çocuklarda yaş ilerledikçe ZK açısından daha fazla spesifik aktivite göstermeye başladığının gösterilmesi (303, 304) de yine modüler teorinin öne sürdüğü ZK becerileri için seçici bölgelerin hayatın çok erken dönemlerinde var olduğu görüşüne ters düşmektedir (301).

b) Teori - Teori

İlk olarak Perner (1991) tarafından ortaya konan “metarepresentasyonel” teori-teori modeline göre, kişilerde doğuştan temsil etme yetisi bulunmakta ve kendiliğin birincil temsillerinden başlayarak bilişsel gelişim basamakları sırasında farklı düzeylerde temsil oluşturma becerileri kazanılmaktadır (283). İki yaşından sonra yapılabilen ikincil temsil, gerçeklik ve varsayımsal durumlar arasında ayrım yapabilmeye izin verir. Başkalarının ne düşündüğüne dair düşünebilme eylemi, gerçek ve varsayımsal durumları ayırt etmeyi geliştirir. Gerçek metarepresentasyonlara sahip olmak, bir kişinin, olası yanlış zihinsel temsilleri de dahil olmak üzere diğer kişilerin zihinsel temsilleri hakkında teoride bulunabilmesini sağlar. Bu şekilde başkalarına ait düşünce, duygu ve davranışlar çocuğun zihninde kuramsallaştırılır. Bu bakış açısına göre metarepresentasyon yeteneği, zihin kuramının gelişmesinde etken olur (Perner 1991). Erken dönemlerden itibaren aşama aşama gelişim ve değişkenlik gösteren temsil etme becerisi ile çocuğun dış dünyayı anlamak için oluşturduğu kuramlar yetersiz kaldıkları veya hatalı oldukları durumlarda aynı bilimsel teoriler gibi değişebilmektedir. Çocuk deneyimleri doğrultusunda sınanıp desteklenmedikçe dış dünyaya yönelik daha gelişmiş kuramlar oluşturacaktır. Modüler teorinin aksine teori-teori modelinde; ZK becerisinin gelişiminde bireyin deneyimlerine daha büyük anlam yüklenmektedir. Yani deneyim; kişinin doğuştan gelen ZK yetisinin yalnız başına sağlayamayacağı gelişimi elde ettirecektir (305). Ayrıca bu teori, ZK becerisinin sadece ZK'ya özgü bir süreç ile değil, birden çok bilişsel becerinin aynı anda harmanlanması ile oluştuğunu öne sürerek modüler olmayan bir model ortaya koymuştur (283).

c) Simülasyon Teorisi

İlk kez Gordon (1986) tarafından geliştirilen ve "empati teorisi" olarak da adlandırılan Simülasyon Teorisi'ne göre ZK, iç gözleme dayalı olarak kişinin başkalarının yerine kendini koyarak çıkarımda bulunabilme kabiliyeti olarak değerlendirilmektedir (306). Bu süreçte başkalarının zihinsel durumları ve duyguları hakkında çıkarımda bulunmak için kendilik bir şablon gibi kullanılır ve simülasyon veya role bürünme yoluyla içselleştirilerek benzer konumda olması durumunda nasıl hissedilip düşünüleceği önceki deneyimleriyle entegre edilerek hayal edilir ve

sonuçlar karşı tarafa yansıtılır. Aynı satranç oynayan bir kişinin yaptığı gibi satranç tahtasını diğerk taraftan görselleştirip karşı tarafın taşlarını kendisinin gibi düşünerek diğerkinin ne yapacağını hayal etmesine benzer (285). Kişinin kendisinin ve başkalarının zihinsel durumlarını yorumlamak için kuramlar meydana getirdiğini ileri süren Teori-Teori hipotezinin aksine Simölasyon Teorisi'ne göre kişi, kendi zihinsel kaynaklarından yararlanmaktadır. Simölasyon Teorisi'ne göre insanlar başkalarının zihinsel durumlarını ve davranışlarını yordayabilmek için kendi duygusal ve motivasyonel kaynakları ile muhakeme kapasitelerini kullanmaktadırlar. Bunun sonucunda, Teori-Teori görüşü hem kendi hem de diğerklerinin düşünce ve inançlarını anlamının eş zamanlı gerçekleşeceğini savunurken, Simölasyon Teorisi'nde kişi önce kendi zihinsel durumunu anlayabilmekte sonrasında kendi zihinsel durumu vasıtasıyla diğerklerinin zihinsel durumlarını anlamlandırabilmektedir (307). Teori-Teori modelinde olduğu gibi Simölasyon teorisi için de deneyim, ZK yetisi gelişiminde önem arz etmektedir (283).

Başkalarının zihinsel süreçlerini anlamlandırmanın, kendi kendini yansıtmadüzeneği dışında başka süreçleri de içerdii düşünölmektedir. Diğerklerinin zihinsel durumlarını anlamak, kendi zihinsel durumunu yansıtmad mekanizması dışında gerektiğinde kendi bakış açısını engellemeyi ve yeni bakış açıları geliştirmeyi gerektirir (306, 308).

Simölasyon Teorisi ayrıca son yıllarda üzerinde çok sayıda araştırma yapılan ayna nöron bulguları ile de desteklenmektedir. Ayna nöronlar, hem aynı türden ya da başka türden bir canlının yaptığı bir hareketin gözlemlenmesi sırasında hem de aynı hareketi kendisi yaptığında aktive olan nöral bir sistem olarak kavramsallaştırılmaktadır (309). Ayna nöronların sadece hareketle değil aynı zamanda kendisinin ve karşıdaki kişinin duygu ve niyetlerinin fark edilmesi esnasında da aktifleştii belirlenmiştir (301). Bazı araştırmacılar, zihin okuma yetisinin ayna nöron sisteminden evrimleşmiş olabileceğini savunmaktadırlar (306).

1.3.3.Zihin Kuramı Becerilerinin Gelişimi

Diğerk birçok bilişsel ve motor becerimizde olduğu gibi ZK becerilerinin öncöllerinin yaşamın ilk aylarından itibaren gelişmeye başladii ve gelişimsel süreçte

kademeli olarak artarak daha karmaşık ve yüksek düzey işlevler haline geldikleri kabul edilmektedir (283).

ZK gelişiminin öncüleri, anne ve çocuk arasındaki fiziksel ve duygusal temas gibi doğumla birlikte başlayan sözel olmayan iletişim biçimlerini ve sezgisel fonksiyonları içerir. Yüzleri algılamak, annenin yüzü ile tanıdık olmayanları ayırt etmek ve yüzün duygusal ifadelerini tanımak, ZK'nın algısal bileşenlerinin gelişimi için hayati önem taşır (310).

Son çalışmalar, sosyal bilginin temel duyusal işlenmesini destekleyen sinirsel mekanizmalar ile ZK sistemi arasında iki yönlü etkileşen bir ilişkinin bulunduğu ve bu ilişkinin sosyal algıyı desteklediğini göstermektedir (311).

Doğuştan gelen sosyal davranışlar ilk örnekleri olan bakmak, gülümsemek ve karşılık olarak gülümsemek belki de anne ve çocuk arasında empatik bir karşılıklılık duygusunun kanıtıdır (312). Çocuk; yüz ifadeleri, annesinin sesindeki prozodik farklılıkları, dokunması ve kokusu gibi anneden gelen uyarıları algılayarak farklı duyularından gelen tüm bilgileri birleştirir.

Flavell; bebeklerin ilk 2 yaş dönemi sürecinde farklı yüz ifadelerini ayırt etmede önemli gelişmeler gösterdiğini, sesleri birbirinden ayırt ettiğini, başkaları ile ilgili birden fazla formda algısal temsil oluşturabildiklerini ve bunun da bebeklerin sosyal-kognitif gelişimine katkı sağladığını öne sürmüştür (313).

ZK'nın öncüleri bebekliğin sonunda 9-14 ayları civarında protodekleratif pointing ve bakış takibi gibi ortak dikkat davranışlarında belirginleşir (314).

ZK gelişiminin kritik aşamalarından biri, referansiyel bakışların algılaması ve iletişim için temel olan, direk bakışlar ile başka yöne olan bakışların ayırt edilmesidir. Çocuklar daha genç yaşta direkt ve başka yöne olan bakış hareketlerini ayırt edebilse de (315, 316), 3 veya 4 yaşına kadar direk bakışlar hakkında açık yargılara varamaz ve belirli çıkarımlarda bulunamazlar (317).

Altıncı ayda bebekler canlı ve cansız nesnelerin hareketlerini ayırt etmeye başlarlar. 12 aylıkken bebekler “ortak dikkat” yeteneğini geliştirirler. Ortak dikkatin gelişmesi ile bebekler dikkatini kendisi, başka bir kişi (örneğin anne) ve görüş alanı

içerisindeki nesne arasında düzenleyerek üçlü bir temsil geliştirebilir (283). Ortak dikkat yeteneği ile çocuklar yalnızca diğer kişinin neye baktığını değil aynı zamanda kendisi ile diğer kişinin aynı nesneye bakmakta olduğunu fark edebilmektedir (318). Ortak dikkatin kurulabilmesi için bir kişinin diğer kişinin dikkatini belirli bir nesneye yönlendirmesi gerekmektedir (319). 14-18 aylıkken bebekler, bir kişinin arzu ve istekleri gibi zihinsel durumları ile duyguları ve hedefleri arasındaki nedensel ilişkiyi anlamaya başlar (320).

14-18 aylık çocuklarla yürütülen bir çalışmada, on sekiz aylık çocuklar, araştırmacının yiyeceklere verdiği reaksiyonları dikkate alarak, kendileri öteki yiyeceği beğenmiş olsa dahi araştırmacının pozitif reaksiyon gösterdiği yiyeceği araştırmacıya vermişlerdir. On dört aylık çocuklar ise araştırmacının reaksiyonlarını dikkate almaksızın kendi isteklerine göre araştırmacıya verilecek yiyeceği seçmişlerdir. Sonuç olarak, 18. ayda çocukların kendilerinin ve diğer insanların içsel psikolojik durumları olduğunu, özellikle arzuların nesnelere yönelik içsel durumlar olduğunu ve belirli eylemlere neden olabileceğini anlamaya başlarlar. Ayrıca arzular ve duygular arasında bağlantılar kurulmaya başlanılır. Farklı insanların aynı nesneye karşı tutumlarının birbirinden farklı olabileceği, böylece arzuların sadece içsel ve psikolojik olmadığı aynı zamanda öznel olduğu da algılanır (321). 18 aylıkken kazanılan arzuları değerlendirme yeteneği ile çocuklar kendilerinin istemediği bir şeyi başkalarının isteyebileceğini fark edebilir(321) ve başkalarının istekleri karşılanmadığında nasıl hissedeceklerini tahmin edebilir (322).

ZK becerilerinin gelişiminde bir diğer basamak, Leslie (1987) tarafından kavramlaştırılan ve 18-24 ay arasında başlayan hayal gücüne dayalı "-mış gibi" (pretended play) oyunlar olduğu kabul edilmektedir (323). Leslie "-mış gibi" oyunu ile çocukların olayların veya nesnelerin gerçek temsilleri yerine onlara dair varsayımsal temsillerini (üst temsil) geliştirebildiğini ve bu temsilleri ayrıştırarak (decoupling) bu süreci yürüttüğünü, dolayısıyla bu durumun ZK'nın bir göstergesi olduğunu öne sürmüştür (283). Çocuk bu dönemde hayali durum (örn, bir düşünce) ile gerçeklik arasındaki farkı anlayarak ayırım yapabilmekte ve birçok zihinsel durumu örtük bir biçimde anlamaya başlamaktadır (283, 319).

Bilgileri yorumlama ve anlamlandırmanın iki tip temsil süreci ile olduğu ileri sür÷lmektedir. Birincil temsilde, doğrudan dış dñnyadan gelen bilgilerin doğru ve ger÷ek anlamında olan düşünēbilme kapasitesidir. Örneğin bir muzun muz olarak düşün÷lmesi birincil temsildir. Üst temsil (metarepresentational) ise "-mış gibi" oyundaki gibi birincil temsil yeniden ele alınarak yeni bir temsilin üretilmesidir. Örneğin bir muzun aynı zamanda bir telefon olarak farz edilerek oynanması gibi. Üst temsilleri kavrayabilme, başkalarının davranışlarını ve zihinlerini açıklayabilmede önem arz etmektedir (323).

3-4 yaşlarına kadar çocuklar kendi inan÷ ve bilgilerinin başkalarinkinden ayrıştığını anlamamakta, başkalarının kendisi ile aynı bilgiye sahip olduğunu düşünmektedirler (283, 318). 3-4 yaşlarıyla beraber çocuklar başkalarının zihinsel durumu ile kendi zihinsel durumunun farklı olabileceğini, diğer insanların kendisinden farklı, hatta yanlış inan÷lara sahip olabileceğini fark etmeye başlarlar. Bu yaş gurubundaki çocukların 1. derece yanlış inan÷ları algıladıkları Baron-Cohen ve ark. tarafından gösterilmiştir (299). Ayrıca son dönemde bazı kaynaklar çocuklarda, başkalarının niyetlerini ve yanlış inan÷larını dolaylı olarak anlama yeteneğinin 1 yaş civarında bulunduğunu (324, 325), olgunlaşmış veya aşıkar hale gelen ZK becerilerinin ve bir kişinin yanlış bir inanca sahip olabileceği anlayışının ise 3-4 yaşları arasında geliştiğini öne sürmektedir.

6-7 yaşları arasından itibaren çocuklar, başkalarının diğer kişiler hakkındaki düşüncelerini ve niyetlerini algılamaya ve zihinlerinde temsil edebilmeye başlarlar (283, 318). "Düşünce hakkındaki düşünce" olarak kavramlaştırılan bu yeteneğin varlığı, 2. derece yanlış inan÷ testleri ile bu yaş gurubundaki çocuklarda deneysel olarak gösterilmiştir (299, 326). Metafor ve ironiyi kavrayabilme, konuşmanın düz anlamının ötesini düşünēbilmeyi ve diğerinin ger÷ek niyetini pragmatik bir şekilde anlamayı sağlayan ZK becerileridir. İroninin metafora göre daha karmaşık bir zihin kuramı yetisi olduğu düşün÷lmektedir. Çocuklar 6 ile 7 yaşlarından önce metafor ve ironiyi anlayamazlar (283). Metafor ve ironiyi kavrayabilme yeteneklerindeki gelişimin de 1. ve 2. derece ZK becerilerinin gelişimini tamamladığı bu döneme denk geldiği öne sür÷lmektedir (327).

9 ve 11 yaşları arasında ise "pot kırmayı fark etme" (Faux pas) ve "ımayı anlama" becerileri gelişir. "Pot kırmayı fark etme" empatiyi de içeren bilişsel ve affektif bileşenleri olan gelişimsel olarak daha ileri bir ZK becerisidir (318, 328). "Pot kırmayı fark etme", başka bir kişinin uygunsuz bir davranış göstermesi veya yanlış bir şey söylemesi halinde diğer kişinin kendisini küçük düşmüş hissedeceğini kavrama yetisidir. Bu yeteneğin cinsiyet farklılığı göstererek kızlarda 9 yaş civarında, erkeklerde ise 11 yaş civarında geliştiği gösterilmiştir (329). "İmayı anlama" ise, bir konuşma içinde doğrudan ifade edilmeyen gerçek niyeti fark edebilme yetisidir. Bu bilgi, karşıdaki kişinin ima yolu ile gerçekte ne söylemek istediğini çıkarsama yaparak elde edilir (330). Akıl yürütme, soyut düşünme, kelime çağrışımı ve lisan becerisini kullanabilme gibi yüksek kognitif işlevleri gerektirmesi nedeniyle "pot kırmayı fark etme" ile birlikte yaklaşık 9-11 yaşlarında gelişim göstermektedir (331).

ZK yeteneklerinin 11-12 yaşlarından sonra hayatın ilerleyen evrelerinde dahi gelişmeye devam eden bir beceri olduğu düşünülmektedir. Zihin kuramı becerilerinin gelişmeye devam ederek daha ileri yaşlarda ve yetişkinlikte; kişinin blöfleri anlama, yalanları ve kandırmacaları çözme, ikna etme, kişilerin açık etmedikleri duygu, düşünce veya niyetlerini anlama gibi karmaşık beceriler sergilenmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir (332).

ZK becerilerinin gelişiminin özellikle sosyal çevre olmak üzere çevresel faktörlerin güçlü şekilde etkilendiği bilinmektedir (333-335). Anne ve babanın konuşma şekli ile ilgili ayrıntılar çocukların ZK performansının önemli bir yordayıcısıdır (336). "Ben" ve "siz" kişilik zamirlerinin uygun kullanımı ya da "düşünme" ve "bilme" gibi kelimelerin sık kullanımı, çocukların ileriki dönemlerde ZK testlerinden daha iyi performans sergilemesine yol açmaktadır (335). Carpendale ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin zihinsel durumları içeren ifadeleri sıkça kullanması durumunda ya da etkileşim içerisinde olabileceği büyük kardeş mevcudiyetinde, küçük çocukların zihin kuramı becerilerini daha erken dönemlerde kazandığı saptamıştır (337). Çeşitli bağlamlarda zihinsel durumlar ile ilgili konuşmaların ve zihinsel durumların konuşulduğu ilişkisel bağlamların ZK gelişimi açısından önemli olduğu birçok araştırma sonucunda ve kaynaklarda

vurgulanmaktadır (336, 338-344). ZK gelişim hızını etkileyen diğer bir önemli faktör çocuğun büyüdüğü sosyoekonomik arka plandır (345). Ayrıca, ZK'nın gelişimi sosyal yoksunluk ve kötü muameleden olumsuz etkilenebilir (346). Bakım evlerinde kalan çocukların ZK gelişiminin, diğer çocuklara kıyasla daha kötü olduğu bildirilmektedir (347).

ZK yeteneklerinin yaş dışında cinsiyet, dil gelişimi, aile ortamı, kardeş sayısı ve doğum sırası gibi faktörlerden de etkilendiği bilinmektedir (348). Örneğin annenin dil becerilerinin, çocuktaki ZK yeteneklerinin gelişiminde kritik bir rolü olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (349). ZK becerilerinin gelişiminde bağlanma stiline de temel belirleyicilerden birisi olduğu kabul görmektedir (350).

1.3.4.Zihin Kuramında Cinsiyetler Arasındaki Farklılıklar

Yapılan birçok araştırmada, zihin kuramı ve diğer sosyal biliş alanlarını değerlendiren testlerde kadınların erkeklere göre daha yüksek puanlar aldığı gösterilmiştir (351-356). Yapılan bir çalışmada, erkekler öfke içeren yüz ifadelerini tanımada daha üstünken, kadınların üzüntü ve korku tanımada daha üstün olduğu bulunmuş, ayrıca diğer çalışmalardan farklı olarak erkeklerin diğer erkeklerin duygularını ve zihinsel durumlarını tanımada kadınlara kıyasla daha başarılı olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar, bu duruma evrimsel açıdan bakıldığında eski zamanlarda erkeklerin avcılık veya toprak kavgalarına daha çok karışıkça diğer erkek rakiplerinin niyetlerini ve eylemlerini çıkarsamaları ve öngörmelerinin hayatta kalma olasılıklarını arttırmasından dolayı bu durumun gelişmiş olabileceğini öne sürmüşlerdir (353).

Otizmde zihin kuramı yetisindeki eksiklikler birçok araştırmada gösterilmiştir. Otizm ile ilişkili olduğu bilinen prenatal testesteron düzeyinden yola çıkarak, 6 ila 9 yaş arası 193 çocuk ile yapılan bir çalışmada; çocuklara empati oranı anketi ve gözlerden zihin okuma testi uygulanarak test puanları ve amniyosentez ile elde edilen prenatal testesteron düzeylerinin ilişkisi araştırılmış, prenatal testesteron düzeylerinin çocukların ZK performansı ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (357).

Yapılan farklı çalışmalarda; yanlış inançları anlamada (358, 359), sosyal açıdan olumlu davranışları anlamada kullanılandan ("nice" ZK) ayrılan antisosyal

davranışların zihinsel temsillerini sağlayan "nasty" ZK becerilerinde (360), duygu tanıma (361, 362), hikaye karakterlerinin motivasyon ve duygularının değerlendirmesi (363) ile duygu gösterme yollarının anlaşılmasında (364) cinsiyetler arasında farklılıklar saptanmıştır.

ZK becerilerinin, gelişim sürecinde de çeşitli farklılıkları olduğu bildirilmektedir. Hughes ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışma sonucunda; ZK performansının özellikle kızlarda ebeveyn sıcaklığı ile pozitif ilişkili olduğunu, erkek çocukların ZK performansının ise ebeveyn disiplininin ağırlığı ile pozitif ilişkili olduğunu öne sürülmüştür (365). Ayrıca gelişimsel süreçte pot kırmayı fark etme yeteneğinin kızlarda 9 yaş erkeklerde ise 11 yaş civarında gelişim göstermesi de cinsiyetler arasındaki gelişimsel farklılıklarından birisidir.

1.3.5.Zihin Kuramı ve Bağlanmaya Evrimsel Açıdan Bakış

İnsanlar, fiziksel varlıklardan daha fazlasıdır (366) ve yoğun bir şekilde sosyal canlılardır (367). Diğer canlılardan daha başarılı bir şekilde daha büyük gruplar ve karmaşık ilişkiler içerisinde yaşayabilmesi, insanın gelişmiş sosyal bilişsel becerileri sayesinde mümkün olmaktadır. Evrim sürecinde giderek karmaşılaşan sosyal çevre ve ilişkiler, sonuç olarak, bu durumla uyum sağlamaya yönelik olan sosyal bilişsel yeteneklerimizin gelişmesine neden olmuştur. Sosyal bilişsel becerilerimizin en önemli kısmını oluşturan ZK becerilerimiz; başarılı iletişim ve etkileşimler kurarak diğer canlıların önüne geçmemizde evrimsel süreçte ortaya çıkan anahtar yetilerimizdir.

Bowlby, bağlanma davranış sisteminin memeli evrimi boyunca bir adaptasyon olarak ortaya çıktığını iddia etmiştir (368, 369). İnsan bebekleri olgunlaşmamış doğdukları ve uzun bir süre boyunca bakım görme ve korunma ihtiyaçları bulunduğu için, bu bakım ve korunma ihtiyaçlarını karşılayarak güvenlik ve emniyetlerini sağlayacak diğer yardımcı kişilere yakın kalma ihtimallerini arttıran davranış ve eğilimler ile donatılmışlardır.

İnsan türünün evrimsel sürecinde dönüm noktalarından birisi iki ayak üzerinde dik yürümeye başlanmasıdır. Bu durumun, çevreyi daha kolay tarayarak av veya tehlikeleri fark etmeyi kolaylaştırmasının yanı sıra hareket etmek için ihtiyaç

kalmayan ellerin ve kolların gelişmesini sağlayarak alet geliştirme ile kullanımını ortaya çıkarması gibi bazı avantajları oldu. Ancak boyun ve bel ağrıları gibi bazı dezavantajları da oldu. 2 ayak üzerinde durma, aynı zamanda başlangıçta dezavantaj gibi görünün ancak evrimsel süreçte bir avantaja dönüşen, kadınlarda daha dar bir doğum kanalı ile sonuçlandı. Daralan doğum kanalı ve aynı evrimsel süreçte büyüyen bebek beyinleri doğum esnasındaki ölüm oranlarını arttırdı. Bebeğin kafası ve beyni henüz daha küçük olduğundan erken doğum yapan kadınlar daha çok hayatta kaldı ve daha çok çocuk sahibi oldu. Doğal seleksiyon yoluyla bu durum, erken doğum yapan kadınların daha çok hayatta kalmasını ve bu özelliği taşıyan soyların devamlılığını sağladı. Erken doğum nedeniyle diğer canlılara kıyasla insanlar, hayati öneme sahip birçok sistem henüz olgunlaşmadan doğar hale geldi. Diğer canlıların birçoğu doğumdan kısa süre sonra hayatta kalmaya yönelik birçok beceriye sahipken, insan bebekleri ise yıllar boyunca yardım, bakım, korunma ve eğitim için bakım verenlerine muhtaçtır. Bu durum, insanların sosyal becerilerine ve toplumsal ilişkilerine önemli katkılar sağladı. Öncelikli olarak daha muhtaç doğan bebeklerin bakımını sağlamada annelerin daha çok yardım ihtiyacı ortaya çıktı ve bir çocuğu büyütmek için aile ve kabilenin diğer üyelerinden yardım almayı gerektirdi. Evrim böylelikle daha güçlü sosyal bağları kurabilenleri desteklemiş, doğal seleksiyon sosyal becerileri ve ilişkileri daha iyi olanları seçmiştir. Buna ek olarak, insanların erken doğumla dünyaya gelmeleri, beyinlerini daha ham ve işlenmemiş haldeyken dış dünyaya açmalarını sağladı. Pek çok memeli yeniden şekillendirilmesi daha zor olacak şekilde anne karnından fırından çıkan toprak kap gibi çıkarken, insan bebekleri ise anne karnından eriyik haldeki bir cam gibi çıkar ve önemli oranda şekillendirilebilir. Bu sayede daha az gelişmiş olarak doğmaları nedeniyle insanlar diğer tüm canlılardan daha çok eğitilebilir ve daha karmaşık sosyal ilişkiler kurabilir hale geldi (370). Erken doğumların bakım verenlere ihtiyacı arttırması; aynı bağlamda bağlanma ihtiyacının artmasına ve bağlanmanın şekillenerek kompleks bir yapıya dönüşmesine, aynı zamanda bakım konusunda artan işgücü gereksinimi grubu oluşturan bireylerin daha işbirlikçi ve organize hale gelmesine, bunun sonucunda içinde zihin kuramı becerilerini de bulunduğu daha gelişmiş sosyal bilişsel becerilerin gelişmesine neden olduğu düşünülebilir.

Zihin Teorisi başkalarıyla işbirliği yaparak ya da kendimizi onlardan korumamızı sağlayarak hayatta kalma olasılığımızı arttırmaktadır. Ancak bununla da kalmaz, bireyin grubun işbirliği yapan bir üyesi olarak popülaritesini ve üreme amacıyla eş olarak seçilmesi ihtimalini de arttırır. Başkalarının niyetlerini ve eylemlerini tahmin etmede ne kadar başarılıysak güvenlik, rekabet ve eş bulma konusunda o kadar avantajlı oluruz (371).

Çocukluk döneminde ZK becerileri ve olumlu sosyal davranışları incelemek için yapılan bir meta-analizde, 2-12 arası 6.432 çocuğu içeren 76 çalışma derlenmiş, sonuç olarak başkalarının ne düşündüğünü ve hissettiğini açıkça açıklayabilmenin, çocukların toplumsal olarak hareket etme eğilimleri ile ilgili olduğunu ortaya konulmuştur (372).

Evrimsel süreçte insansı maymunlarda, grup yaşamı diğer yırtıcılardan korunmak için gelişim göstermiş ve sosyal olarak daha zeki olmak grup içerisinde sağ kalımı arttırmıştır (373). Primatlarda korteks ne kadar büyükse grupların da o kadar büyük olduğu bilinmektedir. Gruplar halinde yaşama, korunma dışında ayrıca avlanma, toplama, bakım gibi görev dağılımlarını yapabilmeyi de sağladı. Grupların büyümesi ve işbirliğinin artması, daha karmaşık sosyal bilgilerin işleminden geçirilmesini gerektirdi. Önce işaretler, el kol hareketleri, çeşitli sesler çıkarma yoluyla ile oluşan iletişim, kademeli olarak gelişim göstererek konuşma diline dönüştü. Çeşitli soyut ve sembolik işlev düzeylerinin gelişimi ortaya çıktı. Yani ilişkiler, modern insan beyninin gelişiminde gerekli ve temel yapı taşı olmuştur (371).

Primatlarda ZK becerilerinin varlığı evrimsel süreçler ile ilişkili olduğundan araştırmalara konu olmaktadır. Bu konuda yapılan araştırmaların farklı sonuçlara ulaşması nedeniyle primatlarda ZK becerilerinin varlığı tartışmalıdır. Yakın zamanlı yapılan bir çalışmada, büyük maymun türlerinin diğerlerinin yanlış inançlarını fark ederek buna göre hareketlerini öngörebilecekleri gözlenmiştir (374).

1.3.6.Zihin Kuramı ile İlişkili Beyin Bölgeleri

ZK'nın nöral bileşenlerinin daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla 2 farklı alanda çalışmalar yapılmıştır. İlkinde sağlıklı kişilere ZK testleri uygulanarak fonksiyonel

görüntüleme yöntemlerinde aktive olan beyin alanları incelenmiş, ikincisinde ise beyin hasarı olan kişilerde ZK yetenekleri araştırılmıştır (375). Özellikle sonradan gelişen nörolojik hasarı olan kişilerin araştırılması ZK becerilerinin sekonder olarak hasarlanabileceğini göstermesi açısından önem arz etmektedir (376).

Son yıllarda yapılan görüntüleme çalışmaları sonucu; medial prefrontal korteks (mPFC), precuneus, posterior singulat korteks, bilateral temporo-parietal birleşke (TPJ), posterior superior temporal sulkus (pSTS), inferior frontal gyrus ve daha az oranda iki taraflı anterior temporal lob ve amigdalayı içeren ZK için bir “Çekirdek Ağ Sistemi”nin olduğu ileri sürülmektedir (377). R.Mar’ın (2011) yaptığı meta-analizde; 1985 ve 2010 yılları arasında ZK için yapılan nörogörüntüleme çalışmalarını derlemiş ve çalışmaların birleştirilmesi sonucu zihin kuramını ölçen testlerin uygulanışı esnasındaki görüntülemelerde bu alanlarda üst üste örtüşen aktivasyon alanlarının olduğunu bulmuştur. Mar, çalışmasındaki ZK becerilerini ölçen testleri öykü temelli olan ve olmayan olarak ayırarak gerçekleştirmiştir.

Schurz ve ark. 2014 yılında yayınladıkları başka bir meta-analizde Mar’ın çalışmasını da içerecek şekilde 1985 ve 2013 yılları arasındaki ZK ile ilgili görüntüleme bulgularını içeren araştırmaları derlemiştir. Zihinselleştirme sürecini içermesine rağmen uygulanan birbirinden farklı testlerin, ZK’nın ve diğer bilişsel süreçlerin farklı alanlarını etkinleştirerek farklı beyin bölgelerini aktive edebileceği düşünülmüş, zihinselleştirme fonksiyonunu kullanan bu testlerde birbiri ile örtüşen aktivasyon alanlarının saptanmasıyla ZK için bir "Çekirdek Ağ Sistemi"nin varlığının gösterilebileceği öngörülmüş ve bu nedenle bu çalışmada ZK için uygulanan test ve yönergeler göre görüntüleme sonuçlarını gruplara ayrılmış ve farklı testler ile aktifleşen beyin alanları incelenmiştir. Yapılan meta-analizde sonuç olarak; zihin kuramı için bir “Çekirdek Ağ”ın varlığına ilişkin önceki iddialar ve çalışmalar ile paralel şekilde mPFC ile bilateral posterior TPJ’nin tüm zihin kuramı testleri için aktivasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Yani her türlü zihin kuramı testi belirli bir beyin ağını tutarlı bir şekilde aktive eder. Ayrıca kullanılan birbirinden farklı ZK becerileri ölçüm yöntemleriyle ilişkili olarak TPJ, mPFC, precuneus, temporal loblar ve inferior frontal gyrus’taki alanların aktivasyonunun farklı profillere sahip olduğu gösterilmiştir. Çalışmada ayrıca sağ TPJ kümesinin tüm

bulgular arasında en sağlam aktivasyon örtüşmelerinin bulunduğu bölüm olduğu görülmüştür. Bu bulgu son yıllarda, sağ TPJ'nin, zihinsel durumlar hakkında düşünme sırasında sol [TPJ'den](#) daha duyarlı görüldüğü ile ilgili önceki çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur (378).

Bir başka çalışmada ise transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS) kullanarak sağ TPJ'nin çalışmasını özellikle bozmanın, katılımcıların ahlaki yargılarda zihinsel durum bilgisini kullanmadaki zorluğunu arttırdığı saptanmıştır (379).

Yapılan bir çalışmada 8-12 yaş arasındaki çocuklarda 2. düzey yanlış inanç testlerinde, ZK işlevi gerekmeyen öyküler ile kıyaslandığında anlamlı ölçüde bilateral TPJ kullanımı gösterilmişken (380), 6-11 yaş arasında yürütülen başka bir çalışmada, daha küçük çocuklarda ZK yetileri ile daha genel sosyal muhakeme becerileri kıyaslandığında daha zayıf seçicilikte TPJ aktivasyonu olduğu gösterilmiştir (303). 5-11 yaşları arasındaki bir örnekleme ise, artan yaş ile birlikte bilateral TPJ'nin kullanımındaki seçiciliğin arttığı görülmüştür (304). Genel olarak, TPJ'nin gelişim sırasında ZK için giderek daha seçici bir bölge olduğu görülmektedir.

Ayrıca yapılan birçok çalışma sonucunda ZK için önerilen çekirdek ağdaki bölgelerin ZK'da farklı fonksiyonlara sahip olduğu, ZK dışında bu bölgelerin bazı kısımlarının diğer bilişsel fonksiyonlarda da kullanılabildiği öne sürülmektedir. Son yıllarda yapılan bazı görüntüleme çalışmalarıyla ZK'nın affektif ve kognitif bileşenlerinin aktive ettiği beyin alanları araştırılmıştır (381, 382). Yakın tarihli yapılan bir araştırmada, önceki araştırmalar ile örtüşecek şekilde ZK'nın affektif ve kognitif yönlerinin paylaşılan ancak kısmen de farklı sinir ağlarında işlendiği bulunmuş, birbiri ile karşılaştırıldığında kognitif ZK'nın orta ve süperior temporal girus, precuneus ile cuneusta, affektif ZK'nın ise inferior frontal giyrus, orta ve süperior frontal giyrusta daha fazla aktivasyon gösterdiği saptanmıştır (382).

Sabbagh ve ark. yaptıkları araştırmada, Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) sırasında orbitofrontal korteks ve medial temporal kortekste aktivasyonun

ortaya çıktığını göstermiştir (383). Orbitofrontal korteksin, ZK'nın affektif bileşeninde ve empatide daha önemli bir rol oynadığı gözükmemektedir (384).

1.3.7.Zihin Kuramı ile İlişkili Nörokimyasal ve Genetik Faktörler

Otizm ve şizofreninin ZK işlevlerinde belirgin eksiklikler gösterdiği birçok araştırmada gösterilmiştir. ZK becerilerindeki eksiklerin, otizm ve şizofreni gibi dopaminerjik-serotonerjik sistemdeki eksiklikler ile ilişkili bozukluklarda sık görülmesi ve dopaminerjik-serotonerjik sistemin ZK işlevleri ile ilişkili önemli bölgeler olan prefrontal korteks, TPJ ve anterior singulat korteks bölgelerini innerve etmesinden yola çıkılarak ZK işlevlerinde dopaminerjik-serotonerjik sistemin rolünün olduğu varsayılmıştır (385-387). Ayrıca dopaminerjik-serotonerjik sistemin ZK yetileriyle ilişkili diğer bilişsel süreçler ile de bağlantılı olması, ZK işlevlerindeki bu sistemin etkinliği olduğu görüşünü desteklemektedir. Dopamin ve serotoninin her ikisinin de ZK becerileri üzerinde etkileri olmakla birlikte serotoninin dopamin üzerindeki modülatör etkisi ve karşılıklı olarak birbirlerini etkilemelerinden dolayı ZK yetenekleri için iki bileşenin de beraberliği gereklidir.

Son elektroensefalografik (EEG) araştırmalar, dorsal medial prefrontal korteksin (dMPFC) fonksiyonel gelişiminin, okul öncesi çocukların zihin kuramı becerilerinin gelişiminde spesifik bir nörogelişimsel korelasyonu olduğunu göstermiştir (388). dMPFC, dopamin reseptörleri açısından zengindir ve mezokortikal dopamin yolunun sonunda yer alır. Dopamin, frontal korteks dahil dopamin projeksiyonları alan bölgelerde hücre proliferasyonunu etkiler (389). Hücre çoğalmasının kritik bir nörogelişimsel süreç olduğu düşünüldüğünde, bu bulgular, dopaminin dMPFC'nin sağlıklı gelişimi ve işleyişinde kritik bir rol oynayabileceğinden şüphelenmek için bazı nedenler sunmaktadır (390). Bu nedenle dopaminin okul öncesi çocuklarda zihin kuramının gelişimi ile ilişkili olacağı öngörülmüştür . Dopaminin öğrenme yani deneyim kazanmada ve nöroplastisite de etkili olan bir nörotransmitter olduğu bilinmektedir (391). Dopaminin, teori-teori görüşündeki gibi deneyim kazanma süreci üzerinden zihin kuramı yetilerinin gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (390).

Yapılan bir çalışmada okul öncesi çocuklarda dopamin düzeyi ile zihin kuramı becerilerinin gelişimi arasında bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (390). Yapılan bir başka çalışmada ise çocuklarda Dopamin Reseptör D4 (DRD4) genindeki varyasyonlar araştırılmış ve kısa alel varyantına sahip bireylerin uzun varyanta sahip olanlara göre daha iyi zihinselleştirme yetisi gösterdikleri saptanmıştır. Daha iyi performans göstermelerinin, dopamin fonksiyonu ile ilişkili diğer yürütücü işlevlerden ve kontrol olarak uygulanan zihinselleştirme içermeyen testlerdeki performanslarından bağımsız olduğu bulunmuştur. Ayrıca karşılaştırma sonucu, sinaptik aralıkta dopamin düzeyini etkileyen DRD4, kotekol-o-metiltransferaz (COMT) ve dopamin transporter 1 (DAT1) genlerindeki polimorfizmlerden sadece DRD4'teki polimorfizmin ZK becerilerini etkilemekte olduğu saptanmıştır. DRD4'ün daha önceki çalışmalarda frontal loblarda özellikle eksprese edilmekte olduğu gösterilmiş olduğundan, dopaminin belli beyin bölgelerindeki reseptörlere bağlanmasının dopamin düzeyine göre daha anlamlı olduğunu düşündürmektedir (392).

DRD4 genindeki polimorfizmler ayrıca, anne-bebek iletişimindeki aksaklıklara karşı bebeklerin duyarlılığı açısından farklılıklara yol açmaktadır. 7 tekrarlı DRD4 aleline sahip olma ile kıyaslandığında 7 tekrarlı olmayan kısa alele sahip olmanın, ebeveyn-bebek iletişimde bozulma olması durumunda daha fazla oranda dezorganize bağlanma geliştirme olasılığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (393). Dezorganize bağlama da bebeklerde sonraki dönemde potansiyel olarak daha düşük seviye ZK becerilerinin ortaya çıkma ihtimalini arttırır (386).

Oksitosin, kendimizin ve diğerinin duygusal durumlarını nasıl algıladığımızda rol oynar. Oksitosin, sosyobilité ve duygusal empatiyi artırır. Oksitosinerjik sistemdeki değişiklikler ZK becerilerinde yetersizlikler ile karakterize otizm spektrum bozukluğunun etiyolojisinde yer almaktadır (394). Oksitosin reseptör (OXTR) genindeki tek nükleotid polimorfizmleri (SNP'ler), okul öncesi (395) ve okul çağındaki (396) çocuklar arasında ZK test performansının yanı sıra küçük çocuklar arasında bir dizi sosyal bilişsel işlev ile (örn. ortak dikkat, empati, kooperasyon ve öz-farkındalık) ilişkilendirilmiştir (397). Yakın zamanlı yapılan bir çalışmada ise, annenin çocuğuna karşı yapıcı yaklaşımı ZK becerilerinde olumlu

etkiler gösterirken, ekson 3'teki yüksek OXTR metilasyonunun ise olumsuz etki gösterdiği saptanmıştır (398). Yapılan başka çalışmalarda ise, OXTR için G alelinin 1 veya 2 kopyası olan kişilerin aksine, A alelinin 1 veya 2 kopyası olan kişiler, daha düşük seviyede empati sergilemişlerdir (399, 400). OXTR geninin varyantları otizmle ilişkilendirilmiştir.

Monoamin oksidazlar, serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin parçalanmasına veya inaktivasyonuna katılan ve bu nedenle bireylerin duygularını, ruh halini ve davranışlarını etkileyebilen enzimlerdir. Monoamin oksidaz A (MAOA), sosyal davranış, ZK ve empati ile ilişkili bölgeler olan ventromedial frontal korteks ve amigdala arasındaki nöral devrede yer alır. Düşük aktiviteli MAOA genotipi, özellikle çocukluk döneminde istismar yaşayan kişilerde antisosyal davranışlarla ilişkilendirilmiştir (401). Yüksek düzeyde MAOA'ya neden olacak genotipe sahip çocukların antisosyal davranış geliştirme olasılığının daha düşük olduğu saptanmıştır (402).

Çevresel faktörlerin de nörotransmitterleri kontrol eden genlerde epigenetik değişikliklere yol açarak ZK becerilerini bozabileceği öne sürülmektedir (386).

Literatürde yapılan 2 ayrı ikiz çalışmasında birbiri ile çelişen sonuçlar ortaya çıkmıştır. Hughes ve Cutting (1999) tarafından yapılan çalışmada; 238 çocuğu içeren, aynı cinsiyetten olmak üzere ortalama yaşı 44 ay olan, 61 monozigot ve 58 dizigot bebek çifti üzerinde zihin kuramı becerileri ve sözel IQ düzeyleri karşılaştırmalı olarak incelenmiş, sonuç olarak çocuklardaki zihin kuramı becerileri arasındaki bireysel farklılıkların güçlü bir şekilde genetik faktörlerden etkilendiği ve bu farkın zihin kuramı becerileri ile korelasyon gösteren sözel IQ düzeyi üzerindeki genetik faktörlerden bağımsız olduğu gösterilmiştir. Araştırmacılar, genlerin, diğer insanları anlamada ya da etkileşime girme kabiliyetinde tamamen belirleyici olmasa da ZK gelişiminde güçlü bir rol oynayarak sonuçta insanların sosyal yaşamlarının birçok yönü üzerinde uzun vadeli ve yaygın bir etki yaratabileceğini öne sürmüştür (403). Yine Hughes ve ark. (2005) tarafından yapılan daha geniş ölçekli ve daha büyük çocuklarda yapılan bir başka çalışmada ise 60 aylık %56'sı monozigot %44'ü dizigot 1116 ikiz çifti üzerinde daha kapsamlı ZK testleri uygulanmış ve önceki çalışmanın aksine ZK becerilerinin gelişiminde çevresel faktörlerin (ikizler arasında

hem paylaşılan hem de paylaşılmayan) daha önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Ayrıca çocuklardaki ZK ve sözel becerileri arasında fenotipik bir korelasyon saptanmış ve bu durumun genetik ve paylaşılan çevresel faktörlerin her iki beceri üzerindeki ortak etkisinin bir sonucu olduğu öne sürülmüştür (333).

1.3.8.Zihin Kuramı ve Psikiyatrik bozukluklar

ZK becerilerinde olan bozuklukların ilk olarak 1985 yılında otizmlili çocuklarda araştırılmasından sonra yıllar içerisinde birçok psikiyatrik (Şizofreni, bipolar bozukluk, major depresyon, yeme bozuklukları, bazı kişilik bozuklukları vb.), nörolojik (Frontal lob sendromu, frontotemporal demans, Alzheimer tip demans, parkinson vb.) ve nörogelişimsel bozuklukta (Otizm, asperger sendromu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu) bozulmaların olduğu araştırmalarda gösterilmiştir. Birçok farklı bozuklukta gösterilmiş olması bu durumun tek bir klinik sonuçtan ziyade farklı görünümlere neden olan bir yelpaze içinde tanımlanmasına neden olmuş ve farklı bozukluklardaki ZK yetersizliklerinin farklı formlarda ortaya çıktığına dair çeşitli hipotezler öne sürülmüştür (281, 286, 306).

ZK yetisinde bozukluklar gösteren kişilerin hem kendilerinin hem de diğer kişilerin zihinsel durumlarını algılayamama, hatalı algılama veya algılayabildiği zihinsel durumların kullanımında problemler yaşama şeklinde farklı sorunlar yaşayabildikleri öne sürülmektedir (404). Abu-Akel (2003) ZK becerilerindeki bozuklukları 4 alt grupta sınıflandırmıştır (281).

1) İlk gruptaki kişilerin (örn. otizm) başkalarının ya da kendisinin zihinsel durumunu temsil edemediği veya kavramsal olarak anlayamadığı öne sürülmüştür. Bazı kaynaklar otizmdeki bu bozulmayı hipomentalizasyon olarak adlandırmıştır (405).

2) Zihinsel durumları temsili olarak anlama ancak bu anlayışı uygulama yeteneğinde eksiklik: Bu gruptaki kişiler (örn. asperger sendromu ve negatif belirtilili şizofreni) başkalarının zihinsel durumu hakkında farkındalık gösterir ancak bu bilgiyi kullanımında eksiklik yaşar.

3) Zihinsel durumların temsili olarak anlaşılması ancak bu zihinsel durumlara dair bilgilerin anormal ilişkilendirilmesi / kullanımı: Bu hastalardaki bozukluğun zihinsel durumların temsilindeki bir eksiklikten çok, karşılarındaki kişilerin zihinsel durumlarını aşırı temsillendirmelerinden kaynaklanmaktadır. Burada daha gelişmiş bir ZK yetisinden bahsedilir ve bu nedenle hiper ZK veya hipermentalizasyon olarak isimlendirilir. Bu kişiler başkalarına aşırı bilgi ve zihinsel durum içeriği atfeder. Farklı bir görüşe göre, bu anormal zihinselleştirmenin, halihazırda bildiğimiz şeylere dayanarak tahminler yapmak için kullanılan epizodik anıların anormal kullanımından kaynaklanıyor olabileceği öne sürülmüştür. Bu bozukluğa verilebilecek en iyi örnek paronoid ve sanrısız şizofreni hastalarıdır. Ayrıca borderline kişilik bozukluğunda da hipermentalizasyon bozukluğu olduğu yapılan araştırma sonuçlarında öne çıkmaktadır (406-411).

4) Bu gruptaki ZK becerisinde bozulma gösteren kişiler başkalarının zihinsel durumlarını temsili olarak anlama yeteneğinde herhangi bir eksiklik yaşamazken kendisine ait hareket etme isteği gibi kendi zihinsel durumlarını temsili olarak anlamada problem yaşarlar ve kendi düşünce ve niyetlerini fark edemezler. Bu duruma en iyi örnek edilgenlik fenomeni olan şizofreni hastalarıdır.

Diğer nörobilişsel beceriler ile karşılaştırıldığında ZK becerilerinin kişiler arası işlevsellikle daha doğrudan ilişkisi nedeniyle bu yetideki eksikliğin psikiyatrik bozukluklardaki psikososyal zorlanmalara neden olabileceği öne sürülmektedir. (412). Ayrıca şizofrenide ZK becerileri ile içgörü düzeyi arasında ilişki olduğu araştırmalarda gösterilmiştir (413). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı kişilerin 1. derece akrabalarında da ZK becerilerinde bozulmaların olduğu gösterilmiş ve ZK becerilerinin bir endofenotip veya duyarlılık belirteci olabileceği öne sürülmüştür (414).

1.3.9.Zihin Kuramı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Son yıllarda yapılan bazı araştırmalarda, OKB hastalarında ZK becerilerinin de dahil olduğu sosyal bilişsel becerilerde anlamlı bozulmaların olduğu saptanmıştır (415).

ZK becerileriyle ilişkili olduğu düşünölen beyin bölgeleri ile OKB'nin nörobiyolojisinde rol oynayan bölgeler arasında bir çakışma bulunmaktadır. ZK üzerine yapılan nörobiyoloji çalışmalarında (281, 416); amigdala, anterior singulat girus, superior temporal girus ve prefrontal korteks arasındaki sinirsel bağlantıların önemli olduğu görölmektedir. Frontostriatal sistem olarak adlandırılan bu bölgelerin OKB'de de işlev bozukluğuna yol açabileceğine dair bulgular vardır (417).

Ayrıca ZK'nın özellikle affektif bileşeninin fonksiyonlarıyla ilişkili olduğu gösterilen orbitofrontal kortekte (288, 384) OKB hastalarında da fonksiyon bozukluğu olduğunun fonksiyonel görüntöleme çalışmalarında gösterilmiş olması (418, 419), aralarındaki ilişkiye işaret eden başka bir bulgu olarak değeriendirilebilir. Nörokimyasal olarak da hem OKB etiyoölojisinde hem de ZK işlevlerinde, dopaminerjik ve serotonerjik sistemler ile ilgili bağlantıların olduğunu varsayan çalışma sonuçları da aralarındaki olası ilişki açısından ilgi uyandırmaktadır. Literatürde ZK ve OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar ortaya çıktığı görölmektedir. Çalışmalardaki katılımcı sayılarının sınırlı olması, ZK'yı etkileyecek diğer faktörlerin çalışmalarda yeterli düzeyde araştırılamamış olması, ZK becerilerinin farklı düzey ve alanlarını ölçen farklı testler kullanılmış olması sonuçlardaki bu farklılığı açıklayabilir.

Sayın ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; 30 OKB hastası ve yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eleştirilmiş 30 sağlıklı kontrole 1. ve 2. derece yanlış inanç, imayı anlama ve çift blöf testlerini içeren ZK testleri ile bazı bellek testleri ve stroop testi uygulanarak karşılaştırma yapılmıştır. Tüm ZK testlerinde OKB hastaları kötü performans sergilemesine rağmen anlamı fark, diğer ZK testlerine göre ZK becerilerinde daha gelişmiş bir düzeyi gösteren çift blöf testinde bulunmuştur. Ayrıca ZK testlerindeki performansla bellek testleri arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Araştırmanın sonucunda, OKB hastalarında temel ZK becerilerinin korunmakla birlikte düşük bellek kapasitesi ile ilişkili görölen gelişmiş ZK becerilerinde bozulma olduğu ortaya konulmuştur (420).

Mavrogiorgou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; 20 OKB hastasına ve 20 yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi eşleştirilmiş sağlıklı kontrole ima ve pot kırmayı fark

etme (faux pas) testi uygulanmış, OKB hastalarının her iki testteki performansı açısından sağlıklı kontrollerden farkının olmadığı saptanmış ve temel ZK işlevlerine sahip oldukları bulunmuştur. Ancak daha gelişmiş ZK yetisi bozukluğunu gösterebildiği öne sürülen ve her iki gruba da uygulanan diğer bir test olan atasözlerini anlama testinde, OKB hastalarının daha çok zorlandığı belirtilerek temel ZK becerilerinin korunduğu ancak daha ileri ZK becerilerinin olduğu alanlarda bozulmaların olabileceği öne sürülmüştür (421).

Grisham ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise 204 klinik dışı gönüllüde OKB semptom şiddeti ile ZK yetisi arasındaki ilişki gözlerden zihin okuma testi uygulanarak incelenmiş ve ikisi arasında anlamlı bir negatif korelasyon olduğu saptanmıştır (422).

Mısır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; 30 OKB hastası ve 30 sağlıklı gönüllüye içinde 1. ve 2. sıra yanlış inanç, ironi, metafor ve pot kırmayı fark etme testlerini bulunduran Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği ile gözlerden zihin okuma testi uygulanmış, aynı zamanda diğer bazı nöropsikolojik testler uygulanarak karşılaştırılmıştır. OKB hastalarında diğer nörokognitif fonksiyonlar ile anlamlı pozitif korelasyon gösterecek şekilde, hem sosyal-bilişsel hem de sosyal-algisal ZK becerilerinde anlamlı eksikler saptanmıştır. Genel bilişsel faktörler kontrol edildiğinde, sosyal-bilişsel ZK becerilerinde OKB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Yapılan diğer testler ile beraber araştırmanın sonucunda; OKB'de ZK becerilerinin bozulduğu ve şizotipal özelliklerin, hastalık şiddetinin ve zayıf içgörünün ZK testlerindeki düşük performans ile ilişkili olduğu, ayrıca özellikle yürütücü işlevler olmak üzere diğer nörobilişsel fonksiyonlar ile ilişkili olsa da OKB'deki ZK becerilerindeki bozulmanın kısmen ayrı bir antite olduğu gösterilmiştir (423).

Tulacı ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir başka çalışmada; OKB hastalarında ZK becerileri ve içgörü düzeyi araştırılmış, 80 OKB hastası ve 80 sağlıklı kontrole 1. ve 2. derece yanlış inanç, imayı anlama, pot kırmayı fark etme, çift blöf ve gözlerden zihin okuma testleri uygulanmıştır. Sağlıklı kontrollere kıyasla temel ZK becerilerinin korunduğunu ancak gelişmiş ZK becerilerinde yetersizlikler yaşadığını gösteren önceki çalışmaların (420, 421) aksine gerçekleştirilen tüm ZK

testlerinde, yani hem temel hem de gelişmiş ZK becerilerinde, OKB hastaları sağlık kontrollere göre anlamlı ölçüde daha düşük performans sergilemiş, ayrıca gene tüm ZK testlerinde içgörüsü zayıf olan OKB hastaları iyi olanlara kıyasla anlamlı ölçüde düşük performans göstermiştir. Zayıf ve iyi içgörü olanlar şeklinde gruplara ayrıldığında; iyi içgörüyü sahip OKB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında 1. ve 2. derece yanlış inanç ve gözlerden zihin okuma testlerinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, iyi içgörüyü sahip grup imayı anlama, pot kırmayı fark etme ve çift blöf testlerinden anlamlı düzeyde daha düşük puanlar almıştır. Ek olarak OKB hastalarında içgörü düzeyi azaldıkça ZK becerilerinin kötüleştiği saptanmıştır (417).

Darvishi ve arkadaşlarının "ZK resimli öyküler testi" ve bir çift blöf testi olan "garip hikayeler testini" uygulayarak 45 OKB hastası ve 45 sağlıklı kontrolün ZK becerilerini karşılaştırdığı bir başka çalışmada da OKB hastalarında hem temel hem de ileri ZK becerilerinde sağlık kontrollere kıyasla anlamlı bozulmanın olduğu saptanmıştır (424).

İnanç ve arkadaşlarının gözlerden zihin okuma testini kullandığı bir çalışmada; 30 tedaviye dirençli ve 41 tedaviye yanıt veren OKB hastası tedaviye direnç, içgörü düzeyi ve ZK becerileri açısından karşılaştırılmış, tedaviye yanıt veren grupta zihinselleştirme yeteneğinin anlamlı derecede daha iyi olduğu, tedaviye dirençli grupta içgörünün daha az olduğu ve içgörü azaldıkça zihinselleştirme yeteneğinin zayıfladığı saptanmıştır (425).

Pino ve arkadaşlarının 24 OKB hastası ve 23 kontrol katılımcısı ile yaptığı bir çalışmada; katılımcılara içinde gözlerden zihin okuma testinin de olduğu empati ve zihinselleştirme becerilerini inceleyen bazı testler uygulanmış, gözlerden zihin okuma testinde anlamlı fark saptanmamakla birlikte OKB hastalarında kontrol grubuna göre diğer zihinselleştirme testlerinde eksiklikler saptanmıştır. Ayrıca empati yetisinin bir bileşeni olan deneyim paylaşımı ölçümlerinde, OKB hastalarının, pozitif değerde (örneğin mutluluk) olduğunda diğer insanların duygusal deneyimleriyle empati kurabilirken, diğer insanların negatif değerdeki (örneğin üzüntü ve iğrenme) duygusal deneyimleriyle empati kuramadığı saptanmıştır (426).

Lui ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; 40 OKB ve 38 sağlıklı kontrole ZK'nın hem bilişsel hem de affektif komponentini ölçebilen "Bilgisayarlı Yoni Testi", nörobilişsel test bataryası ve anksiyete/depresyon ölçüm testleri uygulanmış, OKB hastalarının kognitif ve 1. sıra ZK becerilerinde sağlıklı kontrollerle arasında herhangi bir fark saptanmazken, 2. sıra affektif ZK becerilerinin selektif bir şekilde bozulmuş olduğu ve bu bozulmanın yürütücü işlevler, zeka, çalışma belleği ve diğer nörobilişsel işlevler ile depresyon ve anksiyete gibi diğer klinik özelliklerden bağımsız olduğu saptanmıştır. OKB'de affektif ZK'nın seçici olarak bozulduğu çalışmanın sonucu olarak öne sürülmüştür (427).

Altınöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; 48 OKB hastası ve 39 sağlıklı kontrol, ZK'yı değerlendiren imayı anlama ve gözlerden zihin okuma testleri ile bazı nöropsikolojik testler uygulanarak karşılaştırılmış, OKB grubunun sağlıklı kontrollere kıyasla gözlerden zihin okuma testinde anlamlı olarak daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır. Çalışma sonucunda diğer çalışmada olduğu gibi (427), OKB'de sosyal-algısal (affektif) ZK becerilerinde özgül bir bozulmanın olabileceği ve bu durumun bilişsel işlevlerdeki bozulmalardan bağımsız olduğu ortaya konulmuştur (428).

KU Yazıcı ve İP Yazıcı'nın birlikte yürüttüğü bir çalışmada; 11-16 yaşları arasında yeni tanı konulmuş 50 OKB hastası ve 50 sağlıklı katılımcı karşılaştırılmıştır. ZK yetisini ölçme amacıyla gözlerden zihin okuma testi uygulanmış, yapılan diğer testlerle birlikte değerlendirildiğinde OKB hastalarının gözlerinden zihin okuma ve duygu regülasyonu açısından sağlıklı bireylere göre daha düşük yeteneklere sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca çalışmada içgörüsü zayıf olan OKB hastalarının içgörüsü iyi olanlara göre, gözlerden zihin okuma ve duygu regülasyonu becerileri açısından daha fazla zorluk yaşadıkları görülmüştür (429).

[López-Del-Hoyo](#) ve arkadaşlarının 30 şizofreni, 31 OKB hastası ve 30 sağlık kontrolün sosyal bilişsel yetenekleri ile farkındalık becerilerinin kıyaslandığı ve gözlerden zihin okuma ile imayı anlama testlerinin kullanıldığı çalışmasında, şizofreni ve OKB hastalarının her iki ZK testinde sağlıklı kontrollere göre anlamlı oranda düşük performans sergilediği bulunmuştur. Önceki bazı çalışmalarda ve bizim çalışmamızda affektif ZK becerilerinin ölçülmesinin hedeflendiği gözlerden

zihin okuma testi ile bu çalışmada affektif ZK yerine emosyon tanıma becerisinin ölçüldüğü belirtilmiştir. Çalışma sonucunda OKB ve şizofreni hastalarının emosyan tanıma (affektif ZK) ve ZK (kognitif ZK) becerilerini de içeren sosyal bilişsel becerilerinde sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı bozulma olduğu ve bu bozulmanın her iki hasta grubunda anlamlı farklılık göstermeyen benzer düzeyde olduğu saptanmıştır (415).

1.3.10.Zihin Kuramı ve Bağlanma Arasındaki İlişki

Çocukların sosyal dünyalarını kavrama süreci, gelişimsel alanla ilgilenen araştırmacılara giderek daha çok ilgi uyandıran bir konu olmuştur. Bakım verenlere bağlanmayla erken dönemlerinden itibaren çocuklar, hem kendilerinin hem de ilişkide olduğu başkalarının iç temsillerini oluştururlar (430-432). Bağlanmanın kalitesi, bir çocuğun başkalarının zihinsel durumlarını ve duygularını anlama ile çıkarımlarda bulunma yeteneğini etkiler ve bu da ZK yeteneklerine tesir eder (430, 433).

Ebeveyn-çocuk ilişkisinin çocukların sosyal dünyalarının evrimleşen temsillerinde birinci rolü üstlendiği görüşü, bağlanma ilişkisinin kalitesinin çocukların kendilerini ve başkalarını anlamalarını şekillendirdiğini öne süren bağlanma kuramcılar tarafından uzun süredir öne sürülmektedir. Bağlanma teorisine göre; güvenli bağlanma, bağlanma figürlerinin davranışlarını tahmin etmek için etkili bir şekilde kullanabilecekleri ilişkinin tutarlı ve organize zihinsel temsillerini oluşturmalarını kolaylaştırır. Bu kabiliyet daha sonra çocukların Bowlby'nin "hedefi düzeltilmiş ortaklıklar" olarak adlandırdığı ve kendi ile bağlanma figürünün hedeflerini hizalamalarını sağlayan bağlanma figürüne yönelik farkındalıklarını kullanmalarını sağlar. Bu nedenle, bağlanma ilişkileri çocuklara davranışları yönlendirmek için başkalarının zihinsel temsillerine katılma ve bunları kullanma yolları sunar. Bu süreç ZK ile birçok benzerliği paylaşır. Böylece çocuklar insanların davranışlarını açıklayan inanç ve arzuları ile ilgili teoriler geliştirirler. Güvenli bir bağlanma ilişkisi, çocuğa bakıcının inançlarının ve arzularının istikrarlı ve organize zihinsel temsillerini sağlar ve bu da diğer insanların zihinsel durumlarını anlamak için genelleştirilebilir. Güvensiz bağlanma sonucu ortaya çıkan olumsuz içsel çalışma modelleri bireyin kendi, diğerleri ve dünyaya ilişkin edindiği bilgileri yanlış

işlemesine, başkalarının zihinsel durumu ile ilgili hatalı çıkarımlar yapmasına neden olabilmektedir (336).

Bebeklerin duygularının bakım verenler tarafından uygun şekilde aynalanmasının duygusal öz-farkındalık ve duygu regülasyonunda önemli rol oynadığı bazı araştırmacılar tarafından öne sürülmektedir (434). Bebeğin duygusunun uygun bir şekilde kendisine aynalanması ya da yansıtılması ile ZK'nın affektif odaklı bileşeninin temelini oluşturan kendi zihnine ait ikincil temsillerin (üst temsillerin) gelişmesi sağlanmaktadır (435). Affekt merkezli ZK; kişinin duygularını tanımlama, üzerinde düşünme, ifade etme ve düzenleme ile kişinin kendi ve başka birinin duygusal durumunu ayırt etme yeteneğidir. Duygu merkezli zihinselleştirme, sağlık ve başarılı kişilerarası etkileşim için son derece anlamlı kabul edilmektedir. Olumsuz duyguyu algılama ve düzenleme ruhsal sağlık için önem arz etmektedir. Çünkü algılanamayan veya düzenlenemeyen aşırı duygusal durumlar strese neden olur ve yeterli baş etme becerileri bulunmaması durumunda dış düzenleyicilerin (örneğin emosyonel yeme, alkol ya da madde) kullanımına neden olabilir (435). Olumsuz duyguların başarısız yönetimi kişilerarası ilişkilerde hasara neden olabilir. Bakım verenler, bağlanma güvenlikleri ve affekt merkezli zihinselleştirme yetenekleri bakımından birbirlerinden farklıdırlar ve bu nedenle bir bebeğin duygusal sinyallerini ve ihtiyaçlarını doğru yorumlama, yansıtma ve bunlara yeterli yanıt verme becerilerinde farklılıklar gösterirler (436). Bunun, affekt merkezli zihinselleştirmenin gelişimini içerecek şekilde sonuçları olan bebek bağlanmasını etkilediği gösterilmiştir (435).

Benzer şekilde Fonagy (2000), çocukta ve annedeki güvenli ve güvensiz bağlanma ayrımını yapanın annenin çocuğu zihinselleştirme kapasitesi görüşünü öne sürmüştür (437). Bu zihinleşmiş duygusalılık 3 unsurdan oluşur: Anne kendisinde ve çocuktaki duyguyu tanımlayabilir, ayarlayabilir ve kendisindeki duyguyu dışa vurarak çocukta bu duygunun oluşumunu sağlayabilir. Güvensiz bağlanan anne ve çocuklarda eksik olan şey bu zihinselleştirme kapasitesidir (438).

ZK ve bağlanma üzerine yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bazı çalışmalar güvenli bağlanmada ZK becerilerinin daha iyi olduğunu gösterirken (439-441) diğer bazı çalışmalar ise bağlanma ve ZK arasında bir ilişki

bulamamıştır (335, 336, 442). Okul öncesi ve okul çağındaki çocuklar ile yapılan bir çalışmada, güvenli bağlanmanın ZK yetileri ile anlamlı korelasyon gösterdiği sonucuna varılmıştır (439).



2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Araőtırmamızda; OKB hastalarında bağlanma stilleri ile zihin kuramı işlevleri arasındaki ilişki ve bunların sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın diğeri bir amacı ise, OKB hastalarında bağlanma stilleri ve zihin kuramı işlevleri ile hastalığın başlangıç yaşı, depresyon, anksiyete belirtileri ve obsesif kompulsif belirti alt grupları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.



3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

a. OKB tanılı hastalarda kontrollere göre güvensiz bağlanma stilleri daha sıktır ve boyutsal açıdan da güvensiz bağlanma stilleri daha yüksek oranlardadır.

b. OKB tanılı hastalarda zihin kuramı becerileri kontrol grubuna göre daha zayıftır.

c. OKB hasta grubunda güvensiz bağlanma boyutlarıyla zihin kuramı becerileri arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.

d. OKB hastalarında güvensiz bağlanma stiline sahip olanlar ile zihin kuramı becerileri daha zayıf olanların depresyon ve anksiyete düzeyi ile OKB belirtilerinin şiddeti daha yüksek saptanacak ayrıca hastalığın başlangıç yaşı daha erken olacaktır.

4. METOT

Çalışmanın Deseni ve Örneklem

Araştırma Eylül 2019 ve Ocak 2020 tarihleri arasında yürütülen kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bir vaka-kontrol çalışmasıdır. Araştırmamıza, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran ve OKB tanısı ile takipli olan hastalardan, DSM-5'e göre OKB tanısının araştırmacı tarafından da doğrulandığı, dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 42 OKB hastası ile cinsiyet, yaş ve öğrenim düzeyleri açısından hastalar ile eşleştirilmiş, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu ve nörolojik hastalığı bulunmayan 42 sağlıklı gönüllü katılımcı dahil edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan sağlıklı gönüllüler, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hastanesi çalışanları ve diğer servislerde yatmakta olan hastaların refakatçileri arasından oluşturulmuştur. Her iki grubu oluşturan tüm katılımcılar, araştırmaya dahil edilmeden önce araştırma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırma için Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13/09/2019 tarihinde 2019/13-10 karar nolu etik kurulu onayı alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 18-65 yaş aralığında bulunmak,
2. DSM-5'e göre OKB tanı ölçütlerini karşılıyor olmak,
3. En az ilkokul mezunu olup entelektüel olarak uygulanan ölçek ve testlere uyum sağlayabilecek düzeyde olmak,
4. Tanımlanmış herhangi bir nörolojik hastalığı ya da kognitif fonksiyonları etkileyecek genel tıbbi ile ilişkili kronik bir hastalığı olmamak,
5. Bilgilendirme sonrasında araştırmaya dahil olmayı kabul etmek,
6. Araştırmada uygulanacak testler, ölçekler, klinik görüşmeler ve değerlendirmelere katılım konusunda istekli olmak

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

1. 18 yaş altı veya 65 yaşın üzerinde olmak,
2. Klinik değerlendirme ile mental gerilik saptanmış olması,

3. Geçmişte ya da devam eden alkol ve/veya madde bağımlılığı öyküsünün bulunması,
4. Kognitif fonksiyonları etkileyecek herhangi bir nörolojik ya da genel tıbbi duruma bağlı kronik bir hastalığın bulunması,
5. Daha önce geçirilmiş ya da aktif devam eden psikotik belirtilerin olması,
6. Bipolar bozukluk tanısına sahip olmak

Sağlıklı Kontrol Grubu

Sözel davet ile çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan nörolojik ve psikiyatrik bir hastalığı olmayan; OKB grubu ile cinsiyet, yaş ve öğrenim düzeyi benzer 42 kişiden oluşturulmuştur. Araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uygun olan kişiler psikiyatrik muayeneden geçirilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 18-65 yaş aralığında bulunmak,
2. Bilgilendirme sonrasında araştırmaya dahil olmayı kabul etmek,
3. En az ilkokul mezunu olup entelektüel olarak uygulanan ölçek ve testlere uyum sağlayabilecek düzeyde olmak,
4. Tanımlanmış herhangi bir nörolojik hastalığı ya da kognitif fonksiyonları etkileyecek genel tıbbi ile ilişkili kronik bir hastalığı olmamak,
5. Araştırmada uygulanacak testler, ölçekler, klinik görüşmeler ve değerlendirmelere katılım konusunda istekli olmak

Örneklemin Oluşumu

Çalışmamızda öncelikli olarak OKB grubuna dahil olan katılımcıların toplanması ile başlanmış, hasta grubun toplanmasının ardından kontrol grubunun toplanmasına geçilmiştir. OKB ön tanısı ile yönlendirilen çalışmaya katılmaya gönüllü 62 hasta ile görüşüldü. 6 hasta okuma yazma bilmediği için çalışmaya dahil edilmedi. 2 hasta tanı kriterlerini karşılamadığı için çalışmadan çıkarıldı. 4 hastada klinik değerlendirme sonucunda test yönergelerine uygun cevaplar vermeyi

kısıtlayacak düzeyde mental zayıflık olduğu kanaatine varılarak çalışmaya dahil edilmedi. 2 hastanın madde kullanım öyküsü olması ve diğer bir hastanın da yönergeleri takip etmeyi bozacak düzeyde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olduğunun anlaşılmasından dolayı çalışma dışı bırakıldı. 2 hastanın şizofreni ve 1 hastanın olfaktör referans sendromu olmasının anlaşılması nedeniyle çalışmaya alınmadılar. 2 katılımcı da testlerdeki yönergelere uygun cevap vermemeleri nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. Geriye kalan 42 kişilik hasta grubu oluştuktan sonra, dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun olacak şekilde, yaş ve eğitim düzeyi eşleşen 42 sağlıklı kontrol sayısına ulaşılmasının ardından toplamda 84 kişilik örneklem grubu oluşturularak araştırma sonlandırıldı.

Değerlendirmede Kullanılan Form ve Ölçme Araçları

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form; katılımcıların sosyodemografik verilerini, gelişim dönemleri ile ilişkili bazı bilgileri ve bu dönemlerdeki bakım verenlerin kendilerine karşı tutumlarını öznel olarak değerlendirdiği soruları, hastalığın başlangıç yaşı ve şekli, başlangıç dönemi ile ilişkili önemli yaşam olayı olup olmadığının sorulduğu maddeleri içermekte olup görüşmeciler tarafından uygulanmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği

1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek, 21 maddeden oluşmakta olup, her maddenin 0-3 arasında puanlandığı likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir (443). Kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek amacıyla geliştirilmiş olup, son 1 hafta içerisinde ölçekte sıralanmış olan maddelerdeki belirtilerin kendisini ne ölçüde rahatsız ettiği kişiden istenmektedir. Toplam puan 0 ile 63 arasında değişmekte olup, toplam puandaki yükseklik anksiyete düzeyini göstermektedir. 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (444).

Beck Depresyon Ölçeği

Her maddenin 0-3 arasında puanlandığı, 21 maddeden oluşan likert tipi bir öz bildirim ölçeği olup, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (445). Yetişkinlerde depresyon riskini, depresif semptomların düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Tüm maddelerden alınan puanların toplanması ile elde edilen puan depresyon şiddetini değerlendirmede kullanılır. Toplam puan 0-63 arasında değişmekte olup; 10-16 puan arası hafif depresyon, 17-29 puan arası orta, 30-63 puan arası ise şiddetli depresyon olarak gruplandırılmaktadır. Hisli tarafından üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (446).

Padua Envanteri-41-R

Sanavio tarafından geliştirilen Padua Envanteri (PE), obsesif kompulsif semptomların sıklığını ve şiddetini belirlemek üzere kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir (447). Sadece gözlemlenebilen kompulsif davranışların dışında gizli ya da zihinsel olarak yapılmakta olanları da değerlendirmeye imkan verir. Özgün hali kısaltılarak Van Oppen ve arkadaşları (1992) tarafından 41 soruluk uyarlaması düzenlenmiştir (448). Her madde beş seçenekten oluşur ve 0-4 arasında puanlama yapılır. 41 soruluk revize formu 5 alt alanda ölçüm sağlamaktadır: Temizlik, Dürtüler, Düşüncelere Kapılma, Kontrol ve Temizlik. Ölçek toplam puanlarına bakılarak kişilerin sahip olduğu obsesif kompulsif semptomların şiddeti hakkında bilgi elde edilir. Toplam puanlardaki artış, Obsesif kompulsif semptomların şiddetindeki artış ile doğru orantılıdır (449). Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Beşiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (450).

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)

İki bölümden oluşan bu ölçek bağlanma özelliklerini değerlendirmek amacıyla çalışmamızda kullanılmıştır. Ölçeğin ilk bölümü Hazan ve Shaver tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olup (210), yetişkinlerin bağlanma biçimini güvenli, kaçınan ve kaygılı/ikircikli olarak gruplandırmayı sağlayan, çocukluk döneminde ebeveynler ile olan ilişkilere dair özellikleri ve diğer insanlar olan ilişkilerdeki genel davranış örüntüleri hakkında tanımlar içeren 3 farklı ifadeden

meydana gelmektedir. Ölçeğin uygulandığı kişi bu 3 ifadeden birini seçerek çocukluk dönemine dair bağlanma türünü bildirmektedir. Mikulincer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin 2. bölümünde ise katılımcıların 1 ile 7 puan arasında puanlaması istenilen, erişkin dönem bağlanma özellikleri inceleyen 15 madde bulunmaktadır (451, 452). Güvenli, kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma biçimleri ölçek içersinde beşer madde ile temsil edilmekte olup, en yüksek puanı aldığı bağlanma biçimi kişinin bağlanma biçimi olarak belirlenmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Kesebir ve arkadaşları (2012) tarafından gerçekleştirilmiş (453) ve ölçekte birinci bölüm aynı şekilde korunurken ikinci bölümde anlaşılır olmadığı düşünülen maddeler bölünerek 15 olan madde sayısı 18'e yükseltilmiştir. Orijinal ölçekte her bir madde 1 ile 7 arasında puanlanırken, 18 maddeden oluşan Türkçe form "doğru" ya da "yanlış" olarak cevaplanmaktadır. Ölçeğin uygulanması sırasında kişilere tüm yaşamını göz önünde bulundurarak değerlendirme yapması yönergesi verilmektedir. Yapılan çalışmada, EBBÖ'de her üç tip bağlanma biçimi için hesaplanan iç tutarlılık 0.7'nin üzerine çıkmıştır. Yapısal geçerlik faktör analizinde üç bağımsız faktörün ortaya çıkışı ile gösterilmiştir. Alt boyutlar güvenli ve güvensiz bağlanma (kaygılı/ikircikli ve kaçınan bağlanma aynı olarak ele alınıp güvensiz bağlanma olarak adlandırılıp) olarak değerlendirildiğinde, hem birinci ve ikinci bölüm arasındaki tutarlık artmış (% 82) hem de diğer değişkenlerde daha çok sayıda ve daha güçlü ilişkiler ortaya konmuştur. Ek olarak bu ölçek ile yapılacak olan değerlendirmelerde özellikle karşılaştırmalarda puan ortalamalarının kullanılmasının uygun olacağı düşünülmektedir (453).

İmayı Anlama Testi

Zihin kuramının sosyal bilişsel yönünü (kognitif ZK becerileri) ölçen bu test Corcoran ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (331). Doğrudan olmayan sözel ifadelerin altında yatan gerçek niyetleri anlayabilme yeteneğini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Uygulanan kişinin belleğinde ya da sözel kavrayışındaki olası bozukluğun karıştırıcı etkisini azaltma amacı gözetilerek hazırlanmış olan test 10 kısa hikayeden oluşmaktadır. Bütün hikayelerde iki karakter mevcut olup hikayedeki karakterlerden biri ötekine açık bir imada bulunmaktadır. Testin uygulandığı kişiye, hikayedeki karakterin yaptığı yorumla aslında neyi ifade etmek istediği sorulur.

Doğru anladığından emin olununcaya kadar hikayeler tekrardan testin uygulandığı kişiye okunulabilir. Kişi soruyu doğru yanıtladığı takdirde 2 puan alır. Eğer doğru yanıtlayamazsa imayı belirginleştirmek için ek bilgi verilir. İmayı belirginleştiren bu ek bilgi sonrasında doğru yanıtlaması halinde ise kişiye 1 puan verilir. Yanlış yanıt 0 puan olarak değerlendirilir. Toplam test puanı 0 ile 20 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksekliği ZK becerileri ile doğru orantılıdır (454). Literatürde, teste kullanılan hikayelere benzer Türkçe çeviriler kullanılarak testin kullanıldığı görülmektedir (428, 455-458).

Gözlerden Zihin Okuma Testi

Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi) Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve sosyal biliş ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda sıklıkla kullanılmıştır. Testin ilk hali 1997 yılında 25 soru olarak yayımlanmış, 2001'de yapılan bir gözden geçirme sonrası kişilerin sadece yüz çevresini gösteren 36 soruluk hali ile son hali yayınlanmıştır (351). 2011 yılında Yıldırım ve arkadaşları tarafında Türkçe geçerlilik ve güvenlik çalışması yapılmış, 4 madde iç tutarlılığı düşük bulunarak çıkartılmış ve 32 maddeden oluşan Türkçe form oluşturulmuştur (459). Her maddede bir doğru ve 3 çeldirici olmak üzere 4 seçenek bulunmaktadır. Değerlendirme aşamasında yalnızca yapılan doğru sayısı temel alınır. Doğru sayısının yüksekliği sosyal biliş ve zihin kuramı yetilerinin iyi olduğunu anlamına gelmektedir. GZOT, ZK'nın sosyal-algısal bileşenini ölçmekte en sık kullanılan yöntemdir (290).

5.İSTATİSTİK

Çalışmada istatistik analiz programlarından SPSS v22 kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma, minimum-maksimum gibi tanımlayıcı istatistik analizlerinden; verilerin analizinde Shapiro-Wilks testi sonucu normal dağılım gösterdiğinden parametrik testlerden faydalanılmıştır. Bağımsız 2 grubun ortalamaları arasındaki karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, 2’den fazla bağımsız grubun ortalamaları karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) testi; ANOVA testinde gruplar arasındaki farklılıklar için varyans homojenliği sağlandığı için Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Ölçekler ve alt boyutlarına ilişkin ilişki analizinde pearson korelasyon ve ölçeklerin güvenilirlik analizinde Cronbach’s alpha katsayısı kullanılmıştır. Tüm istatistiksel test sonuçları 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

6.BULGULAR

6.1.OKB ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Veriler ve Gelişimsel Dönemlerindeki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri tablo 1'de sunulmuştur. Çalışmamıza OKB tanısı alan 42 olgu ve OKB grubuyla yaş, eğitim ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş 42 sağlıklı kontrol grubu dâhil edilmiştir. Hastaların ve kontrol grubunun yaş ortalamaları sırasıyla $30,10 \pm 9,31$ ve $30,14 \pm 8,83$ olarak saptanmıştır. Grupların her biri 27 (%64,3) kadın ve 15 (%35,7) erkek katılımcıdan oluşmaktadır.

OKB grubundaki katılımcıların %28,6'sı lise ve altı, %71,4'ü yüksekokul ve üniversite düzeyinde öğrenim durumuna sahipken, kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %26,2 ve 73,8 olarak bulunmuştur.

OKB grubunda evlilerin oranı %37,7, kontrol grubunda ise %38,1 olarak bulunmuştur. Çalışma durumuna göre gruplara bakıldığında OKB grubundakilerin %35,7'si aktif çalışırken, kontrol grubunda bu oran %54,8 olarak saptanmıştır. Ekonomik durumu, katılımcıların kendilerinin ne seviyede algıladıkları dikkate alarak; az, orta veya iyi olarak tanımlaması istenmiştir. Ekonomik durumları açısından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hasta ve kontrol grubu yetiştirilme özellikleri açısından değerlendirildiğinde; OKB grubunun tamamı anne ve/veya babası tarafından büyütülmüşken, kontrol grubunun ise %95,2'si anne ve/veya babası tarafından büyütüldüğü bulunmuştur. OKB grubundaki katılımcıların %95,2'sinde çocukluğunda aile bütünlükleri korunmuşken, kontrol grubundakilerin ise bu oran %88,1 olarak bulunmuştur. Hasta ve kontrol grupları arasında ebeveynlerinin eğitim düzeyleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

OKB grubundaki katılımcıların %61,9'u çocukluğunda yeterinde ilgiyle yetiştiğini bildirirken, %14,3'ü aşırı ilgiyle, %23,8'i ise çocukluğunda ebeveynlerinin kendisine karşı ilgisiz olduğunu bildirmiştir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise

%66,7'si yeterince ilgiyle, 26,2'si aşırı ilgiyle, %7,1'i ilgisiz büyütüldüğünü bildirmiştir.

Katılımcılardan ayrıca nasıl bir disiplin ile büyütüldüklerini düşünerek; "yeterince kontrol", "az kontrol" veya "aşırı kontrol edilerek" şeklinde tanımlamaları istenmiştir. OKB grubundaki katılımcıların %35,7'si aşırı kontrol, %38,1'i yeterince kontrol ile ve %26,1'i az kontrol edilerek büyütüldüğünü bildirirken, kontrol grubunda ise bu oranlar sırası ile 19, 59,5 ve 21,5 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında sadece katılımcıların çocuk sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p:0,010$), diğer verilerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 1: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların ve Kontrollerin Sosyodemografik Verilerinin ve Gelişimsel Dönemlerindeki Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı

		OKB (n=42)		Kontrol (n=42)		t (p)
		$\bar{X} \pm S S$	min -maks	$\bar{X} \pm S S$	min -maks	
Yaşı ¹		30,10 ± 9,31	18-60	30,14 ± 8,83	19-60	-0,024 (0,981)
Çocuk Sayısı ¹		2,21 ± 0,89	1-4	1,44 ± 0,63	1-3	2,782 (0,010*)
Kardeş Sayısı ¹		5,29 ± 2,8	2-15	4,79 ± 2,39	1-10	0,879 (0,382)
Ailenin Kaçınıcı Çocuğu ¹		3,45 ± 3,08	1-15	2,67 ± 2,15	1-10	1,356 (0,179)
		n	%	n	%	χ^2 (p)
Cinsiyet ²	Erkek	15	35,7	15	35,7	0,000
	Kadın	27	64,3	27	64,3	(1,000)
Medeni Durumu ²	Bekâr	27	64,3	26	61,9	0,051
	Evli	15	35,7	16	38,1	(0,821)
Öğrenim Durumu ²	Lise ve Altı	12	28,6	11	26,2	0,060
	Yüksekokul ve Üniversite	30	71,4	31	73,8	(0,807)
Mesleği ²	Memur-İşçi	15	35,7	23	54,8	2,355
	Diğer	27	64,3	19	45,2	(0,125)
Çalışma Durumu ²	Evet	15	35,7	23	54,8	3,076
	Hayır	27	64,3	19	45,2	(0,079)
Birlikte Yaşadığı Kişiler ²	Yalnız	4	9,5	9	21,4	5,570
	Çekirdek Aile	34	81,0	24	57,2	(0,062)
	Yurt/Ev Arkadaşı	4	9,5	9	21,4	
Ekonomik Durum ²	Az	8	19,0	3	7,2	2,960
	Orta	24	57,2	25	59,5	(0,228)
	İyi	10	23,8	14	33,3	
Kendisini Büyüten Kişi ²	Anne-Baba	42	100,0	40	95,2	2,049
	Akraba	0	0,0	2	4,8	(0,152)
Çocukluğunda Ailenin Durumu ²	Bütün	40	95,2	37	88,1	1,917
	Parçalanmış	1	2,4	4	9,5	(0,383)
	Boşanmış	1	2,4	1	2,4	
Babanın Eğitim Durumu ²	Okuryazar Değil	2	4,8	2	4,8	1,444
	Okur Yazar	3	7,1	5	11,9	(0,919)
	İlkokul	14	33,3	12	28,6	
	Ortaokul	5	11,9	4	9,5	
	Lise	9	21,4	7	16,7	
	Üniversite-Yüksekokul	9	21,4	12	28,6	
Annenin Eğitim Durumu ²	Okuryazar Değil	11	26,2	8	19,0	1,639
	Okur Yazar	6	14,3	6	14,3	(0,897)
	İlkokul	14	33,3	12	28,6	
	Ortaokul	4	9,5	5	11,9	
	Lise	4	9,5	6	14,3	
	Üniversite-Yüksekokul	3	7,1	5	11,9	
Çocukluğunda Nasıl Bakıldığını Düşünüyor? ²	Aşırı İlgi İle	6	14,3	11	26,2	5,314
	İlgisiz	10	23,8	3	7,1	(0,070)
	Yeterince İlgile	26	61,9	28	66,7	
Çocukluğunda Nasıl Bir Disiplin ile Büyütüldüğünü Düşünüyor? ²	Aşırı Kontrol	15	35,7	8	19,0	4,306
	Yeterince Kontrol	16	38,1	25	59,5	(0,116)
	Az Kontrol	11	26,2	9	21,5	

¹Bağımsız örneklem t testi, ²Ki-kare ilişki testi, *p≤0,05

6.2.OKB Grubundaki Katılımcılarda Hastalığa Dair Özelliklerin Dağılımı ve Kullanılan Testlerin Bu Özellikler İle İlişkisi

OKB tanılı hastalarda hastalığa dair bazı özellikler tablo 2'de, hastalığa dair özellikler ile kullanılan test ve ölçekler arasındaki ilişkiler tablo 3,4 ve 5'te özetlenmiştir.

Çalışmamıza dahil olan OKB hastalarında semptomların başlama yaşı ortalaması $19,6 \pm 9,2$ olarak bulunmuştur. 36 (%85,7) katılımcının daha önce hastane yatışı bulunmazken, 6 (%14,3) katılımcının daha önce bir veya daha fazla hastane yatış öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların %66,7'sinde belirtilerinin sinsi bir şekilde başlangıç gösterdiğini bildirirken, %33,3'ü belirtilerini hızlı bir şekilde başlangıç gösterdiğini bildirmiştir. %54,8 oranında katılımcı OKB belirtilerinin başlangıcı ile önemli bir yaşam olayı varlığını ilişkili bulurken, %45,2 katılımcı ise belirtilerinin başlangıcı ile ilişkili önemli bir yaşam olayı bildirmemiştir. Katılımcıların %61,9'u kendilerinde OKB'nin ortaya çıkmasında yetiştirilme biçiminin etkili olduğunu düşünmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	OKB		
		$\bar{X} \pm S S$	Min -maks
Semptomların Başlama Yaşı		19,6 $\pm$ 9,2	7-59
		n	%
Yetiştirilme Biçiminin Hastalığının Oluşumuna Katkısı Olduğunu Düşünüyor Mu?	Evet	26	61,9
	Hayır	16	38,1
Hastane Yatışı Var Mı?	Hayır	36	85,7
	Evet	6	14,3
OKB'nin Başlangıcı ile İlişkili Önemli Yaşam Olayı	Yok	19	45,2
	Var	23	54,8
Semptomların Başlangıç Şekli	Hızlı	14	33,3
	Sinsi	28	66,7
Toplam		42	100,0

Çalışmamızda OKB'li hastaların padua envanteri, beck depresyon ve beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar, birlikte değerlendirmeye aldığımız bazı hastalık özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Hastaneye yatış öyküsü olanlarda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yatış öyküsü olmayanlara kıyasla Padua Envanteri'nden aldıkları ortalama puanlar dikkat çekici bir şekilde düşük bulunurken, Beck Anksiyete ve Beck Depresyon ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar daha yüksek saptanmıştır (Tablo 3).

Hastaneye yatış öyküsü olan OKB hastalarında, hastaneye yatış öyküsü olmayanlara göre güvenli bağlanma ($p:0,025$) ve GZOT ($p:0,004$) ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastaneye yatış öyküsü olanlarda kaçınan bağlanma ortalama puanları daha yüksek, İAT ortalama puanları ise daha düşük bulunmuştur (Tablo 4 ve 5).

Bununla birlikte OKB'li hastaların İAT, GZOT ve erişkin bağlanma biçimleri alt boyut ortalama puanları, diğer hastalık özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Padua Envanteri, Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		n	Padua		Beck Depresyon		Beck Anksiyete	
			$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)
Hastane Yatış ¹	Hayır	36	71,25 ± 30,47	1,168	20,06 ± 11,61	-0,402	23,14 ± 13,74	-0,792
	Evet	6	55,67 ± 28,80	(0,250)	22,33 ± 19,44	(0,690)	28,00 ± 15,11	(0,433)
OKB'nin Başlangıcı ile İlişkili Önemli Yaşam Olayı ¹	Yok	20	62,70 ± 30,60	-1,296	19,45 ± 11,06	-0,448	26,15 ± 13,98	1,034
	Var	22	74,77 ± 29,73	(0,202)	21,23 ± 14,27	(0,657)	21,73 ± 13,72	(0,307)
Semptomların Başlangıç Şekli ¹	Hızlı	14	77,93 ± 34,55	1,356	20,50 ± 12,67	0,042	24,43 ± 14,42	0,042
	Sinsi	28	64,57 ± 27,69	(0,183)	20,32 ± 12,97	(0,966)	23,54 ± 13,83	(0,966)

¹Bağımsız örneklem t testi, *p≤0,05

Tablo 4: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Erişkin Bağlanma Biçimleri Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		n	Güvenli Bağlanma		Kaçınan Bağlanma		Kaygılı / Ambivalan Bağlanma	
			$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)
Hastane Yatış ¹	Hayır	36	3,33 ± 1,62	2,329	3,78 ± 1,05	-1,236	2,81 ± 1,74	0,398
	Evet	6	1,67 ± 1,63	(0,025*)	4,33 ± 0,82	(0,224)	2,5 ± 1,76	(0,693)
OKB'nin Başlangıcı ile İlişkili Önemli Yaşam Olayı ¹	Yok	20	2,70 ± 1,42	-1,449	4,05 ± 0,89	1,167	2,70 ± 2,00	-0,220
	Var	22	3,45 ± 1,90	(0,155)	3,68 ± 1,13	(0,250)	2,82 ± 1,47	(0,827)
Semptomların Başlangıç Şekli ¹	Hızlı	14	3,07 ± 1,64	-0,063	3,71 ± 1,14	-0,634	2,64 ± 1,65	-0,313
	Sinsi	28	3,11 ± 1,77	(0,950)	3,93 ± 0,98	(0,530)	2,82 ± 1,79	(0,756)

¹Bağımsız örneklem t testi, *p≤0,05

Tablo 5: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre İmayı Anlama ve Gözlerden Zihin Okuma Testinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		n	İmayı Anlama Testi		Gözlerden Zihin Okuma Testi	
			$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)
Hastane Yatış ¹	Hayır	36	17,97 ± 2,52	1,084	21,44 ± 3,92	3,024
	Evet	6	16,67 ± 3,88	(0,285)	16,00 ± 5,06	(0,004*)
OKB'nin Başlangıcı ile İlişkili Önemli Yaşam Olayı ¹	Yok	20	16,90 ± 3,57	-2,003	20,45 ± 4,96	-0,296
	Var	22	18,59 ± 1,30	(0,057)	20,86 ± 4,09	(0,769)
Semptomların Başlangıç Şekli ¹	Hızlı	14	18,14 ± 2,54	0,593	21,71 ± 3,63	1,076
	Sinsi	28	17,61 ± 2,86	(0,556)	20,14 ± 4,81	(0,288)

¹Bağımsız örneklem t testi, *p≤0,05

6.3.Hasta ve Kontrol Gruplarının Kullanılan Ölçek ve Testlere Göre Karşılaştırılması

Hasta ve kontrol gruplarında kullandığımız ölçek ve testlerden alınan toplam puanların ortalamaları tablo 6'da karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Çalışmamızda, uyguladığımız tüm test ve ölçeklerin toplam puanların ortalamalarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunduğu saptanmıştır. OKB olgu grubunda; PE (p:<0,001), BAÖ (p:<0,001), BDÖ (p:<0,001), kaçınan (p:<0,001) ve kaygılı/ambivalan bağlanma (p:<0,001) puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunurken, güvenli bağlanma (p:0,001), İAT (p:0,001) ve GZOT (p:0,006) ortalama puanları anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. PE'den alınan puan ortalamaları OKB ve kontrol gruplarında sırasıyla 69,02 ± 30,40 ve 20,14 ± 12,41 olarak saptanmıştır. Bu ölçekte saptanan belirgin fark OKB grubu ve kontrol grubu arasında arasındaki farka işaret etmekte ve tanıyı desteklemektedir (p:<0,001).

Tablo 6: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların ve Kontrollerin PE, BAÖ, BDÖ, EBBÖ Alt Boyutları, İAT ve GZOT'tan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	OKB (n=42) ¹	KONTROL (n=42) ¹	t	p
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$		
Padua Envanteri	69,02 ± 30,40	20,14 ± 12,41	9,649	<0,001*
Beck Anksiyete Ölçeği	23,83 ± 13,85	6,88 ± 6,71	7,137	<0,001*
Beck Depresyon Ölçeği	20,38 ± 12,72	6,71 ± 6,05	6,290	<0,001*
Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği				
Güvenli Bağlanma	3,10 ± 1,71	4,29 ± 1,57	-3,329	0,001*
Kaçınan Bağlanma	3,86 ± 1,03	2,24 ± 1,45	5,921	<0,001*
Kaygılı / Ambivalan Bağlanma	2,76 ± 1,72	1,02 ± 1,35	5,144	<0,001*
İmayı Anlama Testi	17,79 ± 2,74	19,26 ± 0,96	-3,297	0,001*
Gözlerden Zihin Okuma Testi	20,67 ± 4,47	23,14 ± 3,45	-2,841	0,006*

¹Bağımsız örneklem t testi, *p≤0,05

EBBÖ'de her biri 6 madde ile temsil edilen ve bu maddelere katılımcıların 0-6 puan aralığında sonuçlar aldığı 3 bağlanma alt boyutu bulunmaktadır: güvenli, kaçınan ve kaygılı/ambivanlan bağlanma. Bu alt boyutlardan aldıkları en yüksek puana göre bağlanma stilleri kategorik olarak belirlendiğinde, OKB ve kontrol gruplarındaki bağlanma stillerinin dağılımı ve birbirileri ile olan karşılaştırılması tablo 7'de sunulmuştur. OKB ve kontrol gruplarının EBBÖ kategorik sınıflandırılması ile ilişki analizi ki-kare ilişki testi ile değerlendirildiğinde, erişkin bağlanma biçimleri ile OKB ve kontrol grubu arasında anlamlı bir ilişki vardır (χ^2 : 17,347; p<0,001). OKB olan hastaların %26,2'sinde güvenli bağlanma görülürken, kontrol grubunda ise bu oran %71,4 olarak görülmektedir. OKB grubundaki katılımcıların 24'ü (%57,1) kaçınan, 7'si (%16,7) kaygılı/ambivalan bağlanma biçimine sahipken; kontrol grubundaki katılımcıların 10'unun (%23,8) kaçınan, 2'sinin (%4,8) kaygılı/ambivalan bağlanma biçimine sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 7: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların ve Kontrollerin EBBÖ'ye Göre Belirlenen Bağlanma Stillerinin Dağılımı

Erişkin Bağlanma Biçimleri	OKB (n=42)		KONTROL (n=42)		χ^2 (p)
	n	%	n	%	
Güvenli Bağlanma	11	26,2	30	71,4	17,347 ($<0,001^*$)
Kaçıngan Bağlanma	24	57,1	10	23,8	
Kaygılı / Ambivalan Bağlanma	7	16,7	2	4,8	

¹Ki-kare ilişki testi, $*p \leq 0,05$

6.4.OKB Olgu Grubunda Ölçekler ve Testler Arasındaki İlişki

OKB olgu grubuna uygulanan ölçek ve testlerin sonuçları hastanın yaşıyla, semptomların başlama yaşıyla ve ölçeklerin birbirleriyle olan ilişkisi açısından Pearson Korelasyon Testi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 8).

Hastaların yaşı ve semptomların başlama yaşı ile çalışmamızda kullanılan herhangi bir ölçek veya test skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Hastaların PE'den aldıkları toplam puanlar ile BDÖ ($r:0,622$) ve kaygılı ambivalan bağlanma boyutundan ($r:0,468$) aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki gözlemlendi ($p \leq 0,01$). BAÖ'den alınan toplam puanlar ile BDÖ ($r:0,489$) puanları arasında pozitif yönlü, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulundu. Ayrıca BAÖ toplam puanları ile imayı anlama ($r:-0,503$) ve gözlerden zihin okuma testi ($r:-0,449$) toplam skorları arasında negatif yönlü, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptandı ($p \leq 0,01$).

Hasta grubunda BDÖ'den aldıkları puanlar ile güvenli bağlanma boyutu ($r:-0,326$) arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde; kaygılı ambivalan bağlanma boyutu ($r:0,468$) arasında ise pozitif yönlü, normal düzeyde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($p \leq 0,01$).

Hasta grubunda güvenli bağlanma boyutu ile kaçıngan bağlanma boyutu ($r:-0,354$) arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde bir korelasyon olduğu görülmüştür ($p \leq 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte OKB olgu grubunda güvenli bağlanma boyutu ile kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu arasında negatif yönlü bir

korelasyon olduğu gözlenmektedir ($p:0,07>0,05$). Çalışmamızda hasta grubunda; kaçınan bağlanma boyutu ile İAT ($r:-0,420$) skorları arasında negatif yönlü, normal düzeyde ($p\leq0,01$); kaygılı bağlanma boyutu ile İAT ($r:-0,347$) skorları arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p\leq0,05$). Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hasta grubunda GZOT skorları ile güvenli bağlanma boyutu arasında pozitif yönlü bir korelasyon ($p:0,061$) olduğu görülürken, GZOT ile kaçınan ($p:0,055$) ve kaygılı/ambivalan bağlanma ($p:0,057$) boyutları arasında negatif yönlü bir korelasyonun olduğu görülmüştür. Olgu grubundaki katılımcıların İAT ile GZOT ($r:0,435$) skorları arasında pozitif yönlü, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p\leq0,01$).



Tablo 8: OKB Grubunda Hastaların Yaşı, Semptomların Başlama Yaşı, Kullanılan Ölçekler ve Testler Arasındaki İlişki

		Yaş	Semptom Başlama Yaşı	Padua	Beck Anksiyete	Beck Depresyon	Güvenli Bağlanma	Kaçıngan Bağlanma	Kaygılı Ambivalan Bağlanma	İma Testi	Gözlerden Zihin Okuma Testi
Yaş	r	1									
	p										
Semptomların Başlama Yaşı	r	,736**	1								
	p	,000									
Padua Toplam	r	-,091	-,095	1							
	p	,567	,551								
Beck Anksiyete	r	-,044	-,142	,188	1						
	p	,781	,369	,233							
Beck Depresyon	r	-,116	-,136	,622**	,489**	1					
	p	,463	,389	,000	,001						
Güvenli Bağlanma	r	-,045	-,044	-,114	-,036	-,326*	1				
	p	,777	,782	,471	,819	,035					
Kaçıngan Bağlanma	r	,078	,118	-,182	,096	,088	-,354*	1			
	p	,623	,458	,248	,545	,578	,021				
Kaygılı Ambivalan Bağlanma	r	-,052	-,095	,468**	,234	,468**	-,282	,201	1		
	p	,745	,548	,002	,135	,002	,070	,201			
İma Testi	r	-,002	,023	,092	-,503**	-,208	,208	-,420**	-,347*	1	
	p	,990	,887	,562	,001	,187	,186	,006	,024		
Gözlerden Zihin Okuma Testi	r	-,090	-,046	-,038	-,449**	-,205	,292	-,298	-,296	,435**	1
	p	,571	,772	,813	,003	,193	,061	,055	,057	,004	

Pearson korelasyon, *p≤0,05, **p≤0,01

6.5.OKB Hastalarının ve Sağlıklı Kontrollerin Depresif Belirtilerin Şiddeti Kontrol Edildiğinde Bağlanma Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Çalışmamızda OKB hastalar ile kontrol grubundaki kişilerin BDÖ ile belirlenen depresif belirtilerin düzeyi kontrol edildiğinde bağlanma boyutlardan alınan puan ortalamaları tablo 9'da karşılaştırılmıştır.

Karşılaştırma sonucunda; depresif belirtilerin düzeyi kontrol edildiğinde 2 grup arasındaki farkın anlamlı kalmayı sürdürdüğü saptanmıştır. OKB hastalarının kaçınan bağlanma ($p<0,001$), kaygılı/ambivalan bağlanma ($p<0,001$) ortalama puanları anlamlı olarak kontrol grubundaki kişilerin ortalama puanından yüksek; kontrol grubundaki kişilerin güvenli bağlanma ortalama puanı ($p:0,001$) anlamlı olarak OKB hastalarının ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($p\leq 0,05$).

Tablo 9: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların ve Kontrollerin Depresif Belirtilerin Şiddeti Kontrol Edildiğinde EBBÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	OKB (n=42) ¹	KONTROL (n=42) ¹	F	p
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$		
Erişkin Bağlanma Biçimleri				
Güvenli Bağlanma	3,10 $\pm$ 1,71	4,29 $\pm$ 1,57	-8,116	0,001*
Kaçınan Bağlanma	3,86 $\pm$ 1,03	2,24 $\pm$ 1,45	11,960	<0,001*
Kaygılı / Ambivalan Bağlanma	2,76 $\pm$ 1,72	1,02 $\pm$ 1,35	21,281	<0,001*
¹ Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA), Kontrol değişkeni: Beck Depresyon, * $p\leq 0,05$				

6.6.OKB Olgu Grubunda Depresif Belirtilerin Şiddeti Kontrol Edildiğinde Bağlanma Boyutları ve ZK Becerileri Arasındaki İlişki

Çalışmamızda OKB hastalarının depresif belirtilerinin şiddeti kontrol edildiğinde bağlanma boyutlarından alınan puanlar ile İAT ve GZOT skorları arasındaki ilişki kısmi korelasyon testi ile tablo 10'da incelenmiştir.

Yapılan kısmi korelasyon sonrası; güvenli bağlanma ile kaçınan bağlanma boyutları arasındaki negatif yönlü ilişki ($r:-0,345$), kaçınan bağlanma boyutu ile

İAT skoru arasındaki negatif yönlü ilişki ($r:-0,412$) ve İAT ve GZOT arasındaki pozitif yönlü ilişki ($r:0,409$) anlamlı kalmayı sürdürmüştür ($p\leq 0,05$). Ancak kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu ile İAT skorları arasında negatif yönlü anlamlı düzeydeki korelasyon (Tablo 8), depresif belirtilerin şiddeti kontrol edildiğinde negatif yönlü olarak devam etmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p:0,066 > 0,05$).

Tablo 10: OKB Hastalarının Depresif Belirtilerin Şiddeti Kontrol Edildiğinde Bağlanma Boyutlarından Aldıkları Puanlar ile İAT ve GZOT Skorları Arasındaki İlişki Analizi

		Güvenli Bağlanma	Kaçıngan Bağlanma	Kaygılı Ambivalan Bağlanma	İAT	GZOT
Güvenli Bağlanma	r	1,000				
	p					
Kaçıngan Bağlanma	r	-,345*	1,000			
	p	,027				
Kaygılı Ambivalan Bağlanma	r	-,155	,182	1,000		
	p	,332	,256			
İAT	r	,152	-,412*	-,289	1,000	
	p	,344	,007	,066		
GZOT	r	,243	-,287	-,231	,409*	1,000
	p	,126	,069	,146	,008	

Kontrol değişkeni: Beck Depresyon, Kısmi korelasyon, * $p\leq 0,05$, ** $p\leq 0,01$

6.7.OKB Olgu Grubunda PE'nin Belirti Alt Boyutları ile Kullanılan Diğer Ölçekler ve Testler Arasındaki İlişki

Tablo 11'de Pearson Korelasyon Testi'ni kullanılarak PE'nin belirti alt boyutlarını oluşturan 5 alan (Temizlik, Düşüncelere kapılma, Dürtüler, Kontrol, Kesinlik) ile çalışmamızda kullandığımız diğer ölçek ve testler arasındaki ilişki incelenmiştir.

6.7.1.OKB Hastalarında Obsesif Kompulsif Belirti Alt Boyutlarının Bağlanma Boyutları ile Olan İlişkisi

Çalışmamızda OKB grubunda kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu puanları ile temizlik ($r:0,380$), düşüncelere kapılma ($r:0,454$), dürtüler ($r:0,316$) ve kesinlik ($r:0,335$) belirti boyutları puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Ayrıca kaygılı/ambivalan boyutu puanları ile istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kontrol belirti alt boyutu ile de pozitif yönlü bir korelasyon olduğu görülmüştür ($r:0,270$ $p:0,084 > 0,05$). OKB hastalarında PE'den alınan toplam puanlar ile kaygılı/ambivalan bağlanma boyutundan alınan puanlar arasında da pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($r:0,468$) (Tablo 8).

Hasta grubunda kaçınan bağlanma boyutu puanları ile kontrol belirti alt boyutu puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r:-0,305$). Kaçınan bağlanma boyutu puanları ile diğer belirti alt boyutları arasında ise anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p:>0,05$). Güvenli bağlanma boyutu puanları ile de herhangi bir belirti alt boyutu arasında anlamlı bir korelasyona ulaşılmamıştır ($p:>0,05$).

6.7.2.OKB Hastalarında Obsesif Kompulsif Belirti Alt Boyutlarının Zihin Kuramı Becerileri İle Olan İlişkisi

Çalışmamızda ZK becerilerini değerlendirmek için kullandığımız İAT ve GZOT skorları ile obsesif kompulsif belirti alt boyutları (Tablo 9) ve PE'den alınan toplam puanlar (Tablo 8) arasında herhangi bir anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p:>0,05$).

Tablo 11: OKB Grubunda PE'nin Belirti Alt Boyutları ile Kullanılan Diğer Ölçek ve Testler Arasındaki İlişki

		Temizlik	Düşüncelere Kapılma	Dürtüler	Kontrol	Kesinlik
Güvenli Bağlanma	r	-,071	-,131	-,046	,023	-,242
	p	,655	,407	,773	,884	,122
Kaçınan Bağlanma	r	-,033	-,118	-,173	-,305*	,035
	p	,834	,458	,274	,050	,828
Kaygılı / Ambivalan Bağlanma	r	,380*	,454**	,316*	,270	,335*
	p	,013	,003	,042	,084	,030
İAT	r	,093	,026	-,130	,190	-,101
	p	,557	,870	,413	,229	,526
GZOT	r	-,140	-,005	-,210	,217	-,148
	p	,375	,977	,183	,167	,350

Pearson korelasyon, *p≤0,05, **p≤0,01

6.8.Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi

Ölçekte kullanılan maddelerin tamamına ve faktörler bazında güvenilirlik analizi yöntemlerinden olan Cronbach's alfa yöntemi uygulanmıştır. Kaçınan ve kaygılı / ambivalan bağlanma boyutları analizde ayrı ayrı belirtildiği gibi, güvensiz bağlanma boyutu adıyla tek başlık altına indirildiğinde elde edilen sonuç da tabloya eklenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12: Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
Padua Envanteri	0,964	41
Beck Anksiyete Ölçeği	0,945	21
Beck Depresyon Ölçeği	0,932	21
Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği		
Güvenli Bağlanma	0,647	6
Kaçınan Bağlanma	0,451	6
Kaygılı / Ambivalan Bağlanma	0,712	6
Güvensiz Bağlanma	0,723	12

7.TARTIŞMA

OKB etiyolojisinde farklı etkenlerin rol oynadığı ve mevcut tedavilere yanıtızılığın sık görüldüğü bir bozukluktur. OKB'de sosyal işlevsellikte önemli kayıplar olduğı bilinmektedir. Sosyal ilişkiler üzerine önemli etkileri olan ve gelişimsel süreçte olgunlaşan bağlanma örüntülerinin ve ZK becerilerinin OKB hastalarında araştırılması; OKB'nin etiyolojik nedenlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir ve tedavi uygulamalarına yön verebilir. Gerçekleştirmiş olduğumuz bu çalışma, bildiğimiz kadarıyla literatürde OKB hastalarında ZK becerileri ile bağlanma boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyerek sağlıklı kontroller ile karşılaştırmasını yapan ilk çalışmadır.

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Çalışmamızda OKB hasta grubu yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu açısından eşleştirilmiş eşit sayıda katılımcının olduğı sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Çalışmamız %64,3 oranında kadın, %35,7 oranında erkek katılımcıdan oluşmuştur.

Çalışmamızda OKB semptomlarının başlangıç yaşı $19,6 \pm 9,2$ yıl olarak bulunmuştur. OKB tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlangıç gösteren bir bozukluktur (1). Hastaların önemli kısmında başlangıç 18-25 yaşları arasında olmaktadır (2). Ülkemizde gerçekleştirilen 2 çalışmada belirtilerin başlangıç yaşı 22,38 ve 23,8 olarak bulunmuştur (460, 461). Amerika'da gerçekleştirilen OKB araştırmalarında semptomların başlangıç yaşı 19,5 yıl olarak saptanmıştır (462). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu veri literatür ile uyumlu gözükmektedir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Zihin Kuramı

OKB olgularında ZK becerilerinin araştırılması, çalışmamızın ana amaçlarından birisidir. Literatürde, özellikle son yıllarda artmakla birlikte OKB ve ZK becerileri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğı görülmektedir. Yazımızın genel bilgiler bölümünde ayrıntılarına yer verildiğı bu çalışmaların önemli kısmında OKB hastalarında ZK becerilerinde bozulmalar olduğı bildirilmiştir (415, 417, 420-429). Ancak çalışmalarda ZK becerilerini

değerlendirmek amacıyla farklı testler kullanıldığı ve birbirinden farklı sonuçlara ulaşıldığı gözükmemektedir. Bazı çalışmalarda temel ZK becerilerinin OKB hastalarında korunduğu ancak ileri ZK becerilerinin bozulduğu saptanırken (420, 421), diğer çalışmalarda ise hem temel hem de ileri ZK becerilerinin bozulduğu bildirilmiştir (417, 424). Son dönemdeki bazı çalışmalarda ise OKB hastalarında ZK becerileri, affektif ve kognitif bileşenlerine ayrılarak incelenmiş, 3 farklı çalışmada (415, 417, 423) her iki alt bileşenin de bozulduğu bildirilirken, diğer 2 çalışma (427, 428) sonucunda ise affektif bileşenin OKB'de özgül olarak bozulduğu öne sürülmüştür.

Affektif ZK becerilerinin seçici olarak bozulduğunu öne süren bu 2 çalışmadan Lui ve ark. tarafından yürütülen çalışmada; 40 OKB ve 38 sağlıklı kontrol ZK'nın hem bilişsel hem de affektif komponentini ölçebilen "Bilgisayarlı Yoni Testi" ile değerlendirilmiş, 1. sıra ZK becerilerinde OKB hastaları ve sağlıklı kontrollerle arasında fark saptanmazken, OKB hastalarında 2. sıra affektif ZK becerilerinin; ölçülen yürütücü işlevler, zeka, çalışma belleği ve diğer nörobilişsel işlevler ile depresyon ve anksiyete gibi klinik özelliklerden bağımsız olarak seçici bir şekilde bozulmuş olduğu saptanmıştır. Çalışmada ayrıca bu bozulma ile OKB semptomlarının şiddeti ve OKB'nin süresi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (427).

Altınöz ve ark. tarafından yapılan çalışmada; 38 OKB hastası ve 39 sağlıklı kontrol bizim çalışmamıza benzer şekilde Beck Anksiyete, Beck Depresyon, İmayı Anlama ve Gözlerden Zihin Okuma Testleri uygulanarak karşılaştırılmış ve OKB grubunda GZOT ortalama puanları (Affektif ZK) anlamlı ölçüde kontrol grubuna göre düşük bulunmuş ve bu bozulmayla semptomların şiddeti, yaş, hastalık süresi, eğitim süresi, depresyon ve anksiyete puanları ve bilişsel fonksiyonlar arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Çalışma sonucunda Lui ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada olduğu gibi OKB'de affektif ZK becerilerin seçici olarak bozulduğu öne sürülmüştür. Çalışmada İAT, 10 soruluk orijinal hali yerine bu on soru içerisinde 1 soru seçilerek kullanılmıştır (428).

Mısır ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise OKB hastalarında diğer nörobilişsel fonksiyonlar ile korele bir şekilde hem affektif hem de kognitif ZK

becerilerinde anlamlı düzeyde eksiklikler saptanmış, genel bilişsel faktörlerin ZK becerileri üzerindeki etkisi kontrol edildiğinde kognitif ZK becerilerinde OKB ve kontrol grubu arasında anlamlı farkın devam ettiği ancak GZOT (affektif ZK) puan ortalamalarındaki anlamlı düzeydeki farkın devam etmediği görülmüştür. Ek olarak kadın ve erkek katılımcıların arasında Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) ve GZOT puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmada ayrıca ZK testlerinden elde edilen veriler ile hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, tedavisiz geçen süre arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış, ancak çalışmada kullanılan DEZTÖ'den alınan toplam puanlar ile hastayı değerlendiren klinisyen tarafından doldurularak OKB semptomlarının şiddetini ölçen Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği'nden (Y-BOCS) alınan toplam puanlar ve içgörü düzeyini ölçen Y-BOCS 11. madde arasında orta düzeyde negatif korelasyonun bulunduğu, GZOT ile Y-BOCS toplam puan ve Y-BOCS 11. madde arasında ise böyle bir istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Sonuçlar, OKB'deki ZK becerilerindeki bozulmanın obsesif kompulsif semptomların şiddeti ve zayıf içgörü düzeyi ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır (423).

Yakın zaman önce Aydın tarafından yürütülen bir araştırmada ise 28 OKB hastası bilişsel davranışçı terapi öncesi ve sonrasında GZOT uygulanarak 28 sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmış, hasta grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış, ayrıca tedavi öncesi ve sonrasında da test performansları açısından bir değişim gözlenmemiştir. GZOT performansı ile sözel bellek, işlem hızı ve odaklanmış dikkat performansları arasında bir ilişki olduğu görülmüş ve bu durum nörobilişsel performanstaki bozulmanın sosyal bilişteki bozulma ile ilişki içerisinde olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmada, diğer çalışmalardan farklı olarak GZOT yanlış sayılarına göre karşılaştırma yapılmıştır (463).

Çalışmamızda ZK'nın kognitif ve affektif bileşenlerini değerlendirmek amacıyla İmayı Anlama ve Gözlerden Zihin Okuma Testleri kullanılmıştır. OKB hasta grubunda İAT ($p:0,001$) ve GZOT ($p:0,006$) ortalama puanlarının, kontrol grubunun ortalama puanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. OKB hastalarında ZK becerilerinin kontrol grubuna göre daha zayıf olacağına dair hipotezimiz elde edilen bu bulgular sonucu doğrulanmaktadır. Ayrıca OKB hasta

grubunda hem affektif hem de kognitif ZK testlerinde anlamlı düzeyde bir bozulmanın olduğu çalışmamız sonucunda görülmektedir.

Bizim çalışmamızda kullanılan İmayı Anlama ve Gözlerde Zihin Okuma Testleri'nin kullanımına göre çalışmalar incelendiğinde; OKB hastaları ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı 4 çalışmada (415, 417, 423, 428), bizim çalışmamızla uyumlu şekilde OKB hastalarında GZOT puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunurken, diğer 2 çalışmada (426,463) ise sağlıklı kontroller ile aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmalardan Tulacı ve arkadaşlarının çalışmasında (417); OKB hastalarında GZOT puan ortalamaları sağlıklı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmakla birlikte, aynı örnekleme OKB hastaları içgörüsü zayıf ve iyi olarak 2 gruba ayrıldığında, sadece içgörüsü zayıf olanların sağlık kontrollere göre anlamlı düzeyde düşük GZOT ortalama puanları aldığı, içgöründe azalma ile birlikte test puanlarının daha da düştüğü ve içgörüsü iyi olanlar ile sağlıklı kontroller arasında ise GZOT ortalama puanları açısından anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. OKB hastalarındaki içgörü ve ZK becerileri arasındaki bu ilişkinin depresyon, anksiyete ve OKB semptom şiddetinden bağımsız olduğu bildirilmiştir. İnanc ve ark. tarafından yapılan çalışmada; tedaviye dirençli ve tedaviye yanıt veren OKB hastaları GZOT uygulanarak karşılaştırılmış, tedaviye yanıt veren grupta GZOT ortalama puanlarının anlamlı derecede daha iyi olduğu ve tedaviye dirençli grupta içgörünün az olduğu ve içgörü azaldıkça zihinselleştirme yeteneğinin zayıfladığı saptanmıştır (425). Adolesanlarda yapılan bir başka çalışmada da OKB tanılı adolesanların GZOT'tan aldıkları puan ortalamalarının sağlıklı gruptaki adolesanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, ancak içgörü düzeyine göre hastalar ayrıldığında sadece içgörü düzeyi zayıf olanlarda anlamlı farkın devam ettiği saptanmıştır (429). Klinik dışı 204 gönüllüde yapılan bir başka çalışmada ise obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ve GZOT puanları arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon olduğu saptanmıştır (422). İAT'nin kullanıldığı çalışmalar incelendiğinde; OKB hastaları ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı 2 çalışmada (415, 417) bizim çalışmamızla uyumlu şekilde İAT puan ortalamaları OKB hastalarında anlamlı düzeyde düşük olarak saptanırken, diğer 3 çalışmada (420, 421, 428) ise OKB hastaları ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Tulacı ve

arkadaşlarının çalışmasında içgörüsü hem zayıf hem de iyi olan OKB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla İAT ortalama puanlarında anlamlı düzeyde düşüklük olduğu bildirilmiştir (417). İAT'de hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmayan 2 çalışmada (420, 428), testin orijinal halindeki 10 öykü yerine sadece 1 öykü kullanıldığı görülmektedir. Bu durum, çalışmaların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde bir kısıtlılığa yol açmış olabilir. Ayrıca bu testin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının ülkemizde henüz yapılmamış olması, Türk hasta ve kontrol gruplarında testin kullanılması konusunda diğer bir sorun gibi gözükmemektedir. Ancak literatürdeki çalışmalarda bu testin orijinal halinden Türkçe'ye çevrilerek kullanılmakta olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da testteki öyküler Türkçe'ye çevrilmiş ve 10 öykünün tamamı kullanılarak test uygulanmıştır. Çalışmamızda 10 öykünün tamamının kullanılmasıyla testin daha güvenilir ve istatistiksel olarak da daha anlamlı sonuç vereceği düşünülmüştür. Çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde OKB hastalarında ZK becerilerinde genel olarak bozulmaların olduğu görülmekle birlikte, kullanılan benzer test materyallerinde dahi birbiri ile tutarlı olmayan sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir.

Çalışmamızdaki sağlıklı kontrollerin GZOT puan ortalaması olarak saptanan $23,14 \pm 3,45$ değerinin, testin Türkçe güvenilirlik çalışmasında (459) sağlıklı gönüllülerden elde edilen puan ortalaması olan $23,64 \pm 3,38$ ile uyumlu olduğu dikkat çekmektedir. Bu uyumun çalışmamızın güvenilirliğini arttırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda OKB hastalarında ZK testlerinin kendi içinde birbiri ile olan ilişkisine baktığımızda, İAT ve GZOT sonuçları arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür ($p:0,004$). Depresif belirtilerin düzeyi kontrol edildiğinde de aralarındaki pozitif yönlü korelasyon anlamlı kalmayı sürdürmüştür ($p:0,008$) (Tablo 10). Bu sonuçlar literatürde gittikçe daha çok bildirilen affektif ve kognitif ZK becerilerinin psikopatoloji düzeyinde ayrıştığı yönündeki gözlemler (464) ile uyum göstermemektedir. Affektif ve kognitif ZK becerileri her ne kadar ZK'nın iki ayrı bileşeni gibi görünse de günlük hayatımızda karşımızdaki kişinin zihinsel durumunu çıkarsamamız, bu iki bileşenin birlikte çalışmasını gerektirir (289). Birinde ortaya çıkan eksiklikler diğer bileşenin yeterli işlev görmesini

etkileyebilir. Son yıllarda yapılan görüntüleme çalışmalarında ZK'nın affektif ve kognitif bileşenlerinin araştırıldığı görülmektedir. Yakın tarihli yapılan bir araştırmada ZK'nın affektif ve kognitif bileşenlerinin paylaşılan ancak kısmen de farklı sinir ağlarında işlendiği bulunmuştur (382). Ayrıca başka çalışmalarda da affektif ve kognitif bileşenlerin farklı beyin alanlarında etkinleşmeye neden olduğu gösterilmiştir (295, 297). OKB'nin nörobiyolojisinde rol oynadığı düşünülen beyin bölgeleri ile ZK becerileri ile ilişkili olduğu düşünülen beyin bölgeleri arasında bir çakışma olduğu gözükmemektedir. ZK üzerine yapılan nörobiyoloji çalışmalarında (281, 416); amigdala, anterior singulat girus, superior temporal girus ve prefrontal korteks arasındaki sinirsel bağlantıların önemli olduğu görülmektedir. Frontostriatal sistem olarak adlandırılan bu bölgelerin OKB'de de işlev bozukluğuna yol açabileceğine dair bulgular vardır (417). ZK'nın affektif ve kognitif bileşenlerinin kısmen farklı sinir ağları ile etkileşimde oldukları görülmekle birlikte paylaşılan ortak sinir ağları olduğu da göz önünde bulundurulduğunda; çalışmamızda saptanan bu korelasyon, OKB'deki nörobiyolojik süreçlerin affektif ve kognitif ZK bileşenlerinin işlendiği bu paylaşılan sinir ağları üzerinde etki gösterdiğini ya da ZK becerilerinde eksikliklere yol açan bu bölgelerdeki bozulmaların ileriki dönemde OKB'nin ortaya çıkmasını kolaylaştırdığını düşündürebilir. Ayrıca nörokimyasal olarak da hem OKB etiolojisinde hem de ZK işlevlerinde, dopaminerjik ve serotonerjik sistemler ile ilgili bağlantıların olduğunu varsayan çalışma sonuçları da OKB ve ZK becerileri arasında bir ilişki olma olasılığını düşündürmektedir. OKB'de ortaya çıkan nörokimyasal değişimler her iki bileşeni aynı anda etkiliyor olabilir. OKB ve ZK becerileri arasındaki ilişkiyi aydınlatmak amacıyla ileriki dönemde özellikle nörobiyolojik süreçleri de inceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğu gözükmemektedir.

Çalışmamızda yapılan bir başka korelasyon analizlerinde; hasta grubunda Beck Anksiyete Ölçeği'nden alınan puanlar ile İAT ($p:0,001$) ve GZOT ($p:0,003$) sonuçları arasında negatif yönlü, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmış; ancak ZK testleri ile hastanın yaşı, semptomların başlama yaşı, PE toplam puan, PE alt boyutları ve Beck Depresyon Ölçeği sonuçları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızla uyumlu olacak şekilde daha önce gerçekleştirilen 2 çalışmada da (423, 428), OKB hastalarında semptomların başlama yaşı ve ZK becerileri arasında herhangi bir anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Bu çalışmaların birinde ise hastaların yaşı ile de ZK becerileri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (428). Diğer bir çalışmayla birlikte toplamda gerçekleştirilen 3 çalışmada (423, 427, 428), hastalık süresiyle de ZK becerileri arasında yine anlamlı bir korelasyon gözlenmemiştir.

OKB'de ZK becerilerini araştıran önceki çalışmalar incelendiğinde, çalışmaların önemli kısmının bizim çalışmamızdan farklı olarak semptomlarının şiddetinin ölçümünde Y-BOCS ölçüm aracının kullanıldığı görülmektedir. Y-BOCS görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçek olup, bizim çalışmamızda kullanılan PE ise özbildirim ölçeği şeklindedir. ZK becerilerindeki bozulmalar bazı araştırmacılar tarafından gruplandırılmış, bu gruplardan birinde kişilerin kendi zihinsel durumlarını temsillendirmede sorun yaşarken, diğer bir gruptaki kişilerin ise hem kendisinin hem de diğerlerinin zihinsel durumlarını temsillendirmede güçlük çektiği düşünülmüştür (281). Bu açıdan bakıldığında; ZK becerilerinde bozulma olması durumunda Y-BOCS ve PE sonuçları arasında hastaların farklılıklar gösterebileceği, yani semptomların şiddetinde dışarıdan gözlenen durum ile kişinin kendisinin algıladığı düzeyler arasında farklılıklar olabileceği, aynı nedenlerden ötürü ZK becerileri ile içgörü düzeyi arasında da benzer bir ilişkinin bulunabileceği düşünülebilir. Y-BOCS kullanılan daha önceki çalışmaların bazılarında ZK test performansları ile OKB semptomlarının şiddeti arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Mavrogiorgou ve arkadaşlarının çalışmasında; uygulanan ZK testleri ile OKB semptomlarının şiddeti ve depresyon puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (421). Pino ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da GZOT ile Y-BOCS ve Beck Depresyon Ölçeği sonuçları arasında yine anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (426). Liu ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada affektif ZK becerileri ile OKB semptom şiddeti ve OKB'deki depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddetleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (427). Altınöz ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçekleri, İAT ve GZOT kullanılmış, OKB belirti şiddetini değerlendirmek amacıyla ise Y-BOCS'tan faydalanılmıştır. Çalışma sonucunda ZK testleri ile semptomların şiddeti, depresyon

ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (428). Mısır ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise DEZTÖ ve Y-BOCS toplam puanları arasında orta düzeyde anlamlı negatif yönlü bir korelasyon olduğu ancak GZOT ile semptom şiddeti arasında böyle bir ilişkinin bulunmadığı saptanmıştır (423).

Çalışmamızda, diğer çalışmalar (421, 426-428) ile uyumlu şekilde hasta grubunda OKB semptomlarının ve eşlik eden depresif belirtilerin şiddeti ile ZK becerileri arasında anlamlı bir korelasyon saptamazken, diğer çalışmalardan (427, 428) farklı olarak anksiyete belirtilerinin şiddeti ile hem affektif hem de kognitif ZK becerileri arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Tanımında belirtildiği üzere obsesyonlar doğası gereği belirgin anksiyeteye neden olan belirtilerdir. Kompulsiyonlar da obsesyonların neden olduğu bu anksiyeteyi gidermek için genellikle ortaya çıkmaktadır. Ancak bir süre sonra kompulsiyonlar da katı ritüelistik doğası, tekrarlayıcı biçimde yapılmak zorunda hissedilmesi, giderek daha fazla çaba ve zaman gerektirmesi ve engellenmek istendiğinde belirgin sıkıntıya neden olması nedeniyle OKB hastalarında anksiyete kaynağına dönüşmektedir. Bu nedenle, OKB hastalarında obsesyon ve kompulsiyolar sonucu ortaya çıkan anksiyetenin neden olduğu duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler, diğer anksiyete bozukluklarında görülen belirtiler ile benzer özellikler gösterir. DSM-IV'te ve ICD-10'da Anksiyete Bozuklukları başlığı altında bu nedenle sınıflandırılan OKB, DSM-5'te klinik belirtiler ve altta yatan patofizyolojik düzeneklerin anksiyete bozukluklarından farklı olduğunu gösteren araştırma bulguları sonucunda Anksiyete Bozuklukları başlığı altından çıkarılarak ayrı bir başlık altına alınmıştır (2). Bununla birlikte Anksiyete Bozuklukları ile OKB birbirine sıklıkla eşlik eden, yakın ilişki içerisinde olan bozukluklardır. Panik Bozukluğu, Sosyal ve Özgün Fobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu başta olmak üzere OKB hastalarının yaşam boyu anksiyete bozukluklarından birinin tanı kriterlerini karşılama olasılığının %40-60 oranında olduğu bildirilmektedir (1).

Çalışmamızda da beklenildiği üzere anksiyete puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p<0,001$), ayrıca OKB hastalarında anksiyete belirtilerinin şiddeti ile ZK becerileri arasında anlamlı düzeyde korelasyon saptanmayan literatürdeki önceki çalışmalardan farklı olarak OKB hastalarında

anksiyete belirtilerinin şiddeti ile İAT ($p:0,001$) ve GZOT skorları ($p:0,003$) arasında anlamlı düzeyde ve negatif yönlü bir korelasyonun olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda 2 yönlü olarak farklı değerlendirmeler yapılabilir. Daha kötü affektif ve kognitif ZK becerileri olan OKB hastalarının daha yüksek şiddette anksiyete belirtileri deneyimlediği düşünülebileceği gibi, obsesif kompulsif uğraşları nedeniyle daha yüksek düzeyde anksiyete yaşayan bireylerde sosyal uyaranlara karşı farkındalıklarının azalması sonucu bu uyaranları yetersiz ve/veya hatalı değerlendirme olasılıklarının artacağı şeklinde de sonuçlar yorumlanabilir.

Bununla ilişkili olarak bazı araştırmacılar, zihinselleştirme kapasitesinin stabil olmadığını ve çeşitli koşullarda değişkenlik gösterebileceğini, tehlike ya da stres durumlarında zihinselleştirme kapasitesinin zayıflayabileceğini, tedavi ile de zihinselleştirme becerilerinde iyileşme sağlanabileceğini öne sürmektedirler (465, 466).

Çalışmamızda, PE ile değerlendirilen OKB belirti alt grupları ile ZK becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye ulaşılmamıştır ($p>0,05$). OKB'de ZK becerilerini araştıran diğer çalışmalarda daha önce bu iki başlık arasında ilişkinin incelenmediği görülmektedir. OKB belirtileri ve ZK becerileri arasındaki ilişkinin daha geniş hasta gruplarında değerlendirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda hasta grubundaki 36 katılımcının (%85,7) daha önce hastane yatışı olmadığı, 6 katılımcının (%14,3) ise yatış öyküsünün bulunduğu görülmektedir. Çalışmamızda, daha önce hastaneye yatışı olmayan OKB hastalarının GZOT ortalama puanları, hastaneye yatış öyküsü olan hastaların ortalama puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p:0,004$). Hastalığa dair sorulan diğer özellikler ile ZK testleri arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hastane yatışı olmayan OKB'li hastaların güvenli bağlanma ortalama puanı anlamlı olarak hastane yatışı olan hastaların ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($p:0,025$). Ayrıca, olasılıkla hasta sayılarındaki yetersizlikten dolayı istatistiksel olarak anlamlılık saptanamamakla birlikte hastaneye yatışı olan hastaların anksiyete ile depresyon belirtilerinin ve kaçınan bağlanma boyutunun puan ortalamaları hastaneye yatışı olmayanlara göre daha yüksek saptanırken, OKB belirtilerinin toplam şiddetinde dikkat çekici olmak üzere PE toplam puan

ortalamaları, kaygılı/ambivalan bağlanma ve İAT puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür.

Literatürdeki çalışmalarda OKB'li bireylerin hastane yatışı ve ZK becerileri arasındaki ilişkinin incelenmediği görülmekle birlikte, içgörü düzeyi ile ZK becerileri arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda değerlendirilmiştir. Mısır ve arkadaşlarının 30 OKB hastası ve 30 sağlıklı gönüllünün karşılaştırıldığı çalışmada; GZOT'ta olmamakla birlikte DEZTÖ'den alınan puanların hastaların içgörü düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüş, elde edilen veriler OKB'deki ZK becerilerindeki bozulmanın obsesif kompulsif semptomların şiddeti ve zayıf içgörü düzeyi ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır (423). Tulacı ve arkadaşlarının çalışmada; 24'ü zayıf, 56'sı iyi içgörüye sahip 80 hasta ve 80 sağlıklı gönüllü karşılaştırılmış, sadece içgörüsü zayıf OKB hastalarının içgörüsü iyi OKB hastaları ve sağlık kontrollere göre anlamlı düzeyde düşük GZOT puan ortalamalarına sahip olduğu, içgöründe azalma ile birlikte test puanlarının daha da düştüğü ve içgörüsü iyi olanlar ile sağlıklı kontroller arasında ise GZOT puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmadığı saptamıştır. OKB hastalarındaki içgörü ve ZK becerileri arasındaki bu ilişkinin depresyon, anksiyete ve OKB semptom şiddetinden bağımsız olduğu bildirilmiştir. Ayrıca içgörüsü zayıf olan hastaların iyi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde; daha erken hastalık başlangıcına sahip olduğu, toplam hastalık süresinin daha uzun, kullandığı ilaç çeşitliliğinin daha fazla, OKB, depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha şiddetli olduğu görülmüştür (417). İnanc ve arkadaşlarının çalışmada yaş cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından benzer 30 tedaviye dirençli ve 41 tedaviye yanıt veren OKB hastası GZOT kullanılarak karşılaştırılmış, tedaviye dirençli grubun daha zayıf içgörü, daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtilerine sahip olduğu, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde toplam hastalık süresinin daha uzun olduğu ve GZOT ortalama puanlarının da anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (425). 11-16 yaşları arasında yapılan bir çalışmada 29'u iyi ve 21'i zayıf içgörüye sahip 50 OKB hastası ile 50 sağlıklı gönüllü GZOT kullanılarak karşılaştırılmış, OKB hastası adolesanların GZOT'tan aldıkları puan ortalamalarının sağlıklı kontrollere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu, ancak OKB grubunun içgörüsü iyi ve zayıf olarak ayrıştırıldığında bu anlamlı farkın sadece zayıf içgörüsü olanlarda devam

ettiği, aynı zamanda bu grupta emosyonel regülasyon eksikliklerinin daha fazla olduğu görülmüştür (429).

OKB dışında diğer bazı hastalıklar içerisinde de içgörü düzeyi ve ZK arasındaki ilişkinin araştırılmış olduğu görülmektedir. Özellikle şizofrenide ZK becerileri ve içgörü düzeyi arasında ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir (467). 2017 yılında Bora tarafından gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında, şizofrenide ZK becerileri ile içgörü düzeyi arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu gösterilmiştir (413).

Çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde, OKB hastalarında içgörü düzeyi ile ZK becerileri arasında ilişki olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların birinde affektif ZK becerilerini ölçen GZOT puan ortalamaları ile içgörü arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken (423), diğer 3 çalışmada ise anlamlı ilişkinin olduğu bildirilmiştir (417, 425, 429). Bizim çalışmamızda içgörü düzeyinin değerlendirilmemiş olması bir eksiklik olmakla birlikte, OKB'de hastaneye yatan olguların genellikle ayaktan tedavi girişimlerinden fayda görmeyen, içgörüsü zayıf, daha yüksek şiddette belirtiler gösteren, işlevselliğinde önemli kayıplar yaşayan, depresyon ve anksiyete gibi ek psikiyatrik tanılarının bulunduğu hastalar olduğu düşünüldüğünde; çalışmamızda saptanan hastaneye yatış öyküsü olanlardaki affektif ZK becerilerindeki anlamlı düzeydeki düşüklük, bu hastalardaki ZK performansını etkileyen düşük içgörü düzeyi ve eşlik eden komorbiditelerden kaynaklanıyor olabilir.

OKB'de yatış gereksinime neden olan diğer faktörleri, hastalık şiddetini ve komorbidite oranlarını arttıran içgörüdeki zayıflık, OKB'deki önemli prognostik faktörlerden birisidir. Literatürde içgörüsü bozuk olan OKB'nin ayrı bir başlık altında tartışılması gerektiği giderek daha ön plana çıkmakta (468) ve DSM dizgesinde de içgörü bozukluğu OKB başlığı altında ancak ayrı bir kategori olarak sınıflandırılmaktadır. Yapılan çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde; içgörüsü bozuk olan grubun daha fazla ZK becerilerinde bozulmalar yaşıyor olması, hatta bazı çalışmalarda içgörüsü iyi olan hastalar ile kontrol grupları arasında anlamlı farkın gözlenmemiş olması bu ayrımı destekliyor gibi gözükmektedir. İçgörüsü bozuk olan OKB hastalarının psikotik bozukluk spektrumunda değerlendirilmesini önerenler de bulunmaktadır (469). Literatürde şizofreni hastalarında ZK becerilerinin

bozulduğunu gösteren çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir (290). Hem şizofreni hem de içgörüsü bozuk OKB hastalarında ZK becerilerinde görülen bozulmalar, şizofreni hastalarında da ZK becerileri ile içgörü arasında ilişki olduğunu gösteren araştırmalar (413); içgörüsü bozuk OKB'nin psikotik spektrum ile ilişkisini düşündüren bulgulardır. Sanrı ve obsesyonların, düşünce içeriğine ait ve düşüncelerin niteliği ile ilişkili bozulmalar olduğu, kişinin düşüncelere verdiği anlam üzerinden ortaklaşan semptomlar olduğu düşüncesi bu bağlamda önem kazanmaktadır (470, 471). Nörogelişimsel perspektiften bakıldığında ve ZK'nın da bir düşünce işlem süreci olduğu düşünüldüğünde; ZK becerilerindeki bozulmaların düzeyi, ZK'nın hangi alanlarında gerçekleştiği ve etiyolojilerinde yer alan farklı faktörlerin birbiri ve ZK becerileri ile olan etkileşimi sanrı ve obsesyonların ortaya çıkmasına ve ayrışmasına neden oluyor olabilir. Özellikle ZK becerilerindeki bozulmanın şiddetine göre değişen, kişinin kendi düşünceleri hakkındaki farkındalığının ve anlamlandırma biçimlerinin, normal popülasyonda da sıkça görülen intruziv düşüncelerden ayırıştırarak düşünce içeriğinin sanrı veya obsesyon olarak gelişmesine neden oluyor olabilir. Ayrıca her iki bozuklukta içgörü düzeyi ile ZK becerileri arasında ilişkinin gösterilmiş olması, ZK becerilerinin psikiyatrik bozukluklarda içgörü açısından önemli bir alt belirleyici olabileceğini ya da bir endofenotip olabileceğini düşündürmektedir. Ek olarak; ZK becerilerinde yaşanan bozulmaların var ya da yok şeklinde dikotomik olarak değerlendirilmesi yerine boyutsal olarak değerlendirilmesi psikiyatrik bozukluklardaki etkilerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda hastaneye yatış öyküsü olanlarda obsesif kompulsif belirtilerinin toplam şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hastane yatışı bulunmayan hastalara göre dikkat çeken düzeyde düşük olması, bu hastaların içgörü düzeyinin düşük olduğunu düşündüren diğer bir bulgudur. Ayrıca çalışmamızda OKB hastalarında kaçınan bağlanma ortalama puanlarının hem güvenli hem de kaygılı/ambivalan bağlanma ortalama puanlarına göre daha yüksek olması ve kontrol grubuna göre de anlamlı düzeyde yüksekliğin olduğunun saptanması, bu durumu açıklayabilecek diğer bir bulgu olabilir. Hastaneye yatış öyküsü olan hastalarda da yatış öyküsü olmayanlara kıyasla güvenli bağlanma ortalama puanları anlamlı olarak daha düşük, kaçınan bağlanma ortalama puanları anlamlı düzeyde olmasa da daha

yüksek gözükmektedir. Deaktivasyon stratejilerini daha çok kullanan kaçınan bağlanma stiline sahip kişilerde bu stratejilerin, kişinin duygularına dair farkındalığını azalttığı ve bilgi işleme süreçlerinde bozulmalara yol açtığı öne sürülmektedir (224). Hem ZK becerilerindeki bozulma hem de bağlanma stili bu durumu açıklayabilir. Ancak yatış öyküsü olan hastalarda daha anlamlı ve sağlıklı sonuçlara ulaşılabilmesi için daha geniş örneklemde ve içgörü düzeyinin ölçülerek kıyaslamanın yapıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yapılan çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde; OKB hastalarının ZK becerilerinde çeşitli bozulmaların olduğu görülmektedir. Özellikle içgörü düzeyi ile bu bozulmalar arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Çalışmalarda ortaya çıkan farklı sonuçlar; çalışmalardaki katılımcı sayılarının sınırlı olması, ZK'yı etkileyecek diğer faktörlerin çalışmalarda yeterli düzeyde araştırılmamış olması, ZK becerilerinin farklı düzey ve alanlarını ölçen farklı testlerin kullanılmış olması nedenleriyle ortaya çıkmış olabilir.

OKB'nin bilişsel davranışçı kuramına göre; obsesif düşünceler normal zorlayıcı düşüncelerden kaynaklanmakta ve klinik obsesyonlar ile benzer şekil ve içerikte olup genel popülasyonun %90'ında görülmektedir. Toplumda yaygın olarak görülmesine rağmen, bu intrüziv düşünceleri obsesyonlara yükselten obsesif inanışlar temelinde hatalı yorumlama eğilimde olan bir kısım kişide OKB ortaya çıkmaktadır. Bir kez intrüziv düşünce ortaya çıktığında, klinik düzeyde bir obsesyona dönüşüp dönüşmeyeceği bu düşüncenin yorumlanma şekline bağlıdır (1, 244, 472). Bu kuramdan yola çıkarak OKB hastalarının kendi düşünce, istek ve duygularını hatalı yorumladıkları söylenebilir.

Simülasyon Teorisi'ne göre ZK, iç gözleme dayalı olarak kişinin başkalarının yerine kendini koyarak çıkarımda bulunabilme kabiliyeti olarak değerlendirilmektedir (306). Bu süreçte başkalarının zihinsel durumları ve duyguları hakkında çıkarımda bulunmak için kendilik bir şablon gibi kullanılır ve simülasyon veya role bürünme yoluyla içselleştirerek benzer konumda olması durumunda nasıl hissedilip düşünüleceği önceki deneyimleriyle entegre edilerek hayal edilir ve sonuçlar karşı tarafa yansıtılır (285).

Bilişsel davranışçı kuram temelinde düşünüldüğünde; kendi düşünce ve isteklerini hatalı yorumlayan birisi, simülasyon teorisine göre başkalarının düşünce, duygu ve isteklerini kendi üzerinden yola çıkarak değerlendireceği için hatalı ve eksik değerlendirmeler yapabilir. ZK becerileri boyutsal olarak düşünüldüğünde; içgörüsü zayıf olan hastalarda olduğu gibi kişinin kendi düşünceleri ile ilgili hatalı değerlendirme düzeyi arttıkça başkalarının düşüncelerini doğru olarak değerlendirebilme olasılığının daha düşük olacağı, yani ZK becerilerinin daha zayıf olacağı öne sürülebilir.

OKB ve ZK becerileri arasındaki ilişkinin daha fazla aydınlatılması amacıyla, ZK becerilerinin diğer karıştırıcı etkenlerin kontrol edilerek hem toplum kontrollerinde hem de OKB hastalarında değerlendirildiği uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç olduğu gözükmemektedir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bağlanma

OKB olgularında bağlanma stillerinin araştırılması, çalışmamızın ana amaçlarından bir diğeridir. Çalışmamızda OKB'li hastaların kaygılı/ambivalan ($p<0,001$) ve kaçınan bağlanma ($p<0,001$) ortalama puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek, güvenli bağlanma ortalama puanları ise anlamlı düzeyde düşük ($p:0,001$) saptanmıştır. Alınan ortalama puanlar güvenli, kaçınan ve kaygılı/ambivalan olarak ayrılarak incelendiğinde; OKB grubunda kaçınan bağlanma boyutundaki puan ortalamaları ($3,86 \pm 1,03$) diğer iki boyuta göre (G: $3,10 \pm 1,71$ - K/A: $2,76 \pm 1,72$) daha yüksek olduğu görülürken, sağlıklı kontrol grubunda ise güvenli bağlanma boyutundaki ortalama puanların ($4,29 \pm 1,57$) kaçınan ($2,24 \pm 1,45$) ve kaygılı/ambivalan ($1,02 \pm 1,35$) ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda kullandığımız EBBÖ ile OKB ve kontrol gruplarındaki katılımcıların, ölçeğin 3 alt boyutundan (güvenli, kaçınan, kaygılı/ambivalan bağlanma) en yüksek puanı aldıkları alt boyuta göre bağlanma stilleri kategorik olarak belirlendiğinde de OKB ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmektedir ($p<0,001$). OKB'li hastaların %26,2'sinde (n:11) güvenli bağlanma görülürken, kontrol grubunda ise bu oran %71,4 (n:30)

olarak görülmektedir. Ayrıca OKB hastalarında her iki güvensiz bağlanma stiline kontrol grubuna göre daha yüksek oranlarda olduğu bulunmakla birlikte, OKB'li hastaların bağlanma boyutlarındaki ortalama puanlara benzer olarak OKB hasta grubunda bağlanma stillerinden kaçınan bağlanma stiline sahip olanların en yüksek oranda olduğu görülmektedir (%57,1 - n:24).

OKB tanılı hastalarda, sağlıklı kontrollere göre güvensiz bağlanma stillerinin daha sık bulunacağı ve boyutsal açıdan da güvensiz bağlanma ortalama puanlarının daha yüksek saptanacağına dair hipotezimiz elde ettiğimiz bu sonuçlar ile doğrulanmaktadır.

Literatürde OKB ve bağlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışmanın olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların bir kısmında OKB hastalarında bağlanma stilleri incelenmişken (244, 274, 276, 473, 474), diğer bir kısmında ise klinik dışı örneklemede OKB belirtileri ve bağlanma arasındaki ilişki araştırılmıştır (262, 275, 278). Hem bu çalışmalarda hem de erişkinlerde bağlanma davranışlarını inceleyen diğer bazı çalışmalarda; katılımcıları bağlanma stillerine göre tipolojik olarak sınıflandırmak yerine, daha çok bağlanma davranışı boyutsal olarak değerlendirilerek bu boyutlardan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırmaların yapıldığı görülmektedir. Çalışmamızda kullandığımız EBBÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da yapılacak değerlendirmelerde ve özellikle karşılaştırmalarda puan ortalamalarının kullanılmasının daha uygun olacağı görüşü belirtilmiştir (453). Bu doğrultuda çalışmamızda gerçekleştirdiğimiz korelasyon analizlerinde puan ortalamaları tercih edilmiştir. Tipolojik ölçümlere kıyasla boyutsal ölçümleri kullanmanın avantajları arasında artan duyarlılık, geçerlilik, güvenilirlik ve istatistiksel güç sayılabilir (235, 475).

2004 yılında Myhr, Sookman ve Pinard'ın yaptıkları bir araştırmada; 36 OKB, 16 depresyon hastası ve 26 kişiden oluşan kontrol grubu, bizim çalışmamızda kullandığımız EBBÖ ile benzer içerikteki ifadelerin olduğunu düşündüğümüz 18 maddeden oluşan Revize Edilmiş Yetişkin Bağlanma Ölçeği uygulanarak alt boyutlardan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırılmıştır. OKB ve depresyon hastaları, kontrol grubuna göre daha fazla oranda güvensiz bağlanma özellikleri göstermişler, ancak OKB ve depresyon hastaları arasında bağlanma boyutları

açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hem OKB grubu hem de depresif grup bağlanmanın kaygı boyutunda kontrol grubuna göre daha yüksek sorun bildirirken, depresyon grubu ve evli olmayan OKB'liler kullanılan ölçeğin bağlanmanın kaçınma boyutunu gösterdiği öne sürülen 'bağlanma ile ilişkili rahatsızlık' alt boyutundan daha yüksek puan ortalamaları almışlardır. Ayrıca Beck Depresyon Ölçeği ile bakılan depresif belirtilerin şiddeti OKB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmış, depresif belirti şiddetinin etkisini kontrol etmek için yapılan lineer regresyon sonucu Beck Depresyon Ölçeği ile bağlanma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmada ayrıca evli olmanın tüm gruplarda güvenli bağlanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (274).

Sümer ve ark. tarafından 2009 yılında gerçekleştirilen çalışmada; 40 depresyon, 35 OKB, 29 panik bozukluk ve 77 sağlıklı kontrol sadece İlişki Ölçekleri Anketi kullanılarak puan ortalamaları ile boyutsal açıdan karşılaştırılmış, kontrol grubunda klinik gruplara göre bağlanma kaygısının anlamlı ölçüde daha düşük düzeylerde olduğu, depresyon hastalarında bağlanmanın kaçınma boyutunun diğer gruplara göre daha yüksek oranda olduğu, OKB'lilerin depresyon ve panik bozukluğu olan hastalarda olduğu gibi bağlanmanın kaygı boyutunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldığı, kaçınma boyutunda kontrol grubu ile aralarında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (276).

Doron ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada ise; 30 OKB hastası, çeşitli anksiyete bozuklukları olan 20 kişi ve 32 sağlıklı kontrol yetişkin bağlanma stilleri açısından karşılaştırmış, OKB grubunun anksiyete ve kontrol gruplarına kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek düzeyde bağlanma kaygısına sahip olduğu saptanmıştır. Depresyon düzeyi kontrol edildiğinde bu farkın anlamlı kalmaya sürdüğü görülmüştür. Bağlanmanın kaçınma boyutunda ise gruplar arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Çalışmada gruplar arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık olduğu, kontrol grubunun diğer iki klinik gruba göre daha uzun örgün eğitim almış olduğu göze çarpmaktadır (244).

2011 yılında Carpenter ve Chung tarafından yapılan araştırmada; 82 OKB hastası ile 92 kişilik kontrol grubu bağlanma stilleri açısından Yakın İlişkiler Yaşantılar Envanteri kullanılarak karşılaştırılmış, OKB grubunda kontrol grubuna

göre bağlanmanın hem kaygı hem de kaçınma boyutları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışmada Y-BOCS kullanılarak obsesif kompulsif semptomların sayısı ve şiddeti değerlendirilmiş olup istatistiksel analizler incelendiğinde; her iki güvensiz bağlanma boyutu obsesyonların sayısı ve şiddeti ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü olarak korele bulunurken, güvensiz bağlanma boyutları ile kompulsiyonların sayısı ve şiddeti arasında ise anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmamıştır. Çalışmada OKB ve kontrol grupları arasında cinsiyet ve medeni durum açısından anlamlı farklılık görülmezken; yaş, eğitim düzeyi ve etnik köken açısından anlamlı farklılığın olduğu belirtilmiştir (474).

Marazziti ve ark. (2015) tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmada ilaç kullanımı ve depresyonu olmayan 44 OKB hastası ve 44 sağlıklı kontrol Yakın İlişkiler ve Yaşantılar Envanteri kullanılarak karşılaştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda da kaçınan ve kaygılı bağlanma boyutlarından alınan ortalama puanlar OKB hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışmada ayrıca Bartholomew'in 4'lü gruplandırmasına göre hasta ve kontrol grupları bağlanma stillerine göre kategorik olarak da sınıflandırılmış; kontrol grubunda anlamlı düzeyde güvenli bağlanma stiline sahip kişiler daha yüksek oranda bulunurken, OKB grubunda ise güvensiz bağlanma stilleri olan saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma stilleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda saptanmıştır ($p < 0.001$) (473).

Klinik örnekleme yapılan bu çalışmalar birlikte değerlendirildiği; çalışmaların bir kısmında (244, 274, 276) OKB hastalarının bağlanmanın kaygı boyutunda kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan ortalamaları aldığı, ancak kaçınma boyutunda hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılığın saptanmadığı görülmektedir. Klinik örnekleme yapılan diğer çalışmalarda (473, 474) ise bizim çalışmamızla uyumlu olacak şekilde, OKB hastalarının hem kaygı hem de kaçınma boyutu ortalama puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Kaygı ve kaçınma boyutları, güvensiz bağlanma altında değerlendirildiğinde; OKB grubunda güvensiz bağlanma boyutunun kontrol grubuna göre daha yüksek oranda olduğu, bu çalışmaların diğer bir benzer sonucu olarak düşünülebilir. Bizim çalışmamızda da bu açıdan

bakıldığında literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumlu olarak güvensiz bağlanma puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek görülürken güvenli bağlanma puan ortalamaları ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bağlanma stillerine göre kategorik olarak sınıflandırmanın klinik örnekleme yapılan bu çalışmaların sadece birinde (473) gerçekleştirildiği görülmekte olup, bu çalışmada bizim çalışmamız ile uyumlu olarak güvenli bağlanma stili sağlıklı kontrollerde OKB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek oranlarda saptanırken, güvensiz bağlanma stilleri ise OKB grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda bulunmuştur.

Çalışmamızda OKB hastalarında bağlanma boyutlarının depresif belirtilerin şiddeti ile olan ilişkisi incelendiğinde; depresif belirtilerin şiddeti ile güvenli bağlanma boyutu arasında negatif yönlü ve anlamlı ($p:0,035$), kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu ile arasında ise pozitif yönlü ve anlamlı ($p:0,002$) bir korelasyonun olduğu saptanmıştır. Kaçınan bağlanma boyutu ve depresif belirtilerin şiddeti arasında ise anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde (Tablo 8); OKB hastalarında depresif belirtilerin şiddetinin bağlanma boyutları ve obsesif kompulsif belirtilerin toplam şiddeti ($r:0,622$) ile korele olduğunun görülmesi nedeniyle, depresif belirtilerin şiddeti kontrol edilerek OKB ve hasta grupları bağlanma boyutları açısından yeniden karşılaştırılmıştır (Tablo 9). Karşılaştırma sonucunda; 2 grup arasındaki farkın anlamlı kalmayı sürdürdüğü saptanmıştır. OKB hastalarının kaçınan bağlanma ($p<0,001$) ve kaygılı/ambivalan bağlanma ($p<0,001$) ortalama puanları anlamlı olarak kontrol grubundaki kişilerin ortalama puanından yüksek; kontrol grubundaki kişilerin güvenli bağlanma ortalama puanı ($p:0,001$) anlamlı olarak OKB hastalarının ortalama puanından yüksek olduğu saptanmıştır ($p\leq0,05$). Ayrıca korelasyon analizinde olduğu gibi (Tablo 8), depresif belirtilerin düzeyi kontrol edilerek yapılan kısmi korelasyon analizinde de (Tablo 10) OKB hastalarında güvenli bağlanma boyutu ile kaçınan bağlanma boyutu arasında negatif yönlü ve anlamlı bir korelasyonun olduğu saptanmış, kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu ile diğer bağlanma boyutları arasında anlamlı düzeyde bir korelasyon bulunmamıştır.

Literatürde OKB ve depresyon birlikteliği sık karşılaşılan bir durumdur (476). Klinik örnekleme yapılan çalışmalarda, OKB olgularında %30-43 oranlarında major

depresyonun görüldüğü bildirilmektedir (1). OKB ve depresyonun birlikte sık görülmesi, her iki hastalığın oluşmasında rol oynayan ortak nörofizyolojik yollar ile ilişkilendirilmiştir (477). OKB'ye major depresyonun eşlik etmesinin, obsesif kompulsif semptomların süreğenliği, hastalığın şiddeti ve işlevsellikte görülen bozulma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (67, 70, 478-481). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak obsesif kompulsif belirtilerin toplam şiddeti ile depresif belirtilerin düzeyi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Depresyon ve OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma olmakla birlikte bu ilişkideki bağlanma boyutunu araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. OKB hastalarında bağlanma boyutlarının incelendiği 2 çalışmada OKB hastaları ve kontrol grubu arasında görülen güvensiz bağlanma boyutlarındaki anlamlı farkın depresyon belirtilerinin şiddeti kontrol edildiğinde de anlamlı kalmayı sürdürdüğü saptanmıştır (244, 274). Klinik olmayan örnekleme yapılan bir çalışmada da depresif belirtilerin düzeyi kontrol edildiğinde obsesif kompulsif belirtiler ve bilişler ile güvensiz bağlanma boyutları arasında anlamlı ilişkinin devam ettiği saptanmıştır (275).

382 OKB hastasının dahil olduğu dört yıllık uzunlamasına yapılan bir takip çalışmasında; OKB ile depresif belirtiler arasındaki ilişki bağlanma boyutu da eklenerek araştırılmış, başlangıç obsesif kompulsif semptomlarla ikinci yıl depresif belirtiler arasında dolaylı bir ilişki olduğu, bu dolaylı ilişkinin bağlanma stili ile şekillendiği, yüksek obsesif kompulsif belirtileri yaşayan güvensiz bağlanma stiline sahip kişilerin uzunlamasına takip sırasında depresif belirtileri daha fazla yaşama eğiliminde oldukları saptanmıştır. Ayrıca güvenli bağlanmanın OKB'de ortaya çıkabilecek depresif belirtilerin gelişimini engelleyici etkisi olduğu bildirilmiştir (482).

OKB, güvensiz bağlanma boyutları ve depresif belirtiler arasındaki ilişki, bilişsel kuramlar içerisinde yer alan maladaptif duygu düzenleme stratejileri ve psikopatolojilerin ortaya çıkmasında yatkınlığa neden olabilecek bilişsel yapılar ile açıklanabilir. Goldberg ve arkadaşları tarafından olumsuz duyguların bastırılmasının OKB belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olduğu gösterilmiştir (483). Güvensiz

bağlanmada emosyonel regülasyonda kullanılan kaygı temelli hiperaktivasyon stratejileri, kişiyi duygudurum değişikliklerine karşı aşırı duyarlı hale getirirken, kaçınma temelli deaktivasyon stratejileri ise duygulara yönelik farkındalığı azaltmakta ve bilgi işleme süreçlerinde bozulmalara neden olmaktadır (224). Kaygılı bağlanma stilinde daha sık görülen hiperaktivasyon stratejileri ile kaçınan bağlanmada daha sık kullanılan deaktivasyon stratejilerinin ve bunlar ile ilişkili duygu düzenleme yollarının, duygudurum bozuklukları ile oldukça ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Diğer taraftan güvenli bağlanmanın olumsuz yaşam olaylarında oluşabilecek olumsuz duygulanıma karşı koruyucu olduğu düşünülmektedir (484).

Çalışmamızda OKB hastalarında obsesif kompulsif belirtiler ve bağlanma boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, belirtilerin toplam puanı ile kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p:0,002$). Çalışmamızda OKB belirtilerini değerlendirmekte kullandığımız PE'nin 5 farklı alt boyutu ile bağlanma boyutları arasındaki ilişki korelasyon analizleri ile incelenmiştir. Kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu ile temizlik ($p:0,013$) ve düşüncelere kapılma ($p:0,003$) arasında pozitif yönlü normal düzeyde, dürtüler ($p:0,042$) ve kesinlik ($p:0,03$) belirti alt boyutlarıyla ise pozitif yönlü zayıf düzeyde olmak üzere 5 alt boyutun 4'ünde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca kaygılı/ambivalan boyutu puanlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kontrol belirti alt boyutu ile de pozitif yönlü bir korelasyon içerisinde olduğu görülmüştür ($r:0,270$ $p:0,084 > 0,05$). Çalışmamızda şaşırtıcı bir şekilde negatif yönlü olarak saptanan, kullanılan ölçeğin kontrol alt grubu ile kaçınan bağlanma boyutu arasında zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p:0,05$). Çalışmamız sonuçları incelendiğinde kaygılı bağlanma boyutunun OKB hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin hem toplam ve alt alanlarının önemli kısmı ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gözükmemektedir.

Literatürde OKB hastalarında bağlanma stillerini inceleyen çalışmaların bir kısmında obsesif kompulsif belirtiler ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmiş olduğu, önemli bir kısmında ise bu ilişkinin araştırılmadığı görülmektedir. Obsesif kompulsif belirtiler ve bağlanma boyutlarındaki ilişki daha çok klinik dışı örneklemelerde araştırılmıştır.

Bu ilişkinin de araştırıldığı klinik örnekleme yapılan bir çalışmada; bağlanmanın hem kaygı hem de kaçınma boyutları ile obsesyonların sayısı ve şiddeti arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir korelasyon olduğu bulunmuş ancak güvensiz bağlanma boyutları ile kompulsiyonların sayısı ve şiddeti arasında ise anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmamıştır (474).

Asad ve Dawood tarafından klinik örnekleme yapılan bir başka çalışmada ise 90 OKB hastası Revize Edilmiş Yetişkin Bağlanma Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş ve obsesif kompulsif belirti boyutları ile bağlanmanın kaygı ve kaçınma boyutları arasında herhangi bir anlamlı ilişkiye ulaşılmamıştır (485).

Doron ve arkadaşlarının 446 öğrenciyi içeren klinik olmayan bir örnekleme yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızda kullanılan PE'nin revize formunu uygulayarak obsesif kompulsif belirtiler ve bağlanma arasındaki ilişkiyi araştırmış, bağlanma kaygısı ve kaçınmanın yüksek oranda OKB semptomları ve bilişleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, depresyon kontrol edildiğinde bağlanma boyutlarının daha yüksek OKB bilişleri üzerinden OKB semptomlarını etkilediği bir aracılı modeli desteklemiş ve bağlanmanın kaygı boyutunun, kaçınma boyutundan biraz daha büyük bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (275).

Boysan ve Çam'ın 2018 yılında 334 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızda olduğu gibi PE'nin revize formu uygulanmış, envanterin total ve alt ölçek skorlarının tümü ile hem kaygılı hem de kaçınan bağlanma boyutları arasında anlamlı ilişkinin olduğu ve güvensiz bağlanma boyutlarının obsesif kompulsif belirtilerin şiddetine katkıda bulunduğu saptanmıştır. Çalışmada spesifik olarak korkulu ve saplantılı bağlanma stiline sahip olan katılımcılar obsesif-kompulsif semptomatoloji ve obsesif inançlar açısından daha yüksek puanlar bildirmişlerdir. Çalışmada ayrıca yapısal bir modelleme yaklaşımı kullanılarak, sorumluluk/tehdit çıkarımının bağlanma kaygısı ve kaçınma yoluyla obsesyon semptomatolojisine önemli ölçüde katkıda bulunduğu saptanmıştır (262).

Koohsar ve Bona'nın klinik dışı 469 üniversite öğrencisinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında güvensiz bağlanma boyutları ile obsesif kompulsif davranışlar ve fobik anksiyete arasında anlamlı ilişkinin olduğu bulunmuştur (278).

Yakın zaman önce yayınlanan bir meta-analiz çalışmasında; OKB belirtileri ve bağlanma stilleri arasındaki ilişki, yukarıda bahsettiğimiz çalışmaları da içerecek şekilde sekizi klinik örnekleme ve sekizi klinik dışı popülasyonda yapılmış olan toplamda 16 çalışma incelenmiş, hem kaygılı hem de kaçınan bağlanmanın OKB belirtileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kaygılı bağlanma ile OKB belirtileri arasındaki ilişki orta ila büyük düzeyde bir etki boyutuna sahip bulunurken, kaçınan bağlanma ile OKB belirtileri arasında ise orta düzeyde bir etki büyüklüğü meta-analiz sonucunda saptanmıştır. OKB popülasyonunda (klinik örnekleme) ve genel popülasyonda (klinik dışı örnekleme) yapılan çalışmalarda etki boyutları önemli ölçüde farklılık göstermediği bildirilmiştir (486).

Bizim çalışmamızda literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarından farklı olarak bağlanmanın anksiyete boyutu ile obsesif kompulsif belirtiler arasında daha ön planda bir ilişki olduğu görülmektedir. Çalışmamızda görülen diğer ilginç bir durum ise bağlanmanın kaçınma boyutunun hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmasına ve hasta grubunda kaçınma boyutundan alınan puan ortalamalarının da kaygı boyutundan alınan puan ortalamalarına göre yüksek olmasına rağmen, obsesif kompulsif toplam belirti şiddeti ve belirti alt boyutlarının önemli kısmı ile kaçınan bağlanma boyutu arasında anlamlı bir ilişkinin saptanmamış olmasıdır. Çalışmamızda ayrıca şaşırtıcı bir şekilde kaçınan bağlanma boyutu ile obsesif kompulsif belirtilerin kontrol alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu durum kullandığımız PE'nin bir öz bildirim ölçeği olmasından kaynaklanıyor olabilir. Klinik örnekleme yapılmış çalışmaların önemli kısmında görüşmeci tarafından doldurulan Y-BOCS'ın kullanılmış olduğu görülmektedir. Daha önce değindiğimiz gibi deaktivasyon stratejilerini daha çok kullanan kaçınan bağlanma stiline sahip kişilerde bu stratejilerin, kişinin duygularına dair farkındalığını azalttığı ve bilgi işleme süreçlerinde bozulmalara yol açtığı öne sürülmektedir (224). Azalan bu farkındalık düzeyi kişinin yaşamakta olduğu belirtileri ve belirti düzeylerini hatalı değerlendirmesine yol açıyor olabilir. Bu durum, hasta grubunda bağlanmanın kaçınma boyutu arttıkça OKB belirtilerinin öz-bildirim ölçekleri ile değerlendirilmesinde tutarsızlıklar ortaya çıkarıyor olabilir. Alternatif olarak bağlanmanın kaçınma boyutu OKB hastalarında obsesif kompulsif belirtiler yerine daha fazla oranda obsesif bilişler ve diğer başka faktörler üzerinden

OKB ile ilişki içerisinde olabilir. Nitekim OKB ile bağlanma arasındaki ilişkiyi obsesif bilişler üzerinden açıklamaya yönelik çeşitli aracılı modeller öne sürüldüğü ve bunlara dair kanıtların elde edildiği çalışmalar literatürde görülmektedir (262, 275, 487). OKB heterojen bir hastalık olup ortaya çıkmasında obsesif bilişlerin de dahil olduğu birçok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir. Asad ve Dawood tarafından klinik örnekleme yapılan çalışmada da bağlanmanın kaçınma ve kaygı boyutları obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkili saptanmamakla birlikte, obsesif bilişler ile ilişkili oldukları saptanmış olduğu görülmektedir (485).

van Leeuwen ve ark. tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında da belirtildiği üzere literatürde OKB ve bağlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların önemli kısmında, bu ilişkiyi etkileyebilecek depresyon, anksiyete bozuklukları ve kişilik boyutları gibi bir çok faktörün karıştırıcı etkisinin kontrol edilmemiş olduğu, meta-analiz çalışmasında da bu faktörlerin etkilerinin kontrol edilemediği bildirilmiştir (486). Bizim çalışmamızda da yeterli oranda kontrol edilemediği bu faktörlerin obsesif kompulsif belirtiler ve bağlanma arasındaki ilişkide ortaya çıkan farklı sonuçlarda etkileri olabilir.

Bu durumun daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla ileriki dönemde yapılacak olan çalışmalarda obsesif kompulsif belirtiler ve içgörüyeye dair hem öz-bildirim hem de görüşmeci tarafından doldurulacak ölçeklerin birlikte uygulanarak karşılaştırmaların yapılmasının, diğer karıştırıcı faktörlerin etkilerinin kontrol edildiği ve hasta grupları üzerinde OKB etiolojinde yer aldığı düşünülen diğer faktörler ile de bağlanma boyutları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği uzunlamasına yapılacak çalışmaların gerekli olduğu düşüncesindeyiz.

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bağlanma ve Zihin Kuramı

Çalışmamızda OKB hasta grubunda kognitif ZK becerilerini kullandığımız İAT ile güvensiz bağlanma boyutları arasında negatif yönlü anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (Tablo 8). Bu korelasyon kaçınan bağlanma boyutunda, kaygılı bağlanma boyutunu göre daha yüksek anlamlılık göstermiştir. Affektif ZK becerilerini değerlendirdiğimiz GZOT ile güvensiz bağlanma boyutları arasında da

negatif yönlü bir korelasyon olduğu görülmekle birlikte bu korelasyon anlamlılık düzeyinde bulunmamıştır (kaçıngan bağlanma için $p:0,055$ / kaygılı-ambivalan bağlanma için $p:0,057$). OKB hastalarında depresif belirtilerin şiddeti kontrol edilerek yapılan kısmi korelasyon analizinde (Tablo 10) ise kaçıngan bağlanma boyutu ile İAT skoru arasındaki negatif yönlü ilişki anlamlı kalmayı sürdürmekle birlikte ($p:0,007$), kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu ile İAT skoru arasındaki negatif yönlü korelasyon anlamlılığını sürdürememiştir ($p:0,066 > 0,05$).

Literatürde ZK ve bağlanmanın birlikte değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur. ZK ve bağlanma üzerine yapılan bu araştırmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bazı çalışmalar güvenli bağlanmada ZK becerilerinin daha iyi olduğunu gösterirken (439-441), diğer bazı çalışmalar ise bağlanma ve ZK arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (335, 336, 442). Okul öncesi ve okul çağındaki çocuklar ile yapılan bir çalışmada, güvenli bağlanmanın ZK yetileri ile anlamlı korelasyon gösterdiği sonucuna varılmıştır (439). Erişkinlerde klinik örnekleme yapılan bir çalışmada; güvensiz bağlanmanın yeme bozukluğu olan hastalarda daha sık görüldüğü ve hasta grubunda zihinselleştirme kapasitesinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bildirilmiştir (488). Ayrıca bazı yazarlar, borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda güvensiz bağlanma ve ZK becerilerindeki eksikliklerinin birlikte bulunduğunu ve gelişimsel süreçte bağlanmanın ZK becerilerinin kazanılmasında rol oynadığını öne sürmektedir (465, 489).

Bakım verenlere bağlanmayla erken dönemlerinden itibaren çocuklar, hem kendilerinin hem de ilişkide olduğu başkalarının iç temsillerini oluştururlar (430-432). Bağlanmanın kalitesi, bir çocuğun başkalarının zihinsel durumlarını ve duygularını anlama ile çıkarımlarda bulunma yeteneğini etkiler ve bu da ZK yeteneklerine tesir eder (430, 433).

Ebeveyn-çocuk ilişkisinin çocukların sosyal dünyalarının evrimleşen temsillerinde birinci rolü üstlendiği görüşü, bağlanma ilişkisinin kalitesinin çocukların kendilerini ve başkalarını anlamalarını şekillendirdiğini öne süren bağlanma kuramcılar tarafından uzun süredir öne sürülmektedir. Bağlanma teorisine göre; güvenli bağlanma, bağlanma figürlerinin davranışlarını tahmin etmek için etkili bir şekilde kullanabilecekleri ilişkinin tutarlı ve organize zihinsel temsillerini

oluşturmalarını kolaylaştırır. Bu kabiliyet daha sonra çocukların Bowlby'nin "hedefi düzeltilmiş ortaklıklar" olarak adlandırdığı ve kendi ile bağlanma figürünün hedeflerini hizalamalarını sağlayan bağlanma figürüne yönelik farkındalıklarını kullanmalarını sağlar. Bu nedenle, bağlanma ilişkileri çocuklara davranışları yönlendirmek için başkalarının zihinsel temsillerine katılma ve bunları kullanma yolları sunar. Bu süreç zihin kuramıyla birçok benzerliği paylaşır. Böylece çocuklar insanların davranışlarını açıklayan inanç ve arzuları ile ilgili teoriler geliştirirler. Güvenli bir bağlanma ilişkisi, çocuğa bakıcının inançlarının ve arzularının istikrarlı ve organize zihinsel temsillerini sağlar ve bu da diğer insanların zihinsel durumlarını anlamak için genelleştirilebilir. Güvensiz bağlanma sonucu ortaya çıkan olumsuz içsel çalışma modelleri; bireyin kendi, diğerleri ve dünyaya ilişkin edindiği bilgileri yanlış işlemesine, başkalarının zihinsel durumu ile ilgili hatalı çıkarımlar yapmasına neden olabilmektedir (336).

Biriken araştırma sonuçları; güvensiz bağlanmanın aşırı formlarının, özellikle de dezorganize bağlanmanın, sonraki yaşam sürecinde zihinselleştirme becerilerini kötüleştirdiğini göstermektedir (490).

Bebeklerin duygularının bakım verenler tarafından uygun şekilde aynalanmasının duygusal öz-farkındalık ve duygu regülasyonunda önemli rol oynadığı bazı araştırmacılar tarafından öne sürülmektedir (434). Bebeğin duygusunun uygun bir şekilde kendisine aynalanması ya da yansıtılması ile zihin kuramının affektif odaklı bileşeninin temelini oluşturan kendi zihnine ait ikincil temsillerin (üst temsillerin) gelişmesi sağlanmaktadır (435). Affekt merkezli zihin kuramı; kişinin duygularını tanımlama, üzerinde düşünme, ifade etme ve düzenleme ile kişinin kendi ve başka birinin duygusal durumunu ayırt etme yeteneğidir. Duygu merkezli zihinselleştirme, sağlıklı ve başarılı kişilerarası etkileşim için son derece anlamlı kabul edilmektedir. Olumsuz duyguyu algılama ve düzenleme ruhsal sağlık için önem arz etmektedir. Çünkü algılanamayan veya düzenlenemeyen aşırı duygusal durumlar strese neden olur ve yeterli baş etme becerileri bulunmaması durumunda dış düzenleyicilerin (örneğin emosyonel yeme, alkol ya da madde) kullanımına neden olabilir (435). Olumsuz duyguların başarısız yönetimi kişilerarası ilişkilerde hasara neden olabilir.

Sosyal ilişkilerde önemli etkileri olan ve gelişimsel süreçte de birbiri ile bağlantılı olarak geliştiği düşünülen ZK becerileri ve bağlanma stillerinin önceki bölümlerde belirttiğimiz üzere OKB hastalarında sınırlı sayıda çalışmaya konu olduğu ve literatürde OKB hastalarında bu iki özelliğin birlikte değerlendirildiği bir çalışmanın bulunmadığı görülmektedir.

OKB'nin çağdaş etiyolojik modellerinin çoğu, semptomatolojinin başlatılması ve sürdürülmesi için merkezi olarak kabul edilen ve büyük bir ikna edici kanıt gövdesi oluşturmuş olan yolların bilişsel kavramsallaştırmasına büyük ölçüde dayanmasına rağmen, bu modellerin gelişimsel bir bakış açısıyla bozukluğun altında yatan yatkınlıkları açıklaması çok daha az olasıdır (262). Bu nedenle, OKB'nin kırılganlık faktörlerinin altında yatan bilişsel-duygusal yapıları tanımlamak amacıyla OKB fenomeninin etiyolojik yönlerini daha sıkı anlamaya yardımcı olacak bilişsel, gelişimsel ve bağlanma araştırmalarının gerekli olduğu ileri sürülmüş ve bu çalışmalara dayanarak geleneksel bilişsel-davranışçı modellerin daha da iyileştirilmesi ve genişletilmesi önerilmektedir (263, 264).

Özellikle erken gelişim dönemlerinden itibaren kazanılmaya başlayan ve gelişim dönemleri sonrasında kısmen stabil seyrettiği düşünülen bağlanma stilleri ve ZK becerilerinde görülen eksiklikler, çalışma sonuçları beraber değerlendirildiğinde OKB'nin ortaya çıkmasında yatkınlığa neden oluyor olabilir. Alternatif olarak çevresel faktörlerin etkisi ve özellikle bu alanlarda uygulanan terapi yöntemleri ile kısmen değişime uğradığı çeşitli araştırmalar (465, 491) sonucu öne sürülen bu özellikler, OKB sürecinde kişilerde değişime uğruyor olabilir. Bu ilişkilerin daha iyi anlaşılabilmesi için kesitsel çalışmaların dışında daha geniş örneklemelerde, diğer karıştırıcı faktörlerin de etkisinin kontrol edildiği uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç olduğu gözükmemektedir.

Kısıtlılıklar

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle örneklem büyüklüğümüzün görece sınırlı olması ve OKB grubunun sadece hastaneye başvurmuş olanlardan oluşması elde ettiğimiz bulgularının genellemesinde kısıtlılığa yol açmaktadır. Ayrıca hasta grubunun sadece aktif dönemdeki hastalardan tercih

edilmiş olması diğerk bir kısıtlılıktır. OKB'de bağlanma ve ZK üzerine yapılan diğerk araştırmalarda da hastaların aktif ya da remisyonda olduğuna dair ayırım yapılmamış olduğu görülmektedir. Remisyondaki hastaların çalışmalarda değerlendirilmemiş olması, OKB'nin klinik gidişinde belirtilerin şiddet ve biçimlerinde dalgalanmalar gözlenmekle birlikte, uzunca bir süre belirtilerin tamamen düzelmesi ya da tam remisyonunun nadir olmasından (1) kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan OKB hastalarının kullanmakta olduğu ilaç ve psikoterapötik tedavi bilgilerinin alınmadığından dolayı tedavi uygulamalarının karıştırıcı etkisi kontrol edilememiştir.

Çalışmamıza dahil olan hastaların birincil tanısı OKB olması dışında, depresyon ve anksiyete belirtileri özbildirim ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Hem ZK hem de bağlanma ile ilişkileri olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilen olası anksiyete bozuklukları, depresyon ve kişilik bozukluklarının varlığı klinik görüşme ile değerlendirilmemiştir. OKB'li hastalarda, eşlik eden diğerk birinci eksen bozuklukların %50'den fazla oranlarda bulunmakta olduğu, üçte ikisinde eştanı olarak en az bir psikiyatrik bozukluk bulunduğu ve yaşam boyu komorbiditenin ise %86-92 oranlarına ulaştığı (61-64) göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızdaki hasta grubunda da ek psikiyatrik hastalıkların saptanma olasılığı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza dahil edilen katılımcılarda diğerk nörobilişsel fonksiyonların değerlendirilmemiş olması çalışmamızın başka bir kısıtlılığıdır. Çeşitli nörobilişsel işlevler ile ZK becerileri arasında ilişkilerin olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmamızdaki katılımcıların önemli oranda eğitim düzeylerinin  niversite veya yüksekokul düzeyinde olması da, genel toplumu yansıtmayan bir özelliktir. Ayrıca eğitim düzeyinin yüksek olması ZK test performansını etkilediği bilinmektedir (459). Fakat  alışmamızda hasta ve kontrol grubunun eğitim düzeylerinin eşleştirilmiş olması bu kısıtlılığın etkisini azaltmaktadır.

Çalışmamızda kullanılan İAT'nin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının ülkemizde henüz yapılmamış olması, Türk hasta ve kontrol gruplarında testin

kullanılması konusunda kısıtlılığa yol açmaktadır. Ancak literatürdeki çalışmalarda bu testin orijinal halinden Türkçe'ye çevrilerek kullanılmakta olduğu, dünyada da farklı coğrafyalarda orijinal halinden çevrilerek uygulanmakta olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda bağlanma boyutları bir özbidirim ölçeği olan EBBÖ ile değerlendirilmiş olması çalışmamızın bir başka kısıtlılığıdır. Literatürdeki çalışmaların birçoğunda bağlanma stillerinin kişini beyanına bağlı özbidirim formları ile ölçülmesinden kaynaklanan yanlışlıklar nedeniyle bağlanma ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin tam olarak anlaşılamadığı öne sürülmektedir (216). Kişinin beyanına dayalı ölçümlerin hem savunucu tutumlara açık olması, hem de ölçeklerin ölçüm gücünden kaynaklanan sorunlar nedeniyle bağlanma stili ya da boyutları nesnel olarak temsil edemediği bilinmektedir (224). Bu sebeple, çalışmamızdaki önemli kısıtlılıklardan birisi bağlanma boyutlarının bir özbidirim ölçeği ile ölçülerek ifade edilen yanlışlıklara açık durumda olmasıdır. Her ne kadar bağlanmanın kaçınma ve kaygı boyutları ile ZK becerilerinin psikopatolojiye yol açabileceği tartışılmışsa da çalışmanın korelasyona dayalı bir çalışma olduğu ve bu nedenle elde edilen bulguların neden-sonuç ilişkisi için doğrudan kanıt oluşturmayacağı göz önünde bulundurulmalıdır (276). Ayrıca çalışmamız kesitsel bir araştırma olmasından dolayı neden-sonuç ilişkisi kurulmasına imkan vermemektedir. Çalışmamızda ayrıca erken bağlanma deneyimlerinin içselleştirilmesini yansıttığı düşünülen yetişkin bağlanma ölçeği kullanılmıştır. Bağlanma stillerinin zaman içerisindeki göreceli stabilitesini sürdürdüğünü destekleyen önemli kanıtlar bulunmaktadır (224). Bununla birlikte çevresel değişkenler bağlanmanın temsillerinin stabilitesini azaltabilir (254, 368, 492, 493). Bu nedenle yetişkin bağlanma güvensizlikleri ve OKB belirtileri arasındaki ilişki kısmen olumsuz yaşam olaylarının etkisini yansıtabilir. Alternatif olarak OKB'de görülen belirtiler bağlanma sistemini aktive ederek yetişkinlerde güvensiz bağlanma boyutlarının yoğunlaşmasına neden olabilir (244). ZK becerilerinde çeşitli hastalıklarda aktif dönem sırasında ve sonrasında da değişimlerin olduğunun gösterilmiş olması benzer olasılıkların ZK için de göz önünde bulundurulmasını gerektirmektedir. Uzunlamasına yapılacak araştırmalar, klinik örnekleme bu yapılar arasındaki ilişkinin nedensel doğası hakkında daha fazla bilgi sağlayabilir.

8. SONUÇLAR

OKB hastalarında ZK becerileri ve bağlanma boyutları arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmanın sonucunda:

1. OKB hastalarında kontrollere kıyasla affektif ve kognitif ZK becerilerinin önemli ölçüde daha zayıf olduğu görülmüştür.
2. OKB hastalarında hem affektif hem de kognitif ZK becerilerinin anksiyete belirtilerinin düzeyi ile negatif yönlü anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu saptanmıştır.
3. OKB hastalarında ZK becerilerinin birbiri ile önemli düzeyde pozitif yönde ilişki içerisinde olduğu ve bu ilişkinin de depresif belirtilerin düzeyi kontrol edildiğinde de sürdüğü saptanmıştır.
4. Çalışmamızda bağlanma boyutsal olarak değerlendirilmiş, OKB hastalarında kaçınan ve kaygılı/ambivalan bağlanma boyutlarının kontrol grubuna göre belirgin bir biçimden daha yüksek, güvenli bağlanma boyutunun ise daha düşük olduğu görülmüştür.
5. Hasta ve kontrol grupları arasındaki bağlanma boyutlarına göre görülen anlamlı farklılığın depresif belirtilerin düzeyi kontrol edildiğinde de anlamlılığını sürdürdüğü bulunmuştur.
6. OKB hastalarında depresif belirtilerin şiddeti ile güvenli bağlanma boyutu arasında negatif yönlü, kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu arasında ise pozitif yönlü önemli düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Depresif belirtilerin şiddeti ile kaçınan bağlanma boyutu arasında ise anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır.
7. OKB hastalarında bağlanma boyutları ve ZK becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde; kaçınan ve kaygılı/ambivalan bağlanma boyutları ile kognitif ZK becerileri arasında negatif yönlü ve önemli düzeyde bir ilişki bulunurken, affektif ZK becerileri ile bağlanma boyutları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır. Depresif belirtilerin etkisi kontrol edildiğinde OKB hastalarında sadece kaçınan bağlanma boyutu ile kognitif ZK becerileri arasındaki ilişki anlamlı kalmaya devam ettiği görülmüştür.

8. OKB hastalarında obsesif kompulsif belirtiler ile ZK becerileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, kaygılı/ambivalan bağlanma boyutu ile belirtilerin toplam şiddeti ve temizlik, düşüncelere kapılma, dürtüler, kesinlik belirti alt boyutları arasında önemli düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür.
9. OKB hastalarında kaçınan bağlanma ile ise obsesif kompulsif belirtilerin kontrol alt boyutu arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuş, belirtilerin toplam şiddeti ve diğer belirti alt boyutları ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
10. Varsayımımızın aksine, OKB hastalarında belirtilerin başlama yaşı ile bağlanma boyutları ve ZK becerileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

9.KAYNAKLAR

1. Tükel R, Obsesif Kompulsif Bozukluk. Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri, 2018; 379-404
2. Öztürk M. Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Baskı. Nobel Tıp Kitapları, 2011. 40. 2016.
3. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. Psikiyatri temel kitabı. Ankara: HYB Basın Yayın. 2007:265-78.
4. Tükel R, Alkın T. Anksiyete bozuklukları. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi. 2000.
5. Akgün N. Obsesyonel Nevroz Saplantı-Zorlantı Bozukluğu. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. 1989.
6. Organization WH. The world health report: 1999: making a difference: World Health Organization; 1999.
7. Bayraktar E. Obsesif-kompulsif bozukluk. Psikiyatri Dünyası. 1997;1:25-32.
8. Özerdem A. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi. 1998;1(2):98-102.
9. Erkmen H. OKB ve Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları. Işık E, Taner E, Işık U (editörler) Güncel Klinik Psikiyatri kitabında (2 Baskı) Ankara, Asimetrik Paralel. 2008:177-88.
10. Jakes I. Theoretical approaches to obsessive-compulsive disorder: Cambridge University Press; 2006.
11. Baer L, Jenike MA, Minichiello WE. Obsessive-compulsive disorders: Theory and management: Year Book Medical Publishers; 1990.
12. Association AP. DSM-1: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Washington. DC: The Association. 1952.
13. Association AP, Nomenclature Co, Statistics. DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: American Psychiatric Association; 1975.
14. Association AP. DSM III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: American Psychiatric Association; 1980.
15. APA APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 1994.
16. Segal DL. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). The Corsini Encyclopedia of Psychology. 2010:1-3.
17. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.

18. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: Geneva: World Health Organization; 1992.
19. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of general psychiatry*. 1984;41(10):949-58.
20. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(12):1094-9.
21. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*. 1992;15(4):743-58.
22. Kolada J, Bland R, Newman S. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89:24-35.
23. Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995.
24. Weisman M, Bland R, Canino G, Greenwald S, Hwu H-G, Lee C, et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical Psychiatry*. 1994;55(3 Suppl.):5-10.
25. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1986.
26. Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2004;45(5):362-6.
27. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 1991;158(2):260-3.
28. Last CG, Strauss CC. Obsessive—compulsive disorder in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*. 1989;3(4):295-302.
29. Swedo S, Rapaport J, Leonard H. Obsessive compulsive disorder: clinical phenomenology of 70 cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:335-41.
30. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(1):19-27.
31. Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*. 1996;10(1):37-46.
32. Veale D. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*. 2004;3(6):65-8.

33. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry*. 1999;14(8):434-41.
34. Kılıç C. Türkiye ruh sağlığı profili: Erişkin nüfus sonuçları. Sağlık Bakanlığı, Ankara. 1998.
35. CilliÇilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*. 2004;45(5):367-74.
36. Selvi Y, Beşiroğlu L, Akbaba AT, Aydın A, Özbebit Ö, Atli A, et al. Van II Merkezi Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2010;13(1):5-13.
37. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
38. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B, et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*. 2005;21(3):112-7.
39. Rapoport JL. The waking nightmare: an overview of obsessive compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 1990.
40. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2001;55(6):623-7.
41. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1995.
42. Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*. 1997;6(4):154-8.
43. Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A, et al. Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 1998;248(5):240-4.
44. Köroğlu E. PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri: Hekimler yayın birliği; 2004.
45. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(2):121-7.
46. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 1999;89(3):229-38.
47. Tot S, Yazici K, Yazici A, Erdem P, Bal N, Buturak V. Obsesif kompulsif bozuklukta tedaviye cevapla ilişkili etkenler1/Factors associated with treatment response in obsessive compulsive disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(4):197.

48. Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB, et al. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2001.
49. Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F, et al. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry*. 2002;17(7):407-10.
50. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43(2):150-7.
51. Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2002;16(4):413-23.
52. Kishore VR, Samar R, Reddy YJ, Chandrasekhar C, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2004;19(4):202-8.
53. Solyom L, DiNicola V, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1985;30(5):372-80.
54. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 2001;34(2):62-8.
55. Torres AR, Del Porto JA. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Psychopathology*. 1995;28(6):322-9.
56. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *The American journal of psychiatry*. 1986.
57. Sobin C, Blundell M, Karayiorgou M. Phenotypic differences in early-and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2000;41(5):373-9.
58. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early-and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *Journal of Psychiatric Research*. 2003;37(2):127-33.
59. Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs M, Demonfaucon F, Barrot I, et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of affective disorders*. 2004;79(1-3):241-6.
60. do Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HdS, Sada P, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(11):1899-903.
61. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*. 2001;110(4):585.

62. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994;55:15-27; discussion 8-32.
63. Tamam L, Saygili M, Ünal M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi/Comorbidity of anxiety disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(2):69.
64. Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif kompulsif bozukluğun eksen I ve Eksen II bozuklukları ile birlikteliği. *Türkiye'de Psikiyatri*. 2006;8(1):1-5.
65. Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky H-G, Zitterl W. Obsessive-compulsive disorder and depression. *Psychopathology*. 1993;26(3-4):145-50.
66. Pallanti S, Grassi G, Cantisani A, Sarrecchia E, Pellegrini M. Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. *Frontiers in psychiatry*. 2011;2:70.
67. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A, et al. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*. 1997;46(1):15-23.
68. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac J, Akiskal HS. Obsessive-Compulsive Disorder: Familial-Developmental History, Symptomatology, Comorbidity and Course with Special Reference to Gender-Related Differences. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;169(1):101-7.
69. Perugi G, Akiskal HS, Ramacciotti S, Nassini S, Toni C, Milanfranchi A, et al. Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: is there a bipolar II connection? *Journal of psychiatric research*. 1999;33(1):53-61.
70. Tükel R, Meteris H, Koyuncu A, Tecer A. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2006;256(4):240-5.
71. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43(3):204-9.
72. VARMA GS, TÜMKAYA S, KARADAĞ F. Obsesif kompulsif bozuklukta silik nörolojik belirtiler. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(3):33-7.
73. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD, et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999.
74. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2000;14(1):19-30.

75. Lopez-Rodriguez F, Gunay I, Glaser N. Obsessive compulsive disorder in a woman with left basal ganglia infarct: a case report. *Behavioural neurology*. 1997;10(2-3):101-3.
76. Potvin O, Hudon C, Dion M, Grenier S, Prévaille M. Anxiety disorders, depressive episodes and cognitive impairment no dementia in community-dwelling older men and women. *International journal of geriatric psychiatry*. 2011;26(10):1080-8.
77. Ames D, Cummings JL, Wirshing WC, Quinn B, Mahler M. Repetitive and compulsive behavior in frontal lobe degenerations. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 1994;6(2):100-13.
78. Anderson KE, Gehl CR, Marder KS, Beglinger LJ, Paulsen JS, Group HS. Comorbidities of obsessive and compulsive symptoms in Huntington disease. *The Journal of nervous and mental disease*. 2010;198(5):334.
79. Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(2):182-9.
80. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang K-Y, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(4):358-63.
81. Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. 2005.
82. Torgersen S. Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*. 1983;40(10):1085-9.
83. Nicolini H, Arnold P, Nestadt G, Lanzagorta N, Kennedy JL. Overview of genetics and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2009;170(1):7-14.
84. Pauls DL, editor *The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence*. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*; 2008: Wiley Online Library.
85. Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Molecular psychiatry*. 2013;18(7):799.
86. Eşel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 3(1):46-55.
87. Baumgarten H, Grozdanovic Z. Role of serotonin in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 1998;173(S35):13-20.
88. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL, et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents: a double-blind crossover comparison. *Archives of General Psychiatry*. 1989;46(12):1088-92.
89. Insel TR, Mueller EA, Alterman I, Linnoila M, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection? *Biological Psychiatry*. 1985;20(11):1174-88.

90. Thoren P, Åsberg M, Bertilsson L, Mellström B, Sjöqvist F, Träskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: II. Biochemical aspects. *Archives of General Psychiatry*. 1980.
91. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *The Journal of clinical psychiatry*. 2004;65:18-21.
92. Bastani B, Nash JF, Meltzer HY. Prolactin and cortisol responses to MK-212, a serotonin agonist, in obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 1990;47(9):833-9.
93. Lesch KP, Hoh A, Disselkamp-Tietze J, Wiesmann M, Osterheider M, Schulte HM. 5-Hydroxytryptamine_{1A} receptor responsivity in obsessive-compulsive disorder: comparison of patients and controls. *Archives of general psychiatry*. 1991;48(6):540-7.
94. Koran LM, Pallanti S, Quercioli L. Sumatriptan, 5-HT_{1D} receptors and obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2001;11(2):169-72.
95. Stern L, Zohar J, Cohen R, Sasson Y. Treatment of severe, drug resistant obsessive compulsive disorder with the 5HT_{1D} agonist sumatriptan. *European Neuropsychopharmacology*. 1998;8(4):325-8.
96. El Mansari M, Blier P. Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2006;30(3):362-73.
97. Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*. 2002;360(9330):397-405.
98. Vythilingum B, Cartwright C, Hollander E. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: experience with the selective serotonin reuptake inhibitors. *International clinical psychopharmacology*. 2000;15:S7-13.
99. Denys D, Nieuwerburgh FV, Deforce D, Westenberg HG. Prediction of response to paroxetine and venlafaxine by serotonin-related genes in obsessive-compulsive disorder in a randomized, double-blind trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(5):747-53.
100. Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ, Serlin RC. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Archives of General psychiatry*. 1995;52(1):53-60.
101. Karslıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(3):3-13.
102. IŞIKLI S, GÖNÜL AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(3):24-32.
103. Denys D, Zohar J, Westenberg H. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *The Journal of clinical psychiatry*. 2004;65:11-7.

104. McDougle CJ, Goodman WK, Delgado PL, Price LH. Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1989;146(10):1350-1.
105. Rosse RB, Fay-McCarthy M, Collins JP, Risher-Flowers D, Alim TN, Deutsch SI. Transient compulsive foraging behavior associated with crack cocaine use. *The American journal of psychiatry*. 1993.
106. Satel SL, McDougle CJ. Obsessions and compulsions associated with cocaine abuse. *The American journal of psychiatry*. 1991.
107. Rosse RB, McCarthy MF, Alim TN, Deutsch SI. Saccadic distractibility in cocaine dependent patients: a preliminary laboratory exploration of the cocaine-OCD hypothesis. *Drug and alcohol dependence*. 1994;35(1):25-30.
108. Ben-Pazi A, Szechtman H, Eilam D. The morphogenesis of motor rituals in rats treated chronically with the dopamine agonist quinpirole. *Behavioral neuroscience*. 2001;115(6):1301.
109. Szechtman H, Sulis W, Eilam D. Quinpirole induces compulsive checking behavior in rats: a potential animal model of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behavioral neuroscience*. 1998;112(6):1475.
110. Szechtman H, Eckert MJ, Wai ST, Boersma JT, Bonura CA, McClelland JZ, et al. Compulsive checking behavior of quinpirole-sensitized rats as an animal model of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): form and control. *BMC neuroscience*. 2001;2(1):4.
111. Sullivan R, Talangbayan H, Einat H, Szechtman H. Effects of quinpirole on central dopamine systems in sensitized and non-sensitized rats. *Neuroscience*. 1998;83(3):781-9.
112. Allen AJ, Leonard HL, Swedo SE. Case study: a new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(3):307-11.
113. Westenberg HG, Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond. *CNS spectrums*. 2007;12(S3):14-27.
114. Krystal JH, D'Souza DC, Petrakis IL, Belger A, Berman RM, Charney DS, et al. NMDA agonists and antagonists as probes of glutamatergic dysfunction and pharmacotherapies in neuropsychiatric disorders. *Harvard review of psychiatry*. 1999;7(3):125-43.
115. Moghaddam B, Bolinao ML, Stein-Behrens B, Sapolsky R. Glucocorticoids mediate the stress-induced extracellular accumulation of glutamate. *Brain research*. 1994;655(1-2):251-4.
116. Moore GJ, MacMaster FP, Stewart C, Rosenberg DR. Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(6):663-7.

117. Rosenberg DR, MacMASTER FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(9):1096-103.
118. Rosenberg DR, Keshavan MS. Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*. 1998;43(9):623-40.
119. Rosenberg DR, Mirza Y, Russell A, Tang J, Smith JM, Banerjee SP, et al. Reduced anterior cingulate glutamatergic concentrations in childhood OCD and major depression versus healthy controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(9):1146-53.
120. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*. 2005;30(9):1735-40.
121. Pittenger C, Bloch MH, Williams K. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacology & therapeutics*. 2011;132(3):314-32.
122. Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette syndrome. *American journal of human genetics*. 1991;48(1):154.
123. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EM, Hosier DM, et al. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *The American journal of psychiatry*. 1989.
124. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, et al. A 2-to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(6):429-39.
125. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(2):264-71.
126. Morer A, Lázaro L, Sabater L, Massana J, Castro J, Graus F. Antineuronal antibodies in a group of children with obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome. *Journal of psychiatric research*. 2008;42(1):64-8.
127. Murphy TK, Sajid M, Soto O, Shapira N, Edge P, Yang M, et al. Detecting pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcus in children with obsessive-compulsive disorder and tics. *Biological Psychiatry*. 2004;55(1):61-8.
128. Swedo SE, Leonard HL, Mittleman BB, Allen AJ, Rapoport JL, Dow SP, et al. Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(1):110-2.
129. Perlmutter SJ, Leitman SF, Garvey MA, Hamburger S, Feldman E, Leonard HL, et al. Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-

- compulsive disorder and tic disorders in childhood. *The Lancet*. 1999;354(9185):1153-8.
130. Swedo S, Snider L. The neurobiology and treatment of obsessive compulsive disorder. *Neurobiology of Mental Illness*. 2004;628-38.
131. Öznur T, Erdem M, Akarsu S. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nöropsikolojik Defisitlerin Beyin Bölgeleri İle İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(3):343-54.
132. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet M. Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Patogenezi. *Anksiyete bozuklukları*, Tükel R, Aklın T (editörler) Ankara. 2006:299-338.
133. Penney J, Young A. Speculations on the functional anatomy of basal ganglia disorders. *Annual review of neuroscience*. 1983;6(1):73-94.
134. Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000;23(3):563-86.
135. Ting JT, Feng G. Glutamatergic synaptic dysfunction and obsessive-compulsive disorder. *Current chemical genomics*. 2008;2:62.
136. Huey ED, Zahn R, Krueger F, Moll J, Kapogiannis D, Wassermann EM, et al. A psychological and neuroanatomical model of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2008;20(4):390-408.
137. Breiter HC, Rauch SL, Kwong KK, Baker JR, Weisskoff RM, Kennedy DN, et al. Functional magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(7):595-606.
138. Baxter LR, Schwartz JM, Mazziotta JC, Phelps ME, Pahl JJ, Guze BH, et al. Cerebral glucose metabolic rates in nondepressed patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1988.
139. Lacerda AL, Dalgalarondo P, Caetano D, Haas GL, Camargo EE, Keshavan MS. Neuropsychological performance and regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2003;27(4):657-65.
140. Perani D, Colombo C, Bressi S, Bonfanti A, Grassi F, Scarone S, et al. [18 F] FDG PET Study in Obsessive-Compulsive Disorder: A Clinical/Metabolic Correlation Study after Treatment. *The British Journal of Psychiatry*. 1995;166(2):244-50.
141. Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, Thelen SM, Sahakian BJ, Bullmore ET. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2008;32(3):525-49.
142. Adler CM, McDonough-Ryan P, Sax KW, Holland SK, Arndt S, Strakowski SM. fMRI of neuronal activation with symptom provocation in unmedicated patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*. 2000;34(4-5):317-24.

143. Kang DH, Kwon JS, Kim JJ, Youn T, Park HJ, Kim M, et al. Brain glucose metabolic changes associated with neuropsychological improvements after 4 months of treatment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(4):291-7.
144. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(6):564-76.
145. Graham BM, Milad MR. The study of fear extinction: implications for anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(12):1255-65.
146. Ozdemir H, Atmaca M, Yildirim H, Gurok MG. Dorsolateral prefrontal cortex volumes remained unchanged in obsessive compulsive disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2013;23(1):8-13.
147. Milad MR, Rauch SL. Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends in cognitive sciences*. 2012;16(1):43-51.
148. Milad MR, Rauch SL. The role of the orbitofrontal cortex in anxiety disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2007;1121(1):546-61.
149. Cannistraro PA, Wright CI, Wedig MM, Martis B, Shin LM, Wilhelm S, et al. Amygdala responses to human faces in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*. 2004;56(12):916-20.
150. Simon D, Kaufmann C, Müsch K, Kischkel E, Kathmann N. Fronto-striato-limbic hyperactivation in obsessive-compulsive disorder during individually tailored symptom provocation. *Psychophysiology*. 2010;47(4):728-38.
151. Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, Aydin A, Tezcana E, Ozlera S. Volumetric MRI assessment of brain regions in patients with refractory obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2006;30(6):1051-7.
152. Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, Tezcan E, Poyraz AK. Volumetric MRI study of key brain regions implicated in obsessive-compulsive disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2007;31(1):46-52.
153. Choi J-S, Kang D-H, Kim J-J, Ha T-H, Lee J-M, Youn T, et al. Left anterior subregion of orbitofrontal cortex volume reduction and impaired organizational strategies in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2004;38(2):193-9.
154. Kang D-H, Kim J-J, Choi J-S, Kim YI, Kim C-W, Youn T, et al. Volumetric investigation of the frontal-subcortical circuitry in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2004;16(3):342-9.

- 155.Szeszko PR, Robinson D, Alvir MJ, Bilder RM, Lencz T, Ashtari M, et al. Orbital frontal and amygdala volume reductions in obsessive-compulsive disorder. Archives of general psychiatry. 1999;56(10):913-9.
- 156.Rotge J-Y, Guehl D, Dilharreguy B, Tignol J, Bioulac B, Allard M, et al. Meta-analysis of brain volume changes in obsessive-compulsive disorder. Biological psychiatry. 2009;65(1):75-83.
- 157.Friedlander L, Desrocher M. Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. Clinical psychology review. 2006;26(1):32-49.
- 158.Freud S. Some thoughts on development and regression: Aetiology. SE. 1917;16:339-57.
- 159.Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. Klinik Psikiyatri. 2003;6:46-50.
- 160.Freud S. Ego ve İd. Metapsikoloji. Haz İlkesinin Ötesinde, Ego ve İd ve Başka Yapıtlar,(Çözümlemeler ve Notlarla Çev. A Yardımlı) İstanbul, 2000. İdea Yayınevi. 1923:247-93.
- 161.Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Çev Selçuk Tuncer) Ege Üniversitesi Yayınları. 1974(98).
- 162.Judd LL. 10. Obsessive Compulsive Neurosis in Children. Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder. 1997.
- 163.Freud S. Notes upon a case of obsessional neurosis. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume X (1909): Two Case Histories ('Little Hans' and the 'Rat Man')1955. p. 151-318.
- 164.Özer S. Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının obsesyon alt tiplerinin çocukluk travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Üsküdar Üniversitesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2015.
- 165.TOPTAŞ B. Kuramsal Çerçveden OKB. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi.2(3):94-109.
- 166.Salkovskis P. Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. Current controversies in the anxiety disorders. 1996:103-33.
- 167.Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions: Prentice Hall; 1980.
- 168.Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. Behaviour research and therapy. 1978;16(4):233-48.
- 169.Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions—a replication. Behaviour Research and Therapy. 1984;22(5):549-52.
- 170.Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD: Guilford Press; 2004.
- 171.Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. Behaviour research and therapy. 1985;23(5):571-83.

172. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*. 1998;36(4):385-401.
173. Purdon C, Clark DA. Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour research and therapy*. 2001;39(10):1163-81.
174. Wells A, Matthews G. *Attention and emotion: A clinical perspective*: Psychology Press; 1994.
175. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*: John Wiley & Sons; 2002.
176. Carr AT. Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological bulletin*. 1974;81(5):311.
177. Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour research and therapy*. 1997;35(4):291-6.
178. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research and therapy*. 1989;27(6):677-82.
179. Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2005;29(3):399-419.
180. Aycicegi A, Dinn WM, Harris CL, Erkmén H. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: effects of comorbid conditions on task performance. *European psychiatry*. 2003;18(5):241-8.
181. Cavedini P, Riboldi G, D'Annuncci A, Belotti P, Cisima M, Bellodi L. Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcomes. *Neuropsychologia*. 2002;40(2):205-11.
182. Tükel R, Gürvit H, Ertekin BA, Oflaz S, Ertekin E, Baran B, et al. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2012;53(2):167-75.
183. Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder on tests of frontal-striatal function. *Biological psychiatry*. 1998;43(5):348-57.
184. Cavedini P, Cisima M, Riboldi G, D'Annuncci A, Bellodi L. A neuropsychological study of dissociation in cortical and subcortical functioning in obsessive-compulsive disorder by Tower of Hanoi task. *Brain and cognition*. 2001;46(3):357-63.
185. Segalas C, Alonso P, Real E, Garcia A, Minambres A, Labad J, et al. Memory and strategic processing in first-degree relatives of obsessive compulsive patients. *Psychological medicine*. 2010;40(12):2001-11.

186. Chamberlain SR, Fineberg NA, Menzies LA, Blackwell AD, Bullmore ET, Robbins TW, et al. Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(2):335-8.
187. Delorme R, Goussé V, Roy I, Trandafir A, Mathieu F, Mouren-Siméoni M-C, et al. Shared executive dysfunctions in unaffected relatives of patients with autism and obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2007;22(1):32-8.
188. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):321-42.
189. Uytun M, Oztop DB, Esel E, Mdusunen A. Evaluating the attachment behaviour in during puberty and adulthood. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26(2):177-89.
190. Abrams S. Differentiation and integration. *The Psychoanalytic study of the child*. 1996;51(1):25-34.
191. Williams A. Adolescents' relationships with parents. *Journal of Language and Social Psychology*. 2003;22(1):58-65.
192. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child development*. 2000;71(3):690-4.
193. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(9):1111-23.
194. Rees C. Thinking about children's attachments. *Archives of disease in childhood*. 2005;90(10):1058-65.
195. Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: Their characters and home-life. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1944;25:19-53.
196. Bowlby J, Organization WH. Maternal care and mental health: A report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children. 1952.
197. Bowlby J. *Charles Darwin: A new life*: WW Norton & Company; 1992.
198. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*. 1994;5(1):1-22.
199. Eder RA, Mangelsdorf SC. The emotional basis of early personality development: Implications for the emergent self-concept. *Handbook of personality psychology*: Elsevier; 1997. p. 209-40.
200. Bowlby J. *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London (Tavistock) 1979. 1979.
201. Bowlby J. *Attachment and Loss: Attachment*; John Bowlby: Basic books; 1969.

202. Balkaya F. Bilgi işleme süreçleri açısından bağlanma kuramının yeniden ele alınması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8 (Özel Ek Sayı). 2005:17-39.
203. Akdağ S. Ergenlerin bağlanma stilleri ile ebeveynlerinin bağlanma stilleri arasındaki ilişki. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. 2011.
204. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press; 2015.
205. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*. 2006;19(1):24-39.
206. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2005;8(2):88-99.
207. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *International journal of psycho-analysis*. 1958;39:350-73.
208. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. 1990;1:121-60.
209. Morsünbül Ü, Çok F. Bağlanma ve ilişkili değişkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(3):553-70.
210. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987;52(3):511.
211. Collins NL, Cooper ML, Albino A, Allard L. Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: A prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. *Journal of personality*. 2002;70(6):965-1008.
212. McCarthy G, Davies S. Some implications of attachment theory for understanding psychological functioning in old age: an illustration from the long-term psychological effects of World War Two. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2003;10(3):144-55.
213. Crowell JA, Treboux D. A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social development*. 1995;4(3):294-327.
214. Erdem-Özyurt Ş. Ergenlikte algılanan duygusal istismar ve bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi: Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim ...; 2016.
215. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*. 1991;61(2):226.
216. Sümer N. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2006;21(57):1.

- 217.Çalışır M. Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2009;1(3):240-55.
- 218.Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(43):71-106.
- 219.Mikulincer M. Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in self-appraisals. *Journal of personality and social psychology*. 1998;75(2):420.
- 220.Rholes WS, Simpson JA, Campbell L, Grich J. Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2001;81(3):421.
- 221.Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development*. 2002;4(2):133-61.
- 222.Ayoğlu Z. OKB'ye ilişkin gelişimsel bir model: Yetişkin bağlanma biçimleri, ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyi ve mükemmeliyetçilik eğilimlerinin obsesif yorumlar ve belirtilerle bağlantısının incelenmesi, Hacettepe Üniversitesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2012.
- 223.Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*. 2003;27(2):77-102.
- 224.Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change: Guilford Press; 2007.
- 225.Cassidy J. Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the society for research in child development*. 1994;59(2-3):228-49.
- 226.Yılmaz SD. Prenatal maternal--fetal attachment/Prenatal anne--bebek bağlanması. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2013;10(3):28-34.
- 227.ÜNAL D, ESEN TÇ. Anne Bebek İlişkisi ve Sağlıklı Bağlanma. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*. 2018;4(1):1-4.
- 228.Karateke B. Bağlanmanın Oluşumu ve Psikososyal ve Bilişsel Gelişim Çerçevesinde Bağlanma. *Bağlanma Evlilik ve Aile Psikolojisi içinde İstanbul: Sistem Yayıncılık*. 2010:35-42.
- 229.Zeanah CH, Gleason MM. Annual research review: Attachment disorders in early childhood—clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(3):207-22.
- 230.Guedeney A. From early withdrawal reaction to infant depression: A baby alone does exist. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*. 1997;18(4):339-49.
- 231.Bowlby J. Separation, anxiety and anger. *Attachment and loss*. 1973.
- 232.Cassidy J, Main M. The relationship between infant-parent attachment and the ability to tolerate brief separation at six years. *Front infant psychiatry*. 1984;2:132-6.

233. Brown LS, Wright J. The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2003;76(4):351-67.
234. Ainsworth MS, Bowlby J. An ethological approach to personality development. *American psychologist*. 1991;46(4):333.
235. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*. 1990;58(4):644.
236. Simpson JA. Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*. 1990;59(5):971.
237. Perris C, Andersson P. Experiences of parental rearing and patterns of attachment in adulthood. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2000;7(4):279-88.
238. Wearden A, Peters I, Berry K, Barrowclough C, Liversidge T. Adult attachment, parenting experiences, and core beliefs about self and others. *Personality and Individual Differences*. 2008;44(5):1246-57.
239. Armsden GC, McCauley E, Greenberg MT, Burke PM, Mitchell JR. Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of abnormal child psychology*. 1990;18(6):683-97.
240. Shear MK. Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm. *The American journal of psychiatry*. 1996;153(7 Suppl):125-36.
241. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*. 2001;1(4):365.
242. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(10):796-805.
243. Pacchierotti C, Bossini L, Castrogiovanni A, Pieraccini F, Soreca I, Castrogiovanni P. Attachment and panic disorder. *Psychopathology*. 2002;35(6):347-54.
244. Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Mikulincer M, Sar-El D. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*. 2012;85(2):163-78.
245. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical psychology review*. 2008;28(3):407-29.
246. De Rick A, Vanheule S, Verhaeghe P. Alcohol addiction and the attachment system: An empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance Use & Misuse*. 2009;44(1):99-114.

247. Broberg AG, Hjalmer I, Nevenon L. Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: a comparison between 18-to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2001;9(6):381-96.
248. Marazziti D, Dell'Oso B, Dell'Oso MC, Consoli G, Del Debbio A, Mungai F, et al. Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS spectrums*. 2007;12(10):751-6.
249. Twaite JA, Rodriguez-Srednicki O. Childhood sexual and physical abuse and adult vulnerability to PTSD: The mediating effects of attachment and dissociation. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2004;13(1):17-38.
250. Kökçü F, Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(4):309-18.
251. Ponizovsky AM, Vitenberg E, Baumgarten-Katz I, Grinshpoon A. Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2013;86(2):164-82.
252. Harder S. Attachment in Schizophrenia—implications for research, prevention, and Treatment. *Schizophrenia bulletin*. 2014;40(6):1189-93.
253. Murphy YE, Flessner CA. Family functioning in paediatric obsessive compulsive and related disorders. *British Journal of Clinical Psychology*. 2015;54(4):414-34.
254. Guidano VF, Liotti G. Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy: Guilford Press; 1983.
255. Rachman S. Obsessional-compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*. 1976;14(4):269-77.
256. Merkel WT, Pollard CA, Wiener RL, Staebler CR. Perceived parental characteristics of patients with obsessive compulsive disorder, depression, and panic disorder. *Child Psychiatry and Human Development*. 1993;24(1):49-57.
257. Turgeon L, O'connor K, Marchand A, Freeston M. Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;105(4):310-6.
258. Yoshida T, Taga C, Matsumoto Y, Fukui K. Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005;59(5):533-8.
259. Cavedo L, Parker G. Parental bonding instrument. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1994;29(2):78-82.
260. Lennertz L, Grabe H, Ruhrmann S, Rampacher F, Vogeley A, Schulze-Rauschenbach S, et al. Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010;121(4):280-8.

261. Ehiobuche I. Obsessive-compulsive neurosis in relation to parental child-rearing patterns amongst the Greek, Italian, and Anglo-Australian subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1988;78(S344):115-20.
262. Boysan M, Çam Z. An investigation into the role of attachment insecurities in obsessive-compulsive symptoms. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2018;46(5):566-81.
263. Doron G, Kyrios M. Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*. 2005;25(4):415-32.
264. Doron G, Moulding R. Cognitive behavioral treatment of obsessive compulsive disorder: a broader framework. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. 2009;46(4):257-63.
265. Mikulincer M, Birnbaum G, Woddis D, Nachmias O. Stress and accessibility of proximity-related thoughts: Exploring the normative and intraindividual components of attachment theory. *Journal of personality and social psychology*. 2000;78(3):509.
266. Wei M, Mallinckrodt B, Russell DW, Abraham WT. Maladaptive perfectionism as a mediator and moderator between adult attachment and depressive mood. *Journal of Counseling Psychology*. 2004;51(2):201.
267. Mikulincer M, Dolev T, Shaver PR. Attachment-related strategies during thought suppression: ironic rebounds and vulnerable self-representations. *Journal of personality and social psychology*. 2004;87(6):940.
268. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. 1998.
269. Mikulincer M, Orbach I, Iavnieli D. Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in subjective self-other similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998;75(2):436.
270. Cantazaro A, Wei M. Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: A test of a mediational model. *Journal of personality*. 2010;78(4):1135-62.
271. Rice KG, Lopez FG. Maladaptive perfectionism, adult attachment, and self-esteem in college students. *Journal of College Counseling*. 2004;7(2):118-28.
272. Thompson R, Zuroff DC. Development of self-criticism in adolescent girls: Roles of maternal dissatisfaction, maternal coldness, and insecure attachment. *Journal of Youth and Adolescence*. 1999;28(2):197-210.
273. Mikulincer M, Shaver PR. The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. 2003.
274. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(6):447-56.

275. Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M, Mikulincer M. Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009;28(8):1022-49.
276. Sümer N, Ünal S, Selçuk E, Kaya B, Polat R, Çekem B. Bağlanma ve psikopatoloji: Bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2009;24(63):38-45.
277. Shaker A, Homeyli N. Comparing parental bonding and attachment styles in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety and depression. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2011;9(3).
278. Koohsar AAH, Bona BG. Relation among quality of attachment, obsessive-compulsive behaviours and phobic anxiety in college students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:187-91.
279. Yarbro J, Mahaffey B, Abramowitz J, Kashdan TB. Recollections of parent-child relationships, attachment insecurity, and obsessive-compulsive beliefs. *Personality and Individual Differences*. 2013;54(3):355-60.
280. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(5):637-44.
281. Abu-Akel A. A neurobiological mapping of theory of mind. *Brain research reviews*. 2003;43(1):29-40.
282. Gallagher HL, Frith CD. Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends in cognitive sciences*. 2003;7(2):77-83.
283. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2006;30(4):437-55.
284. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and brain sciences*. 1978;1(4):515-26.
285. Goldman AI. Theory of mind. *The Oxford handbook of philosophy of cognitive science*. 2012;1.
286. Harrington L, Siegert R, McClure J. Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cognitive neuropsychiatry*. 2005;10(4):249-86.
287. Wimmer H, Hogrefe G-J, Perner J. Children's understanding of informational access as source of knowledge. *Child development*. 1988:386-96.
288. Sabbagh MA. Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: implications for autism. *Brain and cognition*. 2004;55(1):209-19.
289. Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition*. 2000;76(1):59-90.
290. Bora E. Şizofreni Spektrum Bozukluklarında Zihin Kuramı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009;20(3).

291. Shamay-Tsoory SG. The neural bases for empathy. *The Neuroscientist*. 2011;17(1):18-24.
292. Nummenmaa L, Hirvonen J, Parkkola R, Hietanen JK. Is emotional contagion special? An fMRI study on neural systems for affective and cognitive empathy. *Neuroimage*. 2008;43(3):571-80.
293. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, Perry D. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*. 2009;132(3):617-27.
294. Shamay-Tsoory SG, Tomer R, Berger BD, Goldsher D, Aharon-Peretz J. Impaired “affective theory of mind” is associated with right ventromedial prefrontal damage. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2005;18(1):55-67.
295. Shamay-Tsoory SG, Shur S, Barcai-Goodman L, Medlovich S, Harari H, Levkovitz Y. Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2007;149(1-3):11-23.
296. Kalbe E, Grabenhorst F, Brand M, Kessler J, Hilker R, Markowitsch HJ. Elevated emotional reactivity in affective but not cognitive components of theory of mind: a psychophysiological study. *Journal of Neuropsychology*. 2007;1(1):27-38.
297. Bodden ME, Kübler D, Knake S, Menzler K, Heverhagen JT, Sommer J, et al. Comparing the neural correlates of affective and cognitive theory of mind using fMRI: Involvement of the basal ganglia in affective theory of mind. *Advances in cognitive psychology*. 2013;9(1):32.
298. Wimmer H, Perner J. Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*. 1983;13(1):103-28.
299. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*. 1985;21(1):37-46.
300. Scholl BJ, Leslie AM. Modularity, development and ‘theory of mind’. *Mind & Language*. 1999;14(1):131-53.
301. Mahy CE, Moses LJ, Pfeifer JH. How and where: Theory-of-mind in the brain. *Developmental cognitive neuroscience*. 2014;9:68-81.
302. Youmans GL. Theory of mind performance of individuals with Alzheimer-type dementia profiles: The Florida State University; 2004.
303. Saxe RR, Whitfield-Gabrieli S, Scholz J, Pelphrey KA. Brain regions for perceiving and reasoning about other people in school-aged children. *Child development*. 2009;80(4):1197-209.

304. Gweon H, Dodell-Feder D, Bedny M, Saxe R. Theory of mind performance in children correlates with functional specialization of a brain region for thinking about thoughts. *Child development*. 2012;83(6):1853-68.
305. Völlm BA, Taylor AN, Richardson P, Corcoran R, Stirling J, McKie S, et al. Neuronal correlates of theory of mind and empathy: a functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *Neuroimage*. 2006;29(1):90-8.
306. Brüne M. "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia bulletin*. 2005;31(1):21-42.
307. Gordon RM. Folk psychology as simulation. *Mind & Language*. 1986;1(2):158-71.
308. Mitchell JP, Macrae CN, Banaji MR. Dissociable medial prefrontal contributions to judgments of similar and dissimilar others. *Neuron*. 2006;50(4):655-63.
309. Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. *Annu Rev Neurosci*. 2004;27:169-92.
310. Korkmaz B. Theory of mind and neurodevelopmental disorders of childhood. *Pediatr Res*. 2011;69(5 Pt 2):101R-8R.
311. Teufel C, Fletcher PC, Davis G. Seeing other minds: attributed mental states influence perception. *Trends in cognitive sciences*. 2010;14(8):376-82.
312. BARON-COHEN S, Cross P. Reading the eyes: evidence for the role of perception in the development of a theory of mind. *Mind & Language*. 1992;7(1-2):172-86.
313. Flavell JH. Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual review of psychology*. 1999;50(1):21-45.
314. Whiten A, Byrne R. Natural theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading: Basil Blackwell Oxford; 1991.
315. Farroni T, Csibra G, Simion F, Johnson MH. Eye contact detection in humans from birth. *Proceedings of the National academy of sciences*. 2002;99(14):9602-5.
316. Vecera SP, Johnson MH. Gaze detection and the cortical processing of faces: Evidence from infants and adults. *Visual cognition*. 1995;2(1):59-87.
317. Doherty MJ, Anderson JR. A new look at gaze: Preschool children's understanding of eye-direction. *Cognitive Development*. 1999;14(4):549-71.
318. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of cognitive neuroscience*. 1998;10(5):640-56.
319. Frith U, Frith CD. Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*. 2003;358(1431):459-73.
320. Saxe R, Carey S, Kanwisher N. Understanding other minds: linking developmental psychology and functional neuroimaging. *Annu Rev Psychol*. 2004;55:87-124.

321. Repacholi BM, Gopnik A. Early reasoning about desires: evidence from 14-and 18-month-olds. *Developmental psychology*. 1997;33(1):12.
322. Wellman HM, Banerjee M. Mind and emotion: Children's understanding of the emotional consequences of beliefs and desires. *British Journal of Developmental Psychology*. 1991;9(2):191-214.
323. Leslie AM. Pretense and representation: The origins of "theory of mind.". *Psychological review*. 1987;94(4):412.
324. Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Lombardo M. *Understanding other minds: Perspectives from developmental social neuroscience*: Oxford university press; 2013.
325. Meunier H. Do monkeys have a theory of mind? How to answer the question? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017;82:110-23.
326. Perner J, Wimmer H. "John thinks that Mary thinks that..." attribution of second-order beliefs by 5-to 10-year-old children. *Journal of experimental child psychology*. 1985;39(3):437-71.
327. Happé FG. Communicative competence and theory of mind in autism: A test of relevance theory. *Cognition*. 1993;48(2):101-19.
- 328.328. Bach LJ, Happe F, Fleminger S, Powell J. Theory of mind: Independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2000;5(3):175-92.
329. Baron-Cohen S, O'riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 1999;29(5):407-18.
330. Corcoran R, Cahill C, Frith CD. The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of 'mentalizing' ability. *Schizophrenia research*. 1997;24(3):319-27.
331. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 1995;17(1):5-13.
332. Isoda M, Noritake A. What makes the dorsomedial frontal cortex active during reading the mental states of others? *Frontiers in neuroscience*. 2013;7:232.
333. Hughes C, Jaffee SR, Happé F, Taylor A, Caspi A, Moffitt TE. Origins of individual differences in theory of mind: From nature to nurture? *Child development*. 2005;76(2):356-70.
334. Liu D, Wellman HM, Tardif T, Sabbagh MA. Theory of mind development in Chinese children: a meta-analysis of false-belief understanding across cultures and languages. *Developmental psychology*. 2008;44(2):523.

- 335.Meins E, Fernyhough C, Wainwright R, Das Gupta M, Fradley E, Tuckey M. Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child development*. 2002;73(6):1715-26.
- 336.Ontai LL, Thompson RA. Attachment, parent-child discourse and theory-of-mind development. *Social Development*. 2008;17(1):47-60.
- 337.Carpendale JI, Lewis C. Constructing an understanding of mind: The development of children's social understanding within social interaction. *Behavioral and brain sciences*. 2004;27(1):79-96.
- 338.Hughes C, Leekam S. What are the links between theory of mind and social relations? Review, reflections and new directions for studies of typical and atypical development. *Social development*. 2004;13(4):590-619.
- 339.Taumoepeau M, Ruffman T. Mother and infant talk about mental states relates to desire language and emotion understanding. *Child development*. 2006;77(2):465-81.
- 340.Taumoepeau M, Ruffman T. Stepping stones to others' minds: Maternal talk relates to child mental state language and emotion understanding at 15, 24, and 33 months. *Child development*. 2008;79(2):284-302.
- 341.Jenkins JM, Turrell SL, Kogushi Y, Lollis S, Ross HS. A longitudinal investigation of the dynamics of mental state talk in families. *Child development*. 2003;74(3):905-20.
- 342.De Rosnay M, Pons F, Harris PL, Morrell JM. A lag between understanding false belief and emotion attribution in young children: Relationships with linguistic ability and mothers' mental-state language. *British Journal of Developmental Psychology*. 2004;22(2):197-218.
- 343.Ensor R, Hughes C. Content or connectedness? Mother-child talk and early social understanding. *Child development*. 2008;79(1):201-16.
- 344.Laranjo J, Bernier A, Meins E, Carlson SM. Early manifestations of children's theory of mind: The roles of maternal mind-mindedness and infant security of attachment. *Infancy*. 2010;15(3):300-23.
- 345.Tager-Flusberg H. A psychological approach to understanding the social and language impairments in autism. *International review of psychiatry*. 1999;11(4):325-34.
- 346.Pears KC, Fisher PA. Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology*. 2005;17(1):47-65.
- 347.Yagmurlu B, Berument SK, Celimli S. The role of institution and home contexts in theory of mind development. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2005;26(5):521-37.
- 348.Calero CI, Salles A, Semelman M, Sigman M. Age and gender dependent development of Theory of Mind in 6-to 8-years old children. *Frontiers in human neuroscience*. 2013;7:281.

349. Ruffman T, Slade L, Crowe E. The relation between children's and mothers' mental state language and theory-of-mind understanding. *Child development*. 2002;73(3):734-51.
350. Kim S. The mind in the making: Developmental and neurobiological origins of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2015;6(4):356.
351. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2001;42(2):241-51.
352. Rutherford HJ, Wareham JD, Vrouva I, Mayes LC, Fonagy P, Potenza MN. Sex differences moderate the relationship between adolescent language and mentalization. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2012;3(4):393.
353. Schiffer B, Pawliczek C, Müller BW, Gizewski ER, Walter H. Why don't men understand women? Altered neural networks for reading the language of male and female eyes. *PloS one*. 2013;8(4):e60278.
354. Kirkland RA, Peterson E, Baker CA, Miller S, Pulos S. Meta-analysis Reveals Adult Female Superiority in "Reading the Mind in the Eyes Test". *North American Journal of Psychology*. 2013;15(1).
355. McClure EB. A meta-analytic review of sex differences in facial expression processing and their development in infants, children, and adolescents. *Psychological bulletin*. 2000;126(3):424.
356. Warrier V, Baron-Cohen S. Genetic contribution to 'theory of mind' in adolescence. *Scientific reports*. 2018;8(1):3465.
357. Chapman E, Baron-Cohen S, Auyeung B, Knickmeyer R, Taylor K, Hackett G. Fetal testosterone and empathy: evidence from the empathy quotient (EQ) and the "reading the mind in the eyes" test. *Social Neuroscience*. 2006;1(2):135-48.
358. Charman T, Ruffman T, Clements W. Is there a gender difference in false belief development? *Social Development*. 2002;11(1):1-10.
359. Happé FG. The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child development*. 1995;66(3):843-55.
360. Ronald A, Happe F, Hughes C, Plomin R. Nice and nasty theory of mind in preschool children: Nature and nurture. *Social Development*. 2005;14(4):664-84.
361. Dunn J, Brown J, Slomkowski C, Tesla C, Youngblade L. Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child development*. 1991;62(6):1352-66.
362. Dunn J, Brown J, Beardsall L. Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions. *Developmental Psychology*. 1991;27(3):448.

363. Bosacki S, Wilde Astington J. Theory of mind in preadolescence: Relations between social understanding and social competence. *Social development*. 1999;8(2):237-55.
364. Banerjee M. Hidden emotions: Preschoolers' knowledge of appearance-reality and emotion display rules. *Social cognition*. 1997;15(2):107-32.
365. Hughes C, Deater-Deckard K, Cutting AL. 'Speak roughly to your little boy'? Sex differences in the relations between parenting and preschoolers' understanding of mind. *Social Development*. 1999;8(2):143-60.
366. Meltzoff AN. Origins of theory of mind, cognition and communication. *Journal of communication disorders*. 1999;32(4):251-69.
367. Singer T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2006;30(6):855-63.
368. Bowlby J. Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger*: London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973. p. 1-429.
369. Bowlby J. Attachment and loss: Attachment: Random House; 1997.
370. Harari YN. *Sapiens: A brief history of humankind*: Random House; 2014.
371. Cozolino L. *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*: WW Norton & Company; 2014.
372. Imuta K, Henry JD, Slaughter V, Selcuk B, Ruffman T. Theory of mind and prosocial behavior in childhood: A meta-analytic review. *Developmental psychology*. 2016;52(8):1192.
373. Brüne M. *Textbook of evolutionary psychiatry: The origins of psychopathology*: Oxford University Press Oxford; 2008.
374. Krupenye C, Kano F, Hirata S, Call J, Tomasello M. Great apes anticipate that other individuals will act according to false beliefs. *Science*. 2016;354(6308):110-4.
375. DEĞİRMENCİOĞLU B, ALPTEKİN K, AKDEDE BB, ERDİL N, AKTENER A, MANTAR A, et al. Şizofreni Hastalarında Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği'nin (DEZİKÖ) Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması.
376. Stuss DT, Gallup Jr GG, Alexander MP. The frontal lobes are necessary for theory of mind'. *Brain*. 2001;124(2):279-86.
377. Mar RA. The neural bases of social cognition and story comprehension. *Annual review of psychology*. 2011;62:103-34
378. Schurz M, Radua J, Aichhorn M, Richlan F, Perner J. Fractionating theory of mind: a meta-analysis of functional brain imaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014;42:9-34.

379. Young L, Camprodon JA, Hauser M, Pascual-Leone A, Saxe R. Disruption of the right temporoparietal junction with transcranial magnetic stimulation reduces the role of beliefs in moral judgments. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2010;107(15):6753-8.
380. Kobayashi C, Glover GH, Temple E. Children's and adults' neural bases of verbal and nonverbal 'theory of mind'. *Neuropsychologia*. 2007;45(7):1522-32.
381. Corradi-Dell'Acqua C, Hofstetter C, Vuilleumier P. Cognitive and affective theory of mind share the same local patterns of activity in posterior temporal but not medial prefrontal cortex. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2013;9(8):1175-84.
382. Schlaffke L, Lissek S, Lenz M, Juckel G, Schultz T, Tegenthoff M, et al. Shared and nonshared neural networks of cognitive and affective theory-of-mind: A neuroimaging study using cartoon picture stories. *Human brain mapping*. 2015;36(1):29-39.
383. Sabbagh MA, Moulson MC, Harkness KL. Neural correlates of mental state decoding in human adults: an event-related potential study. *Journal of cognitive neuroscience*. 2004;16(3):415-26.
384. Lee K-H, Farrow T, Spence S, Woodruff P. Social cognition, brain networks and schizophrenia. *Psychological medicine*. 2004;34(3):391-400.
385. Abu-Akel A, Shamay-Tsoory S. Neuroanatomical and neurochemical bases of theory of mind. *Neuropsychologia*. 2011;49(11):2971-84.
386. Westby CE. Social neuroscience and theory of mind. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. 2014;66(1-2):7-17.
387. Bosia M, Anselmetti S, Bechi M, Lorenzi C, Pirovano A, Cocchi F, et al. Effect of 5-HT1A-receptor functional polymorphism on Theory of Mind performances in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2011;188(2):187-90.
388. Sabbagh MA, Bowman LC, Evraire LE, Ito JM. Neurodevelopmental correlates of theory of mind in preschool children. *Child development*. 2009;80(4):1147-62.
389. Popolo M, McCarthy DM, Bhidé PG. Influence of dopamine on precursor cell proliferation and differentiation in the embryonic mouse telencephalon. *Developmental neuroscience*. 2004;26(2-4):229-44.
390. Lackner CL, Bowman LC, Sabbagh MA. Dopaminergic functioning and preschoolers' theory of mind. *Neuropsychologia*. 2010;48(6):1767-74.
391. Schultz W. Behavioral dopamine signals. *Trends in neurosciences*. 2007;30(5):203-10.

392. Lackner C, Sabbagh MA, Hallinan E, Liu X, Holden JJ. Dopamine receptor D4 gene variation predicts preschoolers' developing theory of mind. *Developmental science*. 2012;15(2):272-80.
393. Gervai J, Novak A, Lakatos K, Toth I, Danis I, Ronai Z, et al. Infant genotype may moderate sensitivity to maternal affective communications: Attachment disorganization, quality of care, and the DRD4 polymorphism. *Social neuroscience*. 2007;2(3-4):307-19.
394. Choleris E, Pfaff DW, Kavaliers M. Oxytocin, vasopressin and related peptides in the regulation of behavior: Cambridge University Press; 2013.
395. Wu N, Su Y. Oxytocin receptor gene relates to theory of mind and prosocial behavior in children. *Journal of Cognition and Development*. 2015;16(2):302-13.
396. Slane MM, Lusk LG, Boomer K, Hare AE, King MK, Evans DW. Social cognition, face processing, and oxytocin receptor single nucleotide polymorphisms in typically developing children. *Developmental cognitive neuroscience*. 2014;9:160-71.
397. Wade M, Hoffmann TJ, Jenkins JM. Gene–environment interaction between the oxytocin receptor (OXTR) gene and parenting behaviour on children's theory of mind. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2015;10(12):1749-57.
398. MacKinnon AL, Feeley N, Gold I, Hayton B, King L, Nagy C, et al. The interaction between oxytocin receptor gene methylation and maternal behavior on children's early theory of mind abilities. *Development and psychopathology*. 2019:1-9.
399. Rodrigues SM, Saslow LR, Garcia N, John OP, Keltner D. Oxytocin receptor genetic variation relates to empathy and stress reactivity in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2009;106(50):21437-41.
400. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J. Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: a lesion study. *Neuropsychologia*. 2007;45(13):3054-67.
401. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ, Miller AL, Kennedy MA. MAOA, abuse exposure and antisocial behaviour: 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;198(6):457-63.
402. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002;297(5582):851-4.
403. Hughes C, Cutting AL. Nature, nurture, and individual differences in early understanding of mind. *Psychological Science*. 1999;10(5):429-32.
404. Sahin B, Bozkurt A, Usta MB, Aydin M, Cobanoglu C, Karabekiroglu K. Theory of Mind: Development, Neurobiology, Related Areas and Neurodevelopmental Disorders/Zihin Kurami: Gelismisi, Norobiyoloji, Iliskili Alanlar ve Norogelisimsel Bozukluklar. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar/Current Approaches to Psychiatry*. 2019;11(1):24-42.
405. Crespi B, Badcock C. Psychosis and autism as diametrical disorders of the social brain. *Behavioral and brain sciences*. 2008;31(3):241-61.

406. Arntz A, Bernstein D, Oorschot M, Schobre P. Theory of mind in borderline and cluster-C personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2009;197(11):801-7.
407. Fertuck E, Jekal A, Song I, Wyman B, Morris M, Wilson S, et al. Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological medicine*. 2009;39(12):1979-88.
408. Franzen N, Hagenhoff M, Baer N, Schmidt A, Mier D, Sammer G, et al. Superior 'theory of mind' in borderline personality disorder: an analysis of interaction behavior in a virtual trust game. *Psychiatry research*. 2011;187(1-2):224-33.
409. Frick C, Lang S, Kotchoubey B, Sieswerda S, Dinu-Biringer R, Berger M, et al. Hypersensitivity in borderline personality disorder during mindreading. *PloS one*. 2012;7(8):e41650.
410. Sharp C, Vanwoerden S. Hypermentalizing in borderline personality disorder: A model and data. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2015;14(1):33-45.
411. Sharp C, Ha C, Carbone C, Kim S, Perry K, Williams L, et al. Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits. *Journal of personality disorders*. 2013;27(1):3-18.
412. Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological medicine*. 2016;46(2):253-64.
413. Bora E. Relationship between insight and theory of mind in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2017;190:11-7.
414. Bora E, Pantelis C. Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2013;144(1-3):31-6.
415. López-del-Hoyo Y, Panzano MG, Lahera G, Herrera-Mercadal P, Navarro-Gil M, Campos D, et al. Differences between individuals with schizophrenia or obsessive-compulsive disorder and healthy controls in social cognition and mindfulness skills: A controlled study. *PLoS One*. 2019;14(12):e0225608.
416. Henry JD, Phillips LH, Crawford JR, Ietswaart M, Summers F. Theory of mind following traumatic brain injury: The role of emotion recognition and executive dysfunction. *Neuropsychologia*. 2006;44(10):1623-8.
417. Tulacı RG, Cankurtaran EŞ, Özdel K, Öztürk N, Kuru E, Özdemir İ. The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. *Nordic journal of psychiatry*. 2018;72(4):273-80.
418. Beucke JC, Sepulcre J, Talukdar T, Linnman C, Zschenderlein K, Endrass T, et al. Abnormally high degree connectivity of the orbitofrontal cortex in obsessive-compulsive disorder. *JAMA psychiatry*. 2013;70(6):619-29.

419. Chamberlain SR, Menzies L, Hampshire A, Suckling J, Fineberg NA, del Campo N, et al. Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected relatives. *Science*. 2008;321(5887):421-2.
420. Sayın A, Oral N, Utku C, Baysak E, Candansayar S. Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls. *European Psychiatry*. 2010;25(2):116-22.
421. Mavrogiorgou P, Bethge M, Luksnat S, Nalato F, Juckel G, Brüne M. Social cognition and metacognition in obsessive-compulsive disorder: an explorative pilot study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2016;266(3):209-16.
422. Grisham JR, Henry JD, Williams AD, Bailey PE. Socioemotional deficits associated with obsessive-compulsive symptomatology. *Psychiatry research*. 2010;175(3):256-9.
423. Mısıır E, Bora E, Akdede BB. 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;83:1-6.
424. Darvishi N, Alilou MM, Bakhshipour A, Farnam A, Bahramkhani M. Theory of mind in obsessive-compulsive disorder patients versus normal individuals. *Adv Cogn Sci*. 2013;15:77-89.
425. Inanc L, Inanir S, Yazla E, Altintas M, Semiz UB. The relationship between treatment resistance, insight, and theory of mind in patients with obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2015;25(1):S150-S1.
426. Pino MC, De Berardis D, Mariano M, Vellante F, Serroni N, Valchera A, et al. Two systems for empathy in obsessive-compulsive disorder: mentalizing and experience sharing. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2016;38(4):307-13.
427. Liu W, Fan J, Gan J, Lei H, Niu C, Chan RC, et al. Disassociation of cognitive and affective aspects of theory of mind in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2017;255:367-72.
428. Altinöz AE, Köşger F, Eşsizoglu A. Obsesif kompulsif bozuklukta seçici dikkat, bilişsel esneklik, yanıt inhibisyonu ve zihin kuramı işlevleri arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019;20(1).
429. Yazici KU, Yazici IP. Decreased theory of mind skills, increased emotion dysregulation and insight levels in adolescents diagnosed with obsessive compulsive disorder. *Nordic journal of psychiatry*. 2019;73(7):462-9.
430. Rajkumar RP. Childhood attachment and schizophrenia: the “attachment-developmental-cognitive”(ADC) hypothesis. *Medical hypotheses*. 2014;83(3):276-81.
431. Berry K, Barrowclough C, Wearden A. Attachment theory: a framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour research and therapy*. 2008;46(12):1275-82.

432. Korver-Nieberg N, Berry K, Meijer CJ, de Haan L. Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*. 2014;87(2):127-54.
433. Hart JR, Venta A, Sharp C. Attachment and thought problems in an adolescent inpatient sample: The mediational role of theory of mind. *Comprehensive psychiatry*. 2017;78:38-47.
434. Gergely G, Watson J, S. The Social Biofeedback Theory Of Parental Affect-Mirroring:: The Development Of Emotional Self-Awareness And Self-Control In Inf. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1996;77:1181-212.
435. Herrmann AS, Beutel ME, Gerzymisch K, Lane RD, Pastore-Molitor J, Wiltink J, et al. The impact of attachment distress on affect-centered mentalization: An experimental study in psychosomatic patients and healthy adults. *PloS one*. 2018;13(4):e0195430.
436. Bigelow AE, Rochat P. Two-month-old infants' sensitivity to social contingency in mother–infant and stranger–infant interaction. *Infancy*. 2006;9(3):313-25.
437. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the american psychoanalytic association*. 2000;48(4):1129-46.
438. Masterson J. Bağlanma kuramı ve nörobiyolojik kendilik gelişimi açısından kişilik bozuklukları. H Şentürk (çev), İstanbul: Litera Yayıncılık. 2008.
439. Fonagy P, Redfern S, Charman T. The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology*. 1997;15(1):51-61.
440. Meins E, Fernyhough C, Russell J, Clark-Carter D. Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social development*. 1998;7(1):1-24.
441. Laible DJ, Thompson RA. Mother–child discourse, attachment security, shared positive affect, and early conscience development. *Child Development*. 2000;71(5):1424-40.
442. Symons DK, Clark SE. A longitudinal study of mother-child relationships and theory of mind in the preschool period. *Social Development*. 2000;9(1):3-23.
443. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):893.
444. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12(2):163-72.
445. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4(6):561-71.

- 446.Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). J Psychol. 1989;7:3-13.
- 447.Sanavio E. Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. Behaviour research and therapy. 1988;26(2):169-77.
- 448.Van Oppen P. Obsessions and compulsions: Dimensional structure, reliability, convergent and divergent validity of the Padua Inventory. Behaviour Research and Therapy. 1992;30(6):631-7.
- 449.Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2000;5.
- 450.Beşiroğlu L, Ağargün MY, Boysan M, Eryonucu B, Güleç M, Selvi Y. Obsesif-kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(3):179-89.
- 451.Mikulincer M, Florian V, Tolmacz R. Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. Journal of personality and social psychology. 1990;58(2):273.
- 452.Mikulincer M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. Journal of personality and social psychology. 1993;64(5):817.
- 453.Kesebir S, Kökçü F, Dereboy F, editors. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yeni Symposium; 2012.
- 454.Sanvicente-Vieira B, Brietzke E, Grassi-Oliveira R. Translation and adaptation of Theory of Mind tasks into Brazilian Portuguese. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2012;34(4):178-85.
- 455.Yücel MO, Devrimci Özgüven H, Sakarya A, Baskak B, KIZIL TÖ, Sakarya D, et al. The Relationship of Verbal Working Memory and Theory of Mind in First Degree Relatives of Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. Turk Psikiyatri Dergisi. 2016;27(1).
- 456.Duman T. Bipolar bozukluk hastaları ve birinci derece yakınlarında zihin kuramı ve yürütücü işlevler. 2014.
- 457.Bora E, Vahip S, Gonul A, Akdeniz F, Alkan M, Ogut M, et al. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2005;112(2):110-6.
- 458.SAKARYA AY, DEVRİMCİ ÖZGÜVEN HTD. Remisyonda şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında zihin kuramı bozukluklarının içgörü ve diğer bilişsel işlevlerle ilişkisi: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2012.
- 459.Yıldırım EA, Kaşar M, Guduk M, Ateş E, Küçükparlak İ, Özalmete EO. Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Güvenirlik Çalışması. Turk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(3).

- 460.Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 1999;9:142-7.
- 461.Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın E, Şimşek E, Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6(3):133-44.
- 462.Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Molecular psychiatry. 2010;15(1):53.
- 463.Aydın A. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi ile Sosyal ve Nörobilişsel İşlevlerin İlişkisi. Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2018.
- 464.Kalbe E, Schlegel M, Sack AT, Nowak DA, Dafotakis M, Bangard C, et al. Dissociating cognitive from affective theory of mind: a TMS study. cortex. 2010;46(6):769-80.
- 465.Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World psychiatry. 2010;9(1):11.
- 466.Marčinko D, Jakšić N, Skočić M. Mentalization and psychopharmacotherapy in patients with personality and eating disorders. Psychiatria Danubina. 2013;25(3):0-323.
- 467.Ng R, Fish S, Granholm E. Insight and theory of mind in schizophrenia. Psychiatry Res. 2015;225(1-2):169-74.
- 468.Solem S, Hagen K, Wenaas C, Håland ÅT, Launes G, Vogel PA, et al. Psychotic and schizotypal symptoms in non-psychotic patients with obsessive-compulsive disorder. BMC psychiatry. 2015;15(1):121.
- 469.Tolin DF, Abramowitz JS, Kozak MJ, Foa EB. Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. Journal of anxiety disorders. 2001;15(6):501-10.
- 470.Ballerini A, Stanghellini G. Phenomenological questions about obsession and delusion. Psychopathology. 1989;22(6):315-9.
- 471.Eisen JL, Phillips KA, Rasmussen SA. Obsessions and delusions: The relationship between obsessive-compulsive disorder and the psychotic disorders. Psychiatric Annals. 1999;29(9):515-22.
- 472.Group OCCW. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. Behaviour Research and Therapy. 2005;43(11):1527-42.
- 473.Marazziti D, Baroni S, Giannaccini G, Catena-Dell M, Piccinni A, Massimetti G. Plasma oxytocin levels in untreated adult obsessive-compulsive disorder patients. Neuropsychobiology. 2015;72(2):74-80.

474. Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011;84(4):367-88.
475. Fraley RC, Waller NG. Adult attachment patterns: A test of the typological model. 1998.
476. Bartz JA, Hollander E. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*. 2006;30(3):338-52.
477. Saxena S, Brody AL, Ho ML, Alborzian S, Ho MK, Maidment KM, et al. Cerebral metabolism in major depression and obsessive-compulsive disorder occurring separately and concurrently. *Biological Psychiatry*. 2001;50(3):159-70.
478. Angst J, Dobler-Mikola A. The zurich study. *European archives of psychiatry and neurological sciences*. 1985;235(3):179-86.
479. Stavrakaki C, Vargo B. The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. *The British Journal of Psychiatry*. 1986;149(1):7-16.
480. Wittchen H-U. Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: Results of the Munich Follow-up Study (MFS). *Panic and phobias 2*: Springer; 1988. p. 3-17.
481. Hecht H, Von Zerssen D, Krieg C, Pössl J, Wittchen H-U. Anxiety and depression: comorbidity, psychopathology, and social functioning. *Comprehensive Psychiatry*. 1989;30(5):420-33.
482. Tibi L, Van Oppen P, van Balkom A, Eikelenboom M, Rickelt J, Schruers K, et al. The long-term association of OCD and depression and its moderators: A four-year follow up study in a large clinical sample. *European Psychiatry*. 2017;44:76-82.
483. Goldberg X, Soriano-Mas C, Alonso P, Segalàs C, Real E, López-Solà C, et al. Predictive value of familiarity, stressful life events and gender on the course of obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*. 2015;185:129-34.
484. Doron G, Mikulincer M, Sar-El D, Kyrios M. Integrating psychodynamic and cognitive approaches to obsessive compulsive disorder-attachment insecurities and self-related sensitivities in morality and relational domains. *Handbook of Contemporary Psychodynamic Approaches to Psychopathology*. 2015:199-215.
485. Asad S, Dawood S. Attachment Orientation, Obsessive Beliefs, and Symptom Severity in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 2015;30(2).
486. van Leeuwen W, van Wingen G, Luyten P, Denys D, van Marle H. Attachment in OCD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020:102187.
487. Ein-Dor T, Viglin D, Doron G. Extending the transdiagnostic model of attachment and psychopathology. *Frontiers in psychology*. 2016;7:484.
488. S Kuipers G, HJ Bekker M. Attachment, mentalization and eating disorders: a review of studies using the adult attachment interview. *Current Psychiatry Reviews*. 2012;8(4):326-36.

489. Fonagy P, Bateman A. Mentalization-based treatment of borderline personality disorder. 2008.
490. Grossmann KE, Grossmann K, Waters E. Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies: Guilford Press; 2006.
491. Gambini O, Barbieri V, Scarone S. Theory of Mind in schizophrenia: First person vs third person perspective. *Consciousness and Cognition*. 2004;13(1):39-46.
492. Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK, Egeland B. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and psychopathology*. 1999;11(1):1-13.
493. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child development*. 2000;71(3):684-9.



10.EKLER

EK-1:

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

1. Adı:	Ev Tel:	Cep Tel:
2. Yaşı:		
3. Cinsiyeti:	Erkek (1) Bayan (2)	
4. Medeni Durum:	Hiç evlenmemiş (1) Evli (2) Dul (3) Boşanmış (4)	
5. Öğrenim Durumu:	İlkokul (1) Ortaokul (2) Lise (3) Üniversite ve Yüksekokul (4) Okur-yazar (5) Okur-yazar değil (6)	
6. Meslek:	(1) İşsiz (2) Ev hanımı (3) Memur/işçi (4)Ticaret (5)Emekli (6)Öğrenci	
7. Şu an ekonomik olarak aktif mi? Evet (1) Hayır (2)		
8. Kaç çocuğunuz var (evlat edinilen ve ölü doğan hariç): ()		
9. Birlikte yaşadığı kişiler:		
10. İkamet:	Kentsel (1) Kırsal (2)	
11. Ailenin aylık geliri (YTL): Az (1) Orta (2) İyi (3)		
12. Kaç Kardeşsiniz: ()		
13. Kaçınıcı çocuksunuz: ()		
14. Sizi büyüten kişi: (1) Anne-baba (2) Akraba (3) Yetiştirme yurdu (4) Diğer, belirtiniz.....		
15. Çocukluğunda ailenin durumu: (1)Bütün (2)Parçalanmış (3)Boşanmış		
16.Babanızın eğitim durumu: (1)Okuryazar değil (2)Okuryazar (3)İlkokul (4)Ortaokul (5) Lise (6) Yüksekokul		
17. Annenizin eğitim durumu: (1)Okuryazar değil (2)Okuryazar (3)İlkokul (4)Ortaokul (5) Lise (6) Yüksekokul		
18.Çocukluğunda nasıl bakıldığını düşünüyorsunuz?: (1)Aşırı ilgiyle (2)İlgisiz (3)Yeterince ilgiyle		
19.Çocukluğunda nasıl bir disiplinle büyütüldüğünüzü düşünüyorsunuz? (1)Aşırı kontrol (2)Yeterince kontrol (3)Az kontrol		
20.Yetiştirilme biçiminin hastalığının oluşumuna katkısı olduğunu düşünüyor musunuz? (1)Evet (2) Hayır Evetse nasıl		
21. Bilinen başka bir tıbbi hastalık var mı?: (1)Hayır (2) Evet Evet İse tanısı / tedavisi / süre:.....		
22. Alkol / Madde sorunu var mı: (1)Hayır (2) Evet Evet ise:süre/miktar:.....		
23. Hastaneye yatışınız var mı?: (1)Hayır (2) Evet Evet ise sayısı:.....		
24. Obsesif kompulsif belirtilerin başlama yaşı: ()		
25. OKB'nin başlangıcı ile ilişkili önemli yaşam olayı: Yok (1) Var (2)		
26. Obsesif kompulsif belirtilerin başlama şekli: Hızlı (1) Sinsi (2)		
27. Ailede ruhsal hastalık öyküsü: Yok (1) Var (2)		

EK-2:

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

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

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-4:

PADUA ENVANTERİ - REVİZE

Aşağıdaki ifadeler hemen herkesin günlük yaşamında karşılaştığı düşünce ve davranışları tanımlamaktadır. Lütfen her bir ifade için size en uygun görünen ve bu tür davranış ya da düşüncelerin oluşturabileceği rahatsızlık derecesine en uygun olan tek bir seçeneği işaretleyiniz.

		<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Çok</i>	<i>Epeyce Çok</i>	<i>Aşırı</i>
1.	Paraya dokunduğumda ellerimi kirlenmiş hissedirim	0	1	2	3	4
2.	Vücut salgıları ile (ter, tükürük, idrar , v.b. gibi) Hafif bir temasta bile giysilerim kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
3.	Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
4.	Çöpe veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
5.	Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
6.	Bulaşıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
7.	Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.	0	1	2	3	4
8.	Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kapığımı düşünerek derhal yıkanır veya temizlenirim	0	1	2	3	4
9.	Bir şeye dokunduğumda "mikrop kapığımı" düşünerek, derhal yıkanır veya temizlenirim.	0	1	2	3	4
10.	Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirli hissedir ve derhal yıkanmam veya üstümdeki giysileri değiştirmem gerekir.	0	1	2	3	4
11.	Kaygılar ve üzüntüler aklıma geldiğinde, onlar hakkında güvenebildiğim birisiyle konuşmadan rahat edemem. R	0	1	2	3	4
12.	Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
13.	Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.	0	1	2	3	4
14.	Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
15.	Belirli sayıları nedensiz yere tekrarlama zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
16.	Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
17.	Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.	0	1	2	3	4
18.	Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
19.	Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek uğruna eve geri dönerim.	0	1	2	3	4
20.	Doğru bir şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21.	Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak söndüğünden emin olana kadar geri dönüp bakarım.	0	1	2	3	4
22.	Elime para aldığım zaman, üst üste birkaç kez sayarım.	0	1	2	3	4
23.	Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim.	0	1	2	3	4
24.	Önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum.	0	1	2	3	4
25.	Özellikle benimle ilgili önemli konular konuşulurken, bir şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4

26.	Bir şeyleri özenli bir şekilde yapsam bile, hala yaptığım işi kötü yaptığım veya eksik bıraktığım izlenimini içimde taşıyım.	0	1	2	3	4
27.	Yaptığım şeylerin pek çoğuna ilişkin kaygılar ve problemler üretirim.	0	1	2	3	4
28.	Belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara takılıp kalırım.	0	1	2	3	4
29.	Kendi isteğim dışında, hoş gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
30.	Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum	0	1	2	3	4
31.	Dalgınlığının veya yaptığım küçük hataların felaket sonuçlar doğuracağını düşünürüm.	0	1	2	3	4
32.	Bazen hiç nedeni yokken nesneleri saymaya başlarım.	0	1	2	3	4
33.	Önemsiz sayıları tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
34.	Bir düşünce veya şüphe aklıma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle gözden geçirmem gerekir ve bu şekilde yapana kadar rahat edemem.	0	1	2	3	4
35.	Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım.	0	1	2	3	4
36.	Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aşağıya baktığım zaman, kendimi boşluğa bırakacakmış gibi hissederim.	0	1	2	3	4
37.	Yaklaşan bir tren gördüğüm zaman, bazen kendimi onun altına atabileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
38.	Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar.	0	1	2	3	4
39.	Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve şiddet içeren düşüncelere sürükler.	0	1	2	3	4
40.	Bıçakların, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
41.	Bazen sebepsiz yere bir şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyacı hissederim.	0	1	2	3	4

EK-5:**ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ****1. Bölüm**

Aşağıdaki açıklamalar çocukluğunuzda anne-babanızla ve şuanda 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 yaptıklarını 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.

- 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.

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

Size içlerinde iki kişinin yer aldığı, toplam on kısa öykü okuyacağım. Her bir öykü, kişilerden birinin diğerine söylediği bir sözle bitiyor. Öyküleri okumayı bitirdiğimde, size öyküdeki karakterin ne söylediğiyle ilgili sorular soracağım.

Birinci Öykü

Cemil Başak'ın ofisine uzun ve sıcak bir araba yolculuğu sonrasında varıyor. Başak hiç vakit kaybetmeden hemen iş hakkında konuşmaya başlıyor. Cemil Başak'ın sözünü yarıda keserek diyor ki:

"Aman diyeyim Başak! Gerçekten çok sıcak ve uzun bir yolculuktu."

1.Cemil bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?**Doğru Yanıtlar:**Cevap Kriterleri

Cemil "İçecek bir şeyler alabilir miyim?" veya "İş hakkında konuşmaya başlamadan önce seyahatimden sonra dinlenmek için birkaç dakika alabilir miyim?" demek istiyor.

- Cemil sözüne şöyle devam ediyor: "Susadım"

2. Cemil Başak'ın ne yapmasını istiyor?**Doğru Yanıtlar:**Cevap Kriterleri

Cemil Başak'ın kendisine bir içki teklif etmesini istiyor.

İkinci Öykü

Canan duş almak için banyoya girer. Aylin ise az önce banyo yapmıştır. Canan banyonun kirli olduğunu fark ettiğinde Aylin'e seslenir ve der ki: "Aylin temizlik malzemelerini bulamadın mı?"

1.Canan bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?**Doğru Yanıtlar:**Cevap Kriterleri

Canan, "Neden banyoyu temizlemedin?" veya "Git ve şimdi banyoyu temizle" demek istiyor.

- Canan sözüne devam eder: "Aylin bazen çok tembel oluyorsun"

2. Canan Aylin'in ne yapmasını istiyor?**Doğru Yanıtlar:**Cevap Kriterleri

Canan Aylin'in banyoyu temizlemesini istiyor.

Üçüncü Öykü

Mert, annesiyle süpermarkete gidiyor. Şekerleme reyonuna geldiklerinde Mert annesine döner ve şunu söyler: "Bak, bu şekerler çok güzel görünüyor."

1.Mert bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?**Doğru Yanıtlar:**Cevap Kriterleri

Mert" Lütfen, anne, bana biraz şeker al." demek istiyor.

- Mert sözüne devam ediyor: "Anne ben açım."

2.Mert annesinin ne yapmasını istiyor?**Doğru Yanıtlar:**Cevap Kriterleri

Mert, annesinin ona şeker almasını istiyor.

Dördüncü Öykü

Onur'un bir iş görüşmesine gitmesi gerek ve geç kalmak üzere. Ayakkabılarını temizlerken, eşi Tuğçe'ye şöyle sesleniyor: "Bu mavi gömleği giymek istiyorum ama bu çok kırıksık durumda."

1. Onur bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?**Doğru Yanıtlar:**Cevap Kriterleri

Onur, "Gömleği benim için ütüleyebilir misin lütfen?" demek istiyor.

- Onur sözüne devam ediyor: "Gömlek, ütülenecek giysilerin sepetinde."

2. Onur Tuğçe'nin ne yapmasını istiyor?**Doğru Yanıtlar:**Cevap Kriterleri

Onur, Tuğçe'nin gömleğini ütülemesini istiyor.

Beşinci Öykü

Nesibe'nin hiç parası yok ama bu gece dışarı çıkmak istiyor. Nesibe Oğuzhan'ın yeni maaş aldığını biliyor ve ona diyor ki: "Hiç param yok. Bugünlerde her şey çok pahalı."

1. Nesibe bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?**Doğru Yanıtlar:**Cevap Kriterleri

Nesibe "Bana biraz borç verebilir misin, Oğuzhan?" ya da "Bu gece beni dışarı çıkarmak ister misin?" demek istiyor.

- Nesibe sözüne devam ediyor: "Peki, sanırım bu gece evde kalmak zorunda kalacağım"

2. Nesibe Oğuzhan'ın ne yapmasını istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Nesibe Oğuzhan'ın kendisine borç para vermesini ya da onu dışarı çıkarmasını istiyor.

Altıncı Öykü

Ali bir iş projesini yürütmek istiyor ama patronu Gökhan bu iş projesinin yapılmasını başka birinden istemiş. Ali patronuna diyor ki: "Ne yazık. Bu aralar hiç de meşgul değilim."

1. Ali bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Ali "Lütfen Gökhan, fikrini değiştir ve projeyi bana ver." demek istiyor.

- Ali sözüne devam ediyor: "Bu proje tam bana göre."

2. Ali Gökhan'ın ne yapmasını istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Ali, Gökhan'ın fikrini değiştirmesini ve ona projeyi vermesini istiyor.

Yedinci Öykü

Dilan'nın doğum günü yaklaştı. Dilan babasına dönerek şöyle söyler: "Baba, hayvanları çok seviyorum, özellikle de köpekleri."

1. Dilan bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Dilan, "Baba, doğum günüm için bana bir köpek alır mısın?" demek istiyor.

- Dilan sözüne devam ediyor: "Doğum günümde Petshoplar (hayvan dükkanı) açık olacak mı baba?"

2. Dilan babasının ne yapmasını istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Dilan, babasının doğum günü için ona bir köpek almasını istiyor ya da ondan bir köpek almasını istiyor.

Sekizinci Öykü

Çiğdem ve Ozan bir hafta önce yeni evlerine taşındılar. Çiğdem bazı dekoratif süs eşyalarını paketlediği kolilerden çıkartıyordu. Çiğdem Ozan'a dönerek şöyle dedi: "Ozan, birlikte satın aldığımız rafları paketlerinden çıkardın mı?"

1. Çiğdem bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Çiğdem, "Şimdi rafları çıkartır / asar / düzenler misin lütfen?" demek istiyor.

- Çiğdem sözüne devam ediyor: "Peki. Bir şeyin yapılmış olmasını istiyorsan, demek ki onu kendin yapacakmışsın."

2. Çiğdem Ozan'ın ne yapmasını istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Çiğdem, Ozan'ın rafları koymasını istiyor.

Dokuzuncu Öykü

Bahar ve Elif bir oyuncak tren setiyle oynuyorlar. Bahar'ın mavi treni, Elif'in kırmızı treni var. Bahar (kendi trenini kastederek) Elif'e diyor ki: "Ben bu treni sevmedim."

1. Bahar bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Bahar "Senin trenini istiyorum ve sen de benim trenimi alabilirsin." veya "Trenleri değiştirebilir miyiz?" Demek istiyor. Bahar sözüne devam ediyor: "Kırmızı benim favori rengimdir."

2. Bahar Elif'in ne yapmasını istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Bahar Elif ile trenleri değiştirmek istiyor.

Onuncu Öykü

Hazal üç ağır bavulla trenden indi. Yusuf hemen onun arkasında bulunmakta. Hazal Yusuf'a diyor ki: "Of, bu valizler de tam bir baş belası."

1. Hazal bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Hazal "Bagajım için bana yardım eder misiniz lütfen?" demek istiyor.

-Hazal sözüne devam ediyor: "Bu üç valizle birden baş edebilir miyim bilmiyorum."

2.Hazal Yusuf'un ne yapmasını istiyor?

Doğru Yanıtlar: Cevap Kriterleri

Hazal, Yusuf'un valizler için ona yardım etmesini istiyor.

İMAYI ANLAMA TESTİ PUANLAMASI

	SKOR
1. Hikaye	
2. Hikaye	
3. Hikaye	
4. Hikaye	
5. Hikaye	
6. Hikaye	
7. Hikaye	
8. Hikaye	
9. Hikaye	
10. Hikaye	
	Toplam: /20 puan

EK-7: Gözlerden Zihin Okuma Testi

kıskanç

paniklemiş



kibirli

nefret dolu

EK-8:**GÖZLER TESTİ KAYIT**

Kayıt sayfası

Doğum tarihi.....

Tarih.....

Eğitim durumu / mesleği.....

T kıskanç	paniklemiş	kibirli	nefret dolu
1 neşeli	teselli eden	rahatsız	sıkılmış
2 korkmuş	üzüntülü	kibirli	kızgın
3 şakacı	telaşlı	arzulu	ikna olmuş
4 şakacı	ısrarcı	keyifli	gevşemiş
5 rahatsız	iğneleyici	endişeli	arkadaş canlısı
6 donakalmış	hayal kuran	sabırsız	diken üstünde
7 özür dileyen	arkadaş canlısı	tedirgin	şevksiz
8 kötümser	rahatlamış	utangaç	heyecanlı
9 kızgın	düşmanca	dehşete düşmüş	zihni meşgul
10 temkinli	ısrarcı	sıkılmış	donakalmış
11 korkmuş	keyifli	pişman	işveli
12 aldırılmaz	mahcup	şüpheli	şevksiz
13 kararlı	bekleyen	tehditkar	utangaç
14 rahatsız	hayal kırıklığına uğramış	keyifsiz	suçlayıcı
15 mütefekkir	telaşlı	cesaret veren	keyifli
16 rahatsız	düşünceli	cesaret veren	cana yakın
17 şüphelenmiş	şefkatli	neşeli	donakalmış
18 kararlı	keyifli	donakalmış	sıkılmış
19 baskın	arkadaş canlısı	suçlu	dehşete düşmüş
20 zihni meşgul	minnettar	ısrarcı	yalvaran
21 memnun	özür dileyen	küstah	ilgili
22 tereddütlü	rahatsız	heyecanlı	düşmanca
23 diken üstünde	utangaç	düşmanca	gergin
24 şakacı	temkinli	kibirli	güven verici
25 merak eden	şakacı	şefkatli	memnun
26 sabırsız	donakalmış	rahatsız	dalgın
27 minnettar	işveli	düşmanca	hayal kırıklığına uğramış
28 utanmış	kendinden emin	şakacı	şevksiz
29 ciddi	utanmış	şaşırmış	diken üstünde
30 mahcup	suçlu	hayal kuran	kaygılı
31 donakalmış	hayrete düşmüş	güvenilmez	korkmuş
32 utanmış	sinirli	kuşkucu	kararsız

EK-9: ETİK KURUL ONAM ve KARAR FORMU



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019/13-10	Tarih: 13/09/2019
	Dr. Öğr. Üyesi Mesut IŞIK sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen "Obsesif Kompulsif Bozuklukta Zihin Kuramı İşlevleri ve Bağlanma Biçimleri Arasındaki İlişki" isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmacıların Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Çalışma Esasları Hakkında Yönergesinde belirtilen hususları yerine getirdikleri belirlenmiş olup, çalışmalarını ilgili tüm sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu/oy birliği ile karar verilmiştir.	
	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
	ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof. Dr. Yasin TULÜCE		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Yasin TULÜCE	Tıbbi Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Y. Tulu</i>
Prof. Dr. Hülya ÖZDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>H. Özdemir</i>
Prof. Dr. Südhik KESKİN	İstatistik Uzmanı	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>S. Keskin</i>
Prof. Dr. Serap GÜNEŞ BİLGİLİ	Dermatoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Muhammed BATUR	Göz Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>M. Batur</i>
Doç. Dr. Hülya GÜNBATAR	Göğüs Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>H. Günbatar</i>
Dr. Öğr. Üyesi Oruç YUNUSOĞLU	Tıbbi Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>O. Yunusoğlu</i>
Dr. Öğr. Üyesi Zehra KAYA	Tıbbi Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>Z. Kaya</i>
Dr. Öğr. Üyesi Sermin ALGÜL	Fizyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Özgür GENÇ ŞEN	Endodonti	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Nazlı AKTAŞ YILMAZ	Avukat	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>N. Aktaş</i>
Lütfü POLAT	Eczacı	Van Polat ECZANESİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>L. Polat</i>
Özge Burak DEĞER	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van Sanayiciler ve İş Kadınları Derneği	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>O. Değer</i>
Adnan SELÇUK	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van İş Geliştirme Merkezi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

Sayfa 2/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlük Binası Merkez Kampüsü Van

Tel : 432- 2251701-05

Faks : 432-2251091

e-posta: etikkur@yyu.edu.tr



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obsesif Kompulsif Bozuklukta Zihin Kuramı İşlevleri ve Bağlanma Biçimleri Arasındaki İlişki				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	Yok				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mesut IŞIK				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ	Yok				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tüm gözlemsel çalışmalar				☐
		Anket çalışmaları				☒
		Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gözlemsel çalışmalar				☐
		Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar				☐
		Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma				☐
		Hücre veya doku kültürü çalışmaları				☐
		Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar				☐
		Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılacak araştırmalar				☐
Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları					☐	
Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar					☐	
Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar					☐	
Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi İnsana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden yapılacak olan tüm araştırmalar					☐	
DİĞER :				☐		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	DİĞER:	☒ İyi Klinik Uygulamaları Taahhütnamesi, Tüm Araştırmacılara Ait Özgeçmiş, Anabilim Dalı Yazısı, Literatür ve CD				

Sayfa 1/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlük Binası Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2251701-05
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkur@vyu.edu.tr