



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ
BİREYLERİN SAVUNMA BİÇİMLERİ İLE OBSESİF
KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMAMIŞ BİREYLERİN
SAVUNMA BİÇİMLERİNİN BAĞLANMA STİLLERİ
BAĞLAMINDA KARŞILAŞTIRILMASI**

AMİNE GÜRKAN

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. NESRİN DİLBAZ

İstanbul, 2020

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin savunma biçimleri ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerin savunma biçimlerinin bağlanma stilleri bağlamında karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2020

Amine GÜRKAN

İmza:

ÖNSÖZ

Bu yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Amine Gürkan tarafından kaleme alınmıştır. Tez, evrensel nitelikte yazılmış ve etik onaydan geçmiştir.



TEŞEKKÜR

Saygıdeğer tez danışmanım ve sevgili hocam Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ’a tez süresi boyunca verdiği desteklerden ötürü çok teşekkür ederim.

Sevgili ve çok değerli hocam Cengiz DEMİRİSOY’a verdiği tüm destekler için, öğrettiği her kelime için ve mesleki anlamda kendimi geliştirmem adına bana güvenerek verdiği tüm sorumluluklar için çok teşekkür ederim.

Yüksek Lisans süresi boyunca akademik anlamda ve duygusal anlamda; daima yanımda olan, manevi desteklerini her zaman hissettiğim canım “ben ben ekibine” her şey için çok teşekkür ederim. Ömrümce yanımda olmalarını dilerim.

Sevgili babam Fikret GÜRKAN’a ve kız kardeşim Rabia GÜRKAN’a bana inandıkları ve bu süreç boyunca beni destekledikleri için teşekkür ederim.

Bugün bu kadar güçlü bir kadın olmamın nedeni olan sevgili annem Sevgi GÜRKAN’a daima yanımda olduğu için, her konuda beni desteklediği ve arkamda durduğu için, bana güvendiği için, kararlarımı desteklediği için, sevgisini ve saygısını daima hissettirdiği için çok teşekkür ederim.

Kendime, verdiğim her emek için, attığım her adım için, daima kendimi sevdiğim ve saygı gösterdiğim için, iyi bir psikolog olma yolunda her şeyi hakkıyla yapmaya çalıştığım için ve bitmek bilmeyen azmim için çok teşekkür ederim. Doktora tezinde görüşmeyi diliyorum.

Amine GÜRKAN

İÇİNDEKİLER

I.	YEMİN METNİ.....	i
II.	ÖNSÖZ.....	ii
III.	TEŞEKKÜR.....	iii
IV.	İÇİNDEKİLER.....	iv
V.	ÖZET.....	ix
VI.	ABSTRACT.....	xi
VII.	KISALTMALAR VE SİMGELER.....	xiii
VIII.	TABLO LİSTESİ.....	xv
IX.	EKLER LİSTESİ.....	xvi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.	Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	1
1.2.	Savunma Mekanizmaları.....	3
1.3.	Bağlanma Kuramı.....	4
1.4.	Araştırmanın Amacı.....	6
1.5.	Hipotezler.....	7
1.6.	Araştırmanın Önemi.....	8
1.7.	Sınırlılıklar.....	9
1.8.	Sayıtlılar.....	9
1.9.	Tanımlamalar.....	9

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL YAPI

2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB).....	11
2.1.1 Tanımı.....	11
2.1.2 Epidemiyoloji.....	15
2.1.3 Etiyoloji.....	17
2.1.3.1 Nörobiyolojik Etkenler.....	17
2.1.3.2 Nöropsikolojik Etkenler.....	18
2.1.3.3 Genetik.....	20
2.1.3.4 Nörokimyasal Etkenler.....	21
2.1.4 Kuramsal Açıdan OKB.....	22
2.1.4.1 Davranışçı Kuram.....	22
2.1.4.2 Bilişsel Kuram.....	23
2.1.4.3 Psikanalitik Kuram.....	24
2.1.5 Prognoz.....	26
2.1.6 Eştanı (Korbidite).....	26
2.1.7 Obsesyon ve Kompulsiyon İçerikleri.....	27
2.1.8 Tedavi.....	29
2.1.8.1 Psikoterapi.....	29
2.1.8.2 Farmokoterapi.....	31
2.2 Savunma Mekanizmaları.....	31
2.2.1 Savunma Mekanizması Kavramı.....	32
2.2.2 Savunma Mekanizmaları Kümeleri.....	34
2.2.2.1 İmmatür (İlkel) Savunma Mekanizmaları.....	34
2.2.2.2 Nevrotik Savunma Mekanizmaları.....	41
2.2.2.3 Matür(Olgun) Savunma Mekanizmaları.....	43
2.2.3 Ego Psikolojisi.....	46
2.2.3.1 Anna Freud ve Çalışmaları.....	48
2.2.4 Savunma Mekanizmaları Hakkında Diğer Çalışmalar.....	50
2.2.5 Savunma Mekanizmaları ve Patoloji.....	52
2.3 Bağlanma Stilleri.....	56

2.3.1	Bağlanma ve Bağlanma Kuramı.....	56
2.3.1.1	Bowbly'nin Bağlanma Kuramı.....	58
2.3.1.1.1	İçsel Çalışan Modeller.....	61
2.3.1.2	Ainsworth'un Çalışmaları.....	63
2.3.1.3	Bağlanma Kuramı Hakkında Diğer Çalışmalar.....	66
2.3.2	Bebeklikte ve Çocuklukta Bağlanma.....	68
2.3.3	Ergenlikte Bağlanma.....	70
2.3.4	Yetişkinlikte Bağlanma.....	73
2.3.4.1	Hazen ve Shamer'ın Yetişkin Bağlanma Modeli.....	74
2.3.4.2	Dörtlü Yetişkin Bağlanma Modeli.....	75
2.3.5	Bağlanma ve Psikopatoloji.....	75

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1.	Araştırmanın Modeli.....	79
3.2.	Araştırmanın Örneklemi.....	79
3.3	Araştırmanın Uygulanması.....	79
3.4	Veri Toplama Gereçleri.....	79
3.4.1	Sosyodemografik Veri Formu.....	80
3.4.2	Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Tarama Listesi (YBOCS).....	80
3.4.3	Savunma Biçimleri Testi (SBT).....	80
3.4.4	Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri (ÜBSÖ).....	81
3.5	Veri Analizi.....	82

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	83
4.1.1. Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Özellikler.....	83
4.1.2. Deney Grubuna Ait Sosyodemografik Özellikler.....	85
4.1.3 Kontrol Grubuna Ait Yaş Özellikleri.....	87
4.1.4 Deney Grubuna Ait Yaş Özellikleri.....	87
4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Betimsel	
İstatistikleri.....	88
4.3. Kontrol ve Deney Gruplarının Ölçek ve Alt Ölçeklere Göre	
Karşılaştırılması.....	89
4.4. Deney Grubu Katılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının	
Sosyodemografik Açısından Karşılaştırılması.....	95
4.4.1 Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.....	95
4.4.2 Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması.....	95
4.4.3 Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	96
4.4.4 Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.....	98

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Tartışma.....	100
---------------	-----

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Sonuç.....	112
------------	-----

YEDİNCİ BÖLÜM

SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

Sınırlılıklar.....	115
--------------------	-----

Öneriler.....	115
---------------	-----

SEKİZİNCİ BÖLÜM

KAYNAKÇA

Kaynakça.....	117
---------------	-----

DOKUZUNCU BÖLÜM

EKLER

Ekler.....	143
------------	-----

(GÜRKAN, Amine, Yüksek Lisans, İstanbul, 2020)

ÖZET

Bu çalışma, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin savunma mekanizmaları ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerin savunma mekanizmalarının bağlanma stilleri bağlamında incelenmesini amaçlamıştır. Bununla birlikte bazı sosyodemografik özelliklerin etkisi olup olmadığı incelenerek verilerin dağılımlarının çıkarılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın örneklemini T.C. Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Feneryolu Polikliniği'ne ayaktan başvuran, OKB tanısı almış 18-65 yaş aralığındaki 40 gönüllü katılımcı ile bu katılımcılara sosyodemografik özellikler açısından denk ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 40 sağlıklı ve gönüllü kontrol grubu oluşturmuştur. İki gruba da Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF), Sosyodemografik Veri Formu, Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Tarama Listesi (YBOCS), Savunma Biçimleri Testi (SBT), Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği (ÜBSÖ) uygulanmıştır.

Verileri analiz ederken betimsel ve ileri istatistik teknikler kullanılmıştır. Gruplar arası ölçek ve alt ölçeklerin karşılaştırılması için Independent t testi kullanılmıştır. Deney grubunun ölçek ve alt ölçek puanları ve demografik bilgilerin karşılaştırılması için Independent-t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Gruplar arası ölçek puanlarının ilişkileri için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel çalışmada anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; OKB tanısı almış bireylerin savunma biçimleri ve psikiyatrik tanı almamış bireylerin savunma biçimlerini kullanma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır. OKB tanısı almış bireylerin, kontrol grubuna göre nevrotik ve immatür savunmaları daha sık kullandıkları belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise matür savunmaları, deney grubuna göre daha sık kullandıkları tespit edilmiştir. OKB tanısı alan bireyler ve psikiyatrik tanı almayan bireylerden oluşan kontrol grubunun bağlanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. OKB tanısı alan bireylerin kaygılı bağlanma gösterme oranları,

kontrol grubuna oranla daha yüksek çıkmıştır. Kontrol grubunda yer alan bireylerin daha çok güvenli bağlanma gösterdikleri ortaya konmuştur.

Araştırmanın korelasyon analizleri incelendiğinde; savunma mekanizmaları alt kümeleri ve bağlanma stilleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Nevrotik savunma kümesi ve kaygılı bağlanma; immatür savunma kümesi ve kaygılı bağlanma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Sonuç olarak; savunma mekanizmaları, bağlanma stilleri ve OKB arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Savunma Mekanizmaları, Bağlanma Stilleri

ABSTRACT

This study aimed to examine the defense mechanisms of individuals diagnosed with obsessive compulsive disorder and the defense styles of individuals who were not diagnosed with obsessive compulsive disorder in the context of attachment styles. In addition, it is aimed to remove the distributions by examining whether some sociodemographic features have an effect.

The sample of the research was made by T.C. Üsküdar University NP Istanbul Neuropsychiatry Hospital Feneryolu Polyclinic applied to 40 outpatients, 40 healthy and volunteer control groups that are equivalent in terms of sociodemographic characteristics and have no psychiatric diagnosis. Informed Consent Form (ICF), Sociodemographic Data Form, Yale-Brown Obsession and Compulsion Scale and Symptom Screening List (YBOCS), Defense Forms Test (DFT), Three Dimensional Attachment Styles Scale (TDASS) were applied to both groups.

Descriptive and advanced statistical techniques were used to analyze the data. Independent t test was used to compare the scale and sub-scales between the groups. Independent-t test and ANOVA test were used to compare the scale and subscale scores of the experimental group and demographic information. Pearson Correlation Analysis was used for the relationships between scale scores between the groups. In the statistical study, the significance value was accepted as $p < 0.05$.

According to the results obtained from the research; A statistically significant difference was found between the forms of defense of individuals diagnosed with OCD and the frequency of using the forms of defense of individuals without psychiatric diagnosis. It has been determined that individuals diagnosed with OCD use neurotic and immature defenses more frequently than the control group. It was determined that the control group used mature defenses more frequently than the experimental group. A statistically significant difference was found between the attachment styles of the control group consisting of individuals diagnosed with OCD and individuals without psychiatric diagnosis. Anxious attachment rates of individuals diagnosed with OCD were higher than the control group. It was revealed that individuals in the control group showed more secure attachment.

When the correlation analysis of the research is examined; It has been determined that there are positive positive relationships between sub-sets of defense mechanisms and attachment styles. Neurotic defense cluster and anxious attachment; There was a positive relationship between immature defense set and anxious attachment. As a result; There was a significant relationship between defense mechanisms, attachment styles and OCD.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Defense Mechanisms, Attachment Styles



KISALTMALAR VE SİMGELER

AN: Anoreksiya Nervoza

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

ASK: Anterior Singulat Korteks

BN: Bulimia Nervoza

DLPFK: Dorsolateral Prefrontal Korteks

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

EKT: Elektro Konvülsif Tedavi

ERP: Exposure/ Response Prevention

FMRI: Fonksiyonel Magnetik Rezonans Görüntüleme

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

KB: Kişilik Bozukluğu

N: Kişi Sayısı

OCCWG: Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group

OFK: Orbitofrontal Korteks

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PET : Pozitron Emisyon Tomografisi

ROKŞT: Rey-Osterrieh Komples Şekil Testi

SBT: Savunma Biçimleri Testi

Sd: Serbestlik Derecesi

SPECT: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi

SPSS : Sosyal Bilimler İstatistiksel Paket Programı

Ss: Standart Sapma

SSRI: Seçici Seratononin Gerilim İnhibitörü

t : Student t Değeri

TMU: Transkraniyal Manyetik Uyarım

TS: Tourette Sendromu

ÜBSÖ: Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği

WHO: World Health Organisation

WKET: Wisconsin Kart Eşleme Testi

x: Aritmetik Ortalama

YBOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1:Kontrol Grubu Katılımcıları İle İlgili Sosyodemografik Değişkenler

Tablo 2:Deney Grubu Katılımcıları İle İlgili Sosyodemografik Değişkenler

Tablo 3: Kontrol Grubundaki Katılımcıların Yaş Ortalamaları (N=40)

Tablo 4: Deney Grubundaki Katılımcıların Yaş Ortalamaları(N=40)

Tablo 5: Kontrol Grubuna Ait Ölçek ve Alt Ölçeklerin Betimsel İstatistikleri

Tablo 6: Deney Grubuna Ait Ölçek ve Alt Ölçeklerin Betimsel İstatistikleri

Tablo 7: Kontrol ve Deney Gruplarının SBÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 8: Kontrol ve Deney Gruplarının BSÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 9: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları

Tablo 10: Kontrol Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları

Tablo 11: Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt ölçek puanlarının cinsiyet açısından Karşılaştırılması

Tablo 12: Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt ölçek puanlarının Medeni durum açısından Karşılaştırılması

Tablo 13: Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek puanlarının Eğitim Durumu açısından Karşılaştırılması

Tablo 14: Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek puanlarının Gelir Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

Tablo 2.1: DSM-IV TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

Tablo 2.2: DSM-V'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

EKLER LİSTESİ

Ek 1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek 2 Sosyodemografik Bilgi Formu

Ek 3 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Ek 4 Savunma Biçimleri Testi

Ek 5 Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği

Ek 6 Kurum İzin Talep Belgesi

Ek 7 Etik Kurul Onay Belgesi

Ek 8 Özgeçmiş



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve kompulsiyonlar ile birlikte seyreden; kişiyi belirgin bir kaygı durumuna sokan ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon, belirgin stres ve kaygıya sebep olan intrüzif, ego ile uyumsuz (ego distonik), ısrarla gelen istem dışı düşünce, imge ya da dürtülerdir. Kompulsiyon ise; obsesyondan kaynaklı olarak ortaya çıkan gerilimi veya kaygıyı azaltmak, korkulan sonuçları engellemek amacıyla yapılan gözlemlenebilen veya zihinsel biçimde ortaya çıkan tekrar edici, stereotipik davranışlardır (Üncüer, 2014). Obsesyon ve kompulsiyonla birlikte, OKB'nin üçüncü ayağını kaçınmalar oluşturur. Kaçınmalar kişinin obsesyonlarını arttıran ortamlardan, durumlardan, eylemlerden ve zihinsel faaliyetlerden uzak durması olarak tanımlanabilir.

OKB, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı dördüncü basımında (DSM-IV TR) anksiyete ve ilişkili bozukluklar sınıfında yer alırken, DSM-V ile birlikte obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar adı altında oluşturulan yeni bir kategoride yer almıştır.

OKB'de saldırganlık, kirlenme/bulaştırma, kuşku, cinsel, simetri/düzenleme, dinsel, somatik ve biriktirme obsesyonlarından bahsedilmektedir.(Clark, 2004; Goodman ve ark., 1989).

Obsesif kompulsif bozuklukta temizleme, kontrol etme, düzenleme, tekrarlama, sayma, biriktirme ve diğer kategorisinde yer alan konmpulsiyonlar şeklinde sınıflandırma söz konusudur (Goodman ve ark., 1989).

Yapılan klinik çalışmalar obsesif kompulsif bozukluğun kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğünü göstermiştir (Weissmann, Bland, Canino, Greenwald, Hwu ve Lee, 1994). Fakat bununla birlikte, kadınların klinik ortama başvurusunun daha fazla olacağını göz önünde bulundurmak gerekir.

Başlangıç yaşı erken yetişkinlik(18-24) olarak kabul edilmekle birlikte, hastalarla yapılan görüşmelerde çocukluklarında da belirgin obsesif davranışların varlığına dair bildirimler elde edilmiştir. Bununla birlikte epidemiyolojik çalışma bulgularına göre OKB en sık görülen dördüncü ruhsal hastalık olarak bulunmuştur (Bayar, Yavuz, 2008).

Obsesif kompulsif bozukluğun prognozuna baktığımız zaman bazı çalışmalar; tedaviye yanıt verme ve iyileşme oranlarının yüzde 20, belirtilerin artışı ve kötüye gidiş durumunun yüzde 5 ile yüzde 14 arasında, kısmi veya tam iyileşmenin oluşturduğu dalgalanmalı seyir oranlarının ise yüzde 2 ile yüzde 47 arasında olduğunu göstermektedir (Skoog ve Skoog, 1999). Hastaların %60'ında ise kronik bir seyir tablosu gözlenmektedir. (Angst ve ark., 2014)

Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerde yapılan klinik çalışmalar sonucu, major depresyon, anksiyete bozuklukları, yemek bozuklukları, C kümesi kişilik bozuklukları, tourette sendromu ve tik bozuklukları eş tanı olarak karşımıza çıkmaktadır (Karaman ve ark., 2011).

OKB'nin oluşumunu açıklamak amacıyla farklı ekoller tarafından çeşitli varsayımlar (örn; biyolojik, nöropsikolojik, davranışsal-öğrenme kuramı vs.) öne sürülmüştür. Bunlar arasında, klinik çalışmalar ile desteklenen bilişsel-davranışçı teoriler, OKB için etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlamaları açısından da önemli bir yere sahiptirler (Franklin ve ark., 2000). Bununla birlikte nörobiyolojik bulgular ve nörotransmitter anormallikler de OKB'nin oluşumunu açıklamada faydalı bilgiler sağlamaktadır.

Tedavi yöntemleri içinde en yaygın olan tedavi biçimi bilişsel davranışçı terapi olmakla birlikte kullanılan temel yöntem exposure (yüzleştirme) dur. Bilişsel davranışçı terapiye ek olarak uygulanacak farmakolojik tedavi ise seyrin gidişatını pozitif yönde etkilemektedir. Dirençli obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastalarda TMU (transkraniyal manyetik uyarım) tedavisinin etkinliği gözlenmiştir (Doğan, 2010).

1.1. Savunma Mekanizmaları

Savunma mekanizması kavramı ilk olarak Freud'un "Neuro-Psychoses Of Defense" isimli makalesinde kullanılmıştır (S.Freud, 1894). Başlangıçta savunma kavramını ortaya atarken histerinin içerisinde yer alan bir patoloji olarak tanımlamıştır. 1915 yılında ise savunma terimini bilinçdışı olarak kullanılan, bir patolojik özellik göstermeyen, kişinin içeriden veya dışarıdan gelen tehlikelere karşı kendisini korumasına yardım eden psikolojik bir süreç olarak tanımlamıştır (Cramer, 1987; S.Freud, 1957).

Psikanalitik kuramı temel aldığımızda savunmalar, kişinin psikolojik olarak dengesini sağlamak adına kullanılan bir yöntemdir (S.Freud, 1959). Anna Freud'a göre savunma mekanizmaları egonun kişide kaygı yaratan dışsal durumlardan uzaklaşması için kullandığı bir süreç olmakla birlikte; bilinçdışında yer alan dürtüler, içsel motivasyonlar, içgüdüsel davranışlar üzerinde kontrol sahibi olmasını amaçlayan psikolojik süreçlerdir (A.Freud, 2004).

DSM IV-TR'e göre (APA, 2000) savunma mekanizmaları, kişileri iç ve dış tehlikelere ya da sıkıntılara karşı koruyan ancak, kişilerin sıklıkla bu süreçlerin işleyişlerinin farkında olmadığı otomatik psikolojik süreçler olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve ark., 2007).

Bastırma kavramı Freud tarafından 1984'deki yazısında ilk olarak savunma mekanizması kavramının yerine kullanılmıştır. (Freud, 1962) Fakat daha sonrasında 1925 senesinde yayınladığı "Inhibitions, Symptoms and Anxiety" (Freud, 1959) isimli çalışmasında bastırma kavramını bir savunma mekanizması olarak kullanmıştır. Freud'un tanımladığı 9 adet savunma biçimi varken, Anna Freud ile bu 12'ye çıkmıştır. Geçen yıllar içinde ise psikanalitik kuramcılarının geliştirdikleriyle birlikte 31 tane savunma mekanizması tanımlanmıştır. (A.Freud, 2004, Kernberg, 1994). Savunma mekanizmaları immatür savunmalar, matür(olgun) savunmalar ve nevrotik savunmalar olmak üzere üç kategoriye ayrılır. İmmatür savunma biçimleri; yaşamın ilk yıllarında gözlenen, gerçekliğe uyum sağlamak konusunda yetersiz olan savunmalardır. Yansıtma, pasif saldırganlık, dışa vurma, yalıtma, değersizleştirme, otistik fantezi, inkar, yer değiştirme, disosiyasyon, bölünme, rasyonalizasyon ve bedenselleştirmeden oluşmaktadır (Vaillant, 1971). Matür savunma biçimleri; kişinin anksiyete ve ruhsal gerilimini azaltmaya

yardımcı olan; çevreye uyumu ve dengeyi kolaylaştıran savunmalardır. Yüceltme, mizah, beklenti ve baskılamadan oluşmaktadır. Nevrotik savunma biçimleri; anksiyeteyi ve ruhsal gerilimi bir miktar azaltmakla ve kişiyi rahatlatmakla birlikte, kişinin çevresine uyumunu zorlaştırmaktadır. Nevrotik, histerik ve obsesif kompulsif yapıdaki kişiler nevrotik savunma biçimlerini kullanırlar (Vaillant,1971). Yapma-bozma, psödo alturizm, idealleştirme ve karşıt tepki geliştirmeden oluşmaktadır (Yılmaz ve ark., 2007).

1.2.Bağlanma Kuramı

Bebeklik dönemi 0-2 yaş olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde çocuk, fiziksel, duygusal ve zihinsel yönden hızlı bir gelişme kaydeder. Fakat çocuğun bu özellikleri yeterince gelişmediği için bakım vereni (genellikle anne) ile bağımlı bir ilişki kurar. Bu bağımlılık sürecinin ortaya çıkardığı ilişki ise, 0-2 yaş döneminde hızla gelişen çocuk için zihinsel, duygusal ve fiziksel yönden destekleyicidir. Anne veya bakım veren kişi ile çocuk arasında, annenin bağlanma ihtiyacını giderdiği bir ilişki oluşur. (Tüzün ve Sayar, 2006)

Bağlanma; iki kişi arasında kurulan uzun süreli duygusal bağ olarak tanımlanmaktadır (Yörükan, T.,2011). Bağlanma kuramı ise bireylerin karakteristik özellikleri, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde ortaya koydukları bazı davranış kalıpları ve duygulanımlar ile erken dönem bebeklik ve çocukluk döneminde ki yaşantıların arasında ilişki olduğunu ileri süren bir kuramdır. Bu kurama göre bireylerin ilk bakım verenleriyle erken dönem bebeklik çağında kurdukları ilişkiler daha sonra oluşan kişilerarası ilişkilerinde de kendini gösterecektir (Shorey, H.S., Snyder, C.R., 2006). Bakım veren ile çocuk arasında ki ilişkide çocuğun ihtiyaçlarının karşılanma biçimi çocukta bazı yanıtlar oluşturur. Bu yanıtların oluşması ile çocuğun şimdiye ve geleceğe dair beklentileri oluşur (Troisi ve ark., 2006). Bu beklentilerin doyurulması ise çocuğun bağlanma sürecinin pozitif yönde gelişmesini sağlar. Bu beklenti bir döngü oluşturur. Çocuğun kendisi ve diğerleri hakkında ilk düşünceleri, yanıtlara bağlı olarak ortaya çıkan beklentilerin karşılanması veya karşılanmaması ile ortaya çıkar. Beklenti döngüsü çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik sürecindeki ilişkilerde de kendisini gösterir (Crittenden, 1990)

Bağlanma biyolojik bir süreçtir. İç güdüsel olarak var olan bu süreç, kişilerin sosyal olarak var olmaları, duygusal olarak ilişki kurabilmeleri, güvенеabilmeleri ve sevebilmeleri için gereklidir (Kesebir, 2011).

Bakım veren kişi tarafından duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarına beklentileri doğrultusunda yanıt alan bebekler zihinlerinde değerli olduklarına ve sevildiklerine dair şemalar oluştururlar. Bunun aksine bakım vereni tarafından ihtiyaçları reddedilen, olumsuz yanıtlar alan bebekler ise değersiz olduklarına ve sevilmediklerine dair zihinsel modellere sahip olurlar (Troisi ve ark., 2006).

Anne (bakım veren) ve çocuk arasında oluşan bu ilişkinin incelenmesi Bowlby'nin çalışmalarıyla birlikte daha net bir zemine oturmuştur. Bowlby'nin çalışmalarıyla birlikte bağlanma, yetişkin bağlanması ve psikopatoloji arasında da ilişki kurulmuştur. Bowlby'nin kuramına geçmeden önce Bowlby'nin kuramını etkileyen Harlow'un çalışmalarından bahsetmek doğru olacaktır. Harlow, bebeklik döneminde bakım verenin çocuğun açlık, susuzluk ve sevilme gibi ihtiyaçlarını karşılayan kişi olması nedeniyle anne ve çocuk arasında bir bağlanma olduğunu ileri sürmektedir (Tüzün, Sayar, 2006). Harlow'un öğrencileri ile birlikte maymunlar üzerinde yaptığı bir deney ile anne yoksunluğu kavramı dikkat çekmiştir. Harlow maymunlar ile gerçekleştirdiği bu deneyde; maymunlar için iki seçenek oluşturulmuştur. Ya kumaş kaplı bir yere tırmanacaklar ya da demirden tırmanarak süt içeceklerdir. Maymunlar demirden tırmanarak süt içseler bile hızla kumaş kaplı yere dönmüşlerdir. Bu da sadece beslenmenin değil aynı zamanda rahatlığın da maymunlar için önemli bir içgüdü olduğunu göstermiştir. Daha sonra yapılan bir araştırmada ise rhesus maymun bebeklere sıcak bir demir ve kumaş kaplı soğuk yer seçenekleri sunulmuştur. Bebek maymunlar sıcak demiri tercih etmişlerdir. Bu deneyle birlikte ise annenin sadece fiziksel gereksinimleri karşılamadığı bununla birlikte rahatlık ve sıcaklık sağladığı gözlemlenmiştir. Üçüncü bir deney ile birlikte Harlow anneden ayrı olan rhesus maymunlarını gözlemlemiş ve bu maymunların sosyal ilişkilerinde yetersiz, içe kapanık ve ilişki kurmak konusunda beceriksiz olduklarını gözlemlemiştir (Öztürk, 2002; Karen, 1998).

Bowlby'e göre bağlanma kavramı bakım veren ve çocuk arasındaki ilişkiye bağlı olarak özellikle tehdit içeren ve stres yaratan durumlar karşısında ortaya çıkan duygusal

bir bağ olarak tanımlanmıştır. Güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma olarak iki kategoride ele aldığı bağlanma biçimlerinin, sadece çocukluk döneminde değil yetişkinlik döneminde ki ilişkilerde de sürdüğünü belirtmiştir (Bowlby, 1969).

Bowlby'e göre anne ve çocuk arasında kurulacak olan güvenli bağlanma çocuk için sağlıklı psikolojik bir zemin sağlar. Rhesus maymunlar ile yapılan çalışmalarla gözlenen bağlanma süreçleri ile, insanlarda gelişen bağlanma süreçleri arasında bağlantı olduğunu ileri sürmektedir (Öztürk, 2002).

Ainsworth, Bowlby ile birlikte çalışmakla birlikte kendi kuramını öne süren bir diğer araştırmacıdır. Emniyetli(güvenli) bağlanma ve emniyetsiz(güvensiz) bağlanma kavramlarını, yaptığı bir dizi ev çalışması ve gözlemler sonucunda ortaya koymuştur. Emniyetsiz bağlanmayı kararsız (ambivalent) ve kaçınan bağlanma şeklinde iki kategoriye ayırmıştır (Eder, 1997). Emniyetli bağlanma çocuğun psikolojik gelişimi açısından büyük önem taşımakta ve annenin duyarlı, sıcak ve bakım vermeye uygun olduğunu göstermektedir (Tüzün, Sayar, 2006). Kararsız bağlanma ise annenin tutarsız davranışlar içinde bulunmasının ve bakım verme sürecinde ikircikli davranmasının bir sonucu olarak ortaya çıkar. Kişinin erişkinlikte ki psikolojik durumunda da bu şekilde ambivalans durumlar yaşamasına neden olabilmektedir. Anneleri tarafından reddedilen çocuklar ise genellikle kaçınan bağlanma stiline sahiptirler. Çocukluklarında bakım verenlerinden yanıt alamadıkları için kaçınmayı bir alışkanlık haline getirirler ve erişkinliklerinde de sorunlarından, bulundukları ortamlardan ve ilişkilerden kaçınma davranışı gösterebilirler (Brown, 2003).

1.3.Araştırmanın Amacı

“Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerdeki savunma biçimlerinin, tanı almayan bireylerdeki savunma biçimleriyle bağlanma biçimleri bağlamında karşılaştırılması.” İncelenecektir. Örneklem; 18-45 yaş arası okb tanısı almış bireylerden oluşan 40 kişilik deney grubu ve psikiyatrik tanı almamış bireylerden oluşan 40 kişilik kontrol grubundan oluşacaktır. Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin savunma biçimlerini incelemek ve bağlanma türleri ile arasındaki ilişkiyi çözümlemek, obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin obsesyon ve kompulsiyonların içeriğini

değerlendirmek ve bununla birlikte ebeveyn tutumlarının da obsesyonların ve kompulsiyonların içeriğinde etkisi olup olmadığını anlamak ve tedavi planı oluştururken kullanılan yöntem biçimlerini geliştirmek adına da literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

1.4. Hipotezler

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki savunma biçimleri ve obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerdeki savunma biçimleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki bağlanma biçimleri ve obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerdeki bağlanma biçimleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Obsesif kompulsif bozukluk, savunma biçimleri ve bağlanma biçimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki savunma biçimleri ve bağlanma biçimleri arasında anlamlı pozitif bir ilişki vardır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerdeki savunma biçimleri ve bağlanma biçimleri arasında anlamlı pozitif bir ilişki vardır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki savunma biçimleri ve obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerdeki savunma biçimleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki bağlanma biçimleri ve obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerdeki bağlanma biçimleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Obsesif kompulsif bozukluk, savunma biçimleri ve bağlanma biçimleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki savunma biçimleri ve bağlanma biçimleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki yoktur.

Obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerdeki savunma biçimleri ve bağlanma biçimleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki yoktur.

1.6 Araştırmanın Önemi

Literatürde, obsesif kompulsif bozukluk ve savunma mekanizmaları; savunma mekanizmaları ve bağlanma biçimleri; obsesif kompulsif bozukluk ve bağlanma biçimleri ile ilgili birçok araştırma mevcuttur. Bununla birlikte bu üç değişkenin bir arada bulunduğu araştırma sayısı kısıtlı ve yetersizdir. Bu nedenden ötürü, bu araştırma ile birlikte, obsesif kompulsif bozukluk, bağlanma biçimleri ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin varlığına dair literatüre katkı sağlayacak olmak önem arz etmektedir.

Çocukluk çağında bakım veren ile ilişkinin sonucu olarak oluşan bağlanma stilleri, kişinin ergenlik ve yetişkinlik döneminde de etkisini sürdürmektedir. Bowlby'e göre bakım verenin yanlış yanıtlar vermesi ve çocuğun ihtiyaçlarının kesintiye uğraması sonucu kişilik problemleri ve zihinsel hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (Tüzün, Sayar, 2006). Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin de güvensiz bağlanma stillerinden birisine sahip olabileceği varsayılmaktadır.

Nevrotik savunmalara sahip bireylerin obsesif kompulsif bozukluğa sahip olma ihtimali diğer bireylere oranla daha fazladır (Vaillant, 1971). Kişilerin savunma biçimlerini geliştirme ve iç görülerini artırma ile gösterdikleri semptom şiddetlerinde azalma yaratılabileceği için araştırma önem taşımaktadır.

Savunma biçimlerinin oluşumu ve bağlanma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ise bağlanma biçimlerinin, savunma biçimleri üzerindeki etkisini yordamamızı sağlayacaktır.

Bu üç değişken arasındaki ilişkinin incelenmesi, hem obsesif kompulsif bozuklukta tanı ve tedavi sürecini şekillendirmek konusunda hem de çocukluk çağında ki ebeveyn tutumlarının erişkinlikte ki etkilerini, kişilerin ruhsal sağlığı üzerindeki sonuçlarını değerlendirmek amacıyla önem taşımaktadır.

1.7. Sınırlılıklar

1. Bu araştırma, deney grubunu oluşturan NP Beyin Hastahanesi, Feneryolu Kliniğinde rastgele seçilmiş 18-45 yaş arası 40 kişilik obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastalarla sınırlıdır.
2. Bu araştırma, kontrol grubunu oluşturan rastgele seçilmiş 18-45 yaş arası 40 kişilik obsesif kompulsif bozukluk tanısı ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilerle sınırlıdır.
3. Araştırma verileri, kullanılan ölçekler ve anketlerle toplanan verilerle sınırlıdır.
4. Araştırma, giriş kısmında yer alan sayıtlarla sınırlıdır.
5. Araştırma, yapılan literatür taraması ile sınırlıdır.

1.8. Sayıtlar

1. Araştırma örneklemini evreni temsil etmektedir.
2. Obsesif kompulsif bozukluk, savunma biçimleri ve bağlanma biçimleri bilimsel olarak ölçülebilen kavramlardır.
3. Katılımcıların ölçeklerde yer alan sorulara samimi, doğru ve içten bir şekilde cevap verdiği varsayılmaktadır.
4. Kullanılan ölçme araçları geçerli ve güvenilirlerdir.

1.9. Tanımlamalar

Obsesif Kompulsif Bozukluk: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve kompulsiyonlar ile birlikte seyreden; kişiyi belirgin bir kaygı durumuna sokan ruhsal bir bozukluktur.

Bağlanma: İki kişi arasında kurulan uzun süreli duygusal bağ olarak tanımlanmaktadır (Yörük, T., 2011).

Bağlanma Stilleri: Bireylerin karakteristik özellikleri, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde ortaya koydukları bazı davranış kalıpları ve duygulanımlar ile erken dönem bebeklik ve çocukluk döneminde ki yaşantıların arasında ilişki olduğunu ileri süren bir kuramdır. (Shorey, H.S., Snyder, C.R., 2006).

Savunma Biçimleri: Anna Freud’a göre savunma mekanizmaları egonun kişide kaygı yaratan dışsal durumlardan uzaklaşması için kullandığı bir süreç olmakla birlikte; bilinçdışında yer alan dürtüler, içsel motivasyonlar, içgüdüsel davranışlar üzerinde kontrol sahibi olmasını amaçlayan psikolojik süreçlerdir (A.Freud, 2004).



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL YAPI

2.1.OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı

Obsesif kompulsif bozukluk, obsesyonlar ve kompulsiyonlar ile karakterize bir bozukluktur. Bununla birlikte obsesif kompulsif bozukluk halk arasında takıntı hastalığı veya vesvese olarak adlandırılır. Obsesif kompulsif bozukluk, kişinin iş hayatını, ilişkilerini ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkiler. Ciddi bir işlev kaybına yol açabilir. Obsesyonlar kişiye sıkıntı veren, yineleyeci, zorlantılı ve istem dışı olarak ortaya çıkan düşünce, dürtü veya imajlardır. Kompulsiyon ise obsesyonun kişi üzerinde yarattığı ruhsal sıkıntıyı veya kaygıyı (anksiyeteyi) azaltmak, sıkıntı halini minimize etmek amacıyla gerçekleştirilen tekrarlayıcı zihinsel veya davranışsal eylemlerdir. Kompulsiyon ve nötralizasyon güvenlik arama davranışı olarak tanımlanırlar. DSM-III'e göre kompulsiyon sadece bir davranış olarak tanımlanmıştı. DSM-IV ile birlikte kompulsiyonların obsesyonları nötralize hale getirmek amacıyla kullanılan bir düşünce olabileceği belirtilmiştir (Bayar, Yavuz, 2008). Kişi kompulsif bir davranışta, zihinsel bir eylemde bulunarak obsesyon ile başa çıkmaya çalışır. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireyler bazı durumlarda kompulsiyon yapmıyor gibi gözükmeyle birlikte aslında bunun nedeni kaçınma davranışı sergiliyor olmaları olabilir. Kaçınma davranışı, kişinin anksiyete yaratan durumlardan, ortamlardan, kişilerden, objelerden belirgin bir çaba harcayarak uzak durması olarak tanımlanır.

OKB, DSM-VI-TR'da anksiyete bozuklukları kategorisi altında yer almaktadır. DSM-V ile birlikte OKB (300.3) ve ilişkili bozukluklar adı altında yeni bir kategori oluşturulmuştur. Yeni kategori; obsesif kompulsif bozukluk, trikotilomani(saç yolma bozukluğu), istifçilik(biriktiricilik) ve beden algısı bozukluğu şeklindedir (American Psychiatric Association, 2000; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı). ICD-10'da OKB (F-42), nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar tanı kümesinde yer almaktadır. OKB'nin DSM-VI-TR'a göre tanı ölçütleri aşağıda Tablo 2.1'de belirtilmektedir. DSM-V'e göre tanı kriterleri ise Tablo 2.2'de belirtilmektedir.

TABLO 2.1: DSM-IV TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

A- Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler,

(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

(3) Kişi bu düşünce, dürtü ve düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4) Kişi, obsesyon düşüncelerini, dürtü ve düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür. (Düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir)

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (el yıkama, düzene koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemler (dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma gibi).

(2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

B- Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman, kişi, obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. (Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir).

C- Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten fazla zaman alır) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar.

D- Başka bir eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir.

E- Bu bozukluk bir madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa Belirtiniz:

İçgörüsü Az Olan: O sıradaki epizoda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

TABLO 2.2: DSM-V’e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

A- Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:
Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır.
1) Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2) Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirir (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.
Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:
1) Kişinin takıntısına tepki olarak ya da kati bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2) Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.
Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

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

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

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

Varsa Belirtiniz:

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

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

İçgörüsü yok/sanrısallık inanışlar: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının kesinlikle gerçek olduğunu düşünür.

Yukarıda yer alan tablolarda (Tablo 2.1 ve Tablo 2.2) DSM-VI-TR ve DSM-V tanı kriterleri belirtilmiştir. DSM-VI-TR VE DSM-V tanı kriterleri arasında dikkat çekici değişiklikler söz konusu değildir. Bununla birlikte tanı kriterleri göz önüne alındığında; OKB hastalığına sahip bireylerin zorlayıcı, istem dışı, tekrar edici düşünce içerikleri, imaj ve imgelere sahip olduğunu söyleyebiliriz. Kişi bu düşünce, imge ve imajların yarattığı

sıkıntıyı veya anksiyeteyi ortadan kaldırmak amacıyla tekrarlayıcı, törensel ritüeller yerine getirmektedir. Bazı zamanlar kişi obsesyonlarına teslim olmaktadır. Bazı durumlarda ise düşünce içerikleri, imaj ve imgelerin ortaya çıkmasını sağlayacak durumlardan kaçınmaktadır. Kişinin iç görüşü önem taşımaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin iç görüşü ego distoniktir (ego ile uyumsuz). Kişi düşüncelerinin, düşünce içeriklerinin ve yaptığı tekrarlayıcı eylemlerin mantıklı olmadığını farkındadır. Kişinin iç görüşünü iyi değerlendirmek ve ego ile uyumlu (ego sintonik) olması durumunda ekstra bir değerlendirme yapmak gerekmektedir.

2.1.2. Epidemiyoloji

1980'li yıllarda yapılan çalışmalar, OKB'nin nadir görülen bir hastalık(%0,005) olduğuna dair sonuçlar vermiştir (Bayar, 2008). Bu sonuçların nedeni yapılan çalışmaların kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir. Güncel olarak yapılan çalışmalar ise okb'nin; fobiler, madde kullanım bozukluğu ve depresyondan sonra en sık görülen dördüncü psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermektedir(Bayar, Yavuz, 2008). Obsesif kompulsif bozukluğun genel popülasyonu da baz aldığımızda görülme sıklığı (prevalansı) %3 bulunmuştur (Ertan, 2008). OKB'nin yaygınlığı kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Farklı kültürlerde yapılan çalışmaların güvenilirlikleri ile belirgin problemler söz konusudur. Türkiye'de ise anksiyete bozuklukları ve OKB üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalar sınırlıdır. Bu sınırlılıklar nedeniyle ulaşılan sonuçları popülasyona genellemek mümkün değildir (Binbay ve ark., 2014).

OKB'nin başlangıç yaşı ortalama olarak, hem dünya popülasyonunda hem de Türkiye'de 20 olarak kabul edilmektedir (Karadağ ve ark., 2006; Sayar, 1999 ; Tamam, Saygılı ve Ünal, 2003). Yapılan başka bir çalışmada ise, ortalama başlangıç yaşının 21.9-35.5 şeklinde bir aralıkta olduğu saptanmıştır. Erişkin dönemdeki obsesif kompulsif bozukluk hastalarının 1/3-1/2'si ergenlik döneminde ve bazen çocukluk döneminde obsesyon ve kompulsiyonların varlığından bahsetmektedir (Karno, 1988). Obsesif kompulsif bozukluğun geç başlangıçlı ve erken başlangıçlı şeklinde iki kümede değerlendirilmesi gerektiğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Janowitz ve ark., 2009; Wang ve ark., 2012). Geçmişte obsesif kompulsif bozukluğun çocuk ve ergenlerde

görölme sıklığının nadir olduğuna inanılırdı. Fakat yapılan yeni çalışmalar bunun aksini göstermiştir. Çocukluk çağı başlangıçlı ve ergenlik döneminde ortaya çıkan obsesif kompulsif bozukluk prevalansı %1-4 arası bulunmuştur ve ortalama %2'lik bir yaygınlığa sahiptir. 5000 lise öğrencisinin örneklem olarak seçildiği bir çalışmada obsesif kompulsif bozukluk görölme sıklığı %2 olarak bulunmuştur. Ayrıca ergenlik öncesi %1 oranında, ergenlik döneminde ise %4 oranında obsesif kompulsif bozukluk görölmüştür (Flement, 1990; Zohar, 1999). 3 yaş başlangıçlı OKB vakası olduğu bildirilmekle birlikte, çocukluk çağı başlangıçlı OKB'nin ortalama yaşı 9-11 şeklindedir (Rapaport, 1981; Rettew ve ark., 1992). Erişkinlerin %80'inde ise başlangıç ergenlik olarak kabul edilir (Pauls ve ark., 1995). Erişkinlik OKB'sinin saptanması ve ayırt edilmesi, çocuk ve ergenlik dönemindeki OKB'ye oranla çok daha kolaydır. Bu nedenle çocukluk ve ergenlik çağında ki obsesyonların ve kompulsiyonlar tespit edilmesi güçleşmektedir. Özellikle çocukların sözlü bildirimleri net olmadığında dolayı çelişkili durumlar ortaya çıkabilmektedir. Erişkinlerin ve çocukların obsesyon ve kompulsiyonlarının şiddeti ise yaşa bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Cinsiyet baz alındığında ise kadın ve erkekler için başlangıç yaşı değişiklik göstermektedir. Kadınlarda başlangıç yaşı 21-22 yaş seyrinde devam ederken, erkeklerde başlangıç yaşı 14-19 arası değişiklik göstermektedir (Steketee ve Barlow, 2004). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da OKB'nin erkeklerde kadınlara oranla daha erken başlangıçlı olduğu tespit edilmiştir (Tükel ve ark., 2005).

Kadın ve erkeklerde yaygınlık oranına bakıldığında, yapılan klinik çalışmalar ve gözlemler cinsiyete göre farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Klinik çalışmalara göre kadınlarda obsesif kompulsif bozukluk görölme sıklığı daha fazladır. Bu çalışmalara göre kadın ve erkek arasında 1.2-1.8 şeklinde bir oran bulunmuştur. Fakat bu farklılığın nedeninin eşlik eden depresyon olabileceği düşünülmektedir (Bayar, Yavuz, 2008). Epidemiyolojik çalışmalar baz aldığımızda ise kadın ve erkek arasında büyük bir farklılık gözlenmemektedir. (Grabe ve ark., 2000).

2.1.3. Etiyoloji

2.1.3.1. Nörobiyolojik Etkenler

Beyin görüntüleme çalışmaları yıllar geçtikçe gelişme göstermiş ve beyne dair birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar, OKB'nin nörobiyolojisinde frontal-bazal

ganglion-talamik döngünün etkin bir rol oynadığını göstermiştir. Orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, medial talamus ve striatum bölgelerini içeren anomalilerin, OKB'nin nörobiyolojisinde etkin rol oynadığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Greenberg ve ark., 2010). Benzer bir çalışmada, erişkin obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yapılan, SPECT(Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi) ve PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) çalışmalarında orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, striatum ve talamusta anormallikler saptanmıştır. Erişkinlerde belirti provokasyonu esnasında yapılan bir fonksiyonel magnetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında sol superior temporal girus, sol prekuneus, sol ve sağ frontal korteks alanları ve sağ serebellumda aktivasyon gözlenmiştir (Sanematsu ve ark., 2010). Yapılan bir çalışmada, OKB hastalarının frontal loblarında, bazal ganglionlarında (özellikle kaudat nükleusta) ve singulumlarında artmış metabolizma ve kan akımı saptanmıştır (Bayar, Yavuz, 2008). OKB'de bazal gangliyonların etkin olduğuna dair iddia, kapsülotomi veya singulektomi adı verilen psikocerrahi müdahale ile bazal gangliyonlar ve frontal korteksin birbirinden ayrılmasıyla birlikte obsesyonlar ve kompulsiyonlarda görülen azalma olmasını baz almaktadır. Bu çalışma, bazal gangliyonları direkt hedef olarak göstermemekle birlikte fronto-striatal yolağa vurgu yapmaktadır (Swedo ve Snider 2004).

OFK ve ASK alanlarında hiperaktivite olarak ortaya çıkan bir durum vardır. OFK'te oluşan hiperaktivite zorlayıcı düşünceler olarak kendisini gösterirken; anterior singulatta ortaya çıkan hiperaktivite kaygı ile ilişkilidir. OFK ve ASK modeli baz alındığında ortaya çıkan kompulsiyonlar, striatumdaki etkisiz durumu ortadan kaldırmaya yönelik tekrarlayan hareketler olarak görülmektedir (Saxena ve Rauch 2000). Buna ek olarak orbitofrontal korteks, dorsaprefrontal korteks ve anterior singulat korteksin, OKB hastalarının karar verme süreçleriyle ilintili olduğu görülmüştür (Westenberg ve ark. 2007).

OKB'nin subkortikal bölgelerinde çeşitli bozulmalar olduğu da ileri sürülmektedir. Bu bozulmalar, OKB'de bilişsel defisitleri araştıran bir çalışma ile bu hastaların mekansal tanıma, mekansal işleyen bellek ve yürütme işlevlerinde bazı eksiklikler olduğunu göstermiştir. Buna bağlı olarakta sub-kortikal patolojiye sahip bireyler ve frontal lob eksizyonlarına sahip bireylerle benzerlik göstermektedir. Altta

yatan nedenin frontal-striatal sistem ile ilişkili problemlerden kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir (Purcell ve ark., 1998).

Yapılan başka bir çalışma ile frontal-striatal hipotezini destekleyen bulgular saptanmıştır. OKB'li bireyler, frontal lobdaki işlevsel olmayan özelliklere duyarlı bazı testlerde, çalışmaya katılan diğer kişilere oranla daha düşük puanlar almışlardır. Kontrol grubu ve deney grubu arasında verilen cevaplara dair bir fark görülmemekle birlikte, OKB hastaları yaptıkları hataları düzeltmek için daha çok çaba sarf etmişlerdir ve daha fazla zaman harcamışlardır (Veale ve ark., 1996).

Obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden diğer anksiyete bozuklukları, depresyon ve kişilik bozukluklarının varlığı nedeniyle yapılan çalışmalar net sonuçlar ortaya koymamaktadır. Eş tanı durumu beyin görüntüleme teknikleri ile elde edilen, nörobiyolojik sonuçlar için karıştırıcı etki oluşturabilmektedir. OKB'nin nörobiyolojisini inceleyen FMRI, MRI ve PET çalışmalarının ortak sonuçlarına bakacak olursak, OFK, DLPFK, ASK, frontal-striatal sistem, bazal gangliyonlar, talamus ve kaudat çekirdekle ilgili bazı defisitler ve hiperaktivitelerin varlığı söz konusudur (Karslıoğlu, Yüksel, 2007).

2.1.3.2. Nöropsikolojik Etkenler

OKB'deki nöropsikolojik etkenlerin nörobiyolojik defisitlerle ilgisi olabileceği gibi, daha sonra oraya çıkan düşünce işlevlerindeki bozulmalarla ilgili olabileceği de düşünülmektedir (Chamberlain ve ark., 2005). OKB'nin nöropsikolojisini açıklarken yürütücü işlevlerden bahsetmek ve yürütücü işlevlerle ilgili çalışmaları baz almak doğru olacaktır. Yürütücü işlevler, yüksek bilişsel işlevler olarak adlandırılır. Yürütücü işlevler; karmaşık davranışların belli bir organizasyon içinde planlanması ve sıralanması, risk etmenlerini değerlendirerek karar verilmesi, birden fazla olaya aynı anda dikkati yöneltebilme ve konsantrasyonu bir işten veya bir olaydan başkasına kolayca yönlendirebilme, karmaşık olayları kavrayabilme, birden fazla belirteç içeren görevleri takip etme, anlık olarak gelişen durumlarda uygunsuz yanıtları baskılama ve perseverasyon olmadan davranışı yürütebilme yetenekleri olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçlerde frontal korteks ve prefrontal korteksin etkin rol oynadığı bilinmektedir. Buna

bağlı olarak, fronto-striatal devredeki bozukluklar gündeme alınarak, yürütücü işlevler geniş ölçüde araştırılmıştır (Mesulam, 2000; Şenormancı ve ark., 2010).

OKB hastalarında en sık tekrarlanan bozukluklar; frontal lob işlevleri(yürütücü işlevler), görsel mekansal işlevler ve hafıza işlevleri ile ilgilidir (Trivedi ve ark., 2008). Bu işlevler değerlendirildiğinde hastalarda belirgin bir kötüleşme olduğu gözlenmiştir (Tükel, 2012). Yürütücü işlevler değerlendirilirken; sözel akıcılık testi/iz sürme testi, çalışan bellek görevleri, stroop testi ve WKET (Wisconsin Kart Eşleme Testi) ile değerlendirilirken; ROKŞT(Rey-Osterrieh Komples Şekil Testi) ise görsel hafızayı ölçerken kullanılır (Yalçın ve ark., 2012). Yapılan fonksiyonel görüntüleme teknikleriyle OFK'nın OKB'li bireylerde aktivasyonun fazla olduğu gözlenmiştir (Del Casale ve ark., 2011). OKB'li bireylerin görsel-mekansal işlevlerinde ve görsel hafıza kusurlarında ise posterior kortikal alanlar (son inferior parietal korteks ve parieto-okspital birleşme bölgesi) normalin altında işlev göstermektedir. Kompleks uzaysal görevlerde de bilgi işleme ve bütünleştirme süreci OKB'li bireyleri zorlamaktadır (Martinez-Gonzalez, Pigueras-Rodriguez, 2008). Talamik işlev kaybı ise yürütücü işlevlerdeki defisitlerle ilişkilidir (Lacerda ve ark., 2003).

OKB'nin bilişsel kusurlarla olan ilişkisi kaudat nukleusundaki kusurlar ve frontal-subkortikal devreler ile ilişkilendirilmektedir. Karmaşık bilişsel ve motor olmayan bilişsel işlevlerin koordine edilmesinde etkin bir rol oynar (Kwon ve ark., 2003).

OKB'li bireyler inhibisyon sürecini başarılı bir şekilde gerçekleştiremezler. Bununla birlikte inhibisyon ile ilişkili olan belirtiler en sık gözlenen belirtilerdir (Chamberlain ve ark. 2005). Obsesyonların istemsiz bir şekilde geliyor olması, kompulsif davranışların tekrar etmesi ise OKB'li bireylerde inhibisyona dair bazı anomaliler olduğunu da bize göstermektedir (Pişkin, Özen, 2010). Kompulsiyonların tekrarlaması ve dirençli yapı göstermesi de inhibisyon sürecinin bozulmasıyla ilgilidir. Frontal lobun inhibisyon sürecinde ki rolü dikkate alındığında kompulsif davranışların sürmesinde etkisi olabileceği gösterilmiştir (Chamberlain ve ark. 2005; Melloni ve ark., 2012). OKB'de bellek, dikkati kaydırma, yanıtları inhibe etme ve dikkati işleme içeren bazı hedef alanlarda belirgin nörobilişsel anomaliler gözlenmiştir (Kim ve ark., 2007). Dikkati kaydırma, dikkati sürdürme ve inhibisyon birbirleriyle ilişkili işlevlerdir. OKB'li bireylerde dikkatin kaydırılamaması ve inhibisyona dair var olan anomalilerin

OFK'da gözlenen fokal lezyonlara bağılı olarak ortaya çıkabileceğı düşünölmektedir (Evans, Lewis, 2004; Berlin ve ark., 2004).

OKB ve nöropsikolojik etkenler üzerine yapılan birçok çalışmaları ortak sonuçları vardır. Nörobiyolojik etkenler ile de örtüşme göstermektedirler. OKB'li bireyler ile yapılan çalışmalarda, diğér psikiyatrik hastalıklara sahip bireyleri dışlamak çalışmaları güvenilirliği açısından daha anlamlı olacaktır (Taner ve ark., 2013).

2.1.3.3. Genetik

Aileden OKB geçişinin olup olmadığı sorusu 1930'lardan beridir araştırılmaktadır. Yapılan çalışmalara göre OKB'li bireylerin ailelerinde de OKB prevalansı %3.4 olarak bulunmuştur (Tükel ve ark., 2010). OKB'nin genetik geçişliliğı ile ilgili olarak, ikiz çalışmaları yapılmıştır. Tükel ve arkadaşlarının OKB ile ilgili yaptığı çalışmada tek yumurta ikizlerinin konkardans oranı %87, çift yumurta ikizlerinin %47 olarak bulunmuştur.

OKB ve TS olan kişilerde yapılan genetik çalışmalarda genetik geçişin etkisini göstermektedir (Karşlıoğlu, Yüksel, 2007). Yapılan bir çalışmada OKB'li bireylerin birinci derece akrabalarında %20-25 oranında OKB olduğu, ayrıca kontrol grubundaki akrabalara göre 5 kat daha fazla olduğu ve obsesyonların kompulsiyonlara göre genetik geçişliliğinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (Demet, 2005). Başka bir çalışmada ise genetik etmenlerin çocukluk çağı OKB'si üzerinde olan etkisinin %45-65 arasında olduğu bildirilmiştir (Van Groothest ve ark., 2005).

Aile ve ikiz çalışmaları ile OKB'de genetik özelliğın etkisi desteklenmektedir. Fakat yeterli çalışma bulunmamaktadır. Sonuçlar çelişkilidir. Yapılan çalışmaların semptomları incelemekten ziyade patolojiye yönlendirilmesi sonuçların geçerliliğı açısından önem taşımaktadır (Chamberlain ve ark., 2005).

2.1.3.4. Nörokimyasal Etkenler

1960'lı yıllarda, depresif bozukluk tanısı almış bireylerin klomipramin kullanımı ile OKB belirtilerinde düzelme ortaya çıkmıştır. Bu düzelme ile OKB'nin serotonin

nörotransmitteri ile ilgili anormalliklerle ilişkisi olabileceği düşüncesi ortaya çıkmıştır (Renynghe de Voxrie, 1968; Capstick, 1971). Seratonerjik hipotez; seratonerjik ilaçların (SRI) ve seratonin agonistleri ile yapılan bir takım testlerin sonuçlarına bağlı olarak ortaya çıkmıştır (Karşlıoğlu, Yüksel, 2007). Seratonerjik hipotezi destekleyen çalışmalar ve bulgular olmakla birlikte tek başına OKB'yi açıklamak için yeterli değildir. Hastaların %40'dan fazlası SSRI'lara yeterli yanıt vermemektedir (Hollander ve ark., 2000). Hastalar SSRI'lara farklı yanıtlar gösterdiği için, seratonerjik yapının yanında başka yapıların da önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir (Murphy ve ark. 1989).

SSRI'larla yapılan çalışmaların yeterli gelmemesi, OKB hastalarında antipsikotik ilaç kullanımına neden olmuş ve fayda sağlanmıştır. Pozitif sonuçlar elde edilmesi ile birlikte OKB'nin etyopatogenezinde dopamin reseptörlerine dair anormallik olduğu düşünülmüştür (Koo ve ark., 2010).

Bazal gangliyonlar ilişkili bozukluklarda obsesif ve kompulsif belirtilerin varlığı ile birlikte dopaminerjik sistemde etkili olabileceği fark edilmiştir. Ayrıca yüksek doz stimulan verilen bireylerde OK belirtiler oluşmuş, sonrasında ise antidopaminerjik ilaçlarla birlikte belirtilerin düzeldiği gözlenmiştir (Karşlıoğlu, Yüksel, 2007). Yapılan çalışmalar sonucu elde edilen bulgular OKB hastalarında bazal gangliyonlarda sinaptik dopamin konsantrasyonunun arttığını göstermektedir (Westenberg ve ark., 2007).

Glutamat beyindeki birincil uyarıcı nörotransmitterdir. 1998'de yapılan bir olgu sunumunda OKB'nin etyopatogenezinde glutamat işlev bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Moore, 1998). Beyin omurilik sıvısı alınan OKB'li bireyler ve OKB'li olmayan bireylerde glutamat seviyesi daha yüksek bulunmuştur (Chakrabarty, 2005). Seratonin ve glutamat arasında anormal bir etkileşim olduğu hipotezi de öne sürülmüştür. (Rosenberg, Keshavan, 1998). Glutamatın, kaudat çekirdekten salınan seratonini azalttığı bildirilmiştir. Kaudattaki glutamatın düşmesiyle OK belirtilerin azalması arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir (Rosenberg ve Hanna, 2000).

2.1.4. Kuramsal Açıdan Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.4.1. Davranışçı Kuram

Davranışçılık, öğrenme süreçlerini benimsemiş ve bu ilkelerle çalışan bir ekoldür. On dokuzuncu yüzyılın ortalarında Rus fizyolog Ivan Petroviç Pavlov'un yaptığı bir dizi deneyler sonucu ortaya koyduğu klasik koşullanma davranışçılığın temellerinden birini oluşturmaktadır. Öğrenme veya koşullanma adını verdiği sürecin insan davranışına uyarlanabilir olduğu John Watson tarafından ortaya atılmıştır. Daha sonrasında Skinner'ın yaptığı çalışmalarla edimsel koşullanma ve pekiştirme kavramları ortaya çıkmıştır. Gerçekleşen eylem sonucu davranışın sıklığı artar veya azalır (Skinner, 1938).

OKB'nin davranışçı kurama göre, klasik koşullanma ve edimsel koşullanma süreçlerini birlikte içeren bir model ile açıklanmaktadır. Mowrer'ın korkunun nasıl oluştuğunu açıkladığı iki basamaklı öğrenme kuramı OKB'nin oluşumunu ve süregelen gitme nedenini açıklar (Özdel, 2015). Bu kurama göre başlangıçta ortaya çıkan korku klasik koşullanma ile öğrenilir. Nötral bir uyaran öğrenme süreciyle birlikte koşullu uyaran haline gelir. Bu davranışın pekişmesi ve artması ise edimsel koşullanma ile gerçekleşir. Obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır ve kişi için anksiyete yaratırlar. Kompulsiyonlar sonucunda ortaya çıkan rahatlama hissi ve anksiyetenin azalması ile birlikte kompulsiyonlar (tekrarlayan davranışlar) pekiştireç görevi görür. Kişi koşullu uyaran ile her karşılaşmasında ortaya çıkan anksiyetesiyle başa çıkmak için kompulsif davranışlarda bulunur, kaçınır veya güvenlik arayıcı davranışlar sergiler. Bu süreç OKB'nin kısır döngüsüdür. Kişi geçici rahatlamayı yaşadıkça, ödül almış olacağı için davranışı yani kompulsiyon, kaçınma veya güvenlik aramayı sürdürecektir. Bir süre sonra anksiyete ile başa çıkmak zorlaşmaktadır ve bu davranışların şiddeti-sıklığı artmaktadır; fakat kişiye yeterli gelmemektedir (Sungur, 2006).

2.1.4.2. Bilişsel Kuram

Obsesyonların ve kompulsiyonların bilişsel kuramı temel alarak yapılan analizi 1985 senesinde Salkovskis'in çalışmasıyla yapılmıştır. Intruzif düşünce, popülasyonun genelinde görülen düşüncelerdir. Girici düşünceler olarak da adlandırılır. İstenmeden gelen, kontrol edilmesi güç, içsel bir kaynağa sahip ve olası aktivitelerin ve düşüncenin arasına giren düşüncelerdir (Rachman, 1997). Intruzif düşünceler obsedan düşüncenin kökenini oluşturur. OKB'li bireylerin, intruzif düşüncelere yüklediği anlam veya yorum

ile obsedan düşünce ortaya çıkar. OKB’li bireylerin ve normal bireylerin aklına gelen bu düşüncelerin ayrımı şiddetine, yarattığı anksiyeteye, yüklenen anlama ve sıklığa göre değişiklik gösterir. Yüklenen anlamların ve hatalı yorumların temeli ise; aşırı korumacı, aşırı eleştiren, mükemmeliyetçi ebeveynler, sıkı dindarlık ve bir düşünce ile olumsuz bir durumun rastgele bir şekilde eşleşmesi olarak bildirilmektedir (Yoshida, Taga, Matsumoto, Fukui, 2005).

Düşünce eylem kaynaşması ilk olarak Rachman tarafından tanımlanmıştır. Düşünce eylem kaynaşması; inatçı ve tekrar edici düşüncenin yanlış yorumlanması (felaketleştirme/hatalı yorumlama) ile birlikte OKB’nin gelişimine ve sürmesine neden olan kavram olarak tanımlanmaktadır (Rachman, 1993; 1998).

Bununla birlikte OKB’de altı tane inanç alanının etkinliğine dair ortak görüşler vardır. Bunlar; abartılmış sorumluluk, düşüncelerin kontrol edilebilirliğine dair inanç, düşüncelere önem verme (düşünce eylem kaynaşması), abartılı tehdit algısı, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlüktür (OCCWG, 1997).

- 1) Tehlikenin aşırı biçimde değerlendirilmesi (abartılı tehdit algısı); tehdit, gerçeklikten uzak bir şekilde algılanır. Kötü şeylerin diğer insanlardan daha çok başlarına geleceklerini düşünürler. Kötü şeylerin olma olasılığı, iyi şeylerin olma olasılığından daha yüksektir (Clark, 2009).
- 2) Abartılmış sorumluluk algısı; kişiler olumsuz sonuçları engelleyebileceklerine inanırlar (Clark, 2009).
- 3) Mükemmeliyetçilik; OKB’li bireyler yapılan işin mükemmel olmasına önem verirler. Küçük hataların büyük sonuçlar doğurabileceğine inanırlar (OCCWG, 1997).
- 4) Düşünceleri kontrol etmeye verilen önem; kişi istenmeyen düşünceleri kontrol etmesi gerektiğine ve bunu yapabileceğine inanır (Clark, 2009).
- 5) Düşüncelerin aşırı önemsinmesi; eğer bir düşünce varsa, o düşüncenin önemli olduğu inancı hakimdir (OCCWG, 1997). Bu duruma düşünce-eylem kaynaşması adı verilir. İki tip inanış söz konusudur. “Bir olay hakkında düşünmek o olayın gerçekten olma olasılığını arttırır.” Ve “Ahlakdışı bir düşünceye sahip olmak bunu yapmakla eş değerdir.” (Clark, 2009).

- 6) Belirsizliğe tahammülsüzlük; kişiler öngöremedikleri durumlarla ve değişimlerle başa çıkma konusunda yetersiz olduklarına inanırlar ve işlevsellikleri azalır (OCCWG, 1997).

OKB bilişsel kuram bazında değerlendirildiğinde, intruzif düşüncelere yüklenen anlamlar ve yorumların sonucu olarak ortaya çıkan obsedan düşüncenin, bir felakete veya kötü bir sonuca neden olma ihtimali değerlendirilmeye alınır ve kişi bu felaketi engellemek veya kötü bir sonuçla karşılaşmamak için kompulsiyon yapar.

2.1.4.3. Psikanalitik Kuram

19. yüzyıl sonlarında Freud OKB'yi bilimsel olarak tanımlamıştır (Freud, 1935). Freud obsesif ve kompulsif davranışların klinik düzlemde açıklamasını yapmıştır. Freud'a göre, hastanın zihni kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir. Karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceler (obsesyonlar) hasta için hiçbir anlam taşımadığı için, çoğu kez kendisine de saçma gelir. Karşı koymayı bir türlü başaramadığı bu düşünceler onu bitkin düşene dek oyalar ve bir ölüm kalım sorunuyla karşılaşmışçasına kaygılandırır (Geçtan, 1997).

Freud'a göre OKB'de erken çocuklukta ki ebeveyn çocuk çatışması önem taşımaktadır. Obsesif nevroz diye tabir ettiği durumun gelişimi anal döneme saplanma veya bu döneme gerileme ile açıklanır (Freud, 1935). Bu gerileme “anal sadistik evreye” gerileme olarak adlandırılır (Laplanche, Pontalis, 1973). OKB'li birey ödipal dönemin çatışmalarıyla baş edemez ve bir önceki psikoseksüel evreye yani anal sadistik döneme geriler (Freud, 1935). Çocuk anal dönemde tutma-bırakma özgürlüğünü tuvalet ihtiyacı sırasında fark eder. Bu noktada ebeveynlerinin onu cezalandırma ihtimalini düşünen çocuk dışkıyı tutabilir veya dışkıyı boşaltarak tepki gösterebilir (Odağ, 2001). Bu çatışmanın sonucu olarak anal karakter özellikleri ortaya çıkar. Bu özellikler; düzenlilik, tutumluluk ve inatçılık şeklindedir (Freud, 1908). Freud'a göre bu karakter özellikleri obsesyonel nevroz adı verilen durumda belirginleşir. OKB'de tuvalet eğitiminin etkisi olduğu görüşü zamanla etkisini kaybetmiştir ve anal karakter özellikleri OKK yapısı ile ilişkilendirilmiştir. Bu yapı da OKB'den farklıdır (Judd, 1965).

Freud’a göre, OKB’de bir diğer nokta ise süperegonun gerilemeye uğraması ve katı-acımasız bir yapı haline gelmesidir (Freud, 1923). Freud obsesyonları ve kompulsiyonları; yapma bozma, yalıtma ve karşıt tepki oluşturma savunmalarıyla da açıklamıştır (Freud, 1926).

Anna Freud’a göre, ise nesne ilişkilerindeki başarısızlıklar ve anal özellikleri artışı arasında bir korelasyon vardır (Freud, A., 1966).

Nesne ilişkileri kuramına göre, bakım verenleri yüksek standartlara sahip kişilerdir. Doğru ve iyi buldukları davranışları ödüllendiren bakım veren, yanlış bulduğu davranışları ise cezalandırmaktadır. Kuralcı, aşırı titiz olan ebeveyn çocuk için oluşturduğu standartların sonucunda çocukta içsel bir cezalandırılma korkusu ortaya çıkmakta ve bununla baş etmek için de obsesif kompulsif bir yapı geliştirmektedir (McWilliams, 2009). Bu kişilerin katı ahlaki kurallarla yetiştirilmeleri de katı bir süperegoya sahip olmalarına yol açar.

Klein’a göre, obsesyonlar içsel iyi nesnenin tahrip edilmesi arzusunun karşı gelişen savunmalardır ve bir tamir çabası işlevi görür (Klein, 1940).

Yaşamın her alanında kontrol ihtiyacı sağlamaya çalışan OKB’lilerin kontrol gücü yetersiz kaldığı zaman belirtiler ortaya çıkar. Bu güçsüz kalma korkularıyla gerçekleşir (Mellinger, 1984).

Salzman’a göre ise öfkeden ziyade utanç, onur kaybı ve yetersizlik duygularını önleme amacı söz konusudur (Salzman, 1985).

Leib’e göre ise OKB’li bireylerin annelerinin amnipotan, despot ve aşırı koruyucu olduğu, bu ilişkilerin hastalığın gelişiminde rolü olduğudur (Leib, 2001).

Meares’e göre, OKB’li bireyler kendi sınırlarına sahip değildir. Çocuk; dış dünya ile içsel yaşantıyı ayırt edemez ve ikisinin birbirini etkileyeceğine inanarak çevresindekilere zarar verme düşüncelerinin yarattığı anksiyeteye başa çıkmak için ritüellere başvurur (Meares, 2001).

2.1.5. Prognoz

OKB’de hastalığın seyri uzun ve değişkendir. OKB tedaviye yanıt vermekle birlikte kronik seyir gösteren bir bozukluktur (Pişgin, Özen, 2010). Bazı hastaların durumları dalgalı bir seyir göstermektedir. OKB’li bireylerin %20-%30’unda belirtilerde ciddi bir düzelme, %40-%50’sinde orta derece bir düzelme görülürken; %20-%40’lık bir hasta grubunda belirtiler sabit kalır veya kötüleşme eğilimi gösterir (Bayar, Yavuz, 2008). Yapılan çalışmalar, OKB’de ortaya çıkan belirtilerin şiddetinin, hastalığın düzelme oranı ile arasında negatif bir ilişki olduğunu söylemektedir. Belirtilerin şiddeti arttıkça iyileşme oranı ve gidişat negatif yönde etkilenmektedir (Sketee, Barlow, 2002).

Kötü prognozu etkileyen durumlar; tedaviyi bırakma, kompulsiyonlara karşı koymama, bizar içerikli kompulsiyonlar ve obsesyonlar, kişilik bozukluklarının eşlik etmesi, major depresyonun varlığı ve erken başlangıçlı olması şeklinde tanımlanmaktadır (Leonard ve ark., 1992). Sosyal destek, iş ve meslek hayatının bir düzen içinde olması ve iyi bir seyir göstermesi, destekleyici bir aileye sahip olmak ve hastalığın başlangıcına neden olan bir olayın varlığı iyi prognozın göstergeleridir.

Kişi remisyon dönemindeyken, stresli bir yaşam olayı ile karşılaşmasına bağlı olarak belirtilerde ve belirti şiddetinde artış olabilmektedir (Clark, 2004).

2.1.6. Komorbidite (Eş Tanı)

OKB diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülen bir hastalıktır. Major depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte görülme oranı çok sıktır. OKB’li bireylerin 3’te 2’sinde ayrıca bir psikiyatrik tanı olduğu bilinmektedir (Bayar, Yavuz, 2008). %70’inde major depresyonun varlığı söz konusudur (Eisen, Rasmussen, 2002). Ayrıca yaşam boyu bir anksiyete bozukluğunun eşlik etme oranı %80’dir (Nestadt, 2001). OKB’ye en sık eşlik eden anksiyete bozukluğu özgöl fobidir. Yaygın anksiyete bozukluğu %33.3, panik bozukluk %28.3, sosyal anksiyete bozukluğu %26.7, agorobi %10, travma sonrası stres bozukluğu %5 şeklindedir (Tamam ve ark., 2003). Şizofreninin prodrom evresinde OK belirtilerin varlığı gözlenmiştir (Öztürk, 1994).

OKB’li bireylerde yeme bozuklukları değerlendirildiğinde AN için %5-17 arasında, BN için ise hastaların 3’te 1’inde OK belirtiler olduğu saptanmıştır. Fakat diğer psikiyatrik bozuklukların oranlarına bakıldığı zaman yeme bozukluğu ve OKB arasında özel bir ilişki olmadığı düşünölmektedir (Demet, Taşkın, 2002). Türkiye’deki bir

çalışmaya göre TS sendromlu bireylerde OKB eş tanısı %75 oranında bulunmuştur (Toros ve ark., 2002). Tik bozukluğu ise %26 oranında bulunmuştur (Fireman ve ark., 2001; Geller, 2006).

OKB'li bireylerde kişilik bozukluğu komorbiditesi mevcuttur. OKKB görülme sıklığı diğer psikiyatrik hastalıklarla OKKB görülme ihtimalinden daha fazladır (Diaferia ve ark., 1987). Bununla birlikte çekingen, borderline, bağımlı ve şizotipal kişilik bozuklukları daha sık görülmektedir (Baer ve Jenike, 1990). C kümesi kişilik bozuklukları, OKB'lilerde %20 oranında gözlenir. Kişilik bozukluklarına dair birçok çalışma olmasına rağmen her çalışma farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Buna rağmen OKB ve KB arasındaki ilişkinin görülme sıklığı %52-83 arasında bildirilmiştir (Yavuz, Bayar, 2008).

2.1.7. Obsesyon ve Kompulsiyon İçerikleri

Obsesyon Alt Tipleri

Bulaşma-kirlenme obsesyonları; yaygın bir şekilde gözlenmektedir. Kişiler tuvalete girdiklerinde dışkı veya idrarın üzerlerine bulaşabileceğinden, kapı kollarına dokunduklarında mikrop kapabileceklerinden, bazı nesnelere dokunduklarında da idrar, meni veya dışkı bulaşabileceğinden korkarlar (Tükel, 2000). Kişiler pislik, mikrop, meni, dışkı veya idrar bulaşacağını düşündükleri yerlerden, nesnelerden kaçınırlar. Bu obsesyona yıkama-temizleme kompulsiyonları eşlik eder (Şahin, 1997).

Patolojik şüphe-kuşku obsesyonları; kişi yaptığı eylemden emin olamaz (Tükel, 2000). Örneğin kişi ütüyi fişten çekip çekmediğinden, ocağı açık bırakıp bırakmadığından emin olamaz. Kişi emin olmak için defalarca kontrol yapar, yani kontrol etme kompulsiyonları bu obsesyonlara eşlik eder.

Somatik (bedensel) obsesyonlar; sıklıkla hastalık kapma düşüncesiyle kendisini gösterir. Ölümcül hastalıklarla karşılaşma ihtimali olduğuna dair korku yaşarlar (Tan, 2016). Kişisel olarak geliştirdikleri kompulsiyonları vardır.

Düzen ve simetri obsesyonları; eşyaların, olayların belirli bir düzen içinde olması gerektiğiyle ilgilidir. Kişiler bu eşyaların simetrisini ve düzenini sağlamak için ekstra çaba sarf ederler.

Saldırganlık ve zarar verme obsesyonları; kişi kendilesine, sevdiği birisine veya herhangi birisine zarar vereceğine veya saldıracağına dair düşünceler içindedir. Örneğin; kendisini veya sevdiği birisini camdan atma, arabayla birine çarpma, bıçak ile birini yaralamaktan korkma düşüncelerini içerir. Bu düşünceler nedeniyle sivri aletlerden uzak durmak veya sevdikleriyle yalnız kalmamak gibi kaçınmalar söz konusu olabilir.

Cinsel obsesyonlar; toplum tarafından kabul görülmeceği düşünülen, uygunsuz cinsel içerikli düşünceleri içerir. Bu obsesyonlar kişi için utanç verici ve kabul edilemezdir (Tükel, 2000). Eşcinsel olduğuna dair zorlayıcı düşünceler veya enstest ilişkiye dair imgeler ve düşünceler örnek teşkil etmektedir. Kişiler bu obsesyonları utanç verici buldukları için bazen kompulsiyon yapmazlar (Şahin, 1997).

Büyüsel düşünce ve batıl inanç obsesyonları; kişi düşündüğü kötü şeylerin (felaketlerin) gerçekleşmesinden korkar (Tükel, 2000).

Dini obsesyonlar; Allah, Tanrı, günah veya dini herhangi bir içerikle ilgilidirler. (İnözü, Clark, Karancı, 2011). Örnek olarak, Müslüman birisinin namaz kılarken aklına uygunsuz sözler veya imajlar gelmesi ve akabinde namazının bozulup bozulmadığına dair obsesyonlar yaşaması veya cenabet olduğuna/olacağına dair obsesyonlar verilebilir. Bu obsesyonlara yineleme ve yıkama/yıkanma kompulsiyonları eşlik eder (Sayar ve ark., 1999).

Diğer obsesyonlar; batıl inançlarla ilgili obsesyonları, uğurlu-uğursuz sayıları, özel renkleri, anlamsız kelimeleri içerebilir (Karamustalıoğlu ve ark., 1993).

Kompulsiyon Alt Tipleri

Kontrol etme kompulsiyonları; mükemmeliyetçilik, emin olamama, kuşku gibi düşünceler karşısında kullanılır. Kişi davranışları felaketleştirdiği düşünceleriyle başa çıkmak için tekrar tekrar yapar (Rosqvist, Norling, 2008). Örneğin; ocağı kapatıp kapatmadığını birden fazla kez kontrol etme. Kişi emin olma ihtiyacı içindedir.

Yıkama-temizleme kompulsiyonları; kirlenme-bulaşma obsesyonlarında kullanılır. Tekrar tekrar el yıkama, banyo yapma, tuvaletten sonra üstünü değiştirme

şeklinde gözlenebilir. Kişi için bir ritüel halinde de olabilir. Vücutta yaralara neden olabilecek denli yoğun olan vakalar söz konusudur.

Tekrarlayıcı törensel davranışlar; kişi belirli bir sayı veya tekrarlar davranış sergiler.

Sayma kompulsiyonları; plakaları toplama, araçları sayma, bazı nesneleri sayma şeklinde gözükür (Tan, 2016).

Sorma-anlatma kompulsiyonları; kişi emin olmak için başka birisine tekrar tekrar soru sorabilir; onay almak isteyebilir. Hatırlamadığı olayları baştan ve detaylıca anlatabilir.

Simetri-düzen kompulsiyonları; yamuk nesneleri düzeltme, kitapları belirli bir kategoride dizme, elbiseleri renklerine göre asma şeklinde gözlenebilir.

Biriktirme kompulsiyonları; hiçbir şeyi atmama, gerekli olduğuna inandığı çöp niteliğindeki şeyleri dahi biriktirme.

Diğer kompulsiyonlar; abartılı liste yapma, zihinsel ritüeller, dokunma ihtiyacı(bir nesneye dokunma), göz kırpmaya veya törensel yemek yeme gibi (Tükel, 2000).

2.1.8. Tedavi

2.1.8.1. Psikoterapi

Psikanalitik psikoterapi; OKB'li bireylerin tedavisinde etkin bir rol oynamamaktadır. Esman, psikanalitik çalışmaları incelemiş ve psikanalitik psikoterapinin etkinliği hakkında çok az veri olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte OKB'li bireylerin sosyal hayatları, kişilerarası ilişkileri ve eşlik eden kişilik bozuklukları durumunda psikanalizden faydalanılabileceği düşünülmektedir (Zetin, Kramer, 1992).

Davranışçı terapinin yöntemleri, davranışçı kuramın ilkelerine dayanmaktadır. Davranışçı terapinin temelini exposure ve response prevention (ERP) yani alıştırma (maruz bırakma) ve tepki önleme/engelleme yöntemleri oluşturmaktadır. İlk çalışmalar Victor Meyer tarafından yapılmıştır. Etkinliğini hala sürdürmektedir. OKB'de en etkili yöntem olarak gösterilen ERP yöntemleri, birçok çalışmanın sonucunda da etkinliğini

göstermiştir (Foa, Kozak, 1996). Davranışçı kurama göre kişi yaşadığı koşulların akabinde tehdit olarak algılanan uyarandan kaçmakta veya güvenlik arayıcı davranışlar sergilemektedir. Kişi gerçek dünyada tehdit ile karşılaşmadığı için korktuğu felaketlerin gerçek olup olmadığını değerlendirememekte ve bu da kısır döngüyü devam ettirmektedir. Kişi için tehdit algısı yaratan durumlar için, her kişiye özgü olarak belirli bir hiyerarşik sıralama yapılır ve kişi kademeli olarak anksiyete yaşadığı bu durumla yüzleştirilir. Başlangıçta yaşanan sıkıntı ve korkunun gerçek olmadığı veya zamanla alıştığı hasta tarafından görülmüş olur (Tatlı, 2012).

Bununla birlikte OKB semptomlarının ortadan kalkması, azalması ve tedavi sürecinin etkinliğine bakıldığında davranışçı terapi tek başına yeterli değildir (Çelik, 2013).

Bilişsel terapi, Salkovskis'in ortaya attığı bir teröpatik müdahale yöntemidir. Her insanda görülebilecek düşüncelere kişilerin anlam yüklemesi sonucunda ortaya çıkan hatalı yorumlar mevcuttur. Bilişsel yeniden yapılandırma süreci ile bu hatalı yorumların ortaya çıkardığı abartılmış sorumluluk, bilişsel çarpıtmalar ve hatalı inanç sistemlerinin yarattığı anksiyeteyi ortadan kaldırmak önem taşımaktadır.

Bilişsel terapide en önemli nokta, hastanın tehdit olarak değerlendirdiği kendi düşüncelerine alternatif yeni yorumlar getirebilmesidir. Hasta düşüncelere yüklediği hatalı anlamın sonucu olarak tehdit algıladığı an kaçınma veya kompulsiyon yapma eylemlerinde bulunduğu için hatalı yorumun değişmesi, davranışlara da yansiyacaktır. Hasta algıladığı tehdidin öznel bir değerlendirmeye bağlı olarak ortaya çıktığını ve gerçek bir kaynağı olmadığını bilmelidir.

Tedavide bilişsel çarpıtmaların, hataların, olumsuz otomatik düşüncelerin ve ara inançların terapi süresince belirlenmesi, fark edilmesi önem taşır. Kişinin bilişsel yapısını ortaya koyan, obsesyonları besleyen bu hatalı bilişsel yapılar gerçekçi bir zemine oturtulmalı ve daha az tehdit edici bir hale gelmelidir.

OKB'nin tedavisinde en etkili terapi yöntemi BDT'dir. Yapılan bir çok klinik çalışma ve klinik gözlemler sonucunda BDT'nin etkililiği ortaya konmuştur (Blanco ve ark., 2006). Davranışçı terapinin etkililiği de birçok çalışma ile desteklenmektedir. Bilişsel terapi ve davranışçı terapiyi bir arada götürmek OKB'nin gidişatı için büyük

önem taşımaktadır. BDT’de hastaya ödev vermek, bu ödevleri kontrol etmek süreç açısında çok önemlidir.

2.1.8.2. Farmokoterapi

OKB’ li hastalara ilk olarak uygulanacak tedavi serotonin geri alım inhibitör (SRI) ve BDT uygulamalarından oluşur. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubu ilaçların (Fluoksetin, Sertralin, Sitalopram, Paroksetin, Fluvoksamin) OKB tedavisinde etkin olduğu bildirilmiştir. SSRI’lar genellikle depresyon tedavisinde kullanılmaktadır fakat OKB tedavisinde de yan etkilerinin azlığından ötürü tercih edilmektedir. SSRI grubu ilaçlardan yanıt alınamıyorsa dirençli OKB den söz edilir (Atile, 2015). Bu durumda antipsikotik ilaçlara geçiş yapılır (Alaghband-Rad, Hakimshoostary, 2009). Haloperidol, klonazepam, buspiron, risperidon ya da ikinci bir SSRI eklenmesi güçlendirme tedavi seçenekleridir. Güçlendirme tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlardan en çok araştırılmış ve etkili ve güvenli bulunmuş olan ilaç risperidondur (Arias Horcadas ve ark., 2006).

Farmakolojik tedavi ve psikoterapinin birlikteliği en etkin tedavi yöntemidir. Dirençli OKB söz konusu olduğunda ise uzman önerisine bağlı olarak EKT veya TMU kullanılabilir.

2.2. SAVUNMA MEKANİZMALARI

2.2.1. Savunma Mekanizmaları Kavramı

Savunma kavramının ilk olarak kullanıldığı yer Freud’un 1894’te yaptığı “Savunma Psikonevrozları Hakkında” adlı çalışmasıdır. Kavram; benin acı veren veya katlanılamayan fantezi veya duygulanımlara karşı direnmesi anlamında tanımlanmıştır. Daha sonrasında ise savunma teriminin kullanımı bırakılmış ve yerine repression (bastırma) kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Bu iki ad arasındaki ilişki muallakta kalmıştır ve çelişkili bulunmuştur (A. Freud, 2004:36).

“Kitleme, Semptom ve Kaygı” (1926) için yazılan ek bir yazı ile bastırma kavramından vazgeçilmiş ve yeniden savunma kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Freud ilk olarak savunma kavramını kullanırken yaptığı tanım ile psikanalitik çevrelerde de savunma kavramının patoloji benzeri olumsuz bir durum olduğuna dair bir etki

yaratmıştır (McWilliams, 2009:120). Bu etkinin geçerliliğini yitirmesi ise zaman almıştır. Daha sonrasında yaptığı açıklama ile savunmayı yeniden tanımlamıştır. Yeni tanıma göre savunma, benin nevroza dönüşme ihtimali olan çatışmalar için kullanıldığı ve buna karşın bastırma kavramının ise ilk olarak kullanılan savunmalardan birisinin adı olduğu bildirilmiştir (A., Freud, 2004:36).

Savunma mekanizmaları, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın üçüncü revize edilmiş formunda (DSM III-R) yer almıştır. DSM IV-TR'da (APA, 2000) savunma mekanizmalarını, kişileri iç ve dış tehlikelere ya da sıkıntılara karşı koruyan ancak, kişilerin sıklıkla bu süreçlerin işleyişlerinin farkında olmadığı otomatik psikolojik süreçler olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve ark., 2007).

Bireyler id-ego-süperego arasında denge kurmaya çalışırken bazen kaynaklar yetersiz kalır veya kişi kararsız kalır. Bu duruma bağlı olarak anksiyete ortaya çıkar. Kişinin bir belirsizlik, anksiyete veya çaresizlik hissettiği durumlarda ego doğal olarak süreci yönetemediği takdirde savunma mekanizmaları aktifleşir. Savunma mekanizmaları bireylerin kişilik yapıları ve patoloji geliştirmesi noktasında da önemli bir rol oynamaktadır. Ego, id ve süperego arasında dengeyi sağlar ve gerçeklik ilkesi ile çalışır. Bu nedenle ortaya çıkan patolojilerle de yakından ilişkilidir. Ego savunma mekanizmalarını kullanarak içsel ve dışsal süreçler arasında denge sağlamayı amaçlar (Freud, 1959). Bilinçdışı süreçlerin rol oynadığı savunma mekanizması kullanımında temelde amaç anksiyete, suçluluk, üzüntü, vicdan azabı veya çaresizlik duyguları ile başa çıkmaktır. Freud kuramını oluştururken dürtüleri temel zemine oturtmuştur. Bununla birlikte bu dürtüler biyolojik bir mekanizmanın ürünüdür. Anksiyete de biyolojik mekanizmayla ilgilidir. 1926 yılında yaptığı bir çalışma ile anksiyete kavramını ruhsal süreçler ve ruhsal işleyiş ile açıklamıştır (Kayaalp, 2008: 100). Ego, anksiyete ve savunma mekanizmaları bu sürecin yürütmesinde ve yönetilmesinde aktif bir şekilde rol oynamaktadır.

Savunma davranışı gösteren kişiler bilinçdışı seviyede iki tür amacı gerçekleştirmeyi hedeflerler; ilk olarak güçlü ve kişiyi tehdit eden bir duygudan kaçınmak veya bunu kontrol altına almak; ikinci olarak ise özsaygıyı sürdürmektir. Ego psikologlarına göre savunmalar kaygıyla baş etmek için kullanılır. Nesne ilişkileri

teorisyenlerine göre savunmalar, bağlanma ve ayrılma meseleleri ve keder ile ilgilidir. Kendilik psikologlarına göre ise kişi güçlü, tutarlı ve olumlu bir kendilik duygusunu sürdürmek amacıyla savunma kullanırlar (McWilliams, 2009: 120).

Psikanalitik düşünürlere göre hepimizin bireysel özelliklerimizle iç içe geçmiş savunmalarımız mevcuttur. Bu savunmaları kullanma şeklimiz, (1) kişinin mizacı; (2) kişinin erken çocuklukta maruz kaldığı sıkıntıların doğası; (3) ebeveynlerin ve diğer asli figürlerin kişilerin model olarak çocuğa aktardıkları savunmalar; (4) belirli savunmaları kullanmanın deneyimsel sonuçları yani pekiştirmeler şeklinde açıklanmaktadır. Kişinin aktif olarak kullandığı savunmaları bilirdişi “üstbelirlenmiş”tir (Waelder, 1960) ve “çoklu işlev” olarak bilinen bir analitik terimle açıklanır (McWilliams, 2009:121). Savunma mekanizmalarının kullanıldıkları dönem, yapılan gelişimsel çalışmaların ışığında ortaya konmuştur (Cramer, 1987, 2007; Whitty, 2003).

Freud’un tanımladığı dokuz çeşit savunma vardır; bastırma, gerileme, tepki oluşturma, yapıp bozma, yansıtma, içe yansıtma, yalıtma, kendine yöneltme, karşıtına çevirme. Freud’un tanımladığı savunmalar hiyerarşik bir düzene sahip değildir. Bu durum Anna Freud ve psikanalitik kuramın diğer temsilcileri ile değişmiş ve gelişmiştir. Bunun akabinde savunma mekanizmaları sayısı 31’e çıkmıştır (Kernberg, 1994).

2.2.2. Savunma Mekanizmaları Kümeleri

Savunma mekanizmaları Vaillant tarafından üç kümeye ayrılmıştır. Olgun (matür) savunmalar, immatür (ilkel) savunmalar ve nevrotik savunmalar (Vaillant, 1971).

2.2.2.1. İmmatür (İlkel) Savunmalar

Savunmaların gelişme sürecine dair belirli bir kanıt bulunmamasına karşın, çocuğun gelişimsel sürecine bağlı olarak düzenli bir sırayla geliştiklerine dair psikodinamik klinisyenler arasında bir fikir birliği mevcuttur. İlkel savunmalar kendilik ve dış dünya ile ilgili savunmalardır. İlkel savunmalar bebeğin dış dünyayı anlarken içgüdüsel olarak kullandığı yöntemlerdir. Bebeklik döneminde id etkin rol oynamaktadır. İlkel savunmalar “id” ile ilişkilidirler. Buna bağlı olarakta gerçeklik ilkesinin bu tip savunmalar üzerinde etkin rol oynamadığına dair bir çıkarım yapmak mümkündür

Bilişsel, duygulanımsal ve davranışsal süreçlerin birisinde veya birden fazlasında dönüşüm yaparlar (McWilliams, 2009: 121-122).

Yansıtma (Projection):

Freud'un tanımladığı ilk savunma mekanizmalarından birisidir. Kişinin egosunun baş etmekte güçlük çektiği ve kişi için anksiyete yaratan dürtülerin, duyguların veya düşüncelerin dışarıdaki bir özneye veya nesneye yansması ile karakterizedir. İlk çocukluk döneminde kullanılması normal bir durumdur. Yansıtma mekanizması, tehlikeli dürtüsel durumların düşünce boyutuyla ben arasındaki bağlantıyı koparmak şeklinde çalışır (A. Freud, 2004:87).

Yansıtma mekanizması kişiyi anksiyeteden iki biçimde koruyabilir:

1. Kişi kendi eksiklerinin ve yenilgilerinin sorumluluğunu ya da suçunu başkasına yükler,
2. Suçluluk duyguları uyandıracak nitelikteki dürtülerini, düşüncelerini ve isteklerini diğer insanlara mal eder (Geçtan, 2006).

Yansıtma kavramı yaşamın ilk yıllarında kullanılmakla birlikte, paranoid nevrozlarda sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Kıskançlığın yansıtılması ve saldırganlığın çevreye aktarılması ile insan ilişkilerini zedelemektedir (A. Freud, 2004: 88). Kişi mantıklı bir açıklama ile bile inandığı gerçekler değişmeyecektir (Öztürk, 2007). Günlük yaşamımızda da yansıtma mekanizmasının kullanımına sıklıkla rastlayabiliriz. Örneğin; partnerini aldatan bir kişinin, karşı tarafı ilgisizlikle suçlaması veya grup çalışmasında sorumluluklarını yerine getirmeyen ve çalışmanın zamanında teslim edilmemesine neden olan bir kişinin grup çalışmasının saçmalığından dem vurması ve öğretmenini suçlaması.

Pasif Saldırganlık (Passive Aggression):

Anal dönem çocuğun dürtülerinin kendisinden çevreye doğru kaymasına başladığı ilk dönemdir. Çocuk id'in etkisinden çıkarak ego sürecine girmeye başlar. Çocuk tutma-bırakma kavramının getirisiyle birlikte; tuvaletini tutarak pasif bir eylemde bulunurken, dışkısını boşaltarak agresif bir eylemde bulunmaktadır. Bu duruma bağlı olarak pasif

saldırganlık savunması ortaya çıkar. Anal dönemde yaşanan bu çatışmanın bir sonucu olarak etkisini sürdürür (Topçuoğlu, 2003).

Pasif saldırganlık savunma; kişinin yaşadığı içsel çatışmalar, stres durumları ve kaygı karşısında başa çıkma biçiminin içsel saldırganlıkla ifade edilmesi şeklinde gerçekleşir. Birey agresyonunu boyun eğici bir tutum sergilerken farklı yollarla gösterebilir. Kişi uyumsuzluk, surat asmak, yapılacak bir işi ertelemek, kasıtlı olarak bazı konularda yanlış yapmak ve buna benzer davranışlar sergiler. Bu davranışları sergilemesinin altında ise bir düşmancılık, öfke, saldırganlık veya kızgınlık yatmaktadır. Kişi doğrudan bu duygularını ifade etmekten kaçınır.

Saldırganlığını açıkça göstermenin kişi için risk taşıdığı durumlarda, kişiler risk almaktan kaçınarak pasif saldırgan davranışlar ortaya koyabilirler.

Dışa Vurma-Eyleme Koyma (Acting Out):

Bilince ulaşmasından korkulan, bilinçdışında yer alan yasaklanmış duygular, arzular ve fantezilerin veya davranışların eyleme koyma/dışa vurma veya eylemi canlandırma şeklinde ortaya konarak çaresiz ve korunmasız hissetme duygularını, güçlü bir birey gibi hissetmeye yönelik çabasıdır (McWilliams, 2009:168).

Eyleme koyma davranışının yapılmasının nedeni bu davranışın özünde iyi veya kötü olması değil, kişi için bilinçdışı ve korkutucu olması ve otomatik-kompulsif şekilde ortaya çıkmasıdır. Bu savunmayı kullanan bireylerin dürtüleriyle hareket ettikleri ve Freud'a göre hatırlamadıklarını eyleme koydukları hala geçerliliğini koruyan görüşlerdir (McWilliams, 2009:169).

Histerik bireyler bilinçdışında yer alan cinsel fantezilerini eyleme koyarken, bağımlı kişiler madde ile olan ilişkilerini sürdürerek, kompulsif davranış gösteren kişiler kompulsif davranışla içsel ve dürtüsel olarak başa çıkamadıkları zaman kompulsiyon yaparak, sosyopatlar ise manipulatif davranışlarını tekrar tekrar sergileyerek eyleme koyma davranışı sergilerler (McWilliams, 2009:170). Eyleme koyma veya dışa vurma davranışı birden çok kişilik örüntüsüne ait davranışlarla birlikte klinik olarak da gözlemlenebilmektedir.

Yalıtım (Isolation):

Yalıtma savunması Freud tarafından tanımlanan ilk savunmalardan birisidir. İnsanlar kaygı yaratan veya acı veren bilişsel durumlarla mücadele ederken bilgiden bağımsız bir hale gelerek duygularından koparlar. Zihinsel süreç ve duygular arasındaki bağlantı koparılır (McWilliams, 2009: 149). “Psişik küntleşme” adı verilen duygulanım biçimi sosyal anlamda yalıtılmışlığın bir göstergesidir (Lifton, 1968).

Yalıtma savunmasının tanımı temel alındığında kişi için travmatik durum olarak nitelendirilen durumlar sonucu ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Buna karşın bir çocuğun mizaç ve yetiştirilme stiliyle kesişme yaşadığı vakit temel bir savunma olarak kullanılabilir. Psikanalitik teorisyenlere göre yalıtma “düşünsel savunmalar” içinde en ilkelidir. Kişi deneyimler karşısında yaşadığı derin anlamı bilinçdışına yollar. Kişi hayatını düşünceye aşırı değer vererek ve duyguları yalıtarak sürdürüyorsa karakteri obsesif olarak tanımlanır (McWilliams, 2009:150).

Savaş mağduru kişilerini o süreçte yaşadıklarını anlatırken duygu belirtisi göstermemeleri yalıtma örnek olarak verilebilir.

Bölme (Splitting):

Bölme veya ego bölünmesi şeklinde ele alınan bu savunma ilişkiler üzerinde etkili olan güçlü bir süreçtir; bebek ve bakıcı arasındaki ilişkide bakıcının iyi ve kötü özelliklere sahip olduğu ve bu iyi-kötü ayrımının bakıcıyla yaşanan deneyimlerle bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Bu dönem 2 yaş öncesi yani dil-öncesi dönemdir.

Bölme kişi için karmaşık olarak nitelendirilen deneyimlerin kafa karıştırıcı ve tehdit edici bir nitelik taşıması sonucunda yetişkinlik döneminde de kullanılabilir.

Bölme daima çarpıtmaları içerir. Bu nedenle tehlikeli olarak değerlendirilir. Bölme mekanizmasını kullanan kişiler çift-değerlilik durum içindedir. Bir hafta önce terapistini yeterli ve mükemmel gören kişi, diğer hafta o kişinin ihmalkar ve yetersiz olduğunu düşünebilir. Bölme sıklıkla sınır durum hastalar tarafından kullanılır (McWilliams, 2009: 138-139).

Ego bölünmesi şeklinde kullanımında ise şöyle bir çelişki mevcuttur; bütünleşmiş bir ego gelişmeden(nesne sabitliği öncesi), kişi bir duruma saplanmıştır. Buna bağlı olarak kişinin ego bölünmesi yaşayamayacağı düşünülmektedir. “Savunmaların

gelişimsel ön-evreleri” üzerine yazılan bir makalede bunun ayrımı yapılmıştır (Stolorow, Lachmann, 1978).

Değersizleştirme (Devaluation)

Freud’a göre bakım verenin(annenin) penisinin olmadığını fark eden çocuk kendisini ve annesini değersizleştirir. Kastrasyon anksiyetesi ve penis kıskançlığı kavramları bu noktada önem taşımaktadır (Coriat, 1941).

Çocukların kendiliğin tümgüçlü olmasına dair var olan arkaik fantezilerinin yerine, bakıcılarının tümgüçlü olduğuna dair arkaik fantezileri söz konusudur (Ferenczi, 1913). Çocuk anne veya babasının onu daima koruyacağına, tüm tehlikelerle başa çıkacağına inanır. Çocuklar büyümeye başladıkça ebeveynlerinin zarar görme ihtimali gerçekliğiyle yüzleştiklerinde korkarlar (Brenner, 1987). Bu korku sonucu ortaya çıkan kaygı ile baş etmek için tümgüçlü olarak nitelendirdiği ebeveynin sorumluluğu alacağına inanır. Çocuk bu şekilde ilkel idealizasyon gerçekleştirmiş olur. Ayrılma-bireyleşme süreciyle ise bu idealizasyon aşağı çekilmeye başlar. Fakat bazı kimseler ilkel idealizasyonu sürdürür ve değer atfettiği kişi ile iç içe geçerek kendiliği değersizleştirir. Kendilik kusurlarına tahammül edemez. Narsistik kişiler mükemmel olduklarını, önemli olduklarını, güçlü, çekici veya ünlü olduklarını başkalarının gözünden görmeye veya başkalarından duymaya ihtiyaç duyarlar. Bu şekilde de kendilik algısının değersizliğinin karşısına sahip olmayı hedeflerler. Bu değersizleştirme idealize etme ihtiyacının kaçınılmaz bir sonucudur (McWilliams, 2009: 130-131). Örneğin narsist kişiler kendi değersizliklerini dış dünyaya yansıtmaktadırlar.

Otistik Fantezi (İlkel Geri Çekilme-Autistic Fantasy):

Bebekler aşırı uyarıldıklarında ya da stresli bir durumla karşılaşp kaygılandıklarında uykuya dalarlar. Bu durum bebeği koruyan otomatik bir geri çekilmedir. Yapılan klinik araştırmalarda daha duyarlı bebeklerin daha fazla geri çekilme yaşadıkları gözlenmiştir. Özellikle de bakıcılarıyla veya başka erken dönem nesneleriyle ilişkilerinde yaşanan duygusal işgal durumu pekiştirebilir.

Yetişkinlikte ise bu durum kendisini sosyal anlamda ve kişilerarası ilişkilerde gösterir. Kişi, başka birisiyle ilişki kurma stresinden uzak durmak için içsel fantezi

dünyasını tercih eder. Alışkanlık haline gelen bu durum, tepkisellik ve kaygıyla baş etme durumunun fantezi dünyasında sınırlı kalması durumunda bu kişi şizoid olarak tanımlanır. Kişilerarası sorun çözme becerilerini kişiler geliştiremezler. Bu kişiler kendi duygularını ifade etmekte güçlük çekseler bile diğerlerine dair duyarlı olma ihtimalleri yüksektir. Çünkü bu kişiler gerçeklikten kopuk değillerdir. Dünyayı yanlış anlamaktan ziyade dünyadan çekilmek esas olandır.

DSM'in son sürümünde otistik fantezi terimi geri çekilme yerine kullanılarak kişilerin tercih ettiği bu özel fantezi durumuna gönderme yapar (McWilliams, 2009: 123-124).

Yadsıma (İnkâr-Denial)

Freud'un tanımlamasına göre, çatışma veya gerginlik yaratan gerçekler bilinçdışına itilerek inkar edilir ve yok gibi davranılır (Freud, 1923).

Bebekler kendilerine acı veren deneyimlerle başa çıkmak için erken dönemde inkar mekanizması kullanırlar. Bu davranış çocuğun benmerkezciliğinin arkaik bir yansımasıdır.

İnkâr mekanizmasını çoğunluğumuz bazı durumlarla başa çıkmak için kullanırız. Örneğin sevdiğimiz birisinin ölümüne vereceğimiz ilk tepkiler inkar üzerinde ilerler. Bununla birlikte daima pozitif olan, hayattaki olumsuzlukları görmeyi reddeden kişiler inkar mekanizmasını kullanmakta ve gerçeklikten uzak bir şekilde yaşamaktadırlar. Mani durumunda veya hipomani durumunda kişiler var olan tüm gerçeklikleri yadsırlar. Klinisyenlere göre bu halden yorgun düşen birey depresyona girer (McWilliams, 2009:126-127).

Kişilerin inkar mekanizmasını kullanması ve var olan gerçekleri reddetmesi olumsuz sonuçlar doğurabilir. İstismarcı eşinin çok iyi birisi olduğunu söyleyen bir kimse, madde bağımlılığını reddeden bir kişi, hasta olduğunu reddeden ve doktora gitmeyen kimseler buna örnek olabilir.

İlkel savunmaların tümünde olduğu gibi bunda da bu olumsuz sonuçlar da göz önüne alınarak dikkatli olunması gerekmektedir.

Yer Değiştirme (Displacement)

Yer değiştirme bir dürtü, duygu, düşünce veya davranışın asıl hedefi olan kişinin, durumun veya nesnenin tehdit veya risk oluşturması ve anksiyete yaratması nedeniyle daha az tehdit içeren başka bir nesneye, duruma veya kişiye tekrar yönlendirilmesi olarak tanımlanır. Freud yaptığı ilk çalışmalarda bastırılan cinsel istekler sonucu ortaya çıkan kaygıyla baş etmek için duyguların ve düşüncelerin hedeflerinin yer değiştirdiğini ve fobilerin böylece ortaya çıktığını söylemiştir (Vaillant, 1992). Bazı alanlarla ilgili korku duyulan durum veya nesneyi bunu simgeleyen başka bir nesneye taşıması durumu fobidir (Nemiah, 1973). Kişi yer değiştirmiş korkulu takıntılar yaşıyorsa bu kişi fobik kişi olarak değerlendirilir.

Kültürel olan (ırkçılık, homofobiklik, cinsiyetçilik) ve kişilerin karşıt görüş olarak nitelendirdikleri durumlarda yer değiştirme gözlenir. Günah keçici olgusu da yer değiştirme izleri taşır (McWilliams, 2009: 159).

Dissosiyasyon

Dissosiyasyon tek bir çeşit savunma olmakla birlikte alt başlık olarak dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, depersonalizasyon ve dissosiyatif kimlik bozukluğunu içerisinde barındırır.

Kişilerin travmatik bir olayla karşılaşmaları durumunda acıyla veya korkuyla baş edemeyecek duruma geldiklerinde, ölümcül tehlike hissederken bedenin dışarıdan kendini izlemesi olarak tanımlanır (McWilliams, 2009: 140). Bir noktada kişi kendi benliğini böler. Aniden bellek kaybı yaşayabilir, başka birisi gibi davranabilir ve kim olduğunu unutabilir.

Dissosiyasyon, travmaya karşı verilen doğal bir tepkidir. Dissosiyasyonun temel problemi kişinin travmatik olayları ve gündelik stres olaylarını birbirine karıştırarak otomatik dissosiyasyon tepkisi vermesidir (McWilliams, 2009: 141).

Rasyonalizasyon

Kişi belirli bir davranış sergilediğinde ve bunun olumsuz sonuçları olduğunda sonucu akılcılaştırmaya yani rasyonelize etmeye çalışır. Bir diğer durum ise kişi istediği bir şeye erişemediğinde, erişememe nedeninin onun üzerinde kaygı yaratmasına karşın durumu rasyonelize ederek kaygıyı azaltmayı amaçlar. İsteddiğimiz bir şeyi elde edememe durumunda bu durumu o kadar arzu etmediğimizi iddia edebiliriz veya kötü bir sonuçla karşılaştığında aslında sonucun o kadar da kötü olmadığına dair açıklamalar yapabiliriz (McWilliams, 2009: 152). Bu savunma kişinin zor durumdan hasar alma seviyesini indirger. Bunun yanında kişi için otomatik hale gelerek her şeyi rasyonelize etmek gibi bir durum ortaya çıkabilir.

Örneğin; evlenemeyen bir insan, evliliğin kötü bir şey olduğunu ve ona zarar verebileceğini ileri sürerek durumu akılcılaştırır. İsteddiği üniversiteyi kazanamayan genç birey, o üniversitenin sosyal olanaklarının çok kötü olduğunu söyleyebilir. Aldatılan bir kadın, kocasından ayrılmayı düşündüğünü sonuçta sorumluluğun ondan çıktığını iddia edebilir.

Bedenselleştirme (Somatization)

Kişi için stres yaratan bir durum veya bir anksiyete söz konusu olduğunda duyuların bedene yöneltilmesi ve bedensel belirtilerle kendisini göstermesi olarak tanımlanmaktadır.

Freud ve Breur'un histeri üzerine yaptığı çalışmalarda kullanılan konversiyon kavramı ile tanımlanmıştır (Breur, Freud, 1955). Bastırılmış cinsel travmalarla başa çıkmak için kişinin bedensel belirtiler gösterdiği şeklinde yorumlanan kavram daha sonrasında çocukluk çağında bastırılmış çocukluk çağı fantezilerinin sonucu olarak nitelendirilmiştir.

Kişiler kaçtıkları durumlarla yüzleşmek veya bunun üzerine düşünmek yerine bedensel duyularına ve sıkıntılarına odaklanarak dikkatlerini kaydırmaktadırlar. Hipokondri durumlarında bu savunmanın varlığı görülebilir.

2.2.2.2. Nevrotik Savunma Mekanizmaları

Nevrotik savunmalar belirli kişilik örüntüleri tarafından kullanılır. Genellikle histerik, nevrotik ve obsesif yapıdaki kişilerin kullandığı mekanizmalardır. Bu savunmaların fazla kullanılması, hayata adapte olma sürecini etkilemektedir.

Yapma Bozma (Undoing)

Yapma bozma mekanizması tümgüçlü kontrolün yerine geçmektedir. Kişiler suçluluk, utanç, öfke vb. duygulanımları ortaya koyduktan sonra bunu dengelemek amacıyla bir tutum ve davranış sergilerler. Yapma bozma mekanizması bu şekilde işler. Bu duygulanım (utanç veya suçluluk gibi) bilinçdışı olarak etkisini sürdürür ve bu telafi-çaba da bilinçdışı bir şekilde ortaya konur. Kişiler için yaptıkları her türlü yanlışın veya günahın bedelini ödeme bir dürtüdür. Örneğin; çocuğuna karşı abartılı olumsuz bir davranış gösteren anne, ertesi gün çocuğuna bir hediye alarak durumu telafi etmeye çalışabilir.

Yapma bozma mekanizmasını kullanan kişiler kompulsif kişiler olarak değerlendirilir. Kişiler süpergolarının katı yönlerini karşıyamadıkları zaman bu savunma aktifleşebilmektedir.

Psödo Altruizm (Pseuda Altruism)

Altruizm kavramı içerisinde yansıtma ve özdeşim mekanizmalarını da barındırır. Saldırganla özdeşim kurarak ortaya çıkan bir durum söz konusudur. Kişi kendisinde kaygı uyandıran, kıskançlık, öfke gibi duygular yaşadığı kişi veya durum ile özdeşim kurarak o kişi gibi davranır ve duygusunu bir başka nesneye yönlendirebilir. Bu durum saldırganla özdeşleşme olarak ele alınır. Çocuk canını yakan dışçisinin onda uyandırdığı saldırganlık duygusu ile özdeşim kurar, terapistin odasındaki silgiyi parçalar. Bu durum çocuğun dışçisinin onda uyandırdığı duyguyu yansıtma şeklidir. (A. Freud, 2004: 80-81).

Yansıtmanın bir diğer sonucu ise kıskançlık ve saldırganlığın çevreye yansımadağı, olumlu ilişkiler kurulmasına neden olan, insan ilişkilerini pekiştiren ve dürtüsel durumlardan bir çeşit vazgeçiş olarak değerlendirilen özgeciliştir. Buna “özgeci bir vazgeçiş” (Bibring) adı verilmektedir. Kişi kendi arzularından, yaşama biçiminden, dürtülerinden vazgeçmekte ve hayatındaki diğer insanların bu arzulara, isteklere uyum sağlamasını beklemekte üstelik bunun için ekstra bir çaba harcamaktadır. Çocukluk

döneminde arzularının engellenmesi sonucu olarak kişinin üstbenliği katı bir şekle bürünmektedir ve bunun etkileri yetişkinliğinde bu şekilde ortaya çıkmaktadır. Kişi hazzını ertelemekte, kişisel hazzı yaşamamakta, başkaları üzerinde etkin olmayan süperegosa karşı durmaksızın o kişilerle hazza ulaşmakta ve süperegosu katı şekilde çalışmaktadır (A. Freud, 2004: 89).

İdealleştirme

Yeni doğanlar dünya ile kendilerini bir bütün olarak algırlar. Piaget buna birincil benmerkezcilik adını verir. Freud ise birincil narsisizm adını verir. Yeni doğana göre tüm olaylar onunla ilgilidir ve içsel olarak bunu algılar. Bakım vereni tarafından karşılanan ihtiyaçlarını da kendisinin gücüyle ilişkisi olduğuna inanır. Bu büyüklenmeci fantezi bir tümgüçlülük göstergesidir ve bebekler için normaldir. Çocuğun gelişim evrelerine bağlı olarak bu durumun değişmesi beklenir. Bu değişim ise tümgüçlü sistemin ebeveynlere yönlendirildiği bir süreçtir. Bu tümgüçlülük algısının ortadan tamamen kalkması ve kimsenin sınırsız bir güce sahip olmadığına dair bir inanç gelişmesi beklenir (McWilliams, 2009: 128). Çocuk bu tümgüçlü duruma karşı olan bağını koparamaz ise ebeveynlerinin sevgilerini sürekli hale getirmek amacıyla onların istekleri, arzuları, tercihleri yönünde yaşamaya başlar. Davranışlarını onlara göre şekillendirir. Birey için bazı mükemmellik koşulları oluşur ve buna uyum sağlamak zorunda hisseder. Bu durum “ego ideali” olarak adlandırılır. Birey bu ego ideali ile kendiliği arasındaki durumu kaldıramadığında ise savunmaları otomatik hale gelir. Freud bu duruma ikincil narsisizm adını verir çünkü idealleştirilen şey egonun kendisidir (Spriuell, 1979). Beklenen ve istenen özellikleri karşılamak adına kişi libidosunu ve tümgüçlülüğünü idealize ettiği bir konuma geçiş yapar.

Karşıt Tepki Oluşturma (Reaction Formation)

Kişi bir durumu, nesneyi veya kişiyi daha az tehdit edici hale getirmek için o şeyin zıddına döndürmeyi tercih eder. Olumlu bir duygunun olumsuz bir duygu haline getirilmesi veya olumsuz bir duygunun olumlu bir hale getirilmesi şeklinde tanımlanabilir. Çocuk üç dört yaşlarındayken bir kardeşi olursa bebeğe olan öfkesini ve kıskançlığını, aşırı sevgi şeklinde ortaya koyar ve egosunu güçlendirir. Fakat karşıt tepki oluşturma durumunda davranışa yansiyarak gözlemlenme ihtimali olan sızıntılar söz

konusu olabilir. Çocuğun kardeşinin yanağını çok fazla sıkması, boğacakmış gibi sarılması gibi. Kıskançlık durumunun gıpta etmeye, sevginin nefrete, özlemin küçümseye dönmesi karşıt tepkiye örnek duygulanımlardır (McWilliams, 2009: 160).

Paranoid kişilerin dışarıdaki insanlara dair özlem ve bağımlılık hissediyor olma ihtimalleri varken sergiledikleri davranışlar kuşku üzerinedir. Obsesif ve kompulsif kişiler ise başka birisine karşı kızgınlık hissediyor olmasına rağmen ona saygı ve beğeni duyduğuna inanır (McWilliams, 2009: 161).

2.2.2.3. Olgun (Matür) Savunma Mekanizmaları

Savunma mekanizmaları kişi için çatışma yaratan durumlar sonucu ortaya çıkan kaygıyla başa çıkmak şeklinde tanımlanmıştır. Kişi çevresi ve egosu ile uyumunu bozan bir durumla karşılaştığında, anksiyetesini azaltmak için olgun mekanizmaları kullanarak dengeyi sağlar. Olgun savunmalar kişinin çevresi ile uyum sürecini sağlıklı bir şekilde arttıran, egosunu koruyan, işlevselliğini sürdürmesine yardımcı olan savunmalardır. İlk savunmalar dil öncesi dönem ile ilgiliyken, olgun savunmalar dil- dönemi ve dil sonrası dönem ile ilintilidir. Kişilerin egosu anal dönemde oluşmaya başlar ve bu da dilsel sürece denk gelmektedir. Ego ve akabinde süperegonun oluşmasıyla birlikte olgun savunmalar da içsel birer süreç haline gelmeye başlarlar.

Yüceltme (Sublimation)

İlkel dürtüler ve ketleyici etkenler arasındaki dengeyi sağlayan yaratıcı, sağlıklı ve sosyal olarak kabul edilebilir veya yararlı çözüm olarak tanımlanmıştır. Kişinin sosyal veya ahlaki açıdan kabul edilemeyen dürtülerinin kabul edilebilir durumlara kanalize edilmesidir. Bir kasabın veya cerrahın cinai dürtüleri, bir ressamın teşhirciliği, bir dişçinin saldırganlık isteği ve buna benzer durumlarla kabul edilmeyen davranışların yüceltilmesidir (McWilliams, 2009: 172-173). Bu dürtü bir fantezi olmaktan çıkarak farklı bir yere enerji harcanarak dürtü boşaltımı sağlanır. Bu dürtü boşaltımı yararlıdır (Fenichel, 1945).

Freud'a göre ise biyolojik temeli olan dürtülerin (emme, ısırma, kirletme, dövüşme, çiftleşme, başkalarının canını yakma, acıya dayanma) sosyal olarak dışavurumdur (McWilliams, 2009: 172).

Mizah (Humor)

Rüyaların yorumu kitabında Freud, mizah ve psişik süreçler arasında var olan bağlantılara atıfta bulunmuştur (Freud, 1900). Fliess ile yaptığı yazışmalarda mizah kavramından bahsetmiş olmakla birlikte “Mizah ve Bilinçdışı ile ilişkileri üzerine ciddi bir çalışma yapmaya başlamıştır. 1905 yılında yazdığı metinde şakaların ve rüyaların benzer karaktere sahip olduğunu bildirmiştir. Bilinç düzeyinde yer almayan, bilinçdışında yer alan arzuların, itkilerin, kabul edilemeyen dürtülerin davranış anlamında şaka ile ortaya konduğunu söylemiştir. Mizah, kişinin çevreye olan uyumunu kolaylaştıran ve sağlıklı ilişkiler yürütmesini de sağlayan bir savunmadır. Öncelikle şakaların kişinin cinsel dürtülerini atmak üzerine kullanıldığını belirtmiştir (Freud, 1905).

Bastırılan dürtülerin, duyguların boşaltımı olarak kişi bu mekanizmayı kullanmaktadır. Freud’a göre mizah sadece bastırılan durumlarda değil, kişinin anlık olarak karşılaştığı tehdit durumlarında da kullanılmaktadır. Sadece ego ile ilgisi olmadığını ve haz ilkesiyle de çalıştığını söylemiştir. Mizah ve şakalar ile gerçek hayata uyumumuz kolaylaşır (Freud, 1928). Kişi kendisiyle ilgili olan baş edemeyeceğini hissettiği durumlarda kendisiyle dalga geçerek durumla başa çıkabilir. Bununla birlikte siyasi bir tartışmanın içinde aniden kişiselleştirilen durumlarda çatışmayı azaltmak için şaka yapabilir. Kişi için agresyonu azaltma, uyum sağlama, sosyal olarak kabul edilebilir özelliklere sahip olmak şeklinde faydaları vardır.

Baskılama (Suppression)

Freud tarafından başlangıçta savunmanın yerine kullanılmıştır. Daha sonra temel savunmalardan birisi olarak tanımlanmıştır. Egonun temel savunmasıdır. Kişinin hayatında yer alan ve kaygı uyandıran durumlar karşısında otomatik olarak işler. Baskılama, güdülenmiş unutmama veya bilinmezlik olarak tanımlanabilir. Kişi bir şeyi bilinçten uzaklaştırır ve belirli bir mesafede tutar. Bir düşünce, duygu veya algı sıkıntı verecek denli güçlüyse ve bilinç düzeyinde erişilemez bir konuma geldiyse savunma orada kullanılıyordur. Her türlü hafıza problemi baskılama ile açıklanamaz. Psikanalitik klinisyenlere göre baskılamayı kullanmak için kişi kendilik bütünlüğüne ve nesne sürekliliğine sahip olmalıdır. Kişi için uyum sağlayıcı bir görev görebilir (McWilliams, 2009: 143-144).

Bir travmanın hatırlanmaması gibi ağır bir durumda; çocukların bebeklikten çıkıp aile dışında sevgi nesnelere yönlendiği durumda; baskılamanın önemsiz bazı durumlarda kullanılması şeklinde üç alanla tanımlanabilir. Baskılama aşırı bir şekilde kullanılıyorsa histerik kişiliğe işaret etmektedir (McWilliams, 2009:145).

Örneğin; patronunun eşinin adını daha önce duymuş olma ihtimali yüksek bir kişinin, bu adı unutması patronuna karşı olumsuz duyguları olduğunu düşündürebilir. Bu tip bir baskılamanın klinik anlamda önemi yoktur. Bununla birlikte bazı spesifik çocukluk anılarının hatırlanmaması o noktada kişi için kaygı uyandıran bir durum olabileceğine dair varsayımda bulunulmasına neden olabilir.

Beklenti (Anticipation)

Kişiler için anksiyete yaratma ihtimali olan, geleceğe dair planların ve durumların söz konusu olduğu noktalarda kullanılır. Aniden gelişen bir durum karşısında ortaya çıkan anksiyeteye karşı verilecek tepki planlanamaz ve kontrol edilemezdir. Kişi öngöremediği bir durumla yüz yüze kalır. Buna bağlı olarak yoğun bir kaygı yaşayabilir. Bunun aksine beklenti savunması öngörülen durumlarda kullanılabilir. Çözüm stratejileri geliştirilerek ve çeşitli önlemler alınarak anksiyeteyi azaltmak amaçlanır.

Kişi gireceği önemli bir sınav için endişe duyabilir. Fakat karşılaşacağı endişeye karşı ders çalışarak önlem almaktadır. Önemli bir duruşması olan avukat, öncesinde duruşmaya detaylı bir şekilde hazırlanmasına rağmen karşılaşılabileceği herhangi bir olumsuz durumu düşünürse, buna dair hazırlık yaparsa bu durumlar gerçekte karşılaştığında vereceği tepki daha kontrollü olacaktır ve anksiyetesini kontrol altında tutmak konusunda daha başarılı olacaktır.

2.2.3. Ego Psikolojisi

Freud “Haz İlkesinin Ötesinde-Ben ve İd” isimli kitabı ile birlikte yapısal modeli ortaya koymuştur (Freud, 1923). Freud kuramının ilk zamanlarında biyolojik süreçlere ve bilinçdışı özel bir önem gösteriyordu. Yapısal modelin ortaya konması ile birlikte bilinçdışı içeriklerde olan dikkat, bu içerikleri bilincin dışında tutmayı başaran olgulara kaydı.

Freud, “Haz İlkesinin Ötesinde-Ben ve İd” kitabında, Georg Groddeck tarafından yapılan bir açıklamayı temel alarak “ben” kavramını bilinçöncesi çalışmaya başlayan bir olgu, id kavramını ise; egonun içine doğru ilerlediği bilinçdışı benzeri bir olgu olarak tanımlamıştır (Freud, 2014: 84-85).

İd, haz ilkesini temel alarak çalışan; zihnin, rasyonel düşünceden uzak olan, arkaik, fanteziler, korkular ve dürtülerle ilişkili kısmını içerir. İdi bu şekilde değerlendirmeye aldığımızda da bilinçdışı öğeleri barındırdığını ve bilinçdışı bir mekanizma olduğunu görebiliriz. Bilişsel değerlendirme noktasında baktığımızda, id dil-öncesi döneme denk gelir. Mantıktan öncesini temsil eder. Bebekler “ego” sürecine girene dek idleri ile hareket ederler. Bu durum da yine bebeklerin biyolojik ihtiyaçlarının anında karşılanma istekleriyle paralel bir durumdur. Freud id için “birincil süreç düşünce” kavramını kullanır.

Ego, gerçeklik ilkesini temel alarak çalışan; Freud tarafından “ikincil süreç düşünce” olarak adlandırılan bir olgudur. Ego; süperegö ve id arasında denge kurmayı sağlar. İdin talepkar tutumu ile süperegönün katı ahlaki tutumları arasında gerçeklik ilkesi ile çalışarak süreci yönetir (McWilliams, 2009:31).

Yapısal modelin ortaya çıkması ile birlikte iden egoya; bilinçdışından bilince doğru dikkatin kayması, hastaların egosuyla ilintili savunmacı tutumlarla çalışmaya ve bu şekilde ulaşılması mümkün olmayan fantezilere, dürtülere veya kaygılara erişime bir olanak oluşmuştur (McWilliams, 2009:32).

Egonun hem bilinçli hem de bilinçdışı bölümleri olduğu bilinmektedir. “kendilik-ben” kavramları bilinçle ilgili kısımlardır. Bununla birlikte bastırma, rasyonalizasyon, yüceltme ve yer-değiştirme gibi savunma süreçleri ise bilinçdışı kısımla ilgilidir (McWilliams, 2009:33). Ego, id veya süperegö arasında kaldığında bilinçdışı materyalin yüzeye çıkma ihtimali söz konusu olduğunda veya kişi kaygı hissettiğinde, bu kaygı ile başa çıkamadığında savunmaları kullanmaktadır.

Freud, bastırılmış materyalin bir kısmının id ile kaynaşacağını (bilinçdışında yer almak), bu duruma bağlı olarakta bastırılmış materyalin direnç ile egodan ayrılacağını; iletişimin ise id ile kurulabileceğini belirtmiştir (Freud, 2014: 85).

Ego gelişimi erken bebeklikte başlar ve ömür boyu sürer. Analitik terapistlere göre erken bebeklikte gelişmeye başlayan egonun çocuklukta hızlı bir gelişim göstermesi ve uyumlu savunmalar geliştirmesi mümkündür. Çocuk aile ortamında bu savunmalarını aktif bir şekilde kullanabilir. Bu savunmaların bir kısmının oluşmasında da ailesinden gördüklerinin etkisi mevcuttur. Bunun aksine yetişkinlik dönemine ve dış dünyaya açılan birey için bu savunmalar uyumsuz veya kullanışsız olabilmektedir.

Hastanın mantıklı yönü zayıf, içsel ve duygusal yönü baskın olduğu vakit kişi kendisini gözlemleyen konumda olamaz. Duygularıyla veya dürtüleriyle hareket edebilir ve mantığı zayıf olduğu için gerçeklik algısında da bir zayıflık söz konusu olabilir. Bu durumda kişi egosunu aktif bir şekilde kullanmamaktadır; sorununun, problemin veya bir semptomun varlığının farkında değildir. Kişinin içgörüsü ile sorun değerlendirilirken “egoya uyumlu” (ego sintonik) veya egoya uyumsuz (ego distonik) olması durumu önemlidir. Bu içgörü içeriği, ego ile uyumlu veya uyumsuz olması durumu ise kişinin ego gücü ile değerlendirilir. Bireyin ilkel savunmaları kullanıp kullanmaması, ego gücüne ve ego distonik durumunun niteliğine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (McWilliams, 2009:4).

Savunmaların arkaik veya matür şeklinde iki farklı sınıfta değerlendirilmesine bağlı olarak ilkel savunmaları kullanan bireylerin kaçındıkları, çarpıttıkları, yok saydıkları gözlenir. Matür savunmaları kullanan bireyler ise gerçeklerle yüzleşmek veya uyum sağlamak gibi davranışlar sergilemektedirler.

Süpergo ise ahlaki açıdan baskın olan, vicdan kelimesiyle tanımlanabilen bir olgudur. Kurallara, yasalara uymamız, belirli bir çerçeve içerisinde yaşamamız süpergo ile ilişkili bir durumdur. Bununla birlikte bazı bireyler aşırı katı bir ahlak gelişimine sahiptirler. Herhangi bir konu ile ilgili değiştirilemez ve keskin çizgiler içeren durumlara inanabilir ve buna bağlı olarak hareket edebilirler. Bu aşırı katı bir süpergonun göstergesidir. Bilinç dışında yer alan materyalin bilince getirilmek istenme nedeni içsel çatışmaların temel kaynağının çözülmesi ile ilişkilidir. Bu çatışmalar çözülmeye başladığında ise ego güçlenmeye başlayacaktır. Buna bağlı olarak bilinç dışındaki materyali bilince getirme süreci sekteye uğrayabilmektedir. İd ve ego arasında bu noktada çatışma olmazken; bilinç dışı materyalin bir noktada idin yönettiği bir sistem içerisinde, bilince getirilmesi gereken materyalin gelmesi süpergo tarafından engelleniyor olabilir.

Bu nedenle süperegonun aşırı katılığına dair kişilerle birlikte bir değerlendirme yapmak, bu noktada kişinin esnemesini sağlamak bilinçdışı savunmaların veya materyallerin bilince gelmesi sürecini kolaylaştıracaktır.

2.2.3.1. Anna Freud ve Çalışmaları

Anna Freud çocuklar üzerine yaptığı psikanalitik çalışmalarla bilinmektedir. Çocuklar için psikanalizi geliştirmiş ve bu şekilde psikanalize başlamıştır.

Freud'un "Haz İlkesinin Ötesinde- Ben ve İd" kitabının yayınlanmasıyla birlikte ego gündeme gelmeye başlamıştır ve önem kazanmıştır. Anna Freud'ta ego psikolojisinin temellerini atan kuramcılardandır. Freud'un geliştirdiği savunmalara ek olarak "Ben ve Savunma Mekanizmaları" adlı kitabında dokuz adet savunma tanımlamıştır. Bunlar; inkar, yön değiştirme, yansıtma, yüceltme, gerileme, mantığa bürüme, entelektüelleştirme, tepki oluşturma ve fantezidir. Bunlarla birlikte Freud'un da tanımladıklarıyla savunmaları on ikiye çıkarmıştır.

Anna Freud'a göre; analitik tedavi ben ve benin savunmalarıyla ilgilidir. İdin görevi amaca giderken kullanılan bir araç olmaktır (A. Freud,2004:13). Davranış sadece içgüdülerle yönetilmez, öğrenme süreçlerinin etkisi de göz ardı edilemeyecek derecede önemlidir.

Savunma mekanizmaları, ego için kaygı yaratan dışsal durumlarda kullanılmakla birlikte, duygularımız ve dürtüsel isteklerimizin ortaya çıkardığı gerilimleri kontrol etmek için de kullanılan psikolojik bir süreçtir.

Anna Freud savunma mekanizmalarını patolojik ve uyumlu adı altında iki kümeye ayırmıştır. Patolojik savunmaları katı ve dengesiz olarak nitelendirmiş ve kişinin çevresiyle kuracağı uyum açısından tehlike oluşturacağını bildirmiştir. Bunun aksine uyumlu savunmalar, kişilerin çevreyle olan bağlantısını kolaylaştıran ve kişi için kullanışlı olan savunmalardır. Daha ayrıntılı olarak yaptığı kümeleme ise; süperegonun neden olduğu savunmalar, gerçek anksiyetenin neden olduğu savunmalar, zıt istekler sonucu ortaya çıkan çatışmalarda anksiyete ile başa çıkmak için kullanılan savunmalar ve şiddetli itkinin neden olduğu anksiyete ile başa çıkmak için kullanılan savunmalar

şeklindedir. Tanımladığı savunmalar inkar, yön değiştirme ve entelektüelleştirme. Bununla birlikte iki farklı mekanizmayla çalışan savunmalar olduğunu belirtmiştir. Bunları da saldırganla özleşme ve özgecilik olarak belirtmiştir (A.Freud, 2004).

Yadsımların söz konusu olduğu durumlar için dış tehlikelerin varlığından söz edebiliriz. Bastırmalar mevcut ise dürtüsel uyarılarla baş etmeye çalışan bir ben söz konusudur (A. Freud, 2004:79).

Anna Freud'un ego psikolojisine ve savunma mekanizmalarına katkısı büyüktür. Ben ve Savunma Mekanizmaları kitabı ego okulunun yapı taşlarından birisi olarak değerlendirilmektedir.

2.2.4. Savunma Mekanizmaları Hakkında Diğer Çalışmalar

Savunma mekanizmalarının sınıflandırılması konusunda hala ortak bir görüş bildirilmemiştir. Freud'un ortaya koyduğu savunma mekanizmaları Anna Freud ile ve ego kuramcılar ile birlikte gelişmiş olmaya başlamakla birlikte farklı çalışmalar ve farklı klinisyenler tarafından farklı savunma biçimi kümeleri ve savunmalar ortaya konmuştur.

Vaillant egonun çalışma stratejisini, Freud'un tanımlamasına yakın bir şekilde tanımlamıştır. Kişi kaygı yaratan bir durumla karşılaştığı vakit savunma mekanizmaları devreye girer ve kişinin kaygıyla baş etmesine yardımcı olur. Vaillant'ın tanımladığı sağlıklıdan sağlıklıya doğru giden dört tane savunma kümesi mevcuttur.

1. İlkel (patolojik-psikotik) savunmalar; inkar, yansıtma ve çarpıtma şeklindedir.
2. Olgunlaşmamış (gelişmemiş savunmalar); fantezi, hipokondriya, dışa-vurum ve pasif saldırganlık şeklindedir.
3. Nevrotik savunmalar; entelektüelleştirme (yalıtma, mantıksallaştırma, yapma bozma ve sihirli düşünce (magical thinking savunmalarından yansımalar barındırır), bastırma, yer değiştirme, karşıt tepki geliştirme ve dissosiyasyon şeklindedir.
4. Olgun (matür) savunmalar; yüceltme, baskılama ve özgecilik şeklindedir (Vaillant, 1971,1977).

Kernberg ise savunmaları iki sınıfta tanımlamıştır. Bastırma ve buna yardımcı savunmalar, bölme ve buna yardımcı savunmalar şeklindedir.

Kernberg sınır kişilikler üzerine çalışmalar yapmıştır. Sınır kişiliklerin kullandıkları temel mekanizma bölme üzerinden ilerler ve ilkeldir. Bölmeye yardımcı mekanizmalar; inkâr, ilkel idealleştirme, tümgüçlülük ve değersizleştirme ve yansıtma özdeşim (Kernberg, 1987). Nevrotik durumlarla ilgili olan savunmalar ise bastırma ile ilişkilidir. Bastırmaya yardımcı mekanizmalar; tepki oluşturma , yalıtma, tersine çevirme entelektüelleştirme ve akılcılaştırma. Bu mekanizmalar, ben için ambivalan durumları birbirinden ayırmaya ve bu durumlar ortaya çıktığında kaygıyla baş etmeyi kolaylaştırmaktadır (Kernberg, 1975).

Melanie Klein nesne ilişkileri kuramının ilk temsilcisi ve kurucusudur. Klein kuramını, bebeklerin saldırgan dürtüleri, yok edilme fantezileri ve içsel çatışmalarının yarattığı anksiyete ile baş etmek üzerine geliştirdiği savunmalardan bahsetmektedir. Klein yansıtma özdeşim, yansıtma ve bölme mekanizmalarını bebeğin gelişim evrelerine göre tanımlamıştır (Göka, 2006). Yansıtma özdeşim, kişinin (bebek), nesne (anne) ye içindeki “kötü” parçayı yansıtması ve bu noktada baskı uygulaması, daha sonrasında ise o parçayı tekrar içine alarak özdeşleşmesidir (McWilliams, 2009:135). Bebek kendisinde olmasını istemediği ve rahatsız olduğunu düşündüğü “kötü” parçasını saldırgan yönlerini anneye yansıtmaktadır. Yansıtma özdeşim, yansıtma daha ilkel bir mekanizmadır (Klein, 1952). Bebek gelişim döneminin başında anneyi iyi ve kötü, beni iyi ve kötü şeklinde ayırarak bölme yapar. Yaşamsal paylaşım arttıkça ise iyi ve kötü ayrımının bütünleşmesi beklenir. Amaçlanan şey, kötü parçalardan kişinin kendini koruması ve nesneye yansıtmasıdır. Buna bağlı olarak bölmenin yansıtma ile olan bağlantısını görebiliriz.

Ihilevich ve Gleser savunmaları 5 kümede toplamıştır.

- 1- **Nesneye yönelme:** Kişinin dışarıdan algıladığı tehlikelere karşı üstün olmak ve içsel çatışmalar nedeniyle ortaya çıkan kaygının ortadan kalkması için örtük veya açık saldırganlıkla tanımlanır.
- 2- **Yansıtma:** gerçek olan ve ortada olan şeyleri çarpıtarak karşı tarafa olumsuz yüklemeler yapmakla tanımlanır. Bu olumsuz söylemlere bağlı olarak kişi ona ait

olan olumsuz duygu, düşünce ve davranışlar konusunda kendini üste çıkarabilir. Yansıtma ve dışsallaştırma savunmaları bu küme ile ilgilidir.

- 3- **İlkelleştirme:** bir tehlike algılandığında bu tehdidin yarattığı kaygıyla başa çıkmak adına var olan gerçeklik yeniden yorumlanır. Entelektüelleştirme, mantıksallaştırma ve yalıtma savunmaları bu kümededir.
- 4- **Kendine çevirme:** kişinin öz saygısı ile ilgili tehdit algıladığı durumlarda gerçeği çarpıtarak kişinin kendisini cezalandırmasıdır.
- 5- **Tersine çevirme:** Kişi bir tehlike algıladığında bunu yok sayar, görmezden gelir veya durumu basite indirgeyerek ortaya çıkacak kaygıdan korunmaya çalışır. Bu küme yadsıma, tersini yapma, bastırma ve karşıt tepki geliştirme mekanizmalarından oluşur. (Ihilevich&Gleser, 1995)

Hartmann için uyum kavramı önem taşımaktadır. Uyum kavramını ego ile ilgili olarak tanımlamış; çatışmalı ve çatışmasız alanlardan bahsetmiştir. Hartmann yaptığı çalışma ile “çatışmasız alan” kavramını ortaya atmıştır. Ego, içsel çatışmalar ve itkilerin varlığı doğrultusunda savunmaları kullanmak zorunda kalırsa aslında hiçbir problemi-çatışmayı çözmek konusunda başarılı olamaz. Bu nedenle “çatışmasız alan” kavramı işlevseldir. Kişi için hem içsel uyumun hem de çevresel uyumun önemli olduğunu söylemiştir. Kişiler savunmalarını çevrelerinde sağladıkları uyumla doğru orantılı olarak kullanırlar. Öncelikle çevresel uyum etkinleşir, içsel uyum ise daha sonrasında ortaya çıkar (Hartmann, 1958).

Cramer’de savunma mekanizmaları üzerine çalışma yapmıştır. Savunmaları yedi kümeye bölmüştür.

1. Yüksek uyumlu (high adaptive): Özgecilik, mizah, yüceltme.
2. Zihinsel engelleme (mental inhibition): Yer değiştirme, disosiyasyon, entelektüelleştirme, soyutlama, yapma bozma.
3. Küçük çapta imge bozulması (minör image-distortion): Değersizleştirme, idealizasyon, mutlak güçlülük.
4. Reddetme (disavowal): İnkâr, yansıtma, rasyonalizasyon.
5. Büyük çapta imge bozulması (major image-distortion): Otistik fantezi, yansıtma özdeşim, bölünme.
6. Eylem (action): Eyleme vurma, ilgisiz geri çekilme, pasif agresyon.

7. Defansif düzensizlik (defensive dysregulation): Psikotik yansıtma, psikotik inkar, psikotik çarpıtma (Cramer, 2000).

2.2.5. Savunma Mekanizmaları ve Psikopatoloji

Kişilik bozuklukları ve savunma mekanizmalarına dair Türkiye’de yapılmış kapsamlı çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte psikodinamik klinisyenlerin bu konuyla ilgili yaptıkları çalışmalar ve gözlemlere dayalı olarak ortaya koydukları bazı veriler mevcuttur.

Otto Kernberg’e göre antisosyal kişilik bozukluğu gösteren bireylerin ebeveynleri ve diğer insanlarla olan patolojik ilişkileri çocuklukta içselleştirilmiştir. Kernberg’e göre kullandıkları savunmalar inkar, dışsallaştırma (eyleme koyma) yansıtma ve değersizleştirmedir (Kernberg, 1984).

McWilliams bu kişilerin temel savunmalarının tümgüçlü kontrol olduğunu bildirmektedir. Ayrıca dissosiyasyon, yansıtma özdeşim ve eyleme koymayı kullanırlar (McWilliams, 2009:187). İki kuramcının da öne sürdüğü savunma mekanizmalarını baz aldığımızda bu bireylerin ilkel savunmaları kullandığını ve süperegoda bağımsız bir şekilde idin denetimi altında hareket ettiklerini söyleyebiliriz. Sosyopatlardaki bu kullanım vicdan eksikliğinin göstergesidir. Yaptıkları ahlaki olmayan davranışlara dair utanç duymazlar (Johnson, 1949; Cleckley, 1941).

Narsist bireylerin kullandığı iki temel savunma vardır. İdealizasyon ve değersizleştirme. “Büyükleme kendilik” kavramı Kohut tarafından ortaya atılmıştır. Narsist bireyin büyükleme tutumu üstünlük ve kendisini abartmayla ilgilidir. Kişi bu duyguları kendi kendine deneyimleyebilir veya dış dünyaya, dış dünyadaki nesnelere yansıtabilir (Kohut, 1971).

Şizoid kişiler insanlarla ilişki kurmaktan ve dış dünyayla iletişim halinde olmaktan geri dururlar. Tercihleri kendi dünyalarında kalmaktır. Bu kişiler “otistik fantezi” savunmasını etkin bir şekilde kullanarak kurdukları fantezi dünyasında içsel olarak yaşamayı tercih ederler. Bu şekilde dış dünyadan gelecek tehditlerden kendilerini korumayı amaçlarlar. Ayrıca inkar, yansıtma, içe atma, idealizasyon ve değersizleştirme savunmalarını kullanmaktadırlar (McWilliams, 2009: 232).

Paranoid bireylerin hayatlarının ilerleyişi genellikle yanlış inançların gölgesinde devam eder. Bu kişiler temelde yansıtma mekanizmasını kullanmaktadırlar. Bu yansıtmanın kullanım şekli hastalığın seviyesine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bireyin durumunun nevrotik, psikotik veya sınır düzeyde olması savunmanın kullanım şeklini etkilemektedir. Yansıtmayı kullanan paranoid kişi karşıt-tepki oluşturma ve inkar savunmalarını da sürece dahil eder (McWilliams, 2009: 256).

Histerik kimselerin temel savunmaları bastırma, gerileme ve cinselleştirme. Freud Histeri üzerine yaptığı çalışmalarda histerinin temel mekanizmasının bastırma olduğu sonucuna varmıştır (Breuer, Freud, 1893).

Borderline kişilik bozukluğuna sahip bireyler nesne ilişkileri kuramı baz alınarak değerlendirildiğinde iyi nesne ve kötü nesne şeklinde bölme durumunu içeren bir bilişsel yapıya sahiptirler. Kernberg borderline kişilik bozukluğu ve sınır durum hastaları ile ilgili birçok çalışma yapmıştır. Kernberg'in bu çalışmaları ile birlikte bölme, yansıtma, özdeşim, ilkel idealleştirme, tümgüçlülük ve inkar mekanizmalarının kullanıldığını bildirmiştir (Kernberg, 1985). Bu savunmaların borderlinelar için kullanımı temelde iyi ve kötü nesne kavramına ve ayrışmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

Psikotik bireyler gerçeklik algısını tamamen kaybetmişlerdir. Özellikle pozitif belirtiler olan halüsinasyon ve sanrılar bunların göstergesidir. Kişiler mantıklı açıklamayla düzeltilemeyecek düzeyde sanrılara sahiptirler. Ayrıca algısal bir bozukluk olan halüsinasyon durumunu yaşamaktadırlar. Psikotik bireylerin kullandığı savunmalar psikotik düzeyde ilkel savunmalardır. İnkâr ve hayali yansıtma bu kişilerin kullandıkları savunmalardandır (Vaillant, 1971).

Depresif bireyler-depresyonda olan kişiler genellikle içe atma savunmasını kullanırlar. Mourning and Melancholia isimli makalede Freud'un bahsettiği "kaybedilmiş sevgi nesnesiyle özdeşim" kavramı içe atma sürecini açıklamak için iyi bir tanımlamadır (Freud, 1917). Depresyonda olan kişiler genellikle suçluluk duygusu, çaresizlik, hüzn gibi duygular yaşamakla birlikte bu duyguların ortaya çıkma nedeni erken dönem çocuklukta yaşadıkları ebeveyn ilişkileriyle ilgili de olabileceğinden dolayı ebeveynlerini sevgisiz şekilde yorumlayan birey içselleştirdiği olumsuz duyguları o nesneye dair bir özdeşim olarak içlerine alırlar. Bununla birlikte depresif kimseler kendine karşı

döndürme mekanizmasını da kullanırlar (A. Freud, 1936; Laughlin, 1967). İdealizasyon savunması da depresif bireyler tarafından kullanılır. Depresif bireylerin öz saygısı düşüktür. Öz saygılarının düşmesi yaşantısal olaylarla ilgilidir. Kişiler karşısındaki insanlarda daha fazla değer atfetme eğiliminde olabilirler (McWilliams, 2009: 284).

Mani veya hipomanik bireyler kontrolsüz cinsel ilişkiye girmek, madde kullanmak, aşırı alışveriş yapmak gibi dürtüsel davranışlar sergilemektedirler. Bu kişiler gerçeklikten uzak bir şekilde hareket ederler. Manik ve hipomanik bireylerin temel savunma düzenekleri inkar ve eyleme-koymadır (McWilliams, 2009: 304). İnkâr sürecini yaşarken hayattaki gerçeklikleri görmezden gelirler veya mizahtan destek alarak süreci yönetirler. Manik bireylerin grandiyöz davranışları, her şeyle baş edebileceklerine olan inançlarının değersizleştirme savunmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Obsesif kompulsif bozukluk temelinde kullanılan savunma mekanizmalarını açıklarken obsesyon ve kompulsiyon ayrımı yaparak tanımlanmış savunmalar mevcuttur. Ayrıca obsesyon ve kompulsiyonların sahip olduğu ortak savunmalar da mevcuttur. Obsesif bireylerin temel savunması yalıtmadır. Kompulsif bireylerin temel savunması ise yalıtma ve yapma-bozmadır. İç görüşü yüksek olan OKB'li bireyler aktif olarak yalıtmayı kullanmazlar. Bunun yerine akılcılaştırma, ahlaksallaştırma, bölmeleme ve düşünselleştirme savunmalarını kullanırlar. Ayrıca OKB'li bireyler karşıt tepki oluşturma savunmasını da sıklıkla kullanmaktadırlar. Kişilerde ortaya çıkan öfke duygusunun kontrol altına alınması adına yer-değiştirme savunmasını kullanırlar (McWilliams, 2009:344).

OKB'li bireyler için zihinsel süreçler büyük önem taşımaktadır. Bu kişiler duyguları zayıflık olarak algırlar ve buna bağlı olarakta düşüncelerine önem verir, duygularını değersizleştirirler. OKB'li bireyler kompulsiyon yaparken yapma-bozma savunmasını kullanırlar. Kişinin özellikle zihninde yer alan kabul edilemez olan veya kişi için felaket olarak nitelendirilen durumlar karşısında kişi kompulsif davranış sergiler. Çünkü bu obsesyonlar kişi için suçluluk, çaresizlik veya korkutucu duygulanımlar yaratmaktadır ve bu duygulanımlarla baş etmek için kişinin kendisini korumaya alması gerekir.

Bilinçdışı olarak var olan tümgüçlü kontrol hayalleri kompulsif eylemler ile kendini ortaya koymaktadır. Düşünce eylem kaynaşması yaşayan birey için tehdit içeren bir düşünceyle başa çıkma eyleme koyma ile yani kompulsif davranış sergileme ile nötr bir hale gelmektedir. Alınan tüm önlemler (kompulsiyonlar), kontrol edilemeyecek gibi gözüken durumları kontrol edilebilir hale getirmek içindir (McWilliams, 2009: 347).

Freud'a göre OKB'li bireylerin temizlik, çalışkanlık, dindarlık, aşırı sorumluluk sahibi olmak gibi özellikleri aslında karşıt-tepki oluşturmanın bir ürünüdür. Kişiler bunların aksine, kirli, tembel, sorumsuz veya dinden uzak olmak arzularını hissediyor olabilirler ve bunların açığa çıkmasından korktukları, buna dair kaygı duydukları için bu dürtüleri içsel davranışlarının tersine döndürerek engellemeye çalışıyor olabilirler (McWilliams, 2009: 348).

2.3. Bağlanma Stilleri

2.3.1. Bağlanma ve Bağlanma Kuramı

Gelişim; döllenme süreci ile başlayan, yaşam boyu süren bir değişim örüntüsüdür. Gelişim süreci farklı perspektif ve ekollerle belirli periyotları ayrılmıştır. Bebeklik gelişim sürecinin ilk aşamasıdır. 0-2 yaş arasını kapsayan insan yavrusunun fiziksel, zihinsel ve duygusal gelişiminin gerçekleştiği bir dönemdir. Bebekler bu süreçte bakım verenlerine (ebeveyn) bağımlı bir yaşam sürdürmektedirler. Bu bağımlılık sonucunda bebek ve bakım veren arasında oluşan ilişkiye bağlı olarak; bebeğin zihinsel, duygusal ve fiziksel gelişimi pozitif yönde etkilenmektedir.

Bağlanma terimi; iki birey arasında kurulan bağ olarak tanımlanmaktadır. Bebeklik dönemini ele aldığımızda anne veya bakım veren ile arada kurulan duygusal bir bağın varlığından söz edebiliriz (Öztürk, 2002). Bağlanma sürecinin doğumdan önce gerçekleşmeye başladığına dair çalışmalar olmasına rağmen bu konu hakkında kesin bilgiler mevcut değildir (Bloom, 1995). Hamileliğin yirmi altıncı haftasında fetüs algılama, tepki gösterme ve işitme kabiliyetlerine sahiptir. Buna bağlı olarak doğumdan önce, annenin olumlu duygularını fetüse aktarması bağlanmanın temellerini oluşturur (Kesebir ve ark., 2011).

Etoloji; biyolojinin ve evrimin davranış üzerine etkisini vurgulayan bir kuramdır. Belirli zaman aralıklarını içeren ve deneyimlerin gerçekleşmesi veya gerçekleşmemesine bağlı olarak bireylerin üzerinde belirli etkilerin olacağını vurgular (Santrock, 2011:27).

Bir zoolog olan Lorenz tarafından kazlarla yapılan bir deney ile basılmama (imprinting); bazı hayvanlarda gözlenen ilkel bağlanma sürecini ortaya koymuştur. Lorenz yumurtadan çıktıktan sonra annelerini takip ettiği bilinen kaz yavrularını iki gruba ayırmıştır. Bir grup yumurta kuluçkaya yatmış, diğer grup yumurta inkübatörde kuluçkada kalmıştır. İlk gruptaki kazlar yumurtadan çıkınca annelerini takip etmişlerdir. İkinci gruptakiler ise yumurtadan çıktıktan hemen sonra Lorenz'i görmüş ve onu takip etmişlerdir. Lorenz bu iki grup kazı, gruplara göre işaretlemiş ve bir kutuya koymuştur. Sonrasında kutudan çıkan kazlar kendi annesi olarak benimsediğine gitmiştir (Lorenz ve anne kaz). İlk hareketli nesneye karşı ilkel düzeyde dahi olsa doğuştan gelen bir bağlanma süreci gelişmektedir. Lorenz bu sürecin erken dönemde oluşacağını söylemiş ve bu döneme hassas dönem adını vermiştir (Lorenz, 1965, aktır. Santrock, 2011).

Bağlanma süreci 0-24 ay arasında farklı periyotlarla kendisini gösterir. Doğumdan 8-12. Haftaya dek yeni doğan için bağlanma öncesi dönemdir. Bebek 8-12. Haftadan sonra annesi ile yabancıları ayırt etmeye başlar. Bu süreçte bağlanma başlamış olur. 6.-24. Ay bağlanmanın tam manasıyla gerçekleşmeye başladığı periyottur (Bowlby, 1979). Bakım veren birincil bağlanma nesnesi olarak adlandırılır.

Bağlanma gözlem sürecini içerir. Bebekler bakım verenlerinin sosyal tepkilerini gözlemler. Buna bağlı olarak ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığına dair de çıkarımda bulunurlar. Yeni doğan için bağlanma süreci duygusal yakınlığın bir getirisiidir. Bebek zihinsel, fiziksel ve duygusal anlamda yeterli olmadığı için bu dönemi annesinden aldığı uyarılarla hem gelişmek hem bağlılık kurmak için kullanır. Duygusal, zihinsel ve fiziksel gelişim kapasitesini; ihtiyaçlarının bakım vereni tarafından doğru biçimde karşılanması belirlemektedir. Çocuğun ihtiyaçları doğru bir şekilde karşılanırsa ve duygusal yakınlığı kurarsa güvenli bir şekilde bağlanma gösterecektir (Hazan ve Shaver 1987, Hortaçsu 1991). Bu durum bebek için değerli olmak ve sevilme anlamına gelmektedir. Reddedilen, ihtiyaçlarına karşılık yanıt alamayan veya yanlış yanıtlar alan bebekler ise sevilmediklerini ve değersiz olduklarını düşünürler (Troisi ve ark., 2006).

Bağlanma erken çocukluk/bebeklik döneminde gelişen ve biyolojik alt yapıya sahip bir mekanizma olmasına karşın etkileri çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik döneminde de sürmektedir. Bireyin, romantik ilişkilerini, arkadaşlık ilişkilerini, iş hayatını ve sosyal hayat içerisinde sergileyecekleri tutumları; olaylara verecekleri tepkileri, sahip oldukları patolojilerin etki seviyesi üzerinde dahi bağlanmanın büyük önemi vardır.

Freud'un psikoseksüel gelişim evreleri oral, anal, fallik, latent ve genital dönem şeklinde sınıflandırılmıştır. Bağlanma süreci oral döneme (0-2 yaş) denk gelmektedir. Bebekler için oral dönemde doyumu sağlayan nesne annenin memesidir. Beslenme süreci ile ilgili olan bu durum anne bebek arasında duygusal bir ilişki kurulmasını sağlar ve bağlanmanın temelini oluşturur (Santrock, 2011; 191).

Erikson psikososyal kuramını oluştururken gelişimsel sürecin ömür boyu sürdüğünü vurgulamıştır. Bebeğin fiziksel rahatlığının, gelişimsel süreci açısından önemli olduğunu belirtmiştir. Bağlanma süreci temel güvene karşı güvensizlik adını verdiği 0-2 yaş arasında ki periyoda denk gelmektedir. Bebek için güvenli hissetmenin kaynağı bakım vereniyile kurduğu fiziksel yakınlıktır. Bebek fiziksel açıdan rahat içindeyse, ihtiyaçlarına karşı hassasiyet gösteriliyorsa güven duygusu oluşur. Oluşan güven duygusu, bağlanmanın temelini oluşturmaktadır (Erikson, 1968).

2.3.1.1. Bowlby'nin Bağlanma Kuramı

John Bowlby, psikanalitik ekol üzerine çalışan bir psikiyatristti. Çocuk psikanalizi üzerine çalışıyordu. Çocukluk döneminde ki bazı etkenlerin, erişkinlik döneminde psikopatolojiye neden olduğunu düşünüyordu. 1944 senesinde Bowlby “ Kırk Dört Çocuk Hırsız; Kişilikleri ve Yaşamları” isimli makalesini yayınladı. Bu makale Bowlby'nin ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkinin dinamiğini araştırmaya başladığı önemli noktalardan biriydi. WHO (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından 1950 senesinde Bowlby evsiz çocukların ruhsal durumları üzerine bir sunum yapmak üzerine Londra'ya davet edildi. Bowlby evsiz erkek çocukların ebeveynlerinden ayrılmasına bağlı olarak ergenlik ve erişkinlikte daha fazla suç işleme eğilimi gösterdiklerini bu çalışması ile sundu (Soysal ve ark., 2005). Bu bildirinin ardından Bowlby bağlanma kuramının temellerini atmış oldu. Yaşamın ilk 3 senesinde annesinden ayrılan çocukların, erişkinlikte patoloji geliştirme riskinin daha yoğun olduğu görülmüş oldu. Bu durumun sadece beslenme ile

ilişkili olmadığı da ortaya çıkmış oldu. Patoloji riski oluşturan şeyin yalnızca açlık güdüsü ve anne arasındaki ilişkiyle ortaya çıkmayacağını düşünen Bowlby yeni araştırmalara girişti (Hazan ve Shaver, 1994).

Bowlby bağlanma kavramını 1958 senesinde kullanmıştır. Bowlby kuramını oluştururken, evrimsel yaklaşım, psikodinamik kuramı ve etolojik yaklaşımı temel almıştır (Bowlby, 1988).

Etolojik perspektife göre, bebeğin bağlanması ve bakım verenin bağlanması biyolojik bir süreçtir. Bebeklerin emme, gülme, dokunma, ağlama, izleme gibi davranışları bakım veren ile aralarındaki ilişkiyi belirleyen biyolojik bir sürecin getirisiidir (Kesebir ve ark., 2011).

İlk olarak hedeflenen durum anneyi yakında tutmaktır. Böylelikle bebek hayatta kalma şansını artırır (Bowlby, 1969). Yaşamın ilk senesinde bakım veren ve bebek arasında gelişecek bağlanma ve bebeğe karşı gösterilecek duyarlılık önem arz etmektedir. Bağlanma, evrimsel ve etolojik bir süreç olmakla birlikte; bebeğin yaşamının ilerleyen dönemlerinde geliştireceği sosyal ilişkiler adına büyük önem taşır (Bowlby, 1973;1979).

Bireyler ergenlikte ve erişkinlikte yakınlık kurma, ilişki kurma ve sosyal olma gibi içgüdüsel ihtiyaçlarla dünyaya gelirler. Bu ihtiyaçların karşılanması ise bebeklik döneminde kurulan bağlanma ve bu bağlanmanın kalitesi ile doğru orantılıdır. Bebek özerklik kazanana dek korunmaya ihtiyacı vardır. Ayrıca bebek zihinsel, duygusal ve fiziksel yeterliliği oluşana dek bakım verenine muhtaçtır. Bu özelliklerin gelişmesi ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde de kişiler arası ilişkilerde olumlu durumlar ortaya çıkması için; bakım verenin çocuğun ihtiyaçlarına doğru yanıtlar vermesi gerekmektedir. Bakım verenlerin davranış örüntüleri şemaların oluşmasını sağlar (Bowlby, 1969). Şemalar kişilerin yaşam boyunca sergileyecekleri davranışları öncüler. Bununla birlikte bireylerin düşünceleri de etkiler. Kişiler yetişkinliklerinde de bebeklikte gelişmeye başlayan şemaların etkisinde olacaktır.

Bakım veren ve bebek arasında ki bağlanmayı sağlayan davranış biçimlerini Bowlby iki küme şeklinde ele almıştır. Sinyalleme davranışı adını verdiği grupta, çocuk ağlayarak veya gülerek anneyi kendisine getirir. Yaklaşma davranışı ise bebeği anneye

götüren davranışlardır. Bebeğin emeklemesi, anneye doğru yürümesi veya koşması (Bowbly, 2012;305).

Bağlanma aniden ortaya çıkan bir durum değildir. Doğum ile yirmi dördüncü ay arasında gerçekleşir.

Birinci aşama: Doğum ile ikinci ay arasında gerçekleşir. Bebekler bağlanmalarını; yabancı, ebeveynler veya kardeşlere yönlendirirler. Bebeğin gülmesi veya ağlaması bu kişilerde benzer şekillerde görülür.

İkinci aşama: İkinci ay ile yedinci ay arasında gerçekleşir. Bebek tanıdığı insanlar ile yabancı kişileri ayırmaya başlar. Genellikle bakım verene odaklanır.

Üçüncü aşama: Yedinci ay ile yirmi dördüncü ay arasında gerçekleşir. Bebeğin hareket kabiliyeti arttığı için, bakım verenleri ile iletişimleri de artar. Bebek özel olarak birine bağlanır.

Dördüncü aşama: Yirmi dördüncü ayın üzerindeki aşamadır. Çocuklar, ötekinin duygularını, planlarını ve isteklerini algılamaya başlar ve davranışlarını buna göre şekillendirir (Schaffer, 1996).

Yaşamın erken döneminde ortaya çıkan bağlanmanın, ergenlik ve erişkinlik döneminde de etkilerinin sürdüğü yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bağlanmanın ne şekilde olduğu, içeriği, çocuk üzerindeki etkileri büyük önem taşımaktadır. Bebek birincil bağlanma figürü olarak benimsediği bakım vereninin (sıklıkla anne) ihtiyaçlarına verdiği cevaplara bağlı olarak zihninde insan ilişkilerini kodlar ve kendisine dair anlamlar oluşturur. Bebek için öncelik korunmadır. Bebek anne tarafından doğru yanıtlar aldığı zaman zihninde güvenli bir dünyaya dair inançlar geliştirmeye başlar. Bununla birlikte kendisini değerli ve sevilen bir kişi olarak algılar. Bebek ağladığı zaman annenin bebeğin ağlamasının nedenini tespit etmesi (acıkma, altını pisletme veya fiziksel bir acı duyma) ve doğru yanıt vermesi bu noktada büyük önem taşımaktadır. Bowbly bu durumu güvenli üs olarak adlandırır. Ebeveynlerini güvenli üs olarak gören bebek, korunduğunu düşünecektir (Bowbly, 1969; 1982; 1988). Bununla birlikte bebek çevreyi destekleyici ve güvenli olarak algılayacaktır.

Bakım verenin varlığı bebek için rahatlık ve huzur duygularını oluşturur. Bakım veren yokluğunda ise bebek gergin, huzursuz ve mutsuzdur. Anne çocuk için korunma hissi oluşturur, bu nedenle de annenin varlığını yanında hisseden çocuk, annesini güçlü bir nesne olarak algılamakta ve o nesneyle yakınlığını koruyarak bağlanmayı gerçekleştirmektedir (Kesebir ve ark., 2011).

Bebeğin ihtiyaçlarına doğru yanıt vermeyen ve ihmal eden ebeveynler ise bebeğin kendisine dair zihinsel şemalarını olumsuz etkiler. Bebek kendisini değersiz ve seilmeye layık olmayan birisi şeklinde algılar. Çocuk için güvenli üs olamayan ebeveynler, çocuğun özerklik kazanma sürecini de baltayacaktır. Özellikle 2 yaş sonrası fiziksel yetkinliği artan bebek, ebeveynlerinin yanında olduğunu hissederek, ihtiyaçlarına doğru yanıtlar alarak kendisine daha çok güvenip buna bağlı olarak çok daha rahat hareket edecektir. Güven vermeyen ebeveynler, bebeğin ilerleyen zamanlarda ki sosyal ilişkilerini, psikolojik durumunu ve kendisine olan güvenini/inancını olumsuz yönde etkilemektedir.

Çocuk bakım vereninden ayrıldığı takdirde, ayrılık anksiyetesi yaşayabilir. Çocuk, ilk olarak ayrılığı protesto eder; ağlar veya kızgınlık belirtir. Bir süre sonra kederlenme aşamasına geçen çocuk pasif agresif bir tutum sergileyerek bakım veren umurunda değilmiş gibi davranır. Son aşama ise kayıtsız kalmadır. Çocuk ebeveyninin yokluğu karşısında ne yapması gerektiğine dair çözümler arar. Bakım veren geri döndüğünde ise ambivalans yaşar. İçsel yaşantısını ve mutsuzluğunu göstermek istemeyen çocuk kayıtsız bir tutum sergiler (Yörükan, 2011).

Çocuğun bakım vereninden uzaklaştığında bakım vereninin döneceğini bilmesi, onun yanında olmamasının o süreç içerisinde bir tehlike oluşturmayacağını öğrenmesi çocuğun yaşayacağı anksiyetenin önüne geçmek adına önem taşımaktadır. Çocuk bakım vereninden uzak kaldığında sergilediği anksiyete tekrarlanan bir davranış örüntüsüne dönerse, erişkinlikte de etkilerini gösterir. Bu ayrılık süreci uzarsa, çocuk için “anaclitic depresyon” veya “sevgisizlik psikopatisi” oluşmasına neden olur (Yörükan, 2011; 29).

2.3.1.1.1. İçsel Çalışan Modeller

Zihinsel temsil (zihinsel model) bir şeyin gerçek dünyayı temel aldığımızda nasıl işlediğine dair kişinin düşünce sistemindeki yansımaları açıklar. Kişi için karar verme,

kavrama, ayırma, varma, problem çözme ve davranışları yönetme yeteneklerinin sembolik anlam ve gerçekliğinin bir tür yansımasıdır (St. Clements University, 2014;9).

Çocuklar yaşamlarının ilk iki senesinde fiziksel, zihinsel ve duygusal anlamda bakım verenlerine ihtiyaç duyarlar. Bakım veren ve bebek arasındaki ilişkinin kalitesi, bebeğin bu yeteneklerinin gelişmesinde büyük önem arz etmektedir. Çocuk yaşamının ilk iki yılından sonra içsel dünyasını oluşturmaya başlar. Üçüncü yaş ile birlikte bu durum daha net bir şekilde kendini göstermeye başlar. Bağlanma sürecini kapsayan 0-2 yaş arasında çocuk ebeveynleri ve çevresindeki diğerlerinin kendisine davranış biçimini filtreleyerek bağlanma stilini belirler. Çocuğun içsel yaşantısına Bowlby içsel çalışan model adını vermiştir (Bowlby, 2011;125).

Çocuğun içsel yaşantılarını geliştirmesi, bakım vereni ve diğer ebeveyniyle olan deneyimleri ile ilgilidir. Bakım verenin tekrarlayan davranış örüntüleri, çocuğun ihtiyaçlarına verdikleri yanıtlar, çevresini keşfetmesini desteklemeleri, sevgi ve ilgiyi çocuğa hissettirmeleri ve çocukla duygusal bağ kurmaları içsel yaşantıları geliştiren durumlardır.

İçsel çalışan model, bireyin gelecek hayatında da aktif rol oynamaktadır. Bebeklikten itibaren gelişmeye başlayan ve çocuklukta hız kazanan bu içsel süreçler çocuğun dünyayı algılama şeklini oluşturmaktadır. Çocuk doğru yanıtlar aldığı takdirde kendisini değerli, dünyayı adil ve insanları güvenilir bulur. Bununla birlikte ihmal edilen, güvensiz bir ortamda büyüyen çocuklar, kendilerini sevmeye layık olmayan ve değersiz kimseler olarak görürler. Dünyayı ise adil olmayan bir yer olarak algırlar. Ergenlik ve erişkinlikte ise bu zihinsel temsillerin etkisi devam eder. Kişiler buna bağlı olarak davranışlarına yön verirler (Yörük, 2011).

Piaget bilişsel gelişim kuramında şema kavramını bilgiyi organize etmeye yarayan davranışlar ve zihinsel temsiller olarak tanımlamıştır. Piaget bebeklerin çevresindeki insanları etkileyerek içerisinde bulunduğu çevreye adapte olabildiğini, davranış örüntüleri ve şemalar geliştirebileceğini öne sürmüştür (Piaget, 1951). Bowlby’de buna bağlı olarak bebeklerin bakım verenlerine karşı içsel bir model oluşturduğunu söylemiştir (Bowlby, 1982).

Piaget'nin akomodasyon kavramı, şemaların ortaya çıkan yeni bilgiler ve deneyimlerle örtüşmesi adına ortaya çıktığını söyler. Asimilasyon kavramı ise deneyimlenen yeni durumlar karşısında var olan şemaların kullanıldığını söyler (Piaget, 1952). Çocuk, ebeveynlerinin tutumlarına göre oluşturduğu şemalarla birlikte bir içsel model oluşturur. Bu içsel modele bağlı olarak gelecekte ortaya çıkan yeni durumlar karşısında şemalarını kullanır. Durumun öznelliğine ve nesnelliğine bağlı olarak şemayı yeni duruma adapte eder veya yeni durumu şemaya adapte eder (Santrock, 2014;288).

Zihinsel temsillerimiz, şemalarımızı oluşturur. Oluşan şemalar ise hayat boyunca davranış örüntülerimizi, düşünce içeriklerimizi ve duygularımızı yönlendirir.

Olumlu deneyimlerle edindiğimiz şemalar kişinin hayatını olumlu yönde destekler. Sosyal ilişkilerinin kalitesini yükseltir. Yeni durumlara ve karmaşık olaylara adaptasyonunu kolaylaştırır. Olumsuz deneyimler sonucu oluşan şemalarımız ise sosyal ilişkilerimizi sekteye uğratabilir ve karmaşık durumlarla başa çıkmamızı zorlaştırabilir.

2.3.1.2. Ainsworth'un Çalışmaları

Bowlby bağlanma ve bağlanma kuramını ortaya koymuştur. Bağlanma stilleri üzerine bir sınıflandırma yapmamıştır. Bebeklerin annelerinden uzaklaştıklarında yaşadıkları ayrılma anksiyetesinden söz etmiştir. Bebeğin annenin geri döneceğini öğrenmesi sonucunda vereceği stres tepkilerinin minimal düzeyde olacağını belirtmiştir. Bowlby bu noktada farklı bağlanma stillerinin olduğunun ipucunu vermiştir. Bowlby'nin birincil bağlanma nesnesi olarak tanımladığı bakım verenden ayrılan bebeğin, ayrılık karşısında verdiği tepkiler ise birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir.

Ainsworth, Bowlby ile çalışan ve bağlanma kuramının gelişmesinde önem arz eden bir psikologtur. John Hopkins üniversitesinde bağlanma ve bağlanma kuramı üzerine yaptığı bazı çalışmalar sonucu Bowlby'nin ortaya attığı kuramın farklı uzantıları ve daha fazla sonucu olduğunu düşünmüştür. Ainsworth, bağlanma kuramını işlemsel olarak tanımlamıştır (Tüzün, Sayar, 2011).

Ainsworth, bebeğin altıncı aydan sonra bakım verene karşı geliştirdiği bağlanmanın içerik ve kalitesinin bebeklerin deneyimlerine bağlı olarak değişeceğine inanıyordu (Ainsworth, 1979). İlk olarak, bebeği olan anneleri ev ortamlarında ziyaret

etmeye başlamıştır. Bu ziyaretlerle birlikte, anne ve bebek arasındaki ilişkiyi gözlemlemeyi amaçlamıştır. Annenin bebeği beslemesi, çocuğun anneye verdiği gülme tepkileri, ağladığı durumlar, göz teması kurması ve genel anlamda annenin çocuğun istek ve ihtiyaçlarına verdiği yanıtları izlemişlerdir (Eder, 1997; Karen, 1998).

Ev ortamında yaptığı gözlemlerden sonra Ainsworth, yabancı ortam (strange situation) adı verilen bir deney düzenlemiştir. Amaç, çocuğun yabancılarla karşılaştığında, anneden ayrıldığında ve tekrar anneye karşılaştığında verdiği tepkileri gözlemlemektir. Bebeğin bakım veren yanındayken nasıl hissettiği, bakım verenin bebek için sağladığı cesaret ve güven derecesine dair bilgi edinmek amaçlanmıştır (Santrock, 2014;193).

Bu deneyde anne ve çocuk oyuncakların bulunduğu bir odaya alınırlar. Araştırmacı dışarıdan odayı gözlemlemektedir. Bebek ve anne gözlem altındayken üç dakikadan oluşan yedi farklı durumda bebeğin vereceği tepkiler gözlenir. Çocuğun anneden ayrıldığında ve birleştğinde verdiği tepkiler kayıt altına alınmıştır. Bu deney sonucunda bebeklerin gösterdiği tepkilere ve davranış örüntülerine bağlı olarak üç çeşit bağlanma stili tanımlanmıştır (Ainsworth ve ark., 1978).

Güvenli Bağlanma: Bebek annesinin yokluğunda ağlama veya protesto etme gibi stresli davranış sergileyebilir. Bu annenin ilk etapta gözden kaybolmasıyla ilgilidir. Çevresine dikkatini veren bebek odada bulunan bir diğer yabancıyla temas geçebilir. Oyuncaklarıyla oynamaya devam eder. Anne odaya döndüğü zaman, ağlıyorsa ağlamayı keser. Annesine sarılır, güler, dokunur. Annesi bebek için güven kaynağını oluşturur. Bu nedenle bebek anne gittikten sonra sergilediği protesto davranışını bırakır ve kendisini tekrar güvende hisseder. Yeniden oyuncaklarla oynamaya döner. Genel olarak baktığımızda olumlu bir tutum sergileme eğilimindedir (Santrock, 2014; Soysal ve ark., 2005). Bu bebeklerin ebeveynleri bebeklerin sergilediği davranış örüntülerine karşı duyarlıdırlar. Her türlü ihtiyaçlarında yanlarında yer alırlar (Bigelow ve ark., 2010). Annesel duyarlılık kavramı bu nedenle büyük önem taşımaktadır. Güvenli bağlanan bebek, yabancılar ile temas ettiği vakit olumlu tepkiler verir. Bebek anneden uzaklaşmak konusunda özgür ve rahattır. Bebek için bu durum stres yaratmaz. Fakat bu uzaklaşma sürecinde de annesinin nerede olduğunu bakışlarıyla kontrol etmek ister.

Güvensiz bağlanma gösteren bebekler ise anneyi görmezden gelirler veya tutarlı olmayan tutumlar sergilerler. Yabancılarla temas etmeyi istemezler. Günlük olaylar dahi bu bebeklerde stres ve sıkıntı yaratabilir. Bu bebeklerin ebeveynleri, çok az fiziksel iletişim kurarlar. Reddedici ve tutarsızdırlar. Bebeklere karşı uyumlu ve düzenli davranış örüntüleri göstermezler (Santrock, 2014;195).

Kaçınan Bağlanma: Ainsworth ve arkadaşları tarafından tanımlanmış olan emniyetsiz (güvensiz) bağlanma biçiminin bir türüdür. Genellikle anneleri tarafından reddedilen, istekleri karşılanmayan çocuklarda görülen bağlanma türüdür. Anne odadan çıktığında bebek annesinin gidişine karşı bir kayıtsızlık içindedir. Bakım verenle ilişki kurmak istemezler. Çocuk bakım veren ile duygusal bir yakınlık göstermez. Anne odaya geri döndüğünde çocuk anneye bakmaz, tepki göstermez, ilgilendiği şeyle ilgilenmeye devam eder. Bazen anneye sırtını dönebilir. Annenin bebeği görmezden gelmesi ve duygusal yakınlık göstermemesi çocukta bu tip bağlanmanın gelişmesine neden olmaktadır (Santrock, 2014; Soysal ve ark., 2005).

Kaygılı-Kararsız Bağlanma: : Ainsworth ve arkadaşları tarafından tanımlanmış olan emniyetsiz (güvensiz) bağlanma biçiminin diğer türüdür. Kararsız bağlanmaya sahip çocuklar anne odadan çıktığında ağlama krizi yaşarlar. Anneden ayrılmak istemezler ve üzüntülü bir duygulanıma geçiş yaparlar (Karen, 1998). Bu çocuklar ciddi stres belirtileri gösterirler. Anneleri odaya döndüğü zaman annelerine gitmekle birlikte ağlama, öfke, stres halleri devam eder. Annenin çocuğun ihtiyaçlarına farklı yanıtlar vermesi, bazı zamanlar çocuğu ihmal etmesi, çocuğa karşı tutarsız davranışlar göstermesi bu bağlanma türünün gelişmesine neden olmaktadır (Çiftçi, 2010).

Yabancı ortam deneyini kültürel olarak değerlendiren çalışmalara göre kültürden kültüre göre bağlanma stilleri farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeni, deneyin özellikle güvensiz bağlanma stillerini ölçmesi olarak görülmektedir. Ayrıca her kültürün kendi bakım verme biçimi vardır. Örneğin; Japonlar çocuklarının yabancılarla temas etmesine nadiren izin verirler buna bağlı olarak da annesinden ayrılan ve bir yabancıyla aynı odada kalan Japon bir bebek yoğun stres yaşayacaktır (Santrock, 2014; 194).

2.3.1.3. Bağlanma Kuramı Hakkında Diğer alışmalar

Winnicott nesne ilişkileri kuramı üzerine çalışmıştır. Winnicott' göre bebeğin “evresine tutunması” annenin etkinliği ile gerçekleşir (Tüzün, Sayar, 2011). Bu tutunma süreci ise bağlanma ile gerçekleşir. Anne ocuk ile özdeşim yapmalı ve ihtiyaı doğru bir şekilde algılamalıdır. Çocuğa doğru anda, doğru nesneyi sunmak tmgllğ oluşturur ve yansıtır. Bowlby hırsızlarla yaptığı çalışmalar sonucu alma eğilimini bebeklik döneminde anneyle yaşanılan ayrılık sürecine dayandırmıştır. Winnicott ise bu durumu kayıp anne (nesne) imajının yerine, alınan nesneyi koymak olarak değerlendirmiştir. Winnicott davranışın ortaya koyduğu anlamla ilgilenir ve etolojiden bağımsız bir şekilde bağlanma sürecine varoluşsal olarak yaklaşır (Holmes, Bowlby, 1997).

Anne bebeğin ihtiyaçlarına duyarlı olduğunda “yeterince iyi anne” olur ve bebek anne üzerinde tümgüçlü yanılısma oluşturur. Buna bağlı olarak da bebek iyi anne fiğrn içselleştirir (nal, 2008). İyi anne çocukla empati kurar, çocuğun nesne devamlılığının hangi seviyede olduğunu anlar ve çocuğun ondan ne kadar süre ayrı kalabileceğini tahmin eder. Bebek için 4-12. ay kendisinden başka bir nesnenin farkına vardığı dönemdir. Bu süreçte geçiş nesnesi ortaya çıkar. ocuk anneye karşı hissettiği güvene bağlı olarak, battaniyesini veya oyuncak ayısını benzer güven ve konfor duygusuyla kullanabileceğini fark eder. Başlangıçta anne, bebek için alan oluştururken geçiş nesnesi ile bu alan genişlemeye başlar ve bebek dış dünyaya dair algısını genişletir (Winnicott, 1953). Annenin ocuk için yarattığı bütünlük algısı ve kucaklayıcı ortam çocuğun bütünleşmiş bir kendiliğe sahip olmasını destekler (Winnicott, 1998).

Bowlby'nin ocuk için ego işlevi gören, olumsuzluklardan onu koruyan ve kendi egosunun gelişmesini destekleyen anne betimlesi, Winnicott'ın kapsayan anne kavramına karşılık gelir (Tüzün, Sayar, 2011). Annenin tepkilerinin bebek için önemi, anne tarafından fark edilmelidir. Anne çocuğu desteklemeli ve sınırları doğru biçimde yansıtmalıdır. ocuk i ve dış sınırları ayırt edebilecek kapasiteye gelmelidir.

Bebek anne ile olan ilişkisini ve bu süreçleri olması gereken şekilde yaşarsa, dış dünyayı iselleştirirse ayrılma-bireyleşme sürecine girer. Buna bağlı olarak da tümgüçlülük kırılr ve bebek zihinsel olarak, nesneyi ayrı bir varlık olarak algılar (nal, 2008).

Klein nesne ilişkileri kuramı üzerine çalışmış olmakla birlikte; dürtü kuramına da atıfta bulunmuştur. Sevgi-nefret arasında bir ilişki olduğunu ve bunun çift değerliliğe neden olduğunu söylemiştir. Çocuk için ilk ilişki kurulan nesne annenin memesidir. Sevgi ve nefret duyguları da bu nesneye yansıtılır. Bebek ilkel bir dönemde olduğu için bütüncüllük ve sentezden uzaktır. Bu nedenle de kopmuş fantezilere sahiptir. İç dünyası bütünleşmemiştir (Klein, 1946). Bebek iyi nesneyi içe atar (yutar), kötü nesneden kaçır veya yansıtır. Ayrıca kendiliğin kötü parçalarını da bölme mekanizmasını kullanarak parçalar (Ünal, 2008).

Bebek dış dünyayı tehlike olarak algılar. Bu süreçten sonra depresif konuma geçen bebek; Winnicott'un nesnel anne ve kapsayan anne şeklinde adlandırdığı kavramların farkına varır (Tüzün, Sayar, 2011). Süperegonun gelişmeye başladığı bu süreçte çocuk anneye dair ambivalans yaşar. Bazı ihtiyaçlarına hızla yanıt alamayan çocuk annenin onu terk etmesinden korkar. Bunun aksine annesinin birçok ihtiyacına yanıt verdiğini de fark eder. Bu ikilem sonucu nesneyi kaybetme korkusu ile onarma süreci aktifleşir. Nesneyi mutlu etmek için ona benzemek gerektiğini düşünür (Klein, 1948). Böylelikle nesne abartılı olarak değerlendirilen iyi-kötü konumundan gerçekçi ve bütünleşmiş bir noktaya taşınır (Tura, 1999).

Çocuk için idealize olan ve benzenilmesi gereken nesne anne olacağı için, annenin çocuğa verdiği yanıtların oluşturduğu içsel yaşantılar ve dış dünyaya dair algılar erişkinlikte de etkilerini sürdürür.

Kernberg'e göre bebek büyüme sürecinde nesne ile birlikte kurduğu ilişkiyi içselleştirir. Çocuk için ilk nesne annedir. Annenin dokunmaları ile içe atım süreci başlar. Nesne ile ben arasında oluşan sınır ile bu süreç anlam kazanır. Anneyi sürekli bir nesne olarak algılayan çocuk için zihinsel ve algısal kapasite gelişir. İyi ve kötü olarak algılanan nesnenin bu şekilde algılanma nedeni biyolojik ve içgüdüsel bir sürecin getirisiidir (Tura, 1999).

Çocuk ebeveynini içselleştirerek bir noktada bağlanma sürecini aktifleştirmiş olur. Nesnenin iyi ve kötü yönlerini libidinal olarak içe atan çocuk anneyi kaybetme korkusu ve kötüyü denetleme ihtiyacıyla bunu gerçekleştirir (Kernberg, 1976).

Mahler'e göre 3 yaşına dek süren ve belirli basamaklardan oluşan bir gelişim süreci söz konusudur. Kişinin bakım verenle ilişkisinin kalitesi ve geliştirdiği bağıllık ileri yaşlarında da ilişkilerinde önemli rol oynamaktadır. Bebeğin geçtiği belirli aşamalar genellikle bakım veren ile ilgili algıları ve birleşik yaşantısını içerir. Son evre ayrılma bireyleşmedir. Çocuğun ayrılma bireyleşme durumunu gerçekleştirmesi ile birlikte dış dünyaya açılması da gerçekleşmiş olur (McWilliams, 2016; Mahler, & ark. 2003).

Kohut kendilik psikolojisi kuramı üzerinden bebek ile anne arasındaki ilişkiyi ve yetişkinlik dönemine olan yansımalarını incelemiştir. Bakım veren bebek için ayna görevi görmektedir. Aynanın yansıttığı duygu, düşünce, davranış ve yüz ifadeleri bebeğin gelişiminde büyük önem arz etmektedir. Çocuk için dünyayı algılamak bakım vereni üzerinden gerçekleştirmek ve çocuk bu şekilde kendilik tasarımı oluşturmaktadır. Anneye ait özellikler bebek tarafından içselleştirilir. Anne çocuğa doğru bakımı veremezse, aynalama sürecinde olumsuz özellikleri ön planda olursa çocuk için olumsuz içsel yaşantılar söz konusu olacaktır. Kişi kendisini değersiz, çaresiz, yetersiz ve yoksun bir kişi olarak algılayabilir. Kendilik aynalama, içselleştirme ve ayırıştırma süreçleri ile tamamlanmış olur. Bu sürecin sağlıklı işlemesi ise ayna görevi gören anneye ilintilidir (Kohut, 1986; 1998).

2.3.2. Bebeklikte ve Çocuklukta Bağlanma

İnsan gelişimi doğum öncesinde başlamakla birlikte birey dünyaya geldikten sonra bebeklik dönemi ile ilk evresini yaşamaya başlar. Bebeklik 0-2 yaş arasını kapsamaktadır. İnsan canlısı 0-2 yaş arasında bakım verenine özellikle annesine bağımlı bir yaşam sürdürmek zorundadır. Bebeğin bilişsel, duygusal ve fiziksel kapasitesi yeterli düzeyde değildir. Bakım vereni tarafından bu ihtiyaçları karşılanan bebek, içgüdüsel bir sürecin getirisi olarak bakım verenine bağlanmaktadır. Bağlanma yaşamın ilk 24 ayında gerçekleşen bir durum olmakla birlikte etkilerini çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dahil yaşam boyunca sürdürmektedir.

Bebeğin kendini güvende hissetmesi, tehlikelere karşı annesinin onu koruduğunu hissetmesi güvenli bağlanma için büyük önem taşımaktadır. Bebek dış dünyayı tehlikeli olarak algıladığından ötürü ebeveyni tarafından korunma ihtiyacına karşılık bulması, dış dünyaya dair inanışlarını olumlu yönde etkileyecektir. Annenin çocuğa verdiği tüm

olumlu dönütler, duygusal yakınlık ve fiziksel temas çocuk için büyük anlam taşır. Çocuğun anneye kurduğu yakınlık iletişim kabiliyetini geliştirmekte ve ileriki yaşları için doğru iletişim zemini hazırlamaktadır (Hortaçsu, 2012).

Bebek 2 yaş sonrasında fiziksel olarak hızlı bir gelişim yaşamaya başlar. Erikson'un özerkliğe karşı şüphe ve utanç adını verdiği bu evrede; çocuk tek başına hareket etmeye başlar. Hareket kabiliyetini kazanmasıyla birlikte eğer annesine güvenli bağlanmış bir birey ise dış dünyayı keşif konusunda daha cesaretli ve başarılı olur (Erikson, 2014). İhtiyaçlarına doğru yanıtlar alamamış ve ihmal edilmiş bebekler ise güvensiz bağlanma yaşarlar. Buna bağlı olarak keşif konusunda kaçınan ve kaygılı davranışlar gösterirler. Dış dünyayı tehlikeli olarak algırlar. Bu çocuklar stresle başa çıkma konusunda da kısıtlı yeteneklere sahiptirler (Sümer, 2009).

Bowbly bağlanma için önemli olan zamanın 2 yaş öncesi olduğunu belirtmiştir. 2 yaştan sonra bağlanma etkinliğini gösteremez (Yörükan, 2011). Bu nedenle çocuğun yaşamının ilk iki senesinde özellikle anne ile kuracağı ilişkinin kalitesi büyük önem taşımaktadır. Bağlanma geri döndürülemezdir. Yaşamın üçüncü yılından sonra bağlanma geliştirmek mümkün değildir (Bowbly, 2012). Değiştirilmesi mümkün olmayan bu sürecin doğru, sağlıklı ve kaliteli bir şekilde geçirilmesi gerekmektedir.

Güvensiz bağlanma geliştiren çocuklar, güvenli bağlanma geliştiren çocuklara oranla kişilere karşı daha fazla bağımlılık gösterme eğilimdedirler. Ayrıca güvenli bağlanan çocukların problem çözme stratejileri daha gelişmiştir ve bu çocuklar kararlı bir şekilde sonuca gitmeyi başarırlar (Frankel ve Bates, 1990). Çabalama gerektiren durumlarda da, örneğin bir oyunun gidişatına bağlı olarak kaybetmek söz konusu olduğunda, güvenli bağlanan çocuk çabasını arttırırken, güvensiz bağlanan çocuk çabalamayı bırakmaktadır (Lütkenhaus, Grossmann ve Grossmann, 1985).

Çocukluk döneminde ki okul başarısı ve belirli durumlar karşısında ortaya konan duygusal tepkilerin tutarlılığı bağlanma stillerine göre farklılık göstermektedir (Avezier, Sagi, Resnick ve Gini, 2002). Bağlanma stili çocukların akademik hayatında, sosyal ilişkilerinde ve ebeveynleri ile olan ilişkilerinde ki uyum sağlama yeteneği üzerine de etki etmektedir. Güvensiz bağlanan bebekler ise çocukluk dönemlerinde uyumsuz, kavgacı,

kaygılı, kaçınan, agresif tutumlar sergilemektedir. Aileleriyle ve akranlarıyla ilişkileri stabil olarak ilerlememektedir (Weinfeld, Sroufe, Egeland ve Carlson, 1999).

Güvenli bağlanan çocukların sosyal becerileri ve empati yetenekleri gelişmiştir. Bununla birlikte kaygılı ve kaçınan ebeveynlere sahip olan ve güvensiz bağlanan çocuklar bu örüntüleri akranlarıyla ilişkilerinde de sürdürmektedir (Sümer ve Kağıtçıbaşı, 2010). Bu çocuklar akranlarına karşı yaklaşımlarında da daha olumludurlar. Stresle başa çıkma konusunda başarılıdırlar. Belirsizlik karşısında sakinliklerini koruyarak çözüm arayışına girerler.

Bağlanma ve bağlanma stili çocuğun yaşamında büyük önem taşımaktadır. Güvenli bağlanan çocuklar problem çözme becerisine sahip, akademik anlamda başarılı, azimli, dış dünyayı keşfetmeye meraklı, sosyal ilişkilerinde, öğretmenleri ve ebeveynleri ile ilişkilerinde başarılıdırlar. Bu çocuklar duygusal ve sosyal gelişim konusunda olumlu sonuçlar alırlar (Soysal ve ark., 2005). Ebeveyni tarafından reddedilen, ihmal edilen ve ihtiyaçları doğru karşılanmayan; buna bağlı olarak kaygılı veya kaçınan bağlanma geliştiren çocuklar güvenli bağlanan çocukların aksine davranışlar sergilerler. Kavgacı, duygusal ve sosyal olarak kısıtlı, akademik olarak başarısız, çaba göstermekten yoksun, empati kuramayan ve iletişim konusunda zayıf kimseler olurlar.

2.3.3. Ergenlikte Bağlanma

İnsan yaşamı; bilişsel, fiziksel ve duygusal olarak farklılaşmanın, değişimin olduğu gelişim basamaklarından oluşmaktadır. Yaşamın ilk iki yılını kapsayan bebeklik döneminde insan yavrusu hızlı bir gelişim ve değişim göstermektedir. Bebeklik döneminin en önemli konularından birisi olan “bağlanma” yaşamın ilk iki senesinde gerçekleşmektedir. Bağlanma bakım veren ile olan ilişkinin kalitesine bağlı olarak bebeğin sosyal, duygusal, fiziksel, bilişsel ve insan ilişkileri için dair belirli şemalar ve içsel modeller oluşmasına neden olan bir süreçtir. Bağlanmanın sonucu olarak ortaya çıkan şemalar ve içsel modeller çocuklukta, ergenlikte ve yetişkinlikte belirgin olarak etkisini sürdürmektedir. Bağlanma yaşam boyunca ilişkilerde kendini gösteren temel bir özelliktir (Yıldız, 2012).

Ergenlik; yaklaşık olarak 11-12 yaşlarında başlayan, 20-21 yaş civarı noktalan ve çocukluk ile erişkinlik arasında yer alan gelişim evresidir (Sayar, Dinç, 2008).

Yaşamın bazı dönemleri birey için biyolojik, sosyal, duygusal ve fiziksel gelişimin hızlı olduğu dönemlerdir. Bu dönemlere kritik dönem adı verilir. Ergenlik kritik dönemlerden birisidir (Tok, Özçelik, 2018).

Bebeklikte anneye bağımlı olan, çocuklukta fiziksel yeterlilik kazanmaya başladıktan sonra özerkleşmeye başlayan çocuk için; ergenlik döneminde bakım vereniyle olan bağımlılığı azalmaya başlar. Ergenliğe kadar geçen süreç içerisinde kişi için problemleri çözecek kimseler ebeveynleriyken, ergenlik döneminde ise yaşanan problemler arkadaşlarla paylaşılmaya başlanır (Furman, Buhrmester, 1992; Morsümbül, 2012). Çocuk için bağlanma nesnesi yer değiştirmeye başlar. Bu yer değiştirme ebeveynler ile ilişkinin kopması anlamına gelmez. İhtiyaçları doğru karşılanan ve güvenli bağlanan kimseler için aile ile olan ilişkiler iyilik halinin sürmesini destekler (Nickerson, Nagle, 2005). Kişiler için akranlarıyla kurulacak ilişkiler, yaşayacakları romantik ilişkiler, okul başarıları, geleceğe dair planları, bir gruba ait olmaları, sosyal olarak kabul görmeleri kimlik gelişimi ve benlik saygısıyla ilişkilidir. Kişilerin bağlanma stilleri de bu konularda ki keşif yeteneklerini ve girişkenliklerini belirleyici faktörlerden birisidir. Kimlik oluşumunun başladığı bu dönemde bireyler özerklik kazanma ihtiyacı hisseder. Bu özerklik ansızın ortaya çıkmaz. Anne babaya bağlanma biçimine bağlı olarak, kişi bağımlılıktan çıkar ve ebeveynlerine karşı bağımlılık hissetmeye başlar. Bireylerin ebeveynleri ile kurdukları güvenli bağlanma da bu dönem için iyilik halinin sürmesinde destekleyici bir rol oynamaktadır. Benlik gelişiminin de hızla gerçekleştiği bu dönem de; güvenli bağlanan çocuklar benliklerini geliştirme, oluşturma, benlik saygısını artırma ve kimliği sağlam bir zemine oturtma konusunda daha başarılıdır (Allen ve ark., 1998).

Ebeveynleri ile güvenli bağlanma geliştiren çocuklar, ergenliklerinde sosyal ilişki kurma konusunda daha başarılıdırlar (Demir, 2010). Sosyal ilişkilerde başarılı olmak ergenlerin benlik gelişimini ve özerklik kazanmasını da desteklemektedir. Güvenli bağlanan kimseler, karşılaştıkları olumsuzluklar karşısında duygularını kontrol altına alma ve stresle başa çıkma konusunda daha başarılıdırlar (Kobak ve ark., 1993). Bu güvenli bağlanma sürecini ergenlikte de sürdüren, ebeveynleri ile sağlıklı ilişki içinde olan kişilerin fiziksel sağlıkları ve özsaygıları daha fazla gelişmiştir (Sümer ve Güngör, 1999).

Güvenli bağlanan kişilerin aksine güvensiz bağlanma stillerinden kaygılı veya kaçınan bağlanma stillerine sahip bireyler, ergenliklerinde de sosyal ilişkilerinde ve romantik ilişkilerinde bu bağlanma biçiminin getirdiği örüntülerle hareket etmektedirler. Bu kişiler stresli durumlarla başa çıkmak konusunda ve duygularını düzenlemek konusunda yetersiz kalmaktadırlar (Zimmermann, 1999). Güvensiz bağlanma yaşayan bireyin çocukluk döneminde gösterdiği saldırganlık davranışları, ergenlikte de devam etmektedir. Bu kişiler akranlarına, ebeveynlerine, öğretmenlerine karşı agresif, uzlaşmacı olmayan, uyumsuz, kontrolsüz davranışlar göstermektedirler (Kaplan, Aksel, 2013). Romantik ilişkilerinde kaçınan, kaygılı, aşırı kontrolcü, değersizlik hissinin yoğun olduğu durumları yaşayabilirler. İlişkilerinde yaşadıkları problemleri çözmek konusunda yetersiz kalırlar. Zorluklar karşısında çabalamaktan ziyade uzaklaşmayı tercih ederler. Partnerlerine karşı olan tutumları şüpheli olur. Terk edilme ve reddedilme korkusu da ilişki içerisinde veya ilişki kurma sürecinde belirgin bir şekilde gözlenir.

Ebeveynleri ile özellikle bakım verenleri ile güvenli bağlanma yaşayan bebekler, ergenliklerinde de bu bağlanmanın olumlu getirilerini yaşarlar. Annenin bebeğin ihtiyaçlarına olumlu yanıt vermesi, çocuğun fiziksel, zihinsel ve duygusal yeteneklerinin pozitif yönde gelişmesini destekler. İçsel çalışan modeli ve şemalarını da işlevsel bir noktaya götürür. Bu modeller de ergenlikte hem sosyal ilişkilerde, hem partner ile olan ilişkide hem de akranlarla ilişkilerde etkisini sürdürür. Olumsuz yanıtlar alan çocuklar ise, oluşturdıkları olumsuz şemalar ve içsel çalışan modellerin etkisi altında kalırlar ve buna bağlı olarak ortaya çıkan belirgin olumsuz tutum, davranış ve inançlarını karşılarında ki insana yansıtırlar. Ergenlik dönemi krizlerinin çözülmesi ve kişinin bu süreci verimli geçirmesi açısından da bakım verenle bebeklik döneminde kurulan bağlanma stili bu dönem için önem taşımaktadır (Deniz, 2006; Kozalı, 2017).

2.3.4. Yetişkinlikte Bağlanma

Ergenlikten sonra kişilerin geçiş yaptığı gelişim evresi yetişkinliktir. Yetişkinlikte de kişilerin çocuklukta geliştirdikleri bağlanma davranışını ve etkilerini yaşamlarında sürdürdüklerini gözlenmiştir (Bartholomew ve Shaver, 1998). Çocukluk bağlanmalarının %72'sinin yetişkinlikte de sürdüğü bilinmektedir (Waters ve ark. 2000).

1996 senesinde Main ve arkadaşları yetişkinlik bağlanması üzerine çalışma yapmaya başlamışlardır. “Yetişkin Bağlanma Görüşmesi” adını verdikleri bir ölçek geliştirmişlerdir. Çocukluklarında ebeveynleri ile olan ilişkilerini değerlendirmelerini istemişlerdir. Ölçek dört boyuttan oluşmaktadır. Güvenli-otonom, kayıtsız, saplantılı ve çözümlenmemiş dezorganize şeklindedir (Main, 1996).

Yetişkin bağlanması çocukluk bağlanmasının bir uzantısı olmakla birlikte bağlanma gösterilen nesne değişmiştir. Yetişkinlikte bağlanma nesnesi arkadaşlar veya sıklıkla romantik partnerdir. Yetişkinlik bireylerin tam olarak özerklik sağladığı, hayatlarına devam etmek için cinsel, duygusal ve fiziksel ortaklıklar sürdüreceği bir partner ile birlikte olmayı içerir. İki yetişkinin arasında ki bağlanma karşılıklı olarak gerçekleşir. Bu nedenle de hem bakım verme hem de bakım alma söz konusudur (Yıldız, 2012). Yetişkin bağlanması; cinsel birleşme, bakım ve bağlanma kavramlarını içerir (Shaver ve ark., 1988; Weiss, 1982).

Güvenli bağlanma gösteren yetişkinlerin, problem çözme yetenekleri gelişmiştir. Bununla birlikte yakınlık kurmak, empati duygusu ile hareket ederek partnerini anlamak, yaptığı işi sürdürmek ve çabalamak, akademik hayatını sürdürmek ve sosyal hayatını yönetmek konusunda başarılıdırlar (Gümüş, Güler, 2018).

Güvensiz bağlanan kişiler genellikle ilişkilerinde problemler yaşamakta ve bunu çözmek konusunda yetersiz kalmaktadırlar (Sürer, 2009). Bu kişiler sosyal ilişki kurmak konusunda çekingendirler. İş hayatında istikrarı sürdürmekte zorluk çekerler. Benlik saygıları düşüktür. Arkadaşlık ilişkilerinde ve romantik ilişkilerde uyumsuz davranışlar sergilerler. Romantik partner ile kurdukları ilişkiyi sürdürmekte de zorluk çekerler.

Yetişkin kişilerin kendilerini güvende hissetmeleri, yakın ilişki kurduğu arkadaşlarına veya partnerine ihtiyaç anında ulaşabilmesi ile gerçekleşir (Hazan & Shaver, 1987). Kişi çocuklukta gelişen içsel çalışan modelleri ve şemalarına bağlı olarak ilişkilerindeki davranış örüntülerini belirler. Karşılıklı olarak ihtiyaçların karşılanması ile kişi güvenli bağlanma sürecine aktif bir şekilde devam etmiş olur.

2.3.4.1. Hazan ve Shaver’ın Yetişkin Bağlanma Modeli

Çocukluk bağlanma stilleri Ainsworth tarafından sınıflandırılmıştır. Hazan ve Shaver (1994) ise bu bağlanma stillerini yetişkinliğe uyarlamışlardır. Yetişkinlik ve çocuklukta bağlanma örüntülerinin kesiştiği noktalar olmakla birlikte, bağlanma stillerinin kendini gösterme şekli farklılık gösterir. Bu modeli oluştururken yetişkinlik döneminde yaşanan romantik ilişkileri temel almışlardır (Hazan ve Shaver, 1994). Hazan ve Shaver güvenli bağlanma, kaygılı/kararsız bağlanma ve kaçınan bağlanma olarak üç çeşit bağlanma tanımlamışlardır.

Güvenli bağlanma olarak tanımladıkları ilk bağlanma stiline göre; kişi partneriyle olan ilişkisinde kendini ve sevgisini gösterir, değerli hissederek hissettirir, problemleri çözmek için çaba harcar ve olumlu duygulanımlar yaşar. Bu kişiler partnerleri ile cinsel yakınlık kurar, bakım verir ve sosyal anlamda partnerini destekler.

Kaygılı/kararsız bağlanma gösteren yetişkinler ise; reddedilmeye ve terk edilmeye karşı duyarlıdırlar. Bağlılık kurma konusunda başarılı değildirler. Sıklıkla aşık olurlar. Bununla birlikte terk edilme korkusuna bağlı olarak kıskançlık, öz saygı düşüklüğü ve korku duyarlar.

Kaçınan bağlanma gösteren kişiler yakın ilişkiler kurmak istemezler. Bir kaçınma davranışı gösterirler. Sosyal olarak geri çekilirler. İş arkadaşları ve partnerleri ile derinlikli ilişki kurmazlar. Yakınlıktan korkarlar (Hazan, Shaver, 1994).

Bebeklikte kişinin yakınlık kurması kendisine güvenli bir üs sağlayarak, kendisini güvende hissetmek istemesiyle ilgilidir. Yetişkinlikte bu yakınlığı yordayan şey ise cinsel çekimdir. Cinsel çekime ayrıca güvenlik duygusu, bakım verme ve rahatlık eşlik ederse kişiler ilişkilerinde doyum sağlayabilirler (Hazan, Shaver, 1994).

2.3.4.2. Dörtlü Yetişkin Bağlanma Modeli

Bartholomew Bowlby'nin çocukluk bağlanma stilleri ile ilgili yaptığı araştırmalar sonucu ortaya koyduğu içsel çalışan modelleri temel alarak kişinin kendisi ve diğerleri hakkında olumlu ve olumsuz yargılarını içeren bir model tasarlamıştır. Daha sonrasında ise Horowitz ile birlikte dört bağlanma stilinden oluşan yeni bir bağlanma modeli ortaya koymuştur ((Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Bu bağlanma stilleri; güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma şeklindedir.

Güvenli bağlanma gösteren bireylerin benlik saygıları yüksektir, özerk kalmayı başarırlar, kendilerini değerli olarak görürler, diğerleri ile ilişki kurma konusunda çekinmezler ve yakınlık kurmak isterler. Sosyal ilişkileri olumlu içeriklere sahiptir (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Saplantılı bağlanma stiline sahip kişiler ise kendilerine karşı olumsuz tutumlara sahiptirler. Bunun aksine diğerlerine dair olumlu düşünürler. Kendilerini değerli hissetmenin ön koşulu diğerleri tarafından onaylanmaktır. Yakınlık kurmak ile yapışık ilişki arasında ki ayrımı yapamazlar. Genellikle diğerine yapışık yaşarlar (Yıldız, 2012).

Kayıtsız bağlanma stiline sahip bireyler başkalarına karşı olumsuz düşüncelere sahiptirler. Kendilerini olumlu olarak değerlendirirler ve görürler. Diğerlerine karşı güven duymazlar, böylelikle karşılaşacakları olumsuzlukları minimuma indirmek isterler. Bunun aksine kendilerine güvenleri vardır. Sosyal ortamlardan ve sosyal ilişkilerden uzak dururlar, böylelikle kendilerini korumaya alırlar.

Korkulu bağlanma stiline sahip kişiler, kendilerini ve diğerlerini olumsuz olarak değerlendirirler. Bu kişiler sosyal ilişki kuracakları insanlara güvenmezler. Onları reddedici, değersiz ve güvensiz olarak görürler. Bu nedenle de yakınlık kurmak onlar için tehdit içerir (Bartholomew ve Horowitz, 1991; Bartholomew ve Shaver, 1998).

2.3.5. Bağlanma ve Psikopatoloji

Ruhsal hastalıkların gelişiminde birçok faktör önemli bir rol oynamaktadır. Bunlardan bir kısmı genetik, nörobiyolojik ve nörokimyasal etkenler ile ilgilidir. Bir kısmı ise bebeklik ve çocukluk döneminde önem arz eden olguların gelişimine ve değişimine bağlı olarak ortaya çıkar.

Bebeklik döneminde bakım veren ile çocuk arasında yaşanan bağlanma ve bağlanma stili; çocukluk, ergenlik ve erişkinlik boyunca etkisini sürdürür. Bağlanma süreçleri psikopatoloji üzerinde önemli bir role sahiptir. Güvenli bağlanan bebekler için sağlıklı bir yaşam sürecini desteklerken, güvensiz bağlanma ise patoloji ile ilişkili bulunmuştur (Nakash-Eisikovits O. Ve ark, 2000). Bebeklikte ortaya çıkan ayrılık

anksiyetesi yetişkinlikte de sürebilir. Özellikle anksiyete bozuklukları, agorafobi ve sınır kişilik bozukluklarında ayrılma anksiyetesinin etkileri söz konusudur. Bowlby, fobilerin bebeklik veya çocuklukta kişiyi örseleyen deneyimler sonucu ortaya çıkmış olabileceğini söyler. İhmal, istismar ve annenin öz kıyımına şahit olmak bu duruma neden olabilmektedir. Sınır durum hastalarında ise reddedilme korkusu, boşluk duygusuyla başa çıkmaya çalışma ve reddedilme ihtimali olan nesneye karşın bir yapışıklık söz konusu olmaktadır. Bağlanma kuramı temel alındığında, korkan çocuk nasıl ki annesini arıyor ve ona yapışıyor, aynı durum sınır kişilik örgütlenmelerinde de gözlenir (Tüzün, Sayar, 2011). Bu kişiler muhtemelen kaygılı veya kaçınan bağlanma tarzına sahiptirler (Holmes, Bowlby, 1997).

Kaygılı bağlanma gösteren kişilerin anksiyete bozuklukları ve depresyona yatkınlıkları vardır (Nakash-Eisikovits O. Ve ark, 2000). Kaygılı bağlanan çocuklara dair boylamsal olarak yapılan bir çalışmada bu çocukların ergenlik dönemlerinden itibaren anksiyete bozukluğu geliştirdikleri gözlenmiştir (Warren ve ark., 1997). Duygusal olarak uzak ve yoksun ebeveyn figürü bu durumu tetiklemektedir.

Bowlby bakım vereninin kaybı veya bakım veren tarafından reddedilme, ihmal edilme durumuna karşın yetişkinlikte majör depresyonun ortaya çıkabileceğini söylemiştir. Bebekte oluşan değersizlik ve sevilmemeye duyguları içsel olarak benimsenir. Erişkinlikte bir tetikleyici ile karşılaşan kişide majör depresif bozukluk ortaya çıkar (Bowlby, 1998). Güvensiz bağlanma gösteren yetişkinlerin depresyon başlangıcı öfke, ağır yaşam olayları, çocukluk çağı ihmal ve istismarının bir sonucu olarak ortaya çıkmakla birlikte, bu özellikler bağlanma ile ilişkilidir (Gilbert ve ark., 2007).

Bipolar bozuklukta ise güvensiz bağlanma görülme sıklığı ve kaçınan bağlanma stili puanları ülkemizde yapılan bir çalışmada, sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Kesebir, Kökçü, 2010).

Anne babasıyla güvensiz bağlanma kuran bireylerin risk alma davranışları ve madde kullanma ihtimalleri daha yüksektir (Morsünbül, 2009). Bu çocuklar genellikle ihmal edilmişlerdir ve sosyal destekleri azdır. Sosyal desteği az olan bireylerin madde kullanma riski de artmaktadır (Ünsar ve ark., 2009). Güvensiz bağlanan bireyler ayrıca daha fazla saldırganlık davranışı göstermekte, sosyal ilişkilerinde başarısız olmakta, öfke

kontrolü yapmakta zorlanmaktadırlar. Aileleri ile yakın ilişkiler kuramayan bu çocuklar, yıkıcı ebeveyn faktörü nedeniyle çok daha kolay risk almakta ve madde kullanımı konusunda daha çok tehlike altındadırlar (Kaplan, Aksel, 2013).

Kaygılı, kararsız bağlanma stiline sahip bireyler kendilerine dair olumsuz, diğerlerine dair olumlu tutumlara ve inançlara sahiptirler. Bu kişilerin kendilerini değersiz algılamaları, sosyal ortamlarda geri çekilmeleri ve kendilerini rahat hissetmemeleri şeklinde de kendini göstermektedir. Sosyal kaygısı olan bireylerin de kaygılı/kararsız bağlanma stillerine sahip oldukları bildirilmiştir . (Bartholomew & Horowitz, 1991). Buna karşın güvenli bağlanma gerçekleştiren kişiler sosyal olarak kendilerini daha kolay ifade edebilirler. Öz saygıları ve benlik saygıları daha yüksektir (Deniz, 2006).

Kaygılı bağlanma gösteren bireylerin bağımlı kişilik bozukluğu örüntüsüne sahip olabileceği bildirilmiştir. Bununla birlikte kaçınan bağlanma stiline sahip bireyler ise şizoid kişilik bozukluğuna sahip oldukları gözlenmiştir (Shorey ve Synder, 2006). Yapılan bir çalışmada, 13 kişilik bozukluğu ve dört bağlanma stiline arasındaki ilişki incelenmiştir. Bağlanma kaygısına sahip olan saplantılı ve korkulu bireylerin daha yüksek oranda kişilik bozukluğu gösterdiği ortaya konmuştur (Brennan ve Shaver 1998). Kaygılı bağlanan kişilerin B kümesi (antisosyal, sınırda, histrionik ve narsisistik) ve C kümesi (kaçınan, bağımlı ve obsesif-kompulsif) özellikleriyle, kaçınan bağlanan kişilerin ise A kümesi (paranoid, şizoid ve şizotipal) özellikleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (Crawford ve ark., 2006).

Kaygılı bağlanmanın, obsesif kompulsif belirtileri arttırdığı bilinmektedir (Türk, 2006). Yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda kaygılı bağlanma gerçekleştirdikleri görülmüştür (Myhr, Sookman ve Pinard 2004). Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireyler dışsal dünyayı tehdit olarak algırlar. Bazı uyaranlar gerçekten tehdit edici içeriğe sahip olmasa bile, OKB'li birey bunu tehdit olarak algılayabilir. Özellikle çocukluk döneminde kaygılı bağlanma gerçekleştiren bireyler, bakım verenleri tarafından güvende hissetme ihtiyacını karşılayamamış olurlar. Bu durum içsel ve dışsal tehdit algılarının orantısız olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır (Beck ve ark., 1985).

Çocuklukta gerçekleşen bağlanmanın erişkinliğe uzantısı psikopatolojide de kendini göstermektedir. Kişilerin kaygılı veya kaçınan bağlanmaya sahip olması patolojilerin ortaya çıkmasına temel oluşturmaktadır. Bu kişilerin kırılğan, reddedilmeye karşı duyarlı, sosyal ilişkilerde yetersiz olması, dış dünyayı tehlikeli olarak algılamaları, kendilerine dair olumsuz benlik saygıları olması, değersizlik duyguları, sevilmemeye dair düşünceleri, ebeveynleri ile olan sağlıklı ilişkileri ve kolayca aldıkları risk davranışları bir patolojinin ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE MATERYAL

Bu bölüm araştırmanın örneklemini, araştırma sürecinde kullanılan veri toplama araçları, elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistik yöntemi ve araştırmanın uygulanmasına dair bilgileri içermektedir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma deney ve kontrol grubunu içeren olgu kontrol araştırma deseniyle yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini 18-65 yaş arası 80 kişiden oluşmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış 20 kadın ve 20 erkek birey deney grubunu oluşturmuştur. Psikiyatrik tanısı olmayan 20 kadın ve 20 erkek birey kontrol grubunu oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, NP Feneryolu Tıp Merkezi'nde Ocak-Mart 2020 ayları arasında tedaviye gelen 18-65 yaş aralığında OKB tanısı almış ve rastgele seçilmiş 40 kişilik deney grubuna uygulanmıştır. Kontrol grubu 18-65 yaş arası rastgele seçilmiş 40 kişilik sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Deney grubuna ve kontrol grubuna katılan bireylere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilmiştir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleşmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada; Sosyodemografik Veri Formu (Kişisel Bilgi Formu), Savunma Biçimleri Testi (SBT), Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS) ve Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği (ÜBSÖ) kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kişilere anketlerden önce bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilmiştir.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu (Kişisel Bilgi Formu)

Çalışmayı yürüten kişi tarafından hazırlanan form, araştırmanın istatistik sürecinde kullanılacak kişisel bilgileri içermektedir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, medeni durum, kardeş sayısı, ebeveynlerin eğitim durumu ve ebeveyn birlikteliği sorularını içermektedir. İstatistik analizinde ise; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kardeş sayısı ve ebeveyn birlikteliği sorularının yanıtları kullanılmıştır.

3.4.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS)

(YBOKÖ) bireylerin obsesyon ve kompulsiyonlarını ve boyutlarını ölçmek amacıyla Goodman ve ark. tarafından (1989) geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Karamustafaoğlu ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır fakat toplam puanın saptanması için yalnız ilk 10 madde kullanılır. İlk 5 madde obsesyonları, sonraki 5 madde kompulsiyonları içermektedir. Kalan 9 madde ölçeği uygulayan uzman tarafından değerlendirilir. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. “0: hiç semptom yok, 1: semptom var, 2: biraz semptom var, 3: fazla semptom var, 4: çok fazla semptom var” şeklinde kodlanmıştır. Ölçeğin toplam puanını ilk 10 maddenin toplam puanı belirler. Alınacak maksimum puan 40’tır. Ayrıca ölçeğin yanında Y-BOKÖ belirti kontrol listesi bulunmaktadır. Semptomların içeriğine ve şiddetine dair klinisyen tarafından değerlendirilerek ekstra bilgi edinmeyi sağlar. Semptomların kişinin ne kadar vaktini aldığı, kişinin direnç seviyesini, işlevselliğini etkileme boyutunu görmeyi sağlar.

3.4.3. Savunma Biçimleri Testi (SBT)

Bond ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen Savunma Biçimleri Testi, 88 maddeden oluşan, 26 savunma biçiminin değerlendirildiği kendini değerlendirmeye dayalı bir kağıt kalem testidir. Andrews ve ark. (1989) 88 maddeden oluşan SBT’yi DSM III-TR’a göre yeniden revize ederek SBT’nin 72 maddelik formunu oluşturmuşlardır (SBT-72). SBT72’de 20 savunma biçimi ele alınmış ve bunlar 3 faktörde toplanmıştır. Bu faktörler; immatür, nevrotik ve olgun savunma biçimleri olarak adlandırılmıştır. (Yılmaz ve ark., 2007) daha sonrasında ise Andrews ve ark. SBT’nin 40 maddelik formunu geliştirmişlerdir. SBT-40, üç ana başlık altında; (olgun savunma, nevrotik savunma ve immatür savunma) ve 40 maddeden oluşmaktadır. Matür savunma biçimlerini: yüceltme: 3, 38; mizah: 5, 26; beklenti: 30, 35; baskılama: 2, 25 maddeler içermektedir. Nevrotik savunma biçimlerini: yapma-bozma: 32, 40; psödo altruizm: 1, 39; idealleştirme: 21, 24; karşıt tepki geliştirme (reaksiyon formasyon): 7, 28. Maddeler içermektedir. İmmatür savunma biçimlerini: yansıtma: 6, 29; pasif saldırganlık: 23, 36; dışa vurma: 11, 20; yalıtma: 34, 37; değersizleştirme: 10, 13; otistik fantezi: 14, 17; inkar: 8, 18; yer değiştirme: 31, 33; disosiyasyon: 9, 15; bölünme: 19, 22; rasyonalizasyon: 4, 16; bedenselleştirme: 12, 27. maddeler içermektedir. 9 puan en yüksek düzey, 1 puan en düşük düzeyi göstermektedir. Türkçeye uyarlaması Yılmaz ve

ark. (2007) tarafından geliştirilmiştir. Savunma biçimi alt kümeleri için iç tutarlılık katsayısı; olgun savunma .70, nevrotik savunma .61 ve immatür savunma .83 şeklindedir. Bu ölçek için iki-yarım-test güvenilirliği ve test-tekrar test katsayıları kabul edilebilir bulunmuştur. İç tutarlılık katsayısı immatür savunmalar için .68, nevrotik savunmalar için .58, olgun savunmalar için ise .80 olarak hesaplanmıştır. Değerlendirme aralığının 4 hafta olarak ayarlandığı ölçümde, test-tekrar test tutarlılığı ilkel, nevrotik, olgun savunmalar için sırasıyla; .85, .78 ve .75 olarak bildirilmiştir Madde- toplam test korelasyon katsayıları olgun savunma biçimi için .49 ile .66 arasında değişirken, nevrotik savunma biçimi için .42 ile .63 arasında, immatür savunma biçimi için ise .23 ile .70 arasında değişmektedir (Yılmaz ve ark. 2007).

3.4.4. Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği

Erzen (2016) tarafından geliştirilen üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeği, bağlanma stillerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Madde havuzunda yer alan 63 maddeye uygulanan açımlayıcı faktör analizi sonucunda kalan 18 maddenin 3 boyut altında toplandıkları gözlenmiştir. Belirlenen üç alt boyuttaki maddelerin hangi bağlanma stiline işaret ettiği kuramsal olarak incelenmiş ve maddelerin Ainsworth (1978) modeliyle paralel şekilde sınıflandıkları tespit edilmiştir. Ortaya çıkan üç boyuttan kaçınan bağlanma stilinde 7, kaygılı-kararsız bağlanma stillerinde 6, güvenli bağlanma alt boyutunda 5 madde olduğu saptanmıştır.

İç güvenilirlik düzeyini belirlemek amacıyla Cronbach Alpha katsayıları kullanılmıştır. Dil ve anlam geçerliliği için iki uzman tarafından Cohen Kappa uyuma katsayısı kullanılmıştır. Cohen Kappa uyuma katsayısı .72 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinin içeriği için Cohen Cappa uyuma katsayısı kullanılmış ve .87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı alt ölçeklerde Kaçınan Bağlanma Stili için .80, Güvenli Bağlanma Stili için .69 ve Kaygılı-Kararsız Bağlanma Stili için .71 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin tüm alt boyutlarının birbiriyle anlamlı ilişkili oldukları Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile belirlenmiştir. Madde toplam korelasyonlarında elde edilen korelasyon katsayıları .53 ile .75 arasında ve tüm

maddelerde istatistiksel olarak anlamlıdır. Madde-kalan korelasyonlarında ise elde edilen korelasyonlar .86 ile .98 arasında ve tüm maddelerde anlamlıdır (Erzen, 2016).

3.5. Veri Analizi

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin savunma mekanizmaları ile psikiyatrik tanı almamış bireylerin savunma mekanizmaları bağlanma biçimleri bağlamında incelenmiştir. Veri analizi için SPSS 24.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik dağılımlarının belirlenmesi amacıyla betimsel istatistikler yapılmıştır.

Verilerin normallik testi ile normal dağılıma uygun olup olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışma normal dağılıma uygundur. Buna bağlı olarak parametrik testler kullanılmıştır. Gruplar arası ölçek ve alt ölçeklerin karşılaştırılması için Paired Samples t-testi kullanılmıştır. Deney grubunun ölçek ve alt ölçek puanları ve demografik bilgilerin karşılaştırılması için Independent-t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Gruplar arası ölçek puanlarının ilişkileri için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırma sürecinde kullanılan ölçeklerin, alt ölçeklerin ve sosyodemografik bilgilerin analizinden elde edilen bulgular da bu bölümde sunulmaktadır.

4.1. Sosyodemografik Bilgi ve Verilerin Dağılımı

4.1.1. Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Veriler

Tablo 1: Kontrol Grubu Katılımcıları İle İlgili Sosyodemografik Değişkenler

Demografik değişkenler (Kontrol grubu)	N	%
Cinsiyet		
Kadın	20	50,0
Erkek	20	50,0
Toplam	40	100,0
Medeni durum		
Evli	2	5,0
Bekar	38	95,0
Toplam	40	100,0
Eğitim Durumu		
Ön lisans	5	12,5
Lisans	22	55,0
Lisansüstü	13	32,5
Toplam	40	100,0
Ebeveyn birlikteliği		
Birlikte	37	92,5
Boşanmış	3	7,5
Toplam	40	100,0
Kardeş sayısı		

2	18	45,0
3	15	37,5
4	7	17,5
Toplam	40	100,0
Gelir düzeyi		
2000-5000 TL	20	50,0
5000-10000 TL	8	20,0
10000 TL ve üzeri	12	30,0
Toplam	40	100,0

Tablo 1’de Kontrol grubunda ki katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde % 50’sinin (n=20) kadın olduğu ve %50’sinin (n=50) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların medeni durumları incelendiğinde %5’inin (n=2) evli olduğu ve %95’inin (n=38) ise bekar olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %12,5’inin (n=5) Ön lisans mezunu olduğu, %55’inin (n=22) lisans mezunu olduğu ve %32,5’inin (n=13) ise lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların ebeveyn birlikteliklerine dair veriler incelendiğinde %92,5’inin (n=37) birlikte oldukları ve %7,5’inin (n=3) ise boşanmış olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların kardeş sayılarına dair veriler incelendiğinde %45’inin (n=18) 2 kardeş oldukları, %37,5’inin (n=15) 3 kardeş oldukları ve %17,5’inin (n=7) ise 4 den fazla kardeş oldukları belirlenmiştir.

Kontrol grubunda ki katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %50’sinin (n=20) 2000-5000 TL arası gelire sahip olduğu, %20’sinin (n=8) 5000-10000 TL arası

gelire sahip olduğu ve %30'unun (n=12) ise 10000 TL ve üzeri bir gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

4.1.2. Deney Grubuna Ait Sosyodemografik Özellikler

Tablo 2:Deney Grubu Katılımcıları İle İlgili Sosyodemografik Değişkenler

Demografik değişkenler (Deney grubu)	N	%
Cinsiyet		
Kadın	20	50,0
Erkek	20	50,0
Toplam	40	100,0
Medeni durum		
Evli	14	35,0
Bekar	26	65,0
Toplam	40	100,0
Eğitim Durumu		
Lise	7	17,5
Ön lisans	6	15,5
Lisans	21	52,5
Lisansüstü	6	15,0
Toplam	40	100,0
Ebeveyn birlikteliği		
Birlikte	38	95,0
Boşanmış	2	5,0
Toplam	40	100,0

Kardeş sayısı		
1	38	95,0
2	2	5,0
Toplam	40	100,0
Gelir düzeyi		
1000-2000 TL	5	12,5
2000-5000 TL	16	40,0
5000-10000 TL	13	32,5
10000 TL ve üzeri	6	15,0
Toplam	40	100,0

Tablo 2’de Deney grubunda ki katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde % 50’sinin (n=20) kadın olduğu ve %50’sinin (n=20) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundaki katılımcıların medeni durumları incelendiğinde %35’inin (n=14) evli olduğu ve %65’inin (n=26) ise bekar olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundaki katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %17,5’inin (n=7) lise mezunu olduğu, %15’inin (n=6) Ön lisans mezunu olduğu, %52,5’inin (n=21) lisans mezunu olduğu ve %15’inin (n=6) ise lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundaki katılımcıların ebeveyn birlikteliklerine dair veriler incelendiğinde %95’inin (n=38) birlikte oldukları ve %5’inin (n=2) ise boşanmış olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundaki katılımcıların kardeş sayılarına dair veriler incelendiğinde %95’inin (n=38) 1 kardeş oldukları ve %5’inin (n=2) ise 2 kardeş oldukları belirlenmiştir.

Deney grubunda ki katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %12,5’inin (n=5) 1000-2000 TL arası gelire sahip olduğu, %40’ının (n=16) 2000-5000 TL arası

gelire sahip olduğu, %32,5'inin (n=13) 5000-10000 TL arası gelire sahip olduğu ve %15'inin (n=16) ise 10000 TL ve üzeri bir gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

4.1.3. Kontrol Grubuna Ait Yaş Özellikleri

Tablo 3: Kontrol Grubundaki Katılımcıların Yaş Ortalamaları (N=40)

Yaş (Kontrol grubu)	Ortalama	SS
Kadın	24.90	2.57
Erkek	24.95	2.75
Genel Ortalama	24.92	2.60

Tablo 3'de kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamalarına ait veriler görülmektedir.

4.1.4. Deney Grubuna Ait Yaş Özellikleri

Tablo 4: Deney Grubundaki Katılımcıların Yaş Ortalamaları(N=40)

Yaş (Deney grubu)	Ortalama	SS
Kadın	31.45	8.64
Erkek	30.45	7.73
Genel Ortalama	30.95	8.11

Tablo 4'de deney grubundaki katılımcıların yaş ortalamalarına ait veriler görülmektedir.

4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Betimsel İstatistikleri

Tablo 5: Kontrol Grubuna Ait Ölçek ve Alt Ölçeklerin Betimsel İstatistikleri

Kontrol Grubu

Ölçekler	N	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Sapma
Savunma Biçimleri Ölçeği	40	10,25	20,10	13,89	2,36
Matür	40	3,80	8,25	5,99	1,02
Nevrotik	40	1,80	8,30	4,26	1,35
İmmatür	40	1,90	6,00	3,57	0,99
Bağlanma Stilleri Ölçeği	40	33,00	56,00	42,15	6,15
Kaçıngan bağlanma	40	7,00	24,00	12,10	4,49
Kaygılı bağlanma	40	6,00	19,00	10,35	3,62
Güvenli bağlanma	40	14,00	25,00	19,95	3,67

Tablo 5’te kontrol grubunun ölçek ve alt ölçeklerden aldığı puanların minimum, maximum, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 6: Deney Grubuna Ait Ölçek ve Alt Ölçeklerin Betimsel İstatistikleri

Deney Grubu					
Ölçekler	N	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Sapma
Savunma Biçimleri Ölçeği	40	8,90	20,25	13,73	2,83
Matür	40	1,50	7,60	4,36	1,44
Nevrotik	40	2,50	8,25	5,20	1,40
İmmatür	40	2,20	9,00	4,29	1,40
Bağlanma Stilleri Ölçeği	40	31,00	65,00	50,85	8,42
Kaçıngan bağlanma	40	7,00	24,00	14,20	4,57
Kaygılı bağlanma	40	7,00	30,00	18,60	6,35
Güvenli bağlanma	40	9,00	23,00	18,25	3,51

Tablo 6’da deney grubunun ölçek ve alt ölçeklerden aldığı puanların minimum, maximum, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

4.3. Kontrol ve Deney Gruplarının Ölçek ve Alt Ölçeklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 7: Kontrol ve Deney Gruplarının SBÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ortalama	SS	N	df.	T	P
Kontrol-SBÖ	13,89	2,36	40	39	0.240	0.812
Deney-SBÖ	13,73	2,83	40			
Kontrol-Matür	5,99	1,02	40	39	5.867	<0.001
Deney-Matür	4,36	1,44	40			
Kontrol-Nevrotik	4,26	1,35	40	39	-2.752	0.009
Deney-Nevrotik	5,20	1,40	40			
Kontrol-İmmatür	3,57	0,99	40	39	-3.115	0.003
Deney-İmmatür	4,29	1,40	40			

Independent t Test

Tablo 7’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki katılımcıların SBÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında SBÖ alt boyutlarından “Matür” puanları deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Matür” puanları kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Aynı şekilde SBÖ alt boyutlarından “Nevrotik” puanları da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. Ancak “Nevrotik” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.009$).

Ayrıca SBÖ alt boyutlarından “İmmatür” puanları da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “İmmatür” puanları da Deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.003$).

Tablo 8: Kontrol ve Deney Gruplarının BSÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ortalama	SS	N	df.	t	P
Kontrol-BSÖ	42,15	6,15	40	39	-5.377	<0.001
Deney-BSÖ	50,85	8,42	40			
Kontrol-Kaçınan	12,10	4,49	40	39	-2.365	0.023
Deney-Kaçınan	14,20	4,57	40			
Kontrol-Kaygılı	10,35	3,62	40	39	-7.365	<0.001
Deney-Kaygılı	18,60	6,35	40			
Kontrol-Güvenli	19,95	3,67	40	39	2.110	0.041
Deney-Güvenli	18,25	3,51	40			

Independent t Test

Tablo 8’de görüldüğü üzere kontrol ve deney gruplarının puanlarının karşılaştırılmasında BSÖ toplam puanı deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. BSÖ toplam puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

BSÖ alt boyutlarından “Kaçınan bağlanma” puanları da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Kaçınan bağlanma” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.023$).

Aynı şekilde BSÖ alt boyutlarından “Kaygılı bağlanma” puanları da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Kaygılı bağlanma” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Ayrıca BSÖ alt boyutlarından “Güvenli bağlanma” puanları da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Güvenli bağlanma” puanları kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.041$).

Tablo 9: Kontrol Grubu Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları

Kontrol Grubu		1	2	3	4	5	6	7	8
1-Savunma Biçimleri Top	r	1							
2-Matür	r	,589**	1						
	p	0,000							
3-Nevratik	r	,824**	0,243	1					
	p	0,000	0,131						
4-İmmatür	r	,674**	0,083	,410**	1				
	p	0,000	0,612	0,009					
5-Bağlanma Stilleri Top	r	,314*	0,171	0,111	,489**	1			
	p	0,048	0,293	0,496	0,001				
6-Kaçıngan bağlanma	r	0,109	-0,046	-0,119	,497**	,679**	1		
	p	0,504	0,776	0,465	0,001	0,000			
7-Kaygılı bağlanma	r	,476**	,371*	,313*	,375*	,386*	0,017	1	
	p	0,002	0,018	0,049	0,017	0,014	0,919		
8-Güvenli bağlanma	r	-0,003	0,052	0,099	-0,163	,407**	-0,088	-0,249	1
	p	0,985	0,749	0,542	0,313	0,009	0,588	0,121	

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

Kontrol grubu SBÖ toplam puanı ile Kontrol grubu BSÖ toplam puanı arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır($r=0.314$ $p=0.048$).

Kontrol grubu SBÖ toplam puanı ile Kontrol grubu BSÖ alt boyutlarından “Kaygılı bağlanma” puanları arasında da pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır($r=0.476$ $p=0.002$).

Kontrol grubu SBÖ alt boyutlarından “Matür” puanları ile Kontrol grubu BSÖ alt boyutlarından “Kaygılı bağlanma” puanları arasında da pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır($r=0.371$ $p=0.018$).

Kontrol grubu SBÖ alt boyutlarından “Nevrotik” puanları ile Kontrol grubu BSÖ alt boyutlarından “Kaygılı bağlanma” puanları arasında da pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır($r=0.313$ $p=0.049$).

Kontrol grubu SBÖ alt boyutlarından “İmmatür” puanları ile Kontrol grubu BSÖ toplam puanları arasında da pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır($r=0.489$ $p=0.001$).

Kontrol grubu SBÖ alt boyutlarından “İmmatür” puanları ile Kontrol grubu BSÖ alt boyutlarından “Kaygılı bağlanma” puanları arasında da pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır($r=0.375$ $p=0.017$).

Kontrol grubu SBÖ alt boyutlarından “İmmatür” puanları ile Kontrol grubu BSÖ alt boyutlarından “Kaçınan bağlanma” puanları arasında da pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır($r=0.497$ $p=0.001$).

Tablo 10:Deney Grubu Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları

Deney Grubu		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Savunma Biçimleri Top	r	1								
2-Matür	r	,658**	1							
	p	0,000								
3-Nevratik	r	,788**	0,233	1						
	p	0,000	0,148							
4-İmmatür	r	,401*	-0,046	0,175	1					
	p	0,010	0,777	0,280						
5-Bağlanma Stilleri Top	r	0,239	0,035	0,123	0,171	1				
	p	0,138	0,832	0,450	0,292					
6-Kaçınan bağlanma	r	-0,259	-0,195	-,372*	0,045	,559**	1			
	p	0,107	0,228	0,018	0,785	0,000				
7-Kaygılı bağlanma	r	0,301	-0,022	0,202	0,290	,764**	0,165	1		
	p	0,059	0,893	0,212	0,070	0,000	0,309			
8-Güvenli bağlanma	r	,322*	0,287	,412**	-0,170	0,163	-0,262	-0,194	1	
	p	0,043	0,073	0,008	0,294	0,314	0,103	0,230		
9-OKB	r	,377*	0,253	,476**	-0,058	-0,057	-,353*	0,055	0,219	1
	p	0,016	0,116	0,002	0,723	0,726	0,025	0,738	0,175	

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

Deney grubu SBÖ toplam puanı ile Deney grubu BSÖ alt boyutlarından “Güvenli bağlanma” puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.322$ $p=0.043$).

Deney grubu SBÖ alt boyutlarından “Nevrotik” puanları ile Deney grubu BSÖ alt boyutlarından “Kaçınan bağlanma” puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.372$ $p=0.018$).

Deney grubu SBÖ alt boyutlarından “Nevrotik” puanları ile Deney grubu BSÖ alt boyutlarından “Güvenli bağlanma” puanları arasında da pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.412$ $p=0.008$).

Deney grubu SBÖ toplam puanları ile Deney grubu OKB Ölçeği puanları arasında da pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.377$ $p=0.016$).

Deney grubu SBÖ alt boyutlarından “Nevrotik” puanları ile Deney grubu OKB Ölçeği puanları arasında da pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.476$ $p=0.002$).

Deney grubu BSÖ alt boyutlarından “Kaçınan bağlanma” puanları ile Deney grubu OKB Ölçeği puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.353$ $p=0.025$).

4.4. Deney Grubu Katılımcılarının Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Açidan Karşılaştırılması

4.4.1. Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Tablo 11: Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt ölçek puanlarının cinsiyet açısından Karşılaştırılması

Deney grubu		N	Ort.	t	P
Cinsiyet					
SBÖ	Kadın	20	13,83	0,223	0,825
	Erkek	20	13,63		
Matür	Kadın	20	4,37	0,048	0.962
	Erkek	20	4,35		
Nevrotik	Kadın	20	5,45	1,114	0.272
	Erkek	20	4,96		
İmmatür	Kadın	20	4,01	-1,306	0.199
	Erkek	20	4,58		
BSÖ	Kadın	20	49,75	-0,823	0.416
	Erkek	20	51,95		
Kaçınan bağlanma	Kadın	20	12,55	-2.418	0,020
	Erkek	20	15,85		
Kaygılı bağlanma	Kadın	20	18,75	0.147	0,884
	Erkek	20	18,45		
Güvenli bağlanma	Kadın	20	18,35	0,178	0,860
	Erkek	20	18,15		

Independent t-test

Tablo 11’de yer aldığı gibi, deney grubundaki katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Yalnızca “Kaçınan bağlanma” puanları kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Kaçınan bağlanma” puanları kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur ($t=-2.418$, $p=0.020$).

4.4.2. Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Tablo 12: Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt ölçek puanlarının Medeni durum açısından Karşılaştırılması

Deney grubu durum	Medeni	N	Ort.	t	P
SBÖ	Evli	14	12,51	-2,082	0,044
	Bekar	26	14,39		
Matür	Evli	14	4,50	0,451	0.654
	Bekar	26	4,28		
Nevrotik	Evli	14	4,56	-2,227	0.032
	Bekar	26	5,55		
İmmatür	Evli	14	3,81	-1,639	0.109
	Bekar	26	4,55		
BSÖ	Evli	14	47,92	-1,645	0.108
	Bekar	26	52,42		
Kaçınan bağlanma	Evli	14	15,35	-1.180	0,245
	Bekar	26	13,57		
Kaygılı bağlanma	Evli	14	14,42	-3.444	0,001
	Bekar	26	20,84		
Güvenli bağlanma	Evli	14	18,14	-0,140	0,890
	Bekar	26	18,30		

Independent t-test

Tablo 12’de yer aldığı gibi, deney grubundaki katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları medeni duruma göre karşılaştırılmıştır. SBÖ toplam puanları evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. SBÖ toplam puanları evlilere kıyasla bekarlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-2.082$, $p=0.044$).

“Nevrotik” puanları da evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Nevrotik” puanları evlilere kıyasla bekarlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-2.227$, $p=0.032$).

Ayrıca “Kaygılı bağlanma” puanları da evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Kaygılı bağlanma” puanları evlilere kıyasla bekarlarda daha yüksek bulunmuştur ($t=-3.444$, $p=0.001$).

4.4.3. Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13: Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Savunma Biçimleri Ölçeği			
Eğitim durumu	Ort.	F	P
Lise	14,71	1.214	0.319
Ön lisans	12,51		
Lisans	14,13		
Lisansüstü	12,45		
Matür			
Eğitim durumu	Ort.	F	P
Lise	4,00	0.755	0.527
Ön lisans	4,50		
Lisans	4,62		
Lisansüstü	3,72		
Nevrotik			
Eğitim durumu	Ort.	F	P
Lise	5,64	0.697	0.560
Ön lisans	4,65		
Lisans	5,32		
Lisansüstü	4,85		
İmmatür			
Eğitim durumu	Ort.	F	P
Lise	5,79	4.904	0.006
Ön lisans	3,36		
Lisans	4,19		
Lisansüstü	3,86		
Bağlanma Stilleri Ölçeği			
Eğitim durumu	Ort.	F	P
Lise	50,14	0.612	0.612
Ön lisans	49,50		
Lisans	52,42		
Lisansüstü	47,50		
Kaçınan bağlanma			
Eğitim durumu	Ort.	F	P
Lise	14,00	0.039	0.990
Ön lisans	14,66		
Lisans	14,04		
Lisansüstü	14,50		
Kaygılı bağlanma			
Eğitim durumu	Ort.	F	P
Lise	18,71	0.371	0.774
Ön lisans	17,16		
Lisans	19,47		
Lisansüstü	16,83		
Güvenli bağlanma			
Eğitim durumu	Ort.	F	P

Lise	17,14		
Ön lisans	17,66		
Lisans	19,38	1.824	0.160
Lisansüstü	16,16		

ANOVA Test

Tablo 13’de yer aldığı gibi, deney grubundaki katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları eğitim durumuna göre karşılaştırılmıştır. Yalnızca “İmmatür” puanları eğitim durumları açısından anlamlı bir farklılık göstermiştir. Lise mezunları ile Ön lisans, Lisans ve Lisansüstü mezunları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Sırasıyla $p=0.006$; $p=0.025$; $p=0.037$)

4.4.4. Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Tablo 14: Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek puanlarının Gelir Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

Savunma Biçimleri Ölçeği			
Gelir düzeyleri	Ort.	F	P
1000-2000 TL	12,82		
2000-5000 TL	14,77		
5000-10000 TL	14,01	3.004	0.043
10000 TL>	11,14		
Matür			
Gelir düzeyleri	Ort.	F	P
1000-2000 TL	4,42		
2000-5000 TL	4,88		
5000-10000 TL	4,15	1.813	0.162
10000 TL>	3,37		
Nevrotik			
Gelir düzeyleri	Ort.	F	P
1000-2000 TL	5,06		
2000-5000 TL	5,28		
5000-10000 TL	5,64	1.545	0.220
10000 TL>	4,20		
İmmatür			
Gelir düzeyleri	Ort.	F	P
1000-2000 TL	3,34		
2000-5000 TL	4,61		
5000-10000 TL	4,21	1.084	0.368
10000 TL>	4,41		
Bağlanma Stilleri Ölçeği			
Gelir düzeyleri	Ort.	F	P

1000-2000 TL	50,80	0.193	0.901
2000-5000 TL	49,93		
5000-10000 TL	52,30		
10000 TL>	50,16		
Kaçınan bağlanma			
Gelir düzeyleri	Ort.	F	P
1000-2000 TL	13,60	0.102	0.958
2000-5000 TL	14,00		
5000-10000 TL	14,76		
10000 TL>	14,00		
Kaygılı bağlanma			
Gelir düzeyleri	Ort.	F	P
1000-2000 TL	16,40	0.265	0.850
2000-5000 TL	19,00		
5000-10000 TL	19,23		
10000 TL>	18,00		
Güvenli bağlanma			
Gelir düzeyleri	Ort.	F	P
1000-2000 TL	20,40	0.819	0.492
2000-5000 TL	17,56		
5000-10000 TL	18,30		
10000 TL>	18,16		

ANOVA Test

Tablo 14’de yer aldığı gibi, deney grubundaki katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları gelir düzeylerine göre karşılaştırılmıştır. Yalnızca SBÖ toplam puanları gelir düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık göstermiştir. 2000-5000 TL arası gelire sahip olanlar ile 10000 ve üzeri gelire sahip olanlar arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.033$)

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), kişilerin işlevselliğinde ciddi bozulmalara yol açan, sosyal hayatı, kişiler arası ilişkileri ve hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyen psikiyatrik bir bozukluktur (Bayar, Yavuz, 2008). Bağlanma, bebeklik döneminde bakım veren ile çocuğun arasında ki ilişkisinin kalitesine göre belirlenen ve yaşam boyu etkisini sürdüren bir olgudur. Bebek ve bakım veren arasındaki ilişkinin kalitesine göre kişiler; kaygılı, kaçınan veya güvenli bağlanma stillerinden birisini geliştirirler (Ainsworth, 1978). Savunma mekanizmaları, kişinin kaygı uyandıran durumlarla başa çıkması amacıyla, egonun iç dünya ve dış dünya arasında dengeyi sağlaması için kullanılan psikolojik örüntülerdir (A. Freud, 2004). OKB'li kişilerin, sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubuyla savunma biçimleri ve bağlanma stilleri açısından karşılaştırıldığı bu çalışma, iki grup arasındaki bağlanma stilleri ve savunma biçimleri farklılıklarını ve değişkenler arası ilişkileri araştırmayı amaçlamıştır. Sonuçlar literatür temel alınarak analiz edilmiş ve yorumlanmıştır. OKB ve savunma biçimlerinin; OKB ve bağlanma stillerinin birlikte ele alındığı çalışmalar literatürde yer almaktadır. Bu çalışma, literatür taraması sonucu ulaşılan kaynaklar baz alındığında; ülkemizde üç değişkenin birlikte incelendiği ilk çalışmadır.

Bu araştırmanın örneklemini 80 kişiden oluşmaktadır. OKB tanısı almış 40 kişi deney grubunu, psikiyatrik tanı almamış 40 kişi kontrol grubunu oluşturmaktadır. Bu çalışma için gönüllü katılımcılara verilen ölçeklere ek olarak, bireyler hakkında daha detaylı bilgi edinmek amacıyla sosyodemografik veri formunda gerekli görülen bilgiler, istatistiksel olarak değerlendirmeye alınmıştır. Sosyodemografik bulgular incelendiğinde deney grubu ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, kardeş sayısı, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. OKB tanısı almış bireylerden oluşan deney grubu ve kontrol grubu arasında medeni durum, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi açısından anlamlı bir fark olmaması örneklemin benzer özelliklere sahip olduğunu ve iki grubun karşılaştırılmasının güvenli olduğunu göstermektedir.

Deney grubu katılımcılarında kadınların yaş ortalaması 31.45, erkeklerin yaş ortalaması 30.45 olmakla birlikte, deney grubunun genel yaş ortalaması 30.95'tir. Kontrol grubu katılımcılarında kadınların yaş ortalaması 24.90, erkeklerin yaş ortalaması 24.95 ve kontrol grubunun genel yaş ortalaması 30.95'tir. İki grubun yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, iki grupta genç yetişkinlerden oluşmaktadır. OKB'nin başlangıç yaşı yapılan birçok çalışmada 21-30 olarak bulunmuştur (Deniz, 2005; Eğrilmez, 1995; Juang, Liu, 2001; Lensi ve ark., 1996). Demet ve ark. (2005) tarafından yapılan Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özelliklerin incelendiği çalışmada yaş ortalaması tüm hastalar için 33.19 ± 12.52 yıl - erkeklerde 31.38 ± 16.33 yıl, kadınlarda 33.79 ± 11.05 yıl şeklinde bulunmuştur. Doğan ve ark. (2013) tarafında yapılan Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması adlı çalışmasında OKB grubunun yaş ortalaması $30,1 \pm 12,3$ şeklindedir. Kontrol grubunun yaş ortalaması ise $32 \pm 6,6$ şeklindedir. Deney ve kontrol grubu arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark yoktur. Yapılan bir diğer çalışmada hastaların toplam yaş ortalamaları 34.70 ± 12.36 ; kadın hastaların yaş ortalamaları 36.51 ± 11.38 ; erkek hastaların yaş ortalamaları ise 32.23 ± 13.39 yıl şeklinde bulunmuştur (Karakuş, Tamam, 2017). Yiğittürk ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaş ortalaması, 32.93 ± 9.82 ; Lensi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada erkekler için 30.8 ± 11.6 , kadınlar için 34.7 ± 13.2 ; Eğrilmez ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada erkeklerde 31.58 ± 10.37 , kadınlarda 37.62 ± 13.0 ; Juang ve Liu tarafından yapılan çalışmada 28.9 ± 12.8 , Okasha ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 23.7 ± 5.12 , Seedat ve Stein tarafından yapılan çalışmada 41.8 ± 14.3 , Winsberg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 45 ± 9 yaş ortalaması bildirmişlerdir. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış ve çalışmaya katılmış bireylerin yaş ortalaması literatürdeki çalışmalarla uyum göstermektedir. Kişilerin yaş ortalamaları erişkinlik dönemini kapsamaktadır.

Obsesif kompulsif bozukluğun kadınlarda daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar olmakla birlikte, iki cinsiyet arasında eşitlik olduğunu söyleyen çalışmalarda mevcuttur (Karno ve ark., 1988; Erol ve ark., 1998; Doğan ve ark., 1995; Degonda ve ark., 1993; Stein, 1997). Yapılan bir klinik çalışmada kadın erkek oranı 3 bulunmuştur (Demet ve ark., 2005). Doğan ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada OKB tanılı hasta grubunda kadınların oranı %67,2, erkeklerin oranı %32.8 şeklindedir. Kontrol grubunda ise kadınların oranı %56.7, erkeklerin oranı ise %43,3 şeklinde olmuştur.

Yapılan diğer çalışmalarda sırası ile kadın erkek oranı 1.52, 0.45 ve 2.75 şeklinde bulunmuştur (Yiğittürk, 2002; Okasha, 1994; Tezcan, 1998) Bu çalışmaya gönüllü olarak katılan, OKB tanısı almış kadın ve erkek bireyler NP Feneryolu kliniğine belirli bir süre içinde tedavi almaya gelen kişilerden rastgele seçilmiş olmakla birlikte; araştırmanın olgu kontrol deseni üzerine kurulması ve istatistik analizi sırasında aradaki farkın daha net bir şekilde görülmesi; deney ve kontrol grubunun birbirine benzemesi için eşit sayıda seçilmiştir.

Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya katılan kişilerin %67.8'i evli, %32.2'si ise bekdir (2009). Yapılan bir diğer çalışmada ise OKB tanısı almış kişilerin %72'sinin bekar, kontrol grubunda ise evli veya birlikte yaşam süren kişilerin %63.3 oranında olduğu tespit edilmiştir (Doğan ve ark., 2013). Demet ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların 2/3'ünün medeni durumu evli olarak bulunmuştur. Yurt dışında yapılan bir çalışmada bekar oranı %62.5 şeklindedir (Juang, Liu, 2001). Bu durum çalışmanın örnekleminin yaş ortalamasının 28.9 olması nedeniyle olabileceğini düşündürmektedir (Demet ve ark., 2005). Bu çalışmada ise %65 oranında bekar, %35 oranında evli bireyler bulunmaktadır. OKB tanısı alan bireylerin semptom şiddetlerine ve hastalığın uyum bozuculuğuna bağlı olarak evlenmedikleri veya evliliklerinde sorun yaşadıklarını bildiren çalışmalar vardır (Karno ve ark., 1988; Nestadt, 1994; Rasmussen, 1984; 1992). Literatürde yapılan çalışmalarda medeni duruma dair farklı sonuçlar mevcuttur. Medeni durum ve OKB'nin ilişkili olabileceği düşünülmekle birlikte; obsesif kompulsif belirtilerin medeni durum üzerinde etkisi olabileceği düşünülebilir.

Demet ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %65.7'sinin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir. Lensi ve arkadaşlarının(1996) yaptığı çalışmada %47.9 lise ve üzeri eğitime sahiptir. Karakuş ve Tamam (2017) tarafından yapılan klinik araştırma bulgularına göre ise, katılımcıların %32.4'ü lise, %26.8'i ise yüksekokul ve lisans mezunu olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya katılım sağlayan bireylerin %17.5'i lise, %15'i ön lisans, %52.5'i lisans, %15'i lisansüstü eğitim durumuna sahiptir. Çalışmanın özel bir klinikte yapılmış olması dolayısıyla eğitim durumunun yapılan diğer çalışmalara oranla daha yüksek düzeyde bulunmuş olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, Tezcan ve arkadaşları(1998) tarafından Elazığ

bölgesinde yapılan çalışmada lise ve üzeri eğitim seviyesi %40 oranında bulunmuştur, Gülseren ve arkadaşlarının(1995) yaptığı çalışmada ise %22.5'luk bir oran söz konusudur. Gülseren ve arkadaşlarının çalışması devlet hastanesinde yapıldığından dolayı eğitim düzeyinin düşük olduğu düşünülmüştür. Buna bağlı olarak özel hastane ve devlet hastanesi arasında eğitim düzeyinin negatif ilişki içinde olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan deney grubu ve kontrol grubundaki kişilerin, ölçek ve alt ölçek puanlarının minimum ve maksimum değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir. Psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun matür savunma biçimleri minimum puanı, 3.80, maksimum puanı 8.25; nevrotik savunma biçimleri minimum puanı 1.80, maksimum puanı 8.30; immatür savunma biçimi minimum puanı 1.90, maksimum puanı 6'dır. Deney grubunda ise matür savunma biçimi minimum puan 1.50, maksimum puan 7.60; nevrotik savunma biçimi minimum puanı 1.50, maksimum puanı 7.60; immatür savunma biçimi minimum puanı 2.20, maksimum puanı ise 9.0 şeklindedir. İki grubun alt ölçek bazında minimum ve maksimum puanları kıyaslandığında, deney grubunun kontrol grubuna oranla immatür savunmalarında minimum ve maksimum puanlarında belirgin olmayan bir artış söz konusudur. Kontrol grubunun ise nevrotik ve matür savunmalarında, deney grubuna oranla minimum ve maksimum değerlerinde belirgin olmayan bir yükselme vardır. Savunma biçimleri gelişimsel süreç boyunca oluşmaktadır. Her birey tarafından kullanılır. Hangi savunma türünün kullanılacağı ise kişiden kişiye, kişinin deneyimlerine, çevresel faktörlere ve sahip olduğu patolojiye göre değişiklik gösterir.

Üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeği puanları değerlendirildiğinde; kaçınan bağlanma stili minimum ve maksimum puanları aynıdır. Deney grubunda kaygılı bağlanma minimum ve maksimum puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda ise güvenli bağlanma minimum ve maksimum puanları deney grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bağlanma yaşamın ilk yıllarında başlayan ve kişinin hayatı boyunca etkisini gösteren bir süreçtir (Bowlby, 1977). Her birey bir bağlanma stiline sahiptir. Bu bağlanma stili ise kişilerin bakım verenleriyle ilişkilerine bağlı olarak ortaya çıkar. Bu ölçekte bireyler kendi kendilerine değerlendirme

yaptıkları için minimum ve maksimum puanların bireyler arası farklılıklara bağılı olarak ortaya çıktığı düşünölmektedir.

Bu çalışmada kullanılan savunma biçimleri ölçeğinin olgun, nevrotik ve immatür savunma kümeler şeklinde ele alınması ve bu kümelerin altında yer alan savunmaların detaylı bir şekilde ele alınmaması yapılan güvenilirlik çalışmasına bağılı olarak tercih edilmiştir (Yılmaz, 2007). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerden oluşan deney grubu ve psikiyatrik tanı almamış bireylerden oluşan kontrol grubunun olgun savunmaları karşılaştırıldığında; kontrol grubunun olgun savunmaları, deney grubuna kıyasla daha fazla kullandığı bulunmuştur. Bununla birlikte deney grubunun ise nevrotik ve immatür savunmaları kontrol grubuna kıyasla daha fazla kullandığı istatistiksel verilerin analizi ile birlikte ortaya konmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının (2007) yaptığı, savunma biçimleri testinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında klinik grup depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk tanısında sahip bireylerden oluşmuştur. Kontrol grubu ise sağlıklı bireylerden oluşmuştur. Depresyon ve obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin oluşturduğu klinik grubun sırasıyla nevrotik ve immatür savunmaları eşit derecede kullandığı bu çalışmada ortaya konmuştur. Kontrol grubu ise deney grubuna oranla olgun savunmaları daha sık kullanmaktadır. Daha sonrasında ise sırasıyla nevrotik ve immatür savunmaları kullanmaktadır. Yapılan araştırmaya göre kaygı düzeyi arttıkça immatür savunmaların ve nevrotik savunmaların kullanımı artmaktadır (Yılmaz, 2007). Obsesif kompulsif bozukluk ise kişilerin istenmeyen düşünce, imaj veya dürtüler karşısında kaygısının arttığı ve bu kaygıyla başa çıkmak adına kompulsif davranışlar veya düşünceler ile kaygıyı azaltmayı hedefleyen; özellikle yapma bozma savunmasını kullandıkları bir süreci içermektedir (Geçtan, 1989; McWilliams, 2017). Perry ve Cooper (1989) tarafından yapılan çalışmada klinik grubun nevrotik ve immatür savunmaları daha sık kullandığı tespit edilmiştir. Uyum bozukluğuna sahip bireylerin de aynı şekilde nevrotik ve immatür savunmaları daha fazla kullandığı bildirilmiştir (Algöl ve ark., 2009). Hamidi ve Motlagh (2010) tarafından yapılan çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerden oluşan klinik grubun, sağlıklı bireylerden oluşan gruba oranla nevrotik savunmalarını daha yoğun bir şekilde kullandığı ortaya konmuştur. Blaya ve ark. (2006) tarafından yapılan klinik araştırma sonuçlarına göre obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin nevrotik ve immatür savunma mekanizmalarını daha sık kullandıkları ortaya konmuştur. Özellikle obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin

eyleme koyma savunmasını aktif olarak kullandığı çalışmada vurgulanmıştır. İran’da savunma mekanizmaları üzerine yapılan bir çalışmada panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastalar ve psikiyatrik tanı almamış hastaların savunma mekanizmaları karşılaştırıldığında kontrol grubuna kıyasla klinik hasta grubunun immatür savunmaları daha sık kullandığı ortaya konmuştur. Deney grubunun kontrol grubuna kıyasla; eyleme koyma, otistik fantezi, yansıtma, bölme ve rasyonelize etme savunmalarını daha aktif kullandığı belirtilmiştir (Shabanpour ve ark., 2012). Nevrotik savunma biçimi kümesinin altında yer alan savunmalar incelendiğinde bu savunmaların kişilerin anksiyete durumlarında ve tehdit içeren durumlarda korunma ve kaçınma amacıyla kullanıldığı düşünülmüştür (Yılmaz ve ark., 2007). OKB tanısı almış bireylerin algıladıkları tehditin, gerçekte olan tehdit boyutundan daha yüksek olması nedeniyle kaçınma veya korunmaya dair önlemler (kompulsiyon, kaçınma, güvenlik arama) aldıkları bilinmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin, kontrol grubuna kıyasla sıklık sırasına göre nevrotik, immatür ve matür savunmaları kullandıkları ortaya konmuştur. Deney grubu ve kontrol grubunun kullandıkları savunmaların sıklığının farklı olması çalışmanın başında belirtilen iki grup arasında kullanılan savunma mekanizmalarında fark vardır hipotezini desteklemiştir. Ayrıca bu çalışma sonucu ortaya çıkan veriler, literatür tarafından da desteklenmektedir.

Yapılan araştırmada bağlanma stillerini ölçmek amacıyla Erzen (2016) tarafından geliştirilen üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Ainsworth modeline uygun olmakla birlikte kaygılı, kaçınan ve güvenli bağlanma şeklinde üç kümede ele alınmıştır. Araştırmanın istatistik sonuçlarına göre OKB tanısı almış bireylerin kaygılı savunma biçimini, sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun ise güvenli bağlanma biçimini kullandığı ortaya konmuştur. Özellikle kaygılı bağlanma stili ortalaması baz alındığında deney grubu ile kontrol grubu arasında ciddi bir puan farkı olduğu gözlenmiştir. Kaçınan bağlanma stili iki grup arasında karşılaştırıldığında, deney grubunda daha yüksek ortalama puan olmasına rağmen arada ciddi bir puan farkı söz konusu değildir. Sümer ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan klinik bir çalışmada depresyon, panik bozukluk ve OKB tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerden oluşan iki grubun kaygılı ve kaçınan bağlanma stillerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre OKB ve panik bozukluk tanısı almış bireylerin kontrol grubuna ve depresyon tanısı alan bireylere oranla daha yüksek derecede

kaygılı bağlanma gösterdiği tespit edilmiştir. Obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin oluşumunu araştıran bir çalışmada, kaygılı ve kaçınan kişilerin, takıntı ve zorlantıyla pozitif yönde bir ilişki içinde olduğu ortaya konmuştur (Anlı ve ark., 2019). Doron ve arkadaşları (2011) tarafından obsesif kompulsif bozukluk ve kaygılı bağlanma stili arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan klinik çalışmada; OKB tanısı almış bireyler ve depresyon tanısı almış bireylerin kaygılı bağlanma stili düzeyleri karşılaştırıldığında, OKB tanısı almış kişilerin kaygılı bağlanma düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir diğer klinik çalışmada da benzer şekilde depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun güvensiz bağlanma(kaygılı ve kaçınan) stilleri karşılaştırılmıştır. OKB ve depresyon tanısı almış bireylerin güvensiz bağlanma stiline sahip oldukları ortaya konmuştur (Myhr ve ark., 2004). Shaker ve Homeyli tarafından 2011 yılında depresyon, anksiyete bozukluğu ve OKB tanısı almış bireylerle yapılan klinik çalışmanın sonucuna göre kaygılı bağlanma gösteren bireylerin kaygı bozukluklarına sahip olabileceklerine dair veriler ortaya konmuştur. Ayrıca Doron ve arkadaşları tarafından 2009 senesinde yapılan başka bir klinik çalışmada da güvensiz bağlanma stilleri ve obsesif kompulsif belirtiler arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmada yer alan OKB'li bireylerden oluşan deney grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu arasında kullanılan bağlanma stilleri arasında belirgin bir fark söz konusudur. Bu durum literatürde yer alan klinik çalışmalarla da örtüşmektedir.

Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin, aşırı korumacı, kaygılı ve tutarsız ebeveynlere sahip olduğu OKB'nin etyolojisine dair çalışmalar ile ortaya konmuştur (Ersin, 2017). Bağlanma ise çocuk ve bakım veren arasında oluşan ilişkinin ve ebeveynin tutumuna bağlı olarak gelişmektedir. Kişilerin yetişkinliklerinde de kaygılı ve kaçınmacı bir tavıra sahip olmaları, ilişkilerinde bu özelliklerinin devam etmesi erken çocukluk döneminde ki ebeveyn tutumlarına bağlı olarak ortaya çıkar (Sümer ve ark., 2009). OKB'ye sahip bireylerin dünyayı olduğundan daha tehlikeli algılamalarının, normal bireylere oranla yüksek düzeyde kaygı hissetmelerinin, stresle baş etme stratejileri konusunda yetersiz kalmalarının, kendilerine dair değersizlik ve terk edilme algılarına sahip olmalarının ve buna bağlı olarak patoloji geliştirmelerinin daha kolay olmasının güvensiz bağlanma stiline sahip olmaları ve ebeveyn tutumları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Kaygılı bağlanma gösteren bireyler stresle başa çıkmak amacıyla,

yüksek aktivasyon gerektiren faaliyetlere girerler ve seçici dikkatlerini yoğun bir şekilde kullanmaya başlarlar. Bu durum kişilerin tehdidi abartılı bir şekilde algılamasını tetikler (Mikulincer, Shaver 2007; Doron, Kyrios, 2005) Erken dönem çocukluk yaşantılarına bağlı olarak ortaya çıkan güvenli bağlanma obsesif kompulsif bozukluk ile ilgili durumlar karşısında koruyucu rol oynamaktadır (Doron ve ark. 2009). OKB tanısı almış kişilerin ayrılma ve bireyleşme süreçlerinde diğer insanlara oranla daha fazla kaygılandıkları; benzer şekilde hayatlarında ki önemli kişi veya kişiler tarafından reddedilme ve onaylanmama korkusu yaşadıkları ve bu kişilerin bağlanma objelerinden ayrılacaklarını hissettikleri vakit semptomlarında artış gözlemlendiği ortaya konmuştur (Mears, 2001; Vogel, Stiles ve Nordahl, 2000) Nevrotik savunmalar sağlıklı bireyler tarafından da kullanılsa da, obsesif kompulsif bozukluğa sahip kişiler ve stresli durumlar karşısında nevrotik tutumlar sergileyen bireyler tarafından daha sık kullanılmaktadır (Snarey, Vaillant, 1985). Nevrotik savunmaların anksiyete bozuklukları ile ilgili olduğu Yılmaz ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışma ile de ortaya konmuştur. Türk 2016'nın yaptığı alan çalışmasına göre kaygılı bağlanma gösteren kişilerin, nevrotik kişilik özellikleri sergilediği de ortaya konmuştur. Literatür bilgileri iki grup arasında ortaya çıkan farkı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada deney grubu ve kontrol grubuna uygulanan savunma biçimleri testi ve alt ölçekleri istatistiksel olarak değerlendirilmeye alındığında iki grup arasında ilişki saptanmamıştır. Üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeği ve alt boyutlarının analiz sonuçlarına göre iki grup arasında yine anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum; deney grubu ve kontrol grubunun kullandıkları savunma biçimlerinin ve sahip oldukları bağlanma stiline farklı olduğuna dair öne sürülen varsayımların desteklenmesinin sonucudur. Çalışmanın planlamasında OKB tanısı almış bireylerin savunma biçimleri ve bağlanma stilleri arasında anlamlı bir ilişki olduğuna dair varsayımlar belirtilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucu bu hipotezi destekleyen sonuçlar ortaya konmuştur. Deney grubuna uygulanan savunma biçimleri testinin nevrotik puanları ile deney grubuna uygulanan üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeğinin, kaygılı bağlanma stili puanları ve güvenli bağlanma stili puanları arasında pozitif yönden anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Deney grubu katılımcılarının nevrotik savunma biçimlerini kullanma sıklığı ve kaygılı bağlanma stiline sahip olmaları arasında pozitif bir ilişki vardır. Savunmalar, erken çocukluk döneminden itibaren gelişmeye başlayan bir olgudur (A.Freud, 2004). Savunmaların

gelişmesi, yaşanan deneyimlere, çevresel etkenlere ve ebeveyn tutumlarına bağlı olarak farklılık gösterir. Horney (1966), ebeveynleri tarafından engellenen çocukların, yaşadıkları kaygıyla başa çıkmak için savunma geliştirdiklerini belirtmiştir. Özellikle tutucu, katı, ilgisiz veya kaygılı ebeveynlerin varlığı çocuğun işlevsiz savunmalar geliştirmesini öncülemektedir (Horney, 1966:46). Kişilerin nevrotik savunmaları daha sık kullanmalarının, kaygıyla başa çıkmak konusunda çocukluktan itibaren öğrenmeye başladıkları süreçlerle ve ebeveynleri ile olan ilişkileriyle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bağlanma, erken çocukluk döneminde kurulmakla birlikte ömür boyunca etkisini sürdürür. Bakım veren ve çocuk arasında oluşan bağlanmanın kalitesi; ebeveynin çocuğun ihtiyaçlarına verdiği yanıtlarla doğru orantılıdır (Bell, Ainsworth, 1972). Ebeveynin çocuğun ihtiyaçlarına karşı tutarsız yanıtlar vermesi, ilgisiz kalması, çocuğu reddetmesi çocukta kaçınan bağlanma ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Eder, 1997). Savunma biçimleri ve bağlanma stilleri bu noktada benzer dinamiklere sahiptirler. İki kavram da ebeveyn tutumlarından etkilenmektedir. Nevrotik savunma biçimleri kullanımı sıklığı ve kaygılı bağlanma stili arasında ortaya konan anlamlı ilişkinin, ebeveyn tutumlarının sonucu olarak ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğa dair yapılan bazı çalışmalar da kişilerin ebeveynlerine dair güvenirlilik ve devamlılık hissetmedikleri bununla birlikte omnipotan, katı özelliklere sahip, çocuğu aşırı derecede korumaya çalışan ebeveynlerin OKB oluşumunda rol oynadığı bildirilmiştir (Leib, 2001; Topçuoğlu, 2003). OKB nesne ilişkileri temelinde değerlendirildiğinde kişiler arası sınırların belirsizliği ve anal özelliklerin devamlılığı ile kendini gösterir. Sevilen içsel nesneyi tahrip edeceğinden/ettiğinden korkan çocuk kontrollere başlar ve obsesif belirtiler bu durumu düzeltme çabası olarak nitelendirilir (A.Freud, 1966; Klein, 1940).

OKB'nin semptomolojisinde birçok neden aktif bir şekilde rol oynamaktadır. Psikodinamik kuramı değerlendirdiğimizde, omnipotan ve katı ebeveyn tutumlarının, ayrılma-bireyleşme süreçlerinin başarısız olmasının, kişilerin buna bağlı olarak zayıf ego gücüne sahip olmalarının etkisi olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma içerisinde ebeveyn tutumlarına ulaşmak mümkün olmadığından ötürü, doğrudan neden sonuç ilişkisi kurmak mümkün değildir. Bulgular literatürde yer alan çalışmalarla örtüşmektedir.

Sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun ölçek ve alt ölçekleri korelasyonel olarak değerlendirildiğinde SBÖ nevrotik savunma puanları ve BSÖ kaygılı bağlanma stili arasında istatistiksel olarak anlamlı olan pozitif yönde ki ilişki deney grubuyla aynı sonucu ortaya koymuştur. Bu durum bağlanma stili ve kullanılan savunma mekanizması arasında ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda nevrotiklik ve kaygılı/kaçınan bağlanma stilleri arasında ilişki olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Ulu ve Tezer, 2010; Backström ve Holmes, 2001; Griffin ve Bartholomew, 1994; Surcinelli, Rossi, Montebanarocci ve Baldaro, 2010). Benzer şekilde, immatür savunma puanları ve kaygılı ve kaçınan bağlanma stillerinden oluşan güvensiz bağlanma stilinde de istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. West'in 2018 yılında yaptığı tez çalışmasında güvensiz bağlanma stilleri ve immatür savunma mekanizmaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu ortaya konmuştur.

Deney grubu katılımcılarının SBÖ ölçek ve alt ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadın ve erkek SBÖ puanları arasında fark olmadığı istatistiksel olarak ortaya konmuştur. Callak tarafından 2019 yılında yapılan “Psikolojik belirtiler ile savunma mekanizmaları arasındaki ilişkide şemaların aracı rolü” isimli çalışmanın sonucuna göre immatür ve olgun savunmalarda cinsiyete göre farklılaşma olmadığı ortaya konmuştur. Nevrotik savunmaların kadınlar tarafından daha sık kullanıldığı belirtilmiştir. Bu durumun çalışmaya katılan kadın, erkek sayısının orantısızlığıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada ise kadın ve erkek katılımcı sayısı eşittir. Ergenlik döneminde kullanılan savunma mekanizmaları ile psikolojik sağlamlık ve mutluluk arasındaki ilişkiyi inceleyen bir alan çalışmasında, savunma mekanizmalarının cinsiyet açısından farklılık göstermediği istatistiksel veriler ile ortaya konmuştur (Ezer, 2017). Çağatay (2014) tarafından yapılan “Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ile bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi” adlı alan çalışmasında savunma mekanizmaları kullanımının cinsiyete göre farklılaşma göstermediği bildirilmiştir. Literatürde yer alan bilgiler verileri desteklemektedir. Cinsiyet değişkeninin BSÖ ve alt ölçekleri bazında istatistikler olarak karşılaştırılması sonucu erkeklerin kadınlara oranla daha fazla kaçınan bağlanma geliştirdiği ortaya konmuştur. OKB tanısı almış erkek bireyler, sıklıkla kaçınma davranışları ortaya koymaktadırlar. Kompulsif eylemlerden ziyade, kaçınma davranışı gösterme sıklıkları daha fazladır.

SBÖ alt ölçeği nevrotik savunma biçimi puanları ve BSÖ alt ölçeği kaygılı bağlanma stili puanları bekarlarda evlilere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya katılım sağlayan deney grubu örnekleminin %65'i bekar katılımcılardan oluşmaktadır. Bu nedenden dolayı puanların yükselmesinde bu durumun etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ateş (2019) tarafından yapılan çalışmada bekar katılımcıların evli katılımcılara oranla daha fazla kaygılı bağlanma stiline sahip oldukları ortaya konmuştur. Bağlanma stilleri ve savunma biçimleri çocukluktan itibaren gelişen ve yaşam boyu etkisini sürdüren kavramlar olmakla birlikte; bu kişilerin OKB tanısına sahip olmaları, nevrotik savunmaları kullanma sıklıkları ve kaygılı bağlanma stiline sahip olmaları nedeniyle de ilişki kurmak konusunda yetersiz kalabildikleri ve çekimser davrandıkları düşünülmektedir. Yapılan bir çok çalışmada da bekarların evlilere oranla daha fazla olduğu ve OKB'nin yaşam kalitesini etkilemesinden dolayı kişilerin ilişki kurmaktan uzak durdukları bildirilmiştir (Karno ve ark., 1988; Nestadt, 1994; Rasmussen, 1984; 1992; Demet ve ark., 2005; Jaung, Liu, 2001).

Bu çalışmaya katılım sağlayan eğitim düzeyleri lise, ön lisans, lisans ve lisans üstü şeklindedir. Yapılan istatistiksel analizlere göre BSÖ ve alt ölçeklerinde eğitim durumuna göre herhangi bir farklılaşma gözlenmemiştir. Bağlanma stilleri kişilerin bebeklik döneminden itibaren gelişmeye başlayan bir kavram olduğundan dolayı oluşumu üzerinde eğitimin bir etkisi olmadığı düşünülmektedir. BSÖ ve eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde bir farklılaşma gözlenmemiştir. Bebek ve anne arasında kurulan bağın eğitim ile ilgisi olmadığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar bağlanma stilleri ve eğitim durumu arasında ilişki olmadığını belirtmiştir (West, 2018; Ateş, 2019). Deney grubu SBÖ immatür savunma puanları değerlendirildiğinde 'lisans' eğitimi alan kişilerin immatür puanlarında bir yükselme söz konusudur. Katılımcıların %52.5 oranında lisans mezunu olması ve örneklemin yarısından fazlasını oluşturmasının, bu yükselmenin ortaya çıkmasını sağlayabileceği düşünülmektedir. Literatürde savunma biçimleri ve eğitim durumu alanında yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Sosyoekonomik seviye bağlanma stillerinin yordayıcısı değildir. Anne ile kurulan bağın kişilerin gelir düzeyi ile ilişkisi yoktur. Bu çalışmada da gelir düzeyi ele alındığında BSÖ puanlarında bir farklılaşma söz konusu değildir. Bu çalışmaya katılan bireylerin %70'i 2000-10000 gelir aralığına sahiptirler. Bu durum SBÖ toplam puanının

2000-5000 TL ve 5000-10000 TL gelir düzeyine sahip bireyler de artış göstermesini açıklamaktadır. Literatürde ulaşılabilir olan çalışmalar arasında; savunma mekanizmaları ve gelir düzeyi ilişkisinin incelendiği çalışma bulunmamaktadır.



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) obsesyon ve kompulsiyon ile karakterize bir ruhsal bozukluktur. Obsesyon kişilerin zihnine ansızın, istenmeyen ve kontrol edilemez biçimde gelen düşünce ve imgelerdir. Kompulsiyon obsesyonların yarattığı anksiyeteyi azaltmak için yapılan, tekrarlayıcı davranış örüntüleri veya zihinsel eylemlerdir.

Bu çalışma, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin savunma mekanizmaları ve psikiyatrik tanı almamış bireylerin savunma mekanizmalarını bağlanma biçimleri bağlamında karşılaştırmayı hedeflemiştir. Çalışmanın başlangıcında belirtilen hipotezler, çalışmaya katılan bireylere uygulanan ölçeklerin istatistiksel analizleri sonucu doğrulanmıştır.

Bu çalışmanın OKB tanısı almış 40 kişilik deney grubu ve psikiyatrik tanı almamış 40 kişilik kontrol grubundan oluşması başlangıçta planlanmıştır. Çalışmanın yapıldığı süreç içerisinde 20 kadın, 20 erkek OKB tanısı almış birey çalışmaya katılmıştır. Kendilerine verilen ölçekleri, ölçeklerin puanlamasına uygun biçimde doldurmuşlardır. Sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu rastgele seçilmiştir. Çalışma için kullanılan ölçekleri puanlamaya uygun bir şekilde doldurmuşlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre; deney grubu ve kontrol grubu sosyodemografik verilerinin arasında belirgin bir fark söz konusu değildir. Bu iki grubun sosyodemografik açıdan benzer özelliklere sahip olması, gruplar arası farkın istatistiksel analizinin güvenilirlik ve geçerliliğini arttırmıştır.

Deney grubu katılımcılarının yaş ortalaması 30.95, kontrol grubu katılımcılarının yaş ortalaması 24.92 şeklinde bulunmuştur. İki grupta erişkenlik döneminde olan bireylerden oluşmuştur.

SBÖ aracılığıyla ölçülen savunma mekanizmalarının kullanım sıklığı açısından iki grubun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır. Kontrol grubunun, deney grubuna kıyasla matür savunmaları ($p<0.001$) daha sık kullandıkları belirtilmiştir. Deney grubu SBÖ nevrotik savunma ($p=0.009$) ve immatür savunma ($p=0.003$) puanları, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. OKB tanısı almış bireylerin savunma mekanizmalarını kullanma sıklıkları, sırasıyla nevrotik, immatür ve matür şeklindedir. Kontrol grubunda yer alan sağlıklı bireylerin savunma mekanizmalarını kullanma sıklıkları, sırasıyla matür, nevrotik ve immatür şeklindedir. Bu sonuçlar, çalışmanın

başında ortaya konan iki grup arasında kullanılan savunma mekanizmalarının farklılık gösterdiğini söyleyen varsayımı desteklemektedir.

BSÖ aracılığıyla ölçülen bağlanma stilleri puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde deney grubu ve kontrol grubu arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Deney grubu kaygılı ($p<0.001$) ve kaçınan bağlanma stili ($p=0.023$) puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Kontrol grubu güvenli bağlanma stili puanları ($p=0.041$) ise deney grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum OKB tanısı almış bireyler ile psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin sahip olduğu bağlanma stillerinin farklılığını istatistiksel olarak ortaya koymuştur. Yapılan araştırmalara göre güvensiz bağlanma stiline sahip bireylerin, patoloji geliştirme riskinin; güvenli bağlanma stiline sahip bireylere oranla daha fazla olduğu ortaya konmuştur (Harris, Bifulco, 1991; Brown, Wright, 2003; Scinto ve ark., 1999; Kesbir ve ark., 2011; Eng ve ark., 2001; Myhr ve ark., 2004).

Çalışmanın korelasyon analizi ile BSÖ ve SBÖ alt boyutları arasındaki ilişkisellik incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler ortaya konmuştur. Deney grubu, nevrotik savunma biçimi puanları ile kaygılı bağlanma stili puanları ($r=0.372$ $p=0.018$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Deney grubu nevrotik savunma biçimi ve güvenli bağlanma stili ($r=0.412$ $p=0.008$) arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Kontrol grubu immatür savunma biçimi puanları ile kaygılı ($r=0.375$ $p=0.017$) ve kaçınan bağlanma stili ($r=0.497$ $p=0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Kontrol grubu nevrotik savunma biçimi puanları ve kaygılı bağlanma stili ($r=0.313$ $p=0.049$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kontrol grubu BSÖ ve kontrol grubu SBÖ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu istatistiksel olarak ortaya konmuştur ($r=0.314$ $p=0.048$). Korelasyon verileri iki grup için değerlendirildiğinde, iki ölçeğin ve bu ölçeklerin alt ölçeklerinin birbirleriyle olan ilişkilerinin istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki göstermesi; bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bağlanma stilleri, ebeveyn ve bakım veren arasında bebeklikten itibaren başlayan bir süreçtir. Savunma mekanizmaları ise, psikodinamik kuram temelinde değerlendirildiğinde bebeklikten itibaren gelişen ve kaygıyla başa çıkmak için kullanılan örüntülerdir. Savunma mekanizmalarının ilkel, nevrotik ve olgun savunmalar olarak üç farklı kümede

incelenmesi ve bu savunmaların farklı gelişim aşamaları ile bağlantılarının olması, kişilerin kullandıkları savunma sıklıklarının hem bağlanma stilleri, hem ebeveyn tutumları hem de patolojileriyle ilişkin olabileceğini düşündürmektedir. Bond (2004)'a göre, savunma biçimleri patolojiye neden olan bir faktör değildir. Patoloji, savunmaların yansımasıdır. Kişiler yaşamları boyunca, özellikle çocukluklarından itibaren anksiyeteye karşılaştıklarından dolayı, kaygıyla baş etmek için savunmalar geliştirirler (A. Freud, 2004).

OKB tanısı almış bireylerin kaygılı bağlanma stiline sahip olmaları, güvensiz bağlanan kişilerin patolojiye yatkın hale geldiğini düşündürmektedir. Savunma mekanizmaları ise ebeveyn tutumları ve çevresel faktörlerden etkilenmekle birlikte kişinin ebevenleri ile olan ilişkilerinin kalitelerine bağlı olarak ortaya çıkan bağlanma stili sonucu oluşan, içsel çalışan modellerin ve dış dünyaya, kendiliğe dair algıların getirisi olarak savunma mekanizmalarının gelişimini ve kaygıyla baş ederken bir strateji olarak kullanılacak savunma stilinin türünü öncülediği düşünülmektedir. Kişilerin patoloji geliştirdikten sonra ki süreçte kaygıyla başa çıkmak için kullanacakları savunma biçiminin, çocukluktan itibaren öğrendikleri ve işlevsel olmayan savunmaların kullanımının tekrarlayan bir örüntü haline gelebileceği varsayılmaktadır.

YEDİNCİ BÖLÜM

SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

Sınırlılıklar:

1. Yapılan çalışma özel bir klinikte yapılmıştır. Zaman ve ulaşılabilir hasta sayısının kısıtlılığı nedeniyle, istatistiksel olarak anlamlı olan fakat sınırlı bir örneklem tercih edilmiştir. Daha fazla hastanede ve klinikte benzer çalışmaların yapılması, daha ayrıntılı verilere ulaşılmasını sağlayacaktır.
2. Ebeveyn tutumlara doğru bir şekilde ulaşılammış olmaması, bu çalışmada ebeveyn tutumlarını değerlendirmeye olanak sağlamamıştır. Yapılacak yeni çalışmalarda ebeveyn tutumlarının daha detaylı ve güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi, sonuçların yordanmasını kolaylaştıracaktır.
3. OKB tanısı alan bireylerin semptom listeleri değerlendirilmeye alınmamıştır. Bu durum obsesyon ve kompulsyon alt tipleri ile bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasında bağlantı kurmayı imkansız hale getirmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda detaylı semptom listesi almak ve bu semptomların sıklık ve şiddetinin istatistiksel olarak analiz edilmesi cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve ebeveyn tutumlarına dair daha detaylı bilgi edinilmesini sağlayacaktır. Bu bilgiler ışığında değişkenler arası nedensellik ilişkisi kurma olasılığı artacaktır.
4. OKB başlangıç yaşı öğrenilemediğinden dolayı, başlangıç yaşına dair çalışmaların diğer değişkenlerle olan ilişkisi değerlendirilememiştir.

Öneriler

1. Çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde, OKB tanısı almış bireylerin nevrotik savunmaları kullanma sıklıklarının daha fazla olması tedavi planında bu durumun da gündeme alınması gerekliliğini düşündürmüştür. Bireylerin kaygıyla baş ederken yanlış stratejileri kullanmasının, OKB devamlılığında rol oynadığı düşünülmektedir. Bu nedenle kişilerin kaygıyla baş ederken kullandıkların savunmaların terapi etkinliği ile değiştirilmesi hedeflenebilir.
2. Kaygılı ve kaçınan bağlanma stili sergileyen bireylerin, yetişkinlik ilişkilerinde debu bağlanma stillerinin etkilerinin sürdüğü bilinmektedir. OKB tanısı almış

bireylerin sosyal ve kişisel ilişkileri değerlendirmeye alınarak, kaygılı ve kaçınan bağlanmanın yol açabileceği ilişki problemleri ayrıca gündeme alınabilir.

3. Ebeveyn tutumları ve çocukluk çağına dair detaylı değerlendirme yapılarak, terapi süreci içerisinde kişilerin olumsuz otomatik düşünceleri, ara inançları ve şemaları üzerine çalışma yapılabilir.
4. Bu çalışma sınırlılıkları değerlendirildiğinde, yapılacak yeni çalışmaların daha büyük bir örnekleme yapılması; sosyodemografik verilerin daha detaylı bir şekilde sorulması; YBOCS semptom listesinin istatistiksel analize alınması gerekliliği söz konusudur.



KAYNAKÇA

Akbağ, M., İmamoğlu, S., (2010). Cinsiyet ve Bağlanma Stilllerinin Utanç, Suçluluk ve Yalnızlık Duygularını Yordama Gücünün Araştırılması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri / Educational Sciences: Theory & Practice* 10 (2) Bahar / Spring; 651-682

Alaghband-Rad J., Hakimshoostary M., (2009). A randomized controlled clinical trial of citalopram versus fluoxetine in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Euro Child Adoles Psychiatry*; 18:131-135.

Algül, A., Ateş, M., A., Gülsün, M., Doruk, A., Semiz, Ü. B., Başoğlu, C., Çetin, M. (2009). Antisosyal kişilik bozukluğu olgularında kendini yaralama davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 278-85.

Allen J., P, Moore C, Kuperminc G, Bell K., (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*; 69:1406-19.

American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (2013). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., (1994). Washington D.C., APA.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (2. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D. ve Rössler W. (2004). *Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course.* *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 254, 156-164.

Arias Horcajadas F, Soto J., A, García-Cantalapiedra M., J, Rodríguez Calvin J., L, Morales J, Salgado M., (2006). Effectiveness and tolerability of addition of risperidone in obsessivecompulsive disorder with poor response to serotonin reuptake inhibitors. *Actas Esp Psiquiatr*; 34:147-152.

Ateş, N. , (2019). Eğitim Düzeylerine Göre 20-35 Yaş Arasındaki Evli ve Bekârların Bağlanma Stili Puanlarının Karşılaştırılması. *Eğitim ve Yeni Yaklaşımlar Dergisi 1, 1-11*

Atile A., (2015). Böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif semptomları arasındaki ilişkinin sosyo-demografik değişkenler eşliğinde incelenmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 36-48.*

Avezier, A., Sagi, A., Resnick G. ve Gini M. (2002). School competence in young adolescence: Links to early attachment relationships beyond concurrent self-perceived competence and representations of relationships. *International Journal of Behavioral Development, 26, 397-40.*

Backström, M., Holmes, B., M., (2001). Measuring adult attachment: A construct validation of two self-report instruments. *Scandinavian Journal of Psychology, 42(1), 7986.*

Baer, L., Jenike, M., A., (1990) *Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management, Second Edition.* Year Book Medical Publishing, Chicago, IL.

Bartholomew, K., Shaver, P.R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge.

Bartholomew, K., Horowitz, L., M. (1991). Attachment styles among young adults: A tests of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61(2): 226-244.*

Bayar, R., Yavuz, M., (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. *Sempozyum Dizisi No:62, Mart 2008, S:185-192.*

Beck, A.T., Emery, G., Greenber, R., L. (1985). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler: Bilişsel bir bakış açısı* (V. Öztürk, (2006), Çev). Litera Yayınları: İstanbul.

Bell R., Q, Ainsworth M., D., (1972). Infant cryug and maternal responsiveness, *Child Development 43: 1171-1190.*

Berlin, H., A., Rolls, E., T., (2004). Kischka U. Impulsivity, time perception, emotion and reinforcement in patients with orbitofrontal cortex lesions. *Brain*; 127:1108-1126.

Bigelow, A., E, Littlejohn, M., Bergman, N., Mcdonald, C., (2010). The relation between early mother infant skin to skin contact and later maternal sensivity in South african mothers of low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal*, 31, 358-377.

Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B., Şar, V., Taycan, O., Ulaş, H., (2014). Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014;25(4):264-81.

Blanco C, Olfson M, Stein D., J., Simpson H., B., Gameroff, M., J., Narrow, W., H., (2006). Treatment of obsessive-compulsive disorder by U.S. psychiatrists. *J Clin Psychiatry*; 67:946-951.

Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Bond, M., Manfro Gus, G., (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.28 no.3 São Paulo Sept.

Bloom, K., C., (1995). The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nurs Res*; 44:284-289.

Bowlby J., (1969). *Attachment and Loss 1st Ed.* London, Hogarth Press.

Bowlby J., (1973). *Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger.* New York, Basic Books.

Bowlby J., (1998). *Attachment and Loss, Vol. II. Seperation, anxiety and anger,* Australia, Pimlico.

Bowlby J., (2012). *Bağlanma.* 2. Basım. T. V. Soylu (çev.), İstanbul: Pinhan Yayıncılık.

Bowlby, J., (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London, Tavistock Publications.

Bowlby, J., (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Brennan, K., A., Clark, C., L. ve Shaver, P., R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment*.

Brenner, C., (1982). *The calamities of childhood. The mind in conflict*. New York: International Universities Press.

Brown, L., S., Wright, J., (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence, psychology and psychopathology. 76:351-367.
Callak, Y. (2019). Psikolojik Belirtiler İle Savunma Mekanizmaları Arasındaki Şemaların Aracı Rolü. *Gelişim Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi*.

Capstick, N. (1971). Clomipramine in obsessional states. *Psychosomatics*; 12:332-335.

Chakrabarty, K., Bhattacharyya, S., Christopher, R., Khanna, S. (2005). Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*; 30:1735-1740.

Chamberlain, S., R., Blackwell, A., D., Fineberg, N., A. (2005). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev*, 29:399-419.

Clark, D., A., Inozu., M., Karancı, A., N. (2011). Unwanted Intrusive Thoughts in Scrupulous and Non-scrupulous Muslims and Christians: The Role of Faulty Appraisal and Control (oral presentation). *Association for Behavioral and Cognitive Therapies Congress 45th Annual Convention, Kasım 10-13, Toronto, Kanada*.

Clark, D., M. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: The Guilt Press.

Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the socalled psychopatic personality*. St. Louis : Mosby.

Cramer, P. (1987). The Development of Defense Mechanisms. *Journal of Personality*, 55(4), 597-614.

Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55(6), 637-649

Cramer, P. (2007) Longitudinal Study of Defense Mechanisms: Late Childhood to Late Adolescence. *Journal of Personality*, 75(1), 1-24.

Crawford, T., N., Shaver, P., R., Cohen, P., Pilkonis, P., A., Gillath, O., Kasen, S. (2006). Self-reported attachment, interpersonal aggression, and personality disorder in a prospective community sample of adolescents and adults. *Journal of Personality Disorders*, 20, 331-351.

Crittenden, P., M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 259-277.

Çağatay, S., E. (2014). Üniversite Öğrencilerinin Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantı Düzeyi ile Bağlanma Stilleri ve Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi*.

Çalışır, M. (2009). Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 1:240-25.

Çelik, R. (2013). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında DNA tamir genlerinin araştırılması. *İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi*, 1-8.

Çetin, F., Ç., Pehlivan Türk, B., Ünal, F., Uslu, R., İşeri, E., Türkbay, T., Coşkun, A., Miral, S., Motavallı, N. (Ed.). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. 1.Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 90-100.

Çiftçi, D. (2010). Kişinin ebeveyn ilişki algısı ile yetişkinlik bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.

- Degonda, M., Wyss, M., Angst, J. (1993). The Zurich Study XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 243:16-22.
- Del Casale, A., Kotzalidis, G., D., Rapinesi, C., Serata, D., Ambrosi, E., Simonetti, A. (2011). Functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychobiology*; 64:61-85.
- Demet, M. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anatolian Journal of Psychiatry*; 6:133-144.
- Demet, M., M., Deveci, A., Deniz, F., Taşkın, O., Şimşek, E., Yurtsever, F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 6:133-144.
- Demet, M., M., Taşkın, E., O. (2002). Obsesif-kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 39 (1): 9-19.
- Demir, İ. (2010). *Ergenlik döneminde bağlanma*.
- Deniz, F. (2005). Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa..*
- Deniz, M., E. (2006). Ergenlerde Bağlanma Stilleri İle Çocukluk İstismarları ve Suçluluk-Utanç Arasındaki İlişki. *Eğitim Araştırmaları Dergisi (Eurasian Journal of Educational Research)*.22, 89-99
- Doğan, K., Solak, Ö., S., Özdel, K., Türkçapar, M., H. (2013). Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinde ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Üstbilişlerin Karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2; 34-40.
- Doğan, O. (2010). Dirençli obsesif kompulsif bozukluk ve tedavi seçenekleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 11:269-278.
- Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C., Kılıçkap, Z., Özbek, H., Akyüz, G. (1995). *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Dilek Matbaası, Sivas.*

- Doron, G., Kyrios, M. (2005). Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415–432.
- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., Nedeljkovic, M., Mikulincer, M. (2011). Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 1022-1049.
- Eder, R., Mangelsdorf, S. (1997). *The emotional basis of early personality development: Implications for the self concept*, *Handbook of Personality Psychology*.
- Eğrilmez, A., Gülseren, L., Aydemir, Ö., Kültür, S. (1995). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenolojik özellikler. *3P Dergisi*; 3:9-14.
- Eisen, L., Rasmussen, A. (2002). Symptom stability in adult obsessivecompulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *Am J Psychiatry*; 159(2):263-8.
- Eng, W., Heimberg, R., G., Hart, T., A., Schneier, F., R., Liebowitz, M., R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*; 1:365-380.
- Erikson, E., H. (2014). *İnsanın 8 Evresi*. Ed. Akkaya, G., Okyan Us Yayınları.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara.
- Erözkan, A. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri ve Karar Stratejileri. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*. Yıl:2, Sayı:3.
- Ersin, A. (2017). OKB tanısı olan çocuk ve ergenlerde belirti dağılımının ebeveynlerdeki obsesif kompulsif belirti dağılımı ve ebeveyn tutumları ile olan ilişkisi. *Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıkla Sempozyum Dizisi No:62, Mart, S:25-30*.
- Esman, A. (2001). Obsessive compulsive disorder: Current Views. *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*.

Evans, D., W., Lewis, M., D., Iobst, E (2004). The role of the orbitofrontal cortex in normally developing compulsive-like behaviors and obsessive-compulsive disorder. *Brain Cogn*; 55:220-234.

Ezer, H., İ. (2017). Ergenlik Döneminde Yaygın Kullanılan Savunma Mekanizmaları ile Psikolojik Sağlamlık ve Mutluluk Düzeyi Arasındaki İlişki; Hatay İl Merkezi Örneği. *Çağ Ünivertesi, Yüksek Lisans Tezi*.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.

Ferenczi, S. (1913). *Stages in the development of a sense of reality. First contributions to psycho-analysis*. New York: Brunner/Mazel.

Fireman, B., Koran, L., M., Leventhal, J., L., Jacobson, A. (2001). The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. *Am J Psychiatry*; 158:1904-1910.

Flament, M. (1990). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Encephale*; 16:311-316, 5.

Frankel, K., A., Bates, J., E., (1990). Mother-toddler problem solving: Antecedents in attachment, home behavior, and temperament. *Child Development*, 61, 810-819.

Franklin, M., E., Abramowitz, J., S., Jonathan, S., Kozak, M., J., Levitt, J., T., Foa, E., B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 594-602.

Freud, A. (1966). Obsessional neurosis: A summary of psychoanalytic views as presented at the congress. *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*.

Freud, A. (2004). *Ben ve Savunma Mekanizmaları*. Çev. Yeşim Erim, İstanbul: Metis Yayınları.

Freud, S. (1888). *Hysteria. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume I (1886-1899): Pre-Psycho-Analytic Publications and Unpublished Drafts*, 37-59.

Freud, S. (1896). *Further Remarks on the Neuro-Psychoses of Defence*. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications*, 157-185.

Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams*. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vols. 4 and 5*.

Freud, S. (1905). *Jokes and their relation to the unconscious*. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol 8*, 1–247.

Freud, S. (1908). *Kişilik ve anal erotizm. Cinsellik Üzerine Üç Deneme*. Çev. Budak, S. (1997).

Freud, S. (1923). *Haz İlkesinin Ötesinde, Ego ve İd ve Başka Yapıtlar, Çözümlemeler ve Notlarla*, Çev. Yardımlı, A. (2000). İdea Yayınevi.

Freud, S. (1926). *Ketlemeler, semptomlar ve kaygı Psikopatoloji Üzerine*, (Çev. S Budak) Ankara, (1997), Öteki Yayınları.

Freud, S. (1928). *Humour*. *International Journal of Psychoanalysis*, 9,1.

Freud, S. (1935). *A General Introduction to Psychoanalysis*.

Freud, S. (1957). *Repression*. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, Strachey, J. (Ed.). London: Hogart Press, 141-158.

Freud, S. (1959). *Inhibition, Symptoms, and Anxiety*. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XX (1925-1926), An Autobiographical Study, Inhibitions, Symptoms and Anxiety, The Question of Lay Analysis and Other Works*, Strachey, J. (Ed.). London: Hogart Press, 281-291, 22.

Freud, S. (1962). *The Neuro-Psychoses of Defence*. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications*, Strachey, J. (Ed.). London: Hogart Press, 41-61, 22.

Freud, S., (1917). *Mourning and melancholia*. *Standard Edition*, 14, 243-258.

- Furman, W, Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Dev*;63:103-15. 17.
- Geçtan, E. (2006) *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dış Davranışlar*. 18. Baskı, İstanbul: Metis Yayınları.
- Geller, D., A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*; 29:353-370.
- Gilbert, P., McEwan, K., Hay, J. (2007). Social rank and attachment in people with a bipolar disorder. *Clin Psychol Psychother*; 14:48-53.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S., A. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Göka, E., Yüksel, V., F., Göral, F., S. (2006). İnsan İlişkilerinde Yansıtma Özdeşim. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 17(1):46-54.
- Grabe, H., J., Meyer, Ch., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessivecompulsive disorder and subclinical obsessive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 262-268.
- Greenberg, B., D., Rauch, S. L., Haber, S., N. (2010). Invasive circuitry-based neurotherapeutics: stereotactic ablation and deep brain stimulation for OCD. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 317.
- Griffin, D., W., Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 67(3), 430.
- Gülseren, L., Eğrilmez, A., Gülseren, Ş, Kültür, S. (1995). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş bir grup hastada obsesyonların biçim ve içerikleri: Kesitsel bir sınıflandırma çalışması. *3P Dergisi*; 3:159-162.
- Hamidi, F., Shirazi Mothlag, S., (2010). Comparison of Irrational Beliefs and Defence Mechanisms in Patients with Obsessive Compulsive Disorder and

Normal Individuals. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5 (2010) 1520–1524.

Harris, T, Bifulco, A. (1991). *Loss of parent in childhood, attachment style and deprivation in adulthood, in attachment across the life cycle*, (ed) CM Parkers, J Steveson-Hinde, P Marris, London, Routledge.

Hartmann, H. (2004). *Ben Psikolojisi ve Uyum Sorunu*, (Çev.: Tura, S.M.). İstanbul: Metis Yayıncılık.

Hazan, C, Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*, 52: 511-524.

Hollander, E., Kaplan, A., Allen, A (2000). Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatre Clin North Am*, 23 (3):643-656.

Holmes, J., Bowlby, J. (1997). *Attachment Theory*. s:127, 137-140, 185-196, Routledge.

Hortaçsu, N. (1991). *İnsan İlişkileri*. Ankara, İmge Kitapevi.

Ihilevich, D., Gleser, G., C. (1995). *The Defense Mechanisms Inventory: Its Development and Clinical Applications Ego Defenses Theory and Measurament*. Conte, H., R., Plutchik, R. (Ed.) 221-247 New York: John Wiley and Sons.

J. A. Simpson ve W. S. Rholes. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.

J.A. Simpson, W., S., Rholes (Eds.) *Attachment Theory and Close Relationship* (25-45). New York: Guilford Press.

Janowitz, D., Grabe, H., J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein A. (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*, 26, 1012– 1017.

Johnson, A. (1949). *Sanctions for superego lacunae of adolescents*. K., R. Eissler (Derleyen), Searchlights on delinquency (s, 225-245). New York: International Universities Press.

Juang, Y., Y., Liu, C., Y. (2001). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*; 55:623-627.

Judd, L. (1965). Obsessive-compulsive neurosis in children. *Arch Gen Psychiatr*, 12:136-143.

Kaplan, B., Aksel, E., Ş. (2013). Ergenlerde Bağlanma ve Saldırganlı Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Nesne Psikoloji Dergisi (NPD)*, 2013, Cilt 1, Sayı 1, Volume:1, Number:1.

Karadağ, F., Oğuzhanoglu, N., K., Özdel, O., Ateşçi, F. Ç. ve Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: A phenomenological picture. *Depression and Anxiety*, 23, 145-152.

Karakuş, G., Tamam, L. (2017). Yatarak tedavi gören obsesif kompulsif bozukluk hastalarının klinik özellikleri. *Çukurova Medical Journal* 2017;42(1):140-146.

Karaman, D., Durukan, İ., Erdem, M. (2011). Çocukluk Çağı Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(2):278-295.

Karamustafalıoğlu, O., Ceylan, Y., Bakım, B., Toker, S., Bozkurt, S., Göksan, B., Ögütçen, Ö., Akpınar, A. (2009). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2009;43;112-116.

Karamustafalıoğlu, O., Ulusoy, M. (1993). *Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması*. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Savaş Ofset, s., 86.

Karen, R. (1998). *Becoming attached*, Oxford University Press, New York, s: 6,17-24, 41, 43, 94, 107.

Karno, M., Golding, J., M., Sorenson, S., B., Burnam, M., A. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*; 45:1094- 1099.

Karşlıoğlu, E., H., Yüksel, N. (2007). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*;10(Ek 3):3-13

Kayaalp, L. (2008). *Freud ve Psikanaliz*.

Kernberg, O., F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aranson.

Kernberg, O., F. (1976). *Object relations theory and clinical psycho-analyses*. Northvale NJ: Jason Aronson Inc.

Kernberg, O., F. (1987) Projection And Projective Identification: Developmental And Clinical Aspects. *J Am Psychoanal Assoc*, 35:795-819.

Kernberg, O., F. (1994). Mechanism of The Defense: Development and Research Perspectives. *Bulletin of The Menninger Clinic*, 58(1), 55-87.

Kesebir, S., Kavzoğlu, S., Üstündağ, M., F. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 3(2), 321-342.

Kesmez, E. (2017). Cinsiyet Faktörünün Bağlanma Stillerine ve Yalnızlığa Etkisinin Meta Analizi. *Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi*.

Kim, M., S., Kim, Y., Y., Yoo, S.,Y., Kwon, J., S. (2007). Electrophysiological correlates of behavioral response inhibition in patients with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*; 24:22-31.

Klein, M. (1948). On the Theory of Anxiety and Guilt. In: *Envy and Gratitude Hogarth Press* 25-47.

Klein, M. (1940). *Mourning and its relation to manic depressive states*. *Love, Guilt and Reperation and Other Works*. London, Vintage, 1998, s.344-370.

Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. In: *Envy and Gratitude and Other Works Hogarth Press* 1-24.

Klein, M. (1952). Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant” Klein M., Heimann, P., Isaacs, S. (der.) *Developments in Psychoanalysis*, London: Hogarth Press.

Klein, M. (1999). *Haset ve Şükran*, Metis Yayınları İstanbul.

Kobak, R., R., Cole, H., Ferenz-Gillues, R., Fleming, W., Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem-solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231-245.

Kohut, H. (1998). *Kendiliğin Çözümlemesi*, (Çev., Cebeci, O.), Metis Yayınları, İstanbul.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*, New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1986). *Forms and Transformations of Narcissism; Essential Pappers on Narcissism*, New York University Press, New York.

Koo, M., S., Kim, E., J., Roh, D., Kim, C., H. (2010). Role of dopamine in the pathophysiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*; 10:275-290.

Kozalı, E. (2017). *Depresyonda Yaşam Kalitesi: Yetişkin Bağlanma Stiller, Duygulanım Düzenleme Stratejileri ve Öz Duyarlılığın Rolü*, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Kökçü, F., Kesebir, S. (2010). İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 21:309-318.

Kwon, J., S., Kim, J., J., Lee, D., W., Lee, J., S., Lee, D., S., Kim, M., S. (2003). Neural correlates of clinical symptoms and cognitive dysfunctions in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Res*; 122:37-47.

Lacerda, A., L., Dalgalarondo, P., Caetano, D., Haas, G., L., Camargo, E., E., Keshavan, M., S. (2003). Neuropsychological performance and regional cerebral blood flow in obsessive–compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 27:657-66.

Laplanche, J., Pontalis, J., B. (1973.) *The Language of Psychoanalysis*. London, W.W. Norton & Company.

Laughlin, H., P., (1967). *The neuroses*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Leib, P., T. (2001). Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*, 21:222-242.

Lensi, P., Cassano, G., B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J., L., Akiskal, H., S. (1996). Obsessive compulsive disorder familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*; 169:101-107.

Leonard, H., L., Lenane, M., C., Swedo, S., E., Rettew, D., C., Gershon, E., S., Rapoport, J., L. (1992). Tics and Tourette's disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry*; 149:1244-1251.

Lifton, R., J. (1968). *Death in life: Survivors of Hiroshima*. New York: Random House.

Lütkenhaus, P., Grossmann, K., E., Grossmann, K. (1985). Infant-mother attachment at twelve months and style of interaction with a stranger at the age of three years. *Child Development*, 56, 1538-1542

Mahler, M. (2003). *İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu*. Metis Yayınları, İstanbul.

Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 237-24.

Mallinger, A. (1984). The obsessive myth of control. *J Am Acad Psychoanal*, 12:147-165.

Martinez-Gonzalez, A., E., Pigueras-Rodriguez, J., A. (2008). Neuropsychological update on obsessive-compulsive disorder. *Rev Neurol*; 46:618-625.

McWilliams, N. (2009). *Psikanalitik Tanı-Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak 6. Baskı*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları 259. Psikanaliz/Psikoloji Dizisi 1.

Meares, R. (2001). A specific developmental deficit in obsessive disorder: The example of the wolf man. *Psychoanalytic Inquiry*, 21:289-320.

Melloni, M., Urbistondo, C., Sedeño, L., Gelormini, C., Kichic, R., Ibanez, A. (2012). The extended frontostriatal model of obsessive compulsive disorder: convergence from eventrelated potentials, neuropsychology and neuroimaging. *Front Hum Neurosci*; 6:259.

Mesulam, M., M. (2000). *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology*. New York, Oxford University Press. 10.

Mikulincer, M., Shaver, P., R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. The Guilford Press: New York.

Moore, G., J., MacMaster, F., P., Stewart, C., Rosenberg, D., R. (1998). Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 37:663-667.

Morsünbül, Ü. (2011). Çok F. Bağlanma ve ilişkili değişkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3:553-70.

Murphy, D., Zohar, J., Pato, M. (1989). Obsessive-compulsive disorder as a 5-HT subsystem behavioral disorder. *Br J Psychiatry*, 155(Suppl):15-24

Myhr, G., Sookman, D., Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 447-456.

Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., Westen, D. (2000). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 41:1111-1123.

Nestadt, G. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychol Med*; 31(3):481-7.

Nestadt, G., Samuels, J., F., Romanoski, A., J. (1994). Folstein MF, McHugh PR. Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatr Scand*; 89:219-224.

- Nickerson, A., Nagle, R. (2005). Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*; 25:223-49.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder, (1997). *Behav Res Ther*; 35:667-681.
- Odağ, C. (2001). *Nevrozlar-2*. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları.
- Okasha, A., Saad, A., Khalil, A., H., Seif El Dawla, A., Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Comp Psychiatry*; 35:191-197.
- Öztürk, M., O. (1994). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Pauls, D., L., Alsobrook, J., P., Goodman, W., Rasmussen, S., Leckman, J., F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*; 152:76-84.
- Perry, J., C., Cooper, S., H. (1989). An Empirical Study of Defense MechanismsI. Clinical Interview and Life Vignette Ratings. *Arch Gen Psychiatry* 46(5):444–452.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. (M. Cook, Trans.). W W Norton & Co.
- Pişgin, İ., Özen, D., Ş. (2010). Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 2:117-131.
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., Pantelis, C. (1998). Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder on tests of frontal-striatal function. *Biological psychiatry*, 43 (5), 348-57.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther*; 31:149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and*

Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther*; 36:385-401.

Rapoport, J., L., Elkins, R., Langer, D., H., Sceery, W., Buchsbaum, M., S., Gillin, J., C. (1981). Childhood obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*; 138:1545- 1554.

Rasmussen, S., A., Eisen, J., L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*; 15:743-758.

Rasmussen, S., A., Tsuang, M., T. (1984). The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*; 5:450-457. 20.

Renynghe de Voxrie, G., V. (1968). Anafranil in obsessive neurosis. *Arch Neurol Belg*; 68:787-792. 30.

Rettew, D., C., Swedo, S., E., Leonard, H., L., Lenane, M., C., Rapoport, J., L. (1992). Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* ; 31:1050-1056.

Rosenberg, D., R., Hanna, G., L. (2000). Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry* 48:1210-1222.

Rosenberg, D., R., Keshavan, M., S., O'Hearn, K., M. (1997). Frontostriatal measurement in treatment-naïve children with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 554:824830.

Rosqvist, J., Norling, D., C. (2008). *Kontrol Etme Kompulsiyonu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar El Kitabı*, Okyan Us, İstanbul: 44-46.

Salkovskis, J. Kirk, D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Salkovskis, P., M. & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. K. Hawton, P. M.

Salzman, L. (1985). *Treatment of the Obsessive Personality*. New York, Aronson

Salzman, L., Thaler, F., H. (1981). Obsessive compulsive disorders: a review of the literature. *Am J Psychiatry*; 138:286-296.

Sanematsu, H., Nakao, T., Yoshiura, T., Nabeyama, M., Togao, O., Tomita, M.(2010). Predictors of treatment response to fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: an fMRI study. *J Psychiatr Res*; 44:193-200.

Santrock, W., J. (2011). *Yaşam Boyu Gelişim*. Ed. Yüksel, G., Nobel Akademik Yayıncılık.

Saxena, S., Rauch, S., L. (2000). Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 23(3):563-586.

Sayar, K., Dinç, M. (2008). *Psikolojiye Giriş*, Dem Yay., İstanbul, s.122.

Sayar, K., Uğurad, I., K., Acar, B. (1999). Obsessif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9,142-147.

Schaffer, H., R. (1996). *Social development*. Blackwell Publishing.

Scinto, A., Marinangeli, M., G., Ka1yvoka, A., Daneluzzo, E., Rossi, A. (1999). The use of the Italian version of the Parental Bonding Instrument (PBI) in a elinical sample and in a student group: an exploratory and confirmatory factor analysis study. *Epidemiol Psichiatr Soc*; 8:276-283.

Seedat, S., Stein, D., J. (2002). Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. *Psychiatry Clin Neurosci*; 56:17-23.

Shabanpour, R., Zahiroddin, AR., Janbozorgi, M., Ghaeli, P. (2012). Assessment of Defense Styles and Mechanisms in Iranian Patients Suffering from Obsessive Compulsive or Panic Disorders versus Normal Controls using Persian Version of Defense Style Questionnaire-40. *Iran J Psychiatry, Winter*; 7(1): 31–35.

Shaker, A., Homeyli, N. (2011). Comparing parental bonding and attachment styles in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety and depression. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 9 Issue 3*, p19-25. 7p.

- Shaver, P., R., Hazan, C., Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of three behavioral systems. RJ. Sternberg & M.L. Barnes (Eds), *The Psychology of Love*, ss. 68-99, New Haven, CT: Yale University Press.
- Shorey, H., S., Snyder, C., R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10, 1-20.
- Skinner, B. (1938). *The Behavior of Organisms: An experimental analysis*: 486.
- Skoog, G., Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessivecompulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.
- Snarey, J. R., Vaillant, G., E. (1985). How lower-and working-class youth become middleclass adults: The association between ego defense mechanisms and upward social mobility. *Child Development*, 899-910.
- Snider, L., Swedo, S., E. (2004). Nature and treatment of obsessivecompulsive disorder. *Textbook of Biological Psychiatry*, Panksepp J (Ed), Wiley-Liss, New Jersey.
- Solmuş, T., *Bağlanma, evlilik ve aile psikolojisi*. İstanbul: Sistem.
- Soysal, A., Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., Şenol, S. (2005). Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*; 8:88-99.
- St. Clement Üniversitesi, (2014). *Kişilik Analizine Giriş*.
- Stein, D., J., Stone, M. (1997). *New York, New York University Press*; s.100-112.
- Stein, D., J., Stone, M. (1997). *New York, New York University Press*, s.145-157.
- Stein, M., B., Forde, D., R., Anderson, G., Walker, J., R. (1997). Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry*; 4:1120-1126.
- Steketee, G., Barlow, D., H. (2002). *Obsessive Compulsive Disorder*. In: Barlow DH, editor. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2. New York: Guilford Press.

Stolorow, R., D., Lachmann, F., M. (1978). The developmental prestages of defenses: Diagnostic and therapeutic implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 45-73-102.

Sungur, M., Z. (2004). *OKB'nin Anlaşılması ve Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar*. In *Anksiyete Bozukluklarında Son Gelişmeler* (Ed.Dilbaz, N). Ankara, Pozitif Matbaacılık, 4.

Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanocci, O., Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: Examining the mediating role of personality traits. *The Journal of psychology*, 144(6), 523-534.

Sümer, N., Kağıtçıbaşı, Ç. (2010). Culturally relevant parenting predictors of attachment security: Perspectives from Turkey. P. Erdman ve N. Kok-Mun, (Ed.), *Attachment: Expanding the cultural connections* (157-179).

Sümer, N., Güngör, D. (1999). Yetişkin Bağlanma Stillerinin Ölçeklerinin Türk Örneği Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(43) 71-106.

Şahin, A., R. (1997). *Obsesif-Kompulsif Bozukluk*, Güleç, C. ve Köroğlu E. (Ed), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği.

Şenormancı Ö., Konkan, R., Güçlü, O., G., Sungur, M., Z. (2012). Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 4:335-349.

Tamam, L., Saygılı, M., Ünal, M. (2003). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4 (2), 69-80.

Tan, O. (2016). *Takıntılar*. Timaş Yayınları, İstanbul: 14. Baskı: 224

Taner, Ö., Murat, E., Süleyman, A. (2013). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nöropsikolojik Defisitlerin Beyin Bölgeleri İle İlişkisi Brain Regions and Neuropsychological Deficits in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 5(3):343-354.

Tatlı, M. (2012). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bu bozukluğun gelişimi ve belirti şiddetiyle ilişkisi. *Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Tezi*, 4-31.

Tezcan, A., E., Millet, B., Kuloğlu, M. (1998). Türkiye ve Fransa’da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 1:35-41.

Theraphy, 32, 793-802.

Tok, C., Özçelik, A., D. (2018). Ergenlerin Ebeveyn Bağlanma Stilleri ile Sosyal Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* , Cilt: 11, Sayı: 58, Ağustos.

Topçuoğlu, V. (2003) Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. *Klinik Psikiyatri*, 6, 46-50.

Toros, F., Tot, S., Avcı, A. (2002). Çocuk ve ergenlerde Tourette Bozukluğu: Sosyodemografik, klinik özellikler ve eştanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 13:187-195.

Trivedi, J., K., Dhyani, M., Goel, D., Sharma, S., Singh, A., P., Sinha, P., K. (2008).. Neurocognitive dysfunction in patients with obsessive compulsive disorder. *Afr J Psychiatry*; 11:204-209.

Troisi, A., Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R., Pasquale, C., Siracusano, A. (2006). Body satisfaction in women with eating disorders: Relationship to Early Seperation Anxiety and Insecure Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 449-553.

Tükel, R. (2000). *Anksiyete Bozuklukları*, Çizgi Tıp Yayınevi: Ankara.

Tükel, R. (2012). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel işlevler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*; 5:43-48.

Tükel, R., Ertekin, E., Batmaz, S., Alyanak, F., Sözen, A., Aslantaş, B., Atli, H., Ozyildirim, I. (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 21(3):112-7.

Tükel, R., Topçuoğlu, V., Demet, M., M. (2006). *Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Patogenezi*. In: Tükel R, Alkın T (ed). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Pozitif; s. 299-338.

Türk, B. (2016). Yetişkinlerde Bağlanma Biçimleri Kişilik Özellikleri ve Bu Özelliklerin Ruhsal Sorunlarla İlişkinin Araştırılması. *Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi*.

Tüzün, O., Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19(1):24-39.

Uğurlu, T., Herken, H. (2010). Genetik Epidemiyoloji. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, Cilt 13, Sayı 1, 201.

Ulu, I. P., Tezer, E. (2010). Adaptive and maladaptive perfectionism, adult attachment, and big five personality traits. *The journal of Psychology*, 144(4), 327-340.

Ünal, S. (2008). *Nesne İlişkileri Kuramı*. Güncel Klinik Psikiyatri, Edition: 2. Baskı., Chapter: Nesne İlişkileri Kuramı, Editors: E. Işık, E. Taner, U. Işık, pp.19-22.

Üncüer, F. (2014). Yetişkin Bağlanma Biçimleri ile Obsesif-Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Psikoterapi Uygulamasına Bir Örnek . Orta Doğu Teknik Üniversitesi. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(1), 26-40.

Ünsar, S., Kurt Sadırlı, S., Demir, M., Zafer, R. (2009). Üniversite öğrencilerinin sosyal destek düzeyleri ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 1:17-29.

Vaillant, G., E. (1971). Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms. *Archives of General Psychiatry*. 24.2, 107–118.

Vaillant, G., E. (1977). *Adaptation to life*. Harvard University Press.

Van Grootheest, D., S., Cath, D., C., Beekman, A., T., Boomsma, D., I. (2005). Twin studies on obsessive- compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet*; 8:450-458.

Veale, D., Sahakian, B., J., Owen, A., M., Marks, I., M. (1996). Specific cognitive deficits in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Psychological medicine*, 26 (6), 1261-9

Vogel, P., A., Stiles, T., C., Nordahl, H., M. (2000). Cognitive personality styles in OCD outpatients compared to depressed outpatients and healthy controls. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28(3), 247-258.

Warren, S., L., Huston, L., Egeland, B., Sroufe, L., A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36:637-644.

Waters, E. (2000). *Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study*, *Child Development*, 71/3, s. 684-689.

Weinfeld, N., S., Sroufe, L., A., Egeland, B., Carlson, E., A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. J. Cassidy ve P. R.

Shaver, (Ed.), *Handbook of attachment* (68-88). New York: Guilford

Weiss, R., S. (1982). Attachment in adults. C.M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*, ss. 171-184, New York: Basic

Weissman, M., M., Bland, R., Canino, G., Greenwald, S., Hwo, H., Lee, C., Newman, S. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.

West, A., E. (2018). Yetişkin Bağlanma Stillerinin Savunma Mekanizmaları ve Yaşam Doyumuyla İlişkilerinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi*.

Westenberg, H., G., M., Fineberg, N., A., Denys, D. (2007). Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: Serotonin and beyond. *CNS Spectrums*, 12:2(Suppl 3):14-27.

Whitty, M., T. (2003) Coping and Defending: Age Differences in Maturity of Defence Mechanisms and Coping Strategies. *Aging & Mental Health*, 7(2), 123–132.

Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34; 89-97.

Winnicott, D., W. (1998). *Oyun ve gerçeklik*, Metis Ötekini Dinlemek Yayınları, S:10-11. 11.

Winsberg, M., E., Cassic, K., S., Lorrin, M., K. (1999). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry*; 60:591-597.

Works of Sigmund Freud, Volume II (1893-1895): Studies on Hysteria. Strachey, J. (Ed.). London: Hogart Press, 183 – 251, 20

Yalçın, Ö., Şener, Ş., Sarıpınar, E., G., Soysal, A., Ş., Güney, E., Sarı, B., A. (2012). Çocuk ve ergen obsesif-kompulsif bozukluk hastalarının bilişsel işlevlerinin kontrol grubuyla karşılaştırılması: geniş katılımlı nöropsikolojik bir çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 49:119-128.

Yıldız, M. (2012). Bağlanma Kuramı Açısından Yaşlılık Dönemine Genel Bir Bakış. *CÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 36, Sayı: 1.

Yıldız, C. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Geçmişte Yaşadıkları Ayrılık Kaygısı ile Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yılmaz, N., Gençöz, T., Ak, M. (2007). Savunma Biçimleri Testi'nin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 244- 253.

Yiğittürk, D., Emul, M., Sezer, Ö., Kaya, M., Kaya, B., Ünal, S. (2002). İnönü Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören OKB olgularında klinik özellikler ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi: *Geriye dönük değerlendirme*. 38. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*, s.185-188.

Yoshida, T., Taga, C., Matsumoto, Y., Fukui, K. (2005) Paternal overprotection in obsessivecompulsive disorder and depression with obsessive traits. *Pscychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 533-538.

Yörük, P., Tosun, A. (2015). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Üst-Bilişsel Model. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*; 7(2):190-207.

Yörük, T. (2011). *Bağlanma ve Sonraki Yaşlarda Görülen Etkileri*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Zetin, M., Kramer, M., A. (1992) Obsessive-compulsive disorder. *Hosp Community Psychiatry*, 43:689-699.

Zimmermann, P. (1999). Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attachment & Human Development*, Vol (1)

Zohar, A., H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*; 8:445-460.

EKLER

Ek-1 : Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: *Obsesif Kompulsif Bozukluğu(Takıntı Hastalığı) Olan Bireylerdeki Savunma Mekanizmalarının, Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olmayan Bireylerdeki Savunma Mekanizmalarıyla Bağlanma Biçimleri Bağlamında Karşılaştırılması*

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**’nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu çalışma obsesif kompulsif bozukluk(OKB) tanısı almış ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerin savunma biçimlerinin düzeylerini bağlanma biçimlerini temel alarak karşılaştırmak ve değerlendirmek amacıyla yapılacaktır. OKB tanısı almış bireylerin ve tanı almamış bireylerin farklı savunma mekanizmalarına ve bağlanma biçimlerine sahip olduğu saptanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip grup ve tanı almamış grubun savunma biçimlerinin ve bağlanma biçimlerinin karşılaştırılması ile değişkenlerin obsesyon- kompulsiyon içeriğine ve tedavi planlama sürecine olan etkisini incelemek amaçlanmaktadır.

CALIşMA İşLEMLERİ:

Araştırmada ilk olarak tüm gönüllü katılımcılara klinik bilgi toplamak amacıyla sosyodemografik bilgi formu (yaş, cinsiyet, eēitim durumu, meslek, medeni hal vb.) uygulanacaktır. OKB tanısı almış bireylerin okb düzeylerini tespit etmek amacıyla; okb tanısı almamış olan bireylerin ise tanıya sahip olmadıklarını tespit etmek amacıyla Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon lçeēi (YBOCS) uygulanacaktır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin ve tanı almayan bireylerin savunma biēimlerini ve baēlanma biēimlerini karşılaştırabilmek amacıyla kişilere; savunma biēimleri testi ve üç boyutlu baēlanma stilleri lçeēi uygulanacaktır.

CALIşMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Obsesif kompulsif bozukluēu (OKB) olan bireylerin savunma biēimlerini incelemek ve baēlanma türleri ile arasındaki ilişkiyi zmllemek, obsesif kompulsif bozukluēu olan bireylerin obsesyon ve kompulsiyonların iēeriēini deēerlendirme ve bununla birlikte ebeveyn tutumlarının da obsesyonların ve kompulsiyonların iēeriēinde etkisi olup olmadıēını anlamak ve tedavi planı oluştururken kullanılan yöntem biēimlerini geliştirmek adına kişilerin terapi ve tedavi sreēlerine katkı saēlamayı amaēlamaktadır. Ayrıca literatüre ve gelecekte yapılacak bilimsel araştırmalara katkı saēlamayı amaēlamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz, hasta mahremiyetine ve gizlilik ilkesine dayalı olarak herhangi bir etik kuralı ihlal etmeksizin, gizlilik çerçevesinde ve izniniz haricinde herhangi bir kişi veya kurumla paylaşılmadan kullanılacaktır. Yanıtlarınız bilimsel veriler elde etmede ve istatistiksel yorumlama sürecinde değerlendirilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

1) Cinsiyetiniz:

A) Kadın

B) Erkek

2) Yaşınız: _____

3) Medeni Durumunuz:

A) Evli

B) Bekar

C) Boşanmış

D) Diğer

4) Eğitim Durumunuz:

- | | | |
|------------------|--------------------|-------------|
| A) Okur Yazar | B) İlkokul | C) Ortaokul |
| D) Lise | E) Önlisans | F) Lisans |
| G) Yüksek Lisans | H) Doktora ve Üstü | |

5) Anne babanız:

- A) İkisi de hayatta B) Sadece anne hayatta C) Sadece baba hayatta
D) İkisi de hayatta değil

6) Anne babanız:

- A) Birlikte B) Boşanmış/ Ayrı

7) Annenizin eğitim durumu:

- | | | |
|------------------|--------------------|-------------|
| A) Okur Yazar | B) İlkokul | C) Ortaokul |
| D) Lise | E) Önlisans | F) Lisans |
| G) Yüksek Lisans | H) Doktora ve Üstü | |

8) Babanızın eğitim durumu:

- | | | |
|------------------|--------------------|-------------|
| B) Okur Yazar | B) İlkokul | C) Ortaokul |
| D) Lise | E) Önlisans | F) Lisans |
| G) Yüksek Lisans | H) Doktora ve Üstü | |

9) Kaç kardeşsiniz? _____

10) Kaçınıcı kardeşsiniz?

A) 1. (ya da tek) B) 2 C) 3 D) 4 E) 5 F) 6 ve üstü

11) Gelir düzeyiniz

A) 1.000-2.000 B) 2.000-5.000 C) 5.000-10.000 D) 10.000 ve üzeri

12) Daha önce psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı / şu anda kullanmakta olduğunuz herhangi bir ilaç var mı?

- A) Evet
- B) Hayır

13) Daha önce veya şu an almış olduğunuz herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı/psikiyatrik tanınız var mı?

- A) Evet
Belirtiniz: _____
- B) Hayır



Ek 3: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS)

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru : Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun) : Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden

fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyipte yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif , sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta , sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır , sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum 4: Çok ağır , iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının “rahatsız edici” olduğunu kabul etmelerine karşın ‘anksiyete’ yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semtomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen başedilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya yada dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda '0' puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır. 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECE

Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolunuz var?

Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yöneltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Bir çok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse

sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum. 4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeysen, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor; veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir; veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin

ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda “0” puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır; veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ

Soru : Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı

hissediyor ancak güçlükle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru : Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak birşey olmadığına tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız görüldüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

Soru : Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi birşey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ

Soru : Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme. 4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

Soru : Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolü dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini kendiliğinden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolü dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanrısıl bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olağan işlemlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlemlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. PATALOJİK KUŞKU

Soru : Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuşkusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.

2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.

3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.

4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş

göremez durumdadır. (örneğin hasta “Gördüklerime aklım güvenmiyor.” diye belirtir).

1. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0’ dan (hastalığın olmama durumu), 6’ ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

1: Hafif, kuşku veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk

yok. 2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.

3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine

getirilebiliyor. 4: Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.

5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine

getirebiliyor. 6: Çok ağır semptomlar. Tümüyle iş göremez durumda

2. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye gidiş.

2: Çok az kötüye gidiş

var. 3: Değişiklik yok.

4: Çok az iyileşme

var. 5: Epeyce

iyileşme var. 6: Çok

fazla iyileşme var.

3. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif

kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.

1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir. 2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir. 3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

17 ve 18. bölümler Clinical Global Impression Scale' den uyarlanmıştır. [Guy w:ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology : Publication 76 – 338. Washington, D.C., US. Department of Health and Welfare (1976)]

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları “P” ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. “*” ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLENME OBSESYONLARI

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya incest ilişkisiyle ilgili
- Homoseksüel ilişki ile ilgili*
- Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

DİNİ OBSESYONLAR

- Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili

Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- Doğüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini)

- Dođauřtũ dũřũnceler olmadan

DiğER OBSESYONLAR

- Bilme veya hatırlama ihtiyaı
- Belirli şeyleri sũyleme korkusu
- Doğru şeyi sũylememe korkusu
- Birşeyler kaybetme korkusu
- İstenmeyen (dehşet iıermeyen) gũrũntũler
- Anlamsız sesler, kelimeler veya mũzik duyma
- Belirli seslerden veya gũrũltũden rahatsız olma*
- Uğurlu veya uğursuz sayılar
- Ŗzel anlamı olan renkler
- Batıl itikatlar
- Diğer

SOMATİK OBSESYONLAR

- Hastalık ile ilgili*
- Vũcudun bir parıası veya gũrũnũm ile aşırı ilgili (ũrneĖin dismorfofobi)*
- Diğer

şİMDİ GEıMİşTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- Aşırı veya tũrensel el yıkama
- Aşırı veya tũrensel duş, banyo, diş fırıalama veya giyime ileri derecede dikkat
- Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin temizliği ile aşırı ilgili
- Kirletici maddeler ile teması Ŗnleyen veya yok eden diğer Ŗnlemler
- Diğer

TEKRARLAYICI TũRENSEL DAVRANIşLAR

- Tekrar okuma veya yazma

- Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma / kalkma)
- Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobiler, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. (örneğin, eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)]

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama
- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer

Genel Bilgiler

Bu derecelendirme ölçeği obsesif-kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümlerde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak herbir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır.

Bu derecelendirme ölçeği yarı – yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır. Görüşmeyi yapan kişi sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir.

Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar verirsiniz, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki “güvenirlilik” bölümünde değerlendirilmelidir (19’ uncu madde).

Sorulara başlamadan önce hastaya aşağıda belirtilen şekilde “obsesyonları” ve “kompulsiyonları” tanımlayınız.

“Takıntılar” sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler.

“Tekrarlayıcı hareketler” anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız.

Şimdi size takıntılar ve tekrarlayan hareketlerle ilgili birkaç örnek vereyim :

Takıntıya örnek: Hiçbir zaman yapmayacağınız halde “çocuğuma fiziksel olarak zarar vereceğim” düşüncesinin tekrar tekrar aklınıza gelmesi.

Tekrarlayıcı hareketlere bir örnek : Evden çıkmadan önce pencerenin kapalı olup olmadığını 6 kez kontrol etmek. Çoğu zaman tekrarlayan hareketler gözle görülebilir davranışlardır. Ancak bazıları da kişinin içinden yaptığı davranışlardır. Mesela, aklına kötü bir düşünce geldiği zaman içinden ona kadar saymak gibi.

“Bu söylediklerimle ilgili sorunuz var mı?” (Eğer yoksa devam edilmelidir).

Testin tekrarlanması durumlarında bu tanımlayıcı açıklamaların yapılması gerekmez. Obsesyonların istenmeyen, ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsiyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır.

Hedef semptomların bir listesini oluşturabilmek için, hastanın şimdiki obsesyon ve kompulsiyonlarını tek tek anlatmasını isteyiniz. Şu an varolan semptomları tanımlabilmek için, obsesyon ve kompulsiyon listesini kullanın. Daha sonraki değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve tanımlamak da yararlı olur. Varolan obsesyon ve kompulsiyonları belirledikten sonra, Hedef Semptomlar Formu üzerinde klinik açıdan elverişli bölümler şeklinde düzenleyerek, liste oluşturun (örneğin, hedef kompulsiyonları kontrol etme ve yıkama olarak ayırın). İzlemeyi kolaylaştırmak açısından semptomların belirleyici özelliklerini tanımlayın (örneğin, listede “kontrol etme” şeklinde tanımlanan semptomun yanına, hastanın neyi kontrol ettiğini belirtin). Değerlendirmenin odak noktasını oluşturacağı için, en belirgin semptomların neler olduğunu belirtiniz. Buna rağmen her bölümün sonuç puanının, hastanın bütün obsesyon ve kompulsiyonlarının bileşik bir derecelendirmesini yansıtması gerektiğini unutmayın.

Testin tekrarlandığı durumlarda, Madde 1’i derecelendirmeden önce, hedef obsesyonları yeniden gözden geçirerek, gerekiyorsa değiştirin. Madde 6’nın derecelendirilmesinden önce de aynı işlemi kompulsiyonlar için yapın.

Ondokuz maddenin hepsi de derecelendirilmelidir. Ancak ilk on madde toplam puanı belirlemede kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. **Obsesyonların** toplamı ilk beş, **Kompulsiyonların** toplamı ise ikinci beş maddenin toplamıdır.

Çevirenler: Doç.Dr.Berna Uluğ, Prof.Dr.Işık

Savaşır Geçerlik güvenilirlik çalışmaları:

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity.

Tek C; Uluğ B; Rezaki BG; Tanrıverdi N; Mercan S; Demir B;

Vargel S Acta Psychiatr Scand. 1995 Jun; 91(6): 410-3

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Karamustafalıoğlu OK, Üçışık M A, Ulusoy M, Erkmen H

*Serbest Bildiri, 28.Ulusal Psikiyatri Kongresi
Bursa 1993 Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Hastanesi*

Ek 4: Savunma Biçimleri Testi (SBT)

SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde () işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek: Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermenmişim gibi tehlikelere aldırmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Hayallerimden gerçek hayatta olduğundan daha çok tatmin sağlarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissedirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hincımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirim, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

Ek 5: Üç Boyutlu Bağlanma Stilleri Ölçeği

ÜÇ BOYUTLU BAĞLANMA STİLLERİ ÖLÇEĞİ (ÜBSÖ)

Kesinlikle katılıyorum: 5

Katılıyorum: 4

Kısmen katılıyorum: 3

Katılmıyorum: 2

Katılıyorum: 1

1. Karşımdaki insanlar benim kadar değerli değiller.
2. Birisiyle çok fazla samimi olduğumda sorun çıkabileceğinden kaygılanıyorum.
3. Karar alırken kimseyi önemsemem.
4. Sorunu olan birisini gördüğümde kendimi onun yerine koyabiliyorum.
5. Başkalarının benim kadar değerli olduklarını düşünmüyorum.
6. İnsanlardan ne kadar uzak durursam o kadar az üzülürüm.
7. Ebeveynimle (anne, baba veya benim bakımımı üstlenen bir başkası) iyi anlaşıyorum.
8. İnsanlardan uzak dünüyorum çünkü bana acı çektirebilirler.

9. Bir sorun varsa bunun kaynağı genelde karşımdakilerin sorunlu olmasıdır.
10. Kendimi mutlu bir insan olarak tanımlıyorum.
11. Duygusal ilişki yaşadığım kişinin beni gerçekten sevmediğini düşünerek kaygılanıyorum.
12. Yalnızca kendime değer veririm.
13. Başkalarının üzüntülerini anlayabiliyorum.
14. Duygusal ilişkilerden uzak duruyorum çünkü terk edilmek istemiyorum.
15. İnsanların görüşleri benim için önemsizdir.
16. Ebeveynlerime (anne, baba veya benim bakımı üstlenen bir başkasına) genelde kırıcı sözler söylemem.
17. İnsanlardan ne kadar uzak durursam o kadar mutlu olurum.
18. Başkaları çok da umurumda değildir.



Ek 7: Etik Kurul Onay Formu

