



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARININ SEMPTOM BOYUTLARINA GÖRE ANALİZİ,
KLİNİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ VE SEMPTOM BOYUTLARININ
KLİNİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

AYÇE FERİDE KÖROĞLU

134102116

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. OĞUZ TAN

İSTANBUL, 2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102116
Öğrenci Adı Soyadı	: Ayşe Feride Koroğlu
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Oğuz Tan
Tezin Başlığı	: Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Semptom Boyutlarına Göre Analizi, Klinik Özellikler ile İlişkisi ve Semptom Boyutlarının Klinik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 05.01.2016	Saati	: 09.15
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Oğuz Tan	
Üye	Birincil Tan	
Üye	Başkan Üye	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Semptom Boyutlarına Göre Analizi, Klinik Özellikler ile İlişkisi ve Semptom Boyutlarının Klinik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi” 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.

Tarih:

.05./01./2016

Adı SOYADI

Ayçe Feride Koroğlu

İmza



BİLİMSEL ETİK SAYFASI



www.uskudar.edu.tr
REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Haluk Türksöy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 /157

03 Ağustos 15

Sayın Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan
(Ayçe Feride Köroğlu)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27 Temmuz 2015 tarihinde, 09 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Semptom Boyutlarına Göre Analizi, Klinik Özellikler ile İlişkisi ve Semptom Boyutlarının Klinik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezimin oluşumunun her aşamasında büyük emeği geçen, sevgili ve değerli hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. OĞUZ TAN'a kalpten teşekkür ederim. Kendisinin engin bilgisi, tecrübesi ve bana karşı gösterdiği sürekli sabır, akademik ve manevi destek sayesinde tezimin oluşumu mümkün olmuştur.

Beni hayatımın her alanında her zaman destekleyen ve seven, yetişmemde tarifi mümkün olmayacak kadar emek sahibi olan, sevgili annem FERDANE KARAMAN'a her şey için derinden teşekkür etmek isterim. Sevgili eşim MURAT KIVANÇ KÖROĞLU'na hem birlikteliğimiz boyunca benim için tarifsiz derecede değerli olan sevgi ve desteği hem de akademik yardımları için çok teşekkür ederim. Tezimi annem FERDANE KARAMAN, eşim MURAT KIVANÇ KÖROĞLU, hatırası ve sevgisi hep benimle olan sevgili anneannem NAFİZE KARAMAN'a ithaf ediyorum.

(KÖROĞLU, Ayçe Feride, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans, İstanbul, 2016)

Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Semptom Boyutlarına Göre Analizi, Klinik Özellikler ile İlişkisi ve Semptom Boyutlarının Klinik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

ÖZET

Bu araştırmada Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında tabu düşünceler semptom boyutuna ait belirtileri olan hastalar ile kirlenme semptom boyutuna ait belirtileri olan hastaların çocukluk çağı travma düzeylerinin ve Obsesif Kompulsif Bozukluk şiddeti, depresyon ve anksiyete şiddeti klinik özelliklerinin karşılaştırılması hedeflenmiştir. Buna ek olarak, tabu düşünceler ve kirlenme boyutlarının çocukluk çağı travma düzeylerinin bu klinik özelliklerle anlamlı bir bağlantı içerisinde olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Bahsedilen analizler tabu düşünceler boyutunu oluşturan cinsel, dini ve agresyon boyutları ve kirlenme boyutu için tekrarlanmıştır. Bu araştırmada DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış 81 gönüllü katılımcı yer almıştır. Katılımcılar ile görüşme sonucunda sosyodemografik bilgileri edinilmiş ve Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği aracılığı ile araştırmanın diğer ilgili verileri toplanmıştır. Bulgulara göre, tabu düşünceler boyutunun kirlenme boyutuna göre çocukluk çağı fiziksel istismar ve fiziksel ihmali puanları ve cinsel boyutun kirlenme boyutuna göre fiziksel istismar puanı anlamlı derecede daha yüksektir. Tabu düşünceler boyutunun Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği toplam ve kompulsiyon puanları kirlenme boyutuna göre, cinsel boyutun Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği toplam ve kompulsiyon puanları dini, agresyon ve kirlenme boyutlarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Boyutların depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında fark bulunamamış ve toplam çocukluk çağı travma puanları ile klinik özellikler arasında hiçbir boyut için bir ilişki gözlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Semptom Boyutu, Çocukluk Çağı Travması, Tabu Düşünceler, Kirlenme, Depresyon, Anksiyete

(KÖROĞLU, Ayçe Feride, Clinical Psychology Master Program, Istanbul, 2016)

The Analysis of Childhood Traumas in terms of Symptom Dimensions, The Relationship of Childhood Traumas with Clinical Features and The Evaluation of Symptom Dimensions in terms of Clinical Features

ABSTRACT

The aim of this research is to compare obsessive compulsive disorder patients in taboo thoughts and contamination dimensions in terms of their childhood trauma levels and the clinical features of obsessive compulsive disorder, depression and anxiety severity. In addition, it investigates whether the childhood trauma levels of taboo thoughts and contamination dimensions significantly correlate with these clinical features. The aforementioned analyses were also conducted for contamination dimension and sexual, religious and aggression dimensions comprising the taboo thoughts dimension. The research participants were 81 voluntary obsessive compulsive disorder patients diagnosed according to the DSM-IV-TR criteria. The sociodemographic information of the patients was obtained via interview and other research related data were acquired via the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale and Symptom Checklist, Hamilton Depression Rating Scale, Beck Anxiety Inventory and Childhood Trauma Questionnaire. Findings revealed that the childhood physical abuse and physical neglect scores of taboo thoughts dimension and the physical abuse score of sexual dimension are significantly higher than contamination dimension. The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale total and compulsion scores of taboo thoughts dimension are significantly lower than contamination dimension. The total and compulsion scores of this scale are significantly lower in sexual dimension than religious, aggression and contamination dimensions. No differences were found in terms of depression and anxiety levels of the dimensions and no relationship was observed between total childhood trauma scores and the clinical features of the dimensions.

Key Words: Obsessive Compulsive Disorder, Symptom Dimension, Childhood Trauma, Taboo Thoughts, Contamination, Depression, Anxiety

İÇİNDEKİLER

Tez Kabul Formu.....	i
Yemin Metni.....	ii
Bilimsel Etik Sayfası.....	iii
Önsöz ve Teşekkür.....	iv
Özet.....	v
Abstract.....	vi
İçindekiler.....	vii
Tablolar Dizini.....	x
Kısaltmalar.....	xii
I. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1. OKB Semptom Boyutları ve Özellikleri.....	6
2.1.1. Faktör Analizi Çalışmaları ve Semptom Boyutlarının Belirlenmesi.....	6
2.1.2. OKB Semptom Boyutlarının Klinik ve Sosyodemografik Değişkenlerle, Tedaviye Yanıt ve Risk Faktörleri ile İlişkisi.....	8
2.1.2.1. Cinsiyet, Başlangıç Yaşı ve Komorbidite.....	8
2.1.2.2. Semptom Boyutları ve Tedaviye Cevap.....	10
2.1.2.3. OKB Semptom Boyutlarının Diğer Risk Faktörleri ile İlişkisi.....	12
2.1.3. Tabu Düşünceler.....	12
2.1.3.1. Tabu Düşünceler ve Bağıntı İçinde Olduğu Klinik ve Sosyodemografik Değişkenler.....	12
2.1.3.2. Tabu Düşünceler ve Tedaviye Yanıt.....	14

2.1.3.3. Tabu Düşünceler Boyutunu Oluşturan	
Obsesyonların Benzerlik ve Farklılıkları.....	15
2.1.4. Otojen ve Reaktif Obsesyonlar.....	17
2.2. TRAVMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....	22
2.2.1. Travma Kavramının Tanımı.....	22
2.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları.....	26
2.3. OKB VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI ARASINDAKİ İLİŞKİ... ..	28
2.3.1. OKB Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Varlığı.....	28
2.3.2. OKB ve Çocukluk Çağı Travması ile İlişkili Psikiyatrik Durumlar.....	33
2.3.3. OKB ve Çocukluk Çağı Travması Arasındaki İlişkinin Mekanizmaları.....	34
2.3.4. Çocukluk Çağı Travması ve OKB Semptom Boyutları Arasındaki İlişki.....	36
III. YÖNTEM VE ARAÇLAR.....	39
3.1. GRUPLARIN SEÇİMİ.....	39
3.1.1. İçerme Ölçütleri.....	40
3.1.2. Dışlama Ölçütleri.....	40
3.2. ÖLÇÜM ARAÇLARI.....	41
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler.....	41
3.2.2. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesi (Y-BOCS).....	41
3.2.3. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HDRS-17)...	41
3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAI).....	42

3.2.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28).....	42
3.2.6. Verilerin Analizi.....	43
IV. BULGULAR.....	44
V. TARTIŞMA, SONUÇ VE SINIRLILIKLAR.....	56
KAYNAKÇA.....	62
EKLER.....	77
EK.1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	77
EK.2. YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ VE SEMPTOM KONTROL LİSTESİ (Y-BOCS).....	80
EK.3. HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HDRS-17).....	90
EK.4. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAI).....	92
EK.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ (CTQ-28).....	93
ÖZGEÇMİŞ.....	95

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Tabu Düşünceler ve Kirlenme Boyutlarının Cinsiyet, Medeni Durum, Çalışma Durumu Değişkenleri Bakımından Dağılımları ve Dağılımlar Arasındaki Fark Analizi.....	44
Tablo 4.2. Tabu Düşünceler ve Kirlenme Boyutlarının Yaş, Başlangıç Yaşı, İlk Tedavi Yaşı, Eğitim Yılı Değişkenlerine göre Fark Analizi.....	45
Tablo 4.3. Agresyon, Cinsel, Dini ve Kirlenme Boyutlarının Cinsiyet, Medeni Durum ve Çalışma Durumu Değişkenlerine Göre Dağılımları.....	46
Tablo 4.4. Agresyon, Cinsel, Dini ve Kirlenme Boyutlarının Yaş, Başlangıç Yaşı, İlk Tedavi Yaşı, Eğitim Yılı Değişkenlerine Göre Fark Analizi.....	47
Tablo 4.5. Tabu Düşünceler ve Kirlenme Boyutlarının CTQ-28 Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark Analizi.....	48
Tablo 4.6. Agresyon, Cinsel, Dini ve Kirlenme Boyutlarının CTQ-28 Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark Analizi.....	49
Tablo 4.7. Tabu Düşünceler Boyutunun Toplam CTQ-28 Puanı ile Toplam Y-BOCS, Y-BOCS Obsesyon ve Y-BOCS Kompulsiyon, HDRS-17 ve BAI Puanları Arasındaki İlişki Analizi.....	50
Tablo 4. 8. Kirlenme Boyutunun Toplam CTQ-28 Puanı ile Toplam Y-BOCS, Y-BOCS Obsesyon, Y-BOCS Kompulsiyon, HDRS-17 ve BAI Puanları Arasındaki İlişki Analizi.....	50
Tablo 4. 9. Agresyon Boyutunun Toplam CTQ-28 Puanı ile Toplam Y-BOCS, Y-BOCS Obsesyon, Y-BOCS Kompulsiyon, HDRS-17 ve BAI Puanları Arasındaki İlişki Analizi.....	51
Tablo 4. 10. Cinsel Boyutun Toplam CTQ-28 Puanı ile Toplam Y-BOCS, Y-BOCS Obsesyon ve Y-BOCS Kompulsiyon, HDRS-17 ve BAI Puanları Arasındaki İlişki Analizi.....	51
Tablo 4. 11. Dini Boyutun Toplam CTQ-28 Puanı ile Toplam Y-BOCS, Y-BOCS Obsesyon ve Y-BOCS Kompulsiyon, HDRS-17 ve BAI Puanları Arasındaki İlişki Analizi.....	52
Tablo 4. 12. Tabu Düşünceler ve Kirlenme Boyutlarının HDRS-17 Puanları Arasındaki Fark Analizi.....	52

Tablo 4. 13. Agresyon, Cinsel, Dini ve Kirlenme Boyutlarının HDRS-17 Puanları Arasındaki Fark Analizi.....	53
Tablo 4. 14. Tabu Düşünceler ve Kirlenme Boyutlarının BAI Puanları Arasındaki Fark Analizi.....	53
Tablo 4. 15. Agresyon, Cinsel, Dini ve Kirlenme Boyutlarının BAI Puanları Arasındaki Fark Analizi.....	54
Tablo 4. 16. Tabu Düşünceler ve Kirlenme Boyutlarının Toplam Y-BOCS, Y-BOCS Obsesyon ve Y-BOCS Kompulsiyon Puanları Arasındaki Fark Analizi...	54
Tablo 4. 17. Agresyon, Cinsel, Dini ve Kirlenme Boyutlarının Toplam Y-BOCS, Y-BOCS Obsesyon ve Y-BOCS Kompulsiyon Puanları Arasındaki Fark Analizi...	55

KISALTMALAR

BAI: Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Inventory)

BDNF: Beyin Türevli Nörotrofik Faktör (Brain-derived Neurotrophic Factor)

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire)

ÇÇRTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

DSM: Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

HDRS: Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale)

ICD: Hastalık ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

MAOI: Monomain Oksidaz İnhibitörü (Monoamine Oxidase Inhibitor)

MS: Multipl Skleroz (Multiple Sclerosis)

NEO PI-R: Neo Yenilenmiş Kişilik Envanteri (Neo Personality Inventory Revised)

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Sciences)

SRI: Serotonin Geri Alım İnhibitörü (Serotonin Reuptake Inhibitor)

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

Y-BOCS: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesi (Yale Brown Obsession Compulsion Scale and Symptom Checklist)

BÖLÜM I

GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) irade dışında gelen, bireye sıkıntı veren, benliğe yabancı, inatçı şekilde tekrarlayan düşünce, imge ve dürtülerden oluşan obsesyonların ve/veya çoğunlukla düşünceleri uzaklaştırmak ve verdikleri sıkıntıları azaltmak amacıyla tekrar edilen hareketler veya zihinsel eylemler olan kompulsiyonların eşlik ettiği, bireyin gündelik yaşamını ve işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

OKB'nin gelişiminde genetik ve ailesel etkilerin (Bagnarello vd., 2007; Mundo vd., 2002; Pato vd., 2001; Pauls ve Alsobrook, 1999) ve nörofizyolojik aracılığın (Baxter, 1994; Michalleg ve Blin, 2001) araştırıldığı çalışmaların yanı sıra travmatik yaşantıların da bu bozukluk ile ilişki içinde olduğu literatürde mevcut çeşitli çalışmalarca öne sürülmüştür (De Silva ve Marks, 1999; Gershuny vd., 2008; Sasson vd., 2005). Ne var ki, önemli bir travmatik yaşantı olan çocukluk çağı travmalarının yaşam boyu depresif, anksiyete bozuklukları (özellikle travma sonrası stres bozukluğu, TSSB ile), dissosiyatif belirtiler, şizofreni ve kişilik bozuklukları ile bağlantı içerisinde olduğu ortaya konmuş olsa da (Bierer vd., 2003; Chapman vd., 2004; David vd., 1995; Keaney ve Farley, 1996; Kendler vd., 2004; Mulder vd., 1998; Şar vd., 2010; Şar, 2011) çocukluk çağı travması ve OKB veya obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sayısı göreceli olarak azdır. Bu eksiklik bu araştırmanın kuramsal çerçeve bölümünde de işaret edileceği gibi özellikle değişik OKB semptom boyutları ve çocukluk çağı travmaları ilişkisi söz konusu olduğunda daha da belirgindir. Sadece bir çalışmada (Grisham vd., 2011) çocuklukta maruz kalınan cinsel istismar bulaşma/yıkama boyutu dışında bütün OKB semptom boyutlarının gelişim riski ile çocuklukta fiziksel istismar ise utanç verici düşünceler semptom boyutunun gelişim riski ile ilişki içerisinde bulunmuştur.

Bu çalışmadan hareketle, bu araştırma Türkiye bağlamında OKB hastalarında tabu düşünceler semptom boyutu ile kirlenme boyutu arasında çocukluk çağı travma düzeyleri arasında bir fark olup olmadığını araştırmayı hedeflemektedir. Bu anlamda, bu araştırmanın ana hipotezi tabu düşünceler boyutunda kirlenme boyutuna göre anlamlı düzeyde daha fazla çocukluk çağı travması bildirileceği yönündedir. Ortaya çıkabilecek anlamlı düzeyde bir farklılığın hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini içeren kirlenme değişkenleri tarafından etkilenip etkilenmediğini sınamak için boyutların depresyon ve anksiyete düzeyleri de birbiri ile karşılaştırılmıştır. Bu hipotezin oluşturulmasında etki eden bulgular yukarıda bahsedilen çalışma ile birlikte kuramsal çerçeve bölümünde bahsedileceği gibi bulaşma boyutunun travma ile ilişkili olmadığına (Fullana vd., 2010) ya da çocukluk sonrasında yaşanan travmalar ile ilişkili olduğuna (Real vd., 2011) işaret etmektedir.

Bunun dışında bu çalışmada, tabu düşünceler ve kirlenme boyutlarının toplam travma puanlarının OKB, depresyon ve anksiyete düzeylerini içeren klinik değişkenler ile anlamlı düzeyde bağlantı içerisinde olup olmadıkları sınanmış ve bir bağlantı olması durumunda boyutların bağlantı katsayılarının karşılaştırılması hedeflemiştir. Tabu düşünceler ve kirlenme boyutlarını karşılaştıran bu araştırma aynı zamanda bir sonraki bölümde açıklanacak olan Lee ve Kwon'un (2003) otojen ve reaktif obsesyonlar ayırımına da uygun düşmektedir; bu anlamda tabu düşünceler otojen obsesyonlar ve kirlenme boyutu reaktif obsesyonlar kavramlarını karşılamaktadır. Literatürde otojen ve reaktif obsesyonların çocukluk çağı travmaları ile ve bu obsesyon türlerinin çocukluk çağı travmalarının klinik özellikleri ile ilişkisine yönelik bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda, bu araştırmanın mevcut literatüre bu anlamda da katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Son olarak, tabu düşünceler boyutunu oluşturan cinsel, dini ve agresyon obsesyonlarının da bütünleşik bir grup teşkil etmelerinin yanı sıra birbirlerine göre farklı özellikler gösterebildiğini belirten çalışmaların varlığından (Siev vd., 2011) hareketle, bu çalışmada analizler hem tabu düşünceler ve kirlenme boyutlarının karşılaştırılması hem de cinsel, dini, agresyon ve kirlenme obsesyonlarının birbirleri ile karşılaştırılması temelinde yapılmış ve ortaya çıkabilecek ilişkilerin göreceli olarak çok yönlü bir bakış açısı ile de

analiz edilmesi hedeflenmiştir. Sonuç olarak, bu çalışma, OKB semptom boyutları, çocukluk çağı travmaları ve klinik özellikler arasındaki ilişkiler ile ilgili mevcut literatüre ve Obsesif Kompulsif Bozukluk ile ilgili anlayışın genişletilmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.



BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE

Kuramsal çerçeve bölümünde bu araştırmanın unsurlarını oluşturan OKB semptom boyutları, travma ve çocukluk travması kavramlarına bu kavramlar ile ilgili araştırmalara odaklanarak netlik getirilmesi ve OKB semptom boyutları ve çocukluk travmaları ile ilgili mevcut literatürün gözden geçirilmesi hedeflenmiştir. İlk olarak, heterojen bir mental durum olan Obsesif Kompulsif Bozukluk ile ilgili anlayışın geliştirilmesi, bu bozukluğun daha etkili bir şekilde sınıflandırılması ve dolayısı ile daha uygun tedavi yöntemlerinin oluşturulabilmesi amacı ile yaklaşık son yirmi yıllık dönem içerisinde araştırılan ve faktör analizi çalışmaları ile ortaya konan OKB semptom boyutları kavramına odaklanılacak ve ilgili çalışmalara atıf ile bunların klinik ve demografik değişkenler, tedaviye yanıt ve risk faktörleri ile özgül ilişkiler içerisinde oldukları gösterilmeye çalışılacaktır. Buna ek olarak, bu çalışmada kullanılan önemli bir kavram olan tabu düşünceler semptom boyutunun çeşitli araştırmalarda ortaya konduğu üzere özgül klinik ve demografik değişkenler, tedaviye yanıt şekilleri ve genetik ve nörofizyolojik bulgularla bağıntılarına işaret edilecektir. Ayrıca, tabu düşünceler semptom boyutunu oluşturan obsesyon türlerinin birbirleri ile olan benzerlik ve farklılıklarının araştırıldığı çalışmalara değinilecek, böylelikle semptom boyutları ile ilgili çalışmaların ne denli çok yönlü ve farklı bakış açıları ile gerçekleştirilebildiğine vurgu yapılacaktır.

Literatürde var olan araştırmalara göre OKB semptom boyutlarının birbirlerine göre farklı özellikler ile ilişkili olmaları ve bu olguya kuramsal çerçeve bölümünde işaret edilmesi, bu araştırmanın varsayımlarını oluşturan semptom boyutlarının farklı düzeylerde çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete düzeyleri ve OKB şiddeti ile ilişkili olabileceği, aynı şekilde farklı boyutların çocukluk çağı travma düzeylerinin depresyon, anksiyete düzeyleri ve OKB şiddeti ile farklı kuvvetlerde bağıntılar içerisinde olabilecekleri önermelerinin mantıksal temeline de netlik kazandıracaktır.

Bu bölümde ayrıca OKB semptomlarını sınıflandırmak için kullanılan boyutsal yaklaşımdan farklı olarak ikili bir kategorizasyon olarak görülebilecek Lee ve Kwon'un (2003), otojen ve reaktif obsesyonlar ayrımı tanıtılacaktır. Otojen ve reaktif obsesyonlar OKB hastalarının değişik boyutta değişik düzeylerde semptomlar gösterebildiği boyutsal bir yaklaşımdan ziyade OKB semptomlarını birbirinden göreceli olarak ayrışık iki kategori altında incelemektedir. Genel olarak otojen obsesyonların boyutsal yaklaşımdaki tabu düşünceler boyutuna ve reaktif obsesyonların boyutsal yaklaşımdaki mevcut diğer boyutlara denk düştüğü söylenebilir. Ne var ki, boyutsal ve iki unsurlu olmak üzere farklı yaklaşımlar olarak görülebilseler de her iki metot da OKB semptomlarını daha etkin bir şekilde sınıflandırmayı ve özgül değişkenler ve özellikler ile ilişkilendirerek daha işlevsel tedavi çabalarına yönelmeyi amaçlamaktadır. Aynı şekilde, hem boyutsal yaklaşımdaki tabu düşünceler ve bulaşma boyutları hem de otojen ve reaktif obsesyonlar ayrımı bu araştırmada kullanılan tabu düşünceler ve kirlenme sınıflandırmasını karşılamakta ve mantıksal açıdan temellendirmektedir. Bu açıdan, bu bölümde bu yaklaşımları tanıtmak ve uluslararası literatürde çeşitli değişkenler ile özgül ilişkilerini araştıran çalışmaların varlığına işaret etmek, bu araştırmaya yön veren sorun ve hipotezlerin daha etkin bir şekilde değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

Bu bölümde ayrıca bu araştırmanın temel unsurlarından olan travma ve çocukluk çağı travmaları kavramları tanıtılmış ve çocukluk çağı travmalarının OKB ile ilişkisini, bu ilişkilerin mekanizmasını ve bağıntı içerisinde oldukları diğer psikiyatrik durumları araştıran çalışmalara yer verilmiştir. Bu noktada amaç, çocukluk çağı travmasının OKB gelişiminde diğer birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi önemli bir rol oynayabileceğini göstermek ve bu ilişkinin başka bozukluklar ile etkileştiğini, bu anlamda çocukluk çağı travmaları ve OKB arasında dinamik bir etkileşim olduğunu ortaya koymaktır. Son olarak, bu araştırmanın da konusunu oluşturan ve hipotezlerinin gelişimine olanak sağlayan OKB semptom boyutları ve çocukluk çağı travma düzeyleri arasındaki ilişkiyi konu olan özgül bir çalışmaya yer verilmiştir.

2.1. OKB SEMPTOM BOYUTLARI VE ÖZELLİKLERİ

Heterojen OKB semptomlarının daha homojen olarak sınıflandırılmasında kullanılan boyutsal yaklaşımda mevcut boyutlar birçok araştırmacı tarafından OKB ile ilgili anlayışı geliştiren ve genişleten oldukça işlevsel bir kavram olarak görülmekte ve analizlerde kullanılmaktadır. Bu durumun temelinde, bugüne kadar yapılan farklı araştırmalarda bu boyutların zamansal olarak stabil olmalarından (Mataix-Cols vd., 2002b) farklı nöral eşleniklerle (Mataix-Cols vd., 2003; Mataix-Cols vd., 2004) beyin bölgeleriyle (Phillips vd., 2000; Rauch vd., 1998; Saxena vd., 2004; Shapira vd., 2003) ve genetik özelliklerle (Alsobrook vd., 1999; Cavallini vd., 2002; Leckman vd., 2003; Zhang vd., 2002) ilişkili olmalarına kadar değişen son derece farklı ve çeşitli alanlarda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Bu bölümde amaç öncelikle farklı faktör analizi çalışmaları ile elde edilen semptom boyutlarını tanıtmak ve bunların özgül klinik ve demografik özellikler ile ilişkili olduğuna işaret etmeye çalışmaktır. Literatürde, semptom boyutlarının çok çeşitlilikte klinik ve demografik değişkenlerle bağıntılarını inceleyen çalışmalar mevcuttur; söz konusu çeşitlilik sebebi ile bu bölümde boyutların cinsiyet, OKB başlangıç yaşı, komorbidite, ilaç ve terapi tedavilerine yanıt ve çocukluk dönemindeki risk faktörleri ile bağıntıları üzerinde durulmuştur. Aynı şekilde tabu düşünceler boyutunun çeşitli klinik ve demografik değişkenler, tedaviye yanıt şekli, genetik ve nörofizyoloji ile ilişkisine yönelik araştırmalara yer verilmiştir. Buna ek olarak, tabu düşünceler boyutunu oluşturan obsesyon türlerinin benzerlik ve farklılıklarına değinilmiştir. Son olarak, bu bölümde boyutsal modele bir alternatif olarak düşünülebilecek otojen ve reaktif obsesyonlar modeli tanıtılmış, ilgili çalışmalara yer verilmiştir.

2.1.1. Faktör Analizi Çalışmaları ve Semptom Boyutlarının Belirlenmesi

OKB'nin semptom boyutlarını belirlemeye yönelik ilk çalışmalar Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Semptom Kontrol Listesi'nin (Goodman vd., 1989) OKB

hastalarına uygulanması ve temel bileşenler analizi, diğer bir deyişle faktör analizi, yöntemi ile alt faktörlerin/boyutların belirlenmesi, ve bu boyutların çeşitli klinik değişkenler ile ilişkilendirilmesi şeklinde gerçekleşmiştir.

Faktör analizi çalışmalarının ilk örneklerinden biri olan Baer'in (1994) araştırmasında, yukarıda bahsedilen yöntemin uygulanması ile 107 OKB hastasının verilerinden simetri/istifleme, bulaşma/temizleme, katıksız obsesyonlar (genelde bir kompulsiyonun eşlik etmediği tabu düşünceler) olmak üzere üç OKB boyutu belirlenmiş ve bu boyutlardan sadece simetri/istiflemenin komorbid obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve yaşam boyu Tourette sendromu veya kronik tik bozukluğu öyküsü ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Son dönemlerde yapılan faktör analizi çalışmalarında en göze çarpan yenilik Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi'nde mevcut agresyon obsesyonları kategorisindeki "kişilere dikkatsizlik sonucu zarar verme" ve "olacak korkunç bir olay için sorumlu olma" ifadelerinin agresyon kategorisinden çıkarılarak patolojik kuşku kategorisine dahil edilmesidir. Bu yöntemin temelinde, cinsel ve dini obsesyonların SRI ve davranışçı terapi yöntemlerine (Alonso vd., 2001) ve BDT'ye (Mataix-Cols vd., 2002a; Rufes vd., 2006) uzun dönemde daha kötü cevap verdiğini, fakat kuşku ritüelleri olan hastalarda davranışçı terapilere daha iyi yanıt alındığını (Ball vd., 1996; Drummond, 1993) bildiren çalışmalar bulunmaktadır. (Ne var ki, kuşku ritüelleri olan hastalarda da davranışçı yöntemlerden verim alınmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur: bkz., Başoğlu vd., 1988). Pinto ve arkadaşları (2007) bu yaklaşımla, 293 OKB hastasının verilerine açımlayıcı faktör analizi uygulamışlar ve simetri/düzenleme, istifleme, kuşku/kontrol etme, bulaşma/temizleme, ve tabu düşünceler (impulsif agresif, dini ve cinsel obsesyonlar) olmak üzere beş faktörlü bir sonuca ulaşmışlardır.

Williams ve arkadaşları (2011), 201 OKB hastasının verilerinden elde edilen faktör analizine ayrıca Y-BOCS kontrol listesinin çeşitli kelimelerin, imgelerin, veya sayıların zihinsel olarak tekrarı, sayı sayma, liste yapma gibi zihinsel kompulsiyonları içeren bir versiyonunu (Abramowitz vd., 2003) ve "Diğer Kompulsiyonlar" başlığı altındaki güven

arama davranışıyla ilintili “söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi” maddesini ayrı bir kategori olarak dahil etmişlerdir. Sonuç olarak zihinsel kompulsiyonlar ve güven aramanın kabul edilemez veya tabu düşünceler boyutu (impulsif agresif, dini ve cinsel obsesyonlar) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Böylelikle Baer’in kompulsiyonların eşlik etmediği katıksız obsesyonlar olarak tanımladığı tabu düşünceler boyutunun Y-BOCS ’un ölçmediği çeşitli zihinsel kompulsiyonları içerdiği de ortaya konmuştur. Brakoulias ve arkadaşları (2013a) 154 Avustralyalı OKB hastası ile Williams ve arkadaşlarının bulgularını tekrar elde etmişlerdir. Böylelikle, mental kompulsiyonları, impulsif agresif, cinsel ve dini obsesyonları içeren kabul edilemez/tabu düşünceler boyutunun yanında, istifleme, simetri/düzenleme, bulaşma/temizleme, (kaza sonucu zarar vermeyi de içeren) kuşku/kontrol etme boyutlarını içeren beş faktörlü yaklaşımı tekrar ortaya koymuşlardır.

2.1.2. OKB Semptom Boyutlarının Klinik ve Sosyodemografik Değişkenlerle, Tedaviye Yanıt ve Risk Faktörleri ile İlişkisi

2.1.2.1. Cinsiyet, Başlangıç Yaşı ve Komorbidite

Semptom boyutlarını çeşitli sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkilendirmeye yönelik ilk çalışmalardan biri olan Mataix-Cols ve arkadaşlarının (1999) araştırmasında, kadın OKB hastaları erkek hastalara göre bulaşma/temizleme ve agresyon/kontrol etme boyutlarında daha yüksek puanlar almışlar ve hastalık başlangıç yaşı erkeklerde simetri/düzenleme boyutu ile kadınlarda agresyon/kontrol etme boyutu ile negatif olarak ilişkili içerisinde olmuştur. Benzer bir şekilde Prabhu ve arkadaşlarının (2013) Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği’ni (Rosario-Campos vd., 2006) kullanarak 161 Hintli OKB hastası ile yaptığı çalışmada bulaşma korkusu kadın cinsiyetiyle ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca bu boyut, daha yüksek derecede ailede OKB geçmişi ile daha yüksek hastalık şiddeti, daha az içgörü ve işlevsellik ve daha az yaşam kalitesi ile bağlantı içerisinde.

Komorbidite boyutunda, Hasler ve arkadaşlarının (2005) 317 OKB hastası ile yapılan çalışmada, kümeleme analizi sonucu ortaya çıkan agresif, cinsel, dini, somatik obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonlarından oluşan birinci faktör komorbid anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, ve madde kullanım bozuklukları ile ilişkili iken, simetri obsesyonları ve tekraralama, sayma ve düzenleme kompulsiyonlarından oluşan ikinci faktör bipolar bozukluklar, panik bozukluk/agorafobi ve madde kullanım bozukluğuyla ilişkilidir. Bulaşma obsesyonları ve temizle kompulsiyonlarından oluşan üçüncü faktör ise yeme bozuklukları ile pozitif, Tourette bozukluğuyla negatif ilişki içerisindedir. Hiçbir psikiyatrik bozukluk dördüncü faktör olan istifleme ile ilişkili bulunmamıştır. Bunun yanı sıra, erkekler birinci, kadınlar üçüncü faktörde yüksek puanlar elde ederken erken başlangıçlı OKB'nin birinci ve ikinci faktörlerle ilişkili olduğu gözlemlenmiştir.

Labad ve arkadaşları (2008) İspanyol 186 OKB hastası katılımcının verileri temelinde bulaşma/temizlenme boyutunun kadın hastalarda, cinsel/dini boyutun ise erkek hastalarda daha sık olduğunu ortaya koymuştur. Agresyon/kontrol etme, simetri/düzenleme ve istifleme boyutlarında ise cinsiyet farkına rastlanmamıştır. Tik bozuklukları öyküsü, OKB başlangıç yaşı, OKB şiddeti ve depresyon değişkenlerinin kontrol edildiği bu çalışmada, simetri/düzenleme boyutunda daha fazla tik bozukluğu öyküsü bulunurken, hem simetri/düzenleme hem de cinsel/dini boyutlar daha erken OKB başlangıcı ile ilişkilidir. Ayrıca, bulaşma/temizleme ve simetri/düzenleme boyutlarında OKB şiddeti daha yüksektir.

Torresan ve arkadaşlarının (2013) Brezilyalı 858 OKB hastası ile yürüttüğü ve Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği'nin kullanıldığı çalışmada yukarıdaki çalışmaya koşut olarak erkek hastalarda kadın hastalara göre semptom başlangıcının daha erken olduğu, cinsel/dini semptom boyutunun ise daha yaygın ve ciddi şekilde görüldüğü bulunmuştur. Komorbidite boyutunda, erkeklerde sosyal fobi, tik bozuklukları, alkol kullanımı bozuklukları, impulsif-kompulsif internet kullanımı ve parafilisiz cinsel bozukluk görülme olasılığı daha fazladır. Kadın hastalarda ise erkek hastalara göre agresyon, bulaşma/temizleme, ve istifleme boyutlarının görülme olasılığı daha yüksek olup komorbid bozukluklar olarak özgül fobiler, anoreksiya nervosa, bulimia, trikotillomani, cilt yolma ve kompulsif alışveriş gözlenmektedir. Simetri/düzenleme

boyutunda cinsiyet farklılığı ortaya çıkmamıştır. Her iki cinsiyette de agresif boyutun komorbid TSSB ile, cinsel/dini boyutun majör depresif bozukluk ile ve istifleme tik bozuklukları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir çalışmada ise agresyon boyutu anksiyete bozuklukları, özellikle sosyal fobi ile ilişki içerisinde bulunmuştur (Prabhu vd., 2013).

İstifleme ve simetri/düzenleme boyutlarında tik bozukluklarının komorbid oluşu başka çalışmalarca da tespit edilmiştir. (Baer, 1994; Leckman vd., 1997; Mataix-Cols vd., 1999). Mataix-Cols ve arkadaşları istiflemeyi özellikle C kümesinden olmak üzere bütün kişilik bozukluklarının varlığı ve sayısı ile ilişkilendirmişlerdir (2000). Samuels ve arkadaşları ise istiflemeyi erkek cinsiyet, erken başlangıç yaşı, komorbid sosyal fobi, kişilik bozuklukları, cilt yolma, tırnak kemirme ve trikotillomani ile ilişkilendirirken (2002), Matsunaga ve arkadaşları (2010) istiflemeyi daha uzun hastalık süresi, daha az içgörü ve evlilik oranı ile ilişkilendirmiş ve simetri boyutuyla birlikte daha yüksek OKB şiddeti ve azalmış global işlevsellik gözlemiştir.

2.1.2.2. Semptom Boyutları ve Tedaviye Cevap

OKB semptom boyutlarının ilaç ve terapötik müdahalelere farklı ve özgül yanıtlar verdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin, istifleme tik bozukluklarına göre SRI (Black vd., 1998; Erzegovesi vd., 2001; Mataix-Cols vd., 1999; Winsberg vd., 1999) ve BDT (Abramowitz vd., 2003; Mataix-Cols vd., 2002a), maruz bırakma ve tepki önleme (Williams vd., 2014) tedavisine daha kötü yanıt verdiğini, aynı şekilde altı hafta yoğun şekilde uygulanan BDT, ilaç ve psikososyal rehabilitasyondan oluşan çok yönlü tedaviye yanıt vermesine karşılık, iyileşme düzeyinin diğer boyutlara göre daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Saxena vd., 2002). Pediatrik OKB hastalarını örneklem olarak alan ve farklı boyutların SSRI tedavisine yanıt düzeylerini ölçen bir çalışmada uygulanan tedaviye düzenleme bulaşmadan, agresif obsesyonlar düzenlemeden, istifleme ise agresif obsesyonlardan daha kötü yanıt vermiştir (Masi vd., 2005). Matsunaga ve arkadaşlarının (2010) 343 Japon OKB hastasıyla gerçekleştirdiği çalışmasında da istifleme

grubu bir yıllık SRI ve BDT bileşik tedaviye diğer boyutlardan daha kötü yanıt vermiş ve simetri boyutu ile birlikte ek antipsikotik tedavisine ihtiyaç göstermiştir. Ne var ki, literatürde istiflemenin maruz bırakma, bilişsel yeniden yapılandırma ve karar verme eğitimini kapsayan çok yönlü BDT yaklaşımı ile etkin bir şekilde tedavi edilebileceğinin altını çizen vakalar da mevcuttur (Frost ve Steketee, 1998).

Matsunaga ve arkadaşlarının (2010) çalışmasına göre yasaklanmış düşünceler/kontrol etme grubu bir yıllık bileşik tedaviye diğer boyutlardan daha olumlu yanıt vermiştir. Bir diğer çalışmaya göre ise cinsel/dini obsesyonların fazla olması durumunda uzun dönem (1 ila 5 yıl) SSRI ve BDT'den oluşan tedaviye daha olumsuz yanıt alınmıştır (Alonso vd., 2001). Bu çalışmayı destekleyecek şekilde, Mataix-Cols ve arkadaşları (2002a) cinsel ve dini obsesyonlara sahip hastaların BDT'ye daha olumsuz yanıt verdiğini öne sürmüştür. Bir meta analiz çalışmasına göre ise açık motor ritüelleri olmayan obsesif hastalar bu türden ritüelleri olan hastalara göre BDT'ye daha az olumlu cevap vermektedir (Christensen vd., 1987). Ne var ki, mental ritüellere sahip hastaların BDT'den yararlandığına işaret eden çalışmalar da mevcuttur (Mataix-Cols vd., 2002a). Bu doğrultuda, kontrol etme kompulsiyonlarının da BDT'ye olumlu yanıt vermediğini (Başoğlu vd., 1988) ya da tedavi anlamında diğer gruplardan farklılaşmadığını belirten çalışmalar mevcuttur (Abramowitz vd., 2003; Mataix-Cols vd., 2002a).

Diğer boyutlar söz konusu olduğunda, somatik obsesyonları olan hastaların SSRI tedavisine daha az olumlu yanıt verip (Erzegovisi vd., 2001) simetri obsesyonları ile birlikte MAOI tedavisine olumlu yanıt verdiği de bazı çalışmalarca bildirilmiştir (Jenike vd., 1997). Simetri/düzenleme ve istifleme boyutlarının inatçı vakalarında singulotomi müdahalelerine daha iyi yanıt verdiği de belirten çalışmalar mevcuttur (Baer vd., 1995). Ancak simetri/düzenlemenin maruz bırakma ve tepki önlemeye diğer boyutlardan daha kötü yanıt verdiği bildirilmiştir (Abramowitz vd., 2003). Zarar verme kuşkuları/kontrol etme ve bulaşma/yıkama boyutlarının genel olarak maruz bırakma ve tepki önleme tedavisine olumlu yanıt verdiğini tespit eden çalışmalar mevcut iken (De Araujo vd., 1995) bu boyutların tedaviye daha dirençli olduklarını belirten araştırmalar da mevcuttur (McLean vd., 2001).

2.1.2.3. OKB Semptom Boyutlarının Diğer Risk Faktörleri ile İlişkisi

Grisham ve arkadaşları (2011) doğum öncesi dönemde ve çocuktaki çeşitli değişkenlerin özgül semptom boyutlarıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Buna göre, en az bir perinatal travmanın varlığı simetri/düzenleme veya utanç verici düşünceler boyutları ile ilgili obsesif kompulsif semptomlar geliştirme riskini arttırmaktadır. 3 ve 9 yaş arasındaki yetersiz motor beceriler anlamlı derecede zarar verme/kontrol etme ve marjinal derecede bulaşma/yıkama semptomları ile ilgilidir. Çocuklukta daha düşük zeka simetri/düzenleme dışında bütün semptom boyutlarının gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Erken çocuklukta zor bir mizaca sahip olmak zarar verme/kontrol etme boyutu ile bağıntı içindeyken orta çocuklukta daha fazla hiperaktivite ve davranış problemleri zarar verme/kontrol etme ve utanç verici düşünceler boyutlarının gelişimi riskini arttırmaktadır. İçselleştirme problemleri bulaşma/yıkama boyutu ile risk ilişkisi içerisindeyken, çocuklukta sosyal izolasyon hem bulaşma/yıkama hem de zarar verme/kontrol etme boyutları ile ilgilidir. Katılımcılarda 18 yaşında ölçülen kişilik özelliklerine göre kişilerarası yabancılaşma, gergin ve agresif tutumlar ve strese tepkisellik olarak tanımlanan negatif duyarlılık bütün semptom boyutları ile ilişki içerisindeyken, Bu çalışma 1972-73 kohortu geniş bir örnekleme içeren boylamasına bir araştırmanın verilerini kullanmakta olup çocuklukta değişkenler ebeveyn, öğretmenler ve gözlemcilerden elde edilmiştir.

2.1.3. Tabu Düşünceler

2.1.3.1. Tabu Düşünceler ve Bağıntı İçinde Olduğu Klinik ve Sosyodemografik Değişkenler

Tabu düşüncelerin bütünleşik bir semptom boyutu olarak ele alınmasına olanak sağlayan çeşitli çalışmalar mevcuttur. Örneğin, Grant ve arkadaşları (2006) güncel cinsel obsesyonu olan hastalarda güncel agresif ve dini obsesyonların görülme olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Brakoulias ve arkadaşları (2013b) 154 Avustralyalı OKB hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında kabul edilemez/tabu düşünceler boyutunun diğer boyutlardan farklı özellikler ile bağıntılı olacağını öngörmüşlerdir. Kabul edilemez/tabu düşünceler boyutu impulsif agresif, cinsel ve dini obsesyonlar ve mental ritüelleri kapsamaktadır. Bulgulara göre, Y-BOCS obsesyon puanlarının daha yüksek olması, diğer bir deyişle, daha yüksek OKB şiddeti, daha yüksek düzeyde sıkıntı, obsesyonlarla geçirilen zamanın daha fazla olması, daha yüksek düzeylerde hostilite, düşünceleri kontrol etmenin önemine dair olan inanç, çalışmaya katılmadan önce tedavi görmüş olmak, erkek cinsiyeti, ve geçmişte alkol dışında bir madde bağımlılığı teşhisi almak anlamlı düzeyde tabu düşünceler boyutunu yordamaktadır. Katılımcıların yüzde yetmişi OKB bozukluğunun madde bağımlılığından önce ortaya çıktığını söylemişlerdir. Tabu düşünceler boyutu ve kaçınma, içgörü düzeyi ve güvence arama davranışı arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Hindistan'da 545 OKB hastası ile yapılan bir çalışmaya göre ise bulaşma boyutu daha kötü içgörüyü yordarken, yasak düşünceler grubu daha iyi içgörüyü yordamıştır (Cherian vd., 2012). Fontenelle ve arkadaşlarına (2013) göre tabu düşünceler boyutunu oluşturan obsesyon türleri ve içgörü kavramı daha karmaşık bir ilişki içerisindedir. Buna göre, agresyon/kontrol etme boyutu ile ilgili içgörü, diğer değişkenlerden bağımsız olarak, hastada eşlik eden depresyonun ve anksiyete bozukluklarının, özellikle yaygın anksiyete bozukluğunun şiddeti arttıkça azalmaktadır. Buna karşılık, erken başlangıçlı OKB cinsel/dini ve simetri obsesyonlarıyla ilgili daha düşük içgörü düzeyi ile alakalıdır. Bilişler boyutunda ise, Avustralya bağlamında yapılan bir çalışmaya göre, kabul edilemez/tabu düşünceler düşüncenin önemi ve kontrol edilmesine yönelik biliş ile ilişkiliyken, kuşku/kontrol etme sorumluluk/tehdit algısı, simetri/düzenleme mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile bağıntı içerisindedir (Brakoulias vd., 2014).

Genetik ve nörofizyoloji alanlarında da tabu düşünceler boyutu ile ilgili ilginç bulgular elde edilmiştir. Alsobrook ve arkadaşlarına göre (1999), tabu düşünceler ve simetri/düzenleme boyutlarında yüksek puanlar alan OKB probandlarının bu boyutlarda düşük puan alanlara göre ilk dereceden bir OKB hastası yakını olması olasılığı iki kat daha fazladır. Hasler ve arkadaşları (2007) da agresif, cinsel, dini obsesyonlar ve kontrol etme

kompulsiyonlarından oluşan boyutu istiflemeden sonra en ailesel, diğeri bir deyişle, genetik yükü en fazla olan boyut olarak tanımlamıştır. Diğeri bir çalışma beyin tarafından üretilen nörotrofik faktör ile Boyutsal Y-BOCS tarafından ölçülen cinsel/dini ve agresif boyutların şiddeti arasında doğrudan bir bağıntı bildirmiştir (Dos Santos vd., 2011).

2.1.3.2. Tabu Düşünceler ve Tedaviye Yanıt

Tabu düşüncelerin tedaviye yanıt ile ilişkisi boyutunda bazı çalışmalar cinsel ve dini obsesyonların ilaç tedavisine daha olumsuz yanıt verdiğini belirtse de (Alonso vd., 2001; Denys vd., 2003; Erzegovesi vd., 2001; Mataix-Cols vd., 1999) bütüncül bir boyut olarak tabu düşüncelerin genel olarak SSRI tedavisine olumlu yanıt verdiğini bildirilmiştir (Eisen vd., 2006; Landeros-Weisenberger vd., 2010; Matsunaga vd., 2010). Brakoulias ve arkadaşları (2013c) kabul edilemez/tabu düşünceler boyutunun psikotropik bir ilaç kullanma olasılığını yordadığını bildirmişlerdir. Yazarların belirttiği gibi, bu durum bu boyutu içeren obsesyonlara sahip kişilerin literatürde de bildirildiği üzere daha yüksek tedavi motivasyonlarının (Mayerovitch vd., 2003) ya da yaşadıkları sıkıntının büyüklüğünün göstergesi olabileceği gibi bu kişilerin tedaviye direncini ya da tedavi için daha fazla ilaç kullanma gereksinimini gösteriyor olabilir.

Williams ve arkadaşları (2014), sırası ile 4 ve 8 hafta süren, ve hem imajinasyon hem de canlı maruz bırakma ve tepki önleme çalışmalarını içeren iki çalışma sonucunda kabul edilemez/tabu düşünceler ve istifleme boyutlarının tedaviden faydalansalar bile bu faydanın (özellikle dini ya da ahlaki obsesyonu olan hastalarda) diğeri boyutlara göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Purdon ise (2004) rahatsız edici ve tiksindirici düşüncelere yönelik obsesyonların daha etkin şekilde tedavi edilebilmesi için, bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerinin yanı sıra korkulan sahnenin detaylı bir şekilde sesli olarak kaydedilmesi ve hastanın bu kaydı tekrar tekrar dinlemesi gibi bazı maruz bırakma ve tepki önleme yöntemlerinden bahsetmiştir. Bazı çalışmalar ise kabul edilemez/tabu düşünceler boyutunun muhtemelen daha fazla gözlenemeyen mental ritüeli kapsamı sebebi ile

tedavisinin daha uzun sürdüğünü öne sürmüştür (Alonso vd., 2010, Grant vd., 2006, Rufer vd., 2006).

2.1.3.3. Tabu Düşünceler Boyutunu Oluşturan Obsesyonların Benzerlik ve Farklılıkları

Genellikle bütünleşik bir boyut olarak değerlendirilen tabu düşüncelerin kendi içlerinde de farklılık gösterebildiği, bu bağlamda özellikle cinsel/dini obsesyonların diğer obsesyonlarından farklı özellikleri olduğu literatürde bazı çalışmalarca öne sürülmüştür. Örneğin, bu tür çalışmaların ilklerinden olan Mataix-Cols ve arkadaşlarının (1999) araştırmasına göre, Y-BOCS içerisinde yer alan “belirli şeyleri söyleme korkusu”, “istenmeyen görüntüler ve sesler”, “uğurlu sayılar”, “özel anlamı olan renkler” ve “söyleme, sorma ve itiraf etme gereksinimi” maddelerinin hepsi cinsel ve dini obsesyonlarla pozitif bir ilişki içerisindedir.

Güney Kore’de yapılan bir çalışmada, cinsel/dini obsesyonlar, OKB hastalarında aleksitimi ile bağımsız bir pozitif bağıntı içinde bulunan tek semptom boyutu olmuştur (Roh vd., 2011). Yazarlar, cinsel/dini obsesyonların hastalarda uyandırdığı şiddetli kaygının güçlü duygudurumlarından kaçınmaya yönelik bir eğilim yaratabileceğini ve sonuç olarak bu durumun hastaların duygularını tanımlamasında güçlük yaratabileceğini belirtmişlerdir.

Brezilya’da 582 OKB hastası ile yapılan bir araştırmaya göre, cinsel/dini boyut ve komorbid madde kullanım bozukluğu intihar düşünceleri ve planları ile ilişkili bulunmuştur (Torres vd., 2011).

Prabhu ve arkadaşlarının (2013), Hindistan’da yaptığı bir çalışmada ise hem hastaların yaşı, hem de OKB başlangıç yaşı cinsel/dini boyutla negatif bir bağıntı içerisinde olup OKB’leri gençlik çağında başlamış olan hastalar, geç başlangıçlı OKB hastalarına göre daha şiddetli cinsel/dini ve simetri obsesyonlarına sahiptirler.

Kim ve arkadaşlarının (2014) araştırmasına göre ise diğer semptom boyutlarından hiçbiri erken dönem uyumsuz şemalarla ilişki içinde değilken, cinsel ve dini obsesyonlar zarar ve hastalığa hassasiyet ve gelişmemiş/bağımlı benlik şemaları ile bağıntı içerisindedir. Böylelikle, araştırmacılara göre, cinsel ve dini obsesyonlara sahip kişiler felaket içeren olaylardan çok korkan ve başa çıkma mekanizmaları olarak kaçınma, hayatı sınırlama, majik düşünce ve kompulsif ritüellere başvuran kimselerdir ve ebeveyn figürleri ile ilişkili olarak sınırları çizilmemiş bir benlik yapısına sahiplerdir.

Yukarıda bahsedilen çalışmalardan farklı olarak, Siev ve arkadaşları (2011) cinsel/dini obsesyonları birleşik bir grup olarak değerlendirmeyerek, her iki obsesyon türünün farklı biliş ve kişilik özellikleri ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Buna göre, cinsel obsesyonlar sadece düşüncelerin önemi ve kontrolüne yönelik biliş tarafından yordanırken, bulaşma obsesyonları sadece aşırı sorumluluk ve tehlike algısı; dini obsesyonlar ise bağımsız olarak hem düşüncelerin önemi ve kontrolü hem de aşırı sorumluluk ve tehlike algısı bilişleri tarafından yordanmıştır. Bu bulguların temelinde, kişileri cinsel obsesyonlarda rahatsız eden noktanın düşüncenin kendisi ve varlığı iken, dini obsesyonlardan rahatsızlık kaynağının hem düşüncenin kendisi hem de düşünceye sahip olmakla ilişkilendirilen olumsuz dini sonuçlar (günah işlemek, dinden çıkmak vb.) olduğu düşünülebilir. Bunun yanı sıra, sadece dini obsesyonlar obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile ilişkili bulunmuştur.

Cinsel/dini obsesyonlardan başka cinsel ve agresif obsesyonları birlikte değerlendirerek çeşitli değişkenlerle ilişkilendiren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Stein ve arkadaşları (1994), OKB hastalarında dürtüsellik düzeyinin cinsel ve agresif semptomlarla pozitif bir bağıntı içerisinde olduğunu bulmuşlardır (Buna karşılık, Türkiye bağlamında, dürtüsellik düzeyi OKB hastalarında hiçbir semptom boyutu ile ilişki içinde bulunmamıştır, bkz. (Tan ve Taş, 2015)).

Grant ve arkadaşları (2006), 293 OKB hastası içerisinde cinsel obsesyonu olan ve olmayan hastaları birbiri ile karşılaştırmışlardır. Gruplar arasında demografik özellikler, ilaç ve BDT'yi kapsamak üzere tedaviye yanıt, OKB şiddeti, yaşam boyu komorbid birinci

eksen bozuklukları, içgörü düzeyi, sosyal uyum ve yaşamdan tatmin açısından bir fark bulunamamıştır. Ayrıca iki grup arasında cinsel istek ve ilgi ve cinsel ilişki sıklığı arasında bir fark yoktur. Bunun yanı sıra, kadınlar erkekler oranında cinsel obsesyon bildirebilmektedirler. Ancak, cinsel obsesyonlara sahip katılımcılarda, anlamlı düzeyde daha erken OKB başlangıcı, ve daha erken ilk tedavi yaşı gözlenmektedir. Buna ek olarak cinsel obsesyonu olan hastalarda daha fazla depresif semptomlara ve daha yüksek oranda dürtü kontrol bozukluklarına yönelik bir trend ortaya çıkmıştır.

2.1.4. Otojen ve Reaktif Obsesyonlar

Lee ve Kwon (2003) obsesyon ve kompulsiyon türlerini ayırtmak üzere kullanılan faktör yaklaşımı yerine OKB semptomlarının otojen ve reaktif obsesyonlar olarak adlandırılan iki genel gruba göre sınıflandırılabilirliğini ileri sürmüşlerdir. Bu modele göre, otojen obsesyonlar bilince açıkça belirlenebilen tetikleyici bir uyarı olmaksızın aniden gelen, ego-distonik ve son derece rahatsız edici olarak algılanan, cinsel, agresif, dini öğelere küfür, “ahlaksız” ve utanç verici düşünceleri içeren düşünce, görüntü ve dürtülerdir. Bu obsesyon türünde, tetikleyici durum ve uyaranlar belirlenebilse bile bunlar hastada var olan düşünceler ile çağrışımsal, sembolik ve mantıksız şekilde bağlantılıdır. Diğer bir deyişle hasta için esas tehdit unsuru düşüncenin kendisidir. Bu tür obsesyonlar hasta tarafından kabul edilemez, ahlaksızca ve suçluluk verici olarak algılandıkları için bastırılmaları ya da kontrol edilmelerine yönelik hasta üzerinde daha büyük bir baskı yaratırlar. Ancak hasta hem tetikleyici dış uyaranları belirlemede hem de düşünceler ile ilgili dış koşulları değiştirebilecek özgül yöntemleri keşfetmekte güçlük yaşadığı için ya kaçınan düşünce kontrol yöntemlerine ya da majik, batıl inanç temelli ve dini ritüellere veya kompulsiyonlara yönelir. Buna karşılık, reaktif obsesyonlar açıkça belirlenebilen dış uyaranlar tarafından tetiklenir nitelikte olup hasta tarafından gerçekçi ve rasyonel biçimlerde algılanırlar ve bulaşma, hatalar, kazalar, asimetri, ve kaybetmeye yönelik kuşku olarak ortaya çıkarlar. Bu tür obsesyonları yaratan uyaranlar, hastada var olan düşünceler ile daha mantıklı ve gerçekçi biçimlerde bağlantılıdır. Diğer bir deyişle hasta için esas tehdit edici unsur düşüncenin kendisi değil, sebep olabileceği negatif

sonuçlardır. Böylelikle, bu tür obsesyonları olan hastalar dış uyaranları ve durumları kolaylıkla tanımlayabildikleri ve obsesyonlarını daha gerçekçi ve olası algıladıkları için yüzleşmecî kontrol stratejilerine başvurarak yıkama, kontrol etme, düzenleme, istifleme gibi gerçek baş etme davranışları ve fonksiyonel ritüeller sergilerler. Bu bakımlardan başka, otojen ve reaktif obsesyonlar birbirlerinden öznel yaşantılar ve eşlik eden bilişsel süreçler açısından da ayrışırlar.

Lee ve Kwon (2003) bu modellerini test etmek için gerçekleştirdikleri çalışmada öncelikle Güney Koreli üniversite öğrencilerinin Yenilenmiş Obsesyonel İstenmeyen Düşünce Envanteri (Revised Obsessional Intrusion Inventory- Purdon ve Clark, 1993) puanlarına açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi uygulamışlardır. Bu analizler sonucu envanter puanlarının bu iki faktörlü modele uyum sağladığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, otojen obsesyonlara sahip katılımcılar düşüncenin kabul edilemezliği, suçluluk hissi, ve düşüncenin önemi ve kontrol edilmesine yönelik biliş maddelerinde reaktif obsesyonlara sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar alırken, reaktif obsesyonlara sahip katılımcılar düşüncenin gerçek olabileceğine yönelik kaygı ve olasılık ve düşüncenin yaratacağı sonuçları önlemeye yönelik sorumluluk maddelerinde anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar elde etmişlerdir. Ayrıca, reaktif obsesyonlara sahip katılımcıların, düşüncenin sonuçlarını önlemek için harekete geçmek, düşüncüyü rasyonel şekilde analiz etmek, düşünce hakkında bilgi edinmek ya da düşünce üzerine başkaları ile konuşmak, güvence aramak şeklinde sınıflandırılan yüzleşmecî kontrol stratejilerini daha çok tercih ettikleri; otojen obsesyonlara sahip katılımcıların ise, kaygılanmak ve başka negatif düşünceler düşünmek, kendini suçlamak ve cezalandırmak, düşüncüyü durdurmaya çalışmak, dua etmek ve dini yollara başvurmak, dikkati başka şeylere yönlendirmek ve başka uğraşlarla uğraşmak, kaygı verici durumlardan ve nesnelere uzak durmak, olumlu şeyler hakkında düşünmek ve karşı imgelem yapmak olarak sınıflandırılan kaçınan düşünce kontrol stratejilerine daha çok yöneldikleri bulunmuştur.

Klinik olmayan örnekleme elde ettikleri bulgularını klinik bir örnekleme test etmek isteyen Lee ve arkadaşları, OKB hastaları ile benzer bir çalışmayı gerçekleştirmişlerdir (2005a). Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hastalar depresyon ve

anksiyete düzeyleri, OKB semptomları, hastalık süresi, demografik özellikleri açısından farklılaşmazken otojen obsesyona sahip hastaların anlamlı düzeyde daha genç oldukları görülmüştür. Bu çalışmada elde edilen bulgular genel olarak klinik olmayan örnekleme elde edilen bulgulara benzerdir: Otojen obsesyonlar daha fazla suçluluk duygusu yaratırken reaktif obsesyonlar düşüncenin gerçeğe dönüşeceğine yönelik daha yüksek düzeyde kaygıya sebep olmaktadır. Otojen obsesyonlara sahip hastalar düşüncüyü kontrol etmenin önemini ve düşüncenin oluşturduğu tehdidi daha yüksek düzeyde değerlendirirken reaktif obsesyona sahip hastalar düşüncenin gerçekleşme olasılığını ve düşünce ile ilgili zararları önlemeye dair sorumluluklarını daha yüksek olarak belirtmişlerdir. Otojen obsesyonlara sahip hastalar genellikle dikkati başka yöne çevirmeye odaklı kaçınan düşünce kontrol stratejileri uygularken, reaktif obsesyonlara sahip hastalar düşüncenin oluşturacağı negatif sonuçları önlemek (kompulsiyonlar) ve düşüncüyü analiz etmeye odaklı yüzleşme kontrol stratejilerine başvurmaktadır. Ancak otojen ve reaktif obsesyonlar arasında düşüncenin rahatsız ediciliği ve hoş gitmemesi derecelendirmeleri açısından bir fark bulunamamıştır.

Lee ve arkadaşlarının yine OKB hastaları üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada (2005a), reaktif obsesyonları olan hastaların daha fazla açık davranışsal semptomlarının olduğu, ancak otojen obsesyonları olan hastaların Padua Envanteri'nin (Sanavio, 1988) "kontrolü kaybetmeye yönelik dürtüler ve kaygılar" alt ölçeğinden daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur. Reaktif obsesyona sahip hastalar mükemmeliyetçi kişilik özellikleri açısından daha yüksek puan alırken, obsesyonel düşünceler açısından belirsizliğe tahammülsüzlük, sorumluluk ve mükemmeliyetçilik yönlerinden de otojen obsesyonları olan hastalara göre daha yüksek puanlar elde etmişlerdir. Ancak bu çalışmada, yukarıda bahsedilen bir önceki çalışmadan farklı olarak iki obsesyon türü arasında düşüncelerin önemi ve kontrolü açısından fark bulunamamıştır.

Lee ve Kwon'un otojen/reaktif obsesyonlar modeline dayanan bir diğer çalışmada ise, Lee ve Telch (2005b), reaktif obsesyonlara göre, otojen obsesyonların mantıksız/majik düşünce, ve olağandışı algısal yaşantılar gibi şizotipal kişilik özellikleri ile daha güçlü bir biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Yazarlar, bu kişilik özelliklerinin hem

hastaların geliřtirdikleri obsesyon tipine hem de dűřünce kontrolű için kullanılan majik ve batıl ritűellerin ortaya çıkıřına katkı saęlayabileceęini öne sürműşlerdir.

Otojen ve reaktif obsesyonlar modeli, Avustralya bağlamında klinik olmayan bir örnekleme ile gerçekteştirilen bir doğrulayıcı faktör analizi çalışmasında desteklenmiştir (Moulding vd., 2007). Ayrıca bu çalışmada, reaktif obsesyonların sıklığı açık OKB semptomlarından ortaya çıkan sıkıntı ile daha güçlü bir ilişki içerisindeyken, otojen obsesyonların sıklığı zarar verme dürtűleri sebebi ile ortaya çıkan sıkıntı ile ilişki içerisinde. Hem otojen hem reaktif obsesyonlar depresyon düzeyi ile küçük ila orta düzeyde bir bağıntı gösterirken, anksiyete düzeyi ile ilişkili değillerdir. Reaktif obsesyonların sıklığı aşırı sorumluluk, dűřünce ile ilişkili tehdidin aşırı şekilde tahmin edilmesi, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe karşı tahamműlsűzlük biliş ve inançları ile daha yüksek düzeyde ilişkilidir. Ayrıca, diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada, dűřüncelerin önemi ve kontrol edilmesine yönelik biliş ve inanç otojen değil reaktif obsesyonlar ile bağıntı içerisinde. Gerçekten de, depresyon düzeylerinin kontrol edilmesi ile birlikte, otojen obsesyonlar obsesyonele inanç ve bilişlerle ilişki içerisinde bulunmamıştır. Yazarlar bu bulguyu, otojen obsesyonlara yönelik biliş ve inançları gelecek çalışmalarda kullanılabilecek farklı ölçeklerin daha hassas şekilde ölçebileceğini öne sürerek açıklamışlardır. Otojen ve reaktif obsesyonlar arasında özsayı ve benlik ikircikliğine yönelik bir fark bulunmamıştır.

Fuster ve arkadaşlarının (2007) klinik olmayan İşpanyol bir örnekleme gerçekteştirdiği araştırmada, otojen obsesyonlar daha nahoş, kabul edilemez olarak değerlendirilmiş, daha fazla suçluluk duygusu ve kontrol edilmelerine yönelik daha yüksek bir gereksinim uyandırdıkları belirtilmiştir. Otojen obsesyonları olan katılımcılar az oranda da olsa reaktif obsesyonları olan katılımcılara göre daha depresiftir. Otojen grup dűřünce bastırma stratejilerini daha çok kullanmakta ve kayęı, cezalandırma, ve dűřünceyi yeniden değerlendirme yöntemlerine başvurmakta iken reaktif grup sadece kayęı ve kendi kendini teskin etme eğilimi ile ilişkili bulunmuştur. Metakognitif biliş ve inançlar söz konusu olduğunda, depresyon düzeyleri kontrol edilen analizlerde otojen obsesyonlar dűřüncenin önemi ve kontrol edilmesi, mükemmeliyetçilik, dűřünce eylem kaynaşması ahlaki boyutu,

ve düşünce ile ilişkili tehdidin aşırı olarak tahmin edilmesi gibi bilişlerle ilişki içerisinde iken, reaktif obsesyonlar sadece düşünce eylem kaynaşması ahlak boyutu ile negatif bir bağıntı içerisindedir; ne var ki bütün bağıntıların büyüklüğü zayıftır. Böylelikle bu çalışma, tehditlerin aşırı olarak tahmin edilmesi, mükemmeliyetçilik gibi inanç ve bilişleri reaktif obsesyonlar ile ilişkilendiren Moulding'in bulguları ile çatışmaktadır. Ayrıca, bu çalışmada, depresyon düzeyi kontrol edildikten sonra yalnızca reaktif grup Maudsley Obsesyon Kompulsiyon Envanteri (Hodgson ve Rachman, 1977) alt ölçek puanları ile ilişkili bulunmuştur.

Yine Fuster ve arkadaşları (2010) otojen ve reaktif obsesyonlara sahip şiddetli düzeyde OKB hastalarında altı ay boyunca bilişsel tedavi uygulamış, ve tedavi sonrası ve bir yıl sonrasındaki takip çalışması bulgularını yayınlamışlardır. Tedavi bileşenleri, fonksiyonel olmayan inanç ve değerlendirmelerin analizi ve düzeltilmesi, fonksiyonel olmayan inanışların yanlışlanması üzerine kurulu davranışsal deneyler ve ev ödevlerini içermekte olup maruz bırakma ve tepki önleme yöntemini kapsamamaktadır. Bulgulara göre, hastalar demografik anlamda ve birinci eksen komorbid durumlar bakımından farklılaşmazken, reaktif obsesyonları olan daha fazla hasta ilaç tedavisi görmektedir, hastalık süreleri daha uzundur ve kaygı ve ikinci eksen komorbiditeleri daha yüksek olup kompulsiyonları da daha fazladır. Beklenmedik bir bulgu olarak düşünce bastırma yöntemini reaktif grubun daha fazla kullandığı belirlenmiştir ve bu hastalar belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik biliş ve inançlarına daha fazla sahiptirler. Otojen obsesyonları olan hastalar düşüncelerin önemi bilişine daha fazla sahiptirler. Bilişsel tedavinin uygulanmasından sonra hem otojen hem de reaktif gruptaki hastaların OKB şiddeti, depresif ve kaygı düzeyleri, fonksiyonel olmayan düşüncelere sahip olma ve düşüncelerin bastırılması eğilimi anlamlı derecede azalmış ve bu azalma bir yıl sonraki takibe kadar korunmuştur. Ancak, ilerleme kaydeden hasta oranları tedavi sonrasında iki grup için aynı olsa da, iyileşen hasta oranı otojen grupta daha fazladır. Aynı şekilde, otojen gruptaki hastaların Y-BOCS obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek puanları, düşünce eylem kaynaşması olasılık değerlendirmeleri, kendilerini cezalandırma eğilimlerindeki azalma reaktif gruptaki hastalara göre daha büyük oranda olmuştur. Bir yıl sonraki takipte, otojen

gruptaki hastaların Y-BOCS puanlarındaki düşüş daha fazla olmuş ve bu gruptaki hastalar sorumluluk, düşünce kontrolü, tehdidin aşırı şekilde tahmin edilmesi, gibi fonksiyonel olmayan inanışlarında ve düşünce bastırma eğilimlerinde daha fazla azalma göstermişlerdir. Buna koşut olarak, takip sırasında otojen hasta grubunda iyileşmiş hastaların oranı artarken, reaktif hasta grubunda bu oran azalmıştır. Sonuç olarak, tedavi ve takip sonuçlarının otojen grup açısından daha iyi olduğu ortaya çıkmaktadır.

Yukarıda bahsedilen, Fuster ve arkadaşlarının çalışması, Lee ve Kwon'un tedavi anlamında öne sürdükleri noktalar (2003) ile uyum içerisindedir. Lee ve Kwon'a göre otojen obsesyonlara sahip kişiler daha az açık kompulsif davranışları olduğu için geleneksel maruz bırakma ve tepki önleme tedavilerinden reaktif obsesyonlara sahip kişilere göre daha az faydalanabilirler. Buna karşılık bu kimseler majik düşünceler ve anormal algı süreçlerini değiştirmeye yönelik BDT veya bilişsel tekniklerinden düşüncelerini daha gerçekçi ve rasyonel olarak algılayan reaktif obsesyonu olan kişilere göre daha fazla faydalanabilirler. Reaktif obsesyonu olan hastalar ise BDT tekniğinden ziyade geleneksel davranışçı tekniklerden daha fazla kazanç sağlayabilirler.

2.2. TRAVMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

2.2.1. Travma Kavramının Tanımı

Travma, benliğin gelişimini bozan, saptıran, yavaşlatan, durduran ya da geriletken örseleyici nitelikteki engellenme ya da çatışmalar tarafından belirlenen yaşantılardır. Travmatik yaşantılarda benliğin niteliksel ve/veya niceliksel olarak başa çıkamayacağı uyaranlarla karşı karşıya gelmesi söz konusudur. Benliğin bu tür yaşantılara dayanma gücü kişiden kişiye ya da aynı bireyin yaşamının farklı dönemlerinde değişiklik gösterebilir. Böylece, travmatik olaylar, benliğin yapısına, gelişme çağına, içinde bulunulan fiziksel, ruhsal, ve toplumsal çevreye göre bireyler arasında göreceli olarak etki gösterir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Aynı şekilde kişinin psikolojik ve sosyal durumunun yanı sıra travmanın şiddeti, sıklığı ve süresi de verilen tepkiyi belirler (Türksoy, 2003).

DSM-IV'e göre travma kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yaralanma, kendisinin veya bir başkasının fiziksel bütünlüğüne yönelik bir tehdit yaşaması veya bu durumlarla karşılaşması ya da tanık olması olarak tanımlanır. Yaşanan ya da tanıklık edilen olay kişide yoğun düzeyde korku, çaresizlik, ve dehşet duygularına sebep olmalıdır. (American Psychiatric Association, 2000). DSM V'te ise travma kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalması, bunlara tanıklık etmesi, bu olayların yakınlarının başına geldiğini öğrenmesi, ya da travmatik olayın rahatsız edici detaylarını ilk elden sürekli veya aşırı bir şekilde yaşaması olarak tanımlanır. Yaşanan olay klinik olarak önemli derecede sıkıntı yaratmalı, kişinin sosyal etkileşimlerini, çalışma kapasitesini ve işlevselliğini etkilemeli ve başka bir tıbbi durumun, ilaç, madde ve alkolün etkisinden kaynaklanmamalıdır. Ayrıca DSM V'te "Travma ve Stresörlerle İlgili Bozukluklar" başlıklı yeni bir bölüm altında bir dizi rahatsızlık listelenmiştir (American Psychiatric Association, 2013). ICD-10 sınıflamasına göre ise travma tehdit edici veya yıkıcı özellikte olağandışı stres içeren bir duruma karşılık gecikmiş ya da uzamış olarak ortaya çıkan uzun ya da kısa süreli bir tepkidir. Söz konusu travmatik olay herkes için ciddi bir sıkıntı kaynağı olabilecek nitelikte olmalıdır (WHO, 1992).

Travmatik uyarılar, bireyin alışıldık yaşantılarının ötesinde olup sıra dışı zihinsel ya da fiziksel stresörleri içerirler. Bireyin alışıldık yaşantılarını temsil eden farklı alanlardaki devamlı ve düzenli yaşam stresörleri yüksek düzeyde beklenti, olasılık ve kontrol edilebilirlik sınırları içerisinde gerçekleşirken travmatik yaşantılar sıradışı nitelikte olup düşük düzeyde beklenti, olasılık ve kontrol edilebilirlik özelliklerine sahiptir. Travmatik yaşantı kişinin kendisi ve dünya hakkındaki şema, inanç, varsayım ve yargılarını sarsarak, bireyin işlevsellik alanlarında sahip olduğu değer algılarını ve değer işleme süreçlerinin etkinliğini sekteye uğratabilir (Kira, 2001). Kira, travma kavramını tanı el kitaplarında mevcut tanımlamalardan daha kapsamlı ve çok boyutlu bir şekilde sınıflandırmıştır (2001). Bu kategorizasyona göre, travmalar öznel yaşantılar, yaşantıyı işleme şekilleri, işlevselliğin etkilenen alanı ve travmatik olayların nesnel özelliklerine bağlı olarak iki şekilde kategorize edilebilir. İlk sınıflandırma başlığı altında bağlanma

travmaları, otonomi/kimlik/bireyselleşme travmaları, kişilerarası bağlılığın darbe aldığı travmalar, başarı ve kendini gerçekleştirme travmaları ve hayatta kalma travmaları yer alır.

Bağlanma travmaları, yetişkinlikte bağlılık ve duygusal yakınlık; çocuklukta ise güvenlik, güven ve bağlanma duygularını zedeleyerek duygusal gelişimin bütününe etkilerler. Terk edilme, ebeveyn ölümü, çocuğun kaçırılması, evlilik dışı ilişkiler, boşanma ve önemli kişilerin kaybı bu tür travmalara örnek verilebilir. Bu travma türü çocuklarda bağlanma bozuklukları, yetişkinlerde ise ilişki ve kişilik bozukluklarına sebep olabilir. Bağlanma travmaları, benlik ve diğer kişilere ait inanç ve varsayımları sarsarak nesne ilişkileri anlamında duygusal ve bilişsel işlem süreçlerine engel olabilir.

Otonomi ve kimlik travmaları bireylerin ya da grupların bağımsızlık ve kimlik duygularını tahrip ederek yetersizlik, güçsüzlük, yabancılaşma ve kişinin benlik ve kaderi üzerinde kontrol kaybı duygularına sebep olabilir. Cinsel ve fiziksel istismar, aile içi şiddet, tecavüz, kölelik, savaş esareti, işkence, soykırım bu tür travmalara sebep olarak çocuklukta sağlıklı otonomi ve kimlik gelişimini etkileyip; yetişkinlikte ise benlik kaybı ve çaresizlik duygularına sebep olabilir.

Kişilerarası bağlılığın etkilendiği travmalarda bireyin sosyal ağlarındaki konumu ve bağlılığı zedelenir. Uzun dönemli ilişkilerin ve destek sistemlerinin kaybı, istemsiz şekilde kişinin sosyal bağlarından koparılması, örneğin mültecilik deneyimi ve kişinin sosyal aidiyetlerinden işten çıkarılma, emeklilik vb. nedeniyle ayrı kalması bu tür travmaların nedeni olabilir. Çocuklukta okul veya ikamet değişimi bile kimi durumlarda bu türden bir sosyal travmadır.

Başarı ve kendini gerçekleştirme travmalarına işten çıkarılma, rütbenin düşürülmesi, büyük düzeyde finansal ve sağlık kayıpları, diğer bir deyişle kişinin benliği için değerli hayat hedeflerinde başarısızlık örnek gösterilebilir. Böylelikle, uzun süreli işsizlik kendini gerçekleştirme travmaları arasında sınıflandırılabilir.

Hayatta kalma travmaları ise kişinin kendisi veya yakınlarının yaşamına yönelik doğrudan ya da dolaylı tehditleri içerir. Savaş, ölüm, öldürme, çatışma, intihar olaylarına,

şiddet suçlarına, doğal veya insan elinden felaketlere maruz kalmak ya da tanıklık etmek bu travma türünün örneklerindedir ve kişinin yaşam, ölüm ve kaderi ile ilgili inanç sistemlerini etkiler. Kişi bu travma türlerinden birden fazlasına eşzamanlı veya hayatının belli dönemlerinde maruz kalabilir.

Travmatik olayın nesnel özelliklerine bağlı ikinci sınıflandırmada ise, yapay travma/travma benzeri olaylar, dolaylı travmalar, ve doğrudan travmalar yer alır. Yapay travma/travma benzeri olaylarda travmatik olmayan stresörlerin, yaşam zorluklarının birikimi ve toplumsal etkisi diğer travma tiplerine ve TSSB'na son derece benzer etkilere sebep olabilir. Olumsuz tutumların sergilendiği sosyal ve kültürel bir ortamda yaşamak, veya travmaya maruz kalmış bireye destekleyici nitelikte olmayan veya suçlayıcı tepkilerin verildiği durumlar ikincil travma yaratan travma sonrası stresörleri oluşturabilir (Sungur da bu tür ikincil travmalar ve sosyal desteğin önemini incelemiştir, bkz: Sungur, 1999).

Dolaylı travmalar ise, bireyler ve kolektif kimlikler nesiller içinde ya da arasında travmaya doğrudan maruz kalmasa bile empati, bağlanma, özdeşleştirme, yansıtma sonucu özdeşleştirme, içselleştirme, ebeveynlik, ve kültürleşme mekanizmaları sayesinde travmayı yaşantılayabilirler. Aile içi şiddet, ensest, çocuğun cinsel istismarının ebeveynler tarafından öğrenilmesi, sağlık ve acil durum çalışanlarının çalışma deneyimleri, soykırım gibi nesilden nesile aktarılan tarihsel travmalar, sosyal yapıların yetersizliğinden ve sosyal mahrumiyetlerden kaynaklanan işsizlik, açlık, yoksulluk gibi toplumsal travmaların nesilden nesile aktarımı dolaylı travmalardır.

Doğrudan travmalarda ise kişinin doğrudan yaşadığı tek bir beklenmedik darbenin oluşturduğu tip bir travma, birbiriyle ilişkili bir dizi darbenin veya sürekli yaşam zorluğunun ve travmatik durumların (sürekli fiziksel ya da cinsel istismar, savaş, yoksulluk, hastalık vb.) teşkil ettiği tip iki karmaşık travmalar yer alır. Karmaşık travmalardan olan tip üç travmada ise katlanarak ya da kademeli ilerleyen, doğrudan ya da dolaylı olabilen, tip bir ve/veya tip iki travmaları içeren, zaman içerisinde farklı model ve dizilimler alabilen travmalar yer alır.

2.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Terr (1991), çocukluk travmasını mutlak şekilde çocuğun dış çevresinden kaynaklanan ani, tek bir darbe ya da uzun süreli ve beklentinin eşlik ettiği bir dizi darbe olarak tanımlar; bunlar çocuğu çaresiz bırakarak geçmiş başa çıkma ya da savunma mekanizmalarını etkisiz hale getirirler. Terr'e göre çocuğun travmatik yaşantı sırasındaki yaşı ya da bu yaşantının getirdiği bozukluğun evresinden bağımsız olarak çocukluk çağı travmalarının dört ana özelliği vardır ve bu özellikler yetişkin yaşantısında da kendilerini gösterebilir: yoğun olarak görsel veya diğer biçimlerde sürekli olarak algılanan hatıralar, tekrarlayıcı davranışlar (olayın oyun, çizimler ya da yeniden canlandırma, sanatsal faaliyet şeklinde dışavurumu), travmaya özgül korkular, insanlar, hayatın çeşitli yönleri ve gelecek hakkında değişen tutumlar.

Bunun yanı sıra Terr, çocukluk travmalarını ani ve beklenmedik tek bir olayın meydana getirdiği ve çocukta kaçınma, aşırı tetikte olma ve zihinde tekrarlanma gibi tipik TSSB belirtilerini ortaya çıkaran tip bir travma ve uzun süreli, tekrarlayan ve dehşetin eşlik ettiği bir beklenti ile yaşantılanan tip iki travma olarak ikiye ayırır. Tip iki travmada yoğun inkar, bastırma, dissosiyasyon, kendi kendini hipnoz etme, hissizleşme, kendine yönelen agresyon ve travmatik yaşantının kaynağı kişiyle özdeşleşme gibi savunma mekanizmaları devreye girer. Bu tür travmalar genç organizmada derin kişilik değişimlerine neden olur. Tanı koyulabilecek bir kişilik bozukluğu erken yirmili yaşlara kadar görülme bile, beş yaşından önce dahi aşırı düzeyde kişilik problemleri gözlenebilir. Ayrıca, hissizlik, öfke, korku ve sürekli üzüntü duyguları bu tür travmada çocukta davranış bozuklukları, dikkat eksikliği bozuklukları, depresyon veya dissosiatif bozukluklar şeklinde kendini gösterebilir. Ebeveyn kaybı, çocuğun evsiz kalması, fiziksel handikap ve şekil bozuklukları, hastanede kalmak ve fiziksel acı gibi tekil şok ve travmalardan sonra süregiden stres çocukların tip iki travmanın özelliklerini göstermesine sebep olabilir. Bu gibi durumlarda çocukta hem tip bir hem tip iki travmanın özellikleri görülür (Terr, 1991).

Travmanın birçok tanımı ise fizikse, duygusal ve cinsel alanlarda istismar ve ihmal kavramlarına odaklanır. Bu tanımlamalara göre, çocukluk çağı travmaları anne, baba, ya da

bakım verenler ve yabancılar tarafından çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığına zarar verecek, sosyal ve kişilik gelişimini sekteye uğratabilecek şekilde uygulanan tüm duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve ihmali ve ticari sömürüyü kapsar (Şahin, 2008). Çocuğun istismarı ve ihmali toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce çocuğa zarar verici ve gelişimini engelleyici, geriletici ya da kısıtlayıcı olarak tanımlanan eylem ve eylemsizliklerin tümünün ebeveyn ya da bakım veren kişiler gibi bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilmesini içerir (Taner ve Gökler, 2004; Tıraşçı ve Gören, 2007). Fiziksel istismar ve ihmal, duygusal istismar ve ihmal ve cinsel istismar davranışlarını içeren çocukluk çağı travmaları böylelikle çocuğun duygusal ve fiziksel büyüme ve gelişim süreçlerine olumsuz etki eden her türlü davranışı kapsar (Kara vd., 2004).

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuğun ebeveynleri ya da bakımını sağlayan kişiler gibi yetişkinler tarafından itaat sağlama, cezalandırma, öfke boşaltma gibi amaçlarla, elle ve/veya alet kullanımı ile fiziksel bir hasara uğraması, şiddet görmesi, ya da yaralanma riski taşımasıdır. İtilmek, sarsılmak, tekmelenmek, yakılmak, ısırılmak, dövülmek gibi eylemler fiziksel istismar olarak nitelendirilir (Kaplan, 1996; Kaplan vd., 1999; Taner ve Gökler, 2004; Tıraşçı ve Gören, 2007).

Fiziksel ihmal ise 18 yaşından küçük çocuğun anne, baba veya bakım verenleri tarafından beslenme, giyim, barınma, hijyen, sağlık ve bakım verme gibi temel gereksinimlerinin karşılanmaması ya da geciktirilmesi sonucu çocuğun zarar görmesidir (Kaplan vd., 1999). Çocuğun terk edilmesi, evden kovulması, uzun süre başkalarının yanına bırakılması, bakımından kaçınmak için sıklıkla kaldığı yerin değiştirilmesi, uzun süreler boyunca yalnız bırakılması, çevredeki tehlikelere karşı korunmaması ve güvenliğine dikkat edilmemesi ve tehlikelere maruz kalması fiziksel ihmal örneklerindedir (Şar, 1998).

Duygusal ihmal çocuğun ebeveynleri ya da bakım verenleri tarafından yeterli sevgi ve ilgi görmemesi, bu kişiler tarafından çocuğun kötüye kullanılmasına ve şiddet görmesine göz yumulması, çocuğun alkol veya başka bir madde kullanmasına göz yumulması, ruhsal bakımının verilmemesi ve gelişiminin desteklenmemesi olarak tanımlanabilir (Şar, 1998).

Duygusal istismarda anne, baba, bakım verenler gibi yetişkinlerce çocuğa saldırganca davranılması ve çocuğa yaşının gerektirdiği yeteneklerinin üstünde istek ve beklentilerin yöneltmesi olarak tanımlanabilir. Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, yanıltma, korkutma, yıldırma, caydırma, örseleyici ceza verme, tehdit etme, duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması, yaşının üzerinde sorumluluklar beklenmesi, kardeşler arası ayırım yapma, değer vermeme, önemsenmeme, küçük düşürme, alay etme, lakap takma, aşırı baskı kurma, bağımlı kılma ve aşırı koruma duygusal istismara örnek eylemlerdir (Polat, 2000; Runyan vd., 2002; Tıraşçı ve Gören, 2007).

Cinsel istismar çocuğun bir yetişkin veya ergen tarafından cinsel haz amacıyla zorla veya ikna edilerek fiziksel temas ile veya fiziksel temas olmadan kışkırtıcı sözler söyleme, teşhircilik, cinsel içerikli yayınlara ve görüntülere maruz bırakma, çocuğun resimlerini çekme gibi yollarla cinsel etkileşim içerisine sokulmasıdır; bu davranışlar çocuğa aile içerisinden bir kimse tarafından yöneltirse “ensest” olarak adlandırılır (Heger vd., 2000; McNeese, 1998; Yağmur, 2008).

Bu çalışmadaki ölçüm aracı olarak kullanılan Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (Bernstein vd., 1994) de yukarıda bahsedilen istismar ve ihmal kavramlarını içermekte ve çocuğun ailesinde veya çevresinde maruz kaldığı duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar yaşantılarını araştıran sorular içermektedir.

2.3. OKB VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI ARASINDAKİ İLİŞKİ

2.3.1. OKB Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Varlığı

OKB ile çocukluk çağı travması ilişkisi arasındaki çıkarımlara olanak sağlayan ilk araştırmalardan biri olan Murphy ve arkadaşlarının çalışmasında (1988), 391 klinik olmayan kadın örneklemin verileri temelinde çocukluğun ergenlik döneminde cinsel istismara maruz kalmış kadınlarda istismara maruz kalmamış olan kadınlara göre daha fazla

anksiyete, hostilite, paranoid düşünceler, kişilerarası hassasiyet ile birlikte daha fazla obsesif kompulsif semptomlar gözlemlenmiştir.

OKB hastalarında çocukluk çağı travmalarının normal kontrol gruplarından daha yüksek düzeyde bildirilmesi üzerine son dönemde yapılan çalışmalar söz konusu olduğunda, Lochner ve arkadaşlarının (2002), tamamı Güney Afrikalı kadınlardan oluşan 74 kişilik OKB, 36 kişilik trikotillomani ve 31 kişilik sağlıklı kontrol örneklemi üzerinde Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'ni (ÇÇRTÖ) kullanarak yaptıkları bir araştırmada, hem OKB hem de trikotillomani grupları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla çocukluk çağı travması bildirmiştir. Alt ölçekler bakımından, OKB ve trikotillomani grupları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla duygusal ihmal bildirirken, hasta grupları arasında bu alt ölçek bakımından fark bulunamamıştır.

Çelik (2009), Türkiye bağlamında gerçekleştirdiği araştırmasında Y-BOCS patolojik kuşku puanları ile ÇÇRTÖ toplam, duygusal ihmal, duygusal istismar puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu saptamıştır.

Tatlı ise (2012) 50 OKB hastası ve eşleştirilmiş 50 sağlıklı kontrol katılımcısının verileri doğrultusunda, kontrol grubunda Padua Envanteri'nin düşüncelere kapılma alt ölçeği ile ÇÇRTÖ'nin cinsel istismar alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Hasta grubunda ise Padua Envanteri'nin dürtüler alt ölçeği ile ÇÇRTÖ'nin toplam, duygusal ihmal ve istismar puanları arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde Mathews ve arkadaşları (2008) tarafından 938 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, katılımcıların ÇÇRTÖ'nin duygusal istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal alt ölçek puanları ile Leyton Obsesyon Envanteri (Cooper, 1970) ile ölçülen obsesif kompulsif semptom puanları arasında düşük fakat anlamlı bir ilişki saptanmış, ancak bu ilişkinin büyük bir kısmının komorbid anksiyete semptomları ile açıklanabileceği bulunmuştur. Ne var ki, araştırmacıların "muhtemel OKB" olarak nitelendirdiği, klinik olarak anlamlı derecede yüksek obsesif kompulsif semptomlar ile duygusal istismar ve fiziksel istismar arasında sırası ile pozitif ve negatif olmak üzere

anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu değişkenlerinden bağımsız ilişkiler de tespit edilmiştir.

Grisham ve arkadaşları (2011), Yeni Zelanda’da yürütülen boylamasına bir araştırmanın katılımcıları ile gerçekleştirdikleri çalışmada 36 OKB hastası, 613 kişilik sağlıklı kontrol grubu ve 310 kişilik OKB dışında bir anksiyete bozukluğu tanısı almış kontrol grubunu karşılaştırmışlardır. Bulgulara göre, geriye dönük olarak bildirilen çocukluk travması yetişkinlikte edinilen OKB tanısı ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Çocuklukta cinsel istismara maruz kalan katılımcıların, sağlıklı kontrollere göre üç kat daha fazla OKB geliştirme ihtimali bulunduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra, çocuklukta fiziksel istismara maruz kalan katılımcıların sağlıklı kontrol grubu katılımcılarına göre yedi kat, anksiyöz kontrol grubuna göre ise dört kat daha fazla OKB gelişimi ihtimalinin olduğu bulunmuştur. Bu ilişkilerde travma sonrası stres bozukluğu değişkeni kontrol altında tutulmuştur. Son olarak bu çalışmada, fiziksel ve cinsel istismara ek olarak ikamet değişikliği, ölüm, ayrılık veya boşanma sonucu herhangi bir biyolojik ebeveynin sürekli yokluğu gibi diğer çocukluk stresörlerinin obsesif kompulsif semptomları anlamlı düzeyde yordadığı ortaya konmuştur.

Semiz ve arkadaşlarının (2014) Türkiye bağlamında 120 OKB hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında tedaviye dirençli OKB hastalarında tedaviye yanıt veren OKB hastalarına nazaran daha yüksek düzeyde OKB şiddeti, anksiyete, depresyon ve dissosiyasyonun yanı sıra çocukluk travması geçmişine rastlanmıştır. Çocukluk travmasını ölçmek amacıyla Travmatik Yaşantılar Soru Listesi’ni (Nijenhuis vd., 2002) kullanan araştırmacılar, ÇÇRTÖ’ne alt ölçekleri bakımından benzeyen bu aracın cinsel taciz alt ölçeği dışında toplam ve diğer bütün alt ölçeklerinde bu bulgunun geçerli olduğunu belirtmişlerdir. Aynı şekilde, bütün örnekleme Y-BOCS puanları dissosiyasyon, anksiyete, depresyon şiddeti ile olduğu gibi travmatik yaşantılar şiddeti ile de anlamlı düzeyde pozitif bağıntı içerisinde bulunmuştur.

Park ve arkadaşları ise (2014), 2001, 2006 ve 2011 yıllarında Güney Kore’de yürütülen “Kore Epistemolojik Alan Tarama Çalışması” kapsamında 6027 katılımcı ile yüz

yüze görüşmeler ile gerçekleştirdikleri araştırmada, çocuklukta çoklu travmatik yaşantılara maruz kalan katılımcıların tekli travmatik yaşantıya maruz kalmış katılımcılar ve travma yaşamamış katılımcılara göre OKB, genel anksiyete bozukluğu, ve somatoform bozukluklara sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu bozukluklara sahip olma riski ise tek travmatik yaşantıya maruz kalan ve travma yaşamamış katılımcılar arasında farklılaşma göstermemektedir. Bu araştırmada, çocukluk çağı travması kavramı Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi'nin (WHO, 1997) travma sonrası stres bozukluğu bölümü ile taranmış olup, askeri çatışma, ani yaralanma ve kaza, doğal afet, yaralanma, öldürülme ve tecavüz olaylarına tanıklık, cinsel, fiziksel saldırıya, kaçırılmaya veya işkenceye maruz kalmak gibi travmatik olayları 18 yaşından önce yaşayan katılımcıları çocukluk travmasına maruz kalmış grup olarak tanımlamıştır.

Visser ve arkadaşları (2014) 382 Hollandalı OKB hastası ile yürüttükleri çalışmalarında fiziksel ve cinsel istismar, ebeveynler arası şiddete tanık olmak, anne ve baba işlevsizliği ve bir ebeveynen erken dönemde ayrılmak olarak tanımladıkları olumsuz çocukluk yaşantıları ile yetişkinlikte OKB şiddeti arasındaki bağıntıyı incelemiştir. Bulgularda olumsuz çocukluk yaşantıları ve OKB şiddeti ve kronikliği arasında bir ilişki ortaya çıkmasa da olumsuz çocukluk yaşantılarının OKB hastalarında duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, ve yeme bozukluklarının komorbiditesi ile bağıntılı olduğu ancak anksiyete bozukluklarının komorbiditesi ile bağıntılı olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada analiz edilen değişken travma kavramı yerine olumsuz çocukluk yaşantıları şeklinde nicelleştirilmiştir; bu bağlamda çalışmanın teknik anlamda çocukluk çağı travması ve OKB ilişkisine odaklandığı söylenememektedir; ancak olumsuz çocukluk yaşantıları içinde ölçülen kavramların çocukluk travma ölçüm araçlarının içeriklerine benzerliği ve ilişkisi sebebi ile çocukluk çağı travması ve OKB ilişkisi bağlamında çıkarımlar yapılabilmektedir.

Alonso ve arkadaşları (2004) yine doğrudan çocukluk travması kavramı ile ilişkilendirilemese bile İspanyol OKB hastası ve eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu yetişkinlerin çocukluklarına yönelik olumsuz ebeveyn algılarını karşılaştırmışlardır. Bulgulara göre, OKB hastaları kontrol grubuna göre babalarını anlamlı düzeyde daha fazla

reddedici olarak nitelendirmiştir. Hasta grubu aynı zamanda genel olarak ebeveynlerinin ve özel olarak babalarının duygusal sıcaklığını kontrol grubuna göre daha düşük olarak bildirmiş ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Gruplar arasında ebeveynlerin aşırı koruyuculuğu arasında bir fark saptanmamıştır. OKB grubunda, algılanan ebeveyn özellikleri ve OKB başlangıcı, şiddeti, veya depresif belirtilerin varlığı ve şiddeti arasında bir bağlantı bulunamamıştır.

Son olarak, Hacıömeroğlu (2008), yukarıdaki çalışmaya koşut olarak, Türkiye bağlamında, klinik olmayan 300 kişilik üniversite öğrencisi bir örneklemede, algılanan ebeveyn yetiştirme stillerinin obsesif kompulsif semptomları yordayıcı rolünü araştırmıştır. Alonso ve arkadaşlarının sonuçları ile çelişecek bir biçimde, bu çalışmada, daha yüksek obsesif kompulsif semptom puanları olan katılımcılar, daha düşük puanı olan katılımcılara göre anne ve babalarının yetiştirme tarzını aşırı koruyucu olarak betimlemiştir. Bunun yanı sıra, annenin algılanan aşırı koruyuculuğu, (kişinin kendisi ve/veya diğer kişilere yönelik gerçekleştirilecek zararlar ile ilgili) sorumluluk tutumları ve güncel yaşam olayları obsesif kompulsif semptomları anlamlı düzeyde yordamıştır. Bu ilişkide, sorumluluk tutumları, annenin algılanan aşırı koruyuculuğu ve obsesif kompulsif semptomlar arasında aracı rolü üstlenmektedir. Sorumluluk tutumlarının bu aracılık rolü ve annenin algılanan aşırı koruyuculuğunun yordayıcılığı, obsesif kompulsif semptomlara özgül olup, depresyon ya da sürekli anksiyete için ise geçerli değildir. Araştırmacıya göre, OKB'nin bilişsel modeliyle tutarlı olan bu bulgular, kişinin gelişim öyküsünde annenin çocuğu korumaya yönelik aşırı endişeli, düzenleyici veya kısıtlayıcı olmasının ve çocuğu güvenliğine yönelik zaafiyeti hakkında eleştirmesinin, çocuğun dünyayı tehlikeli ve kontrol edilemez, kendisini ise bu tehlikeler karşısında çaresiz ve beceriksiz olarak algılamasına yol açabileceğine işaret etmektedir. Bunun sonucu olarak çocukta, bu tehlikeler karşısında sorumlu olmaya yönelik hatalı bilişsel çıkarımlar, diğer bir deyişle, bilişsel bir hassasiyet olarak sorumluluk tutumları gelişebilir.

2.3.2. OKB ve Çocukluk Çağı Travması ile İlişkili Psikiyatrik Durumlar

Lochner ve arkadaşları (2004) Güney Afrika'da 110 OKB hastası ve 32 trikotillomani hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmada her iki grubun da benzer dissosiyasyon ve travma puanlarının olduğunu ve her iki grupta da dissosiyasyon puanları ile ÇÇRTÖ duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal alt ölçek puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif bağıntılar olduğunu belirtmişlerdir. Buna ek olarak ÇÇRTÖ fiziksel ve cinsel istismar alt ölçek puanları yüksek katılımcıların daha yüksek düzeyde dissosiyasyon gösterdiği belirlenmiştir. Bu bağlamda, araştırmacılar, çocukluktaki bunaltıcı ve travmatik yaşantılara bir cevap olarak geliştirilen dissosiyasyon ile OKB ve trikotillomani gelişiminde bir bağlantı olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Çelik (2009), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nin (DYÖ), (Bernstein ve Putnam, 1986) amnezi alt ölçek puanları ile ÇÇRTÖ'nin duygusal istismar ve fiziksel ihmal arasında ve aynı ölçeğin absorbsiyon alt ölçek puanları ile ÇÇRTÖ'nin toplam, duygusal istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal puanları arasında anlamlı ilişkiler olduğunu belirlemiştir.

Tatlı (2012) da OKB hastalarında ÇÇRTÖ'nin toplam puanı, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve istismar puanları ile DYÖ'nin absorbsiyon puanları arasındaki anlamlı ilişkiye yönelik önceki çalışmadaki bulguyu yeniden elde etmiştir. Araştırmacı, aynı zamanda DYÖ'nin depersonalizasyon/derealizasyon puanları ile fiziksel kötüye kullanım, duygusal ihmal ve kötüye kullanım ve travma toplam puanları arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir.

Edwards (2006) ortada dereceden şiddetliye uzanan belirtiler gösteren OKB hastalarında yoğun travma geçmişi olan hastaların daha fobik ve kişilerarası ilişkilerde duyarlı olduğunu ayrıca daha fazla paranoid düşünceleri, dissosiyatif deneyimleri, majik düşünceleri ve algısal sapmalarının bulunduğunu ortaya koymuştur. Daha az yoğun travma geçmişine sahip hastalar ise anksiyete ve depresyonla karakterize edilmiş semptom profillerine sahiptirler.

2.3.3. OKB ve Çocukluk Çağı Travması Arasındaki İlişkinin Mekanizmaları

OKB ve çocukluk çağı travmaları arasında literatürde belirtilen ilişkinin ne tür mekanizmalar ile ortaya çıktığına dair kişilik, düşünce-eylem kaynaşması, aleksitimi, bağlanma ve genetik yönelimli çeşitli çalışmalar açıklamalar getirmeye çalışmışlardır.

Yukarıda bahsedilmiş olan Mathews ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında obsesif kompulsif semptomlar ile NEO PI-R Kişilik Envanteri'nin (Costa ve McCrae, 1992) ölçtüğü sorumluluk boyutu arasında bir ilişki gözlemlenmiş aynı şekilde sorumluluk boyutu ile duygusal ihmal ve cinsel istismar arasında sırası ile negatif ve pozitif bağıntılar ortaya konmuştur. Bu bağlamda, araştırmacılar çocukluk travmasının dolaylı olarak, sorumluluk kişilik boyutu üzerinden OKB ile ilişkili olabileceğini belirtmekte ancak bir nedensellik öne sürülemeyeceğini vurgulamaktadırlar.

Carpenter ve Chung' un (2011) dünyanın her yerinden internet siteleri ve kartopu örnekleme süreci ile ulaştığı 82 OKB hastası ve 92 kişilik kontrol grubu ile gerçekleştirdiği araştırmada ise, OKB grubu önceki çalışmalarda olduğu gibi kontrol grubuna göre özellikle ÇÇRTÖ'nin duygusal istismar ve ihmal alt ölçeklerinde olmak üzere daha fazla çocukluk travması bildirmiştir. Aynı zamanda OKB grubu, kontrol grubuna göre aleksitimi ve bağlanma ölçeklerinde anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar elde etmiştir. Buna ek olarak, çocukluk çağı travması bağlanma güvensizliği ile; bağlanma güvensizliği aleksitimi ile; aleksitimi ise OKB semptom sayısı ve şiddeti ile anlamlı düzeyde pozitif bağıntılar içerisindedir. Yapılan aracılık analizi, aleksitiminin bağlanma kaçınanlığının etkisini anlamlı düzeyde obsesyon sayısı ve şiddetine taşıdığını göstermektedir. Araştırmacılar böylelikle, çocukluk travması ve OKB arasındaki ilişkinin doğrudan olmayıp kaçınan bağlanma ve aleksitimi ile etkileştiğini öne sürmektedir. Yazarlar, bu etkileşim bağlamında, çocuklukta yaşanan travmanın çocuğun tehdit edici ve kırılğan iç yaşantılardan dikkatini uzaklaştırma eğilimi, diğer bir deyişle kaçınan bağlanma süreçleri geliştirmesine, dolayısı ile karmaşık ve acı verici afektif iç yaşantıları temsil etme ve düzenleme yetisinin gelişmemesi (aleksitimi eğilimi) ile de çevreye yüklenen tehditlere takılmasına ve bunlara

yönelik sembolik düzenleme mekanizmaları oluşturmaya sebep olabileceğini öne sürmüşlerdir.

Berman ve arkadaşları (2013) Amerika Birleşik Devletleri'nde, klinik olmayan bir örneklem olan 407 üniversite öğrencisi ile yaptıkları bir araştırmada çocukluk travması ile düşünce eylem kaynaşması arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu bağlamda, ÇÇRTÖ ve Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (Shafran vd., 1996) arasındaki bağıntılar araştırılmış aynı zamanda ÇÇRTÖ ve katılımcıların yakınları ile ilgili felaket içeren cümleler yazdıkları bir canlandırmada verdikleri olasılık ve ahlaki derecelendirmeler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Duygusal istismar ve fiziksel ihmal puanlarının Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeğinin olasılık alt ölçek puanlarını ve fiziksel istismarın aynı ölçeğin ahlak alt ölçek puanlarını yordadığı ortaya konulmuştur. Ne var ki, katılımcıların canlandırma sırasında verdikleri puanlarla ÇÇRTÖ puanları arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Araştırmacılar bu durum çerçevesinde, çocukluk çağı travmaları ile düşünce eylem kaynaşması arasındaki ilişkinin ya daha genel ve spontane düşünceler ya da canlandırmada oluşturulan senaryolardan daha özel ve kişisel düşünceler için geçerli olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Yine de, ilk aşamada ölçekler arasında tespit edilen ilişkiler yazarlar tarafından açıklanmaktadır: çocuğun ebeveynleri tarafından kontrolü dışındaki zor durumlar için sürekli suçlanarak duygusal olarak istismar edilmesi, kendisinde talihsiz olayların meydana gelmesinde aşırı bir sorumluluk duygusuna yol açabilir (ÇÇRTÖ-olasılık bağıntısı). Aynı şekilde, çocuğun “ahlaksız” düşünceleri öne sürülerek dövülmesi, bu düşünceleri düşünmenin dahi ahlaki olarak düşüncelerin kapsadığı eylemleri gerçekleştirmek kadar yanlış olduğu inanişini geliştirmesini sağlayabilir (ÇÇRTÖ-ahlaki alt ölçek bağıntısı).

Hemmings ve arkadaşları ise (2013) Güney Afrikalı 134 OKB hastası ve 188 kişilik sağlıklı kontrol grubunun dahil edildiği çalışmalarında, OKB hastalarında BDNF geninde oluşan bir tekli nükleotit polimorfizmi, diğer bir deyişle DNA dizilim varyasyonu olan BDNF Val66Met ile çocukluk çağı travması arasında bir ilişki olup olmadığını incelemektedirler. Çalışmanın bulgularına göre, OKB grubu kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek ÇÇRTÖ toplam ve duygusal istismar ve duygusal ihmal alt ölçek puanlarına sahiptirler. OKB grubu içerisinde ise erkek hastalar kadın hastalara göre anlamlı

düzyeyde daha fazla duygusal ihmâl bildirmişlerdir. BDNF Val66 Met'in OKB riski çerçevesinde duygusal istismar ile etkileştiği ortaya konmuştur. Çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalmış OKB hastalarında Val66Met homozigot (iki Met aleli taşıyan) bireylerin OKB bozukluğuna sahip olma şansı heterozigot bireylere (tek Met aleli taşıyan) göre yaklaşık iki kat fazladır. Çalışmada bu durumun sebebinin gelişim sırasında farklı düzeylerde BDNF nörotrofik faktörünün salgılanması ile beyin plastisitesinin azalması olabileceği ileri sürülmektedir. Çocukluk travması ve BDNF Val66 Met arasında OKB şiddeti açısından ise bir etkileşim görülmemiştir.

2.3.4. Çocukluk Çağı Travması ve OKB Semptom Boyutları Arasındaki İlişki

Literatürde çocukluk çağı travmasının spesifik OKB semptom boyutlarının gelişimi ile ilgili olup olmadığı ile ilgili çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Yukarıda bahsedilen Alonso ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında kirlenme/temizlenme, agresif/kontrol etme, simetri/düzenleme, cinsel/dini ve istifleme semptom boyutları arasında yalnızca istifleme boyutu kısmi olarak düşük düzeyde duygusal sıcaklık ebeveyn algısı tarafından yordanmıştır.

Grisham ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, geriye dönük bildirilen çocukluk çağı cinsel istismarının, bulaşma/yıkama, zarar verme/kontrol etme (kaza sonucu ve istemeden yakınlarla zarar verme veya öldürme), simetri/düzenleme, ve utanç verici düşünceler olarak belirlenen semptom boyutlarının bulaşma/yıkama haricinde tümünün riskinin artması ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk cinsel istismarı bildiren katılımcıların sağlıklı kontrol grubu katılımcılara göre yetişkinlikte OKB teşhisi alma olasılığı üç kat daha fazladır. Çocuklukta fiziksel istismar bildiren katılımcıların sağlıklı kontrol grubuna göre OKB geliştirme riski 7 kat, anksiyöz kontrol grubuna göre 4 kat daha fazladır. Aynı zamanda, bu çalışmanın bulgularına göre, fiziksel istismar anlamlı düzeyde utanç verici düşünceler semptom boyutunun riskinin artması ile ilişkilidir. Çocukluk çağı stresörlerinden olan bir ebeveynin kaybı, zarar verme/kontrol etme ve utanç verici

düşünceler boyutlarını yordarken, çocuklukta ikamet değişikliği sayısı bütün semptom boyutları ile anlamlı düzeyde ilişki içindedir. Bu bağlamda, araştırmacılar, cinsel ve fiziksel istismarın özel olarak utanç verici ilişkiler ile ilişkili içinde olup bulaşma/yıkama boyutu ile olmamasına dikkat çekmekte ve bu bulgunun Fullana ve arkadaşlarının (2010) epidemiyolojik araştırmasında (utanç verici düşünceler boyutuna benzer olan) cinsel/dini semptom boyutu ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu arasında güçlü bir bağlantı ortaya çıkarken bu bozukluk ile bulaşma boyutu arasında bir ilişkinin bulunamamasına koşut olduğunu belirtmektedir. Diğer bir deyişle, bu çalışmanın verileri temelinde, travmatik yaşantılar çocukluk çağı ve sonrasında tabu düşünceler olarak nitelendirilebilecek semptom boyutları ile bağımlı ancak bulaşma/yıkama boyutu ile ilişkisizdir.

Kandaz'ın (2009) çalışmasında 65 OKB hastasında travmatik yaşam olayları ve semptom boyutları arasındaki ilişki çocukluk çağı travmaları bakımından kısıtlanmadan incelenmektedir. Bu araştırmaya göre, genel olarak yaşamda karşılaşılan cinsel saldırı durumu ile kuşku obsesyonları, cinayet ve ölüm olaylarına şahit olma durumu ile kontrol kompulsiyonları, temizlik obsesyon/kompulsiyonları ve bulaşma obsesyonları arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bu çalışma, özgül travmatik yaşam olaylarının özgül semptom boyutları ile ilişkisinin çocukluk dönemi ile kısıtlı kalmayıp yaşam boyu etkileşebileceğine işaret etmesi bakımından kayda değerdir.

Real ve arkadaşlarının (2011), 412 İspanyol OKB hastası ile gerçekleştirilen çalışması ise yaşam boyu travmatik yaşantılar yerine OKB'nin ortaya çıktığı tarihten bir yıl öncesinde katılımcıların yaşadığı stresli yaşam olaylarına odaklanmıştır. Bulgulara göre, bu dönemde stresli bir yaşam olayı yaşayan hastalarda daha geç OKB başlangıcı ve ailede daha az OKB öyküsü gözlemlenirken, bu hastaların doğumlarında daha fazla komplikasyon öyküsü mevcuttur ve daha sık olarak bulaşma/temizleme boyutuna ait semptomlar göstermektedirler. Hamileliğin OKB başlangıcı ile ilişkisi ise yine sadece bulaşma/kirlenme boyutunda kendini göstermektedir. Bu bağlamda, bahsedilen son çalışmanın verileri birlikte değerlendirildiğinde, kirlenme/bulaşma boyutu için çelişkili sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ve tabu düşünceler arasında bir ilişki mevcut iken, Fullana ve arkadaşlarının bulaşma/kirlenme boyutu ve travmatik olaylar arasında bir ilişki

bildirmemesine karşılık Kandaz ve Real ve arkadaşlarının sonuçlarına göre kirlenme/bulaşma boyutu çocukluk çağından sonraki dönemlerde yaşanan travma ya da stresörlerle ilişkili görünmektedir. Bir sonraki bölümde, çocukluk çağı travması düzeyleri tabu düşünceler semptom ve kirlenme boyutları arasında karşılaştırılacak ve Türkiye bağlamında, Grisham ve arkadaşlarının çalışmasının çıkarımlarından biri olan çocukluk çağı travma düzeylerinin tabu düşünceler boyutunda daha yüksek olup olmadığı incelenecektir.



BÖLÜM III

YÖNTEM VE ARAÇLAR

3.1. GRUPLARIN SEÇİMİ

Bu araştırmada NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi NPSUAM Feneryolu Polikliniği'ne dışarıdan başvuran DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre OKB tanısı almış yetişkin 81 gönüllü katılımcı yer almıştır. Kesitsel olan bu çalışmanın gerçekleştirilmesi için NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nden yazılı izin, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nden yazılı izin ve Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır. Katılımcılar sözlü olarak çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve kendilerinden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile yazılı onam alınmıştır. Katılımcıların isimleri araştırma boyunca gizli tutulmuştur.

Katılımcıların hangi boyuta dahil edileceği Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi'ne göre baskın olan ve hastaya en çok sıkıntı veren belirtiyeye göre belirlenmiştir. Agresyon obsesyonları ve buna bağlı kontrol etme kompulsiyonları, cinsel, dini obsesyon ve/veya kompulsiyonları gösteren hastalar "tabu düşünceler" boyutuna; kirlenme ve bulaşma obsesyonları ve/veya temizlenme/yıkama kompulsiyonları gösteren hastalar "kirlenme" boyutuna dahil edilmiştir. Böylelikle, hastaların 45' i tabu düşünceler (% 55, 56), 36'sı kirlenme (% 44, 44) gruplarına dahil olmuşlardır. Ayrıca, hastaların 21'i cinsel (% 25, 93) 14'ü dini belirtiler (% 17, 28), 10'u agresyon obsesyonları ve/veya kontrol etme kompulsiyonları (% 12, 35) ve 36'sı kirlenme obsesyonları ve/veya temizlenme/yıkama kompulsiyonları (% 44, 44) göstermektedir.

3.1.1. İçerme lütleri

- DSM IV-TR ölçütlerine göre OKB tanısı almış olmak.
- Katılımcının Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi'ne göre baskın olarak agresyon, cinsel, dini ve kirlenme obsesyon ve/veya kompulsiyonları göstermesi.
- NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi, NPSUAM Feneryolu Polikliniği'ne dışarıdan başvuran hasta olmak.
- Bilgilendirme sonucu araştırmaya katılmayı kabul etmek.
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Katılımcının okuma ve yazma bilmesi.

3.1.2. Dışlama lütleri

- DSM IV- TR ölçütlerine göre şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluk tanısı almış olmak.
- DSM IV- TR ölçütlerine göre herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı almış olmak.
- Geçmişte kafa darbesi almış olmak.
- Mental retardasyon ya da epilepsi, MS gibi herhangi bir nörolojik bozukluk tanısı almış olmak.
- Hastanın dini, cinsel, agresyon ve kirlenme boyutlarının dışında bir boyutta belirtiler göstermesi.
- Hastanın, agresyon, cinsel, dini, ve kirlenme boyutlarının en az ikisinde eşit şiddette belirtiler göstermesi.

3.2. ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler

OKB başlangıç yaşı ve ilk tedavi yaşını içeren klinik bilgiler ve isim, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim yılı, (çalışıyor, çalışmıyor, ev hanımı, emekli kategorilerine göre) meslek bilgilerini içeren sosyodemografik veriler katılımcılar ile görüşme sonucu edinilmiştir.

3.2.2. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesi (Y-BOCS)

Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından OKB şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Obsesyon ve kompulsiyon şiddetini ölçmeye yönelik olarak iki alt ölçeği mevcuttur. 19 sorunun 10 maddesi kullanılmakta ve toplam puan 0 ile 40 değerleri arasında değişmektedir. Görüşmeci tarafından uygulanır. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1993) tarafından gerçekleştirilmiş, bu çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.82, madde-toplam puan bağıntı katsayıları 0.37 ile 0.69 arasında bulunmuştur. Aynı çalışmada, değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.96, obsesyon ölçeği için 0.94, kompulsiyon ölçeği için 0.97 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ayrıca belirti tiplerinin daha iyi anlaşılmasına yönelik Semptom Kontrol Listesi bulunmaktadır.

3.2.3. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HDRS-17)

Depresyonun son bir hafta içerisindeki şiddetini ölçmek amacıyla Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiş ve Williams (1978) tarafından yapılandırılmış olup 17 maddelik, toplam puanı 0 ve 51 arasında değişen bir araçtır. Görüşmeci tarafından uygulanır. Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından

yapılmıştır. Söz konusu Türkçe versiyon için Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.75, test-yeniden test güvenilirliği katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur; değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı 0.87 ile 0.98 değerleri arasındadır.

3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAI)

Anksiyetenin son bir hafta içerisindeki psikolojik ve somatik belirti şiddetini ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. 21 maddelik, toplam puanı 0 ile 63 arasında değişen bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından gerçekleştirilmiş, Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur; madde-toplam puan bağıntı katsayısı 0.45 ile 0.72 değerleri arasındadır.

3.2.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28)

Bernstein ve arkadaşları tarafından (1994) 70 madde olmak üzere geliştirilmiş, 1998'de bu araştırmada kullanılan 28 maddelik kısa formu (CTQ-28) oluşturulmuştur (Bernstein ve Fink, 1998). Beşli Likert tipi bir öz bildirim aracıdır. Yirmi yaşından önce maruz kalınan duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismarı ölçen beş alt ölçeği bulunmaktadır. Aynı zamanda travmanın minimizasyonunu ölçen üç tane minimizasyon sorusunu içerir. Minimizasyon puanı hesaplamasında bu üç maddeden alınan yalnızca en yüksek puan olan 5 puan hesaba katılarak 1 puan olarak alınır, böylelikle üç sorudan 0 ile 3 değerleri arasında değişen bir minimizasyon toplam puanı elde edilir. Toplam puan beş alt ölçek puanının hesaplanması ile bulunur. Kısa form Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmış, Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak ve madde-toplam puan bağıntı katsayıları bir madde dışında 0.30 değerinin üzerinde bulunmuştur; test- yeniden test güvenilirlik katsayısı olarak 0.90 değeri elde edilmiştir.

3.2.6. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerden bağımsız örneklemler için t testi, parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis testi, dağılım karęılařtırmaları için ki kare testi ve bağıntı analizi için Spearman korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Bütün analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizlerinde SPSS 17 istatistik paket programı kullanılmıştır



BÖLÜM IV

BULGULAR

TABLO 4.1. TABU DÜŞÜNCELER VE KIRLENME BOYUTLARININ CİNSİYET, MEDENİ DURUM, ÇALIŞMA DURUMU DEĞİŞKENLERİ BAKIMINDAN DAĞILIMLARI VE DAĞILIMLAR ARASINDAKİ FARK ANALİZİ

		Kirlenme		Tabu düşünceler		Toplam		Ki-kare testi	
		n	%	n	%	n	%	χ^2	p
CİNSİYET	Kadın	25	69,4	13	28,9	38	46,9	13,208	0,000(*)
	Erkek	11	30,6	32	71,1	43	53,1		
MEDENİ DURUM	Evli	17	47,2	21	46,7	38	46,9	0,660	0,719
	Bekar	18	50,0	21	46,7	39	48,1		
	Dul	1	2,8	3	6,7	4	4,9		
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışıyor	19	52,8	23	51,1	42	51,9	4,394	0,355
	Öğrenci	8	22,2	9	20,0	17	21,0		
	Çalışmıyor	3	8,3	5	11,1	8	9,9		
	Ev hanımı	6	16,7	4	8,9	10	12,3		
	Emekli	0	0,0	4	8,9	4	4,9		

*p<0.05

Ki kare testi sonuçlarına göre, tabu düşünceler ve kirlenme grupları medeni durum ve çalışma durumu değişkenlerinin dağılımları bakımından farklılaşmamaktadır, (p>0.05). Ancak tabu düşünceler ve kirlenme gruplarında cinsiyet dağılımı anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir, (p<0.05). Kirlenme grubunun % 69,4'ü kadın, % 30,6'sı erkektir. Tabu düşünceler grubunun % 28,9'u kadın, % 71,1'i erkektir.

TABLO 4.2. TABU DÜŞÜNCELER VE KİRLENME BOYUTLARININ YAŞ, BAŞLANGIÇ YAŞI, İLK TEDAVİ YAŞI, EĞİTİM YILI DEĞİŞKENLERİNE GÖRE FARK ANALİZİ

	Grup	N	Ortalama	Standart sapma	t	p
YAŞ	Kirlenme	36	32,42	10,55	-0,581	0,563
	Tabu	45	33,89	11,92		
BAŞLANGIÇ YAŞI	Kirlenme	36	21,00	8,19	-0,892	0,375
	Tabu	45	22,76	9,25		
İLK TEDAVİ YAŞI	Kirlenme	36	25,50	8,39	-0,342	0,733
	Tabu	45	26,13	8,18		
EĞİTİM YILI	Kirlenme	36	13,56	2,22	1,854	0,067
	Tabu	45	12,38	3,25		

Bağımsız örneklem için t testine göre tabu düşünceler ve kirlenme gruplarının yaş, başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı ve eğitim yılı ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır, ($p>0.05$).

TABLO 4.3. AGRESYON, CİNSEL, DİNİ VE KİRLENME BOYUTLARININ CİNSİYET, MEDENİ DURUM VE ÇALIŞMA DURUMU DEĞİŞKENLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

		Grup									
		Kirlenme		Dini		Cinsel		Agresyon		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CİNSİYET	Kadın	25	69,4	2	14,3	6	28,6	5	50,0	38	46,9
	Erkek	11	30,6	12	85,7	15	71,4	5	50,0	43	53,1
MEDENİ DURUM	Evli	17	47,2	8	57,1	8	38,1	5	50,0	38	46,9
	Bekar	18	50,0	5	35,7	12	57,1	4	40,0	39	48,1
	Dul	1	2,8	1	7,1	1	4,8	1	10,0	4	4,9
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışıyor	19	52,8	8	57,1	10	47,6	5	50,0	42	51,9
	Öğrenci	8	22,2	3	21,4	5	23,8	1	10,0	17	21,0
	Çalışmıyor	3	8,3	1	7,1	2	9,5	2	20,0	8	9,9
	Ev hanımı	6	16,7	1	7,1	2	9,5	1	10,0	10	12,3
	Emekli	0	0,0	1	7,1	2	9,5	1	10,0	4	4,9

Örnekleme sayılarının agresyon, cinsel, dini ve kirlenme gruplarına göre değerlendirildiklerinde küçük olmaları sebebi ile boyutların cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu değişkenlerine göre dağılımlarında fark olup olmadığı analiz edilememiş, frekans ve yüzde bilgileri verilmiştir.

TABLO 4.4. AGRESYON, CİNSEL, DİNİ VE KİRLENME BOYUTLARININ YAŞ, BAŞLANGIÇ YAŞI, İLK TEDAVİ YAŞI, EĞİTİM YILI DEĞİŞKENLERİNE GÖRE FARK ANALİZİ

		N	Ortalama	Standart sapma	χ^2	P
YAŞ	Kirlenme	36	32,42	10,55	0,371	0,946
	Dini	14	32,43	10,36		
	Cinsel	21	35,24	13,53		
	Agresyon	10	33,10	11,19		
BAŞLANGIÇ YAŞI	Kirlenme	36	21,00	8,19	0,729	0,866
	Dini	14	22,29	10,58		
	Cinsel	21	23,10	8,44		
	Agresyon	10	22,70	9,90		
İLK TEDAVİ YAŞI	Kirlenme	36	25,50	8,39	0,461	0,927
	Dini	14	26,71	7,55		
	Cinsel	21	26,10	8,84		
	Agresyon	10	25,40	8,36		
EĞİTİM YILI	Kirlenme	36	13,56	2,22	2,552	0,466
	Dini	14	12,00	4,11		
	Cinsel	21	12,67	2,31		
	Agresyon	10	12,30	3,86		

Kruskal Wallis testine göre agresyon, cinsel, dini, kirlenme grupları arasında yaş, başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı ve eğitim yılı ortalamalarına göre anlamlı bir fark bulunamamıştır, ($p>0.05$).

TABLO 4.5. TABU DÜŞÜNCELER VE KIRLENME BOYUTLARININ CTQ-28 TOPLAM VE ALT ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ FARK ANALİZİ

	Grup	N	Ortalama	Stdandart sapma	t	p
CTQ- Toplam	Kirlenme	36	36,92	9,43	-1,804	0,075
	Tabu düşünceler	45	40,71	9,39		
CTQ- DUYGUSAL İSTİSMAR	Kirlenme	36	7,97	3,64	0,391	0,697
	Tabu düşünceler	45	7,67	3,37		
CTQ- DUYGUSAL İHMAL	Kirlenme	36	11,50	4,53	-1,221	0,226
	Tabu düşünceler	45	12,71	4,36		
CTQ-FİZİKSEL İSTİSMAR	Kirlenme	36	5,31	1,06	-2,078	0,041*
	Tabu düşünceler	45	6,13	2,19		
CTQ-FİZİKSEL İHMAL	Kirlenme	36	6,78	1,59	-2,038	0,045*
	Tabu düşünceler	45	7,71	2,35		
CTQ-CİNSEL İSTİSMAR	Kirlenme	36	5,33	1,35	-1,953	0,054
	Tabu düşünceler	45	6,27	2,60		

*p<0.05

Bağımsız örneklem için t testine göre, tabu düşünceler ve kirlenme grupları arasında CTQ-28 toplam, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır, ($p>0.05$). Ancak, tabu düşünceler ile kirlenme gruplarının CTQ-28 fiziksel istismar ve fiziksel ihmal puanları arasında anlamlı farklar bulunmuştur, ($p<0.05$). Tabu düşünceler grubunun fiziksel istismar ve fiziksel ihmal puanları kirlenme grubuna göre daha yüksektir. Minimizasyon puanlarında katılımcılar üç sorunun hiçbirine 5 puan vermemişlerdir. Dolayısı ile tüm katılımcıların minimizasyon puanı 0'dır.

TABLO 4.6. AGRESYON, CİNSEL, DİNİ VE KİRLENME BOYUTLARININ CTQ-28 TOPLAM VE ALT ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ FARK ANALİZİ

		N	Ortalama	Standart sapma	χ^2	P	Anlamlı Fark
CTQ- Toplam	Kirlenme	36	36,92	9,43	5,431	0,143	Yok
	Dini	14	38,64	8,90			
	Cinsel	21	42,48	9,84			
	Agresyon	10	39,90	9,34			
CTQ- DUYGUSAL İSTİSMAR	Kirlenme	36	7,97	3,64	1,726	0,631	Yok
	Dini	14	7,07	2,30			
	Cinsel	21	8,33	4,03			
	Agresyon	10	7,10	3,14			
CTQ- DUYGUSAL İHMAL	Kirlenme	36	11,50	4,53	2,277	0,517	Yok
	Dini	14	12,64	4,53			
	Cinsel	21	13,10	4,81			
	Agresyon	10	12,00	3,30			
CTQ- FİZİKSEL İSTİSMAR	Kirlenme	36	5,31	1,06	11,742	0,008*	*Kirlenme ile cinsel obsesyon grupları arasında
	Dini	14	5,86	1,75			
	Cinsel	21	6,57	2,71			
	Agresyon	10	5,60	1,35			
CTQ- FİZİKSEL İHMAL	Kirlenme	36	6,78	1,59	2,824	0,419	Yok
	Dini	14	7,71	2,46			
	Cinsel	21	7,57	2,11			
	Agresyon	10	8,00	2,87			
CTQ- CİNSEL İSTİSMAR	Kirlenme	36	5,33	1,35	6,185	0,103	Yok
	Dini	14	5,36	0,84			
	Cinsel	21	6,90	3,28			
	Agresyon	10	6,20	2,39			

*p<0.05

Kruskal Wallis testine göre agresyon, cinsel, dini, kirlenme gruplarının CTQ-28 toplam, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve cinsel istismar puanları arasında anlamı bir fark bulunamamıştır, (p>0.05). Ancak, agresyon, cinsel, dini, kirlenme gruplarının fiziksel istismar puanları arasında anlamı bir fark bulunmuştur, (p<0.05). Bulunan bu fark, post hoc LDS testine göre cinsel ve kirlenme grupları arasındadır ve cinsel grubun fiziksel istismar puanı kirlenme grubundan yüksektir.

TABLO 4.7. TABU DÜŞÜNCELER BOYUTUNUN TOPLAM CTQ-28 PUANI İLE TOPLAM Y-BOCS, Y-BOCS OBSESYON VE Y-BOCS KOMPULSİYON, HDRS-17 VE BAI PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ

		Y-BOCS Toplam	Y-BOCS OBSESYON	Y-BOCS KOMPULSİYON	HDRS-17	BAI
CTQ- Toplam	Spearman's rho	-0,259	-0,029	-0,237	-0,130	0,165
	p	0,086	0,849	0,116	0,394	0,280

Spearman korelasyon analizine göre tabu düşünceler grubunun toplam CTQ-28 puanı ile toplam Y-BOCS puanı arasında -0,259 değerinde, negatif yönlü, düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile Y-BOCS obsesyon puanı arasında -0,029 değerinde, negatif yönlü, çok düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile Y-BOCS kompulsiyon puanı arasında -0,237 değerinde, negatif yönlü, düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile HDRS-17 puanı arasında -0,130 değerinde, negatif yönlü düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile BAI puanı arasında 0,165 değerinde, pozitif yönlü, düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkilerden hiçbiri anlamlı değildir, ($p>0.05$).

TABLO 4.8. KİRLENME BOYUTUNUN TOPLAM CTQ-28 PUANI İLE TOPLAM Y-BOCS, Y-BOCS OBSESYON, Y-BOCS KOMPULSİYON, HDRS-17 VE BAI PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ

		Y-BOCS Toplam	Y-BOCS OBSESYON	Y-BOCS KOMPULSİYON	HDRS-17	BAI
CTQ- Toplam	Spearman's rho	0,103	0,094	-0,015	0,283	0,200
	p	0,551	0,584	0,932	0,094	0,242

Spearman korelasyon analizine göre kirlenme obsesyon grubunun toplam CTQ-28 puanı ile toplam Y-BOCS puanı arasında 0,103 değerinde, pozitif yönlü, düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile Y-BOCS obsesyon puanı arasında 0,094 değerinde, pozitif yönlü, çok düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile Y-BOCS kompulsiyon puanı arasında -0,015 değerinde negatif yönlü, çok düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile HDRS-17 puanı arasında 0,283 değerinde, pozitif yönlü, düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile BAI puanı arasında 0,200 değerinde, pozitif yönlü, düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkilerden hiçbiri anlamlı değildir, ($p>0.05$).

TABLO 4.9. AGRESYON BOYUTUNUN TOPLAM CTQ-28 PUANI İLE TOPLAM Y-BOCS, Y-BOCS OBSESYON, Y-BOCS KOMPULSİYON, HDRS-17 VE BAI PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ

		Y-BOCS Toplam	Y-BOCS OBSESYON	Y-BOCS KOMPULSİYON	HDRS- 17	BAI
CTQ- Toplam	Spearman's rho	-0,277	-0,031	0,055	-0,135	0,083
	p	0,439	0,932	0,879	0,710	0,820

Spearman korelasyon analizine göre agresyon obsesyon grubunun toplam CTQ-28 puanı ile toplam Y-BOCS puanı arasında $-0,277$ değerinde, negatif yönlü, düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile Y-BOCS obsesyon puanı arasında $-0,031$ değerinde, negatif yönlü, çok düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile Y-BOCS kompulsiyon puanı arasında $0,055$ değerinde pozitif yönlü, çok düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile HDRS-17 puanı arasında $-0,135$ değerinde, negatif yönlü düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile BAI puanı arasında $0,083$ değerinde, pozitif yönlü, çok düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkilerden hiçbiri anlamlı değildir, ($p>0.05$).

TABLO 4.10 CİNSEL BOYUTUN TOPLAM CTQ-28 PUANI İLE TOPLAM Y-BOCS, Y-BOCS OBSESYON VE Y-BOCS KOMPULSİYON, HDRS-17 VE BAI PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ

		Y-BOCS Toplam	Y-BOCS OBSESYON	Y-BOCS KOMPULSİYON	HDRS- 17	BAI
CTQ- Toplam	Spearman's rho	-0,361	-0,133	-0,402	-0,271	-0,021
	p	0,108	0,564	0,071	0,235	0,930

Spearman korelasyon analizine göre cinsel obsesyon grubunun toplam CTQ-28 puanı ile toplam Y-BOCS puanı arasında $-0,361$ değerinde, negatif yönlü, orta düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile Y-BOCS obsesyon puanı arasında $-0,133$ değerinde, negatif yönlü, düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile Y-BOCS kompulsiyon puanı arasında $-0,402$ değerinde negatif yönlü, orta düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile HDRS-17 puanı arasında $-0,271$ değerinde, negatif yönlü, düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile BAI puanı arasında $-0,021$ değerinde, negatif yönlü, çok düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkilerden hiçbiri anlamlı değildir, ($p>0.05$).

TABLO 4.11. DİNİ BOYUTUN TOPLAM CTQ-28 PUANI İLE TOPLAM Y-BOCS, Y-BOCS OBSESYON VE Y-BOCS KOMPULSİYON, HDRS-17 VE BAI PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ

		Y-BOCS Toplam	Y-BOCS OBSESYON	Y-BOCS KOMPULSİYON	HDRS- 17	BAI
CTQ- Toplam	Spearman's rho	-0,006	0,216	-0,137	0,228	0,352
	p	0,985	0,458	0,640	0,432	0,217

Spearman korelasyon analizine göre dini obsesyon grubunun toplam CTQ-28 puanı ile toplam Y-BOCS puanı arasında korelasyon katsayısı -0,006 değerindedir, dolayısıyla iki değişken arasında bir ilişki bulunamamıştır. Dini obsesyon grubu toplam CTQ-28 puanı ile Y-BOCS obsesyon puanı arasında 0,216 değerinde, pozitif yönlü, düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile Y-BOCS kompulsiyon puanı arasında -0,137 değerinde negatif yönlü, düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile HDRS-17 puanı arasında 0,228 değerinde, pozitif yönlü, düşük düzeyde; toplam CTQ-28 puanı ile BAI puanı arasında 0,352 değerinde, negatif yönlü, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkilerden hiçbiri anlamlı değildir, ($p>0.05$).

TABLO 4.12. TABU DÜŞÜNCELER VE KİRLENME BOYUTLARININ HDRS-17 PUANLARI ARASINDAKİ FARK ANALİZİ

	Grup	N	Ortalama	Standart sapma	t	p
HDRS-17	Kirlenme	36	15,19	7,33	0,306	0,760
	Tabu düşünceler	45	14,69	7,42		

Bağımsız örneklem için t testine göre kirlenme ve tabu düşünceler gruplarının HDRS-17 puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır, ($p>0.05$).

TABLO 4.13. AGRESYON, CİNSEL, DİNİ VE KİRLENME BOYUTLARININ HDRS-17 PUANLARI ARASINDAKİ FARK ANALİZİ

		N	Ortalama	Standart sapma	χ^2	P
HDRS-17	Kirlenme	36	15,19	7,33	3,667	0,300
	Dini	14	14,21	6,40		
	Cinsel	21	13,14	7,94		
	Agresyon	10	18,60	6,88		

Kruskal Wallis testine göre kirlenme, agresyon, cinsel ve dini obsesyon gruplarının HDRS-17 puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır, ($p>0.05$).

TABLO 4.14. TABU DÜŞÜNCELER VE KİRLENME BOYUTLARININ BAI PUANLARI ARASINDAKİ FARK ANALİZİ

	Grup	N	Ortalama	Standart sapma	t	p
BAI	Kirlenme	36	21,44	12,37	1,068	0,289
	Tabu düşünceler	45	18,67	11,00		

Bağımsız örneklem için t testine göre tabu düşünceler ve kirlenme gruplarının BAI puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır, ($p>0.05$).

TABLO 4.15. AGRESYON, CİNSEL, DİNİ VE KİRLENME BOYUTLARININ BAI PUANLARI ARASINDAKİ FARK ANALİZİ

		N	Ortalama	Standart sapma	χ^2	P
BAI	Kirlenme	36	21,44	12,37	5,317	0,150
	Dini	14	14,57	10,49		
	Cinsel	21	18,62	10,96		
	Agresyon	10	24,50	10,07		

Kruskal Wallis testine göre agresyon, cinsel, dini obsesyon ve kirlenme gruplarının BAI puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır, ($p>0.05$).

TABLO 4.16. TABU DÜŞÜNCELER VE KİRLENME BOYUTLARININ TOPLAM Y-BOCS, Y-BOCS OBSESYON VE Y-BOCS KOMPULSİYON PUANLARI ARASINDAKİ FARK ANALİZİ

		Grup	N	Ortalama	Standart sapma	t	p
Y-BOCS Toplam	Kirlenme		36	25,69	5,27	4,154	0,000*
	Tabu düşünceler		45	20,04	6,66		
Y-BOCS OBSESYON	Kirlenme		36	12,58	3,48	0,850	0,398
	Tabu düşünceler		45	11,82	4,38		
Y-BOCS KOMPULSİYON	Kirlenme		36	13,08	3,06	5,828	0,000*
	Tabu düşünceler		45	8,02	4,43		

* $p<0.05$

Bağımsız örneklem için t testine göre tabu düşünceler ve kirlenme gruplarının Y-BOCS obsesyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır, ($p>0.05$). Ancak, tabu düşünceler ve kirlenme gruplarının Y-BOCS toplam ve Y-BOCS kompulsiyon puanları arasında anlamlı farklar bulunmuştur, ($p<0.05$). Kirlenme grubunun toplam Y-BOCS ve Y-BOCS kompulsiyon puanları tabu düşünceler grubundan daha yüksektir.

TABLO 4.17. AGRESYON, CİNSEL, DİNİ VE KİRLENME BOYUTLARININ TOPLAM Y-BOCS, Y-BOCS OBSESYON VE Y-BOCS KOMPULSİYON PUANLARI ARASINDAKİ FARK ANALİZİ

		N	Ortalama	Sandart sapma	χ^2	P	Anlamli Fark
Y-BOCS Toplam	Kirlenme	36	25,69	5,27	21,391	0,000*	*Cinsel obsesyon ile kirlenme grupları arasında *Cinsel obsesyon ile Dini obsesyon grupları arasında *Agresyon ile cinsel obsesyon grupları arasında
	Dini	14	21,43	5,39			
	Cinsel	21	17,10	6,45			
	Agresyon	10	24,30	6,24			
Y-BOCS OBSESYON	Kirlenme	36	12,58	3,48	3,341	0,342	Yok
	Dini	14	11,50	4,26			
	Cinsel	21	11,14	4,30			
	Agresyon	10	13,70	4,60			
Y-BOCS KOMPULSİYON	Kirlenme	36	13,08	3,06	30,935	0,000*	*Cinsel obsesyon ile kirlenme grupları arasında *Cinsel obsesyon ile dini obsesyon grupları arasında *Agresyon ile cinsel obsesyon grupları arasında
	Dini	14	9,93	3,89			
	Cinsel	21	5,95	4,58			
	Agresyon	10	9,70	2,98			

*p<0.05

Kruskal Wallis testine göre agresyon, cinsel, dini obsesyon ve kirlenme gruplarının Y-BOCS obsesyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır, (p>0.05). Ancak, agresyon, cinsel, dini obsesyon ve kirlenme gruplarının toplam Y-BOCS ve Y-BOCS kompulsiyon puanlarının arasında anlamlı farklar bulunmuştur, (p<0.05). Cinsel obsesyon grubunun agresyon, dini obsesyon ve kirlenme gruplarına göre toplam Y-BOCS puanı daha düşüktür. Aynı şekilde, cinsel obsesyon grubunun agresyon, dini obsesyon ve kirlenme gruplarına göre Y-BOCS kompulsiyon puanı daha düşüktür.

BÖLÜM V

TARTIŞMA, SONUÇ VE SINIRLILIKLAR

Bu çalışmanın bulgularına göre tabu düşünceler grubu kirlenme grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla çocukluk fiziksel istismarı ve fiziksel ihmali bildirmiştir. Aynı şekilde, tabu düşünceler grubu açılarak agresyon, cinsel, dini obsesyon ve kirlenme grupları birbirleri ile karşılaştırıldığında cinsel obsesyon grubunun kirlenme grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla fiziksel istismar bildirdiği görülmüştür. Bu bulgular, genel olarak Grisham ve arkadaşlarının (2011) fiziksel istismar boyutunun özgül olarak tabu düşünceler boyutunun gelişmesi riskini arttırdığına ancak bulaşma temizleme boyutu ile ilişkisi olmadığına yönelik çalışması ile uyum içerisindedir. Diğer bir deyişle, bu araştırma tabu düşünceler boyutunun çocukluk fiziksel istismarı ile ilişkili olduğunu Türkiye bağlamında yeniden göstermiştir, ancak Grisham ve arkadaşlarının çalışmasına ek olarak tabu düşünceler kapsamında cinsel obsesyonları olan katılımcıların kirlenme obsesyonları olan katılımcılara göre daha fazla fiziksel istismar bildirdiği bulgusunu ortaya koymuştur. Fiziksel istismar ile cinsel obsesyonların ilişkisi yazarın bilgisi dahilinde literatürde daha önce bildirilmemiş bir bulgudur.

Literatürde ağırlıklı olarak çocukluk duygusal istismarı ve ihmali OKB ve obsesif kompulsif semptomlar ile ilişkilendirilmiştir (Berman vd., 2013; Çelik, 2009; Hemmings vd., 2013; Lochner vd., 2002; Mathews vd., 2008; Tatlı, 2012). Ancak cinsel istismar ve OKB ilişkisine yönelik bulgular da mevcuttur (Carpenter ve Chung, 2011; Grisham vd., 2011; Murphy vd., 1988). Bu çalışma, tabu düşünceler boyutu ile kirlenme boyutu arasında veya agresyon, cinsel, dini obsesyon ve kirlenme boyutları arasında duygusal ihmali, istismar ve cinsel istismar düzeyleri arasında fark bulamamıştır. Bu bulgu, bu boyutlar ele alındığında fiziksel istismar ve ihmalin gruplar arası travma düzeyi farkı söz konusu olduğunda daha baskın bir etkisinin olduğunu düşündürebileceği gibi, boyutların örneklem sayılarının, (özellikle tabu düşünceler boyutu açıldıktan sonra) var olabilecek duygusal ihmali, istismar ve cinsel istismar düzeylerindeki farklılıkları tespit etmekte yetersiz

olabileceğini de akla getirmelidir. Ancak bunun dışında, fiziksel istismar ve ihmalin OKB ile ilişkili olduğu da bazı çalışmalarca bildirilmiştir (Berman vd., 2013; Grisham vd., 2011; Mathews vd., 2008). Özellikle Berman ve arkadaşlarının çalışmasında fiziksel istismarın düşünce eylem karşılaşması ahlak boyutu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, genel olarak tabu düşüncelerin ve özel olarak cinsel obsesyonlara sahip katılımcıların kirlenme obsesyonlarına sahip katılımcılardan daha fazla fiziksel istismar bildirmeleri özellikle anlam kazanmaktadır. Tabu düşüncelere ve özellikle cinsel obsesyonlara sahip hastalar OKB’de etkili olan düşünce eylem kaynaşmasının ahlak boyutunda özellikle hassasiyet gösterebilirler, zira sahip oldukları obsesyon ve ritüeller ahlaki yönden kendilerini çok rahatsız eden, ego-distonik özelliktedir. Bu anlamda, tabu düşünceler değişkeninin fiziksel istismar ve düşünce eylem kaynaşması ahlak boyutu ilişkisinde aracı bir rolü olduğu düşünülebilir. Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda Berman ve arkadaşlarının bulgularını daha kapsamlı ve bütüncül değerlendirmek mümkündür.

Tabu düşünceler boyutu açıldığında yalnızca cinsel obsesyon grubunun kirlenme grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek fiziksel istismar puanı ortaya koymasının, ve bu açılma gerçekleştiğinde fiziksel ihmale yönelik bulgunun yok olmasının örneklem sayılarının küçülmesine bağlı olduğu düşünülebilir. Gerçekten de aralarında anlamlı fark tespit edilen cinsel obsesyon ve kirlenme gruplarının örneklem sayıları dini obsesyon ve agresyon gruplarından fazladır. Her ne kadar, Kruskal Wallis testi parametrik olmayan bir test olarak dağılımsal varsayımlara dayanmasa da, örneklem sayılarının azalması, testin gücünü düşürerek tip iki hataların yapılması olasılığını arttırabilir. Bu bağlamda, her grup için daha yüksek örneklem sayıları ile çalışma tekrarlandığında, tabu düşünceler ve kirlenme boyutları arasında ve agresyon, cinsel, dini obsesyon ve kirlenme grupları arasında çocukluk çağı travma ölçek ve alt ölçeklerinde bu araştırma ile tespit edilemeyen başka farklılıklar tespit edilebilir.

Kirlenme boyutunun tabu düşünceler ve cinsel obsesyon gruplarından sırası ile daha az fiziksel ihmal ve istismar ve fiziksel istismar bildirmesi ve bu boyutta çocukluk travması ve OKB şiddeti arasında bir bağıntı bulunamaması çocukluk çağı travması ile kirlenme

boyutu arasında bir ilişkinin olmadığı anlamına gelmemektedir. Her ne kadar, Grisham ve arkadaşları (2011) ve Fullana ve arkadaşları (2010) bulaşma boyutu ile sırası ile çocukluk travması ve TSSB arasında bir bağıntı bulamasa da Kandaz (2009) ve Real ve arkadaşlarının (2011) sonuçları bulaşma/kirlenme boyutunun çocukluk sonrası travma ve stresli yaşam olayları ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Dolayısı ile hem tabu düşünceler ve bu boyutu oluşturan obsesyon türleri hem de kirlenme boyutu puanlarının çocukluk çağı travma toplam ve alt ölçek puanları ile korelasyon analizleri yapılarak, bu boyutların çocukluk çağı travması ile anlamlı düzeyde ilişkili olup olmadığı, ve mevcut bir ilişki durumunda hangi boyutun ilişki katsayısının daha yüksek olduğu gibi analizler yapılabilir. Bu tür çalışmaların yapılması ile çocukluk çağı travması ve farklı OKB semptom boyutları arasındaki ilişki daha kapsamlı ve açık bir şekilde ortaya konabilir. Aynı şekilde, kirlenme boyutunun çocukluk dönemine göre çocukluk sonrası travma ve stresörlerle daha güçlü bir ilişki içinde bulunup bulunmadığı incelenebilir.

Hiçbir boyutta çocukluk çağı travması ile OKB şiddeti (Y-BOCS toplam) ve Y-BOCS obsesyon ve kompulsiyon alt ölçekleri arasındaki bağıntılar anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Bu bulgu her ne kadar çocukluk çağı travması ve OKB şiddeti arasında bir ilişki olduğunu öne süren, yukarıda bahsedilen literatür ile uyuşmasa da, daha önce literatürde bazı çalışmalarca olumsuz ebeveyn özellikleri algısı ya da olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının OKB şiddeti ile bağıntısının olmadığı bildirilmiştir (Alonso vd., 2004; Visser vd., 2014). Bu bağlamda, Visser ve arkadaşlarının Hollanda bağlamında 382 OKB hastasını içeren büyük bir örnekleme olumsuz çocukluk yaşantıları ve OKB şiddeti arasında bir bağıntı bulamadığı ancak Semiz ve arkadaşlarının (2014) Türkiye bağlamında 120 OKB hastasını kapsayan, azımsanamayacak bir örneklem sayısı ile çocukluk travması ve OKB şiddeti arasından bir ilişki bulduğu göz önünde bulundurulduğunda bu konuda daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerektiği öne sürülebilir. Aynı şekilde, bu iki çalışmanın farklı kültürlerde, farklı örneklem sayıları ile gerçekleştirildiği düşünüldüğünde araştırmalarda özellikle kültür ve örneklem sayısı faktörlerinin göz önüne alınması gerekmektedir. Öte yandan, bu araştırmada hiçbir boyutta çocukluk travması ve OKB şiddetinin ilişkili bulunmaması, çocukluk travmasının OKB şiddeti ile değil, farklı OKB

boyutları ile bağıntı içerisinde olabileceğini alternatif bir hipotez olarak düşünebilir. Bu araştırmada boyutların depresyon ve anksiyete düzeyleri karşılaştırılmış, ayrıca çocukluk travması ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki de incelenmiştir. Sonuç olarak, boyutlar arası depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamında farklar bulunamadığı gibi hiçbir boyut için çocukluk travması ile depresyon ve anksiyete arasındaki bağıntı katsayıları anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Dolayısı ile çocukluk çağı travması ve OKB şiddeti arasındaki muhtemel bir ilişkinin hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kirlenmediği söylenebilir. Bu bağlamda, çocukluk çağı travması ve Y-BOCS ve alt ölçekleri arasındaki korelasyon analizinin katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeylerinden etkilenmediği öne sürülebilir.

Bu çalışmaya göre kirlenme boyutunda tabu düşünceler boyutuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek OKB şiddeti (Y-BOCS toplam puanı) ve Y-BOCS kompulsiyon puanı bulunmuştur. Bu bağlamda, kirlenme boyutunun hastalık şiddetinin tabu düşünceler grubuna göre daha yüksek olduğu sonucu çıkarılmamalıdır. Zira, kirlenme boyutu ile tabu düşünceler boyutlarının Y-BOCS obsesyon puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Dolayısı ile Y-BOCS toplam puanlarının kirlenme grubunda daha yüksek olması kirlenme boyutunun kompulsiyon puanlarının yüksekliği ile bağlantılıdır. Kirlenme boyutunun tabu düşünceler boyutundan, ya da reaktif bir obsesyon türü olarak kirlenme grubunun otojen bir obsesyon türü olan tabu düşüncelerden daha fazla açık motor kompulsiyonlara sahip olduğu literatürde sıkça bildirilen bir gözlemdir (Baer, 1994; Lee vd., 2005a; Lee ve Kwon, 2003). Ancak bu durum tabu düşüncelerin kirlenme boyutuna göre daha az kompulsiyona başvurduğu anlamına gelmemektedir. Bu durum, bu araştırmanın bulgularının işaret ettiği gibi açık motor kompulsiyonlar söz konusu olduğunda geçerli olabilir ancak tabu düşünceler boyutu bazı araştırmaların bildirdiği gibi (Brakoulias vd., 2013a; Williams vd., 2011) bu araştırmada kullanılan Y-BOCS ölçüm aracı ile ölçülmeyen birçok mental ritüel ya da majik ve dini davranış ile kuvvetli bir ilişki içerisinde olabilir. Öte yandan, tabu düşünceler bütüncül bir kategori olarak düşünülmeyip içeriğindeki agresyon, cinsel, dini obsesyonlar ve kirlenme grubu ile birlikte birbirleri ile karşılaştırıldığında, cinsel obsesyonların diğer bütün gruplardan anlamlı düzeyde daha

düşük Y-BOCS kompulsiyon, dolayısı ile daha düşük toplam Y-BOCS puanına sahip olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, cinsel obsesyona sahip katılımcıların diğer boyutlarda obsesyonlara sahip katılımcılara göre gerçekten daha az kompulsiyonu olduğu ya da açık motor kompulsiyonlara göre daha fazla mental ritüele başvurdukları düşünülebilir. Ancak dini obsesyona sahip katılımcıların cinsel obsesyona sahip katılımcılara göre daha fazla kompulsiyonlarının olması ve dini obsesyon grubunun kirlenme grubuna göre kompulsiyon düzeyi anlamında farklılaşmaması beklenmedik bir bulgudur. Zira hem dini ritüellerin hem de diğer mental ritüellerin Y-BOCS ile taranan maddelerden daha kapsamlı olabileceği göz önüne alındığında bu bulgunun başka çalışmalarca daha ayrıntılı olarak araştırılması gerekmektedir. Öte yandan agresyon boyutunun cinsel obsesyonlara göre Y-BOCS ile ayrıntılı bir şekilde taranan kontrol etme kompulsiyonlarına sıkça başvurmaları sebebi ile kompulsiyon puanlarının daha yüksek olduğu ve de bu sebeple kirlenme boyutu ile farklılaşmadığı düşünülebilir.

Son olarak, bu çalışmada tabu düşünceler ve kirlenme boyutlarının cinsiyet dağılımı anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Kullanılan örneklemde temelinde kirlenme obsesyonlarının kadınlarda erkeklere göre daha fazla oranda olduğu (% 69,4); tabu düşüncelerin ise erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu (%71,1) görülmektedir. Bu durumun uluslararası literatürde bu doğrultudaki sonuçlar ile uyum içerisinde olduğu ve kültürden bağımsız bir bulgu olduğu düşünülebilir (Hasler vd., 2005; Mataix-Cols vd., 1999; Prabhu vd., 2013). Ancak kimi çalışmalar sadece cinsel ve dini boyutun erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğunu ve agresyon boyutunda cinsiyetler arası fark gözlenmediğini veya kadınlarda daha fazla agresyon boyutunun var olduğunu öne sürmektedir (Labad vd., 2008; Torresan vd., 2013). Bu araştırmanın verilerine bakıldığında, gerçekten de cinsel (% 71,4) ve dini (% 85, 7) obsesyonların erkek hastalarda daha fazla görüldüğü ancak agresyon obsesyonları olan kadın ve erkek hasta oranının eşit olduğu (% 50) görülmektedir. Bu anlamda, bu gözlem de literatürdeki bazı çalışmalar ile uyum içerisindedir. Ne var ki, agresyon grubunun örneklem sayısı oldukça küçük olduğu için bu bulgunun da daha büyük örneklemle sınanması gerekmektedir. Öte yandan, ne tabu düşünceler ve kirlenme boyutları arasında ne de agresyon, cinsel, dini, kirlenme boyutları

arasında yaş, başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı ve eğitim yılı anlamında bir fark gözlenmemiştir. Bu durum literatürde tabu düşünceleri (Hasler vd., 2005) ya da cinsel/dini obsesyonları (Fontenelle vd., 2013; Prabhu vd., 2013) erken OKB başlangıcı ile ilişkilendiren çalışmalara uymamaktadır.

Bu çalışmada araştırma tasarımında söz konusu olan kısıtlamalar sebebi ile bazı sınırlılıklar mevcuttur ve söz konusu kısıtlamaların giderilmesi ile araştırmanın konusu ile ilgili daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir. Öncelikle katılımcı sayısının arttırılması ile her OKB boyutuna düşen örneklem sayısı önemli ölçüde yükseltilebilir ve dolayısı ile fark ve bağıntı analizleri daha sağlıklı bir şekilde yapılabilir. Bu çalışmada her boyut için toplam çocukluk çağı travması düzeyi ile OKB şiddeti, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bunun yanı sıra, ÇÇRTÖ'nin alt ölçeklerinin söz konusu ve başka klinik değişkenlerle korelasyon ve/veya regresyon analizleri yapılarak çocukluk çağı travması ile OKB ya da diğer klinik durumların ilişkisi bağlamında daha kapsamlı ve ayrıntılı bir anlayış edinilebilir.

Son olarak bu çalışmanın kesitsel bir çalışma olduğu ve çocukluk çağı travması ve anksiyete değişkenlerinin nicelleştirilmesi için öz bildirim araçlarının kullanıldığı dikkate alınmalıdır. Çocukluk çağı travmaları, OKB, OKB semptom boyutları, ya da diğer klinik bozukluklar arasındaki ilişkilere yönelik olarak yapılabilecek çok çeşitli araştırma tasarımlarında boylamasına yöntemlerin ve öz bildirimden farklı olarak değerlendirici ölçümlerine dayanan araçların (klinisyen, ebeveyn, öğretmen, hastanın yakını bildirimleri vb.) literatüre farklı bakış açıları sunarak ve mevcut bulguları genişleterek katkı sağlayacağı açıktır.

KAYNAKÇA

Abramowitz, J. S. et al., 2003, "Symptom Presentation and Outcome of Cognitive-behavioral Therapy for Obsessive-compulsive Disorder" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: pp. 1049-1057.

Akdemir, A. vd., 1996, "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin Geçerliliği, Güvenirliği ve Klinikte Kullanımı" *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4: ss. 251-259.

Alonso P. et al., 2010, "Suicide in Patients Treated for Obsessive-compulsive Disorder: A Prospective Follow-up Study" *Journal of Affective Disorders*, 124: pp. 300-308.

Alonso, P. et al., 2001, "Long-term Follow-up and Predictors of Clinical Outcome in Obsessive-compulsive Patients Treated with Serotonin Reuptake Inhibitors and Behavioral Therapy" *Journal of Clinical Psychiatry*, 62: pp. 535-540.

Alonso, P. et al., 2004, "Perceived Parental Rearing Style in Obsessive-compulsive Disorder: Relation to Symptom Dimensions" *Psychiatry Research*, 127: pp. 267-278.

Alsobrook, II. J. P. et al., 1999, "Segregation Analysis of Obsessive-Compulsive Disorder Using Symptom-based Factor scores" *American Journal of Medical Genetics*, 88: pp. 669-675.

American Psychiatric Association, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision)*, American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.

Baer, L. et al., 1995, "Cingulotomy for Intractable Obsessive Compulsive Disorder: Prospective Longterm Follow-up of 18 Patients" *Archives of General Psychiatry*, 52: pp. 384-392.

- Baer, L., 1994, "Factor Analysis of Symptom Subtypes of Obsessive Compulsive Disorder and Their Relation to Personality and Tic Disorders" *Journal of Clinical Psychiatry*, 55: pp. 18-23.
- Bagnarello, M., Reus, V. I., and Schork, N. J., 2007, "Heritability and Clinical Features of Multigenerational Families with Obsessive-Compulsive Disorder and Hoarding" *American Journal of Medical Genetics*, 144: pp. 174-182.
- Ball, S.G., Baer, L., and Otto, M.W., 1996, "Symptom Subtypes of Obsessive-Compulsive Disorder in Behavioral Treatment Studies: A Quantitative Review" *Behavior Research and Therapy*: 34: pp. 47-51.
- Basoglu, M. et al., 1988, "Predictors of Improvement in Obsessive Compulsive Disorder" *Journal of Anxiety Disorders*, 2: pp. 299-317.
- Baxter, L. R. Jr., 1994, "Positron Emission Tomography Studies of Cerebral Glucose Metabolism in Obsessive Compulsive Disorder" *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55: pp. 54-59.
- Beck, A. T. et al., 1988, "An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: pp. 893-897.
- Berman, N. C., Wheaton, M. G., and Abromowitz, J. S., 2013, "Childhood Trauma and Thought Action Fusion: A multi-method examination" *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2: pp. 43-47.
- Bernstein, D. P. et al., 1994, "Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect" *The American Journal of Psychiatry*, 151: pp. 1132-1136.
- Bernstein, D. P., and Fink, L., 1998, *Manual For the Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report*. The Psychological Corporation, New York: Harcourt Brace.
- Bernstein, E. M., and Putnam, P. W., 1986, "Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale" *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174: pp. 727-735.

- Bierer, L. M. et al., 2003, "Abuse and Neglect in Childhood: Relationship to Personality Disorder Diagnoses" *CNS Spectrums*, 8: pp. 737–754.
- Black, D. W. et al., 1998, "Hoarding and Treatment Response in 38 Non-depressed Subjects with Obsessive-Compulsive Disorder" *Journal of Clinical Psychiatry*, 59: pp. 420-425.
- Brakoulias, V. et al., 2013a, "Further Support for Five Dimensions of Obsessive-Compulsive Symptoms" *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201: pp. 452-459.
- Brakoulias, V. et al., 2013b, "The Characteristics of Unacceptable/ Taboo Thoughts in Obsessive–Compulsive Disorder" *Comprehensive Psychiatry*, 54: pp. 750–757.
- Brakoulias, V. et al., 2013c, "The Use of Psychotropic Agents for the Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder" *Australasian Psychiatry*, 21: pp.117–121.
- Brakoulias, V. et al., 2014, "The Relationships Between Obsessive–Compulsive Symptom Dimensions and Cognitions in Obsessive–Compulsive Disorder" *Psychiatric Quarterly*, 85: pp. 133-142.
- Carpenter, L., and Chung, M. C., 2011, "Childhood Trauma in Obsessive Compulsive Disorder: The roles of Alexithymia and Attachment" *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84: pp. 367-388.
- Cavallini, M. C. et al., 2002, "Exploratory Factor Analysis of Obsessive-Compulsive Patients and Association with 5-HTTLPR Polymorphism" *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 114: pp. 347–353.
- Chapman, D. P. et al., 2004, "Epidemiology of Adverse Childhood Experiences and Depressive Disorders in a Large Health Maintenance Organization Population" *Journal of Affective Disorders*, 82: pp. 217-225.
- Cherian, A. V., et al., 2012, "Does Insight Have Specific Correlation with Symptom Dimensions in OCD?" *Journal of Affective Disorders*, 138: pp. 352-359.

Christensen, H. et al., 1987, "Behaviour Therapy and Tricyclic Medication in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Quantitative Review" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: pp.701-711.

Cooper, J., 1970, "The Leyton Obsessional Inventory" *Psychological Medicine*, 1: pp. 48-64.

Costa, P. T., and McCrae, R. R., 1992, Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor (NEO-FFI) Professional Manual, Psychological Assessment Resources, Odessa, Florida.

Çelik, C., 2009, Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları, Dissosiyatif Yaşantılar ve Bilişsel Süreçler, Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.

David, D., Giron, A., and Mellman, T. A., 1995, "Panic-phobic Patients and Developmental Trauma" *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56: pp. 113–117.

De Araujo, L. A. et al., 1995, "Does Imagined Exposure to the Consequences of not Ritualizing Enhance Live Exposure for OCD? A Controlled Study. I. Main Outcome" *British Journal of Psychiatry*, 167: pp. 65-70.

De Silva, P., and Marks, M., 1999, "The Role of Traumatic Experiences in the Genesis of Obsessive–Compulsive Disorder" *Behaviour Research and Therapy*, 37, pp. 941-951.

Denys, D. et al., 2003, "A Score for Predicting Response to Pharmacotherapy in Obsessive-Compulsive Disorder" *International Clinical Psychopharmacology*, 18: pp. 315.

Dos Santos I. M. et al., 2011, "Symptom Dimensional Approach and BDNF in Unmedicated Obsessive-Compulsive Patients: An Exploratory Study" *CNS Spectrums*, 16: pp. 179-189.

Drummond, L. M., 1993, "The Treatment of Severe, Chronic, Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. An Evaluation of an In-patient Programme Using Behavioural

Psychotherapy in Combination with Other Treatments” *British Journal of Psychiatry*, 163: pp. 223-229.

Edwards, L. M., 2006, *Predictors of Trauma History in Patients with Obsessive Compulsive Disorder*, Doctoral Dissertation in Clinical Psychology, California Institute of Integral Studies, San Francisco, California.

Eisen, J. et al., 2006, *OCD Subtypes*, American Psychiatric Association, Toronto, CA.

Erzegovesi, S. et al., 2001, “Clinical Predictors of Drug Response in Obsessive-Compulsive Disorder” *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21: pp. 488-492.

Fontenelle, J. M. et al., 2013, “Correlates of Insight into Different Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder” *Annals of Clinical Psychiatry*, 25: pp. 11-16.

Frost, R. O., and Steketee, G., 1998, *Hoarding: Clinical Aspects and Treatment Strategies* (pp. 533-554), *Obsessive Compulsive Disorder: Practical Management* 3rd ed., Jenike, M. A., Baer, L, and Minichiello, W. E. (Eds.), St Louis, Mosby,.

Fullana, M. A. et al., 2010, “Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions in the General Population : Results from an Epidemiological Study in Six European Countries” *Journal of Affective Disorders*, 124: pp. 291–299.

Fuster, A. B. et al., 2010, “Cognitive Therapy for Autogenous and Reactive Obsessions: Clinical and Cognitive Outcomes at Post-treatment and 1-year Follow-up” *Journal of Anxiety Disorders*, 24: pp. 573-580.

Fuster, A. B., Morillo, C., and Soriano, G. G., 2007, “Obsessive Themes, Evaluative Appraisals, and Thought Control Strategies: Testing the Autogenous-Reactive Model of Obsessions” *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7: pp. 5-20.

Gershuny, B. S. et al., 2008, “Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Treatment-resistant Obsessive-Compulsive Disorder” *Depression and Anxiety*, 25, pp. 69-71.

- Goodman, W. K. et al., 1989, “The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. Development, Use, and Reliability” *Archives of General Psychiatry*, 46: pp. 1006-1011.
- Grant, J. E., et al., 2006, “Sexual Obsessions and Clinical Correlates in Adults with Obsessive-Compulsive Disorder” *Comprehensive Psychiatry*, 47: pp.325–329.
- Grisham, J. R. et al., 2011, “Risk Factors Prospectively Associated with Adult Obsessive–Compulsive Symptom Dimensions and Obsessive–Compulsive Disorder” *Psychological Medicine*, 41: pp. 2495-2506.
- Hacıömeroğlu, B., 2008, *Perceived Parental Rearing Behaviors, Responsibility Attitudes and Life Events as Predictors of Obsessive Compulsive Symptomatology: Test of a Cognitive Model*, Ph.D Dissertation in Psychology, Middle East Technical University, Ankara.
- Hamilton, M., 1960, “A rating Scale for Depression” *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23: pp. 56-62.
- Hasler, G. et al., 2005, “Obsessive–Compulsive Disorder Symptom Dimensions Show Specific Relationships to Psychiatric Comorbidity” *Psychiatry Research*, 135, pp. 121-132.
- Hasler, G. et al., 2007, “Familiality of Factor Analysis-derived YBOCS Dimensions in OCD-Affected Sibling Pairs from the OCD Collaborative Genetics Study” *Biological Psychiatry*, 61: pp. 617-625.
- Heger, A., Emans, S. J. H., and Muram, D., 2000, *Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas*. 2nd ed., Oxford University Press, New York, NY.
- Hemmings, S. M. et al., 2013, “BDNF Val66Met Modifies the Risk of Childhood Trauma on Obsessive-Compulsive Disorder” *Journal of Psychiatric Research*, 47: pp. 1857-1863.
- Hodgson, R. J., and Rachman, S., 1977, “Obsessional-Compulsive Complaints” *Behavior Research and Therapy*, 15, pp. 389-395.

Jenike, M. A. et al.,1997, “Placebo-controlled Trial of Fuoxetine and Phenelzine for Obsessive-Compulsive Disorder” American Journal of Psychiatry, 154: pp.1261-1264.

Kandaz, E. Y., 2009, OKB Tanısı Almış Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları Sıklığı, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.

Kaplan S., 1996, Physical Abuse and Neglect (pp. 1033-1041), Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook 2nd ed., Lewis, M. (Ed.), MA: Williams &Wilkins, Baltimore.

Kaplan S., Pelcovitz, D., and Labruna, V., 1999, “Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A review of the Past 10 Years. Part 1: Physical and Emotional Abuse and Neglect” Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 38: pp.1214-1222.

Kara, B., Biçer, Ü., ve Gökalp, A. S., 2004, “Çocuk İstismarı” Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47: ss. 140-151.

Karamustafalıoğlu, K. O. vd., 1993, “Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması (ss. 86)” 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Savaş Ofset, Bursa.

Keaney, J. C., and Farley, M., 1996, “Dissociation in an Outpatient Sample of Women Reporting Childhood Sexual Abuse” Psychological Reports, 78: pp. 59–65.

Kendler, K. S., Kuhn, J. W., and Prescott, C. A., 2004, “Childhood Sexual Abuse, Stressful Life Events and Risk for Major Depression in Women” Psychological Medicine, 34: 1475–1482.

Kim, J. E., Lee, S. W., and Lee, S. J., 2014, “Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Symptom Dimensions in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder “ Psychiatry Research, 215: pp. 134-140.

Kira, I. A., 2001, “Taxonomy of Trauma and Trauma Assessment” Traumatology,7: pp. 73-86.

Labad, J. et al., 2008, "Gender Differences in Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions" *Depression and Anxiety*, 25: pp. 832-838.

Landeros-Weisenberger, A. et al., 2010, "Dimensional Predictors of Response to SRI Pharmacotherapy in Obsessive-Compulsive Disorder" *Journal of Affective Disorders*, 121: pp. 175-179.

Leckman, J. F. et al., 1997, "Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder" *American Journal of Psychiatry*, 154: pp.911-917.

Leckman, J. F. et al., 2003, "(Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics): Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions in Affected Sibling Pairs Diagnosed with Gilles de la Tourette Syndrome" *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 116: pp. 60-68.

Lee, H. J. et al., 2005a, "Testing the Autogenous-Reactive Model of Obsessions" *Depression and Anxiety*, 21: pp. 118-129.

Lee, H. J., and Kwon, S. M., 2003, "Two Different Types of Obsession: Autogenous Obsessions and Reactive Obsessions" *Behavior Research and Therapy*, 41: pp.11-29.

Lee, H. J., and Telch, M. J., 2005b, "Autogenous/Reactive Obsessions and Their Relationship with OCD Symptoms and Schizotypal Personality Features" *Journal of Anxiety Disorders*, 19: pp. 793-805.

Lochner, C. et al., 2002, "Childhood Trauma in Obsessive-Compulsive Disorder, Trichotillomania, and Controls" *Depression and Anxiety*, 15: pp. 66-68.

Lochner, C. et al., 2004, "Dissociative Experiences in Obsessive Compulsive Disorder and Trichotillomania: Clinical and Genetic Findings" *Comprehensive Psychiatry*, 45: 384-391.

Masi, G. et al., 2005, "A Naturalistic Study of Referred Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44: pp. 673-681.

Mataix-Cols, D. et al., 1999, "Use of Factor-Analyzed Symptom Dimensions to Predict Outcome with Serotonin Reuptake Inhibitors and Placebo in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder" *The American Journal of Psychiatry*, 156: pp. 1409- 1416.

Mataix-Cols, D. et al., 2000, "Relation of Factor-Analyzed Symptom Dimensions of Obsessive-Compulsive Disorder to Personality Disorders" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: pp. 199-202.

Mataix-Cols, D. et al., 2002b "Symptom Stability in Adult Obsessive- Compulsive Disorder: Data from a Naturalistic Two-Year Follow-up Study" *The American Journal of Psychiatry*, 159: pp. 263–268.

Mataix-Cols, D. et al., 2003, "Neural Correlates of Anxiety Associated with Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions in Normal Volunteers" *Biological Psychiatry*, 53: pp. 482–493.

Mataix-Cols, D. et al., 2004, "Distinct Neural Correlates of Washing, Checking and Hoarding Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder" *Archives of General Psychiatry*, 61: pp. 564–576.

Mataix-Cols, D. et al., 2002a, "Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions as Predictors of Compliance with and Response to Behavior Therapy: Results from a Controlled Trial" *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71: pp. 255-262.

Mathews, C. A., Kaur, N., and Stein, M. B., 2008, "Childhood Trauma and Obsessive-Compulsive Symptoms" *Depression and Anxiety*, 25: pp. 742-751.

Matsunaga, H., et al., 2010, "The Clinical Utility of Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder" *Psychiatry Research*, 180: pp. 25–29.

Mayerovitch, J. I. et al., 2003, "Treatment Seeking for Obsessive-Compulsive Disorder: Role of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms and Comorbid Psychiatric Diagnoses." *Comprehensive Psychiatry*, 44: pp. 162–168.

- McLean, P. D. et al., 2001, "Cognitive versus Behavior Therapy in the Group Treatment of Obsessive–Compulsive Disorder" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: pp. 205–214.
- McNeese, V., 1998, *Sexual Abuse: The Interview* (pp. 185-212), *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference* 2nd ed., Monteleone, J. A., (Ed.), GW Medical Publishing, St. Louis, London. .
- Moulding, R. et al., 2007, "Autogenous and Reactive Obsessions: Further Evidence for a Two-Factor Model of Obsessions" *Journal of Anxiety Disorders*, 21: pp. 677-690.
- Mulder, R. T. et al., 1998, "Relationship Between Dissociation, Childhood Sexual Abuse, Childhood Physical Abuse, and Mental Illness in a General Population Sample" *The American Journal of Psychiatry*, 155: pp. 806–811.
- Mundo, E. et al., 2002, "5HT1D Beta Receptor Gene Implicated in the Pathogenesis of Obsessive Compulsive Disorder: Further Evidence from a Family Based Association Study" *Molecular Psychiatry*, 7: pp. 805-809.
- Murphy, S. M. et al., 1988, "Current Psychological Functioning of Child Sexual Assault Survivors A Community Study" *Journal of Interpersonal Violence*, 3, pp. 55-79.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., and Kruger, K., 2002, "The Psychometric Characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First Findings among Psychiatric Outpatients" *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9: pp. 200–210.
- Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A., 2014, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara,
- Park, S. et al., 2014, " Impact of Childhood Exposure to Psychological Trauma on the Risk of Psychiatric Disorders and Somatic Discomfort: Single vs. Multiple Types of Psychological Trauma" *Psychiatry Research*, 219: pp. 443-449.
- Pato, M. T., Schindler, K. M., and Pato, C. N., 2001, "The Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder" *Current Psychiatry Reports*, 3: pp. 163–168.

Pauls, D. L., and Alsobrook, J. P., 1999, "The Inheritance of Obsessive-Compulsive Disorder" *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8: pp. 481–496.

Phillips, M. L. et al., 2000, "A Differential Neural Response in Obsessive-Compulsive Patients with Washing Compared with Checking Symptoms to Disgust" *Psychological Medicine*, 30: pp. 1037–1050.

Pinto, A. et al., 2007, "Taboo Thoughts and Doubt/Checking: A Refinement of the Factor Structure for Obsessive–Compulsive Disorder Symptoms" *Psychiatry Research*, 151: pp. 255-258.

Polat, O., 2000, "Çocuk İstismarı", *Adli Tıp Dergisi Yayınları*, 290: ss.207-231.

Prabhu, L. et al., 2013, "Symptom Dimensions in OCD and Their Association with Clinical Characteristics and Comorbid Disorders" *Journal of OCD Related Disorders*, 2: pp. 14-21.

Purdon, C., 2004, "Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions" *Journal of clinical psychology*, 60: pp. 1169-1180.

Purdon, C., and Clark, D. A., 1993, "Obsessive Intrusive Thoughts in Nonclinical Subjects. Part I. Content and Relation with Depressive, Anxious and Obsessional Symptoms" *Behavior Research and Therapy*, 31, pp. 713-720.

Rauch, S. L. et al., 1998, "Neural Correlates of Factor- Analyzed OCD Symptom Dimensions: A PET Study" *CNS Spectrums*, 3: pp. 37-43.

Real, E. et al., 2011, "Stressful Life Events at Onset of Obsessive–Compulsive Disorder Are Associated with a Distinct Clinical Pattern" *Depression and Anxiety* 28, pp. 367-376.

Roh, D., Kim, W. J., and Kim, C. H., 2011, "Alexithymia in Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical Correlates and Symptom Dimensions" *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199: pp. 690-695.

Rosario-Campos, M. C. et al., 2006, “The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): An Instrument for Assessing Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions” *Molecular Psychiatry*, 11: pp. 495–504.

Rufer, M. et al., 2006, “Symptom Dimensions in Obsessive – Compulsive Disorder: Prediction of Cognitive-Behavior Therapy Outcome” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113: 440-446.

Runyan, D. et al, 2002, *Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers* (pp. 57-86.), *World Report on Violence and Health*, Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., and Lozano, R. (Eds.), World Health Organization, Geneva.

Samuels, J. et al., 2002, “Hoarding in Obsessive-Compulsive Disorder: Results from a Case-Control Study” *Behavior Research and Therapy*, 40: pp.517- 528.

Sanavio, E., 1988, “Obsessions and Compulsions: The Padua Inventory” *Behavior Research and Therapy*, 26: pp. 169-177.

Sasson, Y. et al., 2005, “Post Traumatic Obsessive–Compulsive Disorder: A Case Series” *Psychiatry Research*, 135: pp. 145-152.

Saxena, S. et al., 2002, “Obsessive-Compulsive Hoarding: Symptom Severity and Response to Multimodal Treatment” *Journal of Clinical Psychiatry*, 63: pp. 21- 27.

Saxena, S. et al., 2004, “Cerebral Glucose Metabolism in Obsessive- Compulsive Hoarding” *The American Journal of Psychiatry*, 161: pp. 1038–1048.

Semiz, U. B., Inanc, L., and Bezgin, C. H., 2014, “Are Trauma and Dissociation Related to Treatment Resistance in Patients with Obsessive–Compulsive Disorder?” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49: pp. 1287-96.

Shafran, R., Thordarson D. S., and Rachman, S., 1996, “Thought Action Fusion in Obsessive-Compulsive Disorder” *Journal of Anxiety Disorders*, 10: pp. 379-391.

- Shapira, N. A. et al., 2003, "Brain Activation by Disgust-inducing Pictures in Obsessive-Compulsive Disorder" *Biological Psychiatry*, 54: pp. 751–756.
- Siev, J. et al., 2011, "Cognitive and Clinical Characteristics of Sexual and Religious Obsessions" *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25: pp. 167-176.
- Stein, D. J. et al., 1994, "Impulsivity Scores in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder" *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182: pp. 240-241.
- Sungur, M. Z., 1999, "İkincil Travma ve Sosyal Destek" *Klinik Psikiyatri*, 2: ss. 105-108.
- Şahin, F., 2008, *Fiziksel İstismar (ss. 462-469), Fiziksel İstismar Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.*
- Şar, V. vd., 2010, "Childhood Trauma and Dissociation in Schizophrenia" *Psychopathology*, 43, pp. 33-40.
- Şar, V., Öztürk, E., ve İkikardeş, E., 2012, "Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği" *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32: pp. 1054-1063.
- Şar, V., 1998, *Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar (ss. 823-834), Psikiyatri Temel Kitabı, Köroğlu, E., ve Güleç, C. (Derl.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.*
- Şar, V., 2011, "Developmental Trauma, Complex PTSD, and the Current Proposal of DSM-5" *European Journal of Psychotraumatology*, 2, pp. 1-9.
- Tan, O., and Taş, C., 2015, "Symptom Dimensions, Smoking and Impulsiveness in Obsessive-Compulsive Disorder" *Psychiatria Danubina*, 27: pp. 397-405.
- Taner, Y., ve Gökler, B., 2004, "Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri" *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35: ss. 82-86.
- Tatlı, M., 2012, *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almış Kişilerde Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının, Bu Bozukluğun Gelişimi ve Belirti Şiddetiyle İlişkisi, Tıpta*

Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Terr, L. C., 1991, "Childhood Traumas: An Outline and Overview" *The American Journal of Psychiatry*, 148: pp. 10-20.

Tıraşçı, Y., ve Gören, S., 2007, "Çocuk İstismarı ve İhmali" *Dicle Tıp Dergisi*, 34: ss. 70-74.

Torres, A. R. et al., 2011, "Suicidality in Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence and Relation to Symptom Dimensions and Comorbid Conditions" *Journal of Clinical Psychiatry*, 72: pp. 17-26.

Torresan, R. C. et al., 2013, "Symptom Dimensions, Clinical Course and Comorbidity in Men and Women with Obsessive-Compulsive Disorder" *Psychiatry Research*, 209: pp. 186-195.

Türksoy, N., 2003, *Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları* (ss. 9-18), Aker, T., ve Önder, M. A. (Derl.), *Psikolojik Travma ve Sonuçları*, 5US Yayınları, İstanbul.

Ulusoy, M., Sahin, N. H., and Erkmen, H., 1998, "Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties" *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12: pp. 28-35.

Visser, H. A. et al., 2014, "The Relationship Between Adverse Childhood Experiences, Chronicity, and Comorbidity in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder" *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75: pp. 1034–1039.

Williams, B. W., 1978, "A Structured Interview guide for Hamilton Depression Rating Scale" *Archives of General Psychiatry*, 45: 742-747.

Williams, M. T. et al., 2011, "Myth of the Pure Obsessional Type in Obsessive-Compulsive Disorder" *Depression and Anxiety*, 28: pp. 495-500.

Williams, M. T. et al., 2014, “The Impact of Symptom Dimensions on Outcome for Exposure and Ritual Prevention Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder” *Journal of Anxiety Disorders*, 28: pp. 553-558.

Winsberg, M. E., Cassic, K. S., and Koran, L. M., 1999, “ Hoarding in Obsessive-Compulsive Disorder: Report of 20 Cases” *Journal of Clinical Psychiatry*, 60: 591- 597.

World Health Organization, 1997, Composite International Diagnostic Interview (CIDI) 2.1., WHO, Geneva.

World Health Organization, 1992, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), WHO, Geneva.

Yağmur, F., 2008, “Çocuk İstismarı ve İhmali” *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 12: ss. 71-78.

Zhang, H.et al., 2002, “(Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics): Genome Wide Scan of Hoarding in Sib Pairs in which both Sibs have Gilles de la Tourette Syndrome” *The American Journal of Human Genetics*, 70: pp. 896–904.

EKLER

EK. 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



ÇALIŞMANIN ADI:

“Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Semptom Boyutlarına Göre Analizi, Klinik Özellikler ile İlişkisi ve Semptom Boyutlarının Klinik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi”

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 verirseniz, 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.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Çalışmada tabu düşünceler (cinsel, dini, agresyon takıntıları) ve kirlenme takıntılarına sahip katılımcılar çocukluk çağı ruhsal travmaları açısından karşılaştırılmaktadır. Aynı şekilde, tabu düşünceler (cinsel, dini, agresyon takıntıları) ve kirlenme takıntılarına sahip katılımcılar takıntı şiddeti, anksiyete, depresyon değişkenleri

bakımından da karşılaştırılmakta ve bu değişkenlerin çocukluk çağı travması ile ilişkisi araştırılmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmada, sosyodemografik bilgiler ve hastalık başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı klinik bilgileri sizinle araştırmacının görüşmesi ile edinilecek ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği'ni doldurmanız istenecek; Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesi size araştırmacı tarafından uygulanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI

NELERDİR?

Çalışmaya katılmak ile psikolojik rahatsızlıklar ile ilgili mevcut bilimsel bilgi birikimine katkı sağlamış olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsminiz kesinlikle araştırma raporlarında ve tez içerisinde kullanılmayacak ve araştırmacılar tarafından gizli tutulacaktır. Ölçeklerden elde ettiğiniz puanlar birçok katılımcının puanına eklenerek ortalama ya da yüzdeler olarak hesaplanacak ve istatistiksel analizler için veri oluşturacaktır. Yaş, eğitim yılı, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik bilgileriniz aynı şekilde araştırmacılar tarafından gizli tutulacak, birçok katılımcının sosyodemografik bilgilerinin eklenmesi ile ortalama ve yüzdeler olarak ifade edilecek, istatistiksel analizler için veri teşkil edecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Ayçe Feride Köroğlu, Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı^{1,2}</i> <i>Adı Soyadı:</i>	Ayçe Feride Köroğlu Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan	<i>Tarih ve İmza:</i> <i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	Ayçe Feride Köroğlu: Dördüncü Cadde, Toki Menekşe Evleri, C2/6, Daire 39-Halkalı (Atakent Mah), İstanbul (0505 523 01 03) Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan: Üsküdar Üniversitesi NPSUAM Feneryolu Polikliniği (0216 418 15 00)	

1: Gönüllünlüğün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK. 2. YALE BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ VE SEMPTOM KONTROL LİSTESİ (Y-BOCS)



YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ VE SEMPTOM KONTROL LİSTESİ (YBOCS)

Hasta Bilgileri;

Adı / Soyadı:

Yaş : Cinsiyeti: Tarih: / /

UYGULAYAN KAŞE / İMZA

NP. FR. 440

Revizyon No: 3 (27.08.2015)



"Lütfen sıra sayısına geçiniz" → 1 /

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozu alt olduğundan emin olması gereklidir. " * " ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmaya

Şiddet	Sıklık	SANBİLGANLIK/OBSESSYONLARI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendine zarar vereceğinden korkma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utandırılacak bir şey yapmaktan korkma*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. Arkadaşını yaralama)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çalacağından korkma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. Çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. Yangın hırsızlık)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer: *
KIRILAN OBSESSYONLARI		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vücut atık veya salgılarından (örn. İdrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestos, radyasyon, toksik atıklar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. Temizlik maddeleri, çözücüler)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hayvandan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
CİNSEL OBSESSYONLAR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yasaklanmış veya sapkınlık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çocuklar veya incest ilişkisi ile ilgili
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Homoseksüel ilişki ile ilgili*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
BİRİKTİRME/SARILAMA OBSESSYONLARI		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)
DİNİ OBSESSYONLAR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:

EŞYALARIN SİMETRİK İÇİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESSYONLAR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğüstü düşünce ile birlikte (örn. Eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğüstü düşünceler olmadan
DİĞER OBSESSYONLAR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilme veya hatırlama ihtiyacı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belirli şeyleri söyleme korkusu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğru şeyi söylememe korkusu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bir şeyler kaybetme korkusu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uğurlu veya uğursuz sayılar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Özel anlamı olan renkler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Batıl itikatlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
SOMATİK OBSESSYONLAR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hastalık ile ilgili*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vücudun bir parçası veya görüntü ile aşırı ilgili (örn. Dismorfofobi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
TEMİZLENME VE KILAMA KOMPULSİYONLARI		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aşırı veya törensiz el yıkama
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aşırı veya törensiz duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
KONTROL ETME VE KOMPULSİYONLARI		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:

		TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tekrar okuma veya yazma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örn. Kapıdan girme/çıkma, sandalyeye otma)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
		SAYMA KOMPULSİYONLARI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		BİRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		BİRİKTİRME/TÖPLAMA KOMPULSİYONLARI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Hobiler, maddi ve manevi değerli olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır (örn. dikkatle okumak, eskil gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe biriktirmek)]
		DİĞER KOMPULSİYONLAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aşırı liste hazırlama
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Göz kırpmaya veya gözlerini dikme törensel davranışları*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendine.....: başkalarına.....zarar gelmemesine veya kötü olaylara..... karşı önlem almak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Batıl davranışlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trikotillomani*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:

İsim: Tarih: / /

HEDEF SEMPTOM LİSTESİ

OBSESSİYONLAR

1.
.....
2.
.....
3.
.....

KOMPULSİYONLAR

1.
.....
2.
.....
3.
.....

KAGINILAR

1.
.....
2.
.....
3.
.....

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSIYON ÖLÇEĞİ
(9/89)

Hasta adı :	
Protokol :	Tarih:/...../.....
Uygulayan : Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı)	
1. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0: Yok 1: Hafif, günde bir saatten az veya seyrek 2: Orta, günde 1-3 Saat veya çok sık 3: Ciddi, günde 3-8 saat veya çok sık 4: İleri boyutlarda günde sekiz saatten fazla veya yaklaşık sürekli
1a. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	0: Yok 1: Uzun, her gün, aralıksız 8 saatten uzunı semptomsuz dönem 2: Orta, her gün 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem 3: Kısa, her gün 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem 4: İleri derecede kısa, günde bir saatten az süren semptomsuz dönem
2. OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0: Hiç 1: Hafif, sosyal veya mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok 2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hala başa çıkabilir durumda 3: Ciddi, Sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış 4: İleri derecede iş göremez durumda
3. OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0: Hiç 1: Hafif, fazla rahatsızlık vermeyen. 2: Orta, rahatsız edici, fakat baş edilebilir. 3: Ciddi, çok fazla rahatsız edici. 4: İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık.

4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	<p>0: Her zaman direnmeye çalışılmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimini duymamaktadır.</p> <p>1: Çoğu zaman direnmeye çalışılmaktadır.</p> <p>2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.</p> <p>3: Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuştur. Fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.</p> <p>4: Tam ve gönüllü olarak obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.</p>
5. OBSESYONLARIN KONTROLÜ	<p>0: Tam olarak kontrol edebiliyor.</p> <p>1: Büyük oranda kontrol edebiliyor, genellikle biraz çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.</p> <p>2: Orta derecede kontrol edebiliyor, obsesyonları bazen durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.</p> <p>3: Az miktarda kontrol edebiliyor, obsesyonları durdurmakta veya aklından çıkarmada nereden başanlı oluyor. Dikkatini sadece zorlukla başka konulara yönelebiliyor.</p> <p>4: Kontrol edemiyor, lamanyla işlemsiz olarak obsesyonlar mevcuttur, bir an bile aklından çıtamamaktadır.</p>
OBSESYON TOPLAMI (madde 1*-5 toplamı) _____	
6. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	<p>0: Hiç</p> <p>1: Halil (günde 1 saatten az) veya seyrek olarak.</p> <p>2: Halil (günde 1-3 saat) veya sık sık kompulsif davranışlar</p> <p>3: Orta (günde 3-8 saat) veya çok sık kompulsif davranışlar</p> <p>4: İleri derecede (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sürekli olarak kompulsif davranışlar (sayılmayacak kadar fazla)</p>
6a. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	<p>0: Hiç semptom yok.</p> <p>1: Uzun, her gün, aralıksız sekiz saatten uzun süren semptomsuz dönem</p> <p>2: Orta, her gün, 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem</p> <p>3: Kısa, her gün 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem</p> <p>4: İleri derecede kısa, günde bir saatten az süren semptomsuz dönem</p>

7. KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	<p>0: Hiç</p> <p>1- Hafif, sosyal veya mesleki teraflar çok hafif olarak etkilenmekte birlikte, genel performansla değişiklik yok.</p> <p>2- Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hala başa çıkabilir durumda.</p> <p>3- Ciddi, Sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.</p> <p>4- İleri derecede iş göremez durumda</p>
8. KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	<p>0: Hiç</p> <p>1- Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranışın gerçekleştilmesi sırasında hafif anksiyete</p> <p>2- Orta, kompulsif davranışın engellenmesi halinde sıkıntı duyulurmu fakat başedebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyonun gerçekleştilmesi sırasında anksiyetenin artabildiğini, fakat başa çıkabileceğini bildirmektedir.</p> <p>3- Ciddi, kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında, anksiyete belirgin şekilde artmaktadır.</p> <p>4- İleri derecede, kompulsif davranışa en uzak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında iş göremez duruma sokan anksiyete.</p>
9. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	<p>0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptonları o kadar azdır ki, çaba harekama gereksinimi duymamaktadır.</p> <p>1- Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.</p> <p>2- Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.</p> <p>3- Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.</p> <p>4- Kompulsiyonlara tam ve gönüllü olarak boyun eğmiştir.</p>
10. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	<p>0: Tam olarak kontrol edebiliyor.</p> <p>1: Büyük oranda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için bir miktar baskı hissediyor, fakat genellikle kontrol edebiliyor.</p> <p>2: Orta derecede kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için büyük baskı hissediyor, zorlukla kontrol edebiliyor.</p> <p>3: Az miktarda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için çok büyük baskı hissediyor, lamankamak zorunda kalıyor, sadece güçle geçirebiliyor.</p> <p>4- Kontrol edemiyor, lamaniyle istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleştirmektedir. Bir an için bile geciktirememelidir.</p>
KOMPULSİYONLAR ALTOPLAMI (madde 1-5 toplam)	

<p>11. OBSESYONLARI VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ</p>	<p>0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı 1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığı ve aşırılığını kabul etmekte birlikte ansiyete dışında dikkate alınacak bir şey olmadığını konusunda emin olmuş değil (örn. Uzun süre şüpheleri vardır). 2: Orta derecede bir içgörü. İsteksizce de olsa düşünce veya davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekte birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakal değişmeyen inançları yoktur. 3: Zayıf içgörü. Düşünce davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığını inanmaktadır, fakal karşı kanıtları geçerliliğini de kabul etmektedir. 4: İçgörüsü kaybolmuş, hayal dünyasında. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu lara olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.</p>
<p>12. KAÇINMA</p>	<p>0: Görülen bir kaçınma yok. 1: Hafif, en all düzey kaçınma var. 2: Orta, görülen açık bir kaçınma var. 3: Ciddi, çok fazla kaçınma var. 4: İleri derecede, aşırı boyutlarda kaçınma, senaryoları başlatabilecek olan hemen her şeyi yapmaktan kaçınmaktadır.</p>
<p>13. KARARSIZLIK</p>	<p>0: Kararsızlık yok. 1: Hafif, bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü 2: Orta, başkalarının ikinci bir kez düşünmeyecekleri şeyler hakkında bile karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir. 3: Ciddi, önemli olmayan konularda bile sürekli yarar / zarar değerlendirmesi yapmaktadır. 4: İleri derecede, karar verme yetisi kaybolmuş, iş göremez durumdadır.</p>
<p>14. PATOLOJİK SORUMLULUK</p>	<p>0: Yok. 1: Hafif, sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı. 2: Orta, hastanın kendiyiğinden bahselliği açıkca görülen düşünceler; hasta kendi kontrol edilebileceği olayların dışında kalantlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir. 3: Ciddi, bu tür duygular yaygındır ve önde gelmektedir; kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendisi sorumlu hissetmektedir. Kendini anlarsız, halta saçma bir şekilde suçlamaktadır. 4: İleri, delilik derecesinde sorumluluk. (örn. Kompulsiyonlarını gerçekleştiremedikleri için binlerce kilometre ötede olan bir depremden kendini suçlu hissetmek)</p>

15. YAVAŞLAMA	<p>0: Yok</p> <p>1: Hafif, bazen başlatırken veya biterken gecikme.</p> <p>2: Orta, sıklıkla olağan işlerin uzun sürmesi, ancak genellikle tamamlanması. Sıklıkla geç olması.</p> <p>3: Ciddi, olağan görevlerin başlamasında ve bitirilmesinde yaygın ve belirgin zorlanma. Genellikle geç olması.</p> <p>4: İleri derecede, işlemin tümünde yardım görmeden, olağan işlere başlayamama ve bitirememe.</p>
16. PATOLOJİK KUŞKU	<p>0: Hiç</p> <p>1: Hafif, sadece sorulduğu zaman bahsedilen patolojik kuşku. Verilen örnekler normal sınırlar içinde olabilir.</p> <p>2: Orta, hasta bu düşünceleri kendisi belirir, hastanın bazı davranışlarında açık olarak vardır; hasta patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte bahsedilebilir boyutlardadır.</p> <p>3: Ciddi, algıları hakkında kuşkuları belirgindir; patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir.</p> <p>4: İleri derecede, algıları hakkında kuşkuları süredir; patolojik olarak kuşkuları hemen her türlü faaliyetini belirgin olarak etkilemektedir. İşgöremez durumdadır. (örn. Hasta " görüşlerime inanmıyorum " diye belirtmektedir).</p>
17. GLOBAL CİDDİYET	<p>0: Hastalık yok</p> <p>1: Hafif, şüpheli, gelip geçici hastalık; işlevsel bozukluk yok.</p> <p>2: Hafif semptomlar, işlevsel bozukluk az.</p> <p>3: Orta derecede semptomlar, çabıyla işlevsel olabilir.</p> <p>4: Orta-ciddi derecede semptomlar, işlevsellik kısıtlanmış.</p> <p>5: Ciddi semptomlar, büyük oranda yardımla işlevsel olabilir.</p> <p>6: İleri boyutlarda ciddi semptomlar, işgöremez durumda.</p>
18. GLOBAL DÜZELME	<p>0: Çok daha kötü.</p> <p>1: Daha kötü.</p> <p>2: Biraz daha kötü.</p> <p>3: Değişiklik yok.</p> <p>4: Bir miktar iyileşme var.</p> <p>5: Daha iyi.</p> <p>6: Çok daha iyi.</p>
19. GÜVENİRLİK	<p>0: Mükemmel, edinilen bilgilerden şüphelenmek için hiçbir neden yok.</p> <p>1: İyi, güvenirliliği kötü yönde etkileyebilecek faktör (ler) var.</p> <p>2: Orta, güvenirliliği kesin olarak azallan faktör (ler) var.</p> <p>3: Zayıf, güvenirlilik çok az.</p>

*[REFERANSLAR: Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark.: The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1006 / Karamustafaloğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H: Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özelleri Kitabı Savaş Ofset, Bursa, 1993, s:86./ Tek C, Uluğ B, Rezakı BG, Tanrıverdi N, Mercan S, Demir B, Vargel S: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. Acta Psychiatr Scand 1995; 91:410-413]

EK. 3. HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HDRS-17)



HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ



Adı ve Soyadı: Tarih: / / 20.....

Cinsiyeti: Yaşı: Protokol No:

Uygulayıcı	Toplam Puan
1. Depresif ruh hali	<input type="checkbox"/> 0 Yok.
	<input type="checkbox"/> 1 Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.
	<input type="checkbox"/> 2 Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
	<input type="checkbox"/> 3 Hastada bunların varlığı, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
	<input type="checkbox"/> 4 Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/> 0 Yok.
	<input type="checkbox"/> 1 Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
	<input type="checkbox"/> 2 Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
	<input type="checkbox"/> 3 Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
	<input type="checkbox"/> 4 Kendisini ihbar veya itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsef halüsinasyonlar görüyor.
3. İntihar	<input type="checkbox"/> 0 Yok.
	<input type="checkbox"/> 1 Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
	<input type="checkbox"/> 2 Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
	<input type="checkbox"/> 3 İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
	<input type="checkbox"/> 4 İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)
4. Uykuya dalamamak	<input type="checkbox"/> 0 Bu konuda zorluk çekmiyor.
	<input type="checkbox"/> 1 Bazen gece yatağında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
	<input type="checkbox"/> 2 Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor.
5. Gece yarısı uyanmak	<input type="checkbox"/> 0 Herhangi bir sorunu yok.
	<input type="checkbox"/> 1 Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
	<input type="checkbox"/> 2 Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).
6. Sabah erken uyanmak	<input type="checkbox"/> 0 Herhangi bir sorunu yok.
	<input type="checkbox"/> 1 Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.
	<input type="checkbox"/> 2 Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler	<input type="checkbox"/> 0 Herhangi bir sorunu yok.
	<input type="checkbox"/> 1 Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
	<input type="checkbox"/> 2 Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
	<input type="checkbox"/> 3 Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatariken her gün en az 3 saat, servisteki işlerin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.
	<input type="checkbox"/> 4 Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.



8.	Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, Konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)	<input type="checkbox"/>	0	Düşünceleri ve konuşması normal.
		<input type="checkbox"/>	1	Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
		<input type="checkbox"/>	2	Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
		<input type="checkbox"/>	3	Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
		<input type="checkbox"/>	4	Tam stuporda.
9.	Ajitasyon	<input type="checkbox"/>	0	Yok
		<input type="checkbox"/>	1	Şüpheli (belli belirsiz huzursuzluk)
		<input type="checkbox"/>	2	Hafif (elleriyle oynuyor, pozisyon değiştiriyor)
		<input type="checkbox"/>	3	Orta (görüşme süresince oturamaz, klinikte ise sürekli koridorda dolaşır)
		<input type="checkbox"/>	4	Ağır (çok hareketli, saçlarını/giysilerini çekiştiriyor, görüşmeyi sürdürmek çok zor)
10.	Psşik anksiyete	<input type="checkbox"/>	0	Herhangi bir sorun yok.
		<input type="checkbox"/>	1	Sübjektif gerilim ve irritabilite.
		<input type="checkbox"/>	2	Küçük şeylere üzüliyor.
		<input type="checkbox"/>	3	Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
		<input type="checkbox"/>	4	Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
11.	Somatik anksiyete	<input type="checkbox"/>	0	Yok.
		<input type="checkbox"/>	1	Hafif.
		<input type="checkbox"/>	2	İlmi.
		<input type="checkbox"/>	3	Şiddetli.
		<input type="checkbox"/>	4	Çok şiddetli.
12.	Somatik semptomlar gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	0	Yok.
		<input type="checkbox"/>	1	İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
		<input type="checkbox"/>	2	Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
13.	Somatik semptomlar genel	<input type="checkbox"/>	0	Yok.
		<input type="checkbox"/>	1	Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
		<input type="checkbox"/>	2	Herhangi bir kesin şikâyet 2 puanla değerlendirilir.
14.	Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)	<input type="checkbox"/>	0	Yok (ya da Değerlendirilemedi)
		<input type="checkbox"/>	1	Hafif
		<input type="checkbox"/>	2	Şiddetli
15.	Hipokondriyaklık	<input type="checkbox"/>	0	Yok.
		<input type="checkbox"/>	1	Kuruntulu.
		<input type="checkbox"/>	2	Aklını sağlık konularına takmış durumda.
		<input type="checkbox"/>	3	Sık sık şikâyet ediyor, yardım istiyor.
		<input type="checkbox"/>	4	Hipokondriyaklık delüzyonları.
16.	Zayıflama (A yada B'yi doldurunuz)	A. İhtiyaç öncesinde (anamnez bilgileri)		
		<input type="checkbox"/>	0	Kilo kaybı yok
		<input type="checkbox"/>	1	Şimdiki hastalığına bağlı olası zayıflama
		<input type="checkbox"/>	2	Kesin (hastaya göre) kilo kaybı
		B. Psikiyatrik tanıdan itibaren yapılabilecek en iyi yapılabilecek en iyi kontrolde		
		<input type="checkbox"/>	0	Kilo kaybı yok.
		<input type="checkbox"/>	1	Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama
<input type="checkbox"/>	2	Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama		
17.	Durumu hakkında görüşü	<input type="checkbox"/>	0	Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
		<input type="checkbox"/>	1	Hastalığını biliyor ama bunu iklim, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahata ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
		<input type="checkbox"/>	2	Hasta olduğunu kabul etmiyor.

KAYNAK: Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerliliği, Güvenilirliği ve Klinikte Kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1998;4:251-9.
İNİSTANBUL HASTANESİ: Saray Mah. Siteyolu Cad. No: 27 34768 Ümraniye - İST. (TEM Yolu Ümraniye Kavşağı) Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50
 HASTANESİ: Beşiktaş Mah. Beşiktaş Cad. No: 100/A 34724 Beşiktaş - İST. Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Faks: 0216 418 15 30

EK. 4. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAI)



BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ



Adı ve Soyadı: Cinsiyeti: Yaşı: Tarih: / / 20.....

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

		Hiç	Hafif Düzeyde Beni Pek Etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş Değildi Ama Katlanabildim	Ciddi Düzeyde Dayanmakta Çok Zorlandım
		0	1	2	3
1.	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.	Sıcak / ateş basmaları				
3.	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.	Gevşeyememe				
5.	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.	Baş dönmesi veya sersemlik				
7.	Kalp çarpıntısı				
8.	Dengeyi kaybetme korkusu				
9.	Dehşete kapılma				
10.	Sinirlilik				
11.	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.	Ellerde titreme				
13.	Titreklilik				
14.	Kontrolü kaybetme korkusu				
15.	Nefes almada güçlük				
16.	Ölüm korkusu				
17.	Korkuya kapılma				
18.	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.	Baygınlık				
20.	Yüzün kızarması				
21.	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Uyarılar: Mustafa Ulusoy, Nesrin Şahin ve Hüsnü Erkmen, H.(1996). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly

Teşekkürler.

EK. 5. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ (CTQ-28)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar,1996,2012)

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Doğum Tarihi: 24.02.1984

Doğum Yeri: İstanbul, Fatih

Eğitim Durumu:

2014-2016, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

2012-2013, Central European University Tarih Bölümü Yüksek Lisans

2004-2008, Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü Lisans

2004-2008, Boğaziçi Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Lisans

2003, Sankt Georg Avusturya Lisesi

Yabancı Diller ve Düzeyi:

İngilizce (ileri düzey),

Almanca (ileri düzey),

Osmanlıca (ileri düzey okuma)

İş Deneyimi:

2015, Üsküdar Üniversitesi Psikolojik Danışma Birimi (gönüllü)

2014-2015, İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi, NPSUAM Feneryolu Polikliniği (gönüllü)

2012, Muğla Üniversitesi Sosyoloji Bölümü, Araştırma Görevlisi

2009-2010, Koç Üniversitesi Tarih ve Toplum Çalışmaları Programı, Asistanlık