



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARININ OBSESYON ALT
TIPLERİNİN ÇOCUKLUK TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Sinem ÖZER

Yrd. Doc. Dr. Sinem Zeynep METİN

İstanbul, 2015

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

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARININ OBSESYON ALT
TİPLERİNİN ÇOCUKLUK TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

SİNEM ÖZER

Tez Danışmanı

YRD. DOÇ. DR. SİNEM ZEYNEP METİN

İSTANBUL - 2015



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102046
Öğrenci Adı Soyadı	: SİNEM ÖZER
Anabilim Dalı	: KLİNİK PSİKOLOJİ
Tez Danışmanı	: YRD.DOC.DR.SİNEM ZEYNEP METİN
Tezin Başlığı	: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARININ OBSESYON ALT TIPLERİNİN ÇOCUKLUK TRAVMALARINI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 25.11.2015	Saati	: 10:30
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : **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,

OY BIRLIGI **OY ÇOKLUGU**

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. *(en fazla 3 ay)*
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : **Değişmedi.** **Değişti.**

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : **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,

OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR.

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	YRD.DOC.DR.SİNEM ZEYNEP METİN	
Üye	YRD.DOC.DR.ALPTEKİN ÇETİN	
Üye	PROF.DR.HÜSNÜ ERKMEN	



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

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 /171

18 Ağustos 15

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sinem Zeynep Metin
(Sinem Özer)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14 Ağustos 2015 tarihinde, 10 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Obsesyonların Alt Tipleri ile Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkan

BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif Kompulsif Bozukluk Olan Hastaların Çocukluk Travmaları ve Sosyodemografik Değişkenlerinin Karşılaştırılması.” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih 25/11/2015

Sinem ÖZER

İstanbul, 2015

Teşekkür

Yüksek lisans eğitimime başladığım ilk günden, tezimi bitirmeme kadar geçen süreçte gerek bilgi birikimi gerek tecrübesi ile yanımda olan sevgili danışman hocam Uzm.Dr.Sinem Zeynep Metin'e daha sonra örneklem ve veri sayısını elde etmem için elinden geleni yapan,büyük katkı sağlayan Uzm. Psk. Cumhuriyet Avcıl'a teşekkürlerimi sunarım.

5 yaşında başladığım eğitim ve öğretim hayatımdan buyana, maddi ve manevi desteklerini bir an olsun esirgemeyen, herşeyiyle örnek aldığım canım babam Abdurrahman Özer ve canım annem Hatice Özer'e, kardeşlerim Gizem, Selen ve Selim Enes Özer'e en içten şekilde teşekkür ederim.Ayrıca dostluğu,desteği için Hazal Erkesim'e ve bu heyecanlı,yorucu bir o kadar da gurur verici olan stresime ortak olan,bana azmetmeyi,sabretmeyi öğreten en büyük destekçim olan Doğukan Yaprak'a teşekkürlerimi sunarım...

Sinem ÖZER

İstanbul, 2015

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLolar LİSTESİ	iii
ŞEKİLLER TABLOSU	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ.....	1
İKİNCİ BÖLÜM	2
LİTERATÜR TARAMA	2
2.1. Obsesyon Alt Tipleri.....	3
2.2. OKB’de Bilişsel İşlevler.....	7
2.3. Ekollere göre OKB.....	8
2.3.1. Psikanalitik Yaklaşım ve OKB.....	8
2.3.2. Bilişsel Kuram ve OKB.....	10
2.4. Çocukluk çağı ve OKB.....	11
2.5. Epidemiyoloji.....	12
2.6. Genetik Faktörler.....	13
2.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Tedavi Yöntemleri.....	14
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	16
YÖNTEM	16
3.1. Evren Örneklem.....	16
3.2. Verilerin Toplanması.....	17
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	17
3.2.2. Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği: Y-BOCS.....	17
3.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ).....	17
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	19
BULGULAR	19
3.1. Sosyo Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri.....	19

3.2. Katılımcıların Ölçek Puan Ortalamaları ve Demografik Değişkenleri	
Karşılaştırılması.....	27
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	56
TARTIŞMA.....	56
ALTINCI BÖLÜM.....	62
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
6.1. SINIRLILIKLAR.....	63
6.2. ÖNERİLER.....	63
KAYNAKÇA.....	65
EK-1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	73
EK-2.YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOKÖ) ..	74
EK-3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇTÖ)	92
EK-4. ÖZGEÇMİŞ.....	94

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Yaş Dağılımı ve Hastalık Başlama Yaşı ve Süresinin Betimleyici İstatistikleri	19
Tablo 2. Ebeveynlerin Meslek ve Eğitim Düzeylerinin Betimleyici İstatistikleri	21
Tablo 3. Katılımcıların Eğitim Düzeyinin Betimleyici İstatistikleri.....	22
Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durumunun Betimleyici İstatistikleri.....	24
Tablo 5. Katılımcıların Eşanlılık Türlerinin Betimleyici İstatistikleri.....	24
Tablo 6. Katılımcıların Aile Depresyon Öyküsü, Sigara, Alkol ve Madde Kullanımının Betimleyici İstatistikleri	26
Tablo 7. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması	27
Tablo 8. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması	28
Tablo 9. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	30
Tablo 10. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Mesleklerine Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 11. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Aile Psikopatoloji Geçmişine Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 12. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Sigara Kullanımı ile Karşılaştırılması	35
Tablo 13. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Alkol ve Uyuşturucu Kullanımı ile Karşılaştırılması	36
Tablo 14. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Eşanı Türlerine Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 15. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların OKB Altıplerine Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 16. Cinsiyet Değişkeni ve OKB Skorları Arasındaki İlişki	42
Tablo 17. Cinsiyet Değişkeni ve Çocukluk Travma Ölçeği Altboyutları Arasındaki İlişki	42
Tablo 18. Ailede Psikopatolojik Geçmiş ve OKB Altboyut Puanları Arasındaki İlişki	44

Tablo 19. Ailede Psikopatolojik Geçmiş ve ocukluk Travmaları leği Altboyut Puanları Arasındaki İlişki.....	44
Tablo 20. Alkol ve Uyuşturucu Kullanımı ile lek Altboyutları Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 21. Sigara Kullanımı ve lek Altboyutları Arasındaki İlişki	49
Tablo 22. Medeni Durum ve lek Altboyutları Arasındaki İlişki	51
Tablo 23. Hastalık Başlama Yaşı ve lek Altboyutları Arasındaki İlişki	53



ŞEKİLLER TABLOSU

Şekil 1. Katılımcıların Hastalık Başlama Yaşı ve Süresinin İstatistiksel Dağılımı	20
Şekil 2. Katılımcıların Yaşının İstatistiksel Dağılımı	20
Şekil 3. Katılımcıların Mesleklerine Göre İstatistiksel Dağılımı.....	22
Şekil 4. Katılımcıların Eğitim Düzeylerinin İstatistiksel Dağılımı.....	23
Şekil 5. Katılımcıların Eştanı Türlerinin İstatistiksel Dağılım Grafiği.....	25



GENEL BİLGİ

Adı Soyadı: SİNEM ÖZER

Ana Bilim Dalı: Psikoloji

Program: Klinik Psikoloji

Danışman: Uzm. Dr. Sinem Zeynep Metin

Tez Türü ve Tarihi: Yüksek Lisans, 2015

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARININ OBSESYON ALT TİPLERİNİN ÇOCUKLUK TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Yapılan çalışma, OKB(Obsesif Kompulsif Bozukluk) tanısı almış 34 yetişkin hastanın, OKB alt tiplerinin çocukluk travmaları arasındaki ilişkisini ölçmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma 34 katılımcının, sosyodemografik bilgi formu, Çocukluk Travmaları (ÇTÖ) ve Yale-Brown OKB Ölçeği'ne vermiş oldukları yanıtlar çerçevesinde elde edilen bilgilerin karşılaştırılması ile analizi yapılmıştır.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda Yale-Brown OKB Ölçeği'nin Obsesyon ve Kompülsiyon alt boyutlarının, Çocukluk Travmaları Ölçeği (ÇTÖ)'nin Emosyonel istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, emosyonel ihmal ve fiziksel ihmal alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların sosyodemografik bilgileri doğrultusunda elde edilen verilere göre alkol ve madde kullanımının cinsel istismar alt boyutu ile anlamlı bir ilişkisi olduğunu ve ailenin psikopatolojik geçmişi ile kompülsiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma, çocukluk travmaları ve OKB vakaları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan araştırmaların az olması sebebiyle yapılacak diğer araştırmalara katkı sağlayacak bilgiler sunmaktadır.

Anahtar kelimeler: *obsesif kompülsif bozukluk, çocukluk travmaları, obsesyon, kompülsiyon*

GENERAL INFORMATION

Name and Surname: SİNEM ÖZER

Field: Psychology

Program: Clinical Psychology

Supervisor: Sinem Zeynep Metin, M.D.

Degree Awarded and Date: Master's Degree, 2015

THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENTS WITH DIFFERENT SUBTYPES OF OBSESSIVE AND COMPULSIVE DISORDER AND CHILDHOOD TRAUMAS

ABSTRACT

This study, the relationship between obsessive and compulsive disorder subtypes and childhood traumas was examined. For the study 34 obsessive and compulsive disorder adult patients were recruited for analyzing whether there is a relationship between OCD subtypes and childhood traumas. For data collection, sociodemographic information form, Childhood Traumas Questionnaire – 28-item Turkish form, and Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale were used. The scores and data obtained from the questionnaires were analyzed and the degree of relationship was examined by analyzing subtests of each instruments.

According to the results, the relationship among subtests of Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale including Obsession and Compulsion subtests and the subtests of Childhood Trauma Questionnaire including Emotional abuse, Physical abuse, Sexual abuse, Emotional neglect, and Physical neglect were not found as statistically significant. However, based on the data obtained from the sociodemographic information form, substance use was found as statistically significant

with the compulsion subtest of YBOCS. Additionally, the relationship between family history of psychopathology and Sexual abuse subtest was found as statistically significant.

This study is important because there is insufficient data about the relationship between childhood traumas and OCD subtypes. Thus, the results in this study will contribute further research in this area.

Key words: *obsessive compulsive disorder, childhood traumas, obsessions, compulsion*



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) obsesyon ve kompulsiyonların varlığı ile karakterize kişi için yıpratıcı bir hastalıktır. Takıntılar yol açtıkları belirgin kaygı ve sıkıntılar ile müdahaleci ve istenmeyen; tekrarlayan düşünceler veya görüntülerdir. Kompulsiyonlar (Ayrıca ritüeller olarak da bilinir) OKB'si olan bireylerin anksiyetelerini azaltmak için gerçekleştirdikleri tekrarlayan davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. (Seibell ve Hollander,2014).(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-V tanı kriterlerine göre OKB;Anksiyete Bozuklukları bölümünde yer almaktadır, Anksiyete bölümü artık Travma ve Stres ile ilişkili bozukluklar ile birlikte, Obsesif-Kompulsif Bozukluklar ve ilişkili bulunan Obsesif-Kompulsif Bozukluk ya da Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu'nu içermektedir.Ayrıca İstifleme Kompulsiyonu DSM-V'de yeni bir bozukluk olarak geçmektedir.(APA, 2011).

Bir başka veriye göre dünyada genel popülasyonun %1'i ile %3'ünü etkileyen kronik ve potansiyel olarak yıpratıcı ve bunaltıcı bir bozukluktur. OKB'u olan bireyler türdeş semptomları ve eş tanıları ve sonuçları büyük bir yelpazede sunmaktadırlar.(Leckman at al.,2010).DSM-III'ye göre kompulsiyonlar sadece bir eylemtanımıyla belirtilmekteydi ancak DSM-IV tanı ölçütlerinde ise kompulsiyonların obsesyonları zihinden yok olmasını sağlayabilmek için meydana gelen düşlemler de olabileceği ortaya konmaktadır. Günümüzde ise kişiye OKB tanısı koyabilmek için APA'nın yayınlamış olduğu DSM-V ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) bildirdiği International Classification of Disease (ICD-10) sınıflaması baz alınmaktadır. (Bulut ve Kakdaş, 2015).

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMA

OKB kişide önemli derecede sıkıntıya yol açan müdahaleci ve kontrol edilemeyen obsesyon ve kompulsiyonlar ile karakterize nöropsikolojik bir bozukluktur.OKB ile birlikte beliren kompulsiyonlar saplantılı düşünceler, görüntüler, dürtüler hastanın hayat kalitesinin düşmesinde büyük rol oynuyor,ancak mantıksal çerçevede tamamen obsesyonlarla bağlantılı bulunmamaktadır (APA'dan aktaran Dykshoorn ,2013).Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ”inatçı, tekerrür eden düşünce ,imge ,dürtü ,istem dışı, bilinçli çaba ile kovulamaz, irade dışı ve ego-distonik.” gibi terimlerle tanımlanmaktadır.OKB altyapısının oluşmaya başladığı dönemler çocukluk dönemleri olduğu bildirilmektedir. (Aşkın, Karababa, & Uğuz, 2007). Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve travmatik deneyimler arasındaki etkileşim anksiyete bozukluğu çerçevesi içerisinde sürekli araştırılmıştır. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısına göre, (DSM-V; Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2013), dünya nüfusunun 12 aylık OKB deneyiminin 1.1-1.8% oranında yaygınlığı saptanmıştır (Dykshoorn,2014).

Örneğin obsesyonları olan OKB olan bir kişi ‘aileme,arkadaşlarıma,sevdiklerime bir şey olacak başlarına bir şey gelecek obsesyonu’nu normalize etmek için evden çıkmadan önce 8 kere lambayı açıp kapama kompulsiyonunu meydana getirebilmektedirç Travma ile ilgili sıkıntı stresli bir olay aslında doğrudan zor ve stresli bir yaşam deneyimi sonucu oluşan psikolojik bir sıkışıklık durumunu belirtir (APA'dan aktaran Dykshoorn ,2013) .Bir takım detaylı ve geniş OKB çalışmaları yapılmış ve elde edilen veriler göstermektedir ki OKB deneyimi olan kişilerin büyük çoğunluğu obsesyonlarından kaynaklanan orta veya şiddetli anksiyete yaşamaktadır. Örneğin, tesadüfi klnik değerlendirici bir çalışmada 122 tedavi edilmemiş yetişkin OKB hastası araştırmacılar tarafından şu şekilde değerlendirilmiştir;danışanların çoğu tedaviye (başlamadan önce) kendi obsesyonlarından hafif (hiçbiri: 0%; hafif:% 12.3; orta:% 41,8; şiddetli:% 43.4; aşırı:% 2.5) derecede sıkıntı hissettikleri bulunmuştur (Leckman ve ark, 2010). Bir başka araştırmanın tanımına göre ise Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), ilk olarak 100

yıldan fazla önce açıklanan bir psikiyatrik durumdur. Hastalığın patognomonik özellikleri kalıcı, bölücü, manasız düşünceler ve dürtüler olan (obsesyonlar)dır ki bunlar tekrarlayıcıdır,ayrıca kasıtlı davranışlar (kompulsiyonlar) bulunmaktadır. Bozukluğu olan hastalar düşünce ve davranışları aşırı ve mantıksız olduğunu kabul ederler (Nestadt ve ark, 2000). Obsesyon ve kompulsiyonlar zamanı israf etmektedirler, Örneğin; 1 saatten fazla hatta bazen bir güne kadar sürebilmektedirler, ya da sosyal klinik açıdan önemli sıkıntı ya da bozulmaya neden olabilmektedirlerMesleki veya işlevselliğin diğer önemli alanlarında hayata müdahale edicidirler. Bozukluk bir maddenin (örneğin bir ilaç) veya genel bir tıbbi durumun fizyolojik etkisine doğrudan bağlı değildir.

2.1.Obsesyon Alt Tipleri

Saldırganlık obsesyonları,cinsel obsesyonlar,dini,somatik,simetri,kuşku,bulaşma ve 'diğer' diye adlandırdığımız düşünce obsesyonları olarak ayrılmaktadır.Bu alttiplere tepki olarak gelişen kompulsiyon alt tipleri ise; temizleme, biriktirme, sayma, dokunma, tekrarlama, düzenleme, kontrol etme kompulsiyonlarıdır.Yaşanan stresli durumlar, kadınlarda gebelik, bebek sonrası dönemi ya da streptokok infeksiyonu OKB'nin oluşumunu tetikleyebilir faktörlerdir.Bu rahatsızlığı deneyimleyen kişilerin rahatsızlığı tam olarak anlamaları ve tedaviye başvurmaları arasında yapılan araştırmalara göre 7 yıl geçtiği görülmüştür (Karamustafalıoğlu, 2010). Bayar ve Yavuz(2008)'de en sık görülen durum bulaşma obsesyonları dediğimiz sürekli vücudunun (özellikle eller) tiksindirici bir maddeye bulaştığını düşünme durumu olduğunu savunmuşlardır. Bu tiksindirici madde her türlü vücut dışkısı olabilir, meni, kan, mikrop gibi maddeler ile obsesyonlar tetiklenir ve nesneden kompulsif kaçınma yaşanır. Diğer bir yaygın alttip ise şüphe obsesyonları (ütünün fişini çektim mi diye düşünmek ve tekrar tekrar eve gidip fırını ütüyü kilidi, şüphe duyulan her şeyi kontrol etme kompulsiyonunu gerçekleştirmek. Bu iki obsesyon durumunu izleyen üçüncü bir alttip ise cinsellik ve saldırganlık obsesyonlarıdır.Bu obsesyonlar sadece zihinseldir, kompulsiyonlarla birlikte hayata geçmezler.Bahsettiklerimize artı olarak simetri obsesyonları, dinsel veya cinsel içerikli rahatsızlık ve suçluluk veren obsesyonlar ve beraberinde gelen biriktirme kompulsiyonların da sık rastlanan diğer alttipler olduğunu belirtmişlerdir.

Obsesyon veya kompulsiyonlar *eştanı* konusunda sınır tanımazlar, başka ruhsal bozukluk belirtileri açısından çok geniş bir yelpazeye sahiptirler.Örneğin Yaygın Anksiyete Bozukluğu gerçek hayat problemleri ile ilgili aşırı endişeler, besinler ile meşgul ya da *yeme bozukluğu* olarak ritüelleşmiş yeme davranışı; *trikotilomanide* saç çekilmesi; basmakalıp içinde steryotipiler *hareket bozukluğu*; vücudunun her bölgesinin görünümü ile meşgul *vücut dismorfik bozukluğu*; bir ilaç ile meşgul kullanım bozukluğu; *hipokondriasis* ciddi bir takım hastalıklar ile sürekli boğuştuğunu hisseder; Bir *arafili* veya *kompulsif cinsel dürtüler* ya da fanteziler cinsel davranış ile özdeşleştir; kumar veya diğer uğraşlar davranışsal bağımlılıklar veya *dürtü kontrol bozukluğundaki* davranış hastalıkları; *major depresif bozuklukta* suçlu düşünce kalıpları; bir psikotik için de paranoya ya da düşünce ekleme bozukluğu gibi. (Leckman ve ark, 2010).Karon ve Golding (1988), Fobi ile %46 oranlı eştanı gözlemlerken, Major Depresyon ile %31, Panik ile %13, Şizofreni ile %12, Şizofreniform Bozukluğu ile %1.3, Alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı ile % 24, diğer madde ve ilaç bağımlılığı ile %17 oranında bir bulgu ortaya koymuşlardır ve yine aynı araştırmada bu hastalarda azımsanmayacak derecede evlilik uyumsuzluğu ve normalin üzerinde IQ seviyeleri gözlemlemişlerdir. OKB'nin, Sydenhan Koresi, Post Ensefalitik Parkinson Hastalığı, Huntington Koresi gibi bazalgangliyon hastalıkları ile komorbit veya bazal gangliyon hastalıkları olabileceği bildirilmiş ayrıca Tourette Sendromu ve OKB'nin aynı hastalığın farklı belirtilerinin gözlemlenebilir olduğunu bildirmişlerdir (Leonard ve ark,1992; Saba ve ark,1998). Obsesik Kompulsif Spektrum ise; Heterojen birgrup, MotorTikler, Tourette, Trikotillomani, PANDAS, Bilişsel/ Beden algı bozukluğu, İstifleme olmak üzere sıralanabilir.

Çocukluk çağında yaşanan travmanın psikiyatrik yaşam boyu bir çok sağlık alanını etkilediği ortaya çıkmıştır.Psikiyatrik bozukluklar dışında;otoimmun hastalıklar, , istemdışı hamilelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tehlikeli cinsel davranışlar, sigara bağımlılığı, onlu yaşlarda gebelik, intihar girişimi, alkolizm, obezite, maddebağımlılığı, karaciğer hastalığı,(rahimden) bebek düşürme, iskemik kalp hastalığı, ve aile bireylerinde erken ölüm gibi rahatsızlıklar...Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin psikiyatrik sonuçları dünya çapında bariz sonuçlar doğurmuştur ve ülkemizde de bir çok çalışmada araştırılmıştır (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

Yaşam alanları,yeme düzenleri, eğitim ve öğretim kaliteleri,sağlıklarıgibi hayatı oluşturan alanlardaki her türlü adaletsizlikten en çok hasar görenler çocuklardır.Çocukların iyi olması demek o ülkedeki toplumun geleceğinin parlak olması anlamına gelmektedir.Çocuklarda istismar ve ihmalden oluşan travmaların önüne geçilmesi ve bu duruma müdahale edilmesi şarttır(Güner ve Şahan, 2010).Çocukluk çağı travmalarına, bireyin kendisinin ihmali ve istismarı dışındaki olaylar da (bir olaya tanık olmak gibi) dahildir .Çocuk istismarı ve ihmali farklı alanlarda farklı şekillerde tanımlansa de genel olarak 18 yaşın altındaki çocukların fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişimlerini zedeleyici ve sağlığını olumsuz etkileyici her tür davranış istismar ve ihmal olarak kabul edilmektedir.(Demirkapı, 2013).

Demirkapı (2013); Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olan Faktörlerin, sosyal izolasyon,ekonomik nedenler,dağılmış bir aile yapısı,zeka seviyesinin düşük olması,anne-babada suça meğil olması,anne-baba arasındaki tensel uyumsuzluk,cehalet, toplumsal değişme, toplumsal sıkıntılar, yasaların uygulanmaması, ebeveynlerden birinin öz olmaması,genç yaşta evlat sahibi olmak ,stres,göç,ailedeki çocuk sayısının fazlalığı,düzenli olmayan bir aile hayatı olduğunu söylemektedir. Cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere travmalar çeşitlenmektedir. Bu yaşantıları baz alarak söyleyebiliriz ki; lise çağındaki ergenlerin yaklaşık%35'inin en az bir, %14.3'ünün en az iki ve%5.6'sının da en az üç değişik tür travmatik yaşantıya maruz kaldığı görülmektedir. (Alyanak ve Kora, 2001). Yaygınlık açısından devam edecek olursak duygusal (15.9), fiziksel (13.5), cinsel (10.7) istismar (ensest dahil) sırasıyla gelmektedir. Ensest deneklerin %4.4'ü tarafından belirtilmiştir. Fiziksel istismara erkeklerde daha fazla rastlanırken, duygusal istismara kızlarda biraz daha sık bir şekilde rastlanmakta, fakat anlamlı bir fark teşhis edilmemektedir. Bu durumun yanı sıra ihmal, cinsel istismar ve ensest kızlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Travması olan kişilere baktığımız zaman genelde, birden fazla türde travmaya maruz kalmış olabildikleri görülmektedir. Çocukluk çağı travmalarının hem duygu düzenleme yeteneklerini hem de kimlik duygusunun gelişimini etkilediği böylece hayatın ilerleyen zamanlarında psikopatolojilere yol açabileceği bilindiğinden çocukluk çağında yaşanan travmaların önüne geçmeye yönelik çalışmaların yürütülmesi, ebeveynlerin,aile

bireylerinin farkındalık kazanması ve toplumsal bilincin uyanmasının faydalı olabileceği dikkate alınmalıdır (Demirkapı, 2013).

Dünya sağlık örgütünün 1985 yılında yapmış olduğu tanımlamaya göre, çocuğun sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen bir yetişkin yada toplum tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar çocuk istismarı ve ihmali olarak tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı sadece erişkinler tarafından değil çocuğun yaşlıları tarafından da yapılabilir (Güner, Güner ve Şahan, 2010). Şahan ve arkadaşları aynı çalışmada (2010) çocukların bedensel, zihinsel yada psikolojik iyilik hallerini yıpratıcı, gelişmelerini aksatan tutum ve davranışlar çocukların beş şekilde zarar gördüğünü şu şekilde açıklamışlardır:

1. Fiziksel istismar,
2. Cinsel istismar
3. Duygusal istismar,
4. Ekonomik istismar
5. Çocuk İhmali

Fiziksel istismar ve ihmalin sebebinin kısaca ve esas bir demec vermek olası değildir. Uzmanlar, ebeveyn, çocuk ve çevre ile bağlantılı etiyolojik etkenlerin istismar ve ihmalin meydana gelmesinde bir etken oluşu hakkında ortak görüşe sahiptirler. Fiziksel istismar ve ihmal için, bakım verene ilişkin risk unsuru olarak; psikiyatrik aksaklık, madde kullanımı, sosyal destek sıkıntısı, çocukluk çağında kendisine de istismarda bulunulması gibi nitelikler bildirilmektedir (Tıraşçı ve Gören, S., 2007).

Araştırmalarda bulunan verilere göre fiziksel istismarın bebeklerde ve okul öncesi çağı çocuklarda daha yaygın bulunmaktadır ve bunun sebebinin bu çocukların daha çok küçük oldukları için savunmasız ve şikayetlerini dile getiremeyecek durumda olmalarından dolayı olduğu savunulmaktadır (Bilir ve ark, 1991).

Fiziksel istismar ve ihmal sonucu beliren en genel gözlenen problemler saldırganlık ve suça eğilimlidir ve davranışlardır. (Taner ve Gökler 2004).

2.2. OKB’de Bilişsel İşlevler

OKB’de bilişsel işlevler ile ilgili bir psikolojik alanda yapılan çalışmaları görmekteyizöte yandan psikiyatri alanında yapılmış çalışmalar da karşımıza çıkmaktadır.Psikoloji uzmanlarının yaptığı araştırmalar bilgi işleme yanlılığının üzerinde yoğunlaşmışken, psikiyatri alanındaki uzmanlar nöropsikolojik testlerden destek alarak bilişsel işlevlerin alanlarının çeşitliliğine bakmışlardır (Aydın ve Öyçekin,2013).Aydın ve Öyçekin (2013) ayrıca sözel belleğin OKB’li hastalarda sağlıklılara göre farklı çıktığını gözlemlemişlerdir; çünkü sağlıklı kişiler stratejik bir yöntem kullanıp kategorileşme ve organizasyonun mevcut olduğu anlamsal bir bağ kurmaya çalışmışlardır.OKB’u olan kişilerin bu şekilde organize olamadıkları görülmüş eğer ki biri tarafından komut alırlar ise ancak o şekilde uygulayabildikleri görülmüştür. Bilgiyi daha iyi kodlayabilmek için organize olamamaları yürütücü işlevlerinin sağlıklı kişilere oranla güçsüz oluşu ile açıklanabilir. Klinik açıdan önemi bu noktada anlaşılmaktadır ki,OKB hastalarındaki yöntem geliştirememe durumu kompulsiyonların ortaya çıkışında ana rol oynayan bilişsel kusurlar olduğu şeklinde özetlenebilmektedir.Buna ek olarak Tukul ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada (2012), OKB hastaları ile kontrol grubunun planlama becerisini karşılaştırmışlar ve OKB’li bireylerin bu alanda kontrol grubundan daha başarısız olduğunu, ancak ilk tepki ve testi tamamlama sürelerinde sağlıklı bireyler ile aynı performansı sergiledikleri gözlemlemişlerdir.

OKB’nin Üst-bilişsel modeline göre,hastalar zorba düşüncelerinin (obsesyonlar)önemine ve etkilerine karşı bir takım olumlu olmayan batıl sayılabilecek olası senaryolar yazmaktadırlar. Örneğin, “başıma gelecek kötü bir olaya karşı sürekli anksiyetik halde olmalıyım,endişe duymalıyım” ya da “kardeşime zarar vereceğim fikri aklımda dolaşıyor, bu ona zarar vereceğimin işaretidir” gibi... Anlamsız bu üstbilişler hastayı bazı nötrleştirici ve kontrol edici türden tekrarlayan davranışlara sürükleyebilir. Üst-biliş nedir diye açıklayacak olursak; insanların akıllarındaki olay ve işlevlerin farkında olması durumudur, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı bir şekilde yürütebilmesini kapsayan bir üst-bilişsel sistemdir. (Dienes ve Perner, 1999; Doğan ve ark, 2013). Zihinsel süreçlerimiz ve zihin işleyişimiz hakkındaki fikirkural ve inançlarımız üst-bilişsel bölgeye aittirler. Üst-bilişsel model, insanın bilişsel

süreçlerinin uyuma yönelik araştırmasında temel rolü oynadığını savunur. (Doğan ve ark, 2013). Wells (2000)'e göre üst-bilişsel inançlar, yorumlar ve izleme eğilimleri, OKB'yi de kapsayan kaygı bozuklukları için etiyolojiktir. (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

Örneğin, “bu hareketi yapmayı sürdürmezsem, felaketli duygum yoğunlaşır ve aklımı kaçırabilirim” ya da “bu davranışı sürekliletmek etmezsem o düşüncem gerçekleşir ve başıma felaket bir olay gelir” gibi. Bu sürkilasyon danışanların tehditle alakalı yorumlarını daimi hale getirir ve belleklerine olan itimatlarını azaltır (Irak, 2012).

2.3.Ekollere göre OKB

2.3.1.Psikanalitik Yaklaşım ve OKB

Sigmund Freud, OKB'nin gelişmesine yol açan etmenler anal dönemde oluştuğunu öne sürmektedir; katı tuvalet eğitimi ve anal döneme gerileme kavramlarının altı çizmektedir. Bilişsel yaklaşım, ebeveyn ilişkileri ile ilgilenmemekte ve işlevsel olmayandüşünceler üzerinde durmaktadır. Nesne ilişkileri ekolü ile yaklaşacak olursak çocuğun bakım veren ile olan ilişkisine ve eleştirel ebeveyn profilini özümsemesine odaklanmasisonucu oluştuğunu müdafaa etmektedir. Üç yaklaşımın ortak inancı, OKB 'de kontrol gereksinimi olduğu görüşüdür. (Tosun ve Eryılmaz, bt). Psikodinamik yaklaşım hastalığın semptomlarının bastırılmış bilinçdışı dürtülerin sonucu olarak ortaya çıktığını savunur. Bastırılan bu dürtüler sonucu anksiyete oluşur ve dolayısıyla odipal fazdan güçlü ambivalans duygularıyla ilişkili anal faza gerilemeolunmaktadır. Freud, OKB savunma mekanizmalarının: regresyon, replasman, reaksiyon formasyonu, yapıp bozma ve izolasyondan oluştuğunun altını çizmektedir (Bayar ve Yavuz ,2008).

OKB için analitik kuramcılar bu rahatsızlığı genel olarak nesne ilişkileri teorileri ile bağdaştırmaktadırlar,bahsettiğimiz teoriler bireyin kendisinin ve çevresindeki insanların zihinsel simgelemelerinin hem içeriğine hem de yapısına dikkat çekmektedir (Blatt ve ark, 1997).

Freud obsesif - kompulsif davranışlar hakkında şu şekilde bahsetmektedir:

"Hasta sürekli onu ilgilendirmeyen bir takım düşünce kümeleriyle boğuşur, zihni artık dolmuştur, garip bir takım dürtüler içinde bulur kendini; bazen de bu düşünceler sonucu istem dışı hareketler yapmak zorunda kalmaktadır. Zihnine takılı kalan bu düşünceler -obsesyonlar- hasta için mantıksız olduğu gibi, çoğu zaman kendisine de saçma gelmektedir. Akla gelen bu anlamsız düşünceler, görseller, harekete geçmesine sebep olmaz sabireyin bu düşlemleri hatırlatan hallerden kaçınmasına sebep olurlar. OKB' u olan kişinin istem dışı davranışları, sıradan hayatın bir parçası olan rutin davranış ve alışkanlıkların mübalağalı ve törensel halinden daha fazla ileri bir kapsama taşınamaz ki zaten bu davranışlar hastanın tamamen istemi ve denetimi dışında vuku bulmaktadır." (Geçtan, 1989).

Joseph'e (2001) göre, çocukluktaki ilişkiler, kişilik ve patolojinin ortaya çıkışı ve ilerleyişinde ana sebeptir. Ebeveynin tutarsız emir ve isteklerini, eleştirel tutumunu içeren ve sağlıklı olmayan bir ilişkinin hastalığa yol açacağı akla gelmektedir.

Klein, obsesyonları içsel iyi nesnenin zarar görmesi düşüncesine karşı ortaya çıkarılan savunmalar olarak kabul etmektedir. Çocuk sevdiği nesneyi tahrip ettiğinden dolayı tasalanmaktadır ve onu tamiri imkansız olacak şekilde bozmamak için kontrol etmektedir. Sonuç olarak şunu söyleyebiliriz ki ; *Klein'* a göre obsesif semptomatoloji bir tamir gayretidir (Topçuoğlu, 2003).

Salzman, OKB' li kişinin kontrol ihtiyacı ile her türlü psikoterapiyi "halat çekme oyununa benzer bir yarışa dönüştürebileceğini ve böylece ilaç tedavisi veya davranışçı tedavilerin devam etmesinde zorluk yaşanabileceğini belirtmektedir (Salzman, 1997). Anal karakter taşıyan hastalar, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu olarak tanımlanır ve OKB İLE OKKB durumlarının birbirinden çok farklı iki tanım olduğunu belirtilir. Bu görüşten sonra OKB' un meydana çıkması ve büyümesinde tuvalet eğitiminin önemi inanışına karşı artık şüphe duyulmaya başlanmış ve günümüzde artık bu inanışa kimse arka çıkmamaya başlamıştır. *Judd*, OKB ile ilgili özellikleri gösteren çocuk hastalarının bir tanesinin bile tuvalet eğitiminde zorluk ve sıkıntı yaşadığını gözlemlemediğini söylemektedir (Judd, 1965).

Mallinger'a (1984) göre, OKB'da kişinin ve diğerlerinin temsilleri tenkit edici ve cezalandırıcı olan diğerlerinin olumsuz özelliklerinin bir yansımasını içermektedir. Bu nedenle tüm bunlar sıkça "kontrol etme ve bağımsızlık" düşüncelerine sebep olmaktadır.

Neo - Freudyen yaklaşımlarda anal karakteristik yerine suçluluk duygusunun yerini aldığı asabi bir karşı çıkmanın altı çizilmektedir. OKB tanısı almış kişi, anal dönem yerine kendi kontrolündeki engellenmeyle savaşımaktadır. Kontrol etme davranışı, çocuğa bireysel karar verme yeteneğini kullanabildiğini hissetmesini sağlayan bir çıkış kapısı olarak düşünülebilir.

2.3.2.Bilişsel Kuram ve OKB

Bilişsel Kuram'a göre; obsesyonların altında bir takım aşırı kötüye yoran düşünceler var olmakta ve bunlar obsesif düşüncenin anksiyeteye sebep olmasına yol açmaktadır. Bu perspektif ile bilişsel yaklaşım, geçmişe değil şimdiki zamanda varolan bilişselyorumlarla ilgilidir. (Clark, 2004; Salkovskis, 1996).

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, OCCWG (Obsesif Kompulsif Bilişsel Çalışma Grubu) (1997), yayınladıkları raporlarında; tehlikenin aşırı biçimde değerlendirilmesi, abartılmış sorumluluk, mükemmelliyetçilik, düşünceleri kontrol etmeye verilen önem, düşüncelerin aşırı önemsinmesi, belirsizliğe karşı hoşgörüsüz olmak üzere OKB' ye ait 6 tane *şema temelli inanç* öne sürmektedirler. OKB' de büyük bir yeri olan bilişsel ekolü üç başlıkta açıklamışlardır: (1) Kişinin isteği dışında beliren düşünceler (intrusive thoughts): İstenmeyen, akla gelmesi engellenemeyen düşünce, imge ya da dürtülerdir.(2) İnançlar (beliefs): Bireye ait durumsal olmayan ve uzun vadeli düşünceler ve inançlar bütünüdür. (3) Değerlendirmeler (appraisals): Baskılayıcı bir düşüncenin ortaya çıkması gibi belirli bir olayı mantığa kavuşturmayla ilgilidir. (OCCWG, 1997).

Ortaya konan çok sayıda bilişsel model içerisinde üç tanesi yetişkin vakalarda yaygın olan OKB'nin kavranmasında önemli bir rolü olan ve çeşitli bilişlerin altını çizen güncel çalışmalarda hala geçerliliği koruyan modellerdir.(Özen ve Pişgin, 2010).Bunlar; Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli (Salkovskis, 1989); Model obsesyonun gelişiminde iki kademenin kritik önem taşıdığını desteklemektedir;

sorumluluğun değerlendirilmesi ve tarafsızlaştırma faaliyetleri olmak üzere... Bir düşünceye verilen mana bu görüşün zeminini meydana getirir. O Anlamın Yanlış Yorumlanması Modeli (Rachman,1997) Bu modelde, OKB’u olan bireyler, cinsellik, saldırganlık, dini varlık ve inanışlara hakaret gibi rahatsız edici detaylara sahip zorlayıcı düşünce, imge ve dürtülerin anlamını yanlış anlamlara yorarak; kendi ahlak sistemleri içerisinde, bu baskılayıcı düşümler ve arzulardan dolayı benliklerini kötü bir insan, ahlaklı olmayan, Allah yolundan çıkmış ve güvenilmez, tehlikeli biri olarak görürler. Son olarak Bilişsel Kontrol Modeli (Clark, 2007), Düşüncelerin kontrolü zemininde biçim alan bu modele göre, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler, bilinç düzeyinde baskılayıcı, bunaltıcı düşüncelerin, imgelerin ya da dürtülerin önüne geçilmesi, ortaya çıkışının engellenmesi düşüncesine sahiptirler. Düşünceleri kontrol etme yolunda işlevsel olmayan bu türden gayretler, kontrol dışı beliren düşünce, imge ya da dürtülerin en üst seviyede yaşanmasına sebebiyet vermektedir. (Özen ve Pişgin, 2010).

2.4. Çocukluk çağı ve OKB

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) çocukluk çağında belirmeye başlayan ve son derece yavaş seyir izleyen ruhsal bir bozukluktur. Tekrar eden ve kişinin günlük yaşamında da bariz bir bunalıma sebep olan bir rahatsızlıktır. Yapılan çalışmalarda OKB'nin çocuklukta ve yetişkinlikte büyük ölçüde aynı semptomlar birlikteliğinde hastada görülmeye başladığı ve hastaların neredeyse yarısına yakınının çocuk-ergen devrinde başladığı görülmüştür. (Öner ve Aysev, 2001). Çocuklar ve yetişkinler arasında tanımlardaki tek fark; yetişkin kişinin obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmesidir. Çocukların bir kısmı, ısrarcı düşüncelerini veya duygularını anksiyeteye değil; iğrenme, bunalma ya da “hayatımda bir şeyler eksik, ters giden, yolundan çıkan bir şeyler var” gibi net olmayan duygularla ifade etmektedirler (Piacentini ve Langley, 2004).

Çocukluk dönemi OKB vakalarında genellikle saf kompulsiyonlar görülmektedir. Obsesyonların eşlik etmediği bu kompulsiyonlara bakıldığında; parmak ağıza sokma veya daireler çizerek yürüme gibi motor sistemle alakalı kompulsif semptomların, erken yaşlarda OKB tanısı konmuş çocuk hastalarda daha yaygın bir biçimde yaşandığı saptanmıştır (Grados ve Riddle, 1999).

Çocukluk ve ergenlik döneminde Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) tekrarlayan, müdahaleci düşünceler (obsesyon) içeren üzücü semptomlar ve zaman alıcı ritüeller (kompulsiyonlar) ile ilişkin bir ruh sağlığı zayıflaması durumudur. Bu yorum şu anda yetişkinde görülen OKB'nin altında yatan nedenleri ve mekanizmaları hakkında bilgi vermenin yanı sıra, değerlendirme ve tedavisinde de işe yarar görülmektedir. Çocukluk çağı OKB'sinde ayırıcı tanı ile ilgili konular otizm spektrum bozuklukları ve gençlik tik bozuklukları ile özetlenmiştir. Hakiki kanıta dayalı ve tedavi direnci ile ilişkili faktörler göz önüne alınarak önerilen tedaviler; bilişsel davranışçı terapi ve serotonin geri alım engelleyici / seçici serotonin geri alım inhibitörü ilaçlar ile birlikte sunulmuştur. (Krebs ve Heyman, 2015). Yetişkin danışanların üçte birinden fazlasında, semptomlar 15 yaşından önce başlarken istisna bile olsa 5 yaşından önce vakalar da bulunmuştur. Ancak araştırmalar sonucu ortalama çocukluk çağı OKB'nin başlangıç yaşı 7-12 yaş aralığıdır. Kız ve erkek olarak kıyaslama yapılacak olursa eğer, çocukluk döneminde erkeklerde 1,5 kat daha sık yaşanırken, ergenlik döneminde bu durum eşitlenir. (Öner ve Aysev, 2001). Uzmanlar üç yaşında başlayan vakada bildirilmekle birlikte çocuklarda OKB'un başlama yaşının 9-11 yaş olarak belirtilmektedir. Çocukluk ve ergenlik başlangıçlı OKB'nin oranı %80'e kadar ulaşmıştır. Belirtilerin şekli ve boyutu zaman geçtikçe, yaşa bağlı olarak değişim göstermektedir (Karaman, Durukan ve Erdem, 2011).

2.5. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalar OKB'nin genel popülasyonda % 2.3 ila % 3,8 arasında değişen yaşam boyu yaygınlık tahminini göstermektedir (Subramaniam ve ark., 2014). Çocuk ve ergenlik döneminde nadir olduğu düşünülen bir çok epidemiyolojik çalışmalar mevcuttur. Çocuklarda ve ergenlerde tahmini % 0.25 prevalansı % -4 bulundu. Tedavi edilmeyen belirtiler genellikle balmumu ve azalmak, ancak kronik bir seyir takip edebilir ve sosyal ev, okul ve de dahil olmak üzere birden çok alanda fonksiyonel bozukluğa yol açabilirler. Ayrıca OKB yetişkinlikte diğer psikiyatrik bozuklukların riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir (Krebs ve Heyman, 2015). Leckman ve arkadaşları şunu savuyorlar ki (2010), Pediatrik Obsesif-Kompulsif Bozukluk genel nüfusu %1- 3 civarında etkileyen sık sık kronik ve potansiyel olarak rahatsız edici bir durumdur. Dünya üzerinde OKB olan bireyler heterojen semptomları

ve eşlik eden bozukluklar ve sonuçlarını geniş bir yelpazede sergilerler. Bozukluk her yaşta bireyleri etkilemesine rağmen, büyük risk döneminin orta çocukluktan erişkinliğe kadar olan dönem olduğu söyleniyor . Hastaların hayatınıalevenme ile büyük ölçüde sosyal, mesleki ve akademik açıdan bozabilir.Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, OKB, dünya çapında en çok zarar veren,bunaltan 10 tıbbi durum arasında sıralanmaktadır (Nestadtve ark.,2000).Eski zamanlarda OKB'un az karşılaşılan bir rahatsızlık olduğu düşünülürdü. Önceki epidemiyolojik araştırmalarda OKB'un yaygınlık oranı %0.5 olarak saptanmıştır. Ancak Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan ulusal epidemiyolojik tarama (Epidemiologic Catchment Area=ECA) 'nin bir takım çalışmalarına göre OKB'un toplumda yaşam boyu prevalansı %2-3; 6 aylık yaygınlığı ise %1-2 bulunmuştur. Poliklinik harici,serviste yatan psikiyatrik hastalar arasındaki sıklığı ise %0.1- %4 arasında değişmektedir (Bayraktar,1997). Hastalığın gidişi kronik ve inişli çıkışlıdır. 1 yıl sonra ilaç ve psikoterapi yardımı ile iyileşme oranları % 60-70 oranındadır(Vardar,2000). Semptomlar yaşa bağlı değildir, çocuk ve ergenler yetişkinler ile çok benzer semptomlar gösterirler. Karşıt kültürler arasında da semptomlar benzerdir.Meksika toplumunda OKB'un kız-erkek dağılım oranını, ortalama başlama yaşını ve şiddetini ölçen bir araştırmada, ruhsal bozukluğu olan popülasyonun içinde OKB oranını 51 aylık bir süreçte %2.3 olarak bulmuşlardır ve erkeklerde kadınlara oranla daha erken yaşta oluştuğunu, ortalama başlangıç yaşının 22.6±9.1 olduğunu söylemişlerdi, saldırganlık obsesyonunun daha geç yaşta, simetri obsesyonunun daha erken yaş ile ilgisi olduğunu ortaya koymuşlardır. (Nicolini ve ark, 1997). Karno ve arkadaşlarının 1988'de yaptıkları bir çalışmada Birleşik Devletleri'nin 5 eyaletinde 18500 kişi üzerinde görmüşlerdir ki, boşanmış çiftlere ve evlerini ayıranlarda, çalışmayan,işsiz kişilerde hastalığın görülme oranı daha fazladır.

2.6. Genetik Faktörler

Mc Keon ve Murray, (1987) yapmış oldukları çalışmada OKB'li hastaların ailelerinde kontrol grubuna oranlamental hastalıkların özellikle de depresyon ve nörotik bozuklukların yaşam boyu prevalansını anlamlı oranda yüksek bulmuşlardır. Ancak OKB'li hastaların birinci derece yakınları ile kontrol grubu arasında OKBtanısı açısından fark bulamamışlardır Bazı çalışmalar OKB'de genetik faktörlerin varlığını onaylıyorken bazıları daha fazla kanıtı ihtiyaç duyulduğunu söylemektedir.Tek yumurta

ikizlerinde yapılan çalışma sonucu %100 eş hastalanma gözlemlenmemesinden ötürü OKB 'un fenotipik geçişinde çevresel etmenlerin de rol oynadığı görüşü göz ardı edilmemektedir (Vardar,2000).

Modern kalıtsal araştırmalar sonucunda OKB'un ailesel geçişine eğilim sağlayan genetik kanıtlar bulunmaktadır. Ancak buna ek olarak bu ruhsal bozukluğun kalıtsal faktörü kesin olarak bulunamamıştır ve sistematik geniş ikiz çalışmaları da net düzeyde henüz yoktur. Güncel beyin görüntüleme ve tedavi çalışmaları, bazı danışanlarda kendine has otoimmün ,reseptör veya nöroanatmik anormalliklerin olabileceğini ortaya koyar niteliktedir. Hastalıkta kalıtsal geçiş tek yol değildir. Hastalığın seyri ve gelişimi şu şekilde tanımlanabilir; epidemiyolojik çalışmalar,aile çalışmaları,ikiz çalışmaları,evlat edinme çalışmaları,kalıtım modeli çalışmaları (segregasyon analizçalışmaları),moleküler genetik çalışmaları (Linkaj analiz,çalışmaları ve asosiyasyon çalışmaları),hayvan çalışmaları gibi çalışmalar da genetikten başka başvurulabilecek gelişimsel çalışmalardır.(Moldin ve Gotlesman,2000). Bir çalışmada tek yumurta ikizleri arasındaki OKB geçişinin %63 olduğu saptanmıştır ancak aynı çalışmanın çift yumurta ikizleri için yapılmamış olması bizi bir sonuca götürememiştir (Rasmussen, 1994).

2.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Tedavi Yöntemleri

Farmakolojik tedavi ve psikoterapi işbirliğinde ilerlenmesi gereken bu süreçte OKB'ü olan kişinin ailesi de psikoterapi sürecine alınmalıdır.Kontrollü çalışmalar sonucu görülüyor ki ilaç tedavisi, bilişsel davranışçı terapi ya da ikisinin birlikte uygulanması OKB semptomları üzerinde güçlü bir iyileştirici etkiye sahiptir. Ayrıca psikodinamik psikoterapi, aile terapisi, grup terapisi gibi tedaviler de işe yarar görülmektedir. Bu kombinasyonla iyileşme göremeyen hastalar için elektrokonvulzifterapi ve psiko-cerrahi (en yaygını; singulotomi) denenebilir. EKT psikocerrahi kadar keskin bir etki gösteremese de cerrahi öncesi son bir deneme için kullanılabilir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Bilişsel Davranışçı Terapi yönteminde asıl amaç OKB'ü olan hastanın korktuğu,kaçındığı durumla yüzyüze getirirken peşisıra gelen kompulsiyonlarını yok etmektir. Psikoterapist süreyi genellikle 8-10 hafta olarak belirler .Bu tedavide eğer ki

hastanın ailesinden bireyler de hastaya obsesyon ve kompulsiyonlarından kurtulması için yardım ediyorsa arada onları da seansa almak gerekebilir. Zor ve çaba gerektiren bir teknik olmasına karşın hasta ve ailesi bu teknikten %80-90 oranında fayda görür. Saf obsesyon yaşayan, eştanısı depresyon olan depresyonu bulunan ya da bilişsel davranışçı terapiden fayda göremeyen hastalar genel olarak ilaç tedavisinden fayda görür. SSRI grubu ilaçlar daha çok tercih edilen, yan etkisi daha az olan (özellikle trisiklik antidepresanlara göre), OKB'de kullanılan gizli silahlardır. İlaçların kullanımının kolaylığı ve bariz düzeltici etkisi ilk aşamada tedaviyi ilerletir. SSRI grubu ilaçlar bu hastalıkta depresyonda verileden daha fazla dozda verilir (Ersoy, Edirne ve Oğuz, 2003).

Psikanalitik yöntemle yapılan bir tedavi sayesinde hasta semptomlarının mantığımanlar ve böylece diğer faydalı tedavilere ikna edilmiş olur (Topcuoglu, 2003). Özellikle ağır OKB vakalarında sadece bir tane tedavi yöntemine başvurulursa başarısız olunabilir. Leib (2001), bazı ağır OKB hastaları tedavisi için psikanalizin, ilaç tedavisi ve davranışçı tedavi ile kombin edilmesinin şart olduğunu ifade eder.

Bir psikiyatri servisinde farklı psikiyatrik hastalıklara sahip bireylerin %90'ının hastalığın bir sürecinde büyüsel ve dinsel yönü olan kişilerde çare aradıkları ve %70'inin bu insanlara para ödediği belirtilmiştir (Kırkpınar, 1992). Başka bir bakış açısıyla, bazı hastaların imkansızlıklardan ötürü psikiyatrik tedavi alamama durumları olabilmekte ve bu kişiler çareyi daha küçük sağlık merkezlerinde (sağlık ocağı) aramaktadırlar. Bu hastalığın iyi bir şekilde araştırılıp tanınmamasından ötürü psikiyatrik tedavilerin makul ve etkili bir şekilde yapılamaması da hasta ve yakınlarını tıp dışı yollara sürükleyebilir (Aşkın, Karababa ve Uğuz, 2007). Bir araştırmaya göre ilk olarak hekim tercih etmeyip dini, büyüsel yolları tercih eden hastalarda ilköğretim mezunu olanların sayısı anlamlı derecede daha fazla çıkarken, yükseköğretim mezunu olanların sayısı ise anlamlı derecede daha az çıkmıştır ($\chi^2 = 6.86$, $p = 0.03$). Uğuz, Karababa ve Aşkın, (2007) de Tıp dışı yöntemlere eğilim oranını ilköğretim mezunlarında %46.3 iken yükseköğretim mezunlarında % 11.8 bulmuşlardır. Cinsel Obsesyon ($\chi^2 = 10.45$, $p = 0.01$) ve Dinsel Obsesyon ($\chi^2 = 4.68$, $p = 0.03$) türleri özellikle en sık tıp dışı yollara başvuran obsesyon türleri olduğu bulunmuştur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal türü travmatik yaşantılar gözönüne alındığında,Çocukluk dönemi istismar ve ihmal anılarınıaraştırmalarda etik konular ciddi derecede dikkat gerektiren bir alandır. Araştırma yöntemi ve kullanılan araç ya da ölçeklerin bireyinkişisel özelliklerine uyumlu olmasına ve her ne olursa olsun çalışma grubunu oluşturan kişilerin ekstra bir psikolojik baskıçine girmemelerineözellikle önem verilmelidir (Armstrong, 1996).

3.1.Evren Örneklem

Araştırmanın örnekleminin bir kısmını 2011-2015 tarihinde NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi servisinde yatan OKB tanılı psikoz eştanısı olmayan 18 yaş üstü yatan hastalardan,bir kısmını ise yine NP İstanbul polikliniklerinde tedavi görmüş ve görüyor olan hastalardan alınmıştır. Toplamda 34hasta dosyası incelemeye alınmıştır.Bu hastalar 24 erkek 10 bayan hastadan oluşmaktadır.21 hasta bekar 13 hasta evli ,aralarında boşanmış olanlar da bulunmaktadır.Tablo 1’de görüldüğü gibiKatılımcıların hastalık başlama yaş ve süresi incelendiğinde yaş aralığının 11 ve 29 yaş olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların yaş ortalaması $M = 29,44$, $SS = 7,94$ olarak bulunmuştur. Şekil 3 Katılımcıların mesleklerine göre istatistiksel dağılımını göstermektedir. Bu grafiğe göre katılımcıların yüksek oranda lise ve üniversite mezunu olduğunu görmekteyiz. Ayrıca eştanıları inceleyecek olursak; katılımcıların eştanılılık durumunu analiz ettiğimizde, 11 farklı eştanı türü saptanmıştır. Katılımcıların % 26,5’lik oranının depresyon, % 8,8’lik kısmının iki uçlu duygudurum bozukluğu (bipolar bozukluk) ve % 5,9’luk kısmı ise anksiyete bozukluğu hastalarından oluşmaktadır. Hipomani, majör depresyon, somatoform bozukluk, yeme bozukluğu, yineleyen depresif bozukluk, histrionik-agorafobi-depresyon ve bipolar bozukluk-deri yolma her biri %2,9 oranda saptanan diğer eştanısı olan psikiyatrik bozukluklar olarak bulunmuştur.

3.2.Verilerin Toplanması

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların sosyodemografik bilgilerini almak amacıyla verilen formdur. Anket çalışmasının başlangıcında verilen formda yer alan değişkenler ise, cinsiyet, meslek, eştanı türü, eğitim düzeyi, hastalık başlama süresi, sigara, alkol ve madde kullanımı, medeni durumdur.

3.2.2. Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği: Y-BOCS

Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği obsesyon ve kompulsiyonların türünden ayrı bir şekilde sadece Obsesif Kompulsif Bozukluğun derecesini öğrenebilmek amacıyla geliştirilmiştir (Goodman, Price ve Rasmussen, 1989).

Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Bogart, Steketee ve Frost'ın (1996) çalışmaları test-tekrar test uyumu göstermiş olup iç tutarlılığın da yüksek olduğunu savunmaktadırlar. 19 maddeden oluşan bu ölçek obsesif-kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda mevcut olan semptomların çeşidi ve boyutunu derecelendirme amacı güderek düzenlenmiştir. 19 maddenin tümü değerlendirmeye alınmalıdır. Fakat ilk on madde toplam puanı saptamak için kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. İlk beş madde bizlere obsesyon puanını, ikinci beş puan ise bize kompulsiyonların puanını işaret eder.

3.2.3.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(CTQ)

20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını retrospektif ve niceliksel olarak anlama ve yorumlamada faydalı bulunan, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirime dayalı, doldurulması basit bir ölçektir (Bernstein, Fink, Handelsman ve Foote, 1994).

Bulgular CTQ'nun Türkçesinin de İngilizce özgün biçimi gibi geçerli ve güvenilir olduğunu desteklemektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı ve test-yeniden-test uyumu yüksek düzeydedir. Açık uçlu sorularla saptanan çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları ile CTQ ile elde edilen puanlar arasında derecelendirilmiş bir anlamlı ilişki

bulunmaktadır. Klinik değişkenlerle CTQ puanı arasında da anlamlı koşutluklar bulunmektedir.” (Şar ve ark, 2011, s.1061).

1994 yılında Bernstein DP tarafından 70 madde olarak geliştirilmiş olan bu ölçek, 1995’te 54 maddeye indirilmiş ve Şar tarafından 1996’da Türkçe haline getirilip uygulanmaya başlanmıştır. 5’li likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir.

Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali ölçenmaddeleri kapsamaktadır. Aynı zamandayanılıcıtarzda, 3 adet minimizasyon sorularını da içermektedir. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak yorumlanmasını hedefi ile ölçek kapsamına alınmıştır. Cevapşıkları (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olmak üzere sunulmaktadır. Her bir madde 1-5 değerinde puanlanır. Her biri ayrı travmatik anı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına imkansağlamaktadır.göstermektedir (Bernstein ve ark., 1994; Lundgren ve ark., 2002).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

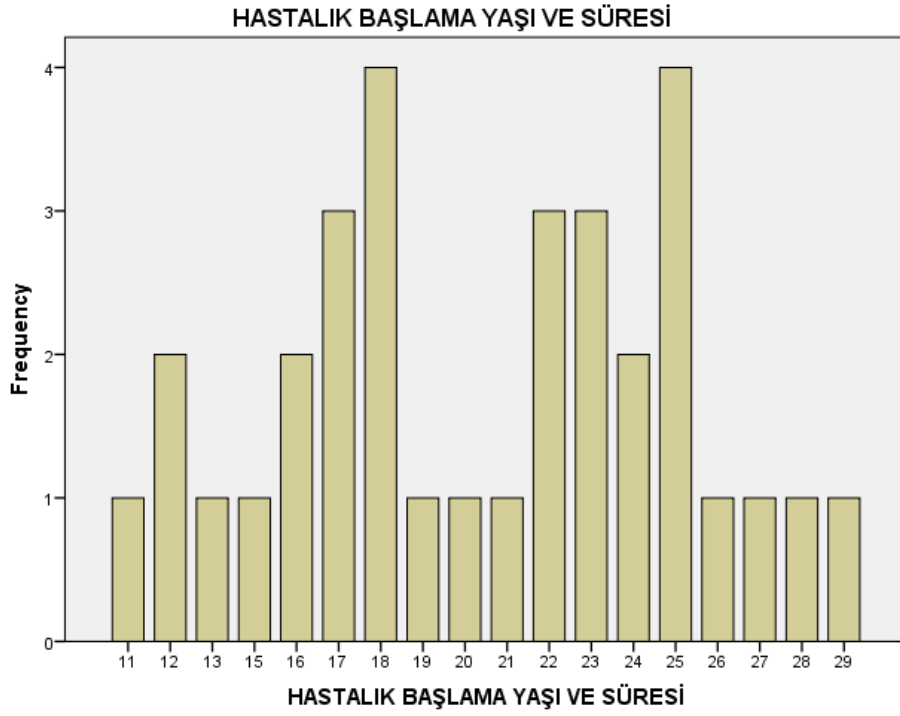
BULGULAR

3.1. Sosyo Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Tablo 1. Katılımcıların Yaş Dağılımı ve Hastalık Başlama Yaşı ve Süresinin Betimleyici İstatistikleri

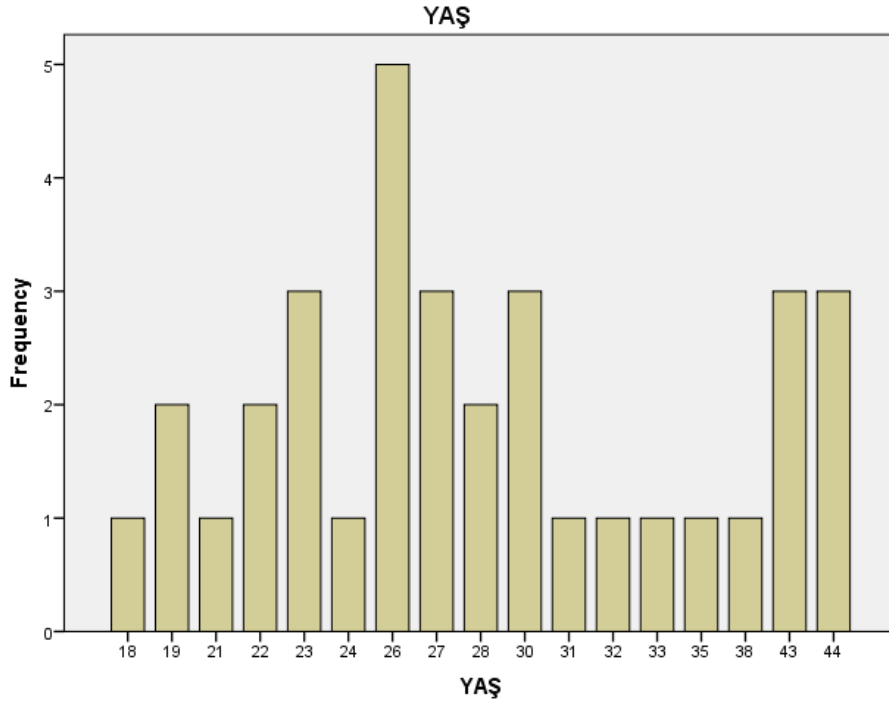
Değişkenler	n	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
Yaş	34	29,44	7,94	18	44
Hastalık Başlama Yaşı ve Süresi	33	20,33	4,86	11	29

- Betimleyici istatistikler doğrultusunda katılımcılar N=34 kişiden oluşuyor olup yaş aralıkları 18 ve 44 yaştır. Bununla birlikte katılımcıların yaş ortalaması $M = 29,44$, $SS = 7,94$ olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların hastalık başlama yaş ve süresi incelendiğinde yaş aralığının 11 ve 29 yaş olduğu tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak yıl ortalaması $M = 20,33$ $SS = 4,86$ olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların yaş dağılımını ve hastalık başlama yaşı incelediğimizde değişkenlerin normal dağılımını gösteren grafikte gösterilmiştir. Grafikteki bilgiler doğrultusunda hastalık başlama süresi en fazla 29, en az 11 yıl olarak bulunmuştur. Ayrıca hastalık başlama yaşı ve süresi 18 ve 25 yıl olan 4'er katılımcı ile en yüksek değerde olduğu görülmektedir.



Şekil 1. Katılımcıların Hastalık Başlama Yaşı ve Süresinin İstatistiksel Dağılımı

- Katılımcıların yaş dağılımının grafiğini incelediğimizde, katılımcıların 18-44 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bununla birlikte en fazla katılımcının olduğu yaşlar sırasıyla 26, 23, 27, 30, 43 ve 44 yaşlarıdır.

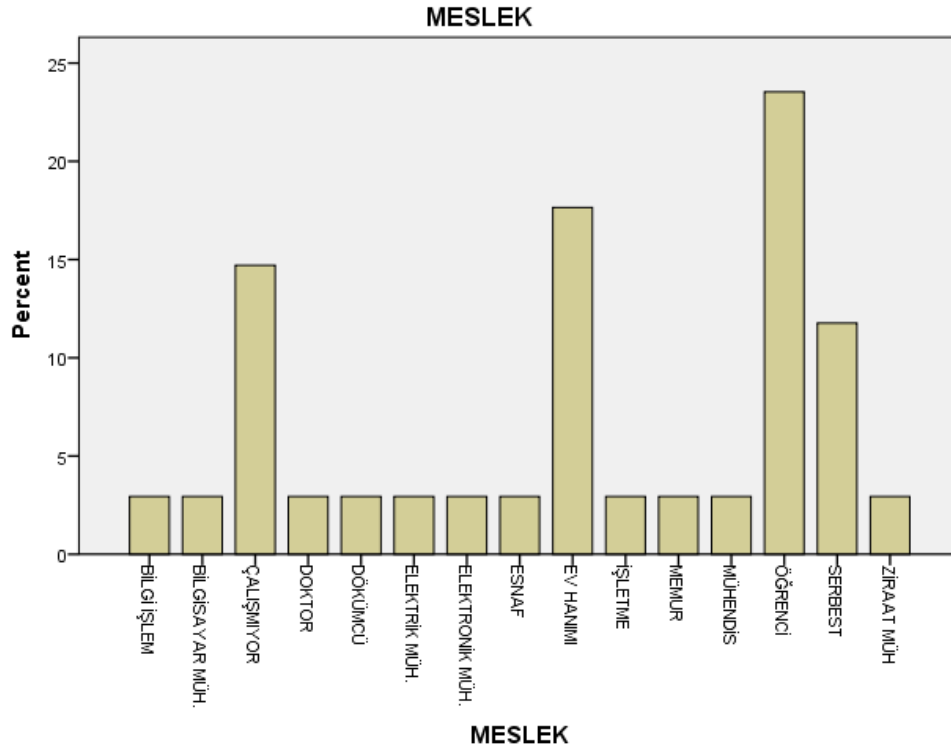


Şekil 2. Katılımcıların Yaşının İstatistiksel Dağılımı

Tablo 2. Ebeveynlerin Meslek ve Eğitim Düzeylerinin Betimleyici İstatistikleri

Meslekler	N	%	Toplam %
BİLGİ İŞLEM	1	2,9	2,9
BİLGİSAYAR MÜH.	1	2,9	5,9
ÇALIŞMIYOR	5	14,7	20,6
DOKTOR	1	2,9	23,5
DÖKÜMCÜ	1	2,9	26,5
ELEKTRİK MÜH.	1	2,9	29,4
ELEKTRONİK MÜH.	1	2,9	32,4
ESNAF	1	2,9	35,3
EV HANIMI	6	17,6	52,9
İŞLETME	1	2,9	55,9
MEMUR	1	2,9	58,8
MÜHENDİS	1	2,9	61,8
ÖĞRENCİ	8	23,5	85,3
SERBEST	4	11,8	97,1
ZİRAAT MÜH	1	2,9	100,0
Toplam	34	100,0	

- Katılımcıların demografik bilgilerinin tanımlayıcı istatistiklerini meslek grupları açısından ele aldığımızda katılımcıların % 17,6'lık kısmının “Ev Hanımı”, % 23,5'lik kısmının öğrencilerden oluştuğu saptanmıştır. Ayrıca, % 14,7'lik kısmı “Çalışmayan” grupta yer almaktadır. % 11,8'lik kısım ise serbest meslek olarak belirtilmiştir. Bu grupların dışında farklı meslek grupları olarak her gruptan birer kişi olmak üzere, bilgi işlem sorumlusu, bilgisayar mühendisi, doktor, dökümcü, elektrik mühendisi, elektrik mühendisi, elektronik mühendisi, esnaf, işletmeci, memur, mühendis ve ziraat mühendisi olarak saptanmıştır.



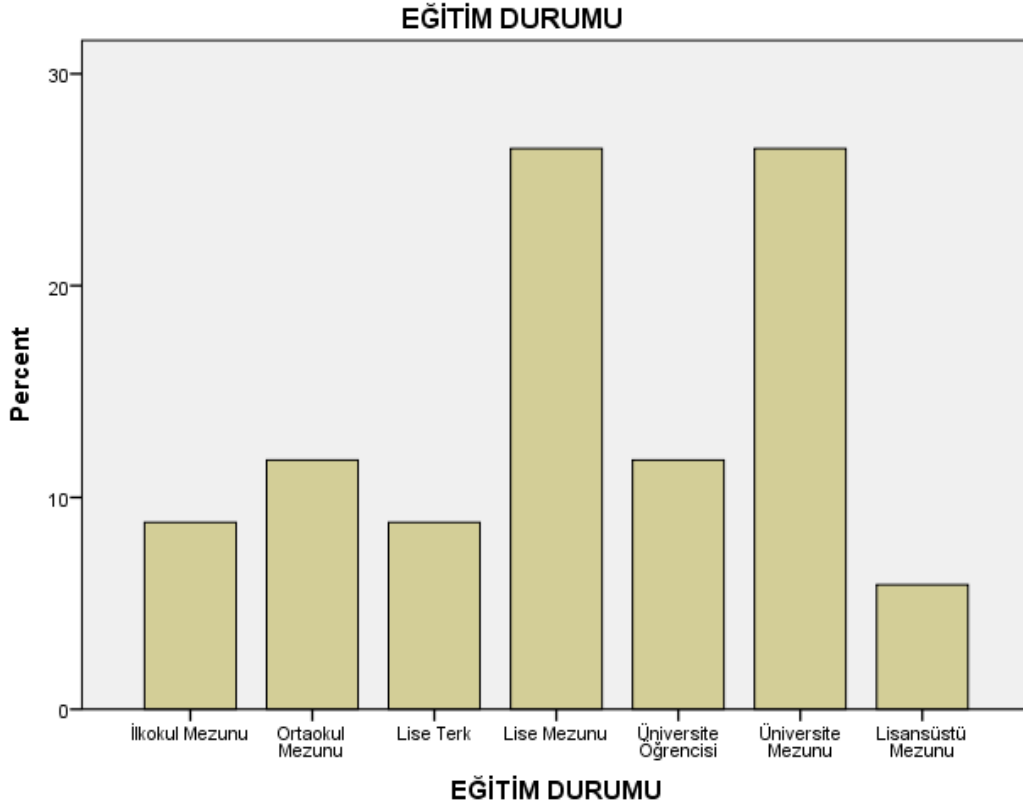
Şekil 3. Katılımcıların Mesleklerine Göre İstatistiksel Dağılımı

- Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımlarını incelediğimizde, en fazla katılımcının olduğu meslek grubunun öğrenci olduğu tespit edilmiştir (N=8). Bununla birlikte ev hanımı(N=6) ve çalışmayan (N=5) dağılım içerisinde en fazla katılımcının sayısının bulunduğu meslek gruplarıdır.

Tablo 3. Katılımcıların Eğitim Düzeyinin Betimleyici İstatistikleri

Eğitim Düzeyi	N	%	Toplam %
İlkokul Mezunu	3	8,8	8,8
Ortaokul Mezunu	4	11,8	20,6
Lise Terk	3	8,8	29,4
Lise Mezunu	9	26,5	55,9
Üniversite Öğrencisi	4	11,8	67,6
Üniversite Mezunu	9	26,5	94,1
Lisansüstü Mezunu	2	5,9	100,0
Toplam	34	100,0	

- Katılımcıların eğitim düzeylerini incelediğimizde, büyük bir çoğunluğu lise ve üniversite mezunlarından oluştuğu görülmektedir. N=9, %26,5'lik kısmı lise mezunlarından oluşan grubun, ayrıca N=9, %26,5'lik oranda üniversite mezunlarından oluştuğu tespit edilmiştir. Ayrıca Katılımcılar N=3, %8,8 olmak üzere ilkokul mezunu, N=4, %11,8 ortaokul mezunu, N=3 %8,8 lise terk, N=4, %11,8 üniversite öğrencisi ve N=2, %5,9 lisansüstü mezunu olarak saptanmıştır. Aşağıdaki grafikte, katılımcıların eğitim düzeylerinin dağılımı yer almaktadır.



Şekil 4. Katılımcıların Eğitim Düzeylerinin İstatistiksel Dağılımı

- Eğitim düzeylerinin istatistiksel dağılım grafiğini incelediğimizde katılımcıların büyük çoğunluğunun lise (N=9, %26,5) ve üniversite mezunlarından (N=9, %26,5) oluştuğu görülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durumunun Betimleyici İstatistikleri

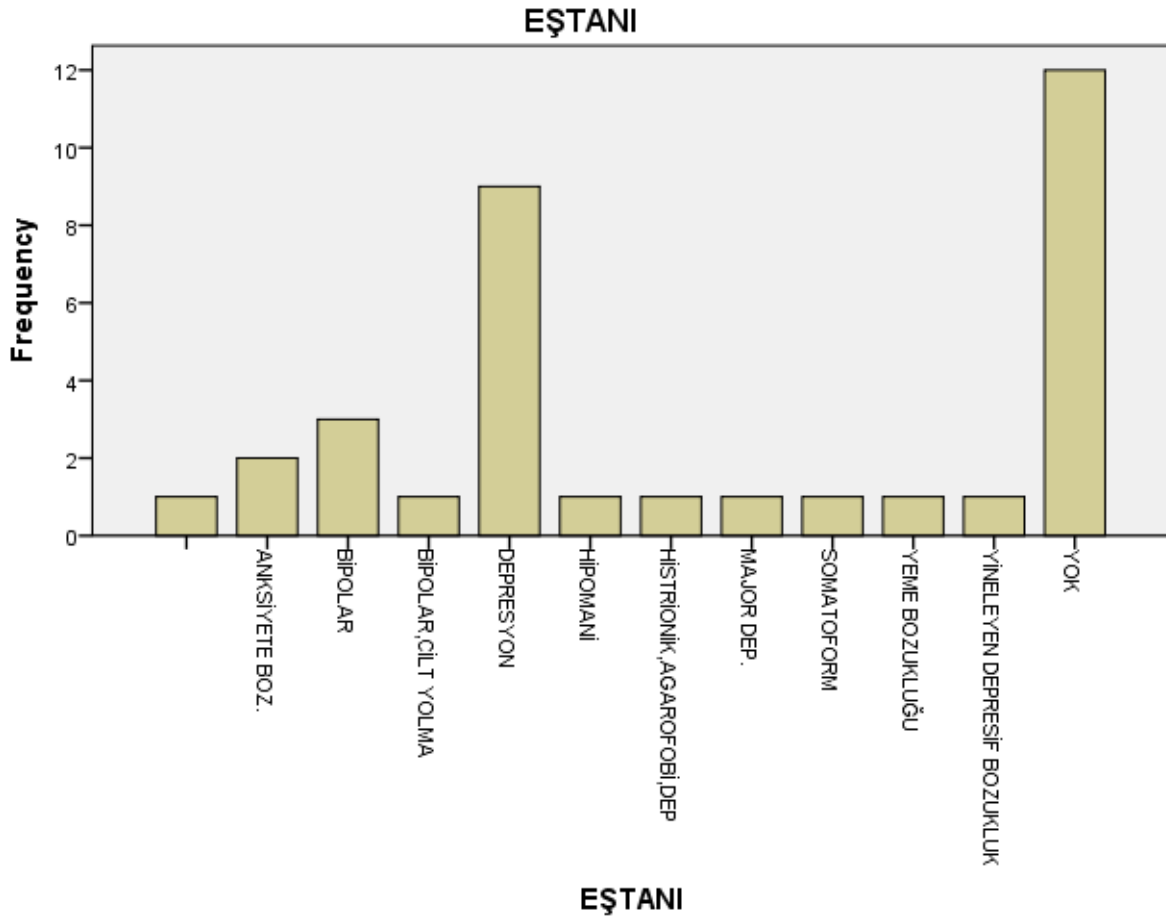
		N	%	Toplam %
Cinsiyet	Erkek	24	70,6	70,6
	Kadın	10	29,4	100,0
	Toplam	34	100,0	
Medeni Durum	Bekâr	21	61,8	61,8
	Evli	13	38,2	100
	Toplam	34	100	

- Katılımcılar (N= 34), 10 kadın ve 24 erkekten oluşmakta olup, % 61,8 (N=21) bekâr ve % 38,2 (N=13) olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların Eşanlılık Türlerinin Betimleyici İstatistikleri

		N	%	Toplam %
Eşanlı		1	2,9	2,9
	ANKSİYETE BOZUKLUĞU	2	5,9	8,8
	BİPOLAR BOZUKLUK	3	8,8	17,6
	BİPOLAR,BOZUKLUK - CİLT 1 YOLMA	1	2,9	20,6
	DEPRESYON	9	26,5	47,1
	HİPOMANİ	1	2,9	50,0
	HİSTRİONİK –AGORAFOBİ - 1	1	2,9	52,9
	DEPRESYON			
	MAJOR DEPRESYON.	1	2,9	55,9
	SOMATOFORM	1	2,9	58,8
	YEME BOZUKLUĞU	1	2,9	61,8
	YİNELEYEN DEPRESİF 1	1	2,9	64,7
	BOZUKLUK			
	YOK	12	35,3	100,0
	Toplam		34	100,0

- Katılımcıların eştanılılık durumunu analiz ettiğimizde, 11 farklı eştanı türü saptanmıştır. Katılımcıların % 26,5'lik oranının depresyon, % 8,8'lik kısmının iki uçlu duygudurum bozukluğu (bipolar bozukluk) ve % 5,9'luk kısmı ise anksiyete bozukluğu hastalarından oluşmaktadır. Hipomani, majör depresyon, somatoform bozukluk, yeme bozukluğu, yineleyen depresif bozukluk, histrionik-agorafobi-depresyon ve bipolar bozukluk-deri yolma her biri %2,9 oranda saptanan diğer eştanısı olan psikiyatrik bozukluklar olarak bulunmuştur.
- Eştanı türlerinin istatistiksel dağılımının grafiği aşağıda yer almaktadır:



Şekil 5. Katılımcıların Eştanı Türlerinin İstatistiksel Dağılım Grafiği

- Katılımcıların eştanı türlerine göre istatistiksel dağılım grafiğini incelediğimizde en yüksek oranın (%26,5, N=9) depresyon öyküsü olan

katılımcıların oluşturduğu görülmektedir. Ayrıca, katılımcıların %35,3'lük oranı ise herhangi bir eştanısı olmayan katılımcılardan oluşmaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların Aile Depresyon Öyküsü, Sigara, Alkol ve Madde Kullanımının Betimleyici İstatistikleri

		N	%	Toplam %
Aile Depresyon Geçmişi	Yok	13	38,2	38,2
	Var	21	61,8	100,0
	Toplam	34	100,0	
Sigara	Yok	20	58,8	58,8
	Var	14	41,2	100
	Toplam	34	100	
Alkol Uyuşturucu	Yok	25	73,5	75,8
	Var	8	23,5	100
	Toplam	33	97,1	

- Katılımcıların aile psikopatoloji öyküsü, sigara ve alkol kullanım oranları incelendiğinde, aile psikopatoloji hikayesi katılımcıların %61,8 oranında var olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların % 41,2'si sigara kullanmaktadır ve % 23,5'i ise alkol ve/veya uyuşturucu kullanmaktadır.

3.2. Katılımcıların Ölçek Puan Ortalamaları ve Demografik Değişkenleri Karşılaştırılması

Tablo 7. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Erkek			Kadın			Toplam		
	Ort	N	SS	Ort	N	SS	Ort	N	SS
CTÖ	42,00	24	9,01	42,10	10	15,25	42,03	34	10,96
YBOCS TOTAL	24,71	24	9,36	27,20	10	6,42	25,44	34	8,58
YBOCS -OBSESYON	13,67	24	4,89	14,80	10	2,04	14,00	34	4,25
YBOCS KOMPULSİYON	11,04	24	5,27	12,40	10	5,29	11,44	34	5,23
CTÖ - Emosyonel İstismar	8,33	24	3,58	10,50	10	5,70	8,97	34	4,33
CTÖ - Fiziksel İstismar	6,83	24	2,35	6,60	10	3,50	6,76	34	2,68
CTÖ - Cinsel İstismar	6,38	24	3,36	5,30	10	3,91	6,06	34	3,50
CTÖ - Emosyonel İhmal	12,04	24	3,00	11,80	10	4,26	11,97	34	3,35
CTÖ - Fiziksel İhmal	8,54	24	2,55	7,60	10	2,45	8,26	34	2,52

Katılımcıların ölçek toplam puan ve altboyut puan ortalamalarını cinsiyet değişkeni üzerinden incelediğimizde,

- Kadınlarda Yale Brown OKB Ölçeği toplam puan ortalaması 27,20 (N=10, SS=6,42) ve erkeklerde 24,71 (N=24, SS=9,36) olarak bulunmuştur.
- Obsesyon altboyutunda kadınlar (N=10, M=14,80, SS=2,04) ve erkeklerde (N=24, M=13,67, SS=4,89). Kompulsiyon alttestinde ise kadınlar (N=10, M=12,40, SS=5,29) ve erkeklerde (N=24, M=11,04, SS=5,27) olarak

bulunmuştur. Kadınların ölçek toplam ve altboyut skor ortalamaları erkeklere göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

- Kadınlarda Çocukluk Travmaları Ölçeği toplam puan ortalaması 42,10 (N=10, SS=15,25), erkeklerde ise 42,00 (N=24, SS=9,01) olarak tespit edilmiştir. CTÖ altboyutlarını incelediğimizde Emosyonel istismar kadınlar (N=10, M=10,50, SS=5,70) ve erkeklerde (N=24, M=8,33, SS=3,58) olarak bulunmuştur. Fiziksel istismar altboyutunda kadınlar (N=10, M=6,60, SS=3,50) ve erkeklerde (N=24, M=6,83, SS=2,35)'tir. Cinsel istismar altboyutunda kadınlar (N=10, M=5,30, SS=3,91) ve erkekler (N=24, M=6,38, SS=3,36)'tir. Emosyonel ihmal altboyutunda kadınlar (N=10, M=11,80, SS=4,26) ve erkekler (N=24, M=12,04, SS=3,00)'tir. Fiziksel ihmal altboyutunda ise kadınlar (N=10, M=7,60, SS=2,45) ve erkeklerde (N=24, M=8,54, SS=2,55)'tir.
- Ortalamaları karşılaştırdığımızda kadınların emosyonel istismar ve emosyonel ihmal altboyutlarında daha yüksek ortalaması olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Bekar			Evli			Toplam		
	Ort	N	SS	Ort	N	SS	Ort	N	SS
CTÖ	43,43	21	10,96	39,77	13	11,00	42,03	34	10,96
YBOCS TOTAL	26,67	21	9,35	23,46	13	7,06	25,44	34	8,58
YBOCS -OBSESYON	14,10	21	4,79	13,85	13	3,38	14,00	34	4,25
YBOCS -KOMPULSİYON	12,57	21	5,15	9,62	13	5,02	11,44	34	5,23
CTÖ - Emosyonel İstismar	9,05	21	4,55	8,85	13	4,14	8,97	34	4,33
CTÖ - Fiziksel İstismar	6,95	21	2,50	6,46	13	3,04	6,76	34	2,68
CTÖ - Cinsel İstismar	6,38	21	3,78	5,54	13	3,07	6,06	34	3,50

CTÖ – Emosyonel İhmal	12,48	21	3,62	11,15	13	2,79	11,97	34	3,35
CTÖ – Fiziksel İhmal	8,57	21	2,74	7,77	13	2,12	8,26	34	2,52

- Bekarlarda Yale Brown OKB Ölçeği toplam puan ortalaması 26,67 (N=21, SS=9,35) ve evlilerde 23,46 (N=13, SS=7,06) olarak bulunmuştur. Obsesyon altboyutunda bekarlar (N=21, M=14,10, SS=4,79) ve evlilerde (N=13, M=13,85, SS=3,38). Kompulsiyon alttestinde ise bekarlar (N=21, M=12,57, SS=5,15) ve evlilerde (N=13, M=9,62, SS=5,02) olarak bulunmuştur. Bekarların ölçek toplam ve altboyut skor ortalamaları evlilere göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir.
- Bekarlarda Çocukluk Travmaları Ölçeği toplam puan ortalaması 43,43 (N=21, SS=10,96), evlilerde ise 39,77 (N=13, SS=11,00) olarak tespit edilmiştir. CTÖ altboyutlarını incelediğimizde Emosyonel istismar bekarlar (N=21, M=9,05, SS=4,55) ve evlilerde (N=13, M=8,85, SS=4,14) olarak bulunmuştur. Fiziksel istismar altboyutunda bekarlar (N=21, M=6,95, SS=2,50) ve evlilerde (N=13, M=6,46, SS=3,04)'tir. Cinsel istismar altboyutunda bekarlar (N=21, M=6,38, SS=3,78) ve evlilerde (N=13, M=5,54, SS=3,07)'tir. Emosyonel ihmal altboyutunda bekarlar (N=21, M=12,48, SS=3,62) ve evlilerde (N=13, M=11,15, SS=2,79)'tir. Fiziksel ihmal altboyutunda ise bekarlar (N=21, M=8,57, SS=2,74) ve evlilerde (N=13, M=7,77, SS=2,12)'tir.
- Ortalamaları karşılaştırdığımızda bekarların puan ortalamalarının evlilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	CTÖ	YBOCS Toplam	OBSESYO N	KOMPULS İYON	Emosyon el İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Emosyon el İhmal	Fiziksel İhmal	
Ort	50,00	22,33	12,33	10,00	11,00	10,00	6,67	14,33	8,00	
İlkokul	N	3	3	3	3	3	3	3	3	
	SS	14,526	1,528	,577	1,000	6,928	4,359	1,528	2,082	1,732
Ortaokul	Ort	55,50	27,50	16,25	11,25	12,75	7,75	7,25	14,75	12,00
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	
	SS	10,149	9,678	2,217	8,057	6,344	3,594	6,076	5,377	2,160
Lise Terk	Ort	36,67	22,00	13,33	8,67	7,33	7,00	5,00	10,67	6,67
	N	3	3	3	3	3	3	3	3	
	SS	7,506	9,539	6,429	3,512	2,082	3,464	1,000	4,163	2,082
Lise Mezun	Ort	36,44	29,67	16,11	13,56	7,67	5,44	4,67	11,56	7,56
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	
	SS	9,235	5,745	2,713	4,126	2,739	1,667	1,871	3,046	2,698
Üniversite Öğrencisi	Ort	38,50	32,00	17,00	15,00	8,25	6,25	7,00	10,50	6,50
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	
	SS	10,247	2,582	1,414	3,559	2,986	2,500	2,828	4,041	1,732
Üniversite	Ort	41,67	23,22	12,44	10,78	7,89	6,44	6,89	11,67	8,78
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	
	SS	9,823	9,217	3,972	5,995	4,622	2,242	4,961	2,550	1,986
Lisansüstü	Ort	45,00	9,00	4,50	4,50	13,00	8,00	5,00	11,00	8,00
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	
	SS	,000	,000	,707	,707	,000	,000	,000	,000	,000
Toplam	Ort	42,03	25,44	14,00	11,44	8,97	6,76	6,06	11,97	8,26
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	
	SS	10,961	8,582	4,257	5,235	4,338	2,686	3,507	3,353	2,526

- Çocukluk Travmaları Ölçeği (CTÖ) toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu grup ilkokul, ortaokul ve üniversite mezunlarından oluşmaktadır.

- Yale Brown OKB Ölçeği toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu grup ise lise mezunu, ortaokul ve üniversite mezunlarından oluştuğu saptanmıştır.
- Çocukluk Travmaları Ölçeği alt boyutlarını incelediğimizde, emosyonel istismar puan ortalaması en yüksek, lisansüstü mezunu ve ilkokul mezunlarında; fiziksel istismar puan ortalaması en yüksek, ilkokul ve lisansüstü mezunlarında; cinsel istismar puan ortalaması en yüksek ortaokul, üniversite ve ilkokul mezunlarında; emosyonel ihmal puan ortalaması en yüksek ortaokul, ilkokul ve üniversite mezunlarında; fiziksel ihmal puan ortalaması ise en yüksek, ortaokul ve üniversite mezunlarında tespit edilmiştir.
- Yale Brown OKB ölçeği altboyutlarını incelediğimizde obsesyon altboyutunun puan ortalamasının en yüksek olduğu gruplar sırasıyla ortaokul, lise mezunu ve lise terk olarak bulunurken, kompulsiyon puan ortalamasının en yüksek olduğu gruplar ise, lise mezunu, ortaokul mezunu ve üniversite mezunu olanlardan oluşmaktadır.

Tablo 10. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Mesleklerine Göre Karşılaştırılması

MESLEK		CQT	YBOCS TOTAL	OBSESY ON	KOMPULSİ YON	Emosyonel İstismar	Fiziksel İstisma r	Cinsel İstisma r	Emosyo nel İhmal	Fizikse l İhmal
BİLGİ İŞLEM	Ort	32,00	39,00	19,00	20,00	5,00	5,00	5,00	9,00	8,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
BİLGİSAYAR MÜH.	Ort	51,00	30,00	15,00	15,00	5,00	5,00	20,00	15,00	6,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ÇALIŞMIYOR	Ort	44,20	25,20	16,00	9,20	10,80	6,60	7,20	11,20	8,40
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	SS	16,69	6,38	2,12	5,45	6,01	3,57	3,96	4,43	2,51

DOKTOR	Ort	33,00	29,0	15,00	14,00	6,00	6,00	5,00	9,00	7,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
DÖKÜMCÜ	Ort	62,00	28,0	14,00	14,00	20,00	12,00	5,00	14,00	11,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ELEKTRİK MÜH.	Ort	44,00	21,00	10,00	11,00	7,00	7,00	5,00	14,00	11,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ELEKTRONİK MÜH.	Ort	44,00	21,00	10,00	11,00	7,00	7,00	5,00	14,00	11,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ESNAF	Ort	50,00	31,00	17,00	14,00	11,00	6,00	10,00	8,00	15,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
EV HANIMI	Ort	41,83	27,50	14,00	13,50	9,00	6,67	3,33	14,17	8,17
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	SS	13,67	6,34	2,75	3,78	5,62	3,445	2,58	3,92	2,13
İŞLETME	Ort	35,00	10,00	5,00	5,00	7,00	5,00	5,00	10,00	8,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
MEMUR	Ort	33,00	19,00	12,00	7,00	5,00	5,00	7,00	9,00	7,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
MÜHENDİS	Ort	39,00	39,00	19,00	20,00	7,00	6,00	5,00	11,00	10,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ÖĞRENCİ	Ort	39,13	24,50	13,63	10,88	9,13	6,38	6,25	11,00	6,75
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	SS	7,86	10,40	5,73	5,69	3,13	1,99	2,12	2,72	1,48
SERBEST	Ort	46,75	24,75	13,75	11,00	9,25	9,25	5,75	14,00	8,50
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	SS	11,02	10,56	6,02	4,54	3,20	3,09	1,50	3,16	4,04
ZİRAAT MÜH	Ort	34,00	12,00	12,00	,00	7,00	5,00	5,00	9,00	8,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Toplam	Ort	42,03	25,44	14,00	11,44	8,97	6,76	6,06	11,97	8,26
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34

SS	10,96	8,58	4,25	5,23	4,33	2,68	3,50	3,35	2,52
----	-------	------	------	------	------	------	------	------	------

- Tablo 10’da meslek gruplarına göre ölçek ve ölçek altboyut puan ortalamalarını karşılaştırdığımızda, CTÖ puan ortalamasının en yüksek tespit edilen katılımcı dökümcülük mesleğini icra etmektedir (N=1, M=62,00). Sırasıyla, bilgisayar mühendisi (N=1, M=51,00) ve esnaf (N=1, M=50) yüksek puan alan katılımcılardır
- Yale Brown OKB Ölçeği’nin meslek gruplarına göre puan ortalamasını karşılaştırdığımızda, en yüksek puan ortalamasının bilgi işlem personeli ve bilgisayar mühendisinde (N=1, M=39,00) olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlarına göre ölçeğin meslek gruplarında puan dağılımına baktığımızda ise obsesyon alt boyutunun bilgi işlem ve mühendislik mesleğini icra eden 2 katılımcının yüksek puan aldığı saptanmıştır (N=2, M=19). Kompülsiyon alt boyutunda ise en yüksek puan yine bilgi işlem personeli ve mühendis katılımcılarda yüksek tespit edilmiştir (N=2, M=20).
- Çocukluk Travmaları ölçeği alt boyutlarını incelediğimizde, emosyonel ve fiziksel istismar alt boyut puanı en yüksek olan dökümcülük yapan (N=1, M=20,00, N=1, M=12,00), cinsel istismar puanı en yüksek olan bilgisayar mühendisi (N=1, M=20,00), emosyonel ihmal puanı en yüksek olan ev hanımı (N=6, M=14,17) ve fiziksel ihmal puanı en yüksek olan esnaf (N=1, M=15,00) olan katılımcıların olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Aile Psikopatoloji Geçmişine Göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Var			Yok			Total		
	Ort	N	SS	Ort	N	SS	Ort	N	SS
CTÖ	44,00	13	13,197	40,81	21	9,469	42,03	34	10,961
YBOCS TOTAL	28,85	13	7,798	23,33	21	8,534	25,44	34	8,582
YBOCS OBSESYON	14,92	13	4,387	13,43	21	4,178	14,00	34	4,257
YBOCS KOMPULSİYON	13,92	13	3,989	9,90	21	5,403	11,44	34	5,235
CTÖ - Emosyonel İstismar	9,62	13	5,424	8,57	21	3,600	8,97	34	4,338
CTÖ - Fiziksel İstismar	7,62	13	2,694	6,24	21	2,606	6,76	34	2,686
CTÖ - Cinsel İstismar	5,08	13	2,253	6,67	21	4,029	6,06	34	3,507
CTÖ - Emosyonel İhmal	12,77	13	4,186	11,48	21	2,713	11,97	34	3,353
CTÖ - Fiziksel İhmal	8,69	13	2,594	8,00	21	2,510	8,26	34	2,526

- Katılımcıların aile psikopatoloji geçmişinin var olmasına ilişkin ölçek toplam ve alt boyut puanlarını incelediğimizde, Çocukluk Travmaları Ölçeği alt boyutu olan cinsel istismar dışında, aile psikopatoloji geçmişi olan katılımcıların diğer alt boyut ve ölçeklerden, aile psikopatoloji hikâyesi olmayan diğer gruba göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 12. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Sigara Kullanımı ile Karşılaştırılması

	Sigara Kullanmayan			Sigara Kullanan			Toplam		
	Ort	N	SS	Ort.	N	SS	Ort	N	SS
CTÖ	40,75	20	11,787	43,86	14	9,789	42,03	34	10,961
YBOCS TOTAL	25,55	20	9,293	25,29	14	7,790	25,44	34	8,582
YBOCS OBSESYON	- 13,70	20	4,555	14,43	14	3,917	14,00	34	4,257
YBOCS KOMPULSİYON	- 11,85	20	5,334	10,86	14	5,231	11,44	34	5,235
CTÖ - Emosyonel İstismar	8,75	20	4,587	9,29	14	4,103	8,97	34	4,338
CTÖ - Fiziksel İstismar	6,80	20	2,783	6,71	14	2,644	6,76	34	2,686
CTÖ - Cinsel İstismar	5,50	20	3,832	6,86	14	2,931	6,06	34	3,507
CTÖ - Emosyonel İhmal	11,75	20	3,640	12,29	14	2,998	11,97	34	3,353
CTÖ - Fiziksel İhmal	7,80	20	2,331	8,93	14	2,731	8,26	34	2,526

- Sigara kullanan katılımcıların, Çocukluk Travmaları Ölçeği toplam puan, Yale Brown OKB Ölçeği obsesyon alt boyutu, CTÖ-Emosyonel istismar alt boyutu, CTÖ-emosyonel ihmal ve CTÖ-fiziksel ihmal alt boyutlarında sigara kullanmayan gruba göre daha yüksek puan ortalaması olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 13. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Alkol ve Uyuşturucu Kullanımı ile Karşılaştırılması

	Alkol/Uyuşturucu Kullanmayan			Alkol/Uyuşturucu Kullanan			Toplam		
	Ort	N	SS	Ort.	N	SS	Ort	N	SS
CTÖ	40,76	25	11,595	46,75	8	8,311	42,21	33	11,079
YBOCS TOTAL	26,92	25	8,371	20,38	8	8,245	25,33	33	8,691
YBOCS OBSESYON	14,40	25	4,113	12,50	8	4,870	13,94	33	4,308
YBOCS KOMPULSİYON	12,52	25	5,034	7,88	8	4,824	11,39	33	5,309
CTÖ - Emosyonel İstismar	9,08	25	4,690	8,88	8	3,563	9,03	33	4,391
CTÖ - Fiziksel İstismar	6,56	25	2,615	7,63	8	3,021	6,82	33	2,709
CTÖ - Cinsel İstismar	5,08	25	1,913	9,25	8	5,497	6,09	33	3,556
CTÖ - Emosyonel İhmal	11,68	25	3,716	12,88	8	2,100	11,97	33	3,405
CTÖ - Fiziksel İhmal	8,36	25	2,706	8,13	8	2,167	8,30	33	2,555

- Katılımcılarda alkol ve/veya uyuşturucu kullanan grubun CTÖ puan ortalamasının kullanmayan gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, alkol ve/veya almayan grubun Yale Brown OKB ölçeği toplam puan ve altboyut puan ortalamalarının alkol ve/veya uyuşturucu kullanmayan gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların Eştanı Türlerine Göre Karşılaştırılması

EŞTANI		CQT	YBOC		Emosy			Cinsel İstismar	Emosyonel İhmal	Fiziksel İhmal
			S TOTAL	OBSES YON	KOMPU LSİYON	onel İstisma	Fiziksel İstismar				r
	Ort	37,00	31,00	16,00	15,00	5,00	5,00	7,00	14,00	6,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ANKSİYETE BOZ.	Ort	51,00	29,00	14,50	14,50	12,50	10,00	2,50	16,00	8,50
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	SS	24,042	4,243	,707	3,536	10,607	4,243	3,536	5,657	3,536
BİPOLAR	Ort	47,67	28,00	17,00	11,00	11,33	9,00	7,33	11,33	8,67
	N	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	SS	17,616	1,000	2,646	2,646	7,767	3,606	3,215	4,619	2,517
BİPOLAR,CİLT YOLMA	Ort	60,00	34,00	19,00	15,00	14,00	9,00	5,00	18,00	14,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
DEPRESYON	Ort	40,11	20,00	11,89	8,11	8,67	6,67	5,67	11,56	7,89
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	SS	10,682	6,614	3,951	4,285	4,472	2,646	1,000	2,877	2,147
HİPOMANİ	Ort	41,00	11,00	6,00	5,00	8,00	11,00	5,00	12,00	5,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
HİSTRİONİK,AGARO FOBİ,DEP	Ort	31,00	23,00	12,00	11,00	9,00	3,00	,00	10,00	9,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
MAJOR DEP.	Ort	32,00	39,00	19,00	20,00	5,00	5,00	5,00	9,00	8,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
SOMATOFORM	Ort	35,00	10,00	5,00	5,00	7,00	5,00	5,00	10,00	8,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
YEME BOZUKLUĞU	Ort	29,00	33,00	16,00	17,00	7,00	5,00	5,00	7,00	5,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
YİNELEYEN DEPRESİF	Ort	45,00	9,00	5,00	4,00	13,00	8,00	5,00	11,00	8,00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1

BOZUKLUK	SS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Ort	42,75	29,42	15,92	13,50	8,33	6,00	7,58	12,17	8,67
YOK	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	SS	8,303	6,680	2,314	5,161	2,995	2,000	4,870	3,186	2,774
	Ort	42,03	25,44	14,00	11,44	8,97	6,76	6,06	11,97	8,26
Total	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34
	SS	10,961	8,582	4,257	5,235	4,338	2,686	3,507	3,353	2,526

- Katılımcıların eşanlılık düzeyine göre sınıflandırdığı çalışmada, ağırlıklı olarak duygu durum bozuklukları olmak üzere 9 farklı eşanı türü mevcuttur. Tablo 14'te belirtilen puan ortalamalarına baktığımızda, bipolar bozukluk ve cilt yolma beraber seyreden katılımcının her iki ölçekten de en yüksek puanı aldığı saptanmıştır. Sırasıyla, anksiyete bozukluğu ve bipolar bozukluk iki ölçekten de yüksek puan saptanan türlerdir. Alt boyutlara baktığımızda ise, emosyonel istismar, bipolar bozukluk-cilt yolma ve yineleyen depresif bozukluk eşanı türlerinde diğer türlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Fiziksel istismar altboyutu ise hipomani ve anksiyete bozukluğunda diğer gruplara göre ortalaması daha yüksektir. Cinsel istismar altboyutunda en yüksek ortalamanın görüldüğü eşanı almış bozukluk ise anksiyete bozukluğudur. Emosyonel ihmal altboyutunda yüksek puan alan anksiyete, hipomani ve depresyon olarak saptanmıştır. Fiziksel ihmal altboyutunda yüksek puan alan eşanı almış bozukluklar ise bipolar-cilt yolma ve histrionik kişilik bozukluğu-agorafobi-depresyon olarak tespit edilmiştir.

Tablo 15. Ölçek Puan Ortalamalarının Katılımcıların OKB Alttiplerine Göre Karşılaştırılması

OKB ALTTİPİ		YBOCSKOMPU		OBSESY		CQT	EİS	FİS	CİS	EMİ	
		TOTAL	LSİYON	ON						H	FIH
BİRİK,SİMET,DİĞER	Ort	9,00	5,00	4,00	45,00	13,00	8,00	5,00	11,00	8,00	
	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
BİRİK,SİMET,DİĞER,CİNSEL	Ort	9,00	4,00	5,00	45,00	13,00	8,00	5,00	11,00	8,00	
	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CİNSEL,SALD,KİRL,DİĞER	Ort	29,00	10,00	19,00	53,00	9,00	10,00	11,00	14,00	9,00	
	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DİNİ	Ort	21,00	9,00	12,00	35,00	7,00	5,00	5,00	12,00	6,00	
	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DİNİ,CİNSEL,KİRL,DİĞER	Ort	10,00	5,00	5,00	35,00	7,00	5,00	5,00	10,00	8,00	
	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DİNİ,CİNSEL,SOMA,KİR	Ort	2,828	,000	2,828	23,33	5	9,899	4,950	,000	4,950	3,536
	N										
	SS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
DİNİ,KİRLENME,SOMATİK, DİĞER	Ort	39,00	20,00	19,00	32,00	5,00	5,00	5,00	9,00	8,00	
	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DÜŞÜNCE,TEMİZLİK	Ort	31,00	15,00	16,00	37,00	5,00	5,00	7,00	14,00	6,00	
	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
KİR,CİNS,DİNİ,SOMATİK, DİNİ,BİRK	Ort	39,00	20,00	19,00	39,00	7,00	6,00	5,00	11,00	10,00	
	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
KİRLENME	Ort	31,50	16,00	15,50	41,50	6,50	6,00	5,00	15,50	8,50	
	N	9,192	4,243	4,950	4,950	2,121	1,414	,000	3,536	2,121	
	SS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
KİRLENME,DİĞER	Ort	12,00	,00	12,00	34,00	7,00	5,00	5,00	9,00	8,00	
	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

	Ort	24,00	11,00	13,00	64,00	19,00	13,00	7,00	16,00	9,00
SAL,KİR,SİM,SOM,DİĞER	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	30,00	15,00	15,00	51,00	5,00	5,00	20,00	15,00	6,00
SALD,BİRİK,DİNİ,CİNSEL,Sİ	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
METR	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	15,00	,00	15,00	59,00	15,00	5,00	14,00	13,00	12,00
SALD,CİNS,DİNİ	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	22,00	10,00	12,00	51,00	7,00	12,00	8,00	15,00	9,00
SALD,KİR,DİN,SOM,KONT,D	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
İĞ	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	27,00	9,00	18,00	28,00	5,00	5,00	6,00	6,00	6,00
SALD,KİR,SİM,DİĞ	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	34,00	15,00	19,00	60,00	14,00	9,00	5,00	18,00	14,00
SALD,KİRLENME,KONTROL	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
,DİĞ	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	21,00	5,00	16,00	33,00	7,00	5,00	7,00	12,00	5,00
SALD,SİMETRİ,DİĞER	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	35,00	18,00	17,00	35,00	12,00	5,00	5,00	7,00	6,00
SALD,TEMİZ,CİNS,BİRİK,Dİ	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
N	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	32,00	17,00	15,00	34,00	5,00	7,00	5,00	12,00	6,00
SALD,TEMİZ,DİN,DÜZEN,SO	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
MATİK	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	26,00	12,00	14,00	68,00	20,00	13,00	,00	20,00	11,00
SALDIRGANLIK,CİNSELLİK	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	29,00	13,50	15,50	34,50	6,50	5,50	5,00	10,50	7,00
SALDIRGANLIK,DİĞER	N	,000	,707	,707	2,121	,707	,707	,000	2,121	,000
	SS	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ort	11,00	5,00	6,00	41,00	8,00	11,00	5,00	12,00	5,00
SALDIRGANLIK,SOMATİK,K	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
İRLENME	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	31,00	14,00	17,00	50,00	11,00	6,00	10,00	8,00	15,00
SALDIRGANLK,KİRLENME	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.

	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	21,00	11,00	10,00	44,00	7,00	7,00	5,00	14,00	11,00
SİMETRİ	N	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	SS	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ort	21,00	9,00	12,00	32,00	7,00	4,00	3,50	9,50	8,00
SİMETRİ,DİNİ,DİĞER	N	2,828	2,828	,000	1,414	2,828	1,414	4,950	707	1,414
	SS	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ort	33,00	17,00	16,00	29,00	7,00	5,00	5,00	7,00	5,00
SOMATİK	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	28,00	12,00	16,00	41,00	9,00	5,00	4,00	14,00	9,00
TEMİZLİK	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	32,00	14,00	18,00	35,00	8,00	5,00	5,00	11,00	6,00
TEMİZLİK,CİNSEL	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	SS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ort	25,44	11,44	14,00	42,03	8,97	6,76	6,06	11,97	8,26
Toplam	N	8,582	5,235	4,257	10,96	4,338	2,686	3,507	3,353	2,526
	SS	34	34	34	34	34	34	34	34	34

- OKB alt tiplerinin ölçek puan ortalamalarına baktığımızda Yale Brown OKB Ölçeği toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu alt tip “Saldırganlık, Cinsellik” alttipi olarak tespit edilmiştir (N=1, M=68,00).
- OKB alt tiplerinin CTÖ toplam puan ortalamalarına baktığımızda, katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda tespit edilen alt tiplerden “Dini, kirlenme, somatik ve diğer” ve “Kirlenme, cinsellik, somatik, dini, biriktirme” obsesyon ve kompulsiyonları olan bireylerin katılımcılar arasında en yüksek puanı aldıkları saptanmıştır (N=2, M=39,00).

3.3. Sosyodemografik Değişkenler ve Ölçek Altboyutları Arasındaki İlişki

Tablo 16. Cinsiyet Değişkeni ve OKB Skorları Arasındaki İlişki

Altboyutlar	N	Ort	SS	F	p
Kompulsiyon					
Kadın	10	12,40	5,296	,117	,499
Erkek	24	11,04	5,271		
Obsesyon					
Kadın	10	14,80	2,044	7,878	,488
Erkek	24	13,67	4,896		

- Bağımsız örneklem t testi kullanılarak yapılan çalışmada, cinsiyet farklılığı ve Yale Brown OKB Ölçeği altboyutları puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.
- Cinsiyet değişkeni ve Yale Brown OKB Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde cinsiyet değişkeninin Obsesyon alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.488>0.05$).
- Cinsiyet değişkeninin Kompulsiyon alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.499>0.05$).

Tablo 17. Cinsiyet Değişkeni ve Çocukluk Travma Ölçeği Altboyutları Arasındaki İlişki

Altboyutlar	N	Ort	SS	F	p
Emosyonel İstismar					
Kadın	10	10,50	5,701	5,670	,189

Erkek	24	8,33	3,583		
Fiziksel İstismar					
Kadın	10	6,60	2,044		
Erkek	24	6,83	4,896	1,546	,822
Cinsel İstismar					
Kadın	10	5,30	3,917	,122	,424
Erkek	24	6,38	3,360		
Emosyonel İhmal					
Kadın	10	11,80	4,264	1,285	,852
Erkek	24	12,04	3,000		
Fiziksel İhmal					
Kadın	10	7,60	2,459	,081	,330
Erkek	24	8,54	2,553		

- Cinsiyet değişkeni ve Çocukluk Travmaları Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde cinsiyet değişkeninin çocukluk travmaları ölçeği emosyonel istismar alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.189>0.05$).
- Cinsiyet değişkeninin Çocukluk Travmaları Ölçeği Fiziksel istismar alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.822>0.05$).
- Cinsiyet değişkeninin Çocukluk Travmaları Ölçeği Cinsel istismar alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.424>0.05$).
- Cinsiyet değişkeninin Çocukluk Travmaları Ölçeği Emosyonel İhmal alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.852>0.05$).

- Cinsiyet değişkeninin Çocukluk Travmaları Ölçeği Fiziksel İhmal alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.330>0.05$).

Tablo 18. Ailede Psikopatolojik Geçmiş ve OKB Altboyut Puanları Arasındaki İlişki

	N	Ort	SS	F	p
Kompulsiyon					
Psikolojik Geçmiş Yok	13	13,92	3,989	1,891	,027
Psikolojik Geçmiş Var	21	9,90	5,403		
Obsesyon					
Psikolojik Geçmiş Yok	13	14,92	4,387	,043	,327
Psikolojik Geçmiş Var	21	13,43	4,178		

- Aile psikopatolojik geçmiş ile Yale Brown OKB Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, aile psikopatolojik öyküsü ile Kompulsiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.027<0.05$).
- Aile psikopatolojik geçmiş ve Obsesyon alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.327>0.05$).

Tablo 19. Ailede Psikopatolojik Geçmiş ve Çocukluk Travmaları Ölçeği Altboyut Puanları Arasındaki İlişki

Altboyutlar	N	Ort	SS	F	p
Emosyonel				3,597	,504

İstismar	13	9,62	5,424		
Psikolojik Geçmiş					
Yok					
Psikolojik Geçmiş	21	8,57	3,600		
Var					
Fiziksel İstismar					
Psikolojik Geçmiş	13	7,62	2,694		
Yok				,189	,149
Psikolojik Geçmiş	21	6,24	2,606		
Var					
Cinsel İstismar					
Psikolojik Geçmiş	13	5,08	2,253	2,847	,204
Yok					
Psikolojik Geçmiş	21	6,67	4,029		
Var					
Emosyonel İhmal					
Psikolojik Geçmiş	13	12,77	4,186	2,992	,281
Yok					
Psikolojik Geçmiş	21	11,48	2,713		
Var					
Fiziksel İhmal					
Psikolojik Geçmiş	13	8,69	2,594	,182	,446
Yok					
Psikolojik Geçmiş	21	8,00	2,510		
Var					

- Aile Psikopatoloji Geçmiş ve Çocukluk travmaları ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde cinsiyet değişkeninin çocukluk travmaları ölçeği puan dağılımı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edilmiş, Tablo 20’de, değişkenler arasında yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarında p değerleri belirtilmiştir.

- Aile psikopatolojik geçmiş ile Çocukluk Travmaları Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, aile psikopatolojik öyküsü ile Emosyonel istismar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.504>0.05$).
- Aile psikopatolojik geçmiş ile Çocukluk Travmaları Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, aile psikopatolojik öyküsü ile Fiziksel istismar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.149>0.05$).
- Aile psikopatolojik geçmiş ile Çocukluk Travmaları Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, aile psikopatolojik öyküsü ile Cinsel istismar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.204>0.05$).
- Aile psikopatolojik geçmiş ile Çocukluk Travmaları Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, aile psikopatolojik öyküsü ile Emosyonel ihmal alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.281>0.05$).
- Aile psikopatolojik geçmiş ile Çocukluk Travmaları Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, aile psikopatolojik öyküsü ile Fiziksel ihmal alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.446>0.05$).

Tablo 20. Alkol ve Uyuşturucu Kullanımı ile Ölçek Altboyutları Arasındaki İlişki

Altboyutlar	N	Ort	SS	F	p
Emosyonel					
İstismar					
Alkol/Madde Yok	25	9,08	4,690	,829	,911
Alkol Madde Var	8	8,88	3,563		
Fiziksel İstismar					
Alkol/Madde Yok	8	7,63	3,021	1,163	,341
Alkol Madde Var	25	5,08	1,913		
Cinsel İstismar					
Alkol/Madde Yok	25	5,08	1,913	16,679	,002
Alkol Madde Var	8	9,25	5,497		
Emosyonel İhmal					
Alkol/Madde Yok	25	11,68	3,716	2,541	,396
Alkol Madde Var	8	12,88	2,100		
Fiziksel İhmal					
Alkol/Madde Yok	25	8,36	2,706	,896	,825
Alkol Madde Var	8	8,13	2,167		
Obsesyon					
Alkol/Madde Yok	25	14,40	4,113	,254	,285
Alkol Madde Var	8	12,50	4,870		
Kompulsiyon					
Alkol/Madde Yok	25	12,52	5,034	,000	,029
Alkol Madde Var	8	7,88	4,824		

- Alkol/uyuşturucu kullanımı ve Çocukluk Travmaları Ölçeği-Emosyonel İstismar alt boyutu arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem

t testi sonuçları doğrultusunda değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.991>0.05$).

- Alkol/uyuşturucu kullanımı ve Çocukluk Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar alt boyutu arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.341>0.05$).
- Alkol/uyuşturucu kullanımı ve Çocukluk Travmaları Ölçeği-Cinsel İstismar alt boyutu arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, Alkol/uyuşturucu kullanımı ile cinsel istismar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.002<0.05$).
- Alkol/uyuşturucu kullanımı ve Çocukluk Travmaları Ölçeği Emosyonel İhmal alt boyutu arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.396>0.05$).
- Alkol/uyuşturucu kullanımı ve Çocukluk Travmaları Ölçeği Emosyonel İhmal alt boyutu arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.825>0.05$).
- Alkol/uyuşturucu kullanımı ile Yale Brown OKB Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, alkol/uyuşturucu kullanımı öyküsü ile Obsesyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.285>0.05$).
- Alkol/uyuşturucu kullanımı ile Yale Brown OKB Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda,

alkol/uyuşturucu kullanımı öyküsü ile Kompulsiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.002<0.05$).

Tablo 21. Sigara Kullanımı ve Ölçek Altboyutları Arasındaki İlişki

Altboyutlar	N	Ort	SS	F	p
Emosyonel					
İstismar					
Sigara Kullanımı	20	8,75	4,587	,354	,729
Yok					
Sigara Kullanımı	14	9,29	4,103		
Fiziksel İstismar					
Sigara Kullanımı	20	6,80	2,783		
Yok				,030	,929
Sigara Kullanımı	14	6,71	2,644		
Cinsel İstismar					
Sigara Kullanımı	20	5,50	3,832	,225	,273
Yok					
Sigara Kullanımı	14	6,86	2,931		
Emosyonel İhmal					
Sigara Kullanımı	20	11,75	3,640	,251	,654
Yok					
Sigara Kullanımı	14	12,29	2,998		
Fiziksel İhmal					
Sigara Kullanımı	20	7,80	2,331	,280	,205
Yok					
Sigara Kullanımı	14	8,93	2,731		
Obsesyon					
Sigara Kullanımı	20	13,70	4,555	,291	,631
Yok					

Sigara Kullanımı	14	14,43	3,917		
Kompulsiyon					
Sigara Kullanımı	20	11,85	5,334	,017	,594
Yok					
Sigara Kullanımı	14	10,86	5,231		

- Sigara kullanımı ile Yale Brown OKB Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, sigara kullanımı ile Obsesyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.631>0.05$).
- Sigara kullanımı ile Yale Brown OKB Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, sigara kullanımı ile Kompulsiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.631>0.05$).
- Sigara kullanımı ile Çocukluk Travmaları Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, sigara kullanımı ile Emosyonel İstismar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.729>0.05$).
- Sigara kullanımı ile Çocukluk Travmaları Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, sigara kullanımı ile Fiziksel İstismar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.929>0.05$).
- Sigara kullanımı ile Çocukluk Travmaları Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, sigara kullanımı ile Cinsel İstismar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.273>0.05$).

- Sigara kullanımı ile Çocukluk Travmaları Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, sigara kullanımı ile Emosyonel İhmal alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.654>0.05$).
- Sigara kullanımı ile Çocukluk Travmaları Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, sigara kullanımı ile Fiziksel İhmal alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.205>0.05$).

Tablo 22. Medeni Durum ve Ölçek Altboyutları Arasındaki İlişki

Emosyonel					
İstismar	N	Ort	SS	F	p
Bekar	21	9,05	4,555	1,011	,898
Evli	13	8,85	4,140		
Fiziksel İstismar					
Bekar	21	6,95	2,500	,866	,612
Evli	13	6,46	3,045		
Cinsel İstismar					
Bekar	21	6,38	3,788	,333	,504
Evli	13	5,54	3,072		
Emosyonel İhmal					
Bekar	21	12,48	3,628	,936	,270
Evli	13	11,15	2,794		
Fiziksel İhmal					
Bekar	21	8,57	2,749	,704	,376
Evli	13	7,77	2,127		
Obsesyon					
Bekar	21	14,10	4,795	1,672	,871

Evli	13	13,85	3,387		
Kompulsiyon					
Bekar	21	12,57	5,153	,159	,111
Evli	13	9,62	5,026		

- Medeni Durum değişkeni ile Yale Brown OKB Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, medeni hal ile Yale Brown OKB Ölçeği Obsesyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.871>0.05$).
- Medeni Durum değişkeni ile Yale Brown OKB Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, medeni hal ile Yale Brown OKB Ölçeği Kompulsiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.111>0.05$).
- Medeni Durum değişkeni ile Çocukluk Travmaları Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, medeni hal ile Emosyonel İstismar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.898>0.05$).
- Medeni Durum değişkeni ile Çocukluk Travmaları Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, medeni hal ile Fiziksel İstismar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.612>0.05$).
- Medeni Durum değişkeni ile Çocukluk Travmaları Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları

doğrultusunda, medeni hal ile Cinsel İstismar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.504>0.05$).

- Medeni Durum değişkeni ile Çocukluk Travmaları Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, medeni hal ile Emosyonel İhmal alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.270>0.05$).
- Medeni Durum değişkeni ile Çocukluk Travmaları Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, medeni hal ile Fiziksel İhmal alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.376>0.05$).

Tablo 23. Hastalık Başlama Yaşı ve Ölçek Altboyutları Arasındaki İlişki

	N	Ort	SS	F	p
Emosyonel İstismar					
20+	18	13,83	4,515	3,061	,372
11-19 yıl	15	14,33	4,186		
Fiziksel İstismar					
20+	18	6,50	2,572	,176	,375
11-19 yıl	15	7,33	2,743		
Cinsel İstismar					
20+	18	6,22	2,533	,675	,971
11-19 yıl	15	6,27	4,301		
Emosyonel İhmal					

20+	18	11,28	2,803	1,050	,165
11-19 yıl	15	12,93	3,882		
Fiziksel İhmal					
20+	18	8,11	1,745	11,350	,753
11-19 yıl	15	8,40	3,355		
Obsesyon					
20+	18	13,83	4,515	,400	,746
11-19 yıl	15	14,33	4,186		
Kompulsiyon					
20+	18	13,83	4,515	,135	,147
11-19 yıl	15	14,33	4,186		

- Hastalık başlama yaşı/süresi ile Yale Brown OKB Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda, hastalık başlama yaşı/süresi ile Yale Brown OKB Ölçeği Obsesyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.746>0.05$).
- Hastalık başlama yaşı/süresi ile Yale Brown OKB Ölçeği Kompulsiyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.147>0.05$).
- Hastalık başlama yaşı/süresi ile Çocukluk Travmaları Ölçeği ve altboyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları doğrultusunda Emosyonel istismar alt boyutu ile hastalık başlama yaşı/süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.372>0.05$).
- Fiziksel istismar alt boyutu ile hastalık başlama yaşı/süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.375>0.05$).

- Cinsel istismar alt boyutu ile hastalık başlama yaşı/süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.971>0.05$).
- Emosyonel ihmal alt boyutu ile hastalık başlama yaşı/süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.165>0.05$).
- Fiziksel İhmal alt boyutu ile hastalık başlama yaşı/süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.753>0.05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada, OKB tanısı almış 34 hastanın OKB alt tipleri incelenerek, sosyodemografik bilgiler ve çocukluk travması olup olmadığı incelenmiştir. Bu alanda yapılan daha önceki çalışmalar, OKB hastalarının yakın zamanda karşılaştıkları yıkıcı deneyimlerin OKB belirtileri ve OKB görülme riski boyutunda ele almıştır. Çocukluk travmaları ve OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmanın amacı doğrultusunda , çocukluk travmaları ve OKB alt tipleri arasındaki ilişki incelenmiş ve sosyodemografik değişkenler doğrultusunda karşılaştırmalar yapılmıştır.Çıkan sonuçlar ışığında, OKB tanısı almış hastaların OKB alt tiplerinin çocukluk travmaları ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiş, araştırma için uygulanan ölçeklerin alt boyutları ve sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Araştırmanın bu bölümünde, bulguları destekleyen diğer araştırmalar ile birlikte araştırmanın farklı değişkenler ve bulgular ile ele alınmıştır.

Araştırmada ele alınan değişkenleri ve aralarındaki ilişkiyi incelediğimizde,

Çocukluk Travması Çocukluk travması ile OKB ve alttiplerini incelediğimiz çalışmada, Çocukluk travmaları ölçeği ve Yale-Brown OKB ölçeği alt boyutlarının bağımsız örneklem t testi uygulanarak karşılaştırıldığı çalışmada, çocukluk travmaları ölçeği ve Yale-Brown OKB ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Cinsiyet değişkeninin OKB alttipleri ve çocukluk travması ile ilişkisi incelendiğinde, cinsiyet değişkeninin skor puanlarındaki değişimler bakımından anlamlı bir değişken olmadığı saptanmıştır.

*Alkol ve Madde Kullanımı*değişkenini incelediğimizde, katılımcılarının alkol ve madde kullanımı ile ilişkilendirilen alt boyutun çocukluk travmaları ölçeği-cinsel ististmar alt boyutu olduğu görülmüştür ($p=.002<0.005$)

Sigara Kullanımı değişkenini incelediğimizde ise, katılımcıların sigara kullanma durumunun ölçek alt boyutları ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmüştür.

Eştanı almış diğer psikiyatrik rahatsızlıklar değişkeninin çocukluk travmaları ölçeği ve Yale-Brown OKB ölçeği alt boyutlarının puanları incelenerek yapılan veri analizi sonucunda eştanı türünün skorlarla anlamlı düzeyde ilişkisi olmadığı görülmüş olup, katılımcılar arasında duygudurum bozuklukları eştanısının çoğunlukta olduğu ve puan ortalamalarının duygudurum bozuklukları kategorisine giren eştanı türlerinde daha fazla olduğu görülmüştür. Puanların bu kapsamdaki çeşitliliği anlamlı bir ilişki tespit edebilmek adına yeterli veriyi sağlayamamıştır.

Meslekdeğişkeninin OKB alttipleri ve çocukluk travması ile ilişkisi incelendiğinde, meslek grupları değişkeninin ölçek alt boyutları puanlarındaki değişimler bakımından anlamlı bir değişken olmadığı saptanmıştır.

Eğitim değişkeninin OKB alttipleri ve çocukluk travması ile ilişkisi incelendiğinde, eğitim düzeyinin ölçek alt boyutlarının puanlarındaki değişimler bakımından anlamlı bir değişken olmadığı saptanmıştır.

Medeni durumdeğişkeninin OKB alttipleri ve çocukluk travması ile ilişkisi incelendiğinde, medeni durumun ölçek alt boyutlarının puanlarındaki değişimler bakımından anlamlı bir değişken olmadığı saptanmıştır.

Hastalık başlama yaşıdeğişkeninin OKB alttipleri ve çocukluk travması ile ilişkisi incelendiğinde, hastalık başlama yaşının/süresinin ölçek alt boyutlarının puanlarındaki değişimler bakımından anlamlı bir değişken olmadığı saptanmıştır.

Aile psikopatolojik geçmişideğişkeninin OKB alttipleri ve çocukluk travması ile ilişkisi incelendiğinde, aile psikopatolojik geçmişinin ölçek alt boyutlarının arasındaki Yale-Brown OKB Ölçeği – Kompülsiyon alt boyutu ile arasında anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir($p=0.027<0.05$)

OKB şiddeti ve alt tiplerinin travma ile ilişkisini inceleyen araştırmalar, hastaların yetişkinlikte yaşadığı travmalar ile OKB belirtilerinin ve OKB görülme riski ile ilişkilendirilen bir değişken olarak tespit edilirken, OKB tanısı almış hastaların çocukluk travmalarını inceleyen araştırmaların bazıları, aralarındaki ilişkiyi savunurken, bazı çalışmalarda çocukluk travmalarının OKB ile arasında dolaylı ilişki olduğunu savunmaktadır. Dolaylı ilişkinin olduğunu savunan çalışmalardan bir tanesi Carpenter

ve Cheung Chung (2011) tarafından 82 OKB tanısı konulmuş hasta ve 92 kişiden oluşan karşılaştırma grubu ile yapılmıştır. Araştırma, çocukluk travması ve OKB belirtileri arasındaki ilişkiyi ölçerken bağlanma stili ve aleksitimi görülme durumunu ele alarak, değişkenler arasındaki ilişkiyi ele almıştır. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, çocukluk travmalarının OKB vakalarında doğrudan ilişkilendirilen bir faktör olmadığı, fakat bağlanma türü ve aleksitimi görülme durumuna bağlı olarak çocukluk travmalarının dolaylı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda, çocukluk travması olan katılımcıların kaçınmacı bağlanma durumunun aleksitimi ile ilişkilendirilebileceği görülmüş, bu durum da OKB belirtileri ile ilişkilendirilebilecek bir durum olabileceği sonucuna varılmıştır.

Çocukluk travmaları, OKB görülme durumu ve trikotillomani ile ilgili yapılan bir diğer çalışmada, OKB tanısı almış kadınlar ve kontrol grubu karşılaştırılarak, çocukluk travması ve OKB arasındaki ilişki ele alınmıştır. 36 kişiden oluşan ve OKB tanısı almış kadın katılımcılar ile 31 kişiden oluşan kontrol grubunun “Çocukluk Travmaları Ölçeği” skorları incelendiğinde, OKB tanısı almış kadınların özellikle “emosyonel ihmal” alt boyutu skorlarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, farklı faktörlerin OKB ve trikotillomani görülmesinde etkili olabileceğini savunan çalışma çocukluk travmalarının özellikle etkili olduğu görüşünü desteklemektedir (Lochner ve ark, 2002).

Matthews, Kaur ve Stein (2007), çocukluk travmaları ve OKB belirtilerini ele alan çalışmasında, çocukluk travmalarının pek çok psikiyatrik bozukluğun görülmesi ile ilişkilendirilebilecek bir durum olduğunu öne sürmektedir. Özellikle duygu durum, kaygı ve yeme bozuklukları ile birlikte kişilik bozukluklarının arka planında çocukluk travmalarının olabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte, çocukluk travmaları ve OKB belirtilerini ele alan çalışmaların az olduğu ifade edilen araştırmada 938 öğrencinin katılımı ile kişilik özellikleri, çocukluk travmaları ve OKB belirtileri arasında ilişki olup olmadığı ele alınmıştır. Katılımcıların %30'luk kısmının çocukluk travması kriterini karşıladığı görülmüş, özellikle “emosyonel ihmal” en fazla puan alınan alt boyut olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte, çocukluk travmalarının OKB ile arasında düşük fakat anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu tespit edilmiş, özellikle fiziksel ihmal ve duygusal istismar alt boyutlarının skorları ile ilişkilendiği görülmüştür. Bununla birlikte yüksek

düzyeyde OKB belirtilerinin, duygusal ve fiziksel istismar ile bağımsız olarak ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada çocukluk travmaları alt boyutlarının OKB tanısı almış hastalar ile arasındaki ilişkiyi incelediğimizde ise, çocukluk travmalarının tümüyle OKB vakaları ile ilişkili olmadığı görülmektedir. Katılımcıların OKB ve alt tipleri ve çocukluk travmaları incelenirken, çocukluk travmaları dışında farklı faktörlerin ele alacak diğer çalışmalar ile desteklenebilir. Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, Çocukluk Travmaları Ölçeği alt boyutlarından Cinsel İstismar alt boyutunun alkol/madde kullanımını ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Travmatik yaşam öyküsünün obsesyon ve kompülsüyonlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada, OKB alt boyutlarından bir tanesi olan biriktirme kompülsiyonu ve yaşam öyküsü arasındaki ilişki incelenmiştir. 751 katılımcı ile yapılan çalışmada, stresli ve travmatik yaşam öyküsünün biriktirme belirtileri arasında herhangi bir ilişkisi olup olmadığı incelenmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu biriktirme kompülsiyonunun 20 yaş altında başladığını belirtirken, 40 yaş ve sonrası belirtilerin başladığı katılımcıların sayısının az olduğu belirtilmiştir. Katılımcılara internet ortamında verilen anketlerin sonuçları, stresli ve travmatik yaşam öyküsünün biriktirme kompülsiyonu ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, biriktirme kompülsiyonuna ilişkin belirtilerin ciddiyetini arttıran faktörler arasında özel hayatta kişilerin deneyimleri ve değişimler, kişilerarası ilişkilerde şiddet gibi değişkenler olduğu tespit edilmiştir (Tolin ve ark, 2010).

Travma ve OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, çocukluk travması yerine özellikle yetişkinlik dönemindeki travmatik deneyimler ele alınmıştır. Travma ve travma sonrası stres bozukluğunun OKB tanısı konulmuş hastalarda görülen tedavi direnci ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada, travmanın boyutu ve şiddeti kapsamında katılımcıların %82'lik oranı travma geçmişi olduğunu rapor etmiştir. Travma geçmişi olan katılımcıların %50'lik kısmı ise TSSB kriterlerini karşıyan belirtileri olduğu görülmüştür. Özellikle kişilerarası ilişkilere bağlı görülen travmalar ve travma öyküsünün TSSB'yi yordayıcı değişkenler olduğu görülmüştür. Ayrıca, kişilerarası ilişkilerden kaynaklı travma öyküsünün OKB, majör depresif bozukluk ve Borderline(sınırdaki) kişilik bozukluğu ile TSSB eştanı görülme riskini arttıran bir

değişken olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın sonucu olarak travma öyküsünün, majör depresyon ve sınırda kişilik bozukluğunun, OKB ciddiyetini ve TSSB görülme riskini yordayıcı değişken olduğu sonucuna varılmıştır. Özellikle travma öyküsü olan OKB hastalarının tedaviye karşı dirençli olduğu öne sürülen çalışmada TSSB görülen hastaların, TSSB eştanısı olmayan OKB hastalarına göre daha az tedavi arayışı içerisinde oldukları ve tedavide istenilen düzeyde başarılı olamadıkları ifade edilmiştir. Bunu ölçmek amacıyla OKB hastalarındaki tedavi direnci ile ilişkilendirilebilecek eştanı almış farklı psikiyatrik bozuklukları ve travma öyküsü ele alınmıştır (Gershuny ve ark, 2007). Çalışmamızda eştanı türleri ile skorlar arasındaki puan ortalamalarına baktığımızda katılımcıların %26,5'lik oranının depresyon öyküsü olduğu görülmüştür. Diğer duygu durum bozukluklarından bipolar bozukluk, majör depresyon, yineleyen depresif bozukluk ve hipomani olarak ayrı ayrı sınıflandırılmış eştanı türlerinden birer katılımcı olduğu saptanmıştır. Eştanı türlerine göre puan ortalamalarına baktığımızda, depresyon eştanısı almış OKB hastalarının aynı zamanda Çocukluk Travmaları Ölçeği (ÇTÖ) puan ortalamasının diğer eştanı türlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (M= 40,11, N=9, SS=10,68). Yale Brown OKB ölçeği puanlarının eştanı türlerine göre karşılaştırmasını incelediğimizde ise, en yüksek puanların majör depresyon ve bipolar-cilt yolma eştanısı almış hastalarda görülmüştür (M=39,0, N=1; M=34,00, N=1). Ayrıca, puan ortalamalarındaki farklılıkların anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmeyen çalışmada, yüksek puan alan katılımcıların duygu durum bozuklukları eştanısı almış olduğu görülmektedir.

Çocukluk travmalarını inceleyen diğer çalışmalarda, özellikle çocukluk dönemi cinsel istismarın alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bir travmatik deneyim olduğunu öne sürmektedir (Kingston ve Raghavan, 2009; Sartor ve ark, 2013). Sartor ve arkadaşları (2013) yapmış oldukları çalışmada, çocukluk dönemi cinsel istismarın, erken dönemde madde kullanımı ile ilişkisini incelemiştir. Bu çalışma kapsamında 18 ve 29 yaşları arasında 3761 kadın ile çalışılmış ve madde kullanımı ile cinsel istismar ailesel faktörler doğrultusunda incelenmiştir. Yapılan çalışma doğrultusunda, alkol ve esrar kullanımı için risk faktörü olarak saptanan cinsel istismarın ayrıca sigaraya başlama yaşını yordayan güçlü bir değişken olduğu görülmüştür. Kingston ve Raghavan (2009), araştırmasında cinsel istismarın erken yaşta madde kullanımı ve ergenlik döneminde travma sonrası stres bozukluğu ve travmatik deneyimler arasındaki ilişkiyi

incelemiştir. Özellikle erken yaşta madde kullanımının travmatik deneyimler ile ilişkili olduğu görülmüştür. Travma sonrası stres bozukluğunun cinsel istismar, diğer travmatik deneyimler ve madde kullanımı esnasında riskli davranışlar ile ilişkili olduğu araştırmada tespit edilmiştir. Bu araştırmada ise alkol ve madde kullanımının çocukluk travmaları alt boyutlarından cinsel istismar ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuç, literatürde yer alan ve bu alanda yapılan araştırmaların sonuçlarını destekler niteliktedir.

Araştırmanın bulgularını incelediğimizde, OKB tanısı almış hastaların çocukluk travması ve OKB tanısı ile OKB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bu durum, OKB ve OKB alt tiplerini açıklayabilecek farklı bilişsel ve karmaşık süreçlerin olabileceğine dair veriler sunmuştur. Çocukluk travmalarının OKB ile ilişkisinin incelenmesinin yanı sıra yapılan sosyodemografik analiz neticesinde, alkol ve madde kullanımının cinsel istismar ile, aile psikopatolojik öyküsünün ise kompülsiyon alt boyutu ile anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu görülmektedir. Bu alanda yapılacak diğer araştırmaların risk faktörü oluşturabilecek bilişsel ve psikanalitik unsurların ele alındığı farklı değişkenleri çalışmalara dahil etmesi gereklidir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada OKB tanısı almış hastaların, OKB alt tipleri ile çocukluk travmaları ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların sosyodemografik değişkenlerinin OKB alt tipleri ve çocukluk travmaları ile ilişkisi ele alınmıştır. Yapılan veri analizleri sonucunda OKB ve OKB alt tiplerinin çocukluk travmaları ile doğrudan ve anlamlı ilişkisi olmadığı görülmüştür. Ayrıca, sosyodemografik değişkenler arasından aile psikopatolojik geçmişi ve alkol/madde kullanımının OKB ve çocukluk travmaları boyutunu ölçmek adına kullanılan ölçeklerdeki alt boyutlarla anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür. Ailenin psikopatolojik geçmişinin, Yale-Brown OKB Ölçeği – Kompülsiyon alt boyutu ile karşılaştırması yapıldığında aralarındaki ilişkinin anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür. Alkol/madde kullanımı değişkenini incelediğimizde ise 34 yetişkin katılımcıdan oluşan örneklemin alkol/madde kullanımı görülen kısmının Çocukluk Travmaları Ölçeği – Cinsel İstismar alt boyutu ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Daha önce bu alanda yapılan çalışmalar, OKB tanısı almış hastaların yetişkinlik dönemi travmatik deneyimlerine ve TSSB (Travma sonrası stres bozukluğu) eştanısının arasındaki ilişkinin boyutlarını değerlendirmeyi hedef alırken, çocukluk travmaları ile OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sayısı oldukça azdır. Bu alanda yapılan araştırmalar, çocukluk travmalarının, kişilerarası şiddetin söz konusu olabileceği travmatik deneyimleri, cinsel, fiziksel ve duygusal istismarın yol açabileceği travmatik deneyimin OKB ile ilişkilendirilebilecek faktörler olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, yapılan çalışmada çocukluk travmaları ile doğrudan ilişkinin tespit edilememiş olması örneklem sayısının az oluşundan ve kontrol grubunun olmamasından ileri geldiği düşünülmektedir. Bu alanda yapılacak diğer çalışmalarda, çocukluk travmalarının OKB alt tiplerine göre değerlendirilmesi ve OKB ile çocukluk travmaları arasındaki ilişkiyi incelemek adına örneklem sayısının artırılması ve kontrol grubunun araştırmaya dahil edilerek çocukluk travmalarının anlamlı bir değişken olup olmadığı ele alınabilir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, farklı sosyodemografik ve bireysel değişkenlerin OKB ve OKB alt tipleri ile farklı derecelerde ilişkisi olduğu görülmektedir. İlerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalarda, eşanı durumunu ölçen farklı ölçeklerin dahil edilmesi ile çocukluk travmasının ve OKB alt tiplerin boyutları yeniden ele alınabilir.

6.1. SINIRLILIKLAR

Araştırmada, veri toplama, veri analiz ve sonuçları karşılaştırma anlamında nicel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Bununla birlikte, araştırmanın sonuçlarının hipotez edilen değişkenler arasındaki anlamlı ilişkinin varlığına yönelik bir bulguya rastlanmamıştır. Bu bağlamda, araştırmanın örneklem sayısı artırılarak meslek grupları, cinsiyet, eğitim düzeyi, OKB alt tipleri, aile psikopatolojik geçmişi, eşanı türü ve madde kullanımı değişkenleri doğrultusunda çocukluk travmaları ve OKB alt tipleri karşılaştırılabilir. Araştırmanın örneklem sayısına ek olarak, örneklemin farklı bölgelerden ve ruh sağlığı hizmetleri olan kuruluşlarda tedavi gören ve OKB tanısı almış katılımcılardan oluşması sonuçların genellenebilirliği açısından önem teşkil etmektedir, fakat oluşturulan örneklem sadece tek bir bölgeden sağlanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

- Araştırmanın İstanbul dışında farklı illerin sağlık kuruluşları ve ruh sağlığı hizmetleri sunan diğer kuruluşlarında OKB tanısı almış hastaların oluşturulduğu örneklem ile yapılması sonuçların genellenebilirliği açısından daha uygun olacaktır.
- Bu alanda yapılacak olan diğer çalışmalarda, eşanı türlerinin değerlendirilebileceği ek ölçekler çalışmaya dahil edilebilir ve değişkenlerin birbirleri ile ilişkisi incelenebilir. Örneğin, bu alanda yapılan çalışmalardan bir tanesi NEO Kişilik Envanteri, Yale Brown Obsesif Kompulsif Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Çocukluk Travmaları Ölçeği'ni kullanarak, kişilik özellikleri, depresyon öyküsü, OKB ve çocukluk travmalarını incelemiştir. Çalışmaların kapsamını arttırmak ve OKB tanısının ve alt tiplerinin

ilişkilendirildiği varsayılan değişkenlerin incelenmesi adına daha önce yapılan bu çalışmada olduğu gibi ölçekler ile veri toplanabilir.



KAYNAKÇA

American Psychiatric Association : Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Washington DC, American Psychiatric Association, 2013.

Armstrong JG:Emotional issues and ethical aspects of trauma research.EB Carlson (ed): Trauma Research Methodology'de ,Maryland,The Sidran Pres;1996;s.174-188

Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Swartz, L., & Hauff, E. (2014). Association between exposure to traumatic events and anxiety disorders in a post-conflict setting: a cross-sectional community study in South Sudan. BMC Psychiatry, 14(1), 1-22. doi:10.1186/1471-244X-14-6

Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2012). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: HYB Basım Yayın.

Aydın,Ç.P., & Öyçekin, G. D., (2013). Obsesif kompulsif bozukluk'ta bilişsel işlevler.Türk Psikiyatri Dergisi; 24():1-9. doi: 10.5080/u7172

Bakklimek, A., Karatzias, T., Elliott, L., Campbell, J., Pugh, R., & Laybourn, P. (2014). Nature of child sexual abuse and psychopathology in adult survivors: results from a clinical sample in Scotland. Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing, 21(6), 550-557. doi:10.1111/jpm.12127

Bayraktar, E. (1997). Obsesif Kompulsif Bozukluk. Psikiyatri Dünyası; 1997;1(1):25-32.

Bernstein D.P., Fink L., Handelsman L., Foote J., Lovejoy M., Wenzel K., ve ark. (1994) Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. Am J Psychiatry, 151(8): 1132-1136

Bilir, Ş., Arı,M., Dönmez, N.B., ve Güneysu, S. (2001). 4-12 Yaşları Arasında 16.100 Çocukta, Örselenme Durumları İle İlgili Bir İnceleme. I. Ulusal Kongresi, Serbest Bildiriler Kitabı, Gözde Repro Ofset, 2001, 45-53.

Blatt, S.J., Auerbach, J. S. ve Levy, K. N. (1997). Mental Representations in personality development, psychopathology and the therapeutic process. *Review of General Psychology* 1 (4), 351-374

Bystritsky, A., Liberman, R. P., Sun, H., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maindment, K., & Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 14(4), 214-218

Carpenter, L., & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 84(4), 367-388. doi:10.1111/j.2044-8341.2010.02003.x

Clark, D. A., *Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder*. Newyork: The Guilford Press, 2004.

Dienes, Z. ve Perner, J. Unifying. (2002). Consciousness with Explicit Knowledge. In Cleeremans, A. (Ed.) *The unity of consciousness: binding, integration, and dissociation*. Oxford University Press, forthcoming.

Şahin,E. (2013). Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojiler ile İlişkisi.Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı. Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı.

Doğan K, Solak Ö.S.,Özdel K.,&Türkçapar M.H. (2013). Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2 (2013) 34-40.

Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Sensitivity of self-beliefs in obsessive compulsive disorder. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 25(10), 874-884. doi:10.1002/da.20369

Dykshoorn ,K.L.,(2014) . Trauma-related obsessive-compulsive disorder: a review. *Health Psychology & Behavioural Medicine*, Vol. 2, No. 1, 517–528. doi:10.1080/21642850.2014.905207

Demirkapı, E.Ş., (2013). Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişmesine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Aydın.

Hollander,E., Zohar, J., Marazziti, D., &Olivier. J.B.(1994). Current insights in obsessive compulsive disorder, Chichester, 1994. ss. 312. doi: 10.1002 /hup. 470100320

Ersoy, F. ,Edirne, T.& Timur F.O.(2003). Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları-3.2003; 12(10): 366-369.

Eryılmaz, E.T.& Tosun, A. (2013). Obsesif Kompulsif Bozukluk'da Kontrol İhtiyacı . *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(1) – ss.121-130

Fontenelle, L. F., Domingues, A. M., Souza, W. F., Mendlowicz, M. V., de Menezes, G. B., Figueira, I. L., & Versiani, M. (2007). History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatric Quarterly*, 78(3), 241-250. doi:10.1007/s11126-007-9043-1

Gershuny, B. S., Baer, L., Parker, H., Gentes, E. L., Infield, A. L., & Jenike, M. A. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 25(1), 69-71. doi:10.1002/da.20284

Güner, Ş.İ., Savaş Güner, M., Şahan, H. (2010). Çocuklarda Sosyal ve Medikal bir Problem; İstismar. *Van Tıp Dergisi*, 2010:17 (3): 108-113

Haghighi, A., Rahimi, M., & Shamsaei, F., (2015). Pure obsessive compulsive disorder in three generations. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2015 June; 9(2): e1116 , doi: 10.17795/ijpbs1116

Irak, M.,(2012). Üst Biliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formunun Türkçe Standardizasyonu, kaygı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtilerle İlişkisi,Türk Psk.Derneği 23:46-52

Kakdaş, E.(2015) . Obsesif Kompulsif Bozuklukta High Mobility Group Box-1 (HMGB-1) Düzeyleri. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı.

Karamustafaloğlu, O. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluk. Turkish Family Physician . Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 1-10 .

Karamustafaloğlu, O.,K., Üçışık, M., A., Ulusoy, M.& Erkmen, H. (1993). Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Serbest Bildiri, 28.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bursa, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1993.

Kingston, S., & Raghavan, C. (2009). The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. Journal Of Traumatic Stress, 22(1), 65-68. doi:10.1002/jts.20381

Korno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B.,& Burham, M.A., (1988).The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry. 1988;45(12):1094-1099. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800360042006.

Kretos, G. & Heyman, I. (nd). Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents.Georgia Kretos and Isabel Heyman Archives of Disease in Childhood.

Kristy L. Dykshoorn (2014) Trauma-related obsessive–compulsivedisorder: a review, Health Psychology and Behavioral Medicine, 2:1, 517-528, doi: 10.1080/21642850.2014.905207

Langley, A. K., Lewin, A. B., Bergman, R. L., Lee, J. C., & Piacentini, J. (2010). Correlates of comorbid anxiety and externalizing disorders in childhood obsessive compulsive disorder. European Child & Adolescent Psychiatry, 19(8), 637-645. doi:10.1007/s00787-010-0101-0

Leckman, J.F., Denys, D., Simpson, H.B., Mataix-Cols D., Hollander, E., Saxena, S., Miguel E.C., Rauch, S.L., Goodman, W.K., Phillips, K.A. & Stein, D.J., (2010). OCD: A Review of the Diagnostic Criteria and Possible Subtypes and Dimensional Specifiers for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2010 Jun;27(6):507-27. doi: 10.1002/da.20669.

Leonard, H.L., Lenane, M.C., Swedo, S.E., Rettew, D.C., Gershon, E.S. & Rappoport J.L. (1992). Tics and Tourette's disorder: A 2-to-7 year follow up of 54 obsessive compulsive children. *Am J. Psychiatry*, 149:1244-1251. [http:// dx.doi.org/10.1176/ajp.149.9.1244](http://dx.doi.org/10.1176/ajp.149.9.1244)

Lochner, C., Du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., Van Kradenburg, J., Seedat, S., & ... Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 15(2), 66-68. doi:10.1002/da.10028

Mallinger, A. E. (1984). The obsessive's myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 12, 147-165.

Matthews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 25(9), 742-751. doi:10.1002/da.20316

McKeon P. Ve Murray, R. (1987). Familial Aspect of Obsessive Compulsive Neurosis. *The British Journal of Psychiatry*. 151 (4) 528-534. doi : 10.1192/bjp.151.4.528

Moldin, S. O, Gottesman (2000). Population genetic methods in psychiatry. In Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 7th Edition, eds. Sadock Bufet Sadock V.A. Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia, 2000;72-198.

Nestadt, G., (2000). A Family Study of Obsessive Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(4):358-363. doi:10.1001/archpsyc.57.4.358.

Nicolini H, Orozco B, Guiffra L, Paez F, Meija J, Cormona MS, Sidenberg D, Fuente J.R. (1997). Age of Onset, Gender and Severity in Obsessive Compulsive Disorder. A study on Mexican population. *Salud Mental*. 20:1-4.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, OCCWG. (1997). Cognitive Assessment of Obsessive Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy* 35 (7), 667- 681

Öner, P. & Aysev, A. (2001). Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk. *Ankara Üni. Tıp Fakültesi. Çocuk Psikiyatrisi*. AD, Ankara;10(11):409-411.

Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(6), 410-424. doi:10.1038/nrn3746

Saba, P.R. ,Dastur, K. ,Keshavan, M.S. ,Katerji, M.A.(1998). Obsessive compulsive disorder, Tourette's Syndrome and basal ganglia pathology on MRI (Letter), *J. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*.1998;10;116-117.

Semiz, U., Inanc, L., & Bezgin, C. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder?. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1287-1296. doi:10.1007/s00127-013-0787-7

Shavitt, R. G., Valério, C., Fossaluzza, V., Da Silva, E. M., Cordeiro, Q., Diniz, J. B., & ... Miguel, E. C. (2010). The impact of trauma and post-traumatic stress disorder on the treatment response of patients with obsessive-compulsive disorder. *European Archives Of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 260(2), 91-99. doi:10.1007/s00406-009-0015-3

Sartor, C. E., Waldron, M., Duncan, A. E., Grant, J. D., Mccutcheon, V. V., Nelson, E. C., & ... Heath, A. C. (2013). Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: the role of familial influences. *Addiction*, 108(5), 993-1000. doi:10.1111/add.12115

Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive behavioural approaches to understanding obsessional problems. In *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford.

Salzman, L. (1985). Psychotherapeutic management of obsessive-compulsive patients. *American Journal of Psychotherapy* 39, 323-330

Seibell, P.& Hollander, E.,(2014).Management of Obsessive Compulsive Disorder. *F1000Prime Reports* 2014, 6:68 .doi:10.12703/P6-68.

Steketee,G.,Frost,R.&Bogart K. (1996). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Interview versus self-report:34(8), August 1996, ss. 675–684. doi:10.1016/0005-7967(96)00036-8

Şar, V., Öztürk, E.,& İkikardeş , E.,(2012).CTQ Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği . İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi & Dissosiyatif Bozukluklar Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul, Türkiye. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*; 32(4):1054-63, doi: 10.5336/medsci.2011-26947

Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2): 82-86.

Tıraşçı, Y.& Gören, S.(2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*,2007; 34(1): , (70-74)

Tolin, D. F., Meunier, S. A., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 27(9), 829-838. doi:10.1002/da.20684

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

Wells A, Cartwright – Hatton S(2004) A short of the meta-cognitions questionnaire:properties of the MCQ-30.*Behav Res Therapy*,42:385-396.

Wells, A. (2000). : Innovative Cognitive Therapy. Emotional Disorder and Metacognition. University of Manchester, UK. British Library Cataloguing in Publication Data

Vardar, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun genetiği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000;10(3):153-159

Yavuz, R.& Yavuz, M.(2008).Obsesif Kompulsif Bozukluk. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye' de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi No:62.Mart 2008 S:185-192

Zoroğlu, S. Salih; Tüzün, Ümran; Şar, Vedat; Öztürk, Mücahit; Kora, Meltem, Eröcal; Alyanak, Behiye. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001,2(2):69-78.

EKLER

EK-1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

ADI SOYADI

Yaş

Eğitim Durumu

Cinsiyet

Meslek

Kardeş

Medeni Durum

Aile Psikopatoloji Öyküsü

Alkol ve Madde Kullanımı

Sigara Kullanımı

Hastalık Başlama Yaşı ve Süresi

EK-2.YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOKÖ)

Hastanın Adı, Soyadı: Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti: Değerlendirici:

PUAN

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN (0-4)
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YASAMI ETKİLEMESİ (0-4)
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ (0-4)
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME (0-4)
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ (0-4)
6. KOMPULSİF DAVRANISLAR İÇİN HARCANAN SÜRE (0-4)
7. KOMPULSİF DAVRANISLARIN YASAMI ETKİLEMESİ (0-4)
8. KOMPULSİF DAVRANISLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ (0-4)
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME (0-4)
10. KOMPULSİF DAVRANISLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ (0-4)
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPÜLSİYONLARINA BAKIS AÇISI (0-4)
12. KAÇINMA (0-4)
13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ (0-4)
14. ASIRI SORUMLULUK DUYMA (0-4)
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ (0-4)
16. PATOLOJİK KUSKU (0-4)
17. GENEL SİDDET (0-6)
18. GENEL DÜZELME (0-6)

19. GÜVENİLİRLİK (0-3)

TOPLAM PUAN

73

YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSYON ÖLÇEĞİ

(Y-BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru: Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. _____stenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını isgal ettiğini göz önüne alın. Söyle sorun): Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Asırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü isgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YASAMI ETKİLEMESİ

Soru: Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyip yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa,

çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır, iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının “rahatsız edici” olduğunu kabul etmelerine karşın ‘anksiyete’ yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer belirtilerle birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen basedilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya ya da dikkatinizi başka şeylere vermeye

çalıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin siddetinden çok Kisinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda '0' puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya belirtiler okadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çogu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hosnut degildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun egmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEŚİ

Soru: Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolunuz var? Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi baska seye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin siddeti ile iliskilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dagıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dagıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini baska seylere yöneltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANISLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru: Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa su soru sorulmalıdır) : Çogu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla olustuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını isgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla olustugu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Su soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Birçok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANISLARIN YASAMI ETKİLEMESİ

Soru: Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir?
Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANISLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz?
(kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönünde ise, bu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?)

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen basedilebilir durumda olduğunu belirtir veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen basedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eger kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artıs.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve is göremez duruma getiren artıs veya kisiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken is göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların siddetinden çok, kisinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda “0” puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır veya belirtiler o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çogu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hosnut degildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun egmiş durumdadır.

10. KOMPULSİF DAVRANISLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESİ

Soru: Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra su soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlkle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru: Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra su soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak bir şey olmadığını tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız görüldüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

Soru: Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi birsey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, su soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kisinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu seylere dokunmaktan kaçınması seklindedir. Örneğin, törensel bir sekilde çamasır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı degildir. Eger kisi çamasır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herseyi yapıyor.

13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ

Soru: Diğer kisilerin kolayca karar verebilecekleri ufak seyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak seyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, baskalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliginden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz seyleri zihninde ölçüp biçme.

4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, is göremez durumdadır.

14. ASIRI SORUMLULUK DUYMA

Soru: Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Baskalarının basına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolü dışındaki olaylarda bile asırı sorumluluk hissettiğini kendiliginden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolü dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanrısız bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzakta olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorlughunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olagan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olagan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olagan işlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olagan işlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. PATALOJİK KUSKU

Soru: Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, isittiginiz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınızı kuskusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuskusu.

2: Orta, fikirler kendiliginden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. Performansı bir miktar etkilemesine rağmen basedilebilir boyutlarda.

3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. Kuskuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.

4: İleri, algılama hakkındaki kuskular devamlılık kazanmış. Kisi kendinden kuskulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta “Gördüklerime aklım güvenmiyor.” diye belirtir).

17. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0' dan (hastalığın olmama durumu), 6' ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

1: Hafif, kuskulu veya geçici hastalık. —————slevsel bozukluk yok.

2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.

3: Orta siddette belirtiler. Çabayla işlevlerini yerine getirilebiliyor.

4: Orta – ağır siddette belirtiler. —————slevler kısıtlanmış.

5: Ağır belirtiler. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor.

6: Çok ağır belirtiler. Tümüyle iş göremez durumda

18. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye gidis.

2: Çok az kötüye gidis var.

3: Değişiklik yok.

4: Çok az iyileşme var.

5: Epeyce iyileşme var.

6: Çok fazla iyileşme var.

19. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini puanlandırın. Güvenirligi etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif belirtilerin tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir şüphe yok.

1: İyi. Güvenirligi kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.

2: Orta. Bazı faktörler güvenirligi kesin olarak etkilemiştir.

3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

17 ve 18. bölümler Clinical Global Impression Scale' den uyarlanmıştır. [Guy w:ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology: Publication 76-338. Washington, D.C., US. Department of Health and Welfare (1976)]

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm belirtileri isaretleyiniz. Birincil belirtileri “P” ile isaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluga ait olduğundan emin olması gereklidir. “*” ile isaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluga ait olabilir veya olmayabilir).

SİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Baskalarına zarar vereceğinden korkma
- Siddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birsey yapmaktan korkma*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle baskalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLENME OBSESYONLARI

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, diskı, tükürük) kaygılanmak veya igrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)

- Evde kullanılan maddelerden asırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan asırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapıskan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Baskalarına hastalık etkeni bulastırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceginden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

SİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya incest ilişkisi ile ilgili
- Homoseksüel ilişki ile ilgili*
- Baskalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan esyalar ile karıştırılmamalıdır)

DİNİ OBSESYONLAR

- Kutsal seylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- Doğru/Yanlış kavramları ile asırı ilgi

ESYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- Dogaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, esyaların yerinde olmaması halinde annesinin

basına kaza geleceğini)

- Dogüstü düünceler olmadan

DİGER OBSESYONLAR

- Bilme veya hatırlama ihtiyacı
- Belirli seyleri söyleme korkusu
- Dogru seyi söylememe korkusu
- Birseyler kaybetme korkusu
- İstenmeyen (dehset içermeyen) görüntüler
- Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
- Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
- Ugurlu veya ugursuz sayılar
- Özel anlamı olan renkler
- Batıl itikatlar
- Diger

SOMATİK OBSESYONLAR

- Hastalık ile ilgili*
- Vücudun bir parçası veya görünüm ile asırı ilgili (örneğin dismorfofobi)*
- Diger

ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSYONLARI

- Asırı veya törensel el yıkama
- Asırı veya törensel dus, banyo, dis fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- Ev esyalarının veya diger cansız nesnelerin temizliği ile asırı ilgili

- Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANISLAR

- Tekrar okuma veya yazma
- Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma / kalkma)
- Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobiler, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. (örneğin, eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, ise yaramaz şeyleri biriktirmek)]

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Asırı liste hazırlama
- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*
- Kendine; baskalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *

- Diger

Genel Bilgiler

Bu derecelendirme ölçeği obsesif–kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümlerde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak herbir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır.

Bu derecelendirme ölçeği yarı – yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır.

Görüşmeyi yapan kişi sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir.

Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar verirseniz, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki “güvenirlik” bölümünde değerlendirilmelidir (19’ uncu madde).

Sorulara başlamadan önce hastaya aşağıda belirtilen şekilde “obsesyonları” ve “kompulsiyonları” tanımlayınız. “Takıntılar” sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler. “Tekrarlayıcı hareketler” anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız. Şimdi size takıntılar ve tekrarlayan hareketlerle ilgili birkaç örnek vereyim: Takıntıya örnek: Hiçbir zaman yapmayacağınız halde “çocuguma fiziksel olarak zarar vereceğim” düşüncesinin tekrar tekrar aklınıza gelmesi. Tekrarlayıcı hareketlere bir örnek: Evden çıkmadan önce pencerenin kapalı olup olmadığını 6 kez kontrol etmek. Çoğu zaman tekrarlayan hareketler gözle görülebilir davranışlardır. Ancak bazıları da kişinin içinden

yaptığı davranışlardır. Mesela, aklına kötü bir düşünce geldiği zaman içinden ona kadar saymak gibi. “Bu söylediklerimle ilgili sorunuz var mı?” (Eğer yoksa devam edilmelidir). Testin tekrarlanması durumlarında bu tanımlayıcı açıklamaların yapılması gerekmeyebilir. Obsesyonların istenmeyen, ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsiyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır. Hedef belirtilerin bir listesini oluşturabilmek için, hastanın simdiki obsesyon ve kompulsiyonlarını tek tek anlatmasını isteyiniz. Şu an varolan belirtileri tanımlayabilmek için, obsesyon ve kompulsiyon listesini kullanın. Daha sonraki değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve tanımlamak da yararlı olur. Varolan obsesyon ve kompulsiyonları belirledikten sonra, Hedef Belirtiler Formu üzerinde klinik açıdan elverişli bölümler şeklinde düzenleyerek, liste oluşturun (örneğin, hedef kompulsiyonları kontrol etme ve yıkama olarak ayırın). izlemeyi kolaylaştırmak açısından belirtilerin belirleyici özelliklerini tanımlayın (örneğin, listede “kontrol etme” şeklinde tanımlanan belirtinin yanına, hastanın neyi kontrol ettiğini belirtin). Değerlendirmenin odak noktasını oluşturacağı için, en belirgin belirtilerin neler olduğunu belirtiniz. Buna rağmen her bölümün sonuç puanının, hastanın bütün obsesyon ve kompulsiyonlarının bilesik bir derecelendirmesini yansıtması gerektiğini unutmayın. Testin tekrarlandığı durumlarda, Madde 1’i derecelendirmeden önce, hedef obsesyonları yeniden gözden geçirerek, gerekiyorsa değiştirin. Madde 6’nın derecelendirilmesinden önce de aynı işlemi kompulsiyonlar için yapın. Ondokuz maddenin hepsi de derecelendirilmelidir. Ancak ilk on madde toplam puanı belirlemede kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. Obsesyonların toplamı ilk bes, Kompulsiyonların toplamı ise ikinci bes maddenin toplamıdır.

Çevirenler: Doç.Dr. Berna Ulug, Prof.Dr. Isık Savasır

Geçerlik güvenilirlik çalışmaları:

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. Tek C; Ulug B; Rezaki BG; Tanrıverdi N; Mercan S; Demir B; Vargel S Acta Psychiatr Scand. 1995 Jun; 91(6): 410-3

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Karamustafalıoğlu OK, Üçışık M A, Ulusoy M, Erkmen H Serbest Bildiri, 28.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bursa 1993 Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

EK-3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇTÖ)

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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.

Hiçbir zaman Nadiren Zaman Zaman Sıklıkla Çok Sık olarak

1 2 3 4 5

Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...

1. Yeterli yemek bulamazdım. 1 2 3 4 5

2. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlar laseslenirlerdi. 1 2 3 4 5

3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhos olur yada uyusturucu alırlardı. 1 2 3 4 5

4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.1 2 3 4 5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.1 2 3 4 5
6. Sevildigimi hissediyordum. 1 2 3 4 5
7. Ana babamın benim dogmus olmamıistemediklerini düşünüyordum.1 2 3 4 5
8. Ailemden birisi bana öyle kötüvurmustu ki doktora yada hastaneyegitmem gerekmişti.1 2 3 4 5
9. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartıyada sıyrıklar oluyordu.1 2 3 4 5
10. Kayıs, sopa, kordon yada baska sert bircisimle vurularak cezalandırılıyordum.1 4 5
11. Ailemde baska türlü olmasını istediğim bir sey yoktu.1 2 3 4 5
12. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılıdavranırlardı.1 2 3 4 5
13. Ailemdelikler bana kırıcı yadasaldırganca sözler söylerlerdi.1 2 3 4 5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.1 2 3 4 5
15. Ailemdelikler beni her türlü kötülüktenkorumaya çalışırlardı.1 2 3 4 5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yadadövülüyordum ki öğretmen, komsuyada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu. 1 2 3 4 5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi. 1 2 3 4 5
18. Ailemdelikler kendilerini birbirlerineyakın hissederlerdi. 1 2 3 4 5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yadakendisine dokunmamı istedi. 1 2 3 4 5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benimhakkımda yalanlar söylemekle tehditeden birisi vardı.1 2 3 4 5
21. Çocuklugum mükemmeldi. 1 2 3 4 5
22. Birisi beni cinsel seyler yapmaya yadacinsel seylere bakmaya zorladı. 1 2 3 4 5

23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu. 1 2 3 4 5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. 1 2 3 4 5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi. 1 2 3 4 5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. 1 2 3 4 5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi. 1 2 3 4 5
28. Gerekli halde doktora götürülmezdim. 1 2 3 4



EK-4. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Sinem ÖZER

Valikonağı Cad. Elif Apt.No:4\3 Daire:5

Florya\Basıncıköy,İstanbul

İletişim: (533) 527 09 97

Doğum Tarihi : 1991

Medeni Durum : Bekar

Gmail:mooddanismanlik@gmail.com

Bahçeşehir Üniversitesi Psikoloji bölümünden burslu mezun olduktan sonra Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına kabul edilmiştir.Lisans eğitimi sırasında Surp Pirgiç Ermeni Hastanesinde stajını tamamlamıştır.Ayrıca İstanbul Psikiyatri Enstitüsü özel kliniğinde staj süresi boyunca akşamları dalına göre uzmanlarından psikopatoloji eğitimleri almıştır.Aynı zamanda İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Psikiyatri ve Nöropsikiyatri Anabilim dallarında stajlar yapmış hasta ziyaretlerine katılmış ve poliklinikte de danışan seanslarına katılmıştır.Yüksek Lisans eğitiminde ise NP İstanbul Hastanesinde staj yapmış ve süpervizyonunu tamamlamıştır.'Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış hastalarda OKB'nin alt tipi ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi' araştırmış ve tez halinde sunmuştur.Eğitimi süresince birçok kongre ve seminare katılmıştır.Prof.Dr.Hakan Türkçapar'dan Bilişsel Davranışçı terapi eğitimini ,Alp Karaosmanoğlu'ndan ise Şema Terapisi Eğitimi almıştır.Ayrıca çocuklara uygulanan Frostig Görsel Algı Testi, Gessel Gelişim Testi ,Goodenough-Harris Bir İnsan Çiz Testi ,Luisa Düss Psikanalitik Öykü Testi, Bir Aile Çiz Testi Porteus Labirentleri Zeka Testi, Kent E.G.Y Testi, Catel 2A Zeka Testi, Metropolitan Okul Olgunluğu Testi , Hiperaktivite Testi, Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testi eğitim ve uygulama sertifikalarına sahiptir. Bilişsel Davranışçı terapi ve Şema terapi alanlarında uzmanlaşmaya devam etmektedir.Yüksek lisans öğrenimi boyunca çoğu nöropsikiyatrik ve kişilik testlerinin eğitimlerini (MMPI Test Uygulaması (2014), TAT(2014), CAT(2014), WMS-R Sayı Menzili Alt Testi WAIS-R Sayı Menzili Alt Testi WMS-R Görsel Menzil Alt Testi Sürekli Performans Testi (CPT) WMS-R Zihinsel Kontrol Alt Testi WMS-R Mantıksal Bellek Alt Testi Sözel Akıcılık Testi, İz Sürme Testi,Stroop Testi,Luria Ardışık Çizimler Testi ,Yap-Yapma Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST)) tamamlamıştır.

İŞ TECRÜBESİ

2015-devam etmekte PsikoTerap-İST Eğitim ve Danışmanlık Merkezi-Bireysel Psikoterapist(Yetişkin)

2014- devam etmekte Nea Yaşam Merkezi –Psikoterapist

2013-2014 Florya Doğa International Kindergarten

EĞİTİM BİLGİLERİ

2013-2015 Üsküdar Üniversitesi, İstanbul Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

2009-2013 Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul Lisans, Psikoloji Bölümü

SERTİFİKALAR

1. Şema Terapi Eğitimi Alp Karaosmanoğlu -2015
2. Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitim Sertifikası Hakan Türkçapar -2015
3. TAT,CAT,MMPI Test Eğitimi
4. Nöropsikolojik Testler Eğitimi
5. Çocuk ve Ergen Psikoterapisinde Kullanılan Terapi Teknikleri
6. Frostig Görsel Algı Testi
7. Gessel Gelişim Testi
8. Goodenough-Harris Bir İnsan Çiz Testi
9. Luisa Düss Psikanalitik Öykü Testi
10. Bir Aile Çiz Testi
11. Rehberlik Ve Değerlendirme Testleri uygulamaları ve ayrıca;
12. Resim Analizi ve Oyun Terapisi uygulamaları yapmak

STAJ BİLGİLERİ

- İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Psikiyatri servisinde 2ay ,
- İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Nöropsikiyatri servisinde 1 ay,
- Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi Psikiyatri servisinde 1 ay hasta visitlerinde katıldı ve poliklinikte hasta görüşmelerinde yer aldı ve gözlem yaptı.

- NPIstanbul Nöropsikiyatri Hastanesinde zorunlu staj görevini bu yıl içinde yapacaktır (2hafta).

YABANCI DİLLER

	Yazma	Konuşma
İngilizce	Çok İyi	Çok İyi
İspanyolca	İyi	İyi

REFERANSLAR

Prof.Dr. İlhan Yargıç- İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yrd.Doc.Dr.Sinem Zeynep METİN -NPIstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi

Uzm.Dr.Başar Bilgiç – İstanbul ÜniversitesiÇapa Tıp Fakültesi