



**T.C.**

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARININ YETİŞKİN  
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE KOMORBİDİTESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Salih KIVILCIM**

**İSTANBUL**

**Şubat, 2015**

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARININ YETİŞKİN  
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE KOMORBİDİTESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı**  
**Yrd. Doç. Dr. Habib ERENŞOY**

**İSTANBUL**

**Şubat, 2015**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI**

**GENEL BİLGİLER**

Öğrenci No	: 124102060
Öğrenci Adı Soyadı	: Salih Kıvılcım
Anabilim Dalı	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr. Habib Erensoy
Tezin Başlığı	: Çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının yetişkin obsesif kompulsif bozukluk ile komorbiditesi

**TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI**

Toplantı Tarihi	: 04.03.2015	Saati	: 10:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi.	<input type="radio"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd.Doç.Dr. Habib Erensoy	
Danışman Üye	Yrd.Doç.Dr. Ahmet Emre Sargin	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Alper Evrensel	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları (form YL-13) gerekir.)

Tarih : 04 /03/ 2015

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....  
Anabilim Dalı Başkanı

## I. ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Bu çalışmam süresince her türlü yardım ve fedakârlığı sağlayan, bilgi, tecrübe ve güler yüzü ile çalışmama ışık tutan, ayrıca bana bu çalışmayı vererek kendimi geliştirmeye yönelik de birkaç adım ileride olmamı sağlayan, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Habib ERENŞOY'a,

Çalışma boyunca yardımlarını esirgemeyen, anlayışlı ve güler yüzlü NİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi ve Etiler Polikliniği çalışanlarına,

Tezin her aşmasında yanımda olan ve çalışmada kullanmış olduğum veri analiz programında benden desteğini esirgemeyen meslektaşım Bahadır ALANBAY'a ve her türlü yardıma koşan arkadaşlarım Ramazan VARDAR'a, Ertuğrul YILMAZ'a, Hüseyin KARABIYIK'a

Yabancı dil çevirilerde her zaman imdadıma yetişen sevgili ablam Yeliz KIVILCIM'a ve eşi Cenk CİVELEK'e,

Tezimin hazırlanması sırasında beni cesaretlendiren ve manevi destek sağlayan, başlamasında, devam etmesinde ve bitmesinde varlığıyla her zaman bana güç veren Bilge ÜSTÜN'e,

Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan aileme teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmayı, varlığını bana ve ailesine armağan etmiş olan rahmetli dedem Mehmet KIVILCIM' a ithaf ederim.

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
I. ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR .....	I
II. İÇİNDEKİLER .....	II
III. ÖZET .....	V
IV. ABSTRACT .....	VI
V. KISALTMALAR VE SİMGELER .....	VII
VI. TABLOLAR LİSTESİ .....	IX
VII. ŞEKİLLER LİSTESİ .....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) .....	4
2.1.1. Tanım .....	4
2.1.2. Tarihçe .....	5
2.1.3. Epidemiyoloji .....	6
2.1.4. Etiyoloji .....	8
2.1.4.1. Psikososyal Kuramlar .....	8
2.1.4.2. Genetik .....	12
2.1.4.3. Nöroanatomi .....	13
2.1.4.4. Nörokimya .....	14
2.1.5. OKB Semptomatolojisi .....	16
2.1.5.1. Tanı Ölçütleri .....	19
2.1.6. Komorbidite .....	21
2.1.7. Tedavi .....	23

2.2. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları .....	26
2.2.1. Tanım .....	26
2.2.2. Sınıflandırma .....	28
2.2.3. Etiyoloji .....	30
2.2.4. Epidemiyoloji .....	31
2.2.5. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve OKB .....	32
3. YÖNTEM VE GEREÇLER .....	39
3.1. Çalışmanın Yapıldığı Grupların Oluşturulması .....	39
3.1.1. Hasta Grubu İçin İçerme Ölçütleri .....	39
3.1.2. Hasta Grubu İçin Dışlama Ölçütleri .....	39
3.1.3. Kontrol Grubu İçin İçerme Ölçütleri .....	39
3.1.4. Kontrol Grubu İçin Dışlama Ölçütleri .....	40
3.2. Gereçler .....	40
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	40
3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) .....	40
3.2.3. Maudley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) .....	41
3.3. İstatistiksel Değerlendirme .....	42
4. BULGULAR .....	43
4.1. Sosyo Demografik Özellikler .....	43
4.1.1. Cinsiyet .....	43
4.1.2. Yaş .....	43
4.1.3. Medeni Durum .....	44
4.1.4. Eğitim Durumu .....	45
4.2. Ölçeklerin Değerlendirilmesi .....	45
4.2.1. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) .....	45

4.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) .....	52
4.2.3. Obsesif Kompulsif Belirtilerle Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar Arasındaki İlişki .....	57
5. TARTIŞMA .....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	66
KAYNAKLAR .....	67
EKLER .....	87
ÖZGEÇMİŞ .....	89



### III. ÖZET

#### Çocukluk Çağı Travmatik Yaşam Olaylarının Yetişkin Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Komorbiditesi

Salih KIVILCIM

**Amaç:** Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. OKB hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının sağlıklı nüfusa göre daha fazla olduğunu ortaya koyan epidemiyolojik çalışmalar, literatürde yerini almasına rağmen bu çalışmaların sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada OKB hastaları ile sağlıklı gönüllülerin çocukluk çağı travmatik yaşam olayları açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** OKB tanısı almış ve tedavileri devam eden 25 ardışık hasta ile sosyodemografik özellikler açısından denkleştirilmiş 25 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) ve Maudley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) uygulandı. İstatistiksel düzeyde anlamlılık değeri  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

**Bulgular:** OKB hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre CTQ puanları istatistiksel düzeyde yüksek bulundu. MOKSL yavaşlık alt ölçeği puanlarının CTQ toplam puanı, cinsel istismar ve duygusal istismar alt ölçek puanları ve MOKSL ruminasyon alt ölçeği puanlarının CTQ cinsel istismar puanları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlendi.

**Sonuç:** OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha fazla çocukluk çağı travmatik yaşam olayları bulguları görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesyon, Kompulsiyon.



## IV. SUMMARY

### **The Comorbidity of Traumatic Life Events in Childhood Age with Adult Obsessive Compulsive Disorder**

**Salih KIVILCIM**

**Purpose:** Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a mental disorder characterized by obsessions and/or compulsions. Although some epidemiological studies take part in literature, which claim that traumatic life events in childhood ages are observed more in patients with OCD compared to healthy population, the number of these studies is limited. In this study it is aimed to compare OCD patients with healthy volunteers in terms of traumatic life events in childhood ages.

**Method:** With 25 consecutive patients who are diagnosed as OCD and whose treatment continues, 25 healthy controls equivalented in terms of sociodemographic features are included in the study. Sociodemographic Data Form, Childhood Age Trauma Quarter (CTQ) and Maudley Obsessive Compulsive Question List (MOCQL) are applied to the participants. Significance Value in statistical level is accepted as  $p < 0,05$ .

**Findings:** In OCD patient group, CTQ scores are found high in statistical level compared to healthy controls. It has been determined that there is a significant relationship between total score of MOCQL slowness subscale scores, subscale scores of sexual and emotional abuse, MOCQL rumination subscale scores and CTQ sexual abuse scores.

**Result:** Compared to healthy controls, more findings of traumatic life event in childhood age are observed within OCD patients.

**Keywords:** Traumas in Childhood Age, Obsession, Compulsion

## V. KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
BDE	: Beck Depresyon Envanterin
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CTQ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DZ	: Dizigot
ECA	: Epidemiyolojik Alan Çalışmaları
ERP	: Exposure-Response Prevention
ICD	: International Classification of Diseases
MMPI	: Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MOKSL	: Maudley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
MÖ	: Milattan Önce
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
MZ	: Monozigot
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OK	: Obsesif-kompulsif
OKK	: Obsessif Kompulsif Kişilik
OKN	: Obsessif Kompulsif Nevroz
PET	: Positron Emission Tomography
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

SRI	: Serotonin Gerialım İnhibitörü
SSRI	: Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörü
TCA	: Trisiklik Antidepresan
TAT	: Tematik Algı Testi
TS	: Tourette sendromu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	: World Health Organization



## VI. TABLOLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 1:</b> Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet dağılımı .....	43
<b>Tablo 2:</b> Hasta ve kontrol gruplarında yaş ortalamaları .....	44
<b>Tablo 3:</b> Hasta ve kontrol gruplarında medeni durum.....	44
<b>Tablo 4:</b> Hasta ve kontrol gruplarında eğitim durumu .....	45
<b>Tablo 5:</b> Hasta ve kontrol gruplarında MOKSL toplam ve alt ölçek puanları .....	46
<b>Tablo 6:</b> MOKSL toplam ve alt ölçeklerinin hasta grubunda cinsiyete göre dağılımı .	47
<b>Tablo 7:</b> MOKSL toplam ve alt ölçeklerinin kontrol grubunda cinsiyete göre dağılımı .....	48
<b>Tablo 8:</b> MOKS toplam ve alt ölçek puanlarının hasta grubunda eğitim durumuna göre dağılımı .....	49
<b>Tablo 9:</b> Hasta grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanları ile eğitim durumu arasındaki ilişki .....	50
<b>Tablo 10:</b> MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarının kontrol grubunda eğitim durumuna göre dağılımı .....	51
<b>Tablo 11:</b> Hasta ve kontrol gruplarında CTQ toplam ve alt ölçekleri puanları .....	52
<b>Tablo 12:</b> CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının hasta grubunda cinsiyete göre dağılımı .....	53
<b>Tablo 13:</b> CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının kontrol grubunda cinsiyete göre dağılımı .....	54
<b>Tablo 14:</b> CTQ toplam ve alt ölçek paunalrının hasta grubunda eğitim durumuna göre dağılımı .....	55
<b>Tablo 15:</b> CTQ toplam ve alt ölçek paunalrının kontrol grubunda eğitim durumuna göre dağılımı .....	56

<b>Tablo 16:</b> Hasta grubunda obsesif kompulsif belirtilerle çocukluk çağı travmatik yaşantılar arasındaki ilişki .....	57
<b>Tablo 17:</b> Kontrol grubunda obsesif kompulsif belirtilerle çocukluk çağı travmatik yaşantılar arasındaki ilişki .....	58



## VII. ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sayfa No

<b>Şekil 1:</b> MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarının dağılımı .....	51
<b>Şekil 2:</b> CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının dağılımı .....	56



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruh sağlığı bilinci, ruhsal stres ve bozuklukların tanınması, bunların nedenleri ve risk etkenlerine ilişkin bilgi ve inançlar ile ruh sağlığı sorunlarına yönelik yardım arama konusundaki tutumları içerir (Uğuz ve ark. 2007). Gerek ölkemiz gerekse diğer ölkelerdeki çalışmalar çoğunlukla genel ruhsal bozukluklar, özgül bozukluklar içinde ise depresyon ve şizofreni üzerine yoğunlaşmıştır. OKB ile ilgili çalışmalarsa yetersizdir (Uğuz ve ark. 2007).

OKB, obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur ( Bayar ve Yavuz,2008). Obsesyonlar yineleyici, istemdişi, kişinin kendi zihninin ürünü olan, benliği rahatsız edici nitelikte (ego-distonik) olduğu için kişinin zihninden uzaklaştırmaya çalıştığı fakat aksine zihin alanını işgal eden, ısrarlı ve zorlayıcı her türlü düşünce, dürtü ya da düşlemlerdir ( Bayraktar, 1997). Kompulsiyon (zorlantı) genelde bir obsesyona engel olmak için belli kurallarla yapılan motor ve mental eylemlerdir (Bayar ve Yavuz,2008). Birçok durumda kişi, obsesyona eşlik eden sıkıntıyı azaltmak ya da korktuğu bir olay ya da durumdan korunmak için bir kompulsiyonu yerine getirmeye zorlanmış hisseder (DSM-IV, 2007).

OKB'nin yaygınlığı ile ilgili 1980 yıllarında yapılan çalışmalar rahatsızlığın ender görülen (% 005) ve tedaviye dirençli olduğunu bildirmekteydi(Bayar ve Yavuz,2008). Günümüzde OKB görölme sıklığının 50-100 kat daha fazla olduğu görölmektedir ( Koroğlu ve Güleç,2007). Sıralamada fobiler, madde kullanım bozukluğu ve depresyondan sonra dördüncü sırada yer almaktadır (Bayar ve Yavuz,2008).

OKB'nun tek tip veya homojen bir bozukluk olmayıp, heterojen bir tablo olduğu kabul edilmektedir (Akpınar,2007). OKB 'nin ortaya çıkmasında biyolojik faktörlerin yanında, çevresel faktörlerin de etkisi bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; istismar, yaşamsal değişiklikler, hastalıklar, çok sevilen birisinin ölümü, ilişkilerde yaşanan endişe gibi travmatik yaşantılardır (Türksoy , 2003).

Travmatik yaşantılar, sıradan şanssızlıklardan farklı olarak bir tehdit ya da şiddet ve ölümlle çok yakın olma halidir ( Gölge,2005). Doğal ya da insanların neden oldukları

yıkımlar, savaş, ciddi kazalar, başkalarının vahşi bir biçimde öldürülmesine tanık olmak, işkence, terör, tecavüz veya benzer saldırıların kurbanı olmak gibi durumlar kişiler için travma yaşantısına örnek verilebilir. Travmalar; sıra dışıdır, görülme olasılığı düşüktür ve kişi tarafından kontrol edilmesi mümkün olmamaktadır (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008). Travma, kişi üzerinde sosyal, psikolojik ve işlevsel açıdan olumsuz etkilere sahiptir (Evren ve Ögel, 2003).

Çocukluk çağı travması, geçici olarak kişiyi yardımsız bırakan, dayanma ve savunma gücünü azaltan, ani darbelerin zihinsel bir sonucu olarak tanımlanmaktadır. Genellikle çocukluk travmaları çocuk istismarı ve ihmali şeklinde görülmektedir. Bu tür yaşantılar çocuğun gelişimini engellemektedir (Özdemir ve ark. 2011).

Çocuk istismarı ve ihmali; ana-baba veya çocuğun bakımı, sağlığı ve korunmasından sorumlu kişilerin giriştiği veya girişmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda çocuğun her türlü fiziksel, ruhsal, cinsel veya sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve ark. 2003).

Çocuk ve ergenlik döneminde maruz kalınan travmalar hem travmaya yakın dönemde hem de erişkinlikte çeşitli psikiyatrik sorunlara yol açabilir (Özen ve ark. 2010). Disosiyatif bozukluklar, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, somatizasyon bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, konversiyon bozukluğu, kaçınan kişilik bozukluğu, psikotik bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk gibi bir çok psikiyatrik hastalık ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki ilişki bir çok araştırmada incelenmiş ve anlamlı ilişkiler ortaya konmuştur (Zanarini ve ark. 2002, Breslau 2002, Brown 2002, Schafer ve ark. 2000, Levitan ve ark. 1998, Ellason ve Ross 1997).

Erken dönem travmatik yaşam olayları ile merkezi sinir sisteminde stres ve duygu düzenleyici sinirsel döngülerin kalıcı olarak duyarlı hale gelmesi, depresyon ve anksiyete bozukluğu gelişimine zemin hazırlar (Heim ve Nemeroff,2001). Çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin, olumsuz girici düşüncelerin sıklığını ve yoğunluğunu artırabileceği ve içeriğini etkileyebileceği de belirtilmektedir. Kompulsiyonlarla ilgili olarak travmanın yarattığı anksiyete üzerinde durulmaktadır.



Travma ile ilişkili tehlike ve sıkıntıyı azaltmak ya da kontrol etmek için kompulsif davranışların yapıldığı belirtilmektedir (Çelikel ve Beşiroğlu,2008).

OKB hastalarında, çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının sağlıklı nüfusa göre daha fazla olduğunu ortaya koyan epidemiyolojik çalışmalar literatürde yerini almıştır (Lochner ve ark. 2002). Klinik olmayan örnekleme dayalı çalışmalar da obsesif kompulsif belirtiler ile çocukluk çağı travmatik yaşam olayları arasındaki ilişkiyi saptamıştır (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008).

Çelikel ve Beşiroğlu'nun yaptıkları araştırmanın klinik olmayan örnekleme dayalı olması (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008), Lochner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise OKB belirti dağılımı ve travma alt tiplerinin ilişkilerinin incelenmemiş olması (Lochner ve ark. 2002), obsesif kompulsif bozukluk ile çocukluk çağı travmatik yaşam olayları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların kısıtlı olduğunu düşündürmüştür.

Bu bilgiler ışığında; OKB tanısı almış kişilerde herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilere göre çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının daha yüksek oranda görülmesi öngörülmüştür.

Bu çalışmanın amacı, OKB hastaları ile sağlıklı gönüllülerin çocukluk çağı travmatik yaşam olayları açısından karşılaştırılmasıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

#### 2.1.1. Tarihçe

Eski dini metinlere bakılacak olunursa obsesyonların ve kompulsiyonların insanlık tarihi boyunca var olduğu sonucuna varılır. M.Ö. 1100'lü yıllarda İsrail'in ilk kralı Saul'un sık sık şeytandan gelen düşünceler yüzünden rahatsız olduğu ve damadının arp çalmasıyla rahatladığı dini metinlerde geçmektedir. Dinsel ve büyüsel törenlerin kaynağında büyük oranda obsesif kompulsif bozukluktakine benzer savunma düzeneklerinin işlendiği görülür (Öztürk ve Uluşahin,2011).

Ortaçağda, birçok psikiyatrik hastalık için olduğu gibi, OKB de büyü ve din kavramlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır (Karahan, 2006). Shakespeare, ünlü eserindeki Lady Macbeth kimliğinde suçluluk duygusundan köken alan obsesyon ve el yıkama kompulsiyonlarının ebedi örneklerini vermiştir (Bayraktar, 1997).

Obsesif-kompulsif semptomlar 17. asırdan beri bilinmektedir (Alvarenga ve ark. 2012). Fransız psikiyatristler duygusal ve iradeli kusurlarda saplanmış nedenselliği kabul ederken, Alman psikiyatrist Westphal, obsesif-kompulsif bozukluğun psikopatolojisini tanımlamak için 'Zwangsvorstellung' (mecburi sunum veya fikir) terimini kullanmıştır. İngilizler Westphal'ın terimini 'obsesyon' Amerikalılar da 'kompulsiyon' olarak çevirdiler (Koran,2007).

Obsesyonlar ve kompulsiyonlar, Fransız psikiyatrist Esquirol tarafından 1838'de melankolinin belirtileri olarak tanımlanmıştır. Obsesyon terimini ilk olarak 1860'da Morel kullanmıştır (Aslan ve Ünal, 1995). 19. Yüzyılın sonlarına OKB, 'nevrasteni' olarak sınıflandırılırken 20. yüzyılın başlarında hem Freud hem de Fransız psikolog Pierre Janet tarafından nevrasteniden çıkarılmıştır (Alvarenga ve ark. 2012).

20. yüzyılın başlarında Freud, OKB hastalığıyla ilgili analitik teorisini geliştirdi: Kabul edilemez,bilinçsiz seksüel ve agresif idin dürtüleri ve inancın talepleri (süperegonun) ile gerçeklik arasındaki çatışmalarla yüz yüze gelen hastanın zihni

endişelerini kontrol etmede ve psikoseksüel gelişimin anal-sadistik aşamasındaki karakteristik düşünme modlarında gerileme yaşar. Bu aşamanın kararsızlık karakteristiği yaygın şüphe üretir ve bu evrenin sihirli düşüncesi zorlayıcı batıl eylemelere yol açar (Koran,2007). Görüldüğü gibi Freud'un obsesyonlar ve kompulsiyonlarla ilgili tanımları oldukça açıklayıcıdır ve bugünkü bilgilerimizle örtüşmektedir (Topçuoğlu,2003). Janet ise fobi, obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan tabloyu “psikastenî” olarak tanımlamıştır (Bayraktar, 1997).

20. yüzyılın ortalarında OKB'nin gelişimini açıklamak için iki tane öğrenme teorisi kavramı kullanılmaya başlandı. Mowrer'in korkunun oluşumunu açıklayan ‘iki basamaklı öğrenme kuramı’ OKB'nin oluşumu ve devamını açıklamak için kullanılmıştır (Şenormancı ve ark. 2012). Yüzyılın sonlarına doğru bu bozukluğun kalıtsal ve nörobiyolojik temelleri de araştırılmıştır. Önceki yıllarda daha çok psikolojik etiyojjiye sahip bir hastalık olarak düşünülen OKB'nin nörobiyolojisi ile ilgili araştırmalar son yıllarda giderek artmış ve önemli bulgular ortaya konmuştur (Eşel,2000).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasına göre OKB, nevrotik strese bağlı ve somatoform bozukluklar başlığı altında yer almaktadır ( ICD-10,2010). Amerikan Psikiyatri Derneği'nin sınıflandırmasında ise 2012 yılına kadar anksiyete bozuklukları içerisinde değerlendirilirken 2013 yılında yapılan değişiklikle obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar içerisinde yer almıştır (DSM-5,2013).

### **2.1.2. Tanım**

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) önemli sosyal ve mesleki işlev bozukluklarına yol açan zorlayıcı, tekrarlayıcı düşünceler ve/veya davranışlarla (yani obsesyon ve kompulsiyonlarla) giden yaygın bir psikiyatrik bozukluktur (Eşel,2000).

Obsesyon sözcüğü, Latince kuşatma anlamına gelen 'obsidere' sözcüğünden gelmektedir (Akgün,1989). Obsesyon veya saplantı kendiliğinden bilinç alanına giren, yineleyici, sıkıntı yaratan, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği düşünce, dürtü ya da imajlardır (Bayar ve Yavuz, 2008). Obsesyonlar, hastalar tarafından 'takıntı, saplantı, evham ya da vesvese' gibi terimlerle tanımlanmaktadır ( Bayraktar,1997). Kolay tespit

edilebilirler, mantıksız bulunurlar ve egodistoniklerdir (Karamustafalıoğlu ve Karamustfalıoğlu,2008).

Obsesyonlar genellikle bulaşma, kuşku, simetri, dini veya cinsel konularla aşırı uğraşları içerir ve 6zg6n bir rit6el yerine getirilmezse k6t6 Őeyler olacağı 6nsezisi ile birliktelik g6sterir( Karşlıoğlu ve Y6ksel,2007). Obsesyonları olan kişi, genellikle bu d6ř6ncelere, d6rt6lere ya da d6ř6lemlere 6nem vermemeye, bunları baskılamaya ya da başka bir d6ř6nce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır (DSM-IV-TR,2007). 6rneğin obsesyonel bulaşma ve kirlenme korkusu kompulsif kirlenmeye neden olur (G6kakan,2005).

Kompulsiyonlar, obsesyonun yarattığı sıkıntıyı gidermek amacıyla yapılan zorlantılı davranışlardır. Kişi s6z konusu davranışı gerçekleştirmediği takdirde k6t6 bir Şey olacağı ya da sevdiklerini kaybedeceği gibi olumsuz bir takım d6ř6ncelere kapılır, bunların saçma olduğunu bilir, ancak bunları gerçekleştirmediği takdirde aşırı sıkıntı ve gerginlik yaşar.

Kompulsiyonlar yıkama, temizlik, kontrol, tekrarlama, sayma, d6zenleme ve biriktirme Şeklindedir (Karşlıoğlu ve Y6ksel,2007). Kompulsiyonlar, dışarıdan g6zlenebilen bir davranış Şeklinde olabileceği gibi dışarıdan g6zlemlenemeyen zihinsel bir eylem biçiminde de olabilir (6zt6rk ve Uluşahin,2011).

Obsesif-kompulsif bozukluğun ortaya çıkışı ya da en azından yardım talebi genellikle kompulsiyonların kendisinde de bir kaygı kaynağı haline gelmesiyle olur (G6kakan,2005). Obsesyonlar zaman kaybettirici olabilir, kişinin normal rutinine, mesleki işlevlerine, olağan sosyal aktivitelere, arkadaş ve aile ilişkilerine 6nemli 6l6de engel teşkil edebilir (Bayar ve Yavuz,2008).

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

OKB'un yaygınlığı ile ilgili 1980 yıllarında yapılan çalışmalar rahatsızlığın ender g6r6len (% 005) ve tedaviye dirençli olduğunu bildirmekteydi (Bayar ve Yavuz,2008). OKB hastalarının çoğunun korkması, utanması, belirtileri gizleme eğiliminde olması ve belirtilerin katlanılmaz hale gelmedikçe psikiyatrik başvuru yapmaması sebebiyle rahatsızlığın ender g6r6ld6đ6 d6ř6n6lm6řt6r. OKB hastalarında

yardıma arama, belirtiler başladıktan ortalama 10 yıl gibi uzun bir süre sonra gerçekleşir (Hollander ve ark. 1998).

1984'te toplum örneklemleri ilk çalışma ABD'de yapılmış ve rahatsızlığın yaşam boyu yaygınlığı %2,5 olarak bulunmuştur (Rasmussen ve Eisen,1992). Aynı yöntemle dayalı ve değişik ülkelerde yapılmış farklı araştırmalarda ise rahatsızlığın yaşam boyu yaygınlığının %2-3 arasında olduğu ortaya konmuştur ( Karno M. ve ark.1988, Weisman MM. ve ark. 1994).

Güncel epidemiyolojik çalışma bulgularında OKB en sık görülen dördüncü ruhsal hastalık olarak bulunmuştur (Bayar ve Yavuz,2008). Panik bozukluk ve şizofreniden iki kat daha yaygındır (Çavaş,2004). Toplumda görülme sıklığı aşağı yukarı astım ve diabetes mellitusun görülme sıklığı kadardır (Bayar ve Yavuz,2008).

Ömürboyu prevalansı ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. En düşük oranlar Tayvan'da ( % 0,5-% 0,9 ) ve Hindistan'da (% 0,6) gözlenmektedir. Kuzey ve Orta Avrupa da bu oran % 2,6 ve % 3,2 arasında bulunmuştur (Bayar ve Yavuz,2008).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda obsesif kompulsif bozukluğun bir yıl içerisindeki yaygınlığı % 0,5 olarak saptanmıştır (Erol ve ark. 1998). Konya ilinde yapılan alan çalışmasında 12 aylık OKB yaygınlığı % 3 olarak saptanmıştır (Çilli ve ark. 2004).

Ergenlik ve genç erişkinlik dönemi (ortalama 20 yaş), bozukluğun en sık başladığı yaş grubunu oluşturmaktadır (Bayraktar,1997). Hastaların %65'inde başlangıç 25 yaşından öncedir (Bayar ve Yavuz,2008).

Çocukluk döneminde gelişen OKB'da hastaların %75'ini erkek çocuklar (erkek çocuklarda 3-4 kat daha fazla) oluşturmaktadır. İlk veya ailenin tek çocuğu olmakla ergenlik dönemi OKB'si arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (Snowden,1979). Erişkin popülasyonda yapılan çalışmaların bir kısmı kadın-erkek farkı olmadığını göstermekle birlikte, bazı çalışmalarda bu oran 1.2-1.8 arasında bulunmuştur (Bayar ve Yavuz,2008). OKB' nin yaşam boyu görülme sıklığı, kadınlarda erkeklerden hafifçe yüksek saptanmıştır. DSM-IV tanı ölçütlerine OKB tanısı konan 431 hastanın %51'inin kadın olduğu bildirilmiştir (Foa ve Kozak 1995). Rasmussen ve Eiesen, yaptıkları bir araştırmada hastaların % 55' nin kadın olduğu belirtmişlerdir. (Rasmussen ve Eiesen, 1993 ). Başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 20 yaş, kadınlarda 25 yaş olmakla birlikte

olguların üçte birine 5-15 yaşları arasında rastlanmaktadır (Karno M. ve ark.1988). Lensi ve ark. (1996 ), cinsiyet farklılığının OKB üzerine etkilerini incelemişler ve erkek hastalarda OKB başlangıç yaşının daha erken olduğunu, bekar olma oranının daha yüksek olduğunu, cinsel içerikli obsesyonların, simetri ve düzen obsesyonlarının daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (Lensi ve ark. 1996). Hastaların %50-70'inde belirtilerin, stresör bir hayat olayını takiben ortaya çıktığı bildirilmiştir (Karaca ve Doksat,1998).

## **2.1.4. Etiyoloji**

### **2.1.4.1. Psikososyal Kuramlar**

#### **Psikanalitik Yaklaşım:**

Obsesif kompulsif bozuklukla ilgili en eski ve hala geniş kabul gören yaklaşımlardan birisi psikanalitik yaklaşımdır (Eryılmaz ve Tosun,2013). Freud'a göre bu hastalık, nörozların prototipi ve psikanalizin en ilgi çekici ve verimli alanlarından biridir. Freud obsesyonel nörozun özgün bir bozukluk olduğunu farklı gözlemlerini bir araya getirerek öne sürmüştür: Anal döneme saplanma ve gerileme görülmesi; yer değiştirme, yalıtma, yapma-bozma gibi bu bozukluğa özgü savunma mekanizmaları ve ego ile sadistik süperego arasındaki sadomazoşistik ilişki (Topçuoğlu,2003).

Freud (1917), libido gelişiminin oral ve fallik evrelerinin arasındaki ikinci evresi olan “anal sadistik evre” üzerinde durmaktadır. Çocuğun gelişiminin 18 ay ile 3 yıl arasındaki bu dönemde hazzın asıl kaynağı, dışkıyı tutma ve dışkıyı bırakma aktiviteleridir. Çocuk bu dönemde dışkıyı kendisinden çıkarılan bir parça olarak görür ve bu nedenle büyük değere sahip olan bir nesne olarak algılar. Bu yaşantı ona neyin korunabilir ve değerli olduğunu işaret eder. O güne kadar dışkısını özgürce bırakan / istediğinde tutan çocuk, tuvalet eğitimi ile birlikte artık belirli kurallara uymak ve bunu denetlemek zorunda kalmaktadır. Bu dönemde dışkısını tutma ve bırakma artık kendi istediği zaman ve şekilde değil, annesinin (bakım ve-renin) istediği zamanda ve şekilde gerçekleşme talebiyle karşılaşmaktadır. Bu dönemde çocuğun ihtiyaçlarına duyarlı olan, dışkısını tutamadığı zamanlarda onu cezalandırmayan, dışkısını yapmayı kısa bir süre

ertelemesine ve tuvalete gidip yapmasına teşvik eden bir ebeveyn tutumu, çocukta sağlıklı bir libido gelişimine ön ayak olmaktadır. Bu dönemde, tuvalet eğitimi eğer katı bir tutumla uygulanırsa, cezalandırılırsa, teşvikten çok tehdit ile düzenlenmeye kalkılırsa, o zaman bu dönemdeki dürtülerin doyurulması sekteye uğramakta ve döneme saplanma oluşmaktadır. Katı tuvalet eğitimine karşı çocuk 2 farklı tepki stili kullanabilir. Bunlar; anal tutucu (*anal retentive*) ve anal bırakıcı (*anal expulsive*) tepki örüntüsüdür. Çocuğun bu iki tepki örüntüsüne göre de yetişkinliğinde iki farklı kişilik tipi oluşur (Eryılmaz ve Tosun,2013).

Psikodinamik kurama göre OKB preodipal anal sadistik psikoseksüel gelişim dönemine defansif bir regresyonun sonucudur. Kişide anal sadistik kişilik özelliklerine karşı Obsessif Kompulsif Kişilik (OKK) ya da Obsessif Kompulsif Nevroz (OKN) gelişmektedir (Kara ve ark. 1996).

Freud'dan sonraki dönemde OKB ile ilgili çalışmalar başlangıçta onun görüşlerinin bir miktar genişletilmesinden öteye gitmemiştir. Anna Freud, karşıt tepki oluşturma benzeri özgül savunmaların, bu hastalığı, tekrarlayıcı davranışlar görülen diğer bozukluklardan ayırdığını savunur. Anna Freud ayrıca nesne ilişkilerindeki başarısızlık ile anal özelliklerin artışı arasında bir ilişki olduğu gibi varsayımlar öne sürer. Mallinger ve Salzman, obsesiflerin yaşamlarının her alanında kontrol ihtiyacının hakim olduğunu vurgulamışlardır. Mallinger, hastalığın belirtilerinin kontrol çabası yetersiz kaldığında ortaya çıktığını ve bu obsesif kontrol çabasının altında güçsüzlük korkularının yattığını savunmuştur. Gelişimsel bakış açısından, kontrol ihtiyacına çocuğun ana babasının devamlılığından ve güvenilirliğinden emin olmadığında, tehlike algısının sonucu olarak ortaya çıktığı gözüyle bakılabilir (Topçuoğlu,2003). Salzman, OKB'nin dinamiğinde öfkeden ziyade utanç, onur kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıkışını önleme çabasının olduğunu öne sürmüştür (Odağ,2001).

### **Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım:**

OKB belirtilerinin gelişimi ve onarımı hakkında çeşitli bilişsel-davranışsal teorileri sürülmüştür. Dollard ve Miller OKB'nin içerisindeki korku,endişe ve kaçınmanın gelişimi ile onarımını açıklamak için Mowrer'ın iki aşamalı teorisini uyarladılar.Mowrer'in teorisi nötr bir olay uyarıcısının(koşullu uyarıcı) doğası gereği

ağrı ve acıya neden olan bir olayla(koşulsuz uyarıcı) birlikte sürekli sunulduğunda korkuyu ortaya çıkardığını ileri sürer. Koşullu uyarıcı düşünce gibi zihinsel bir olay ya da banyo veya çöp kovası gibi fiziksel bir nesne olabilir. Korku,endişe,sıkıntı koşullu uyarıcıya eklendikten sonra endişeyi azaltmak için kaçış ya da kaçınma davranışları geliştirilir. OKB'de, kaçma ve kaçınma davranışı tekrarlanan baskılar ve ritüellerle şekillenir. Diğer kaçınma davranışları gibi, baskılarda sorunu gerçekten azalttığı için devam ettirilir (Foa,2010).

Bu kurama göre obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır ve anksiyete oluşturur. Kişide anksiyete oluşturan obsesyon, süreç içerisinde kompulsiyonlarla nötralize edilmeye çalışılır. Kompulsiyonların, anksiyetenin giderilmesinde etkili olduğu hasta tarafından görüldükçe kompulsiyonların sıklığı artar (Bayraktar,1997).

OKB'nin etiyojisi incelendiğinde; bilişsel modellerin OKB' nin anlaşılmasında uzun süredir yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir (Clark, 2007). Bilişsel yaklaşım, kişinin günlük hayatında kaygıyı tetikleyen ipuçları ve obsesyonları besleyen bilişleri ele almaktadır. Çevrenin ve durumların farklı bir tarzda ve kaygı uyandıracak şekilde değerlendirilmesi, kişinin kontrol elde etme mekanizmalarını tetikleyip kompulsiyonları harekete geçirir görünmektedir (Eryılmaz ve Tosun,2013).

OKB' nin bilişsel-davranışçı kuramı, obsesif düşüncenin kökenlerinin niteliksel olarak farklı olmasından değil, normal zorlayıcı düşüncelerden kaynaklandığı varsayımı üzerine kuruludur. Bu yaklaşımda, obsesif düşünceler klinik obsesyonlardan içerik olarak farklı değildir ve toplumun çoğunda bulunur. Bilişsel-davranışçı kurama göre, normal zorlayıcı düşünceler ile klinik obsesyonlar arasındaki fark; bu düşüncelerin kontrol edilebilirliğinde değil, obsesif hastaların zorlayıcı düşünceleri, zarar ve zararın önlenmesinden sorumlu olabileceklerinin göstergesi olarak yorumlamalarında yatmaktadır. Buna göre, zorlayıcı düşünceler, imgeler, dürtüler ve şüpheler normal zihinsel etkinliklerdir. Kendi zihinsel etkinliğini kişisel sorumluluğun göstergesi olarak yanlış yorumlama eğiliminde olanlar, OKB'nin özelliği olan sıkıntı ve yansızlaştırma örüntüsü geliştirirler (Pişgin ve Özen, 2010).

Bilişsel kuramlar, obsesif kompulsif belirtilerin nedeninin erken yaşlarda edinilmiş inançlarla bağlantılı olduğunu kabul eder. Buna göre, obsesyonların altında bir takım felaketleştirici bilişler yer almakta ve bunlar obsesif düşüncenin kaygı



yaratmasına neden olmaktadır. Bu bakış açısıyla bilişsel yaklaşım, geçmiş yerine şu an varolan bilişsel değerlendirmelere odaklanır (Eryılmaz ve Tosun,2013).

Ortaya konan çok sayıda bilişsel model içerisinde üç tanesi -erişkinlerde görülen- OKB'nin anlaşılmasında etkili olan, çeşitli bilişlere vurgu yapan Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli, Anlamın Yanlış Yorumlanması Modeli ve Bilişsel Kontrol Modeli günümüzde geçerliliğini halen korumaktadır. Bu üç bilişsel model şu şekilde özetlenebilir:

#### **Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli:**

Salkovskis, OKB belirtilerini açıklamak için “Abartılı Sorumluluk Algısı” modelini ortaya koymuştur. Bu modele göre, normal erişkinlerin zihinlerinden de, OKB'li bireylerde görülen benzer içerikli imge, dürtü ya da zorlayıcı (rahatsız edici–intrusif) düşünceler geçmektedir. OKB'li kişilerin sıkıntı yaşamasına neden olan, zorlayıcı düşüncelerin kendisi değil, bu zorlayıcı düşünceler hakkında yaptıkları değerlendirmelerdir. OKB'li kişiler, sıkıntı verici bu düşünceler üzerinde kişisel sorumlulukları olduğu yönünde hatalı değerlendirmelere sahip oldukları için abartılmış sorumluluk duygusunu ortadan kaldırmak ya da etkisizleştirmek adına işlevsel olmayan çabalar içerisine girerler (Salkovskis, 1989).

Bir zorlayıcı düşünce ile bir obsesyon arasındaki fark, onun oluşumu, içeriği ya da kontrol edilemezliği değildir. Onu patolojik kılan, zorlayıcı düşüncenin değerlendirilme ya da yorumlanma şeklidir. Zorlayıcı düşünceler ilk kez ortaya çıktığında duygusal olarak yansızdır. Kişinin önceki yaşantıları ya da düşüncelerine paralel olarak olumlu, olumsuz ya da yansız duygusal bir anlam kazanır. Herhangi bir düşünce, birey tarafından yüksek kişisel sorumluluk ve anlam taşıdığı biçiminde yorumlanırsa, obsesyona dönüşme potansiyeli taşır (Salkovskis, 1989).

#### **Anlamın Yanlış Yorumlanması Modeli:**

OKB'nin belirtilerini açıklamak için ortaya konan bir diğer model ise Rachman'ın “Anlamın Yanlış Yorumlanması” modelidir. Bu modelde, OKB tanısı alan kişiler, cinsellik, saldırganlık, kutsal değerlere hakaret gibi rahatsız edici içeriklere sahip zorlayıcı düşünce, imge ve dürtülerin anlamını hatalı yorumlayarak kendi ahlak sistemleri içerisinde, bu zorlayıcı düşüncelerden ötürü kendilerini günahkar, ahlaksız,

tehlikeli olarak tanımlarlar. Zorlayıcı düşünceler üzerine yapılan bu felaketleştirici ve hatalı yorumlamalar da OKB belirtilerinin şiddetlenerek devam etmesine yol açar. Obsesyonlar anlamın yanlış yorumlaması sürdükçe devam eder. Yanlış yorumlamalar zayıfladığında ya da ortadan kalktığında ise azalır (Rachman, 1997).

### **Bilişsel Kontrol Modeli:**

Obsesif kompulsif bozukluğun belirtilerini açıklayan bir başka model ise Clark (2007) tarafından öne sürülen “Bilişsel Kontrol” modelidir. Düşüncelerin kontrolü temelinde şekillenen bu modele göre, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler; bilinç düzeyinde istenmeyen düşüncelerin, imgelerin ya da dürtülerin engellenmesi, baskılanması ya da ortadan kaldırılması gerektiği inancına sahiptirler. Düşünceleri kontrol etmeye yönelik işlevsel olmayan bu türden çabalar, istem dışı ortaya çıkan düşünce, imge ya da dürtülerin daha yoğun olarak yaşanmasına yol açmaktadır (Clark,2007).

### **2.1.4.2. Genetik**

Genetik araştırmalarda 3 ana metod kullanılır:

1. Populasyon genetiği ve aile çalışmaları (genetik epidemiolojik araştırmalar)
2. Sitogenetik çalışmalar
3. Moleküler genetik çalışmalar (Arısoy,2004)

Önceki yıllarda daha çok psikolojik etiyolojiye sahip bir hastalık olarak düşünülen OKB'nin nörobiyolojisi ile ilgili araştırmalar son yıllarda giderek artmış ve önemli bulgular ortaya konmuştur (Eşel,2000).

OKB'de ailesel geçiş için 1930'lardan beri güçlü kanıtlar ortaya konmuştur (Stewart ve Pauls,2010). Modern aile çalışmalarının tamamı olmasa da birçoğu jenerasyonlar arasında hastalığın geçişine yatkınlık oluşturacak genetik kanıtlar ortaya çıkarmaktadır (Vardar,2000). Aile çalışmaları gözden geçirildiğinde özellikle erken başlangıçlı ve tik bozukluğunun eşlik ettiği OKB olgularında genetik geçişli, destekleyen sonuçlar elde edildiği görülür (Pauls ve ark. 1986, Pauls ve ark. 1991).

Lenane ve arkadaşları yaptıkları çalışmada OKB'li çocuk ve ergenlerin birinci dereceden akrabalarında %20-25 oranında genetik geçiş saptamışlardır. Bu yüksek sonuçlar örneklemin ortalama yaşının düşük olmasına bağlı olarak erken başlangıcın daha fazla ailesel yüklülük ve daha yüksek geçişle neden olabileceğine bağlanmıştır ( Lenane ve ark. 1990). Nestdat ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada elde edilen bulgular, OKB olgularının birinci derece yakınlarında kontrol grubuna göre yaklaşık beş kat daha fazla OKB tanısı olduğunu ortaya koymuştur (Nestdat ve ark. 2000).

OKB de sınırlı sayıda ikiz çalışması vardır. İkiz çalışmalarının önemi tek ve çift yumurta ikizleri arasında eş hastalanma oranlarının farklı olması ile ortaya çıkar. Tek yumurta ikizleri genetik yapıları itibarı ile özdeşlerdir (Vardar,2000). OKB için MZ ikizlerde konkordans oranı %75 iken DZ ikizlerde bu oran % 47'dir (Arısoy,2004).

#### **2.1.4.3. Nöroanatomi**

Bazal gangliyonlarda işlev bozukluğuna dair kanıtlar, nörogörüntüleme çalışmaları ile Tourette sendromu (TS), Sydenham koresi, Huntington koresi gibi bazal ganglionları ilgilendiren nörolojik hastalıklarla OKB arasındaki ilişkileri irdeleyen araştırmalardan elde edilmiştir. İlk nörolojik temelli OKB tanımı, Constantin von Economo'nun ciddi influenza enfeksiyonları sonrası bazal gangliyonlarda yapısal hasar oluşan hastalardaki postensefalitik Parkinson hastalığı üzerine olan tezinden kaynaklanmaktadır (Karşlıoğlu ve Yüksel,2007).

Bazal gangliyonlar motor davranışların düzenlenmesi yanı sıra bilişsel işlevlerin yürütülmesinde de önemli rol oynamaktadır. Sydenham koresi, Tourette hastalığı ve Huntington hastalığı gibi bazal gangliyonlardan köken alan; hareket bozuklukları ile karakterize hastalıklarda da obsesif kompulsif belirtilerin sık görülmesi; OKB etiolojisinde bazal gangliyonların rolünü desteklemektedir. Nitekim kaudat nukleus ya da putamende yerleşen fokal bir lezyon; deney hayvanlarında nukleus kaudatusta oluşturulan hasarın obsesif-kompulsif belirtilere neden olması, OKB'nin patogenezinde bazal gangliyonların ve özellikle singulat girusun önemli rol oynadığına işaret etmektedir (Bayraktar,1997).

Obsesif Kompulsif Bozukluklu hastaların beyinlerinin normal insanların beyinlerinden farklılık gösterdiklerine ilişkin bulgular saptanmaktadır (Berksun,2003).

OKB'nin patofizyolojisinde orbitofrontal-limbik-bazal gangliyon disfonksiyonu olduğuna yönelik güçlü bulgular fonksiyonel görüntüleme çalışmalarından gelmektedir (Eşel,2000). Örneğin son yıllarda yapılan birtakım öncü MRI çalışmalarında beyaz cevher miktarında belirgin azalma tespit edildiği bildirilmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluklu hastalardaki bu beyaz cevher kütleindeki azalma, beyaz cevherin sinir uzantılarının (akson) bulunduğu beyin dokusu olması nedeniyle beyin bölgeleri arasında daha az iletişimin gerçekleştiğini düşündürmektedir. Metabolik anatomi üzerinde yapılan PET çalışmalarında da belirli beyin bölgelerinde anormal metabolik aktivitelerin tespit edildiği bildirilmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk belirtileri bazı nörolojik hastalıklarda da ortaya çıkmaktadır. Obsesif Kompulsif Bozukluğun istemsiz hareketler, tikler ve vokalizasyonlarla seyreden Tourette Sendromu ile birlikteliği bu sendromla olan genetik ilişkisini gündeme getirmektedir. Bazı araştırmacılar Obsesif Kompulsif Bozukluğun tik bozuklukları ile genetik ortak bir zemine sahip olduğu hipotezlerini ileri sürmektedirler. Obsesif Kompulsif Bozukluğun birlikteliğinin çok sık görüldüğü diğer bozukluklar, tirikotilomani (saç yolma hastalığı), vücut dismorfik bozukluğu, hipokondriazisdir ki bütün bu bozukluklarla ilişki araştırmalarda biyolojik ortak bir zemin arayışını teşvik etmektedir (Berksun,2003).

#### **2.1.4.4. Nörokimya**

##### **Serotonin:**

Son yıllarda OKB'de yeni terapötik yaklaşımlar tedaviye dirençli ve kronik olan bu bozukluğa bilimsel ilgiyi artırmıştır. Serotonin reuptake blokerlerinin faydalı etkilerinden yola çıkılarak yapılan serotonerjik sistem araştırmaları çelişkili sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Bununla beraber serotonerjik sistemin önemli bir rol oynadığı ileri sürülebilir. (Duran,1993).

OKB'de nörotransmitter düzeyinde bir bozukluk olabileceği varsayımından yola çıkılarak yapılan araştırmalarda, merkezi serotonerjik sistemdeki işlev bozukluğunun etiolojide rol oynadığı ileri sürülmüştür. Serotonin geri alımını engelleyen klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin gibi ilaçların OKB'nin belirtilerini yatıştırması bu görüşü desteklemektedir (Tükel ve ark. 2006).

Serotonerjik nöronlar, nöronal şebekede bütünleyici bir rol üstlenirler. Duyusal, motor veya otonomik fonksiyonları olmamasına rağmen koordine edici ve düzenleyici bir işleve sahiptirler. Serotonerjik nöronlar cevap verme latansını (dürtüsellik) düzenleyip duygudurum ve özsaygıyı dengede tutarak sosyal davranışı kolaylaştırırlar. Ön beyindeki serotonerjik aktivitenin azalması; artmış irritabilite, labil duygudurum, stresle başa çıkma yetisinde azalma, heyecan arama-risk alma davranışı ve kendine ve dışarıya yönelik agresyonla ilişkilendirilir (Baumgarten ve Grozdanovic 1998).

SGİ serotonerjik sinapslarda, sinaptik aralıkta serotonin miktarında göreceli bir artışa neden olur. Buna karşılık postsinaptik aralıkta serotonin miktarında göreceli bir artışa neden olur. Buna karşılık postsinaptik membrandaki serotonin reseptör sayısında bir artış (upregülasyon) olmaktadır. Bu biyokimyasal süreç tedavi sürecinde kendisini, bazen obsesif kompulsif belirtilerin artışı ile göstermektedir. Ancak kısa bir süre sonra (3-7 gün) postsinaptik membrandaki reseptör sayısı azalır (down-regülasyon) ve böylece ilaçların tedavi edici etkileri ortaya çıkar (Bayraktar,1997)

### **Dopamin:**

Serotonin varsayımı, OKB'nin patogenezinin açıklanması için gerekli ancak yetersiz bulunmuştur. OKB patogenezinde serotoninin yanı sıra, dopamin nörotransmisyon sisteminin de rolünün olabileceğini destekleyen çeşitli bulgular mevcuttur (Tükel ve ark. 2006). Yüksek doz stimülan uygulanmasını takiben belirtilerin oluşması ve sonrasında antidopaminerjik ilaçlarla OK belirtilerin düzeldiğinin gözlenmesi, patogenezinde dopaminin rolü olduğu tezini kuvvetlendirmektedir. Stimülana bağlı olgularda, OK davranışlarla ilgili psikolojik gerginlik izlenmemektedir. Bu ise tekrarlayıcı düşünce ve davranışların dopaminerjik aşırı aktivasyona bağlı olabileceği, ancak egodistonisite için serotonin işlev bozukluğunun daha önemli olduğu yönünde spekülasyona neden olmuştur (Karşlıoğlu ve Yüksel,2007).

Kindler ve ark. (1993), OKB ve şizofreni ilişkisini irdeleyen bir makale yayınlamışlardır. OKB patofizyolojisinde serotonerjik sistemin yanı sıra dopaminerjik sisteminde rol oynadığı, özellikle dopaminerjik hiperaktivitenin söz konusu olabileceği vurgulanarak dopaminerjik sistemin rolüne ilişkin prelinik ve klinik kanıtlar şöyle sıralanmıştır:

1) Dopamin iletimini artıran amfetamin, bromokriptin, apomorfine ve L- dopa gibi dopaminerjik ajanların yüksek dozlarda uygulanmasıyla hayvanlarda stereotipi tetiklenir.

2) D2 agonisti sıçanlara uygulandığında, sıçanlarda perseverasyon ortaya çıkmaktadır. İnsanlara uygulandığında OKB belirtilerine benzeyen davranışlar ortaya çıkmaktadır.

3) Bazal ganglion ve ventral tegmental bölgedeki dopamin içeren hücrelerin hasarlandığı hastalıklarda obsesif kompulsif belirtiler sık görülür (Karahana, 2006).

### **2.1.5. OKB Semptomatolojisi**

OKB hastalarının davranışları gözlemlendiğinde, çoğunlukla temiz giyimli, ağırbaşlı, vakur ve resmi bir tavır içinde oldukları görülür. Jestleri ve mimikleri pek az şey ifade eder. Davranışlarının aşırı kontrollü vasfı konuşmalarına da yansır; kullandıkları cümleler genellikle uzun ve ayrıntılı olup resmi deyim ve terimlerle veya kalıplaşmış ifadelerle doludur. Olayları bitmek bilmez ayrıntılar ile aktarırken bazen beraberlerinde getirdikleri yazılı notlara başvururlar. Düşünce ambivalans belirgin olarak gözlenir ve kararsızlık içinde hem kendisi bunalır hem de çevresindekileri bunaltır. Uğurluluk ve uğursuzluk kavramı gibi majik düşünce örneklerine bu hastalarda sık rastlanır (Karaca ve Doksat, 1998).

Obsesyon ve kompulsyonların bir tam ortak özellikleri şu şekildedir: Fikir veya impuls kişinin bilinçli uyanıklığına sürekli kendini sokmaya çalışır. Ana belirtiyse anksiyeteli bir korku duygusu eşlik eder ve sıklıkla kişinin başlangıç fikrine ve dürtüsüne karşı tedbir almasına yol açar. Obsesyon ve kompulsyon egoya yabancıdır. Kişinin kendi psikolojik yapısından farklı olarak yaşantılanır. Kişi obsesyon ve kompulsyonların anlamsız ve saçma olduğunu bilir. Kişinin obsesyon ve kompulsyona karşı koymak için şiddetli bir arzusu vardır. Fakat hastaların sadece % 50'si kompulsyonlara karşı koyar, çünkü kişinin karşı koyma çabası esnasında ortaya çıkan ve giderek artan gerginlik kompulsyonun kabul edilmesi ile hemen sakinleşir.

Kompulsiyonlara karşı koymada tekrarlayan başarısızlıkları takiben kişi vazgeçebilir ve artık onlara karşı koyma arzusunu taşımaz (Babaoğlu ve ark. 2012).

OKB'da en sık kirlenme (bulaşma) kuşku, somatik, düzenlilik, cinsel ve dini konularda obsesyonlar görülmektedir. Sık görülen kompulsiyonlar ise kontrol etme, yıkanma, sayı sayma, soru sorma veya itiraf etme ihtiyacı, simetri ve kesinlik, biriktirme konularını kapsamaktadır (Bayraktar,1997).

OKB'nin semptom kümeleri içerisinde en sık görüleni, %25-55 oranlarıyla bulaşma obsesyonudur (Karaca ve Doksat, 1998). Hasta kendinin veya sahip olduğu bazı eşyaların veya giyisilerin temizlenemediğine, kirli olduğuna dair, kendisinin veya yakınlarının mikrop kapabileceğine dair bir düşünceye kapılabilir. Bu düşüncelerle örneğin elini defalarca yıkayabilir. Durdurulamaz bir şekilde evin temizliği ile uğraşabilir (Berksun,2003). Yıldırım ve arkadaşlarının iki yüz kırk OKB'li hasta üzerinden yaptıkları bir araştırmada kirlenme obsesyonu kadın hastaların %67,1'inde görülürken erkek hastalarda bu oran %33 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada kirlenme obsesyonlarına eşlik eden temizlenme kompulsiyonlarının oranları kadın hastalarda %74,5 erkek hastalarda ise %41,8 olarak belirlenmiştir (Yıldırım ve ark. 2009).

İkinci sıklıkta görülen şüphe obsesyonunu kontrol etme kompulsiyonu takip etmektedir (Babaoğlu ve ark. 2012). Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumu, kuşku obsesyonu olarak tanımlanır. Bu tür obsesyonu olan bir kişi, ütüyu prizden çekip çekmediğinden, kapıyı kilitleyip kilitlemediğinden emin olamaz. Bu obsesyon genellikle bir tehlike durumuna işaret ettiğinden ardından güvenliği sağlamakla ilişkili kontrol etme kompulsiyonları gelir. Kontrol etme kompulsiyonlarına örnek olarak; hava gazı musluğunun kapalı olup olmadığının ya da ütünün prizde unutulup unutulmadığının yineleyici tarzda kontrol edilmesi verilebilir. Bu tür kompulsiyonlar evde yaşayanların hava gazından zehirlenmesi, evin havaya uçması ya da yangın çıkması gibi saldırganlık ve şiddet içerikli obsesif düşünceler yer almaktadır (Tükel ve ark. 2006). Bulaşma obsesyonları grubuna nispetle, bu grupta semptomların daha erken ortaya çıktığı, hekime daha erken baş vurulduğu, bekar ve erkek olma oranının daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Karaca ve Doksat, 1998). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkek hastaların %44,3'ünde kontrol etme kompulsiyonu varken kadınlarda bu oran %42,2 olarak saptanmıştır (Yıldırım ve ark. 2009).

Üçüncü sıklıkta görülen semptom kümesi ise, bir kompulsiyon olmaksızın sadece zihne yerleşen ısrarlı obsesyonel düşüncelerin mevcudiyetiyle karakterizedir. Genellikle cinsel veya saldırganca bir eylemle ilişkili tekrarlayıcı düşünceler şeklinde kendini gösteren bu tip obsesyonlar kendini ayıplama duygusunu da beraberinde getirir (Karaca ve Doksat, 1998). Saldırganlık obsesyonlarında kendi çocuğu, yakınları veya başkalarına zarar verme ve öldürme düşünceleri sık sık düşünce alanını işgal eder. Saldırganlık obsesyonları bulunan hastaların %68'inde cinsellikle ilgili obsesyonlar da vardır (Bayraktar,1997). Saldırganlık, dini ve cinsel obsesyonlarının diğer obsesyonlardan farklı bir doğası bulunmaktadır. Bu obsesyonlar diğerlerine oranla kişinin daha fazla utanabileceği, kendi kişiliğine ve moral değerlerine tamamen aykırı olarak algıladığı, kendini günahkar ve küçük düşmesine sebep olacak şekilde hissettiren düşüncelerdir. Klinik olarak daha fazla rahatsız edici ve daha fazla anksiyete oluşturan bir niteliğe sahiptirler. Bu nedenle bu tür obsesyonlarla ilgili içgörü düzeyi daha fazla olabilmektedir (Beşiroğlu ve Ağargün,2006). Beşiroğlu ve arkadaşlarının farklı sosyodemografik özelliklere sahip kişilerden meydana gelen örnekleme yaptıkları bir çalışmada saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar diğer belirti kategorilerine kıyasla daha fazla olarak olağan olmayan bir durum ve ruhsal hastalık belirtisi olarak tanımlanmıştır (Beşiroğlu ve ark. 2010).

Simetri ve düzen obsesyonları, nesnelere ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla ilişkili obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlara yanıt olarak, bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki simetri/düzenleme kompulsiyonları ortaya çıkar (Tükel ve ark. 2006).

Somatik obsesyonlar, kanser, AIDS, kuduz gibi hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanmayla ilgili olabilir. Böyle durumlarda sürekli bu hastalıklara yakalanma korkusu içindedir ve korumak için çeşitli önlemlere başvurmaktadır. Bu tür korkulara, hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrolü, onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar eşlik eder (Tükel ve ark. 2006).

Manevi değeri veya kullanım alanı olmadığı halde bir takım nesnelere, eşyaları biriktirme gereksinimi, atmaya veya elden çıkarmaya yönelik yoğun kaygıların



yaşanması, biriktirme obsesyon ve kompulsiyonları olarak tanımlanır (DSM-IV-TR,2007).

### 2.1.5.1. Tanı Ölçütleri

DSM-5'e göre OKB için tanı ölçütleri şu şekildedir (DSM-5,2014):

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelerle, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

**Not:** Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

- B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilgili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

*Varsa belirtiniz:*

**İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi:** Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımıdadır.

**İçgörüsü kötü:** Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

**İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar:** Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

*Varsa belirtiniz:*

**Tik’le ilişkili:** Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

ICD-10'a göre OKB tanı ölçütleri şu şekildedir (ICD-10,2010):

Obsesyonel belirtiler veya kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere uygun olmalıdır:

- a) Bunlar, kişinin düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.
- b) Bu düşünceler ya da hareketlerden en az birine karşı, kişi, direnç gösteriyor olmalıdır. hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler veya hareketler bulunabilir.
- c) Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur).
- d) Düşünceler, imgeler ve dürtüler, rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

ICD-10'da OKB ile ilgili alt başlıklar şunlardır:

1. F42.0: Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip
2. F42.1: Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip
3. F42.2: Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip
4. F42.8: Başka obsesif kompulsif bozukluklar
5. F42.9: Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

### **2.1.6. Komorbidite**

ECA çalışmalarından alınan verilere göre OKB'si olanların üçte ikisinde ayrıca bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır (Bayar ve Yavuz,2008). Obsesif kompulsif bozukluğun ayırıcı tanısında dikkate alınması gereken bozukluklar şizofreni, major

depresyon, Gilles de la Tourette hastalığı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğudur (Bayraktar,1997). OKB'de komorbid durumların varlığı tedavi yanıtını ve hastalığın seyrini etkiler. Obsesif ve kompulsif belirtilere ek olarak anksiyete belirtileri, otonom belirtiler, somatik yakınmalar, depresif duygudurum belirtileri ve hipomanik hatta manik belirtiler görülebilir. Çalışmaların büyük bir bölümünde %50 oranında I. eksen bozukluğunun ve %40 oranında II. eksen bozukluğunun OKB'ye eşlik ettiği görülmüştür (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu,2001).

Şizofreni ve OKB arasındaki komorbidite oranlarının, her bir bozukluğun ömür boyu yaygınlığından daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Calin ve ark. 2011). 1988'de ABD'de yapılmış toplum örneklemleri bir çalışmada iki hastalık arasındaki komorbidite oranı %12,2 olarak saptanmıştır (Tibbo ve Warnake,1999). Genellikle obsesyonların şizofrenideki psikotik fenomenlerden farklı ve ayrılabilir oldukları düşünülür. Ancak, klinik olarak ayırım yapmak sıklıkla zordur. Hem obsesyonlar, hem de hezeyanlar yanlış , saçma ve aşırı fikirlere dayanır ve içgörü temelinde ayrılabilir oldukları var sayılabilir. Obsesyonları olan hastalar obsesyonların kendi zihinlerinden gelmekte olduğunu fark ederler ve bunları patolojik zorlamalar şeklinde görürler. Hezeyanlar ise hasta tarafından benimsenir ve inanılır (Alpay ve Karşıdağ,2006). Şizofrenik hastalarda %1-15 oranında obsesif kompulsif semptom saptanmıştır. OKB gibi başlayan olguların ise %10'u ise şizofreniye dönüşmüştür (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu,2001).

Major depresyon obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden I. eksen tanılarında en sık görülenidir. Obsesif kompulsif bozuklukta depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %66, mevcut epizodda görülebilme olasılığı ise %33 bulunmuştur (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu,2001). OKB sıklıkla depresyonla birlikte daha kötüye gider (Masellis ve ark. 2003).

OKB hastalarının %20'sinde yaşam boyu tikler görülürken Tourette Sendromu yaygınlığı %5-10 olarak bildirilmiştir (Rasmussen ve Eisen,2002). Tourette bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk komorbiditesi yıllardan beri bilinmekte ve incelenmektedir. Tourette ve obsesif kompulsif bozukluğun birlikte görülmesi, tik sıklığı ve yaşın hiç etkisi olmaksızın Touretteli hastalarda saldırganlığı arttırmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu,2001).

Epidemiyolojik saha çalışmalarında OKB ile anksiyete bozukluklarının birlikte bulunma oranı major depresyon ile birlikte görülme oranından yüksektir. OKB'si olan kişilerde anksiyete bozukluklarının birlikte görülme sıklık oranı %24,5 ile 69,6 arasında verilmektedir (Bayar ve Yavuz,2008). Tükel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, OKB'de %17,7 oranında basit fobi, %15,6 oranında sosyal fobi, %12,2 oranında yaygın anksiyete bozukluğu ve %9,5 oranında panik bozukluk görüldüğü görülmüştür (Tükel ve ark. 2002).

Yapılan birçok çalışmada OKB ile bipolar bozukluk arasındaki komorbidite ortaya konmuştur. Perugi ve arkadaşlarının 315 OKB'li hasta ile yaptıkları bir araştırmada hastalığın çoğunluğu tip II olmak üzere, bipolar bozuklukla komorbidite oranı %15,7 olarak bildirilmiştir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda ise OKB ile bipolar bozukluğun yaşam boyu birlikteliği %12,4 olarak ortaya konmuştur (Karataş ve ark. 2013). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise bipolar bozukluk tanısı almış elli hastanın %24'ünde OKB birlikteliği ortaya konmuştur. Bu hastaların da %58,4'ünün OKB başlangıcının bipolar bozukluk başlangıcından önce olduğu bildirilmiştir (Ünal ve ark. 2007).

### **2.1.7. Tedavi**

OKB'nin tedavisinde psikodinamik psikoterapi uygulanabilir. Ancak psikodinamik psikoterapinin vazgeçilemez materyali olan sözcüklerin bu hastalarda büyüsel (majik) bir nitelik kazanması ve izolasyon mekanizmasının yoğun bir biçimde kullanılması, bu hastaların psikodinamik psikoterapiye oldukça sınırlı yanıt vermesine neden olmaktadır. Farmakoterapi ve/veya davranışçı-bilişsel terapi teknikleri hastalarda önemli ölçüde düzelmeye sağlamaktadır (Bayraktar,1997). Standart tedavi yaklaşımı tedaviye serotonerjik bir ilaçla başlamak (klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram, essitalopram gibi), yeterli etkinlik sağlanmazsa diğer farmakolojik stratejilere geçme şeklindedir (Bayar ve Yavuz,2008).

OKB'nin farmakolojik tedavisinde ilk öne çıkan, trisiklik antidepresan (TCA) grubundan klomipramindir. Klompiramin, TCA'lar arasında serotonin geri alımı üzerinde diğerlerinden daha potent bir etkiye sahiptir (Karşlıoğlu ve Yüksel,2007). OKB'de serotonin hipotezi, özgün serotonerjik ilaçların (SRI) seçici etkisi ve serotonin

agonistleri ile yapılan testlere dayanmaktadır. Klomipramin ve SSRI (Seçici serotonin geri alım inhibitörü) gibi serotonin geri alımını engelleyen ilaçların, OKB tedavisinde daha etkili oldukları gösterilmiştir (Karşlıoğlu ve Yüksel,2007). OKB'da pek çok değişik ilaç kullanılmış, fakat en umut verici gelişmeler trisiklik bir antidepresan ve serotonin reuptake blokleri olan klomipramin ile elde edilmiştir. 1968'de OKB'li hastalara klomipramini ilk uygulayanlardan biri olan Reynghe de Voxrie, ilacın obsessional semptomları azalttığını tespit etmiştir. 1970'lerde İngiltere ve Kanada'da bir seri doğrulayıcı fakat kontrol edilmemiş çalışma yapılmıştır. Daha yakın yıllarda klomipramin kullanan bir grup kontrollü çift-kör çalışmada ilacın obsessif-kompulsif semptomları azaltmada plasebodan daha etkili olduğu, hatta obsessionlara olduğu kadar kompulsiyonlara da faydalı olduğu gösterilmiştir (Duran,1993).

Patogeneizde serotoninin olası rolü, araştırmaları serotonerjik etkili diğer ilaçların OKB tedavisindeki etkinliğe yöneltmiştir. Aynı zamanda klomipraminin olumsuz yan etki profili de bu araştırmalara hız kazandırmıştır (Karşlıoğlu ve Yüksel,2007). Her ne kadar plasebo kontrollü yapılmış olan çalışmaların meta analizi klomipraminin SSRI'lardan üstün olduğunu gösterse de iki ilaç karşılaştırmalı çalışmalar bu izlenimi desteklememiştir (akt. Dilbaz ve Karamustafalıoğlu,2008).

Klomipramin tedavisinde, tedaviye 25-50 mg'lık dozlarla başlanır ve ilaç dozu 2-3 günde bir 25 mg'lık artışlarla 250 mg/gün'e çıkılır. Klomipramin tedavisinde diğer trisiklik ilaçlara benzer şekilde, sedasyon, hipotansiyon, cinsel disfonksiyon ve kolinerjik yan etkiler (ağız kuruluğu gibi) görülebilir. SSRI'lar genellikle trisiklik ilaçlardan daha iyi tolere edilirler, bu yüzden OKB tedavisinde birinci basamak ilaç olarak kullanılırlar. SSRI'lar, OKB tedavisi için genellikle depresyon tedavisi için önerilen günlük dozlarından daha fazla kullanılırlar (iki veya üç kat) (Bayar ve Yavuz,2008).

Ancak bu ilaçların obsesif-kompulsif hatalardaki etkinliği, antidepresif etkilerinden bağımsız olup depresyon bulunmayan obsesif-kompulsif hastalarda da etkilidir. Başka bir deyimle bu ilaçların antidepresif etkilerinden ayrı bir "anti-obsesyonel" etkileri vardır. Ayrıca antidepresif ilaçların bu etkinliği 3-4 hafta sonra ortaya çıkmaktadır. Oysa OKB' de kullanılmakta olan ilaçların etkilerinin görülmesi için tedavinin 10 haftadan fazla ve genellikle 16-18 hafta sürdürülmesi gerekir. Bu

nedenle antidepresif ilaç etkinliğine ilişkin araştırmalarda 6 haftalık bir deneme süresi yeterli olabilirken bu süre OKB' ye ilişkin araştırmalarda yaklaşık 16 hafta kadardır (Bayraktar,1997).

Davranışçı veya bilişsel davranışçı modele dayalı psiko-terapi obsesif bozukluğun tedavisinde oldukça etkilidir. Bilişsel davranışçı yöntem, Meyer' in 1966' da yayınladığı 'obsesyonel ritüelleri olan vakalarda beklentilerin değiştirilmesi' isimli çalışmasıyla ortaya çıkmıştır. Onun çalışması bugün 'maruz bırakma ve yanıt önleme' diye bilinen tedaviye ve nihayetinde bilişsel-davranışçı tedavilere öncülük etmiştir (Salkovskis,2007).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) davranışlar ve bilişler üzerinde değişiklik yaparak kaygı uyandırıcı düşünmeyi ve belirtilerin sürmesinde etkili olan davranışları değiştirmeyi/azaltmayı amaçlamaktadır (Antony ve Swinson 2001, Türkçapar ve şafak 2012).

OKB' nin tedavisinde iki etkin yöntem tanımlanmıştır: Bilişsel davranışçı tedavi ve farmakoterapi. Çok sayıda araştırma obsesif kompulsif belirtilerin tedavisinde ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini desteklemektedir (Abramowitz 1997, Alonso ve ark. 2001, Eddy ve ark. 2004, Houghton ve ark. 2010).

Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) bilişsel davranışçı tedavisinde etkin tedavinin uygulanması hastalığın ve bunun her bireydeki yansımasının tam olarak anlaşılmasına bağlıdır. Tedavi planı, teorik bilgilere dayalı standart ölçümler ve hastaya özgül yaklaşımları birleştirerek yapılan değerlendirilme sonucu oluşmuş hastaya ait formülasyon temel alınarak oluşturulmalıdır. Oluşturulan bu tedavi planı, teorik olarak elde edilmiş olup deney ve gözlemlere dayalı tedavi stratejisine dayandırılmalıdır (Lapsekili ve Ak,2012). Değerlendirme, hastanın terapisi boyunca devam eden, yeni veriler elde edildikçe formülasyonu ve dolayısıyla tedavi planını şekillendiren dinamik bir süreçtir. Obsesyonel düşünce, imaj ve dürtülerin değerlendirilmesi obsesyon kavramının doğasından dolayı zor olabilir. Obsesyonların içeriği dini, cinsel vb. belli başlı temalarla sınırlıymış gibi görünse de, terapi esnasında ele almak durumunda kaldığımız obsesyonel materyal hastanın bireysel olarak uğraşları ve yaşantılarına özeldir.

Çok sayıda kontrollü çalışmada “maruz bırakma-yanıt önleme” (Exposure-Response Prevention/ERP) gibi davranışçı müdahalelerin OKB’de etkin bir tedavi olduğu gösterilmiştir. Maruz bırakma (exposure), korkulan bir durumla yüzleşmeyi ifade eder (ör. kirli objelere dokunma, yazılı ödevde kasten yanlış yapma, yanlış sayıda iş yapma, kişiyi anksiyete oluşturan düşüncelere, kelimelere, imajlara maruz bırakma). Yanıt önleme (response prevention) ise kompulsiyon, ritüel ve koruyucu davranışların ortadan kaldırılmasını amaçlar (Şafak ve ark. 2013).

Obsesif-kompulsif bozukluğun bilişsel tedavisinden söz edildiğinde, akla ilk gelen biliş ve obsesyon bağlantısıdır (Gökçakan,2005). Bilişsel terapi seanslar sırasında obsesyonların temelindeki yanlış inanç ve otomatik düşünceler belirlenir ve çeşitli tekniklerle bunların doğruluk dereceleri sınanır. Seanslar dışındaki ev ödevleri sırasında hastalardan, kendilerindeki otomatik düşünceleri saptamaları ve bunların doğruluğunu sınamaları istenir (Bayraktar,1997).

## **2.2 Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları**

### **2.2.1. Tanım**

Travmalar, bireyin bedensel bütünlüğünü tehdit eden ya da zarar veren yaşantılar olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik ve fiziksel travma yaratan başlıca olaylar, savaşlar, çatışmalar, resmi görevliler tarafından uygulanan şiddet, silahlı grupların uyguladıkları şiddet, politik nedenli şiddet, işkence, politik olmayan nedenlerle şiddet, aile içi özellikle çocuklara ve kadınlara yönelik şiddet, aile içi veya dışı cinsel saldırı ve suistimaller, bireylerin/grupların hasımlarına uyguladıkları şiddet, topluluklara uygulanan baskı ve şiddet, trafik kazaları, iş kazaları, yangın ve doğal afetlerdir (akt. Şahiner,2010).

DSM-VI’te travma, kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olma durumu olarak tanımlanmaktadır (DSM-IV-TR,2007). ICD-10’a göre ise travma, kişiyi tehdit eden ya da yıkıcı nitelikte olağandışı stresli bir olaya ya da duruma karşı, gecikmiş ya da uzamış



olarak ortaya çıkan uzun ya da kısa süreli bir yanıttır. Bu olay hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek nitelikte olmalıdır (doğal ya da insanların neden oldukları yıkımlar, savaşlar, ciddi kazalar, başkalarının vahşi bir biçimde öldürülmesine tanık olmak, işkence, terör, tecavüz veya benzer saldırıların kurbanı olmak) (ICD-10,2010).

Ruhsal travma yaratan olaylar, kişinin yaşamı ve fiziksel bütünlüğü yanında dünyadaki yeri ve kendisi ile ilgili değerlerini de tehdit eder, insanın kendine ve evrene duyduğu temel güven duygusunu sarsar. Felaket öncesinde kendini yeterli ve etkili hisseden bir insan felaket sonrası özsaygı ve güven duygularında ani bir aşınma yaşar. Kendini değerli ve güvende hissetme, dünyayı anlamlı ve kabul edilebilir görme, diğer insanları iyi ve yardımsever bulma, kırılmazlık ve incinmezlik gibi duygular tehdit altında kalır. Birey dünyayı tehlikeli, kendisini de yetersiz olarak algılamaya başladığında bu düşünce “kontrol kaybı” algısına neden olur. Kontrol kaybının neden olduğu korku, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ise depresyon ve anksiyete ile birlikte tablonun süreğenleşmesine neden olmaktadır (Oflaz,2008).

Travmatik yaşantılar içinde ise kuşkusuz dayanılması en güç durumlardan biri, travma ile baş edebilecek yeterli gücün olmadığı çocukluk çağında karşılaşılan travmatik olaylardır (Şar,1997). Çocukluk çağında yukarıda bahsedilen travma yaratabilecek olaylardan başka çocuğun bulunduğu sosyal koşullar, bakım veren kişinin yetiştirme tarzı, temel güven duygusunu zedeleyecek, bağlanmayı ve kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyecek davranışlar gibi dinamik etkenler de ileride psikiyatrik patolojilere yol açabilmektedir. Toplum tarafından travma denilince akla genelde tecavüz, işkence, şiddet gibi olaylar gelse de yukarıda bahsedilen olaylar da travma kapsamındadır (akt. Şahiner,2010).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, bakım verenler ya da yabancılar tarafından çocuğun, fiziksel, psikolojik sağlığına zarar verecek, sosyal gelişimini engelleyecek şekilde çocuğu uygulanan tüm duygusal, fiziksel ve cinsel davranış, ihmal ve ticari amaçla sömürüyü kapsar (Şahin,2008).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları kavramı incelenirken literatürde en çok çocuk istismarı ve ihmali üzerinde durulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun 1999 tanımına göre “çocuk istismarı” (child abuse) veya çocuğa karşı kötü muamele; sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumuna, sağlığına, yaşamına,

gelişimine, değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel istismar, ihmal ve her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren tüm saldırgan davranışlardır (akt. Yarar ve Yarış,2011).

'Çocuk ihmali' ise, başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (Turhan ve ark. 2006).

### 2.2.2. Sınıflandırma

Terr (1991), çocukların yaşadıkları travmaları tip I ve tip II olarak ikiye ayırmaktadır. Tip I travmalar araba kazası, silahlı saldırı gibi 'tek ve ani vuruşlu travmalar'dan oluşmaktadır ve klasik DSM belirtileri olan yeniden yaşantılaşma, kaçınma, artmış uyarılmışlık belirtileri ile sonuçlanır. Tip II travmalar ise çocuk istismarı örneklerinde olduğu gibi değişik, çoklu, uzun süreli travmalardan oluşmaktadır ve yadsıma, duyarsızlaşma, disosiyasyon ve öfke gibi belirtilerle gider (Oğuz ve Kılıç,1999).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre çocukluk çağı travmaları istismar başlığı altında incelenmiş, ihmal de istismar olarak kabul edilmiştir. Buradan hareketle çocukluk çağı travmaları 4 grupta incelenebilir:

**Fiziksel İstismar:** Çocuğun kaza dışı nedenlerle yaralanması veya ailesi tarafından yeterince gözetilmemesine bağlı gelişen kazaları kapsar. Kaza dışı travmalar genellikle çocuk anne-babası tarafından cezalandırılmak istendiğinde veya anne-baba kontrolünü kaybettiğinde ortaya çıkar. En sık dövme şeklinde görülür. Tipik başvuru şekli ebeveyn tarafından nasıl meydana geldiği çok iyi açıklanamayan morarmalardır. Daha seyrek olarak ise yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler, asfiksi ve boğulma görülebilir (Kara ve ark., 2004).

**Cinsel İstismar:** Çocuk istismarı türleri içerisinde saptanması en zor olan istismar türüdür. Cinsel istismar, psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun bir erişkin tarafından cinsel doyum için kullanılmasıdır. Tecavüz, ensest, teşhircilik, çocuk pornografisi, cinselliği kışkırtan konuşmalar, pornografik film

seyrettirme, cinsel organları okşama ve oral sekse kadar değişen eylemler cinsel istismar spektrumunu içindedir (Kara ve ark., 2004).

**Duygusal istismar:** Duygusal istismar ve ihmal oldukça sık görülmekle birlikte, fark edilmesinde, tanımlanmasında, anlaşılmasında ve yasal olarak kanıtlanmasında güçlük yaşanmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Duygusal istismar, çocukların gereksinim duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik hasara uğratılma durumudur . UNICEF duygusal istismarı ve ihmali çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun, topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlamıştır (Turhan ve ark., 2006).

Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, yasının üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeş ayrımı yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, aşırı baskı ve otorite kurma, lakap takma, bağımlı kılma ve aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir (Kara ve ark., 2004).

**İhmal:** Çocuğa bakmakla yükümlü kişinin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesi, beslenme, giyim, tıbbi, sosyal ve duygusal gereksinimler ya da yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme gibi, çocuğu fiziksel ya da duygusal yönden ihmal etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Tırasçı ve Gören, 2007). İstismar ve ihmali ayıran önemli nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olmasıdır (Kara ve ark., 2004).

DSM IV-TR göre istismar ve ihmal, 'klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar' başlığı altında beş kategoriyle tanımlanır (DSM-IV,2007).

- Çocuğun fiziksel istismarı
- Çocuğun cinsel istismarı
- Çocuğun ihmal edilmesi
- Erişkinin fiziksel istismarı
- Erişkinin cinsel istismarı

### 2.2.3. Etiyoloji

Çocuk istismarının gerçekleşebilmesi için üç faktörün bir arada olması gerekmektedir: 'Uygun anne-baba, uygun çocuk, uygun zaman (kriz dönemi)'. Dördüncü bir faktör olarak ağır fiziksel cezalara kültürel toleransın eklenmesi önerilmiştir (Kara ve ark., 2004).

**Uygun anne-baba:** Çocuk istismarı %95 olasılıkla çocuğun anne-babaları tarafından yapılmaktadır. İstismarcı anne-babalar tüm etnik, coğrafik, dini, eğitimsel, mesleki ve sosyo-ekonomik gruplardan çıkabilseler de sosyo-ekonomik açıdan avantajsız kabul edilen gruplardan çıkma olasılığı daha fazladır. Kadınlar genellikle çocukların bakımından birinci derecede sorumlu olduğundan, istismardan erkeklere göre daha fazla sorumludur. Ancak baba da evdeyse özellikle de işsizse bu istatistik tersine dönmektedir. Anne-babalarda ilaç veya alkol bağımlılığı ile psikotik sorunların varlığı istismar riskini artırmaktadır. İstismarcı anne-babalar genellikle kendi kişisel memnuniyetini çocuğunkinden üstün tutan, çocuğu gereksinimlerini karşılayacak bir alet yerine koyan, çocukla ilgili gerçekçi olmayan beklentileri olan, katı, duygularını kontrol edemeyen kişilik yapısındadır. Çocuk anne-babasının beklentilerini kaçınılmaz olarak karşılayamadığında anne-baba bunu hıyanet olarak algılar ve kızar, sık sık çocuğu cezalandırma yöntemine başvurmaya başlar (Kara ve ark., 2004).

**Uygun çocuk:** İstismara uğrayan çocukların bazı özellikleri vardır. Çoğunlukla istenmeyen gebeliklerden doğan, gayri meşru, anne-babanın istediği cinsten olmayan, kriz dönemlerinde doğan, annesinin sık aralıklarla gebe kaldığı çocuklar istismara açıktır. Bu çocuklarda sıklıkla kötü beslenme, huysuzluk, uyku düzensizlikleri, aşırı ağlama, hiperaktivite, davranış bozuklukları, mental veya fiziksel sorunlar, kronik hastalıklar gibi başka sorunlar da eşlik eder. Konjenital anomali, prematürite, ikiz eşi olmak veya annenin sorunlarına bağlı olarak erken dönemde anne-bebek ayrılığı öyküsü, dolayısıyla da anne-bebek bağının iyi kurulamamış olmasına sık rastlanır (Kara ve ark., 2004).

**Uygun zaman (Kriz dönemi):** İstismarın sık yaşandığı dönemler sıklıkla anne-babanın başa çıkma mekanizmalarının tükendiği, kriz yaratan durumlar tarafından tetiklenir. Bunlar arasında ilk akla gelenler maddi sorunlar, işsizlik, ailevi tartışmalar, hastalıklar ve anne babadan birinin olmayışıdır (Kara ve ark., 2004).

#### 2.2.4. Epidemiyoloji

Çocukluk çağı istismarının yaygınlığı ile ilgili olarak tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. Bu konuda yapılmış olan istatistiksel çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bu farklılık, istismar kavramının tanımlanmasından, farklı örnek grupları kullanılmasından, bölgesel farklılıklardan ve sosyal stigmatizasyondan kaynaklanmaktadır (akt. Kalkay,2009).

Değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda, fiziksel istismar sıklığı %0.45-64 gibi çok geniş aralıkta bildirilmiştir (Topbaş, 2004). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1993 yılında yapılan bir araştırmada, çocukların yaklaşık %1'inin istismara, %15'inin ihmale uğradığı belirtilmiş ve bunun gerçekte olduğundan daha az görünen kısım olduğu da eklenmiştir (akt. Kaya,2009). Brown ve arkadaşları, yapmış oldukları bir araştırmada 776 kişiyi 1975 yılından itibaren 5 yaşından 22 yaşına kadar izlemişler ve 639 kişinin fiziksel ve/veya cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir (Brown ve ark. 1999). Bir başka araştırma Johnson ve arkadaşları tarafından New York'ta 639 kişi üzerinden gerçekleştirilmiş ve genel istismar oranı %12 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada fiziksel istismar olayı %6,9, cinsel istismar oranı %3,4, ihmal oranı ise %6,1 oranında tespit edilmiştir (Johnson ve ark. 1999). Cappelleri ve arkadaşları araştırmalarında fiziksel istismara uğrama oranının yaklaşık olarak 4,95/1000 olarak saptamışlar ve toplamda 1986 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde tahmini 311.524 çocuğun fiziksel istismara uğradığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada cinsel istismar oranı 2,11/1000 olarak saptanmış ve toplamda 133.619 çocuğun cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir (Cappelleri ve ark. 1993).

Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali, önemli bir sağlık sorunu olmasına karşın yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır ve gerçek rakam belli değildir. Dünyada %1-10 sıklığında görülen çocuk istismarı, ülkemizde %10-53 olarak belirtilmektedir. Cinsiyete göre dağılımın ise kız çocuklarında %34,6, erkeklerde %32,5 oranında olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Kaya,2009). Ülkemizde, Ankara ve Adana illerinde toplum örneklemleri fiziksel istismar araştırılmış ve Ankara için %46,44 oranında fiziksel istismar bildirilirken Adana için bu oran %61,5 olarak rapor edilmiştir ( Yalın ve ark. 1995). Ülkemizde 2002 yılında yapılan bir başka çalışmada, genel

çocukluk çağı istismar oranı %33 olarak saptanmış ve bunların %20,2'sinin fiziksel, %18,5'inin cinsel, %36,3'ünün duygusal istismar olduğu bildirilmiştir (Özçelik,2002).

Cinsel istismara uğramış olguların yalnızca %15'nin bildirildiği düşünülmektedir (akt. Kurdoğlu ve ark. 2010). Cinsel istismarın yaygınlığı hakkında bildirilen oranlarda büyük farklılıklar görülmektedir (Gorey ve Leslie,1997). Pereda ve arkadaşları 21 farklı ülkeden belirledikleri bağımsız araştırmaları incelemişler ve cinsel istismar yaygınlığı için bildirilen oranları kadınlar için %0 - %53 ve erkekler için %0 - %60 olarak rapor etmişlerdir (Pereda ve ark. 2009). Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12 - %17, erkekler için %5 - %8 olduğu düşünülmektedir (Gorey ve Leslie,1997). 2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 88.000'den fazla çocuğun cinsel istismar kurbanı olduğu bildirilmiştir. Her yıl çocukların %1'i cinsel istismar mağduru olurken bunların %12 - %25'ini kız çocuklar, %8 - %10'unu erkek çocuklar oluşturmaktadır (Kellogg,2005).

Kadınlar %46 oranı ile bir akraba, %33 oranı ile bir tanıdık ve %24 oranı ile bir yabancı tarafından cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir. Erkeklerin bir akraba tarafından daha az olasılıkla (%17), fakat bir tanıdık (%53) veya bir yabancı (%30) tarafından daha büyük oranlarda istismara maruz bırakıldıkları saptanmıştır (Topçu, 1997).

İstismar nedeniyle bir yılda meydana gelen çocuk ölümü sayısı hakkındaki bilgiler, birincil olarak ölüm kayıtlarından gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 2000 yılı verilerine göre 15 yaşın altındaki çocuklardaki ölümlerin 57000'inin bu nedenle olduğunu tahmin etmektedir. Küresel tahminler 0-4 yas grubunda, 5-14 yas grubuna göre 2 kat daha fazla ölümün olduğu yolundadır. Çocuk istismarı sıklığı, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile yakından ilişkilidir. 5 yaşın altındaki çocuklardaki fiziksel istismar sonucu ölümlerin gelişmemiş ülkelere göre 4-6 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Runyan ve ark. 2002).

#### **2.2.5. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve OKB**

Olağan savunma düzenekleri ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek denli ağır olan ve stres boyutlarını aşan sarsıcı yaşantılar kişinin ruhsal yapısı üzerine özgül etkiler bırakır (Yanık ve Özmen,2002). Fontenelle ve arkadaşlarının PTSD öncesi

ve PTSD sonrası OKB tanısı almış hastalarla yaptıkları bir çalışmada, travma sonrası OKB tanısı almış hastalarda Yale-Brown puanlarının hem travma öncesi OKB tanısı alan hem de PTSD tanısı olmayan OKB hastalarının puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak saptandığı bildirilmiştir ( Fontenelle ve ark. 2012).

Çocukluk dönemi travmatik yaşantıları, normal çocukluk döneminde beklenen yaşantıların tümüyle dışında bir deneyimdir. Bu nedenle “anormal” durumlara karşı geliştirilen “normal” tepkiler olarak tanımlanmıştır (American Psychiatric Association, 2000).

Çocukluk çağında bakım verenler tarafından çocuğun duygusal ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanmaması, çocukluk ve erişkinlik döneminde ortaya çıkabilecek psikopatolojiler için bir risk etkenidir (Bülbül ve ark. 2013). Disosiyatif bozukluklar, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, somatizasyon bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, konversiyon bozukluğu, kaçınan kişilik bozukluğu, psikotik bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk gibi birçok psikiyatrik hastalık ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki pozitif ilişki bulunmuştur (Zanarini ve ark. 2002, Breslau 2002, Brown 2002, Schafer ve ark. 2000, Levitan ve ark. 1998, Ellason ve Ross 1997).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, obsesif-kompulsif (OK) belirtilerin başlangıcında tetikleyici bir rol üstlenebilir. Travmatik yaşantıların OK belirtiler üzerindeki etkisi araştırılmış, hem OKB hastalarında hem de klinik olmayan örnekleme, OK belirtiler ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin, olumsuz girici düşüncelerin sıklığını ve yoğunluğunu artırabileceği ve içeriğini etkileyebileceği de belirtilmektedir. Kompulsiyonlarla ilgili olarak travmanın yarattığı anksiyete üzerinde durulmaktadır. Travma ile ilişkili tehlike ve sıkıntıyı azaltmak ya da kontrol etmek için kompulsif davranışların yapıldığı belirtilmektedir (Çelikel ve Beşiroğlu,2008).

Briggs ve Price, yaptıkları çalışmada olumsuz çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtiler arasında güçlü ilişkiler saptadıklarını bildirmişlerdir (Briggs ve Price, 2009). Metadon bakım tedavisi gören hastalarla yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif belirtiler gösteren hastaların %28,4' ünde tecavüz gibi travmatik deneyimlerin bulunduğu belirtilirken obsesif kompulsif belirtiler göstermeyen grupta bu

oran %9 olarak saptanmıştır (Peles ve ark. 2009). Ülkemizde OKB 120 tanısı almış hasta üzerinde yapılan bir çalışmada travma ile obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada tedaviye dirençli OKB hastalarında travma puanlarının diğer OKB hastalarının puanlarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir ( Semiz ve ark. 2013).

Murphy ve arkadaşlarının klinik olmayan bir örneklem üzerinde yaptıkları çalışmada çocukluklarında cinsel saldırıya maruz kalan yetişkin kadınlarda, daha fazla obsesif kompulsif belirtilerin olduğu rapor edilmiştir (Murphy ve ark. 1988). Ülkemizde Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde klinik olmayan bir örneklem üzerinde gerçekleştirilen çalışmada da çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı ilişkilerin olduğu bildirilmiştir (Çelikel ve Beşiroğlu,2008). Kişilik bozuklukları ve çocukluk çağı travmalarının araştırıldığı bir çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı alabilecek kişilerde çocukluk çağı travmalarının görülme oranları %20 ile %36 arasında değişmektedir (Afifi ve ark. 2011). Stein ve arkadaşlarının araştırmasında, OKB ve panik bozukluk hastalarının hem çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanım hem de çocukluk çağı cinsel kötüye kullanım oranlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Stein ve ark. 1996). OKB ve trikotillomani hastaları ile yapılan bir çalışmada duygusal ihmal puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Lochner ve ark. 2002). Caspi ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları bir araştırmada, 30 OKB'li hastadan 16'sının (%53,3) fiziksel temas içeren cinsel istismara maruz kaldıkları ortaya konmuştur (Caspi ve ark,2008).

Çocukluk çağında ruhsal travmaya maruz kalan yetişkinlerde OKB' nin görülmesi vakalarla da ortaya konmuştur. Bazı olgularda, çocukluk çağında ruhsal travmaya maruz kalmış ebeveynlerde OKB' nin başlamasının yanı sıra çocuklarına karşı aşırı kontrolcü tutumlar geliştirdikleri görülmüştür. Aşağıda bu durumu örnekleyen bir vaka aktarılmıştır.

#### **Vaka:**

S., 41 yaşında, kadın, yüksek okul mezunu, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. S., kliniğimize kendi isteğiyle 2010 yılında başvurmuştur. S.'nin kliniğimize başvuru nedeni, 3 yaşındaki kızının bekaretinin bozulduğuna ya da bozulabileceğine ilişkin girici, rahatsızlık veren, yineleyici düşünceler ve kuşkulardan



dolayı kızını yanından ayıramaması ve eşi, oğlu ve annesi dışındaki kişiler kızına dokunduğunda ciddi düzeyde rahatsızlık yaşamasıdır. S.'nin yakınmaları ilk kez, Temmuz 2010'da ablasının ailesinin ziyaretiyle başlamıştır. O gün hastanın eşi S.'ye, ortamda ergenlik çağında birçok erkek çocuk olduğunu söylemiş ve S.'yi 2 yaşındaki kızlarına göz kulak olması konusunda uyarmıştır. Bu olaydan sonra S., kızının bekaretinin bozulduğuna ya da bozulabileceğine ilişkin rahatsız edici düşünceler geliştirmeye başlamıştır. Bu düşüncelerden dolayı yoğun bir rahatsızlık yaşayan S., yaşadığı yoğun kaygıyla baş etmek için kızının kirli bebek bezlerini kan lekesi olup olmadığından emin olmak için her seferinde katlarına ayırıp kontrol etmeye ve defalarca kontrol etmesine rağmen bir türlü emin olamadığı için de bu bezleri biriktirmeye başlamıştır. S.'nin biriktirdiği bezler bir süre sonra evin bir odasını dolduracak hale geldiği için, eşi ve oğluyla yaşadığı tartışmalar sonucu S. bu bezlerin bir kısmını atmaya ikna olmuştur. Bu durum pek çok kere tekrarlanmıştır. Kızına sadece akrabalarının değil, yabancıların da zarar verebileceği düşüncesiyle kızını kalabalık yerlere (park, alış-veriş merkezi vb.) götürmekten kaçınmıştır.

Bu tür davranışlarına engel olmakta zorlanan S., kızına zarar veriyor olmaktan ve bu davranışlarını engelleyememekten ötürü de yoğun suçluluk ve çaresizlik duyguları hissetmiş ve kızını ve kendisini öldürmeyi düşünmüştür. Şikayetleri giderek şiddetlenen S., kızını düşürdüğü, alt bezini açarken yanlışlıkla vajinasına parmağının girmiş olabileceği ve çocuklarla oynadıktan sonra kızının bezinde kan fark ettiği gibi çeşitli bahanelerle bekaret kontrolü yaptırmak amacıyla neredeyse haftada 4-5 kez kızını farklı kadın hastalıkları ve doğum doktorlarına götürmeye başlamıştır. Bu süreçte S.'nin kızının “oyuncak bebeklerinin altını açarak kan var mı yok mu diye kontrol etmek” tarzında oyunlar oynaması üzerine S.'ye yatış kararını mümkün olduğunca çabuk almasının yalnızca kendisi için değil kızı için de gerekli olduğu anlatılmıştır.

S., altı çocuklu bir ailenin ikinci çocuğudur. S. doğum sırasında ve gelişim dönemleri boyunca önemli herhangi bir sorun yaşamamıştır. Ancak okul öncesi dönemde altına kaçırmaya başlayan S., yatağını her ıslatışında annesi tarafından üstü çıkarılarak evin girişindeki koridora kapatılmış ve genellikle de babası tarafından yatağına götürülmüştür. 19 yaşında evleninceye kadar gece altına ıslatmaları devam eden S., annesi ıslanan yatağı komşuların görebileceği şekilde bahçe duvarına astığı için yoğun bir utanç duygusu yaşamıştır. Yine okul öncesi dönemde annesinin fiziksel ve

sözel şiddetine maruz kalan S., annesinin evlat ayrımı yaptığını ve ablası ve en küçük kardeşi hariç diğer kardeşlerine ve kendisine karşı sevgisiz ve ilgisiz olduğunu düşünmüştür. Babası tarafından “benim erkek gibi kızım” diye sevilen S., erkek olmadığı için o dönemde erkekleri kıskanmış hatta erkeklere içten içe kin duyarak erkek arkadaşlarına karşı kötü bir şekilde davranmıştır. S., ortaokul dönemini evdeki sıkıntılar ve anne ve babasından yeterli ilgi görememesi nedeniyle “mutsuz bir dönem” olarak yaşamıştır. Ortaokulda göğüsleri büyümeye başlayan S., göğüslerinin görüntüsünden çok rahatsız olduğu ve utandığı için genelde kambur durmaya başlamıştır.

Lise 1. sınıfta mahallede dolaşan yaşlı bir adam tarafından eşeğin arkasına bindirilen S., yaşlı adamın kalçalarına dokunarak kendisine taciz ettiğini belirtmiştir. Bu olaydan sonra S., bekâretinin bozulmuş olabileceği düşüncesini aklından çıkaramamıştır. Aynı yıl S.’nin okul başarısı düşmüş ve bir sonraki yıl okul değiştirmek zorunda kalmıştır. Çalışkan bir öğrenci olan S., başka bir liseye kaydolmuş ve farklı bir çevrenin etkisi ile derslerine odaklanarak bu okulu birincilikle bitirmiştir. Mezuniyet sonrası bekâretinin bozulup bozulmadığı öğrenmek için bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanına gitmiş ve muayene sonrası bekâretinin bozulmadığını öğrenince bir süre için oldukça rahatlamıştır. S., çalışmaya başladıktan bir sene sonra aynı mahallede oturan polis olan eşi ile tanışmış ve flört döneminin ardından kısa sürede evlenmiştir. Evlendikten sonra bir buçuk yıl boyunca kayınvalidesi ve iki görümcesi ile birlikte yaşamaya başlayan S., ilişkilerine sürekli müdahale ettiği için kayınvalidesi ile sorun yaşamıştır. Evliliklerinin 3. ayında ilk çocuğuna gebe kalan S., bu dönemde ilk kez eşinin şiddetine maruz kalmaya başlamıştır. Sonraki dönemde daha fazla şiddet görmeye başlayan S., oğlu 4 aylıkken yaşadığı stres sonrasında süttten kesilmiş ve bunun üzerine eşi ve çocuklarıyla başka bir semte taşınmıştır. Şiddet uygulaması dışında eşini “iyi bir adam” olarak tanımlayan S., eşinin kendisine maddi sıkıntı yaşatmaması ve bugüne kadar kendisini aldatmaması nedeniyle eşine haksızlık ettiği yönünde düşüncelere de kapılmıştır. Eşinin işi nedeniyle 3 yıl İngiltere’de yaşayan S., bu dönemde isteksizlik, keyifsizlik, hayattan ve yaşamaktan keyif alamamak, uykusuzluk gibi depresif belirtiler yaşaması üzerine psikiyatriye başvurmuş ve ilaç tedavisi almıştır. Türkiye’ye döndükten sonra çalıştığı kurumda bir dönem iş arkadaşlarıyla yaşadığı anlaşmazlıklar nedeniyle benzer depresif yakınmalar yaşamış ve 3 ay boyunca tianeptin HCl 37.5 mg/gün kullanmıştır. Kurumda yer değişikliği yapması üzerine şikayetleri de

düzelmiştir. 2008 yılında ikinci çocuğunu dünyaya getirmiştir. Psikiyatri başvurusundan 1 yıl önce kendisine şiddet uyguladığı gerekçesiyle eşi hakkında suç duyurusunda bulunan S. mahkemeye başvurmuş ve mahkeme sonucu eşine hapis cezası verilmiş, ancak bu ceza 5 yıl için tecil edilmiştir. Hastaneye yatmadan önce eve zorla girmeye çalışan eşiyle oğlu arasındaki kavga sonrası oğlunu mahkemeye veren eşi, bir süre sonra tekrar eve taşınmıştır.

Kendisiyle yapılan görüşmeler sırasında kontrollü tavrı ve kaygılı hali belirgin olan S.'nin görüşmelerde yaşadıklarından bahsederken genellikle duygusal katılımı sınırlıdır. Düşünce içeriği kızının bekaretinin bozulacağı ile ilgili tekrarlayan temalardan oluşan S., genelde görüşmelerde bu obsesyonuyla ilgili konuşma konusunda daha isteklidir. Bu obsesyonunun kızının psikososyal gelişimi açısından yaratabileceği zararları kabullense de, kızının bekaretinin başkalarıyla temas sonrası bozulamayacağı konusunda yoğun bir telkin arayışı içinde olduğu gözlenmiştir.

Hastanın nöropsikolojik değerlendirmesi bellek işlevleriyle ilgili herhangi bir patolojinin bulunmadığını göstermektedir. MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) testi sonuçlarına göre gergin, endişeli ve mükemmeliyetçi biri olduğu anlaşılan S.'nin immatür ve bağımlı özellikleri ön plandadır. Yine profilde ego gücü azalan ve yoğun değersizlik ve yetersizlik duyguları yaşayan S.'nin, duygularını aşırı derecede kontrol etmeye çalışması ve olumsuz durumlarla baş etmekte güçlük yaşaması dikkati çekmektedir. TAT (Tematik Algı Testi) testinin değerlendirilmesi sonucu, sorunlar karşısında genelde inkar ve izolasyon savunma mekanizmalarını kullanan S.'nin, kendisinden çok yüksek beklentileri olduğu ve hata yaptığı da diğerleri tarafından cezalandırılma beklentisi içinde olduğu görülmüştür. Yine TAT testine verdiği yanıtlardan diğerlerini güvenilir olarak algılayan ve derin ilişkiler kurmakta zorlandığı anlaşılan S.'nin diğerlerinden beklediği ilgi ve onayı alamayınca yoğun öfke yaşadığı ve insanlarla arasına psikolojik bir mesafe koyduğu düşünülmüştür. S., Beck Depresyon Envanterine (BDE) göre orta düzeyde (32) depresyon ve Beck Anksiyete Envanterine (BAE) göre şiddetli düzeyde (36) anksiyete yaşamaktadır. Maudsley OKB Ölçeği sonuçları ise, S.'nin, obsesif düşüncelerinin ve buna eşlik eden kompulsif davranışlarının patolojik bir düzeyde (25) olduğunu göstermiştir.

Literatürle tutarlı olarak bu olguda, çocukluk döneminde yaşanan cinsel, fiziksel ve duygusal travmaların ve reddedici ve aşırı kontrolcü ebeveyn tutumlarının OKB belirtilerinin gelişiminde nasıl bir rol oynayabileceği ortaya konmuştur ( Ayaz ve ark. 2013)



### 3. YÖNTEM VE GEREÇLER

#### 3.1. Çalışmanın Yapıldığı Grupların Oluşturulması

Bu çalışma için, NİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi'ne başvuran, DSM-IV-TR ve DSM-V tanı ölçütlerine göre OKB tanısı ile izlenen ve/veya yeni tanı konan 25 hasta ile DSM-IV-TR ve DSM-V tanı ölçütlerine göre herhangi bir Eksen-1 patolojisi bulunmayan, sosyodemografik özellikler bakımından hasta grubu ile denk 25 sağlıklı gönüllü seçilmiştir. Çalışmaya dayanak oluşturan onay, 25.07.2014 tarihinde T.C. Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik (Klinik ve İnsan Üzerinde Yapılan) Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan alınmıştır. Bu çalışma kesitsel (cross-sectional) bir çalışmadır.

Kontrol grubu için öncelikle 50 sağlıklı gönüllü seçilmiş, hasta grubu ile denkleğinin sağlanabilmesi için sosyodemografik özellikleri, ailede OKB geçmişi ve uygulanan ölçekler hakkında önceden bilgi sahibi olmak kriterlerine göre elenerek 25 kişiye indirilmiştir. Ölçekler birebir görüşmelerde araştırmacının gözetiminde uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan gönüllüler, sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş ve yazılı onay alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir.

##### 3.1.1. Hasta Grubu İçin İçerme Ölçütleri

- DSM-IV-TR ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konulmuş olmak,
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- Çalışmada kullanılacak ölçekler ve yapılacak değerlendirme konusunda istekli olmak,
- En az ilkokul mezunu olmak.

##### 3.1.2. Hasta Grubu İçin Dışlama Ölçütleri

- DSM-IV-TR ve DSM-V tanı ölçütlerine göre herhangi bir Eksen-1 eş tanısının olması,
- Zeka Geriliği tanısının olması,
- Ciddi bir fiziksel ya da nörolojik hastalığın olması.

### **3.1.3. Kontrol Grubu İçin İçerme Ölçütleri**

- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- Çalışmada kullanılacak ölçekler ve yapılacak değerlendirme konusunda istekli olmak,
- En az ilkokul mezunu olmak.

### **3.1.4. Kontrol Grubu İçin Dışlama Ölçütleri**

- DSM-IV-TR ve DSM-V tanı ölçütlerine göre herhangi bir Eksen-1 tanısının olması,
- Zeka Geriliği tanısının olması,
- Ciddi bir fiziksel ya da nörolojik hastalığın olması.

## **3.2. Gereçler**

### **3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerini değerlendirmeye çalışan görüşme formudur.

### **3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)**

Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve

fiziksel ihmali konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Önceki biçimi 53 maddeden oluşmakta olan, ancak sonradan özgün yazarınca kısaltılan bu ölçek İngilizce özgün biçiminden Vedat Şar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, her iki dile hakim bir uzman tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiş, iki versiyon arasında tutarlılık sağlanmıştır. Ölçeğin ilk çevirisi ile pilot çalışma yapılmış, maddelerin anlaşılabilirliği görüldükten sonra ölçeğe son şekli verilmiştir (Şar ve ark 2012).

CTQ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir. Duygusal (emosyonel) istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel) ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir (Şar ve ark 2012).

### **3.2.3. Maudley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)**

Hodgson ve Rachman tarafından 1977 yılında geliştirilen ölçek, obsesif kompulsif belirtilerin düzeyini ve türünü araştırmayı amaçlar (Erol ve Savaşır 1988). Ölçek kontrol, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekte her madde, doğru/ yanlış olarak yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 37 arasında değişir ve puanın yükselmesi obsesif kompulsif belirtilerin arttığına işaret eder. Ölçek, Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılan uyarlama çalışmasında 7 madde eklenmesiyle 37 madde olarak yeniden düzenlenmiştir. Bu çalışmada MOKSL'un ülkemizde normal ve psikiyatrik örneklerde obsesif kompulsif yakınmaların türü ve yaygınlığını ölçmede, araştırma ve klinik amaçlar için geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Tosun ve Irak,2008).

Anlaşılabilir ve kolay doldurulabilir olması nedeniyle uygulanması kolaydır ve denekler kendi başlarına doldururlar. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve denekler doldururken kendilerine uyan doğru/yanlış yanıtını işaretlerler. Alt ölçeklerden: **Kontrol Eetme Alt Ölçeği**:2,6,8,14,15,20,22,26 ve 28. maddeleri; **Temizlik Alt Ölçeği**: 1,4,5,9,13,17,19,21,24,26 ve 27. maddeleri; **Yavaşlık Alt Ölçeği**: 2,4,8,16,23,25, ve 29. maddeleri ve **Kuşku Alt Ölçeği**: 3,7,10,11,12,18 ve 30, maddeleri içerir. Doğru yanıtı 1 puan, yanlış yanıtı 0 puandır. Toplam her maddenin puanı toplanarak elde edilir. En yüksek puan 37'dir. Ölçeğin Türkçe formuna **Ruminasyon Alt Ölçeği** eklenmiştir ve 2,8,31-37. maddelerden oluşmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Ancak Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi'nin Obsesif Kompulsif Bozukluğun şiddetini değerlendirmek için uygun olmadığı ileri sürülmüştür (Tek ve ark. 1995).

### 3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesi için IBM SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için ki-kare testi ve iki gruba ait normal dağılan sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için bağımsız t testi, normal dağılan üç veya daha fazla sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), normal dağılmayan sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farklar için ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Grup içi karşılaştırmalarda normal dağılım göstermeyen değişkenler için Spearman Korelasyon testi kullanıldı. Tüm değerlendirmelerde istatistiksel anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  kabul edildi.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyo Demografik Özellikler

#### 4.1.1. Cinsiyet

Çalışmaya katılan toplam elli kişinin 27'si (%54) kadın, 23'ü (%46) erkektir. Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (  $p=,777$  ). Hasta ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımı Tablo 1' de gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet dağılımı

		Hasta	Kontrol Grubu	Toplam	*p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Erkek	12 (48)	11 (44)	23 (46)	<b>0.777</b>
	Kadın	13 (52)	14 (56)	27 (54)	

\*ki kare, n: sayı

#### 4.1.2. Yaş

Hasta grubunda yaş aralığı 19-62 ve yaş ortalaması  $32,7\pm 11,66$ , kontrol grubunda yaş aralığı 22-60 ve yaş ortalaması  $31,52\pm 9,06$  olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,677$ ). Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalamaları Tablo 2' de gösterilmiştir.

**Tablo 2:** Hasta ve kontrol gruplarında yaş ortalamaları

Yaş	Grup	Min.-Max.	Ort. ± S.D.	*p
	Hasta	19-62	32,7±11,66	0,677
	Kontrol	22-60	31,52±9,06	

#### 4.1.3. Medeni Durum

Çalışmaya katılan toplam elli kişinin %50' si evli ve %50' si bekar olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılanlar arasında medeni durumu dul olan kimse yoktur. Hasta ve kontrol gruplarında medeni durumları açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,396). Hasta ve kontrol gruplarının medeni durum açısından dağılımları Tablo 3' de gösterilmiştir.

**Tablo 3:** Hasta ve kontrol gruplarında medeni durum

Medeni Durum		Hasta	Kontrol Grubu	Toplam	*p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Medeni Durum	Bekar	14 (%56)	11 (%44)	25 (%50)	0,396
	Dul	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	
	Evli	11 (%44)	14 (%56)	25 (%50)	

\*ki kare, n: sayı

#### 4.1.4. Eğitim Durumu

Çalışmaya katılanların %20' si ilköğretim, %30' u ortaöğretim, %50'si yükseköğretim mezunu olarak belirlenmiştir. Hasta ve kontrol gruplarında eğitim durumları açısından istatistiksel fark saptanmamıştır ( $p=0,948$ ). Hasta ve kontrol gruplarının eğitim durumları açısından dağılımları Tablo 4' de gösterilmiştir.

**Tablo 4: Hasta ve kontrol gruplarında eğitim durumu**

		Hasta	Kontrol Grubu	Toplam	*p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	5 (%20)	5 (%20)	10 (%20)	0,948
	Lise	7 (%28)	8 (%32)	15 (%30)	
	Üniversite	13 (%52)	12 (%48)	25 (%50)	

\*ki kare, n: sayı

#### 4.2. Ölçeklerin Değerlendirilmesi

##### 4.2.1. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Çalışmaya katılanların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi' ne verdikleri yanıtlara göre MOKSL toplam ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelenmiştir.

MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarının tamamında hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur. Hasta grubunda MOKSL toplam puan ortalaması 16,12, kontrol grubunda MOKSL toplam puan ortalaması 6,56 olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin değerlendirilmesinde, hasta grubunda en yüksek puanı ruminasyon alt ölçeği alırken, kontrol grubunda temizlik ve kuşku alt ölçekleri

almıştır. Hasta ve kontrol gruplarının MOKSL toplam ve alt ölçek puanları Tablo 5' de gösterilmiştir.

**Tablo 5:** Hasta ve kontrol gruplarında MOKSL toplam ve alt ölçek puanları

	<b>Hasta</b>		<b>Kontrol Grubu</b>		<b>P</b>
	<b>Ort.</b>	<b>S.D.</b>	<b>Ort.</b>	<b>S.D.</b>	
<b>Kontrol</b>	3,08	2,36	1,12	0,97	<b>,000</b>
<b>Temizlik</b>	4,64	2,76	2,20	1,15	<b>,000</b>
<b>Yavaşlık</b>	2,68	1,60	0,44	0,50	<b>,000</b>
<b>Kuşku</b>	3,32	1,62	2,20	0,76	<b>,003</b>
<b>Ruminasyon</b>	4,80	2,58	0,52	0,71	<b>,000</b>
<b>MOKSL Toplam</b>	16,12	8,08	6,56	1,73	<b>,000</b>

Ort.: ortalama, S.D.: standart deviyasyon

Verilere göre hasta grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarında cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kontrol grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre değerlendirilmesinde kuşku alt ölçeği kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır (p=0,019). MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarının hasta ve kontrol grubunda cinsiyete göre dağılımları Tablo 6 ve Tablo 7' de gösterilmiştir.

**Tablo 6:** MOKSL toplam ve alt ölçeklerinin hasta grubunda cinsiyete göre dağılımı

Hasta Grubu	Cinsiyet							
	Erkek		Kadın		Toplam		İstatistik	
	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	t	P
<b>Kontrol</b>	3,41	2,74	2,76	2,00	3,08	2,36	-,677	,505
<b>Temizlik</b>	4,41	3,20	4,84	2,40	4,64	2,76	,381	,707
<b>Yavaşlık</b>	2,50	1,97	2,84	1,21	2,68	1,60	,532	,600
<b>Kuşku</b>	3,25	1,86	3,38	1,44	3,32	1,62	,203	,841
<b>Ruminasyon</b>	4,25	3,01	5,30	2,09	4,80	2,58	1,024	,316
<b>MOKSL Toplam</b>	15,58	10,21	16,61	5,88	16,12	8,08	,313	,757

t: student test, Ort.: ortalama, S.D.: standart deviyasyon

**Tablo 7:** MOKSL toplam ve alt ölçeklerinin kontrol grubunda cinsiyete göre dağılımı

Kontrol Grubu	Cinsiyet							
	Erkek		Kadın		Toplam		İstatistik	
	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	t	P
<b>Kontrol</b>	1,18	,75	1,07	1,14	1,12	,97	-,277	,583
<b>Temizlik</b>	1,90	,70	2,42	1,39	2,20	1,15	1,12	,283
<b>Yavaşlık</b>	,36	,50	,50	,51	,44	,50	,66	,504
<b>Kuşku</b>	1,81	,40	2,50	,85	2,20	,76	2,43	<b>,019</b>
<b>Ruminasyon</b>	,27	,64	,71	,72	,52	,71	1,58	,079
<b>MOKSL Toplam</b>	5,54	1,29	7,35	1,64	6,56	1,73	2,99	,011

t: student test, Ort.: ortalama, S.D.: standart deviyasyon

Çalışmaya katılanların MOKSL' ye verdikleri yanıtlar eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde hasta grubunda eğitim durumu ile ruminasyon alt ölçeği dışında bütün alt ölçek ve MOKSL toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur. Eğitim durumu lise olan kişilerde MOKSL toplam puanı eğitim durumu hem ilköğretim hem de üniversite olan kişilere göre daha yüksek saptanmıştır. Hasta grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanların eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 8' de gösterilmiştir.

**Tablo 8:** Hasta grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanların eğitim durumuna göre dağılımı

Hasta Grubu	Eğitim Durumu									
	İlköğretim		Lise		Üniversite		Toplam		İstatistik	
	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	F	p
<b>Kontrol</b>	3,00	2,12	5,85	1,77	1,61	1,12	3,08	2,36	17,34	,000
<b>Temizlik</b>	4,80	2,16	7,14	2,26	3,23	2,31	4,64	2,76	6,73	,005
<b>Yavaşlık</b>	2,60	1,14	4,14	1,46	1,92	1,32	2,68	1,60	6,33	,007
<b>Kuşku</b>	3,20	1,09	4,85	1,21	2,53	1,45	3,32	1,62	6,94	,005
<b>Ruminasyon</b>	5,40	2,07	5,71	2,21	4,07	2,87	4,80	2,58	1,09	,353
<b>MOKSL Toplam</b>	15,20	4,20	25,28	5,49	11,53	6,13	16,12	8,08	13,52	,000

Ort.: ortalama, S.D.: standart deviyasyon F: frekans

Eğitim durum lise olan kişilerin kontrol ve temizlik alt ölçek puanları eğitim durumu ilköğretim olan kişilere göre ve kontrol, temizlik, yavaşlık ve kuşku alt ölçek puanları eğitim durumu üniversite olan kişilere göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır. Hasta grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanların ile eğitim durumu arasındaki ilişki Tablo 9' da gösterilmiştir.

**Tablo 9:** Hasta grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanları ile eğitim durumu arasındaki ilişki

<b>Hasta Grubu</b>		<b>Ortalamalar Farkı</b>
<b>Kontrol</b>	<b>İlköğretim-Lise</b>	<b>-2,85*</b>
	<b>İlköğretim-Üniversite</b>	1,38
	<b>Lise-Üniversite</b>	<b>4,24*</b>
<b>Temizlik</b>	<b>İlköğretim-Lise</b>	<b>-2,34*</b>
	<b>İlköğretim-Üniversite</b>	1,56
	<b>Lise-Üniversite</b>	<b>3,91*</b>
<b>Yavaşlık</b>	<b>İlköğretim-Lise</b>	-1,54
	<b>İlköğretim-Üniversite</b>	,676
	<b>Lise-Üniversite</b>	<b>2,21*</b>
<b>Kuşku</b>	<b>İlköğretim-Lise</b>	-,165
	<b>İlköğretim-Üniversite</b>	,661
	<b>Lise-Üniversite</b>	<b>2,31*</b>
<b>Ruminasyon</b>	<b>İlköğretim-Lise</b>	-,314
	<b>İlköğretim-Üniversite</b>	1,32
	<b>Lise-Üniversite</b>	1,63
<b>MOKSL Toplam</b>	<b>İlköğretim-Lise</b>	<b>-10,08*</b>
	<b>İlköğretim-Üniversite</b>	3,66
	<b>Lise-Üniversite</b>	<b>13,74*</b>

Tukey HSD, \*: .05 düzeyinde anlamlı ilişki

Çalışmaya katılanların MOKSL' ye verdikleri yanıtlar eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde kontrol grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarında eğitim



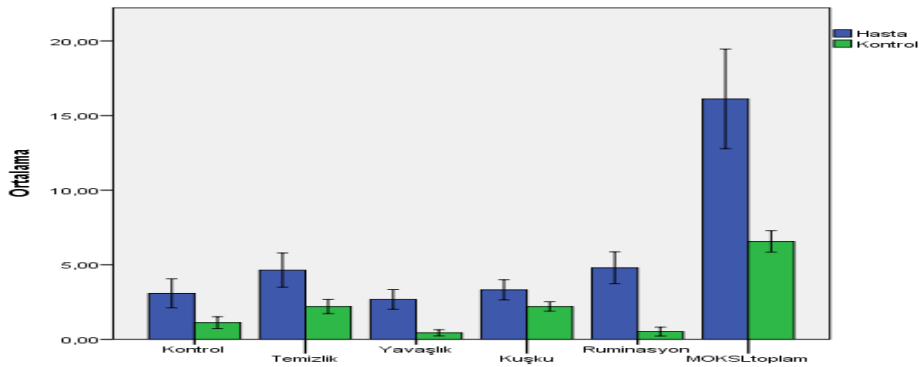
durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Kontrol grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanların eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 10' da gösterilmiştir.

**Tablo 10:** Kontrol grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanların eğitim durumuna göre dağılımı

Kontrol Grubu	Eğitim Durumu									
	İlköğretim		Lise		Üniversite		Toplam		İstatistik	
	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	F	p
<b>Kontrol</b>	,80	,447	1,50	1,19	1,00	,953	1,12	,971	,973	,394
<b>Temizlik</b>	2,20	1,09	2,50	1,19	2,00	1,20	2,20	1,15	,429	,657
<b>Yavaşlık</b>	,20	,447	,50	,534	,50	,522	,44	,506	,683	,516
<b>Kuşku</b>	2,20	,447	1,87	1,12	2,41	,514	2,20	,763	1,23	,312
<b>Ruminasyon</b>	,20	,447	,25	,462	,83	,834	,52	,714	2,50	,104
<b>MOKSL Toplam</b>	5,60	1,34	6,62	1,40	6,91	2,02	6,59	1,73	1,02	,374

Ort.: ortalama, S.D.: standart deviyasyon F: frekans

**Şekil 1:** Hasta ve kontrol gruplarında MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarının dağılımı



#### 4.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)

Çalışmaya katılanların CTQ' ye verdikleri yanıtlara göre CTQ toplam ve alt ölçek puanları değerlendirilmiştir.

Hasta ve kontrol grupları arasında, CTQ toplam ve alt ölçekleri puanlarının tamamında istatistiksel farklılıklar saptanmıştır. Hasta grubunda CTQ toplam puan ortalaması 39,28, kontrol grubunda CTQ toplam puanı 5,40 saptanmıştır. Alt ölçeklerin değerlendirilmesinde, hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda en yüksek puanı duygusal ihmal almıştır. Hasta ve kontrol gruplar CTQ toplam ve alt ölçek puanları Tablo 11' de gösterilmiştir.

**Tablo 11:** Hasta ve kontrol gruplarında CTQ toplam ve alt ölçekleri puanları

	Hasta		Kontrol Grubu		P
	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	
<b>Cinsel İstismar</b>	6,04	3,33	,40	,20	,000
<b>Fiziksel İstismar</b>	5,16	1,97	,60	1,65	,000
<b>Duygusal İstismar</b>	8,00	5,59	0,32	,74	,000
<b>Duygusal İhmal</b>	12,32	5,65	2,84	2,79	,000
<b>Fiziksel İhmal</b>	7,52	3,33	1,64	2,34	,000
<b>CTQ Toplam</b>	39,28	14,57	5,40	4,66	,000

Ort.: ortalama, S.D.: standart deviyasyon

Verilere göre hasta grubunda CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre değerlendirilmesinde cinsel istismar alt ölçeği kadınlarda erkeklere göre istatistiksel açıdan daha yüksek saptanmıştır (p=0,025). Kontrol grubunda CTQ toplam ve alt ölçek puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta ve kontrol gruplarında CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımları Tablo 12 ve Tablo 13' de gösterilmiştir.

**Tablo 12:** Hasta grubunda CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Hasta Grubu	Cinsiyet							
	Erkek		Kadın		Toplam		İstatistik	
	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	t	P
<b>Cinsel İstismar</b>	5,16	2,82	6,84	3,67	6,04	3,33	1,274	,158
<b>Fiziksel İstismar</b>	5,25	2,89	5,07	,27	5,16	1,97	0,215	,293
<b>Duygusal İstismar</b>	5,75	4,37	10,07	5,93	8,00	5,59	2,060	<b>,025</b>
<b>Duygusal İhmal</b>	13,75	4,99	11,00	6,09	12,32	5,65	-1,228	,134
<b>Fiziksel İhmal</b>	7,25	2,95	7,76	3,74	7,52	3,33	0,382	,888
<b>CTQ Toplam</b>	37,50	13,88	40,92	15,55	39,28	14,57	0,578	,849

t: student test, Ort.: ortalama, S.D.: standart deviyasyon

**Tablo 13:** Kontrol grubunda CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Kontrol Grubu	Cinsiyet							
	Erkek		Kadın		Toplam		İstatistik	
	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	t	P
Cinsel İstismar	,000	,000	,71	,26	,40	,20	,882	,387
Fiziksel İstismar	,45	1,50	,71	1,81	,60	1,65	,382	,706
Duygusal İstismar	,36	,67	,28	,82	,32	,74	-,253	,802
Duygusal İhmal	2,72	3,13	2,92	2,62	2,84	2,79	,175	,862
Fiziksel İhmal	1,81	2,35	1,50	2,40	1,64	2,34	-,331	,744
CTQ Toplam	5,36	4,86	5,41	4,68	5,40	4,66	,034	,973

t: student test, Ort.: ortalama, S.D.: standart deviyasyon

Çalışmaya katılanların CTQ' ye verdikleri yanıtlar eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde hasta ve kontrol grubu CTQ toplam ve alt ölçek puanlarında eğitim durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Hasta ve kontrol grubunda CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 14 ve Tablo 15' de gösterilmiştir.

**Tablo 14:** Hasta grubunda CTQ toplam ve alt ölçek paunalarının eğitim durumuna göre dağılımı

Hasta Grubu	Eğitim Durumu									
	İlköğretim		Lise		Üniversite		Toplam		İstatistik	
	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	F	p
<b>Cinsel İstismar</b>	6,60	4,92	5,00	,000	6,38	3,64	6,04	3,35	,459	,638
<b>Fiziksel İstismar</b>	5,00	3,24	5,14	,377	5,23	2,04	5,16	1,97	,023	,977
<b>Duygusal İstismar</b>	10,20	7,19	6,14	1,34	8,15	6,34	8,00	5,59	,763	,478
<b>Duygusal İhmal</b>	13,80	3,89	13,85	6,56	10,92	5,73	12,32	5,65	,814	,456
<b>Fiziksel İhmal</b>	9,20	5,40	6,85	3,07	7,23	2,48	7,52	3,33	,811	,457
<b>CTQ Toplam</b>	44,80	22,38	37,00	8,32	38,38	14,37	39,28	14,57	,447	,645

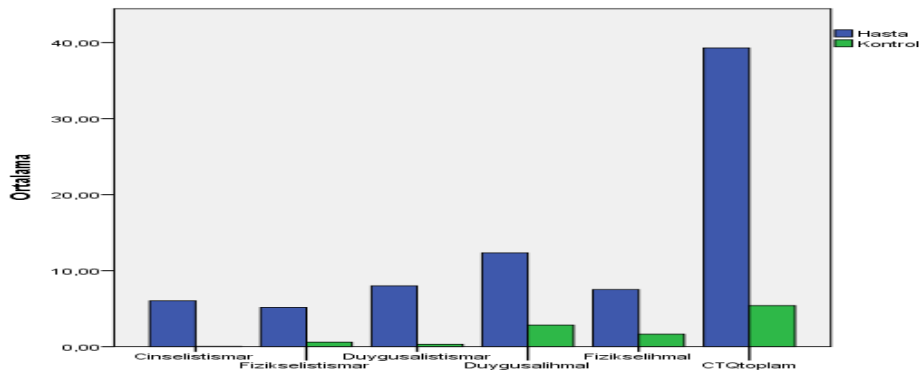
Ort.: ortalama, S.D.: standart deviyasyon F: frekans

**Tablo 15:** Kontrol grubunda CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı

Kontrol Grubu	Eğitim Durumu									
	İlköğretim		Lise		Üniversite		Toplam		İstatistik	
	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	F	p
<b>Cinsel İstismar</b>	,00	,000	,00	,000	,83	,288	,04	,200	,520	,602
<b>Fiziksel İstismar</b>	2,00	2,73	,00	,000	,41	1,44	,60	1,65	2,72	,088
<b>Duygusal İstismar</b>	,60	,894	,50	1,06	,08	,288	,32	,748	1,20	,320
<b>Duygusal İhmal</b>	3,20	342	3,25	2,18	2,41	3,05	2,84	2,79	,249	,782
<b>Fiziksel İhmal</b>	1,00	2,23	1,12	1,35	2,25	2,86	6,80	2,34	,771	,474
<b>CTQ Toplam</b>	6,80	4,32	4,87	3,13	5,16	5,76	5,40	4,66	,273	,763

Ort.: ortalama, S.D.: standart deviyasyon F: frekans

**Şekil 2:** Hasta ve kontrol gruplarında CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının dağılımı



#### 4.2.3. Obsesif Kompulsif Belirtilerle Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılanların MOKSL' ye ve CTQ' ye verdikleri yanıtlara göre MOKSL toplam ve alt ölçekleri ile CTQ toplam ve alt ölçek puanları değerlendirildi.

Hasta grubunun puanları değerlendirildiğinde yavaşlık alt ölçeği ile CTQ toplam, cinsel istismar ve duygusal istismar alt ölçekleri arasında ve ruminasyon alt ölçeği ile cinsel istismar alt ölçeği arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlılık saptanmıştır. Hasta grubunda obsesif kompulsif belirtilerle çocukluk çağı travmatik yaşantılar arasındaki ilişki Tablo 16' da gösterilmiştir.

**Tablo 16:** Hasta grubunda obsesif kompulsif belirtilerle çocukluk çağı travmatik yaşantılar arasındaki ilişki

Hasta Grubu	Cinsel İstismar	Fiziksel İstismar	Duygusal İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal	CQT Toplam
Kontrol	,016	-,128	,059	,294	,016	,161
Temizlik	,047	-,215	,039	,100	-,022	,097
Yavaşlık	<b>,444*</b>	,124	<b>,411*</b>	,358	,320	<b>,477*</b>
Kuşku	,366	-,162	,154	,048	,032	,204
Ruminasyon	<b>,408*</b>	,096	,317	,263	,139	,382
MOKSL Toplam	,202	-,121	,113	,147	,000	,177

Spearman korelasyon analizi, \* p<0,05 düzeyinde anlamlı ilişki

Kontrol grubunun puanları incelendiğinde MOKSL toplam ve alt ölçekleri ile CTQ toplam ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kontrol grubunda obsesif kompulsif belirtilerle çocukluk çağı travmatik yaşantılar arasındaki ilişki Tablo 17' de gösterilmiştir.

**Tablo 17:** Kontrol grubunda obsesif kompulsif belirtilerle çocukluk çağı travmatik yaşantılar arasındaki ilişki

<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Cinsel İstismar</b>	<b>Fiziksel İstismar</b>	<b>Duygusal İstismar</b>	<b>Duygusal İhmal</b>	<b>Fiziksel İhmal</b>	<b>CQT Toplam</b>
<b>Kontrol</b>	-,270	-,326	-,121	-,038	,114	-,128
<b>Temizlik</b>	,161	,352	,112	-,151	-,237	-,019
<b>Yavaşlık</b>	,230	-,327	,344	,141	-,085	-,051
<b>Kuşku</b>	,248	,262	-,300	-,259	-,318	-,226
<b>Ruminasyon</b>	,357	,137	,039	-,137	-,091	-,064
<b>MOKSL Toplam</b>	,308	,167	-,038	-,265	-,275	-,213



## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış yetişkin kişilerin çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının obsesif kompulsif bozukluk ile birlikteliği incelenmesi hedeflendi. Konuyla ilgili mevcut bilimsel veriler ışığında, OKB tanısı almış kişilerde normal sağlıklı topluma göre daha yüksek düzeyde çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına maruz kaldıkları ve çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına maruz kalan OKB hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin daha yüksek olduğu öngörüldü.

Çalışmamızda hasta grubunun yaş ortalaması 32,7 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 31,52 olarak saptanmıştır. Çalışmamıza katılan 25 OKB hastasının 13' ü kadın, 12' si erkektir. Hasta grubunda yer alan kişilerin 11' i evli 14'ü bekarıdır. Kontrol grubunda yer alan 25 gönüllünün 14' ü kadın, 11'i erkektir. Hasta grubu; 5 ilköğretim, 7 lise ve 13 üniversite mezunu kişiden oluşmaktadır. Hasta grubunda yer alan kişilerin 5' i ilköğretim, 8' i lise ve 12' si üniversite mezunudur. Kontrol grubunda evli olanların sayısı 14 iken bekar olanların sayısı 11 olarak belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan gönüllülerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında hasta ve kontrol gruplarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni durumları açısından anlamlı fark bulunmaması, seçilen örneklemin benzer özellikler taşıdığından yapılan karşılaştırmanın güvenilir olduğunu göstermektedir.

OKB' de yapılan cinsiyet bildirimli çalışmalara bakıldığında kadınlarda biraz daha fazla görüldüğü bildirilmekle birlikte erkekte ve kadında eşit olarak görülen kronik gidişli ve kişinin işlevselliğini etkileyen bir bozukluktur (Karno ve ark. 1988). Ülkemizde Lapsekili ve arkadaşların yaptıkları çalışmada OKB hastalarında cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Lapsekili ve ark. 2010). Bir başka çalışmada Beşiroğlu ve arkadaşları da OKB hasta ve kontrol gruplarında cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadığını bildirmişlerdir (Beşiroğlu ve ark. 2007). Bizim çalışmamızda da OKB hasta grubunda cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise sadece kuşku alt ölçeğinde kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

OKB ve evlilik durumu incelendiğinde, OKB' deki klinik özelliklerin yol açtığı uyum problemleri sebebi ile hastaların evlenmeden kaçınmalarına ya da evliyseler sorun

yaşamalarına sebep olduğu ile ilgili veriler bildirilmekle birlikte OKB hastalarının evlilik durumları ile ilgili farklı sonuçlar da sunulmaktadır (Karno ve ark. 1988). OKB sosyal ilişkilerde önemli olumsuz etkiler oluşturur ve sıklıkla aile ve evlilik uyumsuzluklarına, doyumsuzluklara, ayrılık ve boşanmalara neden olabilmektedir (Koran 2000). Bir çok çalışmada medeni durum hastalık gidişinin belirleyicisi olarak saptanmasa da bir çalışmada 107 OKB hastası incelenmiş, evlenmiş olmanın remisyon olasılığını belirgin bir şekilde artırdığı bildirilmiştir (Steketee ve ark. 1999). Birçok çalışmada OKB hastalarının genel popülasyona göre daha düşük evlilik oranları olduğu bildirilmiştir.(Koran 2000, Leon 1995). OKB tanısı konmuş olan 250 kişi medeni durumları yönünden incelendiğinde % 43' nün evlenmediği, % 52'sinin evli olduğu ve % 5'inin de boşanmış olduğu görülmüştür. (Rasmussen ve ark. 1991). 2004 yılında 15 farklı kültürde yapılan 15 çalışmanın derlendiği bir makalede OKB hastalarında evli olma oranlarının %69,2' yi bulabildiği bildirilmiştir (Fontenelle ve ark. 2004). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, hem Lapsekili ve arkadaşlarının çalışmasında hem de Karamustafaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında OKB hastalarında evli olma oranları bekar olma oranlarına göre daha yüksek bulunmuştur (Lapsekili ve ark. 2010, Karamustafaoğlu ve ark. 2009). Beşiroğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise hasta ve kontrol grupları arasında medeni durum açısından anlamlı bir farkın saptanmadığı bildirilmiştir (Beşiroğlu ve ark. 2007). Bizim çalışmamızda OKB hastalarında evli olma oranı %44 olarak belirlenmiştir. Hasta ve kontrol grupları arasında ise medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda OKB grubuna ait eğitim durumu verileri %20 ilköğretim, %28 lise ve %52 üniversite olarak saptanmıştır. Literatürde OKB hastalarının eğitim durumları ile ilgili oranlar farklılık göstermektedir. Lapsekili ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ortaöğretim ve üzeri eğitime sahip hasta oranı %82 olarak bildirilmiştir (Lapsekili ve ark. 2010). Çilli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise en yüksek oran %63,2 ile ilköğretim grubunda görülmektedir (Çilli ve ark. 2010). Yaluğ ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada ise %50 ile lise mezunlarının en yüksek orana sahip oldukları bildirilmiştir (Yaluğ ve ark. 2003). Kendurkar ve Kaur'un yapmış oldukları çalışmada %44 ile üniversite eğitim düzeyi en yüksek oran olarak bildirilmiştir (Kendurkar ve Kaur, 2008). Literatürde bizim çalışmamızı destekler nitelikte hasta ve kontrol grupları arasında öğrenim düzeyi açısından anlamlı fark

saptanmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur ( Lapsekili ve ark, 2010, Karamustafaoğlu ve ark. 2009, Prasko ve ark. 2010).

Bizim çalışmamızda kontrol grubunda OKB belirtilerinde eğitim durumu açısından anlamlı fark saptanmazken hasta grubunda eğitim durumlarını lise olarak belirten hastaların OKB belirtileri, eğitim durumlarını ilköğretim ve üniversite olarak belirten hastaların OKB belirtilerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda hasta grubunun MOKSL toplam puan ortalaması 16,12 olarak saptanmıştır. Belloch ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada MOKSL toplam puan ortalaması 14 olarak bildirilmiştir (Belloch ve ark. 2006). Brown ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 12,01 olarak saptanmıştır (Brown ve ark. 1994).

Çalışmamızda yer alan hastalar obsesif kompulsif belirtiler açısından değerlendirildiğinde yüksekten düşüğe puan sıralaması ruminasyon, temizlik, kuşku, kontrol ve yavaşlık şeklinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar Lapsekili ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmayla uyumludur (Lapsekili ve ark. 2010). MacDonald ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada OKB hastalarında en yüksek puanı kontrol alt ölçeğinin aldığı bildirilmiştir (Macdonald ve ark. 1999). Brown ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise en yüksek puanı kuşku alt ölçeği almıştır (Brown ve ark. 1994). Türkbay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise erişkin grubunda en yüksek puanı kontrol alt ölçeğinin aldığı belirtilmiştir (Türkbay ve ark. 2000). Literatürde OKB hastalarında en çok görülen belirtiler kirlenme obsesyonu ve bunu izleyen temizlik kompulsiyonları, şüphe obsesyonları ve bunu izleyen kontrol kompulsiyonları olarak belirlenmiştir (Bayar ve Yavuz, 2008). Çelikel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada en yüksek puanı temizlik alt ölçeğinin aldığı bildirilmiştir (Çelikel ve ark. 2009). Türk ve Fransız OKB hastalarının karşılaştırıldığı çalışmada her iki grubunda en sık tanımladığı obsesyon ve kompulsiyonların pislik bulaşma obsesyonları ve temizlik yıkama kompulsiyonları olarak bildirilmiştir (Ercan ve ark. 1998). Lensi ve arkadaşları kuşku ve bulaşma obsesyonları ile kontrol ve temizleme kompulsiyonlarını en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olarak belirlemişlerdir ( Lensi ve ark. 1996). Yiğittürk ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kirlilik, bulaşma ve kuşku obsesyonları ile temizlik ve kontrol kompulsiyonlarının en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olduğunu belirtmişlerdir ( Yiğittürk ve ark. 2002).

Çalışmamızda kontrol grubunun MOKSL toplam puan ortalaması 6,56 olarak saptanmıştır. Brown ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada MOKSL toplam puan ortalaması 3,57 olarak bildirilmiştir (Brown ve ark. 1994). MacDonald ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada MOKSL toplam puan ortalaması 7,8 olarak belirtilmiştir (Macdonald ve ark. 1999).

Çalışmamızda yer alan gönüllüler obsesif kompulsif belirtiler açısından değerlendirildiğinde yüksekte düşüğe puan sıralaması kuşku, temizlik, kontrol, ruminasyon ve yavaşlık şeklinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç Brown ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma ile Macdonald ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma tarafından desteklenmektedir. Brown ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada en yüksek puanı kuşku alt ölçeğinin aldığı bildirilmiştir (Brown ve ark. 1994). Macdonald ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da en yüksek puanı kuşku alt ölçeğinin aldığı belirtilmiştir (Macdonald ve ark. 1999). Julien ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada klinik olmayan örnekleme çalışmaya katılanların ortalama %93'ünde zihinlerine zorla giren düşüncelere sahip oldukları ve bu düşüncelerin evrensel nitelikler taşıdıkları belirtilmiştir ( Julien ve ark. 2007). Hem OKB hastalarından hem de klinik olmayan bireylerden meydana gelen bir örnekleme yürütülen çalışmada, klinik olmayan kişilerin %54,7'inde kontrol etme, yıkanma, düzenleme ve belirli nesnelere kaçınma gibi ritüel davranış biçimlerinin görüldüğü bildirilmiştir (Muris ve ark. 1997).

Çalışmamızda OKB tanısı almış kişilerle sağlıklı bireyler çocukluk çağı travmatik yaşantılar açısından karşılaştırılmıştır. CTQ toplam ve tüm alt ölçeklerinde, hasta grubunun puanlarının kontrol grubunun puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hasta grubunda CTQ toplam ve alt ölçek puanları cinsiyete göre incelendiğinde; sadece duygusal istismar alt ölçeğinde, kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek düzeyde puan aldıkları belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise CTQ toplam ve alt ölçeklerinde cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır. CTQ toplam puanları hasta grubunda 39,28 ve kontrol grubunda 5,40 belirlenmiştir. Hasta grubunda en yüksek puanı 12,32 puan ortalaması ile duygusal ihmal alt ölçeği alırken, kontrol grubunda da 2,84 puan ortalaması ile en yüksek puanı duygusal ihmal alt ölçeği almıştır.

Mathews ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada deneklerin %30' unun bildirim ile en yüksek puanı duygusal ihmal alırken çocukluk çağı travmatik yaşantılarının OKB gelişimi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. (Mathews ve ark. 2008). Lochner ve arkadaşları bir çalışmada OKB ve trikotillomani hastalarını sağlıklı gönüllülerle çocukluk çağı travmatik yaşantıları açısından değerlendirmişler ve çalışmamızı destekler nitelikte olarak hem OKB hem de trikotillomani hastalarında sağlıklı gönüllülere göre çocukluk çağı travmaları bildirimlerinin daha çok olduğunu aktarmışlardır (Lochner ve ark. 2002). Bu çalışmada OKB hastalarında CTQ toplam puanı 40,8 olarak bildirilirken en yüksek puanları duygusal istismar (10,3) ve duygusal ihmal (10,1) alt ölçeklerinin aldığı belirtilmiştir (Lochner ve ark. 2002). Saunders ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada çocukluk çağında travmatik yaşam olaylarına maruz kalmış kişilerin, maruz kalmamış kişilere göre yetişkinlik döneminde daha fazla majör depresyon, OKB ve cinsel bozukluklar görüldüğü aktarılmıştır (Saunders ve ark. 1992). Ross ve arkadaşlarının DSM IV tanı kriterlerine göre anksiyete bozuklukları (panik bozukluk, sosyal fobi ya da obsesif kompulsif bozukluk) tanısı almış 125 hasta ile yaptıkları bir araştırmada, cinsel istismar ve anksiyete bozuklukları arasında anlamlı ilişkiler saptandığı bildirilmiştir (Ross ve ark. 1996). Hemmings ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da çocukluk çağı travmalarının, özellikle duygusal istismar ve ihmalin OKB gelişimini önemli ölçüde etkilediği ortaya konmuştur (Hemmings ve ark. 2013).

Travmatik yaşantılar sonucu oluşmuş girici, istenmeyen düşüncelerin klinik obsesyona dönüşmesi, klinik anlamı olan bir obsesyonun daha hafif düzeyde bir zorlayıcı düşünceden türeyebileceğini belirten bilişsel yaklaşıma göre mümkün görünmektedir (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008). De Silva ve Marks da OKB gelişiminde travmaların rolünü araştırmışlar, obsesyonların travma ile ilgili düşüncelerden evrilebileceğini belirtmişlerdir (De Silva ve Marks, 1999).

Dinn, Haris ve Raynard' ın posttravmatik obsesif kompulsif bozukluğu ele aldıkları çalışmada çocukluk çağında tecrübe edilen travmatik yaşantıların obsesyonların sıklığını ve yoğunluğunu arttırabileceği ve düşüncenin içeriğini etkileyebileceği üzerinde durulmuştur (Dinn, Haris, Raynard, 1999). Çalışmamızda obsesif kompulsif belirti çeşitleri çocukluk çağı travmatik yaşantılar arasındaki ilişki hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda incelenmiştir. Araştırmamızın

sonuçlarına göre hasta grubunda yavaşlık alt ölçeği ile CTQ toplam, cinsel istismar ve duygusal istismar alt ölçekleri arasında ve ruminasyon alt ölçeği ile cinsel istismar alt ölçeği arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. İsrail de cinsel istismar ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, OKB tanısı almış 30 hastanın %53,3' ünde çocukluk çağı cinsel istismar yaşantılarına rastlandığı aktarılmıştır (Caspi ve ark. 2008). Lochner ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, dürtüsellik ile duygusal istismar arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Lochner ve ark. 2005). Lockwood ve arkadaşlarının yeme bozukluğu olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada, hastalarda bulunan kompulsif belirtilerde çocukluk çağı travmaların rolü araştırılmış ve temizlik kompulsiyonlarının cinsel istismarla aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Lockwood ve ark. 2004). Lochner ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantılarından sadece duygusal ihmalin OKB ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Lochner ve ark. 2002). Mathews ve arkadaşları, yaptıkları çalışma sonucunda duygusal istismar ve ihmalin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğunu aktarmışlar ve duygusal ihmal ve istismara maruz kalan kişilerin ilerleyen yaşamlarında OKB gelişimi açısından risk grubunda olabileceği yorumunda bulunmuşlardır (Mathews ve ark. 2008). Ülkemizde yapılan bir araştırmada Akpınar ve arkadaşları, çalışmaya katılan OKB hastalarının %15' inin cinsel istismara maruz kaldığını ve duygusal istismar ile ensestin cinsel obsesyonla seyreden OKB ile ilişkili olduğunu aktarmışlardır (Akpınar ve ark. 2013).

Çalışmamızda obsesif kompulsif belirti çeşitleri çocukluk çağı travmatik yaşantılar arasındaki ilişki kontrol grubunda incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çelikel ve Beşiroğlu' nun yaptıkları çalışmada klinik olmayan örnekleme düşünceye kapılma alt ölçeği ile çocukluk çağı cinsel kötüye kullanım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (Çelikel ve Beşiroğlu). Mathews ve arkadaşlarının bir çalışmasında tarvmatik yaşantıların kişilik özelliklerine etkisi araştırılmış, cinsel istismarla kişilik özelliklerinden sorumluluğun arasında anlamlı ilişki saptanmış ve sorumluluğun obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğunu belirtilmiştir ( Mathews ve ark. 2008).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, birçok araştırmada farklı psikolojik bozukluklara etkisi için araştırılmıştır. Ancak klinik örnekleme sağlıklı kişilerle obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastalarla çalışma sayısı çok azdır. Çelikel ve

Beşiroğlu' nun yaptıkları çalışma klinik olmayan örnekleme çocukluk ağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemektedir (elikel ve Beşiroğlu, 2008). Akpınar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma klinik örnekleme dayanmasına rağmen cinsel obsesyonlarla seyreden obsesif kompulsif bozukluk hastalarında çocukluk ağı travmatik yaşantıların varlığına odaklanılmıştır (Akpınar ve ark. 2013).

Mathews ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da klinik olmayan örnekleme obsesif kompulsif belirtilerle çocukluk ağı travmaları arasındaki ilişki incelenmiştir (Mathews ve ark. 2007). Lochner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma, bizim çalışmamıza benzer olarak klinik örnekleme; obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastalarda çocukluk ağı travmatik yaşantılar araştırılmış ve bizim çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlar elde edilmesine rağmen bu çalışmada ise obsesif kompulsif belirti dağılımı ve travma alt tiplerinin ilişkileri incelenmemiştir (Lochner ve ark. 2002). Bu bilgiler işığında çalışmamız önem arz etmektedir.

Çalışmamızdaki kısıtlılık, örneklemin küçük olması ve çalışmaya katılan hastaların düzenli ilaç tedavisi görüyor olmalarıdır. İlaç kullanımının obsesif kompulsif belirtiler üzerine etkisinin olduğu düşünülebilir. Daha büyük bir örnekleme üzerinde benzer bir çalışma yürütülecek olursa obsesif belirtilerle çocukluk ağı travmatik yaşam olayları arasındaki ilişkiler daha iyi anlaşılacaktır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada OKB tanısı almış kişiler ile sosyodemografik özellikleri benzer sağlıklı kişilerin çocukluk çağı travmatik yaşam olayları puanlarının karşılaştırılması ve çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının OKB belirti ve şiddetine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, OKB tanısı almış hastalarda sosyodemografik özellikler açısından benzer hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha yüksek düzeyde çocukluk çağı travmatik yaşantılar bulguları saptanmıştır. Hasta grubunda, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) toplam ve alt ölçek puanlarında cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) toplam ve alt ölçek puanları hasta grubunda eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, ruminasyon alt ölçeği dışında tüm alt ölçek puanlarının ve toplam puanın eğitim durumu lise olan hastalarda istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanında, hasta grubunda Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) yavaşlık alt ölçeği ile Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları, cinsel istismar ve duygusal istismar alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

Biyolojik ve genetik faktörlerin olduğu kadar Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) gelişiminde rol oynayan psikososyal faktörlerin araştırılması bu bozukluğa yönelik müdahalelerin ortaya konması açısından önemlidir. Bir başka açıdan bu sonuçlar, ebeynlerin aşırı kontrolcü, aşırı tutucu davranışlarına yönelik önleyici çalışmalara da ışık tutabilecektir.

Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan kişilerde ileriki yaşamlarında önemli bir stres yaşantısı ardından; OKB' nin ortaya çıkabilmesi, erken çocukluk dönemlerinin OKB gelişiminde önemli rol **oynayabileceğini** göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda daha sonra yapılacak çalışmalarda, eğitimin OKB ile ilişkisinin daha kapsamlı olarak incelenmesi, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan kişilerde bilişsel şemaların nasıl geliştiğinin araştırılması, OKB hastalarının tedavisinde travma odaklı bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının obsesif kompulsif belirtilere etkisinin ve fayda görme düzeylerinin ortaya konması önerilmektedir.



## KAYNAKÇA

Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clinic Psycholgy*, 65(1), 44-52.

Afifi, T.O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M.W., Macmillan, H., Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *J Psychiatr Res*. 45(6), 814-22.

Akgün, N. (1989). Obsesyonel nevroz saplantı zorlantı bozukluğu, (Ed) N. Akgün. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.

Akpınar, A., Bakım, B., Alpak, G., Çevik, M., Yavuz, B.G., Karamustafalıoğlu, O. (2013). Cinsel obsesyonlarla seyreden obsesif-kompulsif bozukluklarda çocukluk çağı travması, cinsel işlevler, psikiyatrik komorbidite ve sosyodemografik veriler. *Dicle Tıp Dergisi*, 40 (2), 183-191.

Akpınar, A. (2007). Ergenlik Döneminde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. İstanbul, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Alonso, P., Menchon, J.M., Pifarre, J., Mataix-Cols, D., Torres, L., Salgado, P., Vallejo, J. (2001). Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Consult Clinic Psycholgy*, 62(7), 535-40.

Alpay, N., Karşıdağ, Ç. (2006). Şizofrenide anksiyete bozuklukları komorbiditesi. *Düşünen Adam*, 19(2), 77-82.

Alvarenga, P.G., Mastroso, R.S., Rosário, M.C. (2014). 2012, IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Section F.3, Ed. J.M. Rey, Extended 2014 Edition, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Geneva,

Antony, M. M., Swinson, R. P. (2000). Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment. Washington, D.C: American Psychological Association.

Arısoy, Ö. (2004). Psikiyatrik Genetik. *Düşünen Adam*, 17(2), 109-125.

Aslan, H., Ünal, M. (1995). Obsesif-kompulsif bozukluk. *Anksiyete Monografileri Serisi 3*, Ankara b.101-142.

Ayaz, T., Özpolat, A.G., Yücel, D., Altunöz, U. (2013). Kendi çocuğunu fiziksel olarak istismar eden ve kendisi de fiziksel istismar gören bir OKB vakası. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 116-120.

Babaoğlu, A.L., Karamustafalıoğlu, K.O., Alpay, N. (2012). Obsessive-compulsive disorder, overview. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 3(17), 76-80.

Baumgarten, H.G., Grozdanoviz, Z. " Role of Serotonin in Obsessive Compulsive Disorder". *Br J Psychiatry Suppl.* 1998;(35):13-20.

Bayaktar, E. (1997). Obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 25-32.

Bayar, 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, 185-192.

Belloch, A. Morillo, C. (2006). García-Soriano, Gemma, " Obsession Subtypes: Relationships With Obsessive-Compulsive Symptoms, Dysfunctional Beliefs and Thought Control Strategies". Inicio, 11(2), 65-78.

Berksun, O.E. (2003). Anksiyete ve anksiyete bozuklukları. İstanbul: Turgut Yayıncılık.

Beşiroğlu, L., Ağargün, M.C. (2006). Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: Hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(3), 213-222.

Beşiroğlu, L., Akman, N., Selvi, Y., Aydın, A., Boysan, M., Özbebit, Ö. (2010). Obsesif kompulsif belirti kategorileri hakkında ruh sağlığı bilgisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 47(2), 133-138.

Breslau, N. (2002). Psychiatric morbidity in adult survivors of childhood trauma. Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 7(2), 80-88.

Briggs, E.S., Price, I.R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. J Anxiety Disord. 23(8), 1037-1046.

Brown, G.W. (2002). Measurement and the epidemiology of childhood trauma". *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 7(2), 66-79

Brown, H.D., Kosslyn, S.M., Breiter, H.C., Baer, L., Jenike, M.A. (1994). Can patients with obsessive-compulsive disorder discriminate between percepts and mental Images: A signal detection analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 445-454.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G., Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496.

Bülbül, F., Çakır, Ü., Üre, İ., Karabatak, O., Alpak, G. (2013). Childhood trauma in recurrent and first episode depression. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 93-99.

Calin, D.O., Ştot-Bornescu, Ş., Macovel, S. (2011). Schizophrenia and obsessive compulsive disorder. *Present Deficiencies and Future Skills in Children With Asperger Syndrome*, 5(3-4), 27-32.

Cappelleri, J.C., Eckenrode, J., Powers, J.L, (1993). The Epidemiology of Child Abuse: Findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect. *American Journal of Public Health*, 83(11), 1622-1624.

Caspi, A., Vishne, T., Sasson, Y., Gross, R., Livne, A., Zohar, J. (2008). Relationship between Childhood Sexual Abuse and Obsessive-Compulsive Disorder: Case Control Study. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 45(3), 177-182.

Çelikel, H., Beşiroğlu, L. (2008). Klinik Olmayan Örneklemede Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları, Dissosiyasyon ve Obsesif Kompulsif Belirtiler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9(2), 75-83.

Çelikel, Ç.F., Yılmazbingöl, T., Yıldırım, D., Tel, H., Erkorkmaz, Ü. (2009). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu. Nöropsikiyatri Arşivi, 46, 86-90.

Çilli, A.S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Bodur, S., Kucur, R. (2004). Twelve Month Prevalence of Obsessive Compulsive Disorder in Konya. Comprehensive Psychiatry, 45(5), 367-374.

Clark, D.A. (2007). Cognitive Behavioural Therapy for OCD. New York: The Guilford Press.

De Silva, P., Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. Behavior Res. and Ther. 37, 941-951.

Dilbaz, N., Karamustafalıoğlu, O. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif kompulsif spektrum bozukluklarında tedavi: fluvoksamin' in yeri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 18, 208-221.

Dinn, W.M., Harris, C.L., Raynard, R.C. (1999). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a three-factor model. Psychiatry, 62(4), 313-324.

DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (2007). Ed. Köroğlu E. Ankara: HYB Yayıncılık.

DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (2013). Ed. Köroğlu E. Ankara: HYB Yayıncılık.

Duran, A. (1993). Obsesif kompulsif bozukluk, serotonerjik sistem ve serotonin gerialım inhibitörleri (SRI). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 1(3), 43-47.

Eddy, K.T., Dutra, L., Bradley, R., Westen, D. A. (2004). Multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. Clinic Psycholgy Review, 24(8), 1011-30.

Ellason, J.W., Ross, C.A. (?). Childhood Trauma and Psychiatric Symptoms. Psychol Rep, 80, 447-450.

Erol, N., Savaşır, I. (1988). Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi. Ankara: 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı.

Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Şimşek, Z. (1998). Türkiye ruh sağlığı profili raporu. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara. <http://tr.scribd.com/doc/118803955/Turkiye-Ruh-Sagliği-Profil-Raporu-1998>. Erişim: 24.07.2014

Eryılmaz, T.E., Tosun, A. (2013). Obsesif kompulsif bozuklukta kontrol ihtiyacı. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13(1), 121-130.

Eşel, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. Klinik Psikiyatri, 3, 46-55.

Evren, C., Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 30-37.

Foa, E.B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clinic Neurosci*, 12(2), 199–207.

Foa, E.B., Kozak, M.J. (1995). DSM-4 field trial obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152, 90-96.

Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., Marques, C., Versiani, M. (2004). Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *Journal of Psychiatric Research*, 38 (4), 403-411.

Fontenelle, L.F., Cocchi, L., Harrison, B.J., Shavitt, R.G., do Rosário, M.C., Ferrão, Y.A., de Mathis, M.A., Cordioli, A.V., Yücel, M., Pantelis, C., Mari Jde, J., Miguel, E.C., Torres, A.R. (2012). Towards a post-traumatic subtype of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 26(2), 377-383.

Gorey, K.M., Leslie, D.R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse and Neglect*, 21(4), 391-398.

Gökçakan, N. (2005). Bir obsesif kompulsif bozukluk vakasında bilişsel-davranışçı terapi uygulaması. *Mersin Eğitim Fakültesi*, 1(1), 81-90.

Gölge, Z.B. (2005). Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. Nöropsikiyatri Arşivi, 42(1-2-3-4), 19-28.

Heim, C., Nemeroff, C.B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biological Psychiatry, 49(12), 1023-39.

Hemmings, S.M.J., Lochner, C., van der Merwe, L., Cath, D.C., Seedats, S., Stein, D.J. (2013). BDNF Val66Met modifies the risk of childhood trauma on obsessive-compulsive disorder. Journal of Psychiatric Research, 47(12), 1857-1863.

Hollander, E. (1997). Obsessive compulsive disorder: The hidden epidemic. Journal of Clinic Psychiatry, 58(12), 3-6.

Hollander, E., Stein, D.J., Kwon, J.H., Rowland, C., Wong, C.M., Broatch, J., Himelein, C. (1998). Psychosocial function and economic costsof obsessive-compulsive disorder. CNS Spectr, 3(Suppl. 1), 48-58.

Houghton, S., Saxon, D., Bradburn, M., Ricketts, T., Hardy, G. (2010). The effectiveness of routinely delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a benchmarking study. British Journal of Clinic Psycholgy, 49(4), 473-89.

ICD-10 (2010). World Health Organization. <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/> Erişim Tarihi: 19.05.2014



Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M., Bernstein, D.B. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 600-606.

Julien, D., O' Connor, K.P., Aerdema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 366-383.

Kalkay, A.F. (2009). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Karma Dönemlerin ve Hızlı Döngülü Seyrin Ortaya Çıkışında Çocukluk Çağı Travmasının Rolü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.

Kara, H., Yazıcı, K., Sayar, M.K., Ağargün, M.Y., Güleç, C. (1996). Obsesif kompulsif bozuklukta kişilik özellikleri ve kişilik bozuklukları. *Yeni Symposium*, 34, 55-56.

Karaca, E., Doksat, M.K. (1998). Klinik açıdan obsesif-kompulsif bozukluk. *Yeni Symposium*, 36(3-4), 59-68.

Karahan, D. (2006). Erken disfonksiyonel şemaların obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kişilerde aktivasyonlarının karşılaştırılması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. İstanbul, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Karamustafalıoğlu, K.O., Karamustafalıoğlu, N. (2000). Obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon. Klinik Psikofarmokoloji Bülteni, 10, 26-31.

Karamustafalıoğlu, K.O., Karamustafalıoğlu, N. (2001). Obsesif kompulsif bozukluk ve komorbid durumlar. Psikiyatri Dünyası, 5, 62-67.

Karataş, S.K., Güler, J., Hariri, A. (2013). Bipolar disorder and obsessive compulsive disorderb comorbidity: three case reports. Journal of Mood Disorders, 3(1), 33-36.

Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., Burham, M.A. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry, 45(12), 1094-1099.

Karshoğlu, E.H., Yüksel, N. (2007). Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri, 10(Ek 3), 3-13.

Kaya, E. (2010). Çocuk istismarı ve ihmalinin saptanmasında nükleer tıp yöntemlerinin kullanımı. Journal of Current Pediatrics, 8, 30-35.

Kellogg, N. (2005). The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics, 116(2), 506-512.

Kendurkar, A., Kaur, B. (2008). Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ? prim care companion. Journal Clin Psychiatry, 10(4), 299–305.

Koran, L.M. (2007). Obsessive compulsive disorder: an update for the clinician. Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 5(3), 299-313.

Koran, L.M. (2000). Quality of life in obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America, 23(3), 509-517.

Köroğlu, E., Güleç, C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.

Kurdoğlu, M., Kurdoğlu, Z., Güler, A., Özgökçe, Ç. (2010). Türkiye' nin doğusunda çocukluk çağındaki cinsel istismar olgularının değerlendirilmesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 7(4), 2858-288.

Lapsekili, N., Uzun, Ö., Ak, M. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. Klinik Psikiyatri Dergisi, 13(4), 170-176.

Lapsekili, N., Ak, M. (2012). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı terapi sürecinde yol gösterici: formülasyon. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 1(1), 21-27.

Lenane, M.C., Swedo, S.E., Leonard, H., ve ark. (1990). Psychiatric Disorders in First Degree Relatives of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. Academy of Child & Adolescent, 29(3), 407-412.

Lensi, P., Cassano, G.B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J.L., Akiskal, H.S. (1996). Obsessive compulsive disorder familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with speical reference to gender-related differences. British Journal of Psychiatry, 169(1), 101-107.

Leon A.C., Porera L., Weismann, M.M. (1995). Social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(27), 19-22.

Levitan, R.D., Parikh, S.V., Lesage, A.D. (1998). Major Depression in Individuals With a History of Childhood Physical or Sexual Abuse: Relationship to Neurovegetative Features, Mania and Gender. *Am J Psychiatry*, 155, 1746-1752.

Lochner, C., Toit, P.L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, M.A. (2002). Childhood Trauma in Obsessive-Compulsive Disorder, Trichotillomania and Controls. *Depression and Anxiety*, 15(2), 66-68.

Lochner, C., Hemmings, S.M.J., Kinnear, C.J., ve ark. (2005). Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 14-19.

Lockwood, R., Lawson, R., Waller, G. (2004). Compulsive Features in the Eating Disorders: A Role for Trauma?. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192(3), 247-249.

MacDonald, P.A., Antony, M.M., McLeod, C.M., Richard, P. (1999). Priming for Obsessive-Compulsive Checkers and Noncheckers Swinson , *Journal of Abnormal Psychology*, 18(4), 679-686.

Masellis, M., Rector, N.A., Richter, M.A. (2003). Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 72-77.

Mathews, C.A., Kaur, N., Stein, M.B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety*, 25(9), 741-51.

Muris, P., Merckelbach, H., Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 249-252.

Murphy, S.M., Kilpatrick, D.C., Amic-McMullan, A. (1988). Current Psychological Functioning of Child Sexual Assault Survivors: A Community Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(1), 55-79.

Nestdat, G., Samuel, J., Riddle, M., ve ark. (2000). A Family Study of Obsessive Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57(4), 358-363.

Odağ, C. (2001). *Nevrozlar-2*. ed Odağ H. İzmir: Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları.

Oflaz, F. (2008). Felaketlerin Psikolojik Etkileri ve Hemşirelik Uygulaması. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 70-76.

Oğuz, T.F., Kılıç, E.Z. (1999). Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(3), 172-181.

Özçelik, B. (2002). Çocukluk Çağı Cinsel ve Fiziksel İstismarının Erişkin Psikopatolojisi ile İlişkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

Özdemir, O., Polat, F., Beşiroğlu, F., ve ark. (2011). Suça Yönelen Erkek Ergenlerde Travmatik Yaşantılar, Dissosiyasyon Ve Suça Karşı Tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 68-75

Özen, Ş., Subaşı, M., Yıldırım, A., ve ark. (2010). Öfkelenme Anında Cama Yumruk Atarak Kendini Yaralayan Hastalarda Problem Çözme Becerileri ve Çocukluk Çağı Travmaları. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi, 1(1), 25-30.

Öztürk, M.O., Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları cilt-1. Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Pauls, D.L., Towbin, K.E., Leckman, J.F., ve ark. (1986). Gilles Dela Tourette's Syndrome and Obsessive-Compulsive Disorder: Evidence Supporting a Genetic Relationship. Arch Gen Psychiatry, 43(12), 1180-1182.

Pauls, D.L., Raymond, C.L., Stewenson, J.M., Leckman, J.F. (1991). A Family Study of Gilles De La Tourette's Syndrome. The American Journal of Human Genetics, 48(1), 154-163.

Peles, E., Adelson, M., Schreiber, S. (2009). Association of OCD with a history of traumatic events among patients in methadone maintenance treatment. CNS Spectr. 14(10), 547-554.

Pereda, N., Guilerab, G., Fornsa, M., Gomez-Benitob, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of finkelhor. Child Abuse and Neglect, 33(6), 331-342.

Pişgin, İ., Özen, Ş.D. (2010). Çocukluktan Erişkinliğe Obsesif Kompulsif Bozuklukta Hatalı Değerlendirme ve İnanç Alanları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(1), 117-131.

Prasko, J., Raszka, M., Diveky, T., ve ark. (2010). Obsessive Compulsive Disorder and Dissociation–Comparison With Healthy Controls. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.*, 154(2), 179–183

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behav. Res. Ther.*, 35, 793-802.

Rasmussen, S.A., Eiesen, J.L. (1992). The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743-758.

Rasmussen, S.A., Eisen, J.E. (1991). Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder. In *Psychobiology of Obsessive Compulsive Disorder*. Ed(s) Insel T., Rasmussen S., Zohar J. New York: Springer Verlag.

Rasmussen, S.A., Eisen, J.L. (1993). Obsessive compulsive disorder with psychotic Features. *J. Clinical Psychiatry*, 54, 373-379.

Ross, C.A., Eldridge, G., Forde, D.R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry*, 153(2), 275-277

Runyan, D., Corrine, W., Ikeda, R. (2002). Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers In *World Report on Violence and Health*. Ed(s). Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. Geneva.

Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav. Res. Ther.*, 27, 677-682.

Salkovskis, P.M. (2007). Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry*, 6(6), 229-233.

Saunders, B.E., VillePonteaux, L.A., Lipovsky, A.J., ve ark. (1992). Childe sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A Community survey. *J Interpers Violence*, 37, 941-951.

Schafer, M., Schnack, B., Soyka, M. (2000). Sexual and Physical Abuse During Early Childhood or Adolescence and Later Drug Addiction. *Psychother Psychosom Med. Psychol*, 50(2), 38-50

Semiz, Ü.B., İnanç, L., Bezgin, C.H. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 49(8), 1287-129.

Snowden, J. (1979). Family Size and Birth Order in Obsessional Neurosis. *Acta Psychiatr Scand*, 60(1), 121-8.

Stein, M.B., Walker, J.R., Anderson, G., ve ark. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 153(2), 275-277.

Stekete, G., Eiesen, J., Dyck, I., ve ark. (1999). Predictors of Course in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research*, 89, 229-238



Stewart, S.E., Pauls, D.L. (2010). The Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder. Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 8(3), 350-357.

Şafak, Y., Karadere, M.E., Özdel, K., ve ark. (2014). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Grup Psikoterapisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 25(4), 225-233

Şahin, F. (2008). Fiziksel İstismar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. ed(s) Çetin F.Ç., Coşkun A., İşeri E. ve ark. Ankara:Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği.

Şahiner, İ.V. (2010). Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının ve Yaşam Olaylarının Alopesi Areata İle İlişkisi. Yayımlanmamış uzmanlık tezi. Başkent Üniversitesi.

Şar, V. (2009). Disosiyatif Kimlik Bozukluğu: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları İle İlişkili Bir Psikopatoloji. Klinik Gelişim-Psikiyatri, 22(4), 26-33.

Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci., 32(4), 1054-1063.

Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O., Sungur, M.Z. (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Modeli. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(3), 335-349.

Taner, Y., Gökler, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 35, 82-86.

Tecan, E., Bruno, M., Kuloğlu M. (1998). Türkiye ve Fransa' da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri, 1, 35-41.

Tek, C., Uluğ, B., Rezaki, B.G., Tanrıverdi, N., ve ark. (1995). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. Acta Psychiatr Scand., 91, 410-413.

Tıraşçı, Y., Gören, S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. Dicle Tıp Dergisi, 34(1), 70-74.

Tibbo, P., Warnake, L. (1999). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. J Psychiatry Neurosci., 24(1), 15–24.

Topbaş, M. (2004). A Big Shame of Mankind: Child Abuse. TAF Preventive Medicine Bulletin, 3(4), 76-80.

Topçu, S. (1997). Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı (2. Baskı). İstanbul: Doruk Yayımcılık.

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

Tosun, A., Irak, M. (2007). Üstbiliş lçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompülsif Belirtilerle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(1), 67-80.

Turhan, E., Sangün, Ö., İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. Sürekli Tıp Sağlığı Dergisi, 15(9), 153-157

Tükel, R., Topçuoğlu, V., Demet, M.M. (2006) Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Anksiyete Bozuklukları. ed. Tükel R. Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Tükel, R., Topçuoğlu, V., Demet, M.M. (2006) Obsesif-kompulsif bozukluğun patogenezi. Anksiyete Bozuklukları. ed. Tükel R. Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Tükel, R., Polat, A., Özdemir, O., ve ark. (2002). Comorbid Conditions in Obsessive-Compulsive Disorder. Comprehensive Psychiatry, 43(3), 204-209.

Türkbay, T., Doruk, A., Erman, H., Söhmen, T. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Belirti Dağılımının ve Komorbiditesinin Çocuk ve Ergenler ile Erişkinler Arasında Karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri, 3, 86.91.

Türkçapar MH, Şafak Y. (2012). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Özellikler ve Bilişsel Tedaviler. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 5(3), 69-75

Türksoy, N. (2003). Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları. ed(s) Aker T., Önder M.E. İstanbul: 5US.

Uğuz, F., Karababa, F., Aşkın, R. (2007). Obsesif kompulsif bozukluk için yardım aramada ilk başvuru yerlerinin değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 17(1), 29-33.

Ünal, M., Kuloğlu, M., Atmaca, M., ve ark. (2007). Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Eksen I ve Eksen II Tanıları. Türkiye’de Psikiyatri, 9(1), 18-25.

Vardar, E. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Genetiği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10(3), 153-159.

Weisman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., ve ark. (1994). The Cross National Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder: The Cross National Collaborative Group. The Journal of Clinical Psychiatry, 55, 5-10.

Yalın, A., Avcı, A., Kerimoğlu, E., Aslan, H. (1995). Çocuklarda Fiziksel Örselenmenin Ankara ve Adana İllerinde Görülme Sıklığının Taranması. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 3(1), 39-43.

Yaluğ, İ., Kocabaşoğlu, N., Aydoğan, G., Günel, B. (2003). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozuklukta Depresyon ve Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi. Düşünen Adam, 16(1), 28-34

Yanık, M., Özmen, M. (2002). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım/İhmal Yaşantıları İle İntihar, Kendine Fiziksel Zarar Verme ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3(3), 140-146.

Yarar, F., Yarış, F. (2011). Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmeline yaklaşım. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 15(4), 178-183.

Yıldırım, E.A., Kaşar, M., Albayrak, E.A., ve ark. (2009). Clinical and Sociodemographic Features of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 19, 585-586.

Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü., Öner, A. (2003). Bir Çocuk İstismarı Vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46, 295-298.

Yiğittürk, D., Emul, H.M., Sezer, Ö., ve ark. (2002). İnönü Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören OKB olgularında klinik özellikler ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi: Geriye dönük değerlendirme. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 185-188.

Zannarini, M.C., Yong, L., Frankenburg, F.R. (2002). Severity of Reported Childhood Sexual Abuse and Its Relationship to Severity of Borderline Psychopathology and Psychosocial Impairment Among Borderline Inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-38

## **EKLER**



www.uskudar.edu.tr

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

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK  
(KLİNİK VE İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2014 / 57

25 Temmuz 2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Habib Erensoy  
(Salih Kıvılcım)


Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23 Temmuz 2014 tarihinde, 09 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu **"Çocukluk Çağı Travmatik Yaşam Olaylarının Yetişkin Obsesif Kompulsif Bozukluğu ile Komorbiditesi "** adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na

"Çocukluk Çağı Travmatik Yaşam Olaylarının Yetişkin Obsesif Kompulsif Bozukluğu ile Komorbiditesi" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi'nde yapılmasına izin veriyorum.

30.06.2014  
Originalni elden teslim etdim.  
Saliha KIVILCIM  


Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ  
Mesul Müdür

  
ÖZEL NPİSTANBUL  
Nöropsikiyatri Hastanesi  
Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ  
Dip.Tes.No: 46549  
Başhekim & Dahiliye Uzmanı

# ÖZGEÇMİŞ

## PSİKOLOJİK DANIŞMAN VE REHBER ÖĞRETMEN

SALİH KIVILCIM

TEL: 0507 768 73 78

EMAIL: salih.kivilcim@outlook.com

**Adres:** Merkez Mah. Aysıl Sok. No: 48 D: 4 Arnavutköy/İSTANBUL

**Doğum tarihi:** 02.08.1988

**Doğum yeri:** Artova

**Medeni hali:** Bekar

### Eğitim Durumu:

2008-2012 Kocaeli Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü

2002-2006 Zile Anadolu Öğretmen Lisesi

### Deneimler

\*Milli Eğitim Bakanlığı'nda üç yıl rehber öğretmenlik