

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASI DÜZEYİ YÜKSEK VE DÜŞÜK OLAN BİREYLERİN
PSİKODİNAMİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bengü KARAKAYA

HAZİRAN 2023

ANTALYA

**T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASI DÜZEYİ YÜKSEK VE DÜŞÜK OLAN BİREYLERİN
PSİKODİNAMİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bengü KARAKAYA

HAZİRAN 2023

ANTALYA

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASI DÜZEYİ YÜKSEK VE DÜŞÜK OLAN BİREYLERİN
PSİKODİNAMİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bengü KARAKAYA

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK
LİSANS PROGRAMI tezi olarak / / tarihinde jüri tarafından (oybirliği /
oyçokluğu ile) kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Cumhur AVCİL

Dr. Öğr. Üyesi Fatma TURAN

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. İbrahim Sani MERT

Tez Teslim Tarihi: / /2023

BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travması Düzeyi Yüksek ve Düşük Olan Bireylerin Psikodinamik Açıdan Değerlendirilmesi” adlı bu çalışmanın hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, bu çalışmanın herhangi bir kısmının başka bir akademik çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

29 / 05 / 2023

Bengü KARAKAYA

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
EKLER LİSTESİ.....	vii
ÖNSÖZ	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	6
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	6
2.1.1. Obsesyon ve Kompulsiyon Alt Türleri.....	6
2.1.2. Tarihçe..	8
2.1.3. Epidemiyoloji	9
2.1.4. Etiyolojisi	11
2.1.5. OKB Semptomatolojisi	16
2.1.6. Tanı Ölçütleri	17
2.1.7. Komorbidite	18
2.1.8. Tedavi Yöntemleri	19
2.2. Çocukluk Çağı Travması.....	20
2.2.1. Tanım.....	20

2.2.2. Tarihçe.....	21
2.2.3. Sınıflandırma	22
2.2.4. Etiyoloji.	24
2.2.5. Epidemiyoloji.....	25
2.2.6. Çocukluk Çağı Travması ve OKB	26
2.3. Psikodinamik Yaklaşım.....	27
2.3.1. Nesne İlişkileri Kuramı	27
2.3.2. Otto Kernberg'e göre Nesne İlişkileri Kuramı	29
2.3.3. Kişilik Örgütlenmesi Düzeyleri	31
2.3.3.1. Nevroz Düzeyi Kişilik Örgütlenmesi.....	31
2.3.3.2. Sınır Durum Kişilik Örgütlenmesi.....	32
2.3.3.3. Psikoz Kişilik Örgütlenmesi.....	32
2.3.4. Kişilik Örgütlenmesi Belirleyici Ölçütleri	32
2.3.4.1. Kimlik Bütünlüğü	32
2.3.4.2. Savunma Mekanizmaları	33
2.3.4.3. Gerçeği Değerlendirme Yetisi	34
3. YÖNTEM.....	35
3.1. Evren ve Örneklem	35
3.2. Verilerin Toplanması	35
3.3. Veri Toplama Araçları	35
3.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	36
3.3.2. Demografik Bilgi Formu	36
3.3.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)	36

3.3.4. Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN)	37
3.3.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)	37
3.3.6. Beck Depresyon Envanteri (BDÖ)	37
3.4. Veri Analizi	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. Sürekli Veriler İçin Yapılan Normallik Analizi	39
4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı İstatistikleri	40
4.3. ÇÇTÖ ve Alt Parametrelerinin Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması	43
4.4. ÇÇTÖ Toplam Puanına Göre Ayrılan İki Grubun (Düşük-Yüksek Düzey) MOKSL, BDÖ ve KORENE Ait Değerler ile Karşılaştırılması.....	45
4.5. Çocukluk Çağı Travma Ölçek Alt Türlerinin KOREN, MOKSL ve BDÖ Ölçekleriyle Karşılaştırılması	45
4.6. Hasta Grubunda Travma Düzeyi ile KOREN Alt Ölçek Düzeyleri Arasındaki Korelasyon... ..	50
4.7. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin Toplam Puanının KOREN, MOKSL ve BDÖ ile Regresyon Analizi	51
5. TARTIŞMA	52
5.1. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Bulguların Tartışılması	53
5.2. Çocukluk Çağı Travma Düzeylerinin OKB Düzeyleri, Depresyon Düzeyleri ve Kişilik Organizasyonu İle İlişkisinin İncelenmesi	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
6.1. Sınırlılıklar	61
7. KAYNAKÇA	63
8. EKLER.....	78

ÖZET

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI YÜKSEK VE DÜŞÜK OLAN BİREYLERİN PSİKODİNAMİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bengü KARAKAYA

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ

Haziran 2023; 104 sayfa

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), takıntılar ve zorlantılarla karakterize bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanır. Çocukluk çağı travmasına maruz kalan bireylerin, ileride obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkarması ihtimali yüksektir. Çocukluk çağı travması yaşayan bireylerin OKB ile ilişkisini gösteren epidemiyolojik çalışmalar olmasına rağmen, psikodinamik açıdan çocukluk çağı travması ve OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, OKB hastalarının çocukluk çağı travması düzeylerinin incelenmesi, depresyonla bağlantısının incelenmesi, travma alt türlerinin bu hastalarda hangi kişilik örgütlenme düzeyini yansıttığı ve sosyodemografik farklılıklarına etkisini ele almaktır. Örnekleme, 18-65 yaş aralığındaki Özel Terapi Tıp Merkezinde OKB tanısı almış ve tedaviye devam eden 60 hasta oluşturmuştur. Katılımcılara, Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyodemografik Bilgi Formu, Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Maundsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) uygulanmıştır. Analizler, IBM SPSS programı kullanılarak yürütülmüştür. Çocukluk çağı travma düzeyleri (ÇÇTD), alt boyutlarının düzeyleri ve OKB açısından sosyodemografik değişkenler açısından anlamlı ilişki saptanamamış olup, sadece duygusal ihmal düzeyi ve OKB semptom düzeyi arasında negatif ilişki saptanmıştır. Çocukluk çağı travma düzeyleri ile çocukluk çağı travma alt düzeyleri ve OKB semptom düzeyleri arasındaki korelasyonlar incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. ÇÇTD, istismar ve ihmal düzeyleri ve OKB açısından primitif savunma, gerçeği değerlendirme ve kimlik difüzyonu ile anlamlı ilişki saptanamamış olup, sadece cinsel istismar ve primitif savunma arasında sınırda anlamlı ilişki saptanmıştır. Çocukluk çağı travma düzeyi yüksek olan OKB hastalarında depresyon seviyesi daha yüksek bulunmuştur. ÇÇT alt gruplarından duygusal istismar arttıkça depresyon seviyesinde artış saptanmıştır. MOKSL toplam ve KOREN alt grupları (primitif savunmalar, gerçeklik testi ve kimlik difüzyonu) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Stepwise lineer regresyon analizinde analize KOREN'in alt ölçekleri, MOKSL ve BDÖ dahil edilmiş olup elde edilen modelde MOKSL ve BDÖ yer almıştır ($F=6,213$, $p=0,004$). Model varyansın %15'inin açıklamaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar mevcut alanyazınlar doğrultusunda tartışılmıştır. Son olarak araştırmanın sınırlılıkları ve önerileri belirtilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Çocukluk Çağı Travmaları, Gerçeklik Testi, Kernberg Kişilik Organizasyonu, Kimlik Difüzyonu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Primitif Savunmalar, Psikodinamik

JÜRİ: Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ

Dr. Öğr. Üyesi Cumhur AVCİL

Dr. Öğr. Üyesi Fatma TURAN

ABSTRACT

PSYCHODYNAMIC EVALUATION OF INDIVIDUALS WITH HIGH AND LOW LEVELS OF CHILDHOOD TRAUMA IN PATIENTS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Bengü KARAKAYA

MSc Thesis in Psychology

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Oğuzhan HERDİ

June, 2023; 104 pages

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is defined as a mental disorder characterized by obsessions and/or compulsions. People who have been through a lot of trauma as children are more likely to develop obsessive-compulsive symptoms in the future. Although there are epidemiological researches showing a link between childhood trauma and OCD, there is a lack of literature focusing on trauma from a psychodynamic perspective. The purpose of this study is to investigate the childhood trauma levels of OCD patients, to examine its relationship with depression, to discuss which personality organization level the trauma subtypes reflect in these patients and its effect on sociodemographic differences. The sample composed of 60 patients aged 18-65 who were diagnosed with OCD in the Özel Terapi Tıp Merkezi and continued their treatment. Participants received an Informed Consent Form, a Sociodemographic Information Form, The Childhood Trauma Scale (CTQ), The Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire (MOKSL), The Inventory of Personality Organizations (IPO), and The Beck Depression Scale (BDI). Analyses were performed using the IBM SPSS program. No significant sociodemographic relationships were found between childhood trauma levels (CTS), the levels of its sub-dimensions, and OCD, but only a negative association was identified among emotional neglect and OCD. The levels of CTS, sub-dimensions and OCD levels were examined, and no relationship was identified between the correlations. Primitive defense, truth assessment and identity diffusion were not significantly related to CTS, levels of abuse and neglect and OCD, but only a marginal association was identified among sexual abuse and primitive defense. Patients with OCD who experienced a lot of childhood trauma were identified to have higher levels of depression. As emotional abuse from CT subgroups increased, depression levels increased. There was a strong link between the total MOKSL and KOREN subgroups (primitive defences, reality testing, and identity diffusion). In stepwise linear regression analysis, the subscales of KOREN, MOCL and BDI were included in the analysis, and MOKSL and BDI were included in the model obtained ($F=6.213$, $p=0.004$). The model explains 15% of the variance. The results obtained from the study were discussed in line with the existing literature. Finally, the limitations and recommendations of the research are stated.

KEYWORDS: Childhood Traumas, Kernberg Personality Organization, Obsessive Compulsive Disorder, Primitive Defenses, Psychodynamics, Identity Diffusion, Reality Testing

COMMITTEE: Asst. Prof. Dr. Oğuzhan HERDİ

Asst. Prof. Dr. Cumhur AVCİL

Asst. Prof. Dr. Fatma TURAN

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Simgeler

S.S.	: Standart sapma
N	: Toplam sayı
<i>p</i>	: Anlamlılık düzeyi
r	: Korelasyon katsayısı
β	: Regresyon katsayısı

Kısaltmalar

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerika Psikoloji Derneği
ÇÇT	: Çocukluk Çağı Travmaları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GD	: Gerçeği Değerlendirme
ICD	: International Classification of Diseases
KD	: Kimlik Difüzyonu
KOREN	: Kişilik Organizasyonları Envanteri
KÖ	: Kişilik Örgütlenmesi
MOKSL	: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
MR	: Manyetik Rezonans
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OK	: Obsesif Kompulsif (Belirtiler)
PS	: Primitif Savunmalar
SSRI	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
TS	: Tourette Sendromu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Sürekli Veriler İçin Yapılan Normallik Analizi.....	39
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikleri.....	41
Tablo 3. Araştırmada Kullanılan Ölçek Puanlarına Ait Betimsel Bulgular.....	43
Tablo 4. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Verilerin ÇÇTÖ Puanlarının Düşük-Yüksek Düzeylerine Göre Karşılaştırılması.....	44
Tablo 5. ÇÇTÖ Toplam Puanına Göre İki Gruba Ayrılan Örneklemin KORENE Ait Değerler ile Karşılaştırılması.....	45
Tablo 6. Duygusal İhmal Alt Ölçeğine Göre İkiye Ayrılan Örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ Açısından Karşılaştırılması	46
Tablo 7. Duygusal İstismar Alt Ölçeğine Göre İkiye Ayrılan Örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ Açısından Karşılaştırılması	46
Tablo 8. Fiziksel İhmal Alt Ölçeğine Göre İkiye Ayrılan Örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ Açısından Karşılaştırılması	47
Tablo 9. Fiziksel İstismar Alt Ölçeğine Göre İkiye Ayrılan Örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ Açısından Karşılaştırılması	48
Tablo 10. Cinsel İstismar Alt Ölçeğine Göre İkiye Ayrılan Örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ Açısından Karşılaştırılması.....	48
Tablo 11. Hasta Grubunda Travma Düzeyi ile KOREN Alt Ölçek Düzeyleri Arasındaki Korelasyon.....	49
Tablo 12. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin Toplam Puanının KOREN, MOKSL ve BDÖ Ölçekleriyle Olan Regresyon Analizi.....	50

EKLER LİSTESİ

- EK 1.** Bilgilendirilmiş Onam Formu
- EK 2.** Sosyodemografik Bilgi Formu
- EK 3.** Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)
- EK 4.** Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN)
- EK 5.** Maundsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)
- EK 6.** Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)
- EK 7.** Etik Kurul Onayı

ÖNSÖZ

Antalya Bilim Üniversitesi, Klinik Psikoloji yüksek lisans tezi olarak hazırlanmış olduğumuz bu çalışma, OKB tanısı almış hastalarda çocukluk çağı travmasına maruz kalan ve kalmayan bireylerin psikodinamik açıdan ele alınmasını içermektedir. Bu çalışmada tez sürecimin ilk yarısında bana destek olan Sn. Prof. Dr. Mehmet Yumru'ya ve ikinci yarısında tez danışmanım olan Sn. Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan Herdi'ye şükranlarımı sunuyorum.

Ayrıca klinik psikolog olma hayalimde her zaman arkamda olduklarını bildiğim ve desteklerini hep hissettiren canım aileme gönülden teşekkür ediyorum. Motivasyonumu hep yukarıda tutan ve bana gönülden inanan değerli kişi M.Ö. içinde aynı şükranlarımı sunuyorum.

.... / / 2023

Bengü Karakaya

İmzası

1. GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), takıntılar (obsesyonlar) ve zorlantılar (kompulsiyonlar) ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur. Kişi bu obsesyonların mantık dışı olduğunu bilse de bunları kontrol edemez ve akla gelen düşünce ve dürtüler sonucunda bunlardan kurtulmak için tekrarlayan davranışlar oluşturur (Gümüş ve Alver, 2020). OKB, önemli ölçüde strese, boşa zaman kaybına neden olmakta, kişinin normal günlük aktivitelerini, mesleki veya okul fonksiyonlarını, normal sosyal aktivitelerini veya ilişkilerini önemli ölçüde etkilemektedir (DSM-V, 2013). Obsesyonlar, kişinin kendi zihninden kaynaklanan, yineleyici, istem dışı ve kişiliği rahatsız eden niteliğe sahip olan düşünceler, itkiler ve fantezilerdir. Bu zihinsel içerikler, kişiler tarafından bilinçli olarak uzaklaştırılmaya çalışılsa da, tam tersi bir etki yaratarak kişinin zihnini meşgul eden, ısrar eden ve zorlayan bir yapıya sahiptirler (Bayraktar, 1997). Kompulsiyonlar, genel olarak obsesyonlardan kaçınmak için belirli kurallar çerçevesinde gerçekleştirilen motor ve zihinsel davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008). İstenmeyen düşünceler kişide olumsuz duygular yaratır ve kişi bu tür duygulardan korunmak için kaçma ve kaçınma eylemleri (bir düşünceyi akıldan çıkartmaya çalışmak, kirli olduğunu varsaydığımız kişi ve nesnelere kaçınmak gibi) ortaya çıkartabilmektedir (Vatan, 2016).

1980'lerde OKB'nin yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalarda, bu bozukluğun nadir bir bozukluk olmasının yanı sıra tedaviye karşı zorlayıcı bir yapısı olduğu belirtilmiştir (Bayar ve Yavuz, 2008). Bununla birlikte, ABD'de yapılmış olan ulusal bir epidemiyolojik araştırmaya göre, OKB'nin popülasyonda yaşam boyu görülme sıklığı %2 ve %3 arasındadır. Yapılan araştırmalar ışığında, bu bozukluğun yaşam boyu görülme oranı %2-3 oranında saptanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Altı aylık prevalansı ise %1 ve %2 arasında saptanmıştır (Bayraktar, 1997). Yakın zamanda yapılan çalışmaların ışığında, bu bozukluğun yıllık yaygınlığı %1,2 ve yaşam boyu görülme sıklığı ise %2-3 oranındadır (Ruscio AM ve ark., 2010). Güncel araştırmalar açısından OKB'nin hastalıklar içerisindeki yaygınlık sıralaması göz önüne alındığında bu bozukluk dördüncü sırada bulunmaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008).

Akpınar'a (2007) göre, OKB heterojen bir bozukluktur. Obsesif kompulsif bozukluğun gelişiminde biyolojik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörler de etkilidir. Bunlardan bazıları; istismar, yaşam değişiklikleri, hastalık, sevilen birinin ölümü gibi travmatik yaşantılar ve ilişkilerle ilgili kaygılardır (Türksoy, 2003). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, strese bağlı negatif düşüncelerin frekansını ve yoğunluğunu arttırarak ve bozukluğun klinik semptomlarını tetikleyerek OKB'nin etiolojisinde rol oynayabileceği öne sürülmüştür (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008).

Çocukluk çağı travmaları, çocukların ve gençlerin yaşamlarının erken dönemlerinden itibaren maruz kaldıkları kötü muameleleri içermektedir (Alsancak-Akbulut ve Barışkın, 2019). Çocukluk çağı travmaları, literatürde istismar ve ihmal alt başlıkları altında sınıflandırılmıştır. İstismar kavramı, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar şeklinde üç gruptan oluşurken, ihmal kavramı ise duygusal ve fiziksel ihmal olarak iki gruptan oluşmaktadır (Runyan ve ark., 2002). Çocuk istismarı ve ihmali kavramları aynı olmayıp, durumun aktif ve pasif olma koşuluna göre değişiklik göstermektedir (Yurdakök, 2010). 18 yaşının altındaki kişilerin, zihinsel, sosyal, duygusal ve cinsel gelişimlerine sürekli ve aktif olarak zarar veren davranışlar istismar olarak tanımlanırken,

anne, baba veya bakım verenler tarafından çocuğun fiziksel ve duygusal bakımı, beslenme, güven ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanmaması ihmal olarak tanımlanmaktadır (Yöyen, 2017).

Bireylerin çocukluk çağında savunmasız oldukları dönemde yaşanan travmatize edici olayların, nörobiyolojik değişikliklerle ilişkisi saptanmış ve ileri dönem yaşantılarda da bu travmatize olayların psikiyatrik rahatsızlık riskini arttırdığı gösterilmiştir (Mathews ve arkadaşları, 2008). Obsesif ve kompulsif eylemler, travma kökenli kaygı ile ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008). Özellikle travmatik olaylardan sonra olumsuz düşüncelere yönelik değerlendirmelerin, obsesif kompulsif bozukluk belirtilerini artırma potansiyeline sahip olduğu belirtilmiştir (Korkmaz, 2020). Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, OKB hastalarının psikiyatrik tanısı olmayanlara göre daha erken travmatik yaşam olaylarına maruz kaldığını göstermiştir (Lochner ve ark., 2002). Toplumla yönelik yapılan incelemelerde, obsesyon-kompulsiyon belirtileri ve travmatik çocukluk çağı deneyimleri açısından anlamlı korelasyonlar saptanmıştır (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008). Çocukluk çağı travmasının sadece OKB semptomlarının gelişimi ile ilişkili olmadığı, aynı zamanda semptomların sıklığı ve yoğunluğunun artmasıyla da ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Demirci, 2016).

Kişilik; bireyi diğerlerinden ayıran, istikrarlı ve eşsiz değerlerin bütünüdür (Yazgan İnanç ve Yerlikaya, 2008). İnsanları anlamak ve açıklamak amacıyla geçmişten bugüne kadar birçok tanım ve sınıflandırma yapılmıştır. Her kuram kişiliği kendi açısından tanımlayıp değerlendirmiştir (Thomas ve Segal, 2006). Kernberg, kişilik örgütlenme düzeylerine netlik getirmek amacıyla birçok psikopatolojiyi üç alt başlık altında (nevroz, psikoz ve sınır) toplamıştır. Kernberg'e (1999) göre, nevroz, borderline ve psikoz gruplarını ayırt etmek için üç önemli kriter vardır. Bunlar; kimlik bütünlüğünü, savunma mekanizmaları ve gerçekliği değerlendirme yetisidir. Kernberg tarafından geliştirilen kişilik örgütlenmeleri, kimlik dağınıklığı, kullanılan savunmaların özellikleri (ilkel ve olgun) ve gerçeklik değerlendirmesi temel alınarak karakterize edilmektedir (Yıldırım, 2020). Kernberg, tanımlayıcı psikiyatride bahsedilen tüm kişilik bozukluklarını bu psikopatolojik yelpaze içinde sınıflandırır ve bunları düşük, orta ve yüksek düzey olarak üçe ayırır. Örneğin, narsistik kişilik bozukluğu, orta ile ileri düzeyde bir tanıdır. Borderline kişilik bozukluğu ise hafif veya orta düzeydedir. Psikotik kişilik bozukluğu ise düşük düzey sınır kişilik organizasyonudur (Tokgöz, 1997). Psikotik kişiler, içgörü temelinde ve gerçekliği muhakeme yeteneği ile nevroz kişilerden farklı değerlendirilmekteydi. İlerleyen zamanlarda, psikoz ve nevroz arasındaki sınırlarda bulunan bireylerin olduğu keşfedilmiştir. Psikoz gibi görünen ama olmayan, fakat nevrotik özellikleri de kapsamayan bu gruba sınır durum adı verilmiştir (Şahin, 2009). Sınırdurum grubundaki bireyler, gerçeklik algılarını kaybetmemeleri, sanrı ve hezeyan özellikleri göstermemeleri nedeniyle psikotik gruptan, kimlik dağınıklığına sahip olmaları ve olgun savunmaların kullanılmaları nedeniyle de nevrotik gruptan farklıdır (Kernberg, 1999).

Literatürde obsesif kompulsif bozuklukta kişilik örgütlenmesi düzeyini inceleyen bir çalışma yer almaktadır ve bu çalışmanın sonuçlarına göre, OKB hastalarının kişilik örgütlenme düzeyleri temelinde, %24 oranındaki bireylerin nevrotik yapılanma gösterdiği, %62 oranında bireylerin sınırdurum yapıda olduğu ve geri kalan kişilerin ise psikotik kişilik organizasyonuna sahip olduğu saptanmıştır (Gıynaş ve ark., 2018). Gıynaş ve arkadaşlarına göre (2018), yapılan bu çalışma, OKB hastalarını kişilik

örgütlenme düzeyi açısından inceleyen ilk çalışmadır. Başka bir çalışmada, OKB hastalarının kişilik örgütlenme düzeyinin içgörüsü olan ve olmayan değişkeninden incelenmesi yer alır (Gıynaş ve ark., 2018). Bu bilgiler ışığında bu çalışma, OKB hastalarında çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeylerini, kişilik organizasyonunu ve travmanın alt türlerini ayrıntılı bir şekilde inceleyerek, aynı zamanda psikodinamik açıdan ele alarak, alanında ilk olma özelliği taşımaktadır.

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın önemi incelendiğinde hem Türkçe hem de İngilizce literatürde DSM-5'e göre OKB tanısı olan kişilerin çocukluk çağı örselenmiş yaşantılar bazında incelendiği çeşitli çalışmalar yapılmıştır. OKB hastalarının kişilik örgütlenme düzeyinde incelenmesini içeren tek bir çalışma bulunmaktadır (Gıynaş ve ark., 2018). Fakat, çocukluk çağı travması düzeylerini barındıran OKB hastalarının, kişilik örgütlenme düzeylerini inceleyen bir araştırma yoktur. Bu araştırmanın ilk kez yapıyor olmasının yanında çocukluk çağı travma düzeyi, OKB semptom düzeyi ve kişilik organizasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi OKB hastalarının psikodinamik açıdan ele alınması adına önemli olacaktır ve dolayısıyla da bu önem kendisini OKB hastalarının psikodinamik psikoterapileri süreçlerinde de gösterecektir.

Araştırmanın genel amacı, DSM-V tanı kriterleri dahilinde OKB tanısı almış hastaların çocukluk çağı travma düzeylerinin incelenmesi ve çocukluk çağı travması düzeyi yüksek ve düşük olan OKB hastalarının kişilik örgütlenmeleri, depresyon düzeyleri arasındaki farkın incelenmesidir.

1.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Bireylerin Özel Terapi Tıp Merkezi bünyesinde toplanması nedeniyle genellenebilirliğin kısıtlılığı
- Katılımcı sayısının sınırlı olması
- Verilecek anketlerin öz-bildirime dayalı olması. Bu çalışmanın sınırlılıklarıdır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Çocukluk çağı travma düzeyleri yüksek olan ve düşük olan OKB hastalarında sosyodemografik değişkenler açısından farklılıklar vardır.

H₂: Çocukluk çağı travma düzeyleri yüksek olan OKB hastalarının depresyon düzeyi çocukluk çağı travma düzeyleri düşük OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₃: Çocukluk çağı travma düzeyleri yüksek olan OKB hastalarında primitif savunma düzeyleri çocukluk çağı travma düzeyleri düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₄: Çocukluk çağı travma düzeyleri yüksek olan OKB hastalarında kimlik difüzyonu çocukluk çağı travma düzeyleri düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₅: Çocukluk çağı travma düzeyleri yüksek olan OKB hastalarında gerçeklik testi

düzeyleri çocukluk çağı travma düzeyleri düşük olan OKB hastalarına göre daha düşüktür.

H₆: Çocukluk çağı travma düzeyleri yüksek olan OKB hastalarında OKB düzeyleri çocukluk çağı travma düzeyleri düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₇: Çocukluk çağı travma alt parametrelerinin (duygusal, fiziksel ihmal ve cinsel, duygusal, fiziksel istismar) yüksek olan ve düşük olan gruplarında sosyodemografik farklılıklar vardır.

H₈: Duygusal ihmal düzeyi yüksek olan OKB hastalarında OKB düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₉: Duygusal istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında OKB düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₁₀: Fiziksel ihmal düzeyi yüksek olan OKB hastalarında OKB düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₁₁: Fiziksel istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında OKB düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₁₂: Cinsel istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında OKB düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₁₃: Duygusal ihmal düzeyi yüksek olan OKB hastalarında primitif savunma düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₁₄: Duygusal istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında primitif savunma düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₁₅: Fiziksel ihmal düzeyi yüksek olan OKB hastalarında primitif savunma düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₁₆: Fiziksel istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında primitif savunma düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₁₇: Cinsel istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında primitif savunma düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₁₈: Duygusal ihmal düzeyi yüksek olan OKB hastalarında kimlik difüzyonu düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₁₉: Duygusal istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında kimlik difüzyonu düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₂₀: Fiziksel ihmal düzeyi yüksek olan OKB hastalarında kimlik difüzyonu düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₂₁: Fiziksel istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında kimlik difüzyonu düzeyi

düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₂₂: Cinsel istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında kimlik difüzyonu düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₂₃: Duygusal ihmal düzeyi yüksek olan OKB hastalarında gerçeklik testi düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha düşüktür.

H₂₄: Duygusal istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında gerçeklik testi düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha düşüktür.

H₂₅: Fiziksel ihmal düzeyi yüksek olan OKB hastalarında gerçeklik testi düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha düşüktür.

H₂₆: Fiziksel istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında gerçeklik testi düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha düşüktür.

H₂₇: Cinsel istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında gerçeklik testi düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha düşüktür.

H₂₈: Duygusal ihmal düzeyi yüksek olan OKB hastalarında depresyon düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₂₉: Duygusal istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında depresyon düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₃₀: Fiziksel ihmal düzeyi yüksek olan OKB hastalarında depresyon düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₃₁: Fiziksel istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında depresyon düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

H₃₂: Cinsel istismar düzeyi yüksek olan OKB hastalarında depresyon düzeyi düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), tekrarlayan düşünsel eylemler ve itkiler olarak adlandırılan takıntılar (obsesyonlar) ile birlikte bireyin bu takıntılara karşı olarak oluşturduğu sert şekilde uygulanan prensiplere göre kendisini engelleyemediği yinelenen davranışlar veya zihinsel eylemler yani kompulsiyonlarla birlikte ilerleyen bir bozukluktur (APA, 2000; Tükel, 2000). Obsesyon ve kompulsiyonların bir bozukluk olarak tanımlanması için bireylerde belirli bir sıkıntıya neden olması, zaman kaybettirici olması, kişinin günlük işlevlerini, sosyal ilişkilerini ve mesleki işlevselliğini bozucu nitelikte olması gerekmektedir (DSM-V, 2014).

Ele geçirilmek ve kuşatılmak kelimeleri ile eş anlamlı olan “obsesyon” kelimesi, Latince “obsidere” kelimesinden türetilip, kişilerin kendilerini belirli bir düşünceden kurtaramaması olarak tanımlanmıştır (Tükel ve Demet, 2017). Obsesyon veya saplantı, istem dışı olarak bilinç alanına giren, yinelenen, sıkıntıya yol açan ve bireyin mantıksız olduğunu bilmesine rağmen ortaya çıkan fikirler, itkiler veya imgelerdir (Bayar ve Yavuz, 2008). Türk toplumu obsesyonları, "kuruntu, vehim, idefiks ya da yanılısama" gibi kavramlarla ifade etmektedir (Bayraktar, 1997). Takıntılar zaman kavramı üzerinde etkilidir ve bireylerin günlük aktivitelerini, iş yaşamındaki işlevlerini, çevresel, arkadaşlık ve ailesel ilişkilerini ciddi bir biçimde etkileyebilir (Bayar ve Yavuz, 2008).

“Kompulsiyon” sözcüğü, Latince “compellere” den türetilmiş olup, zorlanmayı ve köşeye sıkışmayı ifade eder (Tükel ve Demet, 2017). Takıntılar, bir kişinin obsesyonlarına bir tepkidir ve kaygı ve stresi azaltmak için gerçekleştirilir. Kompulsiyonlar, bazen dışarıdan gözlemlenebilir bir şekilde zihinsel eylemler olarak ortaya çıkabilirken, bazen dışarıdan gözlemlenemeyebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Kompulsiyon olarak tanımlanan davranışlar (örnek olarak, yıkanma ve denetleme davranışı) ve düşünsel faaliyetler (örneğin, kelimeleri yineleme ve sayı sayma), takıntıların yarattığı stresi azaltmak veya onlara karşı korunmak için tasarlanmıştır (APA, 2000).

OKB, motor fonksiyonlarını etkiler, düşünce akışını bozar, ruh hali dengesini sarsar, algı ve iradeyi etkiler. Tüm bu durumlar, sosyal hayatın düzensizleşmesine, önemli ölçüde işlev kaybına, ailevi ilişkilerinin zedelenmesine ve maddi sıkıntılara neden olur. Buna göre, takıntılar ve zorlantılar sadece kaygı ve sıkıntıya değil, aynı zamanda zaman kaybına, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara, eğitim ve iş yaşamında işlev kaybına yol açar (Butcher, 2011; Öneker, 2017).

2.1.1. Obsesyon ve Kompulsiyon Alt Türleri

Obsesyon Alt Türleri

Kirlilik Bulaşması Obsesyonu: Bazı yapılmış çalışmalara göre, en fazla görülen obsesyon türleri arasında %45 ve %55 oranla kirlilik bulaşması obsesyonları yer almaktadır (Sayar ve ark., 1999). İnsanların temas halinde olduğu yerlere dokunulunca, mikrop, idrar, sperm ve dışkı gibi maddelerin bulaşılacağına inanılır ve bu durum çevredekilerle yakın temastan kaçınmaya sebebiyet verir. Bu tip obsesyonlara yanıt

olarak temizleme kompulsiyonları ortaya çıkmaktadır (Matsunaga ve ark., 2000).

Şüphe Obsesyonları: Bireyler davranışlarının yapıldığından emin olamama gibi belirsizlik durumu yaşarlar (örneğin, elektrikli aletleri prizinden çekmeye karşı kuşku ve kapının kilitlendiğinden emin olamama gibi). Kişi kendisinin tehlikeli bir durumda olduğunu düşündüğü için tehlikeyi önlemeye yönelik denetleme zorlantıları meydana getirir. İkinci en yaygın obsesyon türüdür (Matsunaga ve ark., 2000).

Somatik Obsesyonlar: Kişilerin tedavi edilmesinin zor olarak değerlendirdiği, kanser, AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalandığı veya yakalanacağı korkusunu içerir. Bu tip obsesyonlara cevap olarak kontrol etme veya onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar ortaya çıkar (Koroğlu ve Güleç, 2007).

Simetri & Düzen Takıntıları: Nesnelerin belirlenmiş bir sistem veya konumda bulunması gerektiğine inanılır. Bu tip obsesyonlara karşılık olarak simetri ve düzen kompulsiyonları ortaya çıkar (Matsunaga ve ark., 2000).

Biriktirme Obsesyonları: Maddi ve manevi değeri olmayan nesnelerin (gazete, dergi ve broşür gibi) daha sonra ihtiyaç duyulabileceği inancıyla biriktirilmesini ve kişinin bunları atmakta büyük kaygı yaşadığı bir durumu içerir (Marufoğlu, 2010).

Cinsel Obsesyonlar: Kişinin toplum tarafından kabul edilmeyen dürtü ve görüntülerle ilişkili olarak büyük bir utanç hissettiği bir obsesyon türüdür. OKB tanısı almış hastalarla yapılan araştırmalarda, bu obsesyon türünün görülme sıklığı %13-26 arasında gözlemlenmektedir (Deniz, 2005). Bu obsesyonlar, bireylerin tanımadığı kişiler, ebeveynler, hemcinsler ve sosyal çevresindeki kişiler ile ilgili cinsel düşüncelerini içerir ve kontrol ve yıkanma kompulsiyonları ile seyir izler (Sayar ve ark., 1999).

Dinsel Takıntılar: Ahlaki etik ve dini inançlara uymama, kötü sözler kullanma ve neyin kabul edilebilir neyin hatalı olduğu hakkında sürekli bir uğraşmayı içermektedir. Bu obsesyonların sıklığı kültürden kültüre değişiklik göstermekle birlikte %11-42 oranında olduğu belirtilmiştir (Sayar ve ark., 1999).

Saldırganlık Obsesyonları: Kişinin kendisine ve sevdiklerine zarar verebileceği, yaralayabileceği veya öldürebileceği inancına sahip olduğu takıntılardır. Bu sebeple kişilerin, kesici ve delici aletlerden uzak durma veya sevdikleriyle yalnız kalmaktan kaçınma davranışları vardır (Sayar ve arkadaşları, 1999). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı bireylerde yapılmış bir çalışma sonucuna göre, bu obsesyonun görülme sıklığı %10 ile %20 arasındadır (Marufoğlu, 2010).

Kompulsiyon Alt Türleri

Temizleme Kompulsiyonları: Kirlilik bulaşması takıntılarına karşı meydana gelir ve %45-52 arasında bir yaygınlığa sahiptir. Kişilerin, çevresine ve kendisine yönelik kirlenmiş olma inancından uzaklaşmak amacıyla tekrarlayan davranışlar sergiler. Örneğin, kendisinin kirlenmiş hissettiği bölgeleri yıkama veya duşa girme gibi davranışlardır (Matsugana ve ark., 2000).

Kontrol Etme Kompulsiyonları: Bireyin kendisini güvende hissetmesi için

ortaya çıkardığı davranışlardır. Örneğin, kapının kilitli olup olmamasına veya ütünün prizden çekilip çekilmemesine yönelik kontrol etme gibi davranışları içerir. Görülme sıklığı %24-45 oranında belirtilmiştir (Matsugana ve ark., 2000).

Tekrarlama Kompulsiyonları: Belirli eylemlerin aynı şekilde ve sayıda tekrarlanmasını içerir. Kişi, kendisini rahat hissettiği sayıya ulaşamayınca kendisinin ve sevdiklerinin başına bir şey gelebileceğine inanır. Görülme oranı %11,1 olarak tanımlanmıştır (Sayar ve ark., 1999).

Sayma Kompulsiyonları: Belirli nesnelere, olayları veya eylemleri tekrarlayarak sayma veya hesaplama eylemini içerir. Bireyler yürüyüş esnasında çakılları sayma gibi sürekli sayma eylemi biçiminde davranışlar gerçekleştirebilirler. Görülme oranı %8 şeklinde saptanmıştır (Baer, 1994).

Sıralama veya Simetri Kompulsiyonları: Uzun zamanlar harcayarak eşyaları düzene sokma, simetrik düzen verme ve sıraya koyma gibi davranışları içerir. Sıralama kompulsiyonu görülme oranı %5,9 ve simetri kompulsiyonunun görülme oranı %13,5'tir (Baer, 1994).

Öteki Zorlantılar: Nesnelere dokunma zorunluluğu gibi elleme-dokunma zorlantıları ve gereksiz nesnelere atamama gibi biriktirme kompulsiyonu gibi davranışları içermektedir (Baer, 1994).

2.1.2. Tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluk, belirtileri yüzyıllardır görülen ve tarihsel bağlamda birincil psikiyatrik bozukluklardan biri olarak kabul edilmektedir (Okasha, 2000). Eskiden kalma dini kitaplara bakıldığında, obsesyonlara ve kompulsiyonlara rastlandığı gözlemlenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Pek çok dini ve mitolojik törenlerin temelinde obsesyon ve kompulsiyon örüntüleri yer alır, fakat bu toplumsal ve kültürel açıdan farklılıklar göstermektedir (Insel ve ark., 1990).

Orta çağda birçok psikolojik hastalıkta olduğu gibi, obsesif kompulsif bozuklukta da büyü ve din kavramlarıyla hastalık açıklanmaya çalışılmıştır (Bayraktar, 1997). Ünlü bir eser olan Macbeth (Shakespeare'e ait) içerisinde, kocasının ölmesine sebebiyet veren bir kadının pişmanlık duygusuyla yaşadığı kirlenmişlik hissiyle başa çıkmak adına kompulsiyon belirtileri anlatılmıştır (Ramussen ve Eisen, 1989).

17. asırdan itibaren obsesif kompulsif semptomlar bilinmektedir (Alvarenga ve ark., 2012). Fransa'daki ruh doktorları, duygu ve zihinsel kusurlardaki kökeni nedensellik olarak yorumlarken, Alman psikiyatrist Westphal, OKB temelini açıklamak için zorunlu fikir kavramını tercih etmiştir. Bu fikri İngilizler obsesyon (takıntı), Amerikalılar ise Kompulsiyon (zorlantı) şeklinde adlandırmıştır (Koran, 2007).

Fransız kökenli ruh doktoru olan Esquirol, 1838 yılında takıntılı ve zorlantılı melankolinin belirteçleri olduğunu belirtmiştir. 1860 yıllarında takıntı kavramını ilk defa kullanan kişi Morel olmuştur (Aslan ve Ünal, 1995). On dokuzuncu yüzyılın sonlarına doğru obsesif-kompulsif bozukluk kavramı nevrasteni adıyla kullanılsa da yirminci yüzyıla doğru Freud ve Pierre Janet tarafından nevrasteniden

çıkartılmıştır (Alvarenga ve ark., 2012). Yirminci yüzyılda Janet, bozukluğu psikasteni başlığında incelemiş olup, yapılan tekrarlayıcı eylemlerin davranışsal müdahalelerle iyi seyir izleyeceğinden bahsetmiştir. Freud ise, bozukluğu psikanalitik açıdan ele almıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Freud'a göre, hastaların zihinsel streslerini kontrol etme sürecinde, onaylanması mümkün olmayan bilinçdışı cinsel ve saldırgan dürtüleri ve süperegonun inanma istekleri ile hakikat arasındaki çelişkilerle karşı karşıya kaldığı görülür. Bu durum, psikoseksüel gelişim evrelerinden anal-sadistik aşamada bir gerileme durumunu da içerebilir (Koran, 2007). Janet ise, bireyin fikir ve davranışlarında denetlemenin ketlendiği, ruhani bitkinlik ve irade kaybının görüldüğü bir durum olarak tanımlamıştır ve davranışçı teknikleri ön planda tutmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). 20. yüzyılın ortalarında OKB'nin açıklanması için Mowrer'in "iki basamaklı öğrenme kuramı" kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Bu kuram, korkuya sebebiyet veren durumu açıklamaya yöneliktir (Şenormancı ve ark., 2012). 20.yüzyılın sonlarında ise kalıtsal ve sinirbilimin etkileri araştırılmaya başlanmıştır (Eşel, 2000).

Amerikan Psikiyatri Birliğince, 1952 yılında yayınlanan DSM I'de bu psikolojik bozukluğa obsesif ve kompulsif reaksiyon adı verilmiştir. DSM II'de ise bu bozukluğun adı obsesif kompulsif nevroz olarak değişmiştir. Şu anki yaygın kullanımı DSM-III ile en yakındır. Zorlantı ve obsesyonlar arasındaki fark açıkça belirtilmiş ve semptomların yaygın olarak gözlemlenen formları yapısal olarak belirtilmiştir (Tükel ve Demet, 2017).

DSM-III ve DSM-IV-TR bakımından önemli ayrım zorlantıların kavramsal hale gelmesidir (Charley ve Sadock, 2007). DSM-III için zorlantılar eylemler şeklinde ele alınırken, DSM-IV için ise zihinsel eylemlerin de olabileceği kanısı eklenmiştir. İlerleyen dönemlerde, OKB kavramı DSM-IV ve DSM-IV-TR içinde anksiyete bozuklukları adı altında yer almaktadır (Sadock ve ark., 2016). 2013 yılında DSM-V'te OKB ve ilişkili rahatsızlıklar olarak yeni adlandırılması yapılmıştır (Koroğlu, 2013).

2.1.3. Epidemiyoloji

1980'lere kadar OKB, belirtilerin önemsenmemesi, gizlenmesi, tanı kriterlerinin yeterli olmaması veya yeterince sorgulanmaması gibi nedenlerle teşhis edilmesi son derece zor olan nadir görülen bir durum olarak kabul edilmiştir. Dolayısıyla bu dönemlerde OKB insidansı %0,05-1 olarak değerlendirilmiştir (Koroğlu, 2007). OKB hastalarının birçoğu, utanma ve korku gibi nedenlerle belirtileri gizleyerek, rahatsız edici olmadıkça profesyonel yardım almamıştı ve bu nedenle rahatsızlığın nadir görüldüğü düşünülüyordu. OKB hastalarında yardım isteme davranışının, belirtilerin başlamasından yaklaşık 10 yıl sonra ortaya çıktığı belirtilmiştir (Hollander ve ark., 1998).

Güncel epidemiyolojik araştırmalar ışığında, obsesif-kompulsif bozukluğun dördüncü en yaygın ruhsal hastalık olduğu ortaya konmuştur (Bayar ve Yavuz, 2008). OKB'nin yaygınlığının panik bozukluğu ve şizofrenin iki katı olduğu saptanmıştır (Çavaş, 2004). Toplum prevalansı ise bronşit ve şeker hastalığı kadar yaygındır (Bayar ve Yavuz, 2008). Obsesif kompulsif bozukluk her 40 bireyin birinde bulunmaktadır (Veale ve Willson, 2017).

Yaşam boyu yaygınlık oranı ülkeden ülkeye değişmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008). Amerika'da OKB yaygınlığı %2-3 oranındadır (APA, 2020). 2016 yılında Singapur'da yapılan bir çalışmada yıllık OKB prevalansı %2.9 iken yaşam boyu görülme

sıklığı ise %3.6'dır (Subramaniam ve ark., 2012). Yaygınlığı daha az olan yerler ise %0,5-%0,9 ile Tayvan ve %0,6 oranıyla Hindistan'dır. Bu oranın Kuzey Avrupa ve Orta Avrupa'da %2,6 ile %3,2 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Bayar ve Yavuz, 2008). Araştırmaların geneline bakıldığında hastalık yaşam boyunca %2.3-3.8 oranında görülmektedir (Subramaniam ve ark., 2012).

Ülkemizdeki araştırmalar sonucunda elde edilen bulgular ışığında, OKB yaşam boyu prevalansı %2.5-6.2 oranındadır (Doğan ve ark., 1995; Erol ve ark., 1997; Kafes, 2021). 2004 yılında yapılan çalışmada, bu bozukluğun yaşam boyu görülme prevalansının %2-3,7 arasında olduğu belirtilmiş ve erkeklere oranla kadınlarda üç kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Konya'da yapılan bir saha araştırmasına göre, bozukluğun yıllık prevalansı %3'tür (Çilli ve ark., 2004).

Toplum temelli incelenen OKB'nin yaygınlığı çalışmalarında, kadın cinsiyetinde daha az yaygın olduğu belirtilirken, klinik temelli incelemelerde cinsiyete göre yaygınlık oranının kadın ve erkeklerde daha yakın olduğu belirtilmiştir (Torres ve ark., 2006). Bu durumun açıklaması ise erkeklerde işlevselliğin daha fazla etkilendiği ve tedavi arayışının bu sebeple arttığıdır (Torres ve ark., 2006).

Demet ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, erkeklerde en sık rastlanan takıntılar agresiflik, şanslı ve şanssız sayı ve olaylara inanma, kirlilik, simetri ve düzenleme iken zorlantılarda ise tekrar eden eylemler, kontrol, temizleme ve yıkama öne çıkmaktadır. Aynı çalışmada, kadınlar için ise obsesyonlar sırasıyla saldırganlık, kirlenme, simetri ve kuşku şeklindedir. Kompulsiyonlar açısından ise temizlik, yıkama ve kontrol gibi davranışlar gözlemlenmiştir.

OKB, genellikle ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlamaktadır. En yaygın başlama yaşı ortalama 20 olarak saptanmıştır. Hastaların çoğunda (%65) bozukluk 25 yaşından önce başlamakta ve nadiren (%15), 35-40 yaştan sonra görüldüğü gözlemlenmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Hastalığın erkek ve kadınlarda ortaya çıkış zamanıyla ilgili yapılan araştırmalarda, erkeklerde ergenlik öncesi dönemde daha erken belirdiği, kadınlarda ise ergenlik sonrası süreçte daha geç ortaya çıktığı gözlemlenmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Türkiye'de yapılan incelemeler sonucu, kadınlarda erkeklere oranla daha geç başladığı tespit edilmiştir (Tükel ve ark., 2005). Yetişkin popülasyonda yapılan araştırmalar ise kadın-erkek oranları açısından farklı sonuçlar ortaya koymaktadır; çalışmaların bir kısmı kadın-erkek oranları açısından bir fark olmadığını gösterirken, bazı araştırmalar bu oranı 1,2 ve 1,8 olarak saptamıştır (Bayar ve Yavuz, 2008). Kadınlarda OKB'nin gözlenme oranı %0.6, erkeklerde ise bu oran %0.2 olarak saptanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Tekin, 2020). Cinsiyet bazında obsesyon ve kompulsiyon semptomları incelendiğinde, kadın popülasyonunda daha çok yıkama eylemlerinin yaygın olduğu, erkek popülasyonunda ise simetrik ve sayı sayma eylemlerinin daha çok olduğu gözlemlenmiştir (Gölcük, 2016). Çocukluk dönemi OKB hastalıklarının incelendiği bir çalışmada, obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin ve sayısının daha fazla olduğu, öğrenme ve tik bozukluklarının daha sık gözlemlendiği ve tedaviye yanıt açısından daha güç olduğu saptanmıştır (Sobin ve ark., 2000).

2.1.4. Etiyolojisi

A) Biyolojik Etkenler

Genetik

Obsesif-kompulsif bozukluğun genetik yönüyle ilgili çalışmalar 1930'lu yıllardan beri yapılmaktadır. Bir çalışmanın sonucuna göre bu hastalığa sahip kişilerin ailelerinin de aynı hastalığa sahip olma yaygınlığı %3.4 olarak saptanmıştır (Tükel ve ark., 2010). Özellikle 2005 yılında yapılan bir çalışmaya göre, OKB'nin genetik yönüne dair değerli bulgular elde edilmiştir. Ailelerle yapılan incelemelerde, hastalarla ve onların tanı alan birinci derece yakın akrabaları ile anlamlı ilişki saptanmıştır ve bu çalışma doğrultusunda OKB'nin ailesel kümelenme olduğu desteklenmiştir (Hettema ve ark., 2005). İsveç'te yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, birinci derece yakınların hastalığa yakalanma olasılığı 4-5 kat iken ikinci derece yakınların olasılığı ise 1.5-2.3 kattır (Mataix-Cols ve ark., 2013). Nestadt ve arkadaşları (2000), araştırmalarında kontrol grubunun oranını %2.7 bulurken, OKB hastalığını taşıyan yakınların oranını ise %11.7 bulmuştur. Bu verilere göre, erken başlangıçlı OKB hastalarında ailesel geçiş daha fazla görülmektedir. Ayrıca aynı çalışmada, hastalığın daha erken yaşlarda (18 yaşından önce) başlamış olan bireylerin ailelerinde, daha sonra başlamış olanlara göre 2 kat daha fazla hastalık görüldüğü bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, kompulsiyonların obsesyonlara göre daha az genetik yakınlık taşıdığı gösterilmiştir (Nestadt ve ark., 2000). Yapılan bir çalışmada obsesyonlarda %33 ve kompulsiyonlarda ise %26 oranında genetik geçişin olduğu belirtildi (Demet, 2005).

Obsesif kompulsif bozukluğun genetik faktörlü olup olmadığını tespit etmek için ikiz incelemeleri de yapılmıştır. Buna göre, çift yumurta ikizleri %22-47 arasında genetik yakınlık gösterirken tek yumurta ikizlerinde ise bu oran %53-87 arasındadır. Varyans analizine bakıldığında genetik unsurlar hastalığın %50'sini açıklamaktadır (Kordon ve ark., 2014). Tükel ve arkadaşları (2010) yaptıkları bir çalışmada monozigotikler için kalıtımsallığı %87, dizigotikler için oranı ise %47 olarak saptamışlardır (Tükel ve ark., 2010). OKB için dizigotik ikizlerde %47, monozigotik ikizlerde ise %75 oranında genetik yakınlık saptanmıştır (Arısoy, 2004).

OKB temelinde yapılan bağlantı incelemelerinde, kromozom dokuzun q kolunda (uzun olan) bağlantılar saptanmıştır. Özellikle 9p24 kolundan yoğun biçimde bahsedilmiştir (Willour ve ark., 2004).

Moleküler genetik araştırmalara baktığımızda, serotonin aktarıcısıyla ilgili 17. Kromozom üzerinde olan gen destekçi (promoter) alanının, 5HT almaçlarının, katekol-o-metiltransferaz, monoamin oksidaz A, opioid almaç genlerinin ve glutamat taşıyıcı reseptörünün OKB temelinde kalıtımsallığı ile ilişkili olabileceği saptanmıştır (Hemmings ve ark., 2003). Yapılan başka bir çalışmaya göre, Dopamin D4 geni ve dopamin taşıyıcısı geni polimorfizmlerinin obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkisi olabileceği söylenmiştir (Demet, 2005).

B) Nöroanatomi

OKB açısından nörobiyoloji temelindeki ilk tanımlama Constantin von Economo

tarafından yapılmış olup, riskli influenza bulaşmaları sonucu bazal gangliya kısımlarında oluşan yapısal eksilme ile kompulsif tarzda ortaya çıkan tikler, ritüeller ve benzer davranış örüntülerinin ortaya çıkması şeklinde tanımlanmıştır (Karşlıoğlu ve Yüksel, 2007).

Bazal gangliyonlar motor davranışları düzenlemenin yanı sıra bilişsel işlevlerin işleyişinde de önemli rol oynamaktadır. Bazal gangliyonlardan temel alan ve hareket bozuklukları ile karakterize olan St Vitus Dansı ve Tik bozukluğu gibi hastalıklarda da OKB'nin sık görülmesi, bazal gangliyaların ve singulat girusun bu hastalığın temeline etki ettiği görüşünü desteklemektedir (Bayraktar, 1997).

Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında, hastalığın temelinde limbik sistemin veya bazal gangliyaların işlevsizleşmesi şeklinde yaygın görüşler vardır (Eşel, 2000). Son zamanlarda yapılan MR çalışmalarında, beyindeki gri cevher adı verilen bölgenin miktarında azalma saptanmıştır. OKB hastalığında bu bölgedeki azalma, gri cevherin sinir uzantılarının bulunduğu beyin dokusu olması sebebiyle bu bölgede daha az etkileşim olduğu belirtilmiştir (Berksun, 2003).

C) Nörokimyasal Unsurlar

Serotonin

OKB ile ilgili yapılan araştırmalar, serotonerjik ilaçların hastalığın belirtileri üzerindeki etkilerini incelemiştir. Buna göre, serotoninin hastalıkta ciddi bir etken olduğu saptanmıştır (Stein ve Locher, 2006). Obsesif kompulsif bozukluğun etiolojisinde, nörotransmitterlerde ki bozukluk varsayımından yola çıkılarak, serotonerjik sistemlerin bozukluğunun rol oynayabileceği öne sürülmüştür (Tükel ve ark., 2006). Serotonerjik nöronların bütünleyici bir işlevi vardır. Duyusal, otonomik ve motor işlevlerin eksikliğine rağmen düzenleyici işlevleri bulunmaktadır. Bu nöronların görevi dürtüselliği stabilize etmek, duygulanımları ve özsaygıyı koruyarak sosyal davranışları geliştirmektir. Serotonerjik etkinin ön beyindeki azalımı ise, kişinin agresiflik seviyesinin artmasına, stres kontrolünün azalmasına, duygudurumunun dalgalanmasına ve heyecan aramanın artmasıyla riskli davranışlarda bulunmasına neden olmaktadır (Baumgarten ve Grozdanovic 1998; Eşel, 2000).

OKB tanısı alan hastalarda yapılan beyin omurilik sıvısı ile ilgili çalışmalarda, serotonin metabolizması ile ortaya çıkan 5-HIAA seviyesindeki azalma ve hastalığın semptomlarındaki iyileşme, serotonin sistemi ile ilgili korelasyonu arttırmıştır (Hollander ve ark., 2000).

Günümüz araştırmalarında, serotoninini ileten proteinlerin, orbitofrontal lobdaki serotonin yapılarının ve serotonin (5-HT) reseptörlerin hastalık üzerindeki etkisinin belirlenmesiyle, serotoninin hastalıkla anlamlı düzeyde bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır (Mundo ve ark., 2007).

Dopamin

OKB'nin temelinde serotoninin etkisi olduğu gibi dopamin sisteminin de etkisi olabileceği üzerinde duran araştırmalar yer almaktadır (Tükel ve ark., 2006). Yoğun

uyarıcı kullanımının ardından semptomların ortaya çıkması ve dopaminin etkilerini azaltan ilaçların kullanmasının ardından belirti seviyelerinde azalma gözlemlenmesi, OKB patogenezi için dopaminin yüksek oranda etkili olabileceğini göstermektedir. Psikostimülan kullanımıyla yapılan çalışmalarda, OK belirtileri ile ilgili psikolojik bir gerilme meydana gelmemiştir. Buna göre, tekrar eden düşünce ve eylemlerin dopaminerjik etkilerinin olabileceği ancak serotonin işlevindeki bozulmanın egodistonitise oluşturmada daha önemli olabileceği öne sürülmüştür (Karşoğlu ve Yüksel, 2007).

OKB'de serotoninin düşük olması nedeniyle normal seviyedeki dopamin enerjisinin başlatılamaması söz konusudur. Buna göre, tutarlı davranış modellerinde bir artış görülür ve bu uygunsuz artış OK belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur (Crespo-Facorro ve ark., 1999). Bazal gangliyonlardaki dopamin ve serotonin bağlantıları ve bu bölgeyi etkisi altına alan dejeneratif hastalıklarda OKB belirtilerinin ortaya çıkması, dopaminin hastalık ve semptom oluşturma rolünü destekleyici niteliktedir (Denys ve ark., 2004). OKB'nin temelinde dopaminin etkilerini belirlemek için yapılan araştırmalarda henüz fikir birliği sağlanamamış olsa da dopaminerjik sistemin, OK belirtileri üzerinde etkili bir rolü üstlendiği düşünülmektedir (Işık ve Gönül, 2012).

Glutamat

Glutamatın, kortiko-striatal üzerinde ve kaudat çekirdeğinde serotonin salgılarını azalttığı ve serotonerjik nöronların glutamatın salınımı üzerinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. OKB'de, glutamatın ve serotoninin arasındaki bağlantının bozulduğu vurgulanmıştır (Rosenberg ve Keshavan, 1998).

Yapılan bir araştırmada, 11 kişiden oluşan OKB hastalarının oksipital kortekste glutamat konsantrasyonu açısından kontrol grubu ile arasında fark bulunamamıştır. Fakat, kaudat çekirdek glutamat konsantrasyonunun OKB hastalarında yükseldiği ve 12 haftalık paroksetin kullanımının glutamat düzeylerinde azalmaya neden olduğu ve bu azalmanın OKB belirtilerinin şiddetindeki düşüşle pozitif yönde bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Rosenberg ve ark., 2000).

Yapılan bir araştırmaya göre, beyin omurilik sıvısında, glutamat seviyelerinin yüksek olarak bulunması, OKB hastalarında bu sistemin etkin olabileceğini göstermektedir (Chakrabarty ve ark., 2005).

D) Psikososyal Kuramlar

Psikanalitik Yaklaşım

OKB ile ilgili eski ve kabul görmüş yaklaşımlardan biri psikanalitik yaklaşımdır (Eryılmaz ve Tosun, 2013). Psikanaliz yöntemini oluşturan kişi olan S.Freud, OKB'yi yönteminin ilginç meselelerinden biri ve nevrotik yapının ilk örneklerinden biri olarak değerlendirmiştir. Hastalığı saplanma ve regresyon kavramları ile açıklamaya çalışmıştır. Freud, zorlama nevrozunda bir saplantının söz konusu olduğunu ve 1-3 yaş dönemine denk gelen anal dönemde regresyonun görüldüğünü belirtmiştir. Süperego ve ego arasında beliren sadomazoşistik bir bağlantıdan ve kullanılan çeşitli savunma mekanizmalarından (karşıt tepki oluşturma, yapma-bozma ve yalıtma gibi) söz

etmektedir (Tükel ve Topçuoğlu, 2006). Psikodinamik yaklaşım açısından OKB, kişilerin bastırıldığı bilinçdışı dürtü ve hayaller ile meydana gelir. Bastırılan bu dürtülerin neticesinde bireylerde yoğun bir anksiyete görülür ve kişiler ödipal dönemden anal döneme doğru geriler. Freud, OKB' de bireye özgü savunma mekanizmaları belirtir ve bunlar; regresyon, yer değiştirme, yapıp-bozma ve yalıtmadır (Bayar ve Yavuz, 2008). OKB'de, diğer nevrotik bozukluklar gibi ego kontrolünün işlevsiz bir hale geldiği görülür. Birey ego ve süperegö arasında sadomazoşistik bir ilişki içerisinde kalır (Topçuoğlu, 2003).

Psikanalitik yaklaşıma göre, OKB nevrozunun temelinde gerileme yani regresyon bulunur. Kişi, obsesyönel nevrozda ödipal dönemdeki arzu ve dürtülerin neden olduğu çatışmalara bağlı rahatsızlık hisseder. Buna bağlı olarak, libido anal sadistik adı verilen döneme gerilemektedir. Süperegö değişiklikleri, büyüsel obsesyönel düşüncede değişiklik ve kararsızlık meydana getirmektedir. Freud bakış açısına göre, süperegönün acımasız ve katı hale evrilmesi OKB hastalarında egonun saldırgan dürtülerini nesnelere yöneltememesine neden olur. Bu saldırganlık dürtüsü egoya yani içe dönmektedir (Freud, 2000). Anal dönemin en belirleyici hali, kişinin duygu ve davranışlarının ambilavan hale gelmesiyle sevgi ve nefret duygularını barındırmasıdır (Tükel ve Demet, 2017).

Freud başlangıçta takıntıları anlamlandırmak adına cinsel travmaya odaklanmış ve ilerleyen zamanlarda bu kavramı bilinçdışındaki itkilere karşı savunma amaçlı ruhsal tepkiler şeklinde açıklamıştır. Anne-bebek ilişkisine özel bir önem vererek, tuvalet eğitiminde saldırganlık ve özerklik kavramlarıyla ilgilenmiştir (Karahana, 2006). Freud (1917)'a göre, bir çocuğun büyümesinin 18 ayı ve 3 yıl arasındaki döneminin zevkin temel kaynağı, kakayı tutup serbest bırakma davranışdır. Neyin korunabilir ve önemli olduğuna bu durum işaret etmektedir. Daha önceleri dışkılama kontrolüne sahip olan çocuk, tuvalet eğitimiyle yeni normlar elde eder ve eski kontrolünü elinde tutamaz. Dışkıdaki hakimiyeti kaybederek bakım veren kişinin hakimiyetiyle karşı karşıya kalır. Çocuğun ihtiyaçlarına duyarlı yaklaşan, cezalandırıcı tutum izlemeyen ve dışkı için kısa süre erteleyici ve tuvalete yapabileceği eğitime yön veren kişi çocuğun sağlıklı bir libido geliştirmesine yardımcı olur. Ancak, katı uygulanan tuvalet eğitimi, dürtülerin doyurulmasını geciktirir ve döneme saplanma evresi olmasına neden olabilir. Bu katı eğitim karşısında çocuk, iki farklı tepki verebilir; anal tutucu ve anal bırakıcı tepkiler. Bu iki farklı tepki, çocuğun yetişkinlik dönemine ulaştığında çift karakterin ortaya çıkmasına neden olabilir (Eryılmaz ve Tosun, 2013).

Anna Freud, nesne ilişkilerindeki başarısızlık ve anal dönem arasında bağlantı olduğunu savunmuştur (A. Freud, 1997). Hastalık belirtileri, kontrol edebilmenin yetersiz olduğu durumlarda ortaya çıkar ve bu kontrol çabasının altında güçsüzlük düşüncesinin yatması ve OKB temelinde öfke duygusundan ziyade utanç, yetersizlik ve zayıflık gibi duyguların ön planda yer alması söz konusudur (Odağ, 2001).

Mallinger (1984)' e göre, obsesif düşüncelerin hâkim olduğu kişilerde yaşamının tüm alanlarında bir kontrol ihtiyacı yer alır. Bu kontrol davranışının yetersiz kalması ile belirtiler meydana gelir ve güçsüzlük düşüncesine ait korkular hastalığın kökenindedir.

Klein (1940), saplantıyı düşüncelerin iyi içsel nesnelere zarar vermesini önlemek için bir savunma olarak görmüştür.

Salzman (1985) ise OKB temelini utanma, çaresizlik ve yetersizlik duygulanımlarının meydana çıkmasını engelleme girişimine vurgu yapmıştır. Anne ve babanın tutarsız davranışları, istekleri ve eleştirel yaklaşımının sonucunda oluşan sağlıklı ilişkinin OKB'ye neden olabilecek etmenler arasında yer aldığını belirtmiştir.

Joseph'e (2001) göre, yetişkinlik dönemindeki patoloji ve kişilik oluşmasını etkileyen en önemli etken çocukluk dönemine ait etkileşimlerdir. Anne ve babanın tutarsız ve eleştirel olması sağlıklı bir ilişkiye ve ileride OKB'ye neden olabilmektedir.

Leib'e (2001) göre, OKB tanısı alan kişilerde anne ve çocuk ilişkisinin önemi ön plana çıkmaktadır. OKB hastalarının çoğunda aşırı koruyucu olan sağlıklı ilişkiye sahip bir ilişki geçmişinin bulunduğunu belirtmiştir.

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Bu kurama göre, obsesyonlar kaygıya neden olan koşullu bir uyarandır ve insanlarda korkuya neden olan takıntıyı zorlama yoluyla etkisiz hale getirmeyi amaçlar. Hastalar, kompulsiyonların anksiyeteyi gidermede etkili olduğunu fark ettiklerinde zorlantıların yoğunluğu artar (Bayraktar, 1997). OKB'nin etiolojisine bakıldığı zaman, kognitif kalıplar uzun zamandır bu hastalığı anlamak için kullanılmaktadır (Clark, 2007). Çevre ve durumların farklı bir şekilde (kaygı yaratacak şekilde) algılanması, bireylerin kontrol etme mekanizmalarını tetikleyip kompulsiyonları uyandırmaktadır (Eryılmaz ve Tosun, 2013).

OKB'nin bilişsel modeli ilk olarak Rachman (1997) tarafından tanımlanmıştır. "Anlamın yanlış yorumlanması" olarak adlandırılan bir teoriye göre, kişi dış uyaranların neden olduğu takıntıları, görüntüleri, dürtüleri ve şüpheleri önyargılı hale getirir ve onları tehdit edici ve zararlı olarak değerlendirir. Yanlış anlamalar azaldıkça veya ortadan kalktıkça, takıntı da azalır.

Carr, bilişsel yaklaşımı obsesif kompulsif bozuklukta öne çıkaran kişidir. Kişinin tehdit olarak algıladığı aşırı abartılmış düşünce modelinden söz eder. Bu abartılan düşünce içerikleri kişide endişe ve kaygıya yol açar. İstenmeyen şekilde biteceğine inanılan düşünceleri engellemek amacıyla ritüel şeklinde eylemler ortaya çıkmaya başlamaktadır (Carr, 1974).

OKB'nin belirti nedenini açıklayan diğer bir görüş Clark (2007) doğrultusunda ortaya atılan bilişsel kontrol adlı modeldir. Fikirlerin kontrolüne dayanan model, OKB tanısı alan kişiler için; bilinç düzeyinde istenmeyen düşünce, imge ve dürtülerin engellenmesi ve ortadan kaldırılması gerektiği yönündeki inancına dayanır. Bireylerin düşünceleri kontrol etmeye yönelik çabalarının, aslında düşüncelerin daha da yoğun bir şekilde deneyimlenmesine neden olur (Clark, 2007).

Salkovsis (1989) ise bağlanmanın yıkıcı olmasının temel nedenini "Abartılı Sorumluluk Modeli"ne dayandırır. Zorlayıcı düşünceler ilk olarak ortaya çıktığında duygusal tarafsızlık baskındır. Kişi, obsesyonlara geçmiş deneyim ve düşüncelere göre anlam yükleyerek, abartılı bir sorumluluk duygusuyla kompulsif davranışlar sergilemeye başlar. Bu durumun rahatlama getirdiği düşünülerek tekrarlayıcı eylemler ortaya çıkar.

Mowrer'in çift aşamalı uzak durmayı anlayabilmeye dayalı teorisi, obsesif-kompulsif bozuklukta çoğunlukla davranışsal bir teoridir (1947) ve Miller ve Dollard (1950) öncülüğünde OK belirtileri ile bağlantılandırılmıştır. Mowrer'in kuramı açısından, nötr nitelikteki uyarıcılar klasik koşullanma yoluyla korku içeren bir düşünce ve deneyimle ilişkilendirilmektedir. Bu durum bireylerde endişeye yol açar. Örneğin, kapı kollarına veya insanların ellerine dokunma davranışı korku veren bir kirlenme düşüncesine dönebilir. Bu bağlantının kurulması ile her el sıkışma davranışı veya kapı koluna dokunma davranışı rahatsız edici duygudan kurtulmak için el yıkama kompulsiyonuna dönüşebilir ve rahatsızlığın giderildiğini hisseden kişi, bu davranışı yapmaya devam edebilir. Bu nedenle, rahatlama duygusunu pekiştirme amacıyla yıkama davranışı tekrarlayıcı şekilde sürdürülebilir (Rachman, 1978). Sonuç olarak, OK belirtilerinin ortaya çıkması ve devam ettirilmesi bilgiyi işleme tarzıyla alakalı görülebilir. OKB hastalarının sağlıklı bireylere kıyasla, bilgiyi işleme şekillerinin belirgin biçimde işlevsiz olduğu gözlemlenmiştir (Clark, 2004).

2.1.5. OKB Semptomatolojisi

OKB'nin klinik özelliklerine bakıldığında, üç önemli ögesi bulunmaktadır. İlki; bireyde sıkıntıya neden olan, ısrarcı ve zorlayıcı düşünceler, imgeler ve dürtüler meydana gelmektedir. Diğer bir öge; sıkıntı seviyesini düşürmek veya olumsuz sonuçları engellemek için ortaya çıkan tekrarlayıcı davranışlar ve düşünsel eylemlerin varlığıdır. Sonuncusu ise, birey obsesif düşüncelerin nedeninin kendisi olduğunu bilmektedir fakat belirtiler ego distoniktir ve bu sebeple rahatsız edici özelliktedir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2006). Birey, çoğunlukla obsesif düşüncelerinin ve kompulsif davranışlarının anlamsız olduğunu bilincindedir ve buna karşı çıkmak istemektedir. Bu karşı çıkmak için gösterilen çaba sonucu, kişide şiddetli bir anksiyete ortaya çıkar ve kompulsiyonlarla kendisini sakinleştirme eğilimindedir. Bu sebeple, hastaların çoğu kompulsiyonlara karşı koyamamaktadır (Babaoğlu ve ark., 2012).

En sık görülen hastalık, bulaşma zorlantısıdır (ellerin ve vücudun bakteri, kir, kan, meni ve idrarla bulaştığı düşüncesi). Bu obsesyon sonucunda, bulaşan nesnelere ve beden uzuvlarını sürekli yıkayıp temizleme gibi kompulsiyonlar meydana gelir. Bu da suyla uğraş ve temizlik takıntılarına ve kirlenme içeren eşyalardan tekrar edici şekilde uzaklaşma davranışına neden olabilir (Bayar ve Yavuz, 2008). Bulaşma obsesyonlarının oluşturduğu kaygı, temizlenme kompulsiyonları ile giderilmeye çalışılır. Örneğin, kişi madeni paraları sabunla yıkayabilir, eve alınan günlük gazeteleri ve ekmekleri ıslak bezle silebilir. (Bayraktar, 1997). Yıldırım ve arkadaşları (2009) tarafından incelenen 240 OKB hastasıyla ilgili çalışmada, kadın hastalarında kirlilik takıntısı %67,1 iken, erkek hastalar %33 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada, obsesyonlara eşlik eden temizlenme kompulsiyon oranı kadınlarda %74,5 iken, erkeklerde bu oran %41,8'dir (Yıldırım ve ark., 2009).

En sık rastlanan ikinci belirti kuşku şeklinde ortaya çıkan takıntılardır (tüpü kapattım mı? şarteli indirdim mi?) ve bunların sonucunda ortaya çıkan kontrol ihtiyacından doğan zorlantılardır (tüpü, elektiriği, şarteli sürekli olarak kontrol etmek, dışarıdan bu sebeple eve dönüp bakmak) (Bayar ve Yavuz, 2008). Kontaminasyon takıntıları, sınıflarına göre incelendiğinde, belirtilerin ilk olarak bu sınıf içerisinde gözlemlendiği, yardım arayışının öncelikli olduğu ve evli olmayan, erkek cinsiyetine ait bireylerin oranının yüksek olduğu belirtilmiştir (Karaca ve Doksat, 1998). Yıldırım ve

arkadaşları (2009) tarafından gerçekleştirilen incelemelere göre, denetlemeye dayalı zorlantılarda erkeklerin oranı %44,3'tür. Kadın hastalarda ise bu dağılım %42,2'dir (Yıldırım ve ark., 2009).

En sık belirtilen üçüncü durum, tek bir şekilde takıntılardan meydana gelen ama zorlantıların olmadığı durumlardır. Belirtilen takıntılar genel olarak cinsel ve agresif davranışlarla ilgilidir ve sürekli düşünceler halinde bulunur (Bayar ve Yavuz, 2008). Agresiflik (saldırganlık) obsesyonlarının yapısında çocuğunu, tanıdıklarını ve diğer kişileri tehdit unsuru olarak görme, zarar verme ve öldürme gibi düşünceler yoğunluktadır. Saldırganlık obsesyonlarına sahip hastaların %68'i cinsellik obsesyonlarına da sahiptir (Bayraktar, 1997). Bu obsesyonlar diğerlerine kıyasla kişide daha fazla utanç, kendini küçümseme düşüncesi, suçluluk ve moral değerlerine karşı çıktığı düşüncesi yaratacağı için klinik olarak daha fazla rahatsız edici ve kaygı yaratan bir durum oluşturur. Bu sebeple, bu tür obsesyonlarda içgörü düzeyinin daha fazla olması beklenmektedir (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006).

Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar incelendiğinde; simetrik, dini konulu, cinsel temalı kendisine sıkıntı veren ve pişmanlık temelini oluşturan takıntılar ve istifleme zorlantılarına rastlanabilir (Bayar ve Yavuz, 2008).

OKB hastaları genellikle çok detaycı, giyimlerine özen gösteren ve kontrolcü kişilik özelliklerine sahiptir. Konuşmaları da uzun ve detaylı bir biçimde olabilir ve düşüncelerinde ambivalanslar gözlemlenebilir. Bir işi yaparken çok zaman harcadıkları için fiziksel ve zihinsel yorgunlukları mevcuttur (K. Kırcı, 2021).

2.1.6. Tanı Ölçütleri

DSM-5' te Obsesif Kompulsif Bozukluk için tanılandırma kriterlerine yer verilmiştir. Bu kriterler incelendiğinde; kişide takıntı, zorlantı ya da her iki durumunda bulunduğu bir kişide, bu durumların kişide zaman kaybettirici özelliği barındırması (günde 1 saatten fazla), kişide bir rahatsızlık duygusu yaratması, toplumsal, mesleki ve sosyal ilişkilerinde bozulmalara neden olması, takıntı- zorlantı durumlarının bir madde ve sağlıkla ilişkili olarak açıklanamaması ve başka psikopatolojiler ile açıklanamaması (saç yolma bozukluğu ve yeme bozukluğu gibi kriterlerin karşılanmaması) gibi maddeler yer almaktadır. Yine aynı tanılandırılma yönergesinde, takıntı ve zorlantılar tanımlanmıştır. Buna göre obsesyonlar; kişide zorlayıcı bir biçimde yaşantılanan, stres ve rahatsızlığa neden olan, tekrar eden fikirler, dürtüler ve düşlerdir. Bireyler bu fikirlere, dürtülere ve düşlere yanıt vermemek için çabalar ya da kompulsiyonlar oluşturarak kendini rahatlatma eğiliminde olur. Kompulsiyonlar ise; obsesyona tepki niteliğinde sert bir biçimde uygulanan normlardır (kirlilikten kurtulmak için sürekli yıkanma). Zihinsel ve fiziksel biçimde meydana gelebilmektedir. Eylemler ve zihinsel davranışlar, kişideki stresi ve rahatsızlığı azaltmak amacıyla meydana getirilir. Fakat, gerçeklik boyutunu aşmakta ve aşırı düzeyde yinelenmektedir. Küçük çocuklara bakıldığında bu eylemlerin nedenleri hakkında yorum yapılması zordur. Tanılandırma kriterlerinde içgörü kavramını belirtmek önem taşımaktadır. İçgörüsü iyi/ kötü/ yok şeklinde belirtilmelidir. Tik durumuyla ilgili bir bağlantısı varsa aynı zamanda bununda bildirilmesi gerekmektedir (DSM-5, 2014).

2.1.7. Komorbidite

Komorbite

ECA (Epidemiological Catchment Area) araştırmalarından gözlemlenen sonuçlara bakılırsa, obsesif kompulsif bozukluğuna sahip bireylerin 3/2'lik oranında komorbite bozukluklar görülmüştür (Bayar ve Yavuz, 2008). OKB'de komorbidite durumu hastalığın seyri ve tedaviye yanıt açısından önemlidir. Bir araştırmada, 420 OKB hastasında rastlanan en sık komorbid ruhsal bozukluklar %27.1 oranla duygudurum bozuklukları (depresyon-bipolar) ve %12.8 oranla kaygı bozuklukları olarak saptanmıştır. Aynı zamanda majör depresyona sahip OKB hastalarının normal popülasyonun 10 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, OKKB (%9) ve BKB (bağımlı kişilik bozuklukları) %7.6 olarak saptanmıştır (Denys ve ark., 2004). OKB semptomlarına ek olarak kaygı, özerklik, bedensel Őikayetler ve çökkün duygulanım gibi semptomlar da sıkça rastlanmaktadır. Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu'nun (2001) çalışmasına göre, yapılan araştırmalar doğrultusunda, obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) %50 oranında eksen I ve %40 oranında eksen II komorbiditesi gözlemlenmiştir.

Klinik gözlemlerde, obsesif kompulsif bozuklukta Őizofreniye ait belirtilerin gözlemlenmesi veya süreğen Őizofreni hastalarında obsesyon-kompulsiyon semptomlarının bir arada görülmesi çok yaygındır. Obsesyon-kompulsiyonların nitelikleri Őizofreninin prodromal sürecinde veya Őizofreni sürecinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir (Bayraktar ve Yavuz, 2008). Obsesif kompulsif düşünceler, Őizofreniden farklı bir psikolojik fenomen olarak kabul edilir ve genellikle ayrı bir Şekilde ele alınabilir. Bununla birlikte, klinik ayırım genellikle kolay değildir. Saplantılar ve sanrılar doğru ve mantıklı olmayan, normal kabul edilmeyen düşüncelerdir ve içgörüye göre farklılaşabilir. Takıntılara sahip kişiler bunların içsel sebeplere dayandığını (kendi düşünceleri) varsayarlar ve bunları hastalıklı obsesyonlar olarak tanımlarlar. Sanrılarda ise kişiler bunları kabul eder ve doğruluğuna inanır (Alpay ve Karşıdağ, 2006). Őizofreni hastalarının %1-15 arasında obsesyon-kompulsiyon belirtileri gözlemlenmiştir. Obsesif kompulsif bozukluk olarak görülen rahatsızlıkların %10 oranı ise Őizofreni rahatsızlığına evrilmiştir (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2001). Depresyon, OKB ile ilişkili en yaygın tanıdır. OKB'de depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %66, Őimdiki dönemde ortaya çıkma olasılığı ise %33'tür (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2001). Yaygınlığı inceleyen alan araştırmalarında, OKB'nin kaygı rahatsızlıklarıyla beraber görülmeye olasılığı daha yüksektir. OKB'li hastalarda kaygı rahatsızlıklarının komorbiditesi %24,5 - %69,6 olarak gösterilmiştir (Bayar ve Yavuz, 2008). Yapılan bir çalışmada, OKB hastalarında %17.7 özgül fobi, %15.6 sosyal fobi, %12.2 YAB ve %9.5 oranında ise korku nöbetleri saptanmıştır (Tükel ve ark., 2002). Başka bir çalışmada ise OKB ile en yüksek komorbite majör depresyon (%36.8) ile bulunmuş, sonra sırayla; YAB (%31.4), korku nöbetleri (panik atak) (%22.1), sosyal fobi (%17.3) ve basit fobiler (%15.1) olarak belirtilmiştir (Torres ve ark., 2006).

Tourette hastalığı ve obsesif-kompulsif bozukluğunun komorbiditeleri uzun yıllardır bilinmekte ve çalışılmaktadır. Tourette hastalığı olan bireylerde, obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) tik sıklığı veya bireyin yaşı ne olursa olsun, OKB'nin varlığı hastalığın saldırganlık düzeyini arttırmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2001). OKB tanılı kişilerde yaşam boyu tik görülmeye oranı %20'dir. TS yaygınlığı ise %5-10 oranındadır (Rasmussen ve Eisen, 2002). OKB tanısı almış 115

hastayla yapılan bir çalışmada, OKB'nin bipolar ile komorbitesi incelenmiştir. Kişilerin %36,5'lik kısmının tek kutuplu depresyona, %6,1'inin iki uçlu duygudurum bozukluğuna sahip olduğu belirtilmiştir. İki uçlu duygudurum bozukluğuna sahip bireylerde ayrıca mani dönemi, hipomani dönemine oranla fazla sık olarak gözlemlenmiştir (Tükel ve ark., 2006). Ülkemizde yapılan bir araştırmada, 50 hastanın %24'ünde OKB komorbitesi saptanmıştır. %58,4 oranındaki hastalarda, OKB başlangıcı iki uçlu duygudurum bozukluğundan daha erken olduğu vurgulanmıştır (Ünal ve ark., 2007).

2.1.8. Tedavi Yöntemleri

Farmakoterapi

Farmakolojik tedavi ve bilişsel-davranışçı terapinin (BDT) beraberce kullanılması, obsesyon-kompulsiyon belirtileri üzerinde önemli terapötik yarara sahiptir (Bayraktar, 1997). Bu süreç, standart farmakolojik tedavilerde trisiklik antidepressanların ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram, esitalopram vb.) kullanılmasıyla başlamaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008).

OKB'nin farmakolojik sağaltımında SSRI'ların etkililiği birçok çalışmada gösterilmiştir. Serotonin geri alım inhibitörleri OKB tedavisinde depresyon tedavisinde önerilen günlük dozun üzerinde (2 kat veya 3 kat) yaygın olarak kullanılmaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008).

Tedaviye yanıt alınmadığını söyleyebilmek için, ilacın en yüksek dozunda, toplamda 3 ay boyunca SSRI tedavisinin sürdürülmesi gerekmektedir. Hastalığın tekrarlarını önlemek için ise, önerilen düzeyde ilaca yaklaşık 24 aya kadar devam edilmesi gerekmektedir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2006). Tedavinin etkisiz olduğunu belirtebilmek için, en az bir çeşit SSRI (klomipramin dahil) farklı zamanlarda ve etkili dozlarda yeterince kullanılmalıdır (Jenike ve Rauch, 1994). İkinci aşamada ise güçlendirme tedavisi uygulanmaktadır. Bu aşamada amaç, serotonerjik sistemi kullanarak cevabı arttırmaktır (Karamustafalıoğlu, 2018).

Elektrokonvulsif Terapi

Majör depresif bozuklukların birlikte olduğu ve intihar riskinin fazla olduğu OKB hastalarında depresif belirtiler için kullanılmaktadır. Antiobsesyonel bir özellik içermez (O. Karamustafalıoğlu, 2018).

Transkraniyal Manyetik Uyarım

Tekrarlayıcı TMU uygulaması, tedaviye karşı direnci olan hastalarda düşük seviyede kullanıldığında faydalı sonuçlar elde edilen bir yöntemdir. Uygulama bölgesi için ön beyin korteksi (dorsolateral) haricinde tamamlayıcı hareket bölgesi ve ön lobun en küçük kısmı (orbitofrontal) gibi belirli beyin bölgeleri önerilmektedir (Berlim ve ark., 2013).

Derin Beyin Uyarımı

OKB tedavisi için son yıllarda yaygınlaşan bu tedavi yöntemi, derin beyin uyarımı

yoluyla beynin alanlarına canlandırıcı elektrik sinyalleri gönderilmesine dayanır. Uyarı sayesinde bölgedeki depolarizasyon engellenir, nöral transmisyonu bloke ederek etkisini yansıtır (Dennys ve ark., 2011).

Psikocerrahi

OKB tedavisindeki cerrahi uygulamalar, beynin en öndeki ve en küçük lobu olan orbitofrontal korteks gibi bazı korteks bölgelerindeki normal dışı çalışmaların düzenlenmesini içermektedir. Bu tedavi yöntemi, söz konusu bölgelere cerrahi müdahaleyi gerektirir. Birden fazla tedavi yöntemi mevcuttur (singulotomi gibi) (E. Hollander ve ark., 2002). Psikocerrahinin uygulanması için hastalık şiddeti, devamlılığı, direnci ve işlevsellik etkisine bakılmaktadır (Tükel ve Demet, 2017).

Bilişsel Davranışçı Terapi

OKB tedavisi için bu terapi yönteminin etkili sonuçları vardır. Bilişsel terapide, hastaların hatalı inançlarını, düşüncelerini ve bilişlerini yeniden düzenleme çabası görülmektedir. Tehlike algısı arttıkça, tehlikeli sonuçlara karşı hatalı düşünceler meydana gelmektedir. Bilişsel terapide aşırı sorumluluk duygusu, belirsizliğin getirdiği tahammülsüzlük, mükemmeli arama ve abartılı düşünceler gibi konular üzerinde yoğunlaşarak kontrol çabası ele alınır. Davranışçı terapi de ise, maruz bırakma ve tepki önlenmesi ile çalışılır. Bireylere, belirli sınırlar çerçevesinde kompulsiyonlara karşı konulması becerileri kazandırılır. Amaç, artan korku ve sıkıntı hissinin kontrol altına alınabilmesi ve bu duruma alışkanlığın sürdürülmesi ile kaygı seviyesindeki azalmayı sağlamaktır (Salkovskis, 1999).

Psikodinamik Psikoterapi

APA'nın obsesif kompulsif bozukluk için yayımladığı sağaltım kılavuzu, psikodinamik terapinin sosyal etkileşimlerine odaklanarak hastaların değişimi neden isteyip istemediklerini anlamalarına yardımcı olarak tedaviye dirençlerin ortadan kalkmasına yardımcı olabileceğini belirtmektedir (Nestadt ve ark., 2007).

Destekleyici Psikoterapi

Destekleyici terapinin temelinde, hastalığa sahip bireylerin kuvvetli taraflarını kavrama, eşduyum yeteneğini güçlendirme, bozukluğun nedeni hakkında bilgilendirme ve düzelme sürecine yardım etme gibi faktörlerin önem taşıdığı bilinmektedir (Greist ve Jefferson, 2007).

2.2. Çocukluk Çağı Travması

2.2.1. Tanım

Bireylerin kişiliğine ve psikolojik yapısına etki eden, uzun vadeli etkileri sürdüren, umulmadık ve tahrip edici özellikler taşıyan durumların anılarından kaynaklanan, bedensel ve psikolojik hasara yol açan durumlara travma adı verilir. Afetler, din ve ırk ayrımcılıkları, evliliğin bitimi, dışlanma, tecavüz ve istismar gibi olaylar travmanın örnekleridir (Budak, 2009). DSM 5'te travma kavramı şu şekilde açıklanmıştır; bireyin hakiki yıkım veya yıkım riski, ağır hasar görme veya kendi ve diğerlerinin fiziksel

varlığını riske atan bir durumla karşılaşma veya tanık olma durumudur. Bireylerde dehşete düşme ve umutsuzluk gibi yoğun olumsuz duygudurumları gözlemlenmektedir (DSM V, 2013). Diğer bir tanı kriteri rehberi olan ICD-11 için travma ise; bireyleri riskli duruma sokan, yıkım gücü yüksek olaylara maruz kalma ve bunun sonucunda gecikmeli veya daha uzun/kısa süreli reaksiyonlardır. Bu durumlar, bireylerin büyük kısmında önemli rahatsızlıklara neden olmaktadır (ör., savaşlar, ölümler, işkenceye, teröre ve tecavüze maruz kalma) (ICD-11, 2018).

Travmatik yaşantılar, bireylerin baş edebilme kapasitelerini olumsuz etkileyen durumlardır ve bu yaşantılar çocukluk döneminde deneyimlendiğinde baş etme yöntemlerin daha kısıtlı olacaktır (Şar, 1997). Travma deneyimine sahip olmak her yaş grubu için psikiyatrik problemlere yol açabilirken bu risk travmayla baş edebilme gücünün daha az olduğu çocukluk yıllarında daha yüksek olacaktır (Türksoy, 2003).

Çocukluk çağı travmaları, bireylerin 18 yaşından öncesinde yaşadığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmallerle birlikte anne-baba vefatı, bakım verenlerden uzakta olma, evliliği sona erdirme, taşınma, kazalara ve zorbalığa tanıklık ve doğa olayları şeklinde ortaya çıkabilir (Tıraşçı ve Gören, 2007). Küçük yaşlardaki travmaların temelinde ise anne, baba veya bakım verenler tarafından çocuğa uygunsuz, toplum normlarına ve profesyonel standartlara aykırı olan eylem ve eylemsizlikler bulunur. Bunların neticesinde küçüğün fiziksel, zihinsel, cinsel veya toplumsal bakımdan hasara uğraması, sağlık ve güvenlik bakımından riske girmesi durumu vardır (Topçu, 1997).

Çocukluk çağı travması genellikle istismar ve ihmal olarak ikiye ayrılır. Bunları deneyimleyen çocukların büyümesi ketlenmektedir (Özdemir ve ark., 2011). Çocuğa yönelik istismar yaşantısı, sağlığı, yaşamı ve gelişimi olumsuz yönde etkileyen her türlü fiziksel ve duygusal olumsuz davranış, sömürücü ve ihmalkar eylemlerdir (WHO, 2016). Çocuğun ihmal edilmesi, ilk olarak ebeveynlerin yanı sıra diğer kişilerin de bir çocuğun temel ihtiyaçlarını karşılamaması durumu olarak kabul edilmektedir. Bu temel ihtiyaçlar çocuğun yemek-içmek, uygun bir yerde yaşamak, okula gitmek, gerektiğinde tıbbi yardım almak ve sevilme gibi ihtiyaçlarını içermektedir. Bu ihtiyaçların karşılanmaması sonucunda çocukta fiziksel, duygusal ve sosyal gelişim engellenmektedir (Turhan ve ark., 2006). Çocuk istismarı ve ihmali bölgelere göre farklı tanımlanmakla birlikte genel olarak 18 yaş altı çocuklarda fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal gelişimi bozan ve sağlığı olumsuz etkileyen davranışlar istismar ve ihmal şeklinde adlandırılmaktadır (Demirkapı, 2013).

2.2.2. Tarihçe

Çocukluk çağındaki yaşanan travmatik olaylar, insanlığın ortaya çıkışı gibi tarihin eski dönemlerine dayanmaktadır (Polat, 2007). Geçmiş çağlarda, çocukların eşyalar gibi satılması, yok edilmesi ve esir gibi ticaretinin yapılması yaygındı. Peru, Çin ve Hindistan benzeri bölgelerde, çocukların suya bırakılması ve eğer yaşayacak kadar güçlü iseler yaşamaya haklarının olduğuna inanılması; Roma'da babalara kanunen çocuklarını terk edebilme, satma, öldürebilme gibi haklara sahip olması; İslamiyet'ten önceki Arap milletinde kız çocuklarının utancı sembolize etmesi ve canlı şekilde defnedilmesi; kimi yerlerde en başta çocukların tanrı için adanması örnek gösterilebilir (Polat, 2007).

Yaşar ve Akduman'a göre, 1860'da Tardieu Paris Tıp Akademisi içinde ilk defa

küçükler için fiziksel ve cinsel istismar konularından bahsetmiştir (Yaşar ve Akduman, 2007). Çocukların eğitimi ve bakımının ebeveynlerin sorumluluğu şeklindeki inanç geçen yüzyılın ilk dönemlerinde yani savaşların yıkıcılığıyla ve kimsesi kalmayan çocukların var olduğunun görülmesiyle gündeme gelmiştir. Dünya savaşlarının küçüklerdeki izlerinin görülmesiyle 2. Dünya savaşı sonrası, çocukların güvenliğini sağlamaya çalışan ulusal ve uluslararası organizasyonların ortaya çıkması bu alandaki gelişmelerin temellerindedir (Polat, 2001). 1946 yılında Caffey'in beyin kanaması ve çocukların istismar yaşantısı ilişkisini saptamasıyla beraber konu tekrar gündem halini alır. Kempe (1963) ilk önce hırpalanmış çocuk kavramını kullanır ve daha sonrasında çocuk istismarı terimi ile bu ad değişikliğe uğramıştır (Nimkin ve Kleiman, 2001). 1960'lı yıllardan sonra cinsel istismara uğrayan çocukların saptanmasıyla bu alana olan ilgide artış olmuştur. Fakat, bilimsel olarak insan eliyle yapılan travmalar sonucunda meydana gelen travma sonrası stres bozukluğu semptomları, Terri'nin okul otobüsünün kaçırılmasındaki kurbanlarla çalışılmasıyla öncelik kazanmıştır. Toplumsal duyarlılığın artması ile, 1974'te ABD, çocuk ihmal ve istismar yaşantılarının önüne geçmek adına kanun ortaya çıkarmıştır. Mühim gelişmelerden biri ise 1989'da BM'nin kabul gördüğü "Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir (Polat, 2002).

Türkiye'de ise bu konular daha yeni gündeme gelmiş ve en fazla adli tıp kurumu, pediatri, sivil toplum örgütleri ve çocuk, ergen ve yetişkin psikiyatrik sosyal hizmet alanlarında görülmektedir. Birçok sivil toplum (Cinsel Şiddetle Mücadele derneği gibi) çocuk istismarını önlemek adına çalışmalar yürütmektedir. Aynı zamanda birçok üniversitenin de (Gazi Üniversitesi'ndeki çocuğu korumaya yönelik uygulama bölgeleri gibi) çocuklar ve onların hakları adına yürüttüğü hizmet ve araştırmalar mevcuttur (Canbulut, 2013). Çocuk istismarlarını önleme ve maruz kalan çocuklara sahip çıkma vazifesi ise sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumlarınca gerçekleştirilir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

2.2.3. Sınıflandırma

Travmanın alt grupları ve bunların sayıları kaynaktan kaynağa farklılık gösterebilmektedir. Kimi kaynaklar travmatik deneyimleri istismar ve ihmal şeklinde incelemektedir (Zoroğlu ve ark., 2001). İki grup (istismar ve ihmal) Dsm-5 kategorilendirmesinde, klinik açıdan ilgilenebilecek diğer olaylar şeklinde incelenmektedir. Sınıflama, çocukta cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve ihmal şeklinde dört alt gruba ayrılmasına rağmen DSÖ'nün sınıflandırması 5 parametre şeklindedir (cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) (WHO, 2006).

Fiziksel İstismar

Kaza dışı yaralanmalardan veya aile bakımından yoksunluktan kaynaklanan kazalar, çocukların maruz kaldığı istismar türlerinden biridir. Kaza dışı travma genellikle bir çocuğun ebeveynleri tarafından cezalandırıldığında veya ebeveynlerinin denetimini yitirdiğinde görülmektedir. Çoğu fiziksel şiddet (dayak) olarak gözlemlenir. Genel sunum biçimi, ebeveynler tarafından net ifade edilemeyen bir çürüktür. Az görülmekle birlikte, yanma izi, kesik şeklindeki hasarlar, asfiksi ve boğazlanma görülebilir (Kara ve ark., 2004).

Bu istismar türüne maruz kalan çocuklar, kendisinden büyük kişilerle iletişime geçmekten çekinir; büyük bireylerin ona yaklaşmasından ve dokunmasından çekinir; insanlarla yakın ilişki kuramaz ve yüzeysel temaslarla iletişim kurmayı seçerler. Genel olarak toplumsal işlev açısından eksiktirler. Maruz kalan kişilerde hemen ağlayamama, aldatmaca ve donuk tepkiler gözlemlenmektedir. Ambivalans şeklinde bu çocuklar aşırı saldırgan olabileceği gibi aşırı içe dönükte olabilir. İlgi çekebilmek için kolay bir şekilde yanlış davranışlarda bulunabilirler (Tıraşçı ve Gören 2007).

Cinsel İstismar

Bu, anlayabilmesi ve gösterilebilmesi zorlayıcı nitelikte olan çocuk istismarı şeklidir. Cinsel istismar, psikolojik ve sosyal ilerlemesini bitirememiş reşit olmayan çocukların cinsel tatmin için yetişkinler tarafından kullanılmasıdır. Tecavüz, ensest, teşhircilik, çocuk pornografisi, cinsel kışkırtma, sohbet, pornografi izleme, cinsel uzuvlara dokunma ve ağızdan ilişki yaşamak gibi davranış biçimleri bu alt gruba girer (Kara ve ark., 2004).

Cinsel sömürü olayları yoğun olarak gözlemlenen ve süregelen bir olay olmasına rağmen büyük oranda gizlenmektedir. Bildirilen vakalar çok azınlıktadır. Kadınlarda erkeğe kıyasla bu istismar türüne daha fazla rastlanmaktadır. Bu deneyime maruz kalan çocuklarda, tekrarlayan, rahatsız eden düşünceler, rüya ve kabuslar, uyku problemleri, sinirlilik ve kaygı gibi durumlar gözlemlenmektedir (Taner ve Gökler, 2004).

Duygusal İstismar

Çocukların psikolojik sağlığına ve gelişimlerine etki eden, suçlayıcı, aşağılayıcı, tehdit edici söz ve eylemlere tekrarlayıcı bir şekilde maruz kalmasına duygusal istismar adı verilir (Aydın, 2019). Gereken sevgi, ilgi ve saygıdan mahrum bırakarak psikolojik yıkıma neden olma durumu olarak tanımlanabilir. Bunlar; yıldırma, aşağılama, küçük düşürme, hakaret, eleştiri, aşırıya kaçma, tercihleri zorlama, ihtiyaçları karşılayamama, kardeşlere karşı ayrımcılık ve yaşın üzerinde sorumluluk devretme eylemleridir (Kara ve ark., 2004). Duygusal istismara maruz kalan kişilerde yakın ilişkilerden uzak durma, sinirlilik, bağımlı kişilik örgütlenmesi, değersizlik ve yetersizlik hissi, uyum sorunları gibi olumsuz eylem ve düşünceler hakimdir. Bu istismar türü fiziksel ve cinsel istismarla aynı anda görülebilir (Kara ve ark., 2004). Duygusal istismar deneyimine sahip kişilerde, bedensel ve duygusal gelişimde problemler ortaya çıkmakla birlikte kişilik örgütlenmelerinde ve başarı seviyelerinde de bozulmalar meydana gelmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Fiziksel İhmal

Çocukluk dönemindeki kişilerin beslenme, barınma, güvende olma, temizlik gibi çocukluk gelişimine etki eden temel ihtiyaçlarının ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından geciktirilmesi ya da hiç gerçekleştirilmemesidir. Çocukların fiziksel bakımdan birçok gereksinimi bulunmaktadır ve bu gereksinimlerin anne-baba tarafından karşılanmaması veya kişilerin tek başına bırakılması da fiziksel ihmali içermektedir (Yurdakök, 2010).

Büyüme ve gelişim eksikliğine sahip kişilerde ve kötü olaylara dayalı

yaralanmalarda çoğunlukla fiziksel ihmal ortaya çıkmaktadır. Fiziksel istismara göre daha yaygın olmasına rağmen, teşhisi fiziksel ve cinsel istismardan çok daha soyuttur ve genellikle ölüme veya ciddi yaralanmaya neden olmadıkça gözden kaçır. Fiziksel istismar kadar dramatik olmasa da çocuklara verdiği zarar benzerdir (Kara ve ark., 2004).

Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuğa gereken ilgiyi, sevgiyi ve alakayı göstermeme durumu olarak tanımlanır. Aynı zamanda sosyal ve duygusal açıdan bu çocukların gelişimini desteklememe şeklinde ortaya çıkar. Çocuğun eğitim ihtiyaçlarının karşılanmaması da duygusal ihmale girmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinde belirtilen ve çocuğun gerekli fizyolojik ihtiyaçları (yemek, su ve uyku gibi), güvenlik, sevilme ve bir yere ait olma ihtiyaçları gibi temel ihtiyaçlarının yerine getirilmesi için bakım verenlerin destek olması gerekmektedir (Aydın, 2019). Çocuğun hiyerarşide kendini gerçekleştirme evresine sağlıklı şekilde geçebilmesi bu duruma bağlıdır. Temel ihtiyaçları karşılanmayan çocukların yaşama tutunma ihtimali azalmaktadır. Güvenli bir şekilde yaşaması ve kendini güvende hissetmesi önemlidir. Sevgi ve ilgiyi hissedemeyen çocuk yetişkinlikte sıkıntı yaşayacaktır. Buradaki ihmal, ileride depresyon, kaygı bozukluğu, anti sosyal davranışlar ve yakınlık kurmada güçlük gibi problemler ortaya çıkaracaktır. Kendisine saygı gösterilmeyen bu kişilerde özgüven problemleri ve kendine saygı duyma gibi sıkıntılar görülecektir. Kendini gerçekleştirme evresi çocuğun eğitim ve iş yaşantısına etki edecektir. Buradaki ihmaller, kişilerdeki başarı seviyesini ve bu seviyeleri dışarıya yansıtabilmesinde problemler oluşturacaktır (Aydın, 2019).

2.2.4. Etiyoloji

Çocuk istismarında birden fazla etken bulunabilir. Bunları üç ana başlık altında inceleyebiliriz (Horton ve Cruise, 2001). İlk olarak, çocuğun bakımını üstlenen kişilerle ilgili, kişilerin ufak yaşta ebeveyn olmaları, yeterli bilgi birikimlerinin olmaması, maddi ve manevi açıdan yaşanan zorlukları olması, bakım verenlerden birinin hayatta olmaması, boşanmış ebeveyn olması, bakım verenlerin birinde fiziksel problem olması, psikolojik sağlıklarının yerinde olmaması, ebeveynlerin kendilerinin yaşadıkları istismar durumu söz konusu olması ve aile içerisinde şiddetin görülmesi gibi sebepler olabilir (Aral, 2001). Diğer bir durum, çocukla alakalı olabilir. Çocuğun istenmeden olması, cinsiyet beklentisini karşılamaması, birden fazla kardeşi olması, zekâ ve öğrenme bozukluklarının olması, yeme ve davranış bozukluklarına sahip olması gibi etkenler olabilir. Üçüncü olarak, çevresel problemler etkili olabilir. Çocuğun güvensiz ortamda büyümesi, kültürel farklılıklar, sosyoekonomik ortamın düşük olması, ırkçılık ve ayrımcılığın olması, doğal afet ve savaşların olması gibi etkenler olabilir (Horton ve Cruise, 2001).

Aile içi şiddetler, çocuk istismar seviyesini arttıran bir etkidir. Aile içi şiddete maruz kalan çocuklarda istismar 15 kat daha fazladır. Çocukların babaları tarafından gördüğü kötü muamele annelerine göre 3 kat daha fazla olarak belirtilmiştir (Deveci ve Açıık, 2003). Cinsel istismarın fazla olduğu ailelerde, boşanma oranı, aile içi şiddet durumu, ebeveynler arası cinsel sorunlar ve katı aile tutumu gözlemlenmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

2010 yılında ülkemizde çocukların istismar yaşantısını inceleme adına yürütülen bir çalışmada, ebeveynlerin çocuklarının uslu durmamaları, yanlış eylemlerde bulunmaları, sözlerinden çıkmaları, istenilen hareketleri sergilememeleri, ısrarcı olmaları, gizli saklı durumların varlığı, ders çalışmak için dirençli olmaları ve izinsiz eylemlerde bulunmalarının, istismar edici sonuçların ortaya çıkma sebepleri olarak belirtildiği görülmüştür. Öte yandan, maddi durumu yetersiz olan ailelerin çocuklarının bu durumdan dolayı daha agresif ve asabi davranışlara sahip olması da diğer bir sebep olarak gözlemlenmiştir (Türkiye’de Çocuk İstismarı, 2010:22).

Gelir seviyesinin az olması, elverişsiz barınma koşulları, olumsuz ebeveyn biçimi, sık taşınma olguları, yetersiz eğitim-öğretim seviyeleri, sağlıksız anne-baba ve çocuk ilişkileri, ebeveynlerin madde kullanımı ve alkol bağımlılığı, çocuk ihmal ve istismarının oluşmasına neden olan faktörler olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, sosyal sorunlar, sağlıksız iletişim ve aile içi etkileşimler de çocuk istismarına neden olan önemli faktörlerdir (Kara ve ark., 2004).

2.2.5. Epidemiyoloji

Çocukluk döneminin başlarında yaşanan ihmal ve istismar deneyimleri, kişilerde olumsuz sonuçlara sebebiyet veren bir durumdur. Bu konuların kültürel bakımdan farklı yorumlanması söz konusu olabilir. Kültürden kültüre istismar ve ihmal algıları farklılık gösterebilir ve bir kültür bir durumu istismar kabul ettiğinde diğeri bu durumu olağan kabul edebilir (Yurdakök, 2010).

2014 yılında yapılan Dünya Sağlık Örgütü araştırmasına göre dünya çapında yetişkinlerin %0,6’sı çocukluklarında fiziksel istismara maruz kalmış ve %0,3’ü fiziksel ihmale maruz kalmıştır (WHO, 2014). ABD’de gerçekleştiren bir çalışmada, %1 oranında çocuk istismarı öyküsü vardır ve %1’inin görmezden geldiğini ve bunun gerçekte olduğundan daha az fark edildiğini de eklemiştir (Kaya, 2010). 2014 yılında olan DSÖ çalışmasına göre, yetişkin bireylerin %23’ünde çocukluk döneminde fiziksel istismar, %16,3’ünde fiziksel ihmal ve %36,3’ünde duygusal sömürü deneyimlendiği saptanmıştır. Yaşam boyu istismar deneyimlerinin görülme sıklığının cinsiyete özgü olmadığı ve cinsiyet farklılığının olmadığı tespit edilse de kadınların daha fazla cinsel istismara uğraması muhtemeldir (TUİK, 2016). Brown ve arkadaşlarının yaptıkları incelemede, 776 kişi 17 sene boyunca (5 yaştan- 22 yaşa) gözlemlenmişlerdir ve bunun sonucunda 639 kişide fiziksel ve cinsel istismar tespit etmişlerdir (Brown ve ark., 1999). 1999 yılında Johnson ve arkadaşları, 639 bireyle çalışma yürütmüş ve istismar yaygınlık oranını %12 olarak tespit etmişlerdir. Yine bu araştırma içinde fiziksel istismarı %6.9, cinsel istismarı %3.4, ihmali %6.1 olarak saptamışlardır (Johnson ve ark., 1999).

Bilir ve arkadaşlarının (1991) yürüttüğü bir inceleme, ülkemizde yürütülen ilk araştırma olmuştur. Araştırmada toplam on altı ildeki 50.473 küçük çocuğu (4-12 yaşlarındaki) incelemişlerdir. Buna göre, %62.6 oranındaki çocuk bedensel cezalandırmaya maruz kalmıştır ve 7 yaşındaki çocukların %67.3’ü bu cezalandırma yöntemini deneyimlemiştir. Türkiye’deki en son çalışmalardan biri, 2002’den 2012’ye kadar cinsel istismarla ilgili 49 çalışmanın sistematik bir analizidir. Buna göre, çocuk istismarı ortaokul öğrencilerinde %6.4, lise öğrencilerinde ise %0.4 şeklinde bulunmuştur (Uslu ve Kapçı, 2014). Diğer inceleme ise Sofuoğlu ve arkadaşlarının (2014) İzmir, Denizli ve Zonguldak’ta 11-16 yaşlarındaki küçük çocukları dahil ettiği bir çalışmadır. Çalışma, çocuklarda ihmal ve istismarın yaygınlığının %42 ile %70 arasında değiştiğini

belirtmiştir. Türkiye'de yapılan araştırmalarda çocuk ihmali ve istismarı benzer yaygınlık göstermektedir. 2010 yılında UNICEF'in incelemesiyle ülkemizdeki 7-18 yaş aralığındaki çocuklarının %10'unda cinsel sömürü olduğu veya buna şahit olduğu, 3-17 yaş çocuklarının ürkütme ve otorite kurma doğrultusunda fiziksel istismara uğradığı ve de zamanla bunun artış gösterdiği belirtilmiştir. Çocuk ihmalinin de istismar kadar çocuğa zarar verdiği belirtilmiştir. Çocukluk çağındaki travmalar nedeniyle kendini öldürme riski ve düşünceleri üzerine yapılan bir çalışmada, araştırmaya 21 ülkeden 55 bin 299 birey dahil edilmiş ve sonucunda çocukluk dönemi travmalarına maruz kalanlarda intihar riskinin yüksek olduğu ve fiziksel ve cinsel istismarın yüksek oranda bu duruma etkisi olduğu gösterilmiştir (Bruffaerts, 2010). Dünya'da %1 ve %10 arasında rastlanan çocukluk dönemi istismarının Türkiye'de oranı daha fazladır (%10 ve %53 arası). Cinsiyet açısından yaygınlığı, kızlarda %34.6 oranında, erkek çocuklarında %32.5 oranında yaygındır (Kaya, 2010). Dünya çapında sadece %20 oranında cinsel istismar bildirilmiştir. Çoğu mağdurun bu istismarı açıklamadığını göz önüne alırsak istismarın bildirilenden çok daha fazla olması muhtemeldir (Topçu, 1997).

2.2.6. Çocukluk Çağı Travması ve OKB

Çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının bakım verenler tarafından karşılanmaması ve ihmal edilmesi, çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde psikopatolojik sonuçların ortaya çıkma riskini yükseltir (Bülbul ve ark., 2013). Çocukluk dönemlerindeki travmalar ve ileri ki dönemlerdeki psikolojik rahatsızlıkların ilişkisi çok çalışmada belirtilmiş ve çocuk ihmal ve istismar yaşantılarının psikiyatrik hastalıkları ortaya çıkarmadaki riski gösterilmiştir. İstismar ve ihmal yaşantılarına maruz kalan çocuklarda yetişkinlik zamanlarında ruhsal bozukluklar görülebilmektedir. Yirmi yıldır artan kanıtlar doğrultusunda, çocukluk çağı travmaları majör depresyon, bipolar bozukluk, TSSB ve OKB gibi psikiyatrik rahatsızlıkların görülme riskini arttırmaktadır. Aynı şekilde kronik rahatsızlıkların (kalp rahatsızlıkları ve mide rahatsızlıkları gibi) rastlanma riski de artmaktadır (Nemeroff, 2016). Çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimler, takıntı-zorlantı semptomlarının gözlemlenmesinde önemli bir etkidir. Olumsuz yaşam deneyimlerinin obsesyon-kompulsiyon belirtileri ile bağlantısı incelenmiş olup, tanı almış OKB hastalarında ve tanılandırılmamış popülasyonda ikisi arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda travmatik deneyimler, olumsuz düşüncelerin yoğunluğunu ve içeriğini etkilemektedir. Kompulsiyonlarla ilişkili travmanın neden olduğu korku vurgulanır. Kompulsiyon eylemlerin travmayla ilişkili riskleri ve sıkıntıları azaltmak veya kontrol altına almak için yapıldığı belirtilmektedir (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008).

Murphy ve arkadaşları (1988), 391 kadın katılımcıyı içeren OKB ile çocukluk çağı travması arasında bir ilişki olduğunu gösteren ilk çalışmalardan birisini ortaya koymuşlardır. Çocukluk çağında ve ergenlik döneminde cinsel istismara maruz kalan kadınlarda anksiyete, hostilete, paranoid düşünceler, kişilerarası hassasiyet ve daha fazla obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıktığı saptanmıştır.

Lochner ve arkadaşlarının (2002) yürüttüğü bir araştırmada, OKB ve saç yolma bozukluğuna sahip hastalar, oluşturulan kontrol grubuyla kıyaslanmış ve bu çalışma sonucunda OKB ve Trikotillomani grubunda daha fazla çocukluk çağı travması bildirmişlerdir. Spesifik olarak, çalışma alt ölçek bazında incelendiğinde, OKB tanısı alan kadınlarda duygusal ihmal puanları kontrol grubunun puanlarına göre daha yüksek

olduğu gözlemlenmiştir.

OKB, panik bozukluk ve sosyal fobi tanıları hastalarda, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının incelendiği bir çalışmada, obsesif-kompulsif bozukluk ve korku ataklarına sahip panik atakları olan bireylerin %23 oranında, hasta olmayan grupta ise %8 oranında fiziksel istismar tespit edilmiştir. Ayrıca, OKB ve panik rahatsızlıklarına sahip kişilerin %45 oranında, hastalığı olmayanların ise %15 oranında cinsel istismar saptanmıştır (Stein ve ark., 1996).

Ülkemizde OKB teşhisi konan 120 kişi ile yürütülen araştırmada, travmatik deneyimler ve OKB semptomları bakımından anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yine bu çalışmada, dirence sahip hastaların travma düzeyleri diğerlerine kıyasla daha fazla çıkmıştır (Semiz ve ark., 2013). Ülkemizde, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, klinik olmayan örneklemle çalışmış ve sonucunda çocukluk çağı travmatizasyonunun OK belirtileri ile anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008).

2.3. Psikodinamik Yaklaşım

Kişilik örgütlenmesi (KÖ) terimi, modern psikodinamik kuramda olağan ve de normalden uzak olarak dağılmış karakter biçimlerini aktarabilen önemli yapıdır. KÖ kavramı, kişilik bozukluklarının gelişiminde psikodinamiği anlamada ve tedavi etmede önemli bir rol oynamaktadır (Fonagy ve Luyten, 2012).

2.3.1. Nesne İlişkileri Kuramı

Yaklaşım, pratik ve inceleme alanlarında tanınmış psikodinamik temellere dayanan bir kuramdır. Günümüzde bu kuram, hem normal hemde patolojik bireylerin gelişimini açıklayabilmek adına değerli katkılar sağlamaktadır (Güvenir ve Taş, 2008).

Psikanalitik temelinde olan bu kuram, bilimsel çevrelerde tanındığı gibi aynı zamanda kabul gören bir yaklaşımdır. Bu kuramın altında toplanan kişiler ise; Klein, Fairbairn, Guntrip, Winnicott, Otto Kernberg, Kohut ve Bolwby gibi önemli araştırmacılarıdır. Kuramcılarının en temel konusu bebeklerin yaşama diğerleri ile ilişki kurmaya geldiği ve bakım veren kişi ile iletişim kurabilmek için uyum becerilerine sahip olduğudur (Uluç ve ark., 2015).

Kuramcılar arası farklar üzerine yapılan bir ayrıma göre, insanların eylemleri için güdüleyici nitelikte olan nesne ilişkilerine olan ilginin düzeyleri incelenmiştir. Buna göre ilk grup, Freud'a ait olan dürtü kuramını nesne ilişkileriyle bağlantılandıran Klein, Jacobson ve Mahler ve arkadaşlarıdır. Diğer grup ise; davranışların temelindeki güdüleyici etkinin dürtü yerine nesne ilişkileri olduğunu belirten Fairbairn ve Sullivan'dır. Öte yandan, dürtülerin gelişimindeki nesne ilişkilerine aracı olarak bakan Winnicott, Loewald ve Sandler gibi kuramcılar başka bir grubu oluşturmaktadır (Kernberg, 2009). Diğer bir görüş nesne ilişkileri kuramını acımasız ve merhametli olarak ikiye ayırmıştır. Buna göre, kişilik gelişiminde öfkenin, nefretin ve yıkıcılığın daha fazla üzerinde duran Klein, Fairbairn ve Kernberg benzeri teorisyenler acımasız (sert) sınıfı oluştururken; Kohut, Winnicott ve Balint benzeri kuramcılar ise sevgi, ihtiyaç ve haz gibi etkenlerin kişilik üzerindeki etkinin üzerinde durmuş ve merhametli gruba dahil edilmiştir. Psikopatolojilerin çatışmalara mı yoksa eksikliklere göre mi veya yaratılıştan

mı nesne ilişkilerine göre mi ikincil şekilde oluştukları konusuyla ilgili de farklı sınıflandırmalar mevcuttur (Kernberg, 2009).

Nesne ilişkileri arasında farklılıklar olduğu gibi, Fonagy ve Target'e (2003) göre, nesne ilişkilerine ait ortak noktaların olduğu sayıtlarda vardır. İlki, ileri seviye patolojilerin doğumdan sonra üç yılı (preödüpal dönem) kapsayan dönemde geliştikleri şeklindedir. Diğeri, nesne ve ilişki paterninin gelişiminin oldukça karmaşık hal aldığıdır. Üçüncü olarak, gelişimsel basamaklar aynı zamanda olgunlaşma sürecini kapsar ve bu süreçlerdeki patolojiler bozucu etkiye sahiptirler. Başka bir sayıltıya göre, erken dönemdeki nesne ilişkilerimizin süreç içinde tekrarlandığı ve bazen de yaşam boyunca sabit bir durumda kaldığıdır. Son sayıltı ise, gelişim süreçlerindeki ilişkilerdeki bozulmanın patolojiyi şekillendirdiğidir. Tarihi bağlamda, Melanie Klein nesne ilişkileri kuramını başlatan kişi olarak bilinmekte; Fairbairn, Guntrip, Blaint, Winnicott ve Kernberg benzeri kuramcılar yaklaşımın kalkınmasına katkı sağlayanlar olarak kabul edilmektedir (Gabbard, 1994).

Nesne ilişkileri kuramının temelinde, dürtü ihtiyacının giderilmesinden fazla ilişki kurabilme çabası vardır. İnsanların en temel motivasyonu nesnelere temas halinde olmaktır. İnsan yavrusu için anne sütünü alıp doymanın ötesinde annesi tarafından beslenmenin oluşturduğu sıcaklık, yakınlık ve bağlanma hissini almak daha önemlidir (McWilliams, 2009). Bu yaklaşım doğrultusunda, bireylerin bağ kurabileceği kişi (ebeveynler, büyük anne-babalar gibi), beden kısımları (meme) ya da geçiş nesnesi (oyuncak vb) olabilir (Güvenir ve Taş, 2008).

Gelişim dönemlerinde çocuklar, tek bir kişi veya nesnenin ötesinde ilişkinin bütününe içselleştirmektedir. Kuram doğrultusunda, yaşantılar üç alandaki (kendilik, nesne ve ilişki) zihni temsilcilerle hafızaya işlenmektedir (Gabbard, 1994). Gelişim aşaması düşünülürse çocuk ilk başta iyi ve kötü olarak kodlamaya başlayacak, daha sonra bütün hale gelecektir (Güvenir ve Taş, 2008). Örnek olarak, acıkan bebeğin doyurulması olumlu deneyim olarak algılanacak olumlu nesne temsili ile olumlu kendilik oluşacaktır. Fakat, eğer bebek doyurulmazsa olumsuz deneyim olarak algılanacak ve olumsuz nesne temsili olumsuz kendilik olarak evrilecektir (Gabbard, 1994). Kuramcılar kodlama sürecinde bebeğin subjektif algısına da dikkat çekmek ister. Çocuğun algıladığı ile gerçek nesne temsili aynı olmayabilir (McWilliams, 2009). Örneğin, ebeveynlerin çocuğun gereksinimlerini gerçekten karşıladığı bir noktada beslenme sırasında ilgisini diğer bakım bekleyen çocuğa kaydırabilir. Bebek annesini ilgisiz olarak kodlayabilmektedir (Gabbard, 1994).

Klein, genellikle nesne ilişkileri kuramını ortaya çıkaran kişi olarak kabul edilir. Freud'un kuramından etkilense de içsel obje ilişkilerine ağırlık vererek onun kuramından uzaklaşmıştır. Çocuklarla klinik uygulamalarda çalışan Klein, fantezi dünyası üzerinde durmuştur. Freud'a ait ölme arzusu kavramı onu derinden etkilemiştir. Bebeğin temelinde yok olma anksiyetesi yer almaktadır. Bu anksiyeteyi önlemek için ego bütün kötü ve saldırgan algılanan dürtüleri anneye yöneltir. Buna "şizoid paranoid pozisyon" adını vermiştir. Buradaki savunma mekanizması yansıtmadır (Summers, 1994). Yaşamın başladığı ilk 3-4 aylık süreci Klein "paranoid-şizoid konum" olarak adlandırır. Bu dönemde ben, henüz bütünleşmemiştir. Bölme ve yansıtımlı özdeşim ilkel savunmalarının hâkim olduğu bir dönemdir. Bölme mekanizması ile çocuk iyi ve kötü içsel nesnelere birbirinden ayırmaktadır. Yansıtımlı özdeşim ile ben, saldırgan yönünü

nesneye yansıtmaktadır (Tura, 2005). Dışarıdaki tehlike olarak algılanan anne ile özdeşim kurulması gerekmektedir, ancak bu yolla tehlike ortadan kalkacaktır. Bu döngü aslında hem iyi hem de kötü annenin ikisinin de aynı kişiler olduğunu algılamasına kadar sürecektir. Dışarıdaki kişiye zarar verme anksiyetesi ortaya çıkar ve buradaki utanç bebeğin hayat döngüsünde önemli hal alır. Bu dönem “depresif pozisyon” olarak adlandırılmıştır (Summers, 1994).

Klein’in yaklaşımı, gerçekte olan objeden ziyade fantezilerle donatılmış nesne dünyasına yoğunlaşması ve kaybolma (ölme) anksiyetesi üzerindeki aşırı boyuttaki vurgusu yüzünden diğer kuramcılar tarafından eleştirilmesine neden olmuştur. Eleştiren kişiler, bir bebeğin yaşam döngüsünün ilk yıllarında bilişsel kapasite açısından bu denli komplike olmasının imkansız olduğunu savunmuşlardır. Diğer kuramcılar (Winnicott ve Fairbairn vb.) Klein tarafından fazlaca belirtilen fantezi dünyasını çocuğun ilk yıllarındaki çevresi ile dengelenmeye çalışmışlardır. Winnicott yeteri kadar iyi anne olabilme terimini savunmuştur. Fairbairn, kişinin dürtüleri doğrultusundaki haz arayışlarından çok nesne arayışı içerisinde oldukları görüşünü savunmuştur ve bu görüşle dürtü kuramından en fazla uzaklaşan kişi olmuştur (Gabbard, 1994).

Çocukluk döneminde sağlıklı gelişim görülebilmesi için bakım verenlerin çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını doğru biçimde karşılaması gerekmektedir. İhtiyaçlar karşılanmadığı zaman kişilik gelişimi olumsuz yönde etkilenir ve kişinin ben işlevlerinde bozulmalar görülür (Bell, 1995). Gelişimsel süreçlerde yaşanan aksaklıklar, nesne ilişkileri kuramına göre psikopatolojinin gelişmesine neden olmaktadır (Güvenir ve Taş, 2008).

2.3.2. Otto Kernberg’e göre Nesne İlişkileri Kuramı

Birçok önemli araştırmacının bir araya gelmesiyle oluşan nesne ilişkileri kuramı, bireylerin çevreyle kurduğu iletişim ve etkileşimlerin, içselleştirme, özdeşleşme, içe yansıtma ve ben’e ulaşma süreçlerine temel olduğunu vurgulamaktadır (Öğünç ve Eren, 2012).

Günümüz kuramının çağdaş temsilcilerinden olan O. Kernberg, Freud’un dürtü teorisi ile nesne ilişkileri kuramını birleştirmiştir ve erken dönemdeki deneyimler sonucu ortaya çıkan iyi ve kötü ayrımının doğuştan gelen içgüdülerle olduğunu savunmuştur (Kernberg, 1976; Ünal, 2008). Otto Kernberg, Klein’in paranoid-şizoid konumdan, depresif konuma geçen yaklaşımını daha modern bir hale çevirerek bağlanma kuramı, ego psikolojisi, biyolojik ve duygusal yapı ile birleştirmiştir (Pulat, 2019).

Otto Kernberg’ in nesne ilişkilerine bakış açısına göre; normal otizm adını verdiği ilk bir ayda bebek, kendini anneden farklı bir birey olarak tanımlayamaz. Zıt duyguları bütünleştiremeyen bebek, iyi-kötü ve haz veren-saldırgan şeklinde sınıflandırmaya sahiptir. Bu evrede bölme mekanizması işlemektedir. İlerleyen süreçte birey, kendilik ve nesne temsillerini ayrıştırmaya başlar ve sonraki aşama için zıt duyguları bütünleştirerek, iyi-kötü nesne temsillerini ve iyi- kötü kendilik kavramını bütünleştirir. Bütünleşen bu temsiller, içsel nesne ilişkilerini meydana getirir. Normal gelişim süreçlerinde, başlangıçta işlevsellik açısından bölme mekanizması varken, yerini bütünlük oluşturan kendilik ve nesne temsillerine bırakır (Epözdemir, 2014).

Kernberg (1967)' e göre, bebek doğduğu ilk zamanlarda bakım veren kimseleri kendisinden farklı bir birey olarak algılayamaz. Bu evreye de “normal otizm” evresi olarak ifade eder. Bu dönemde bebek kötü ve iyi duyguları net bir şekilde tanımlayamaz ve bunun yerine zevk veren ve saldırgan olarak iki mekanizma şeklini oluşturur. Bebek açısından bu mekanizma ilk aylarda işlevsel boyuttadır. Sonraki dönemlerdeki benlik kavramı sayesinde nesnelere iyi ve kötü şekilde ayırt edilir ve bu durum iyi ve kötü benliğin oluşmasına katkı sağlar. Patolojik ben kavramı bu dönemlerdeki patolojik nesne ilişkilerinin içselleştirilmesi ile meydana gelir.

Otto Kernberg' e göre, ilk ötekilerle ve duygusal etkileşimlerle içsel nesne ilişkileri oluşmaktadır. Bu içsel nesne ilişkileri, bireyin temel psikolojik yapısını oluşturmaktadır. Kernberg' e göre içsel nesne ilişkileri örgütlenir ve daha yüksek düzeyli psikolojik yapıları ortaya çıkarır. Kimlik, bireyin kendisi ve bakım verenlerine karşı algısını yansıtır ve Kernberg bu yüksek düzeyli psikolojik yapıya çok önem vermektedir (Calıgor, Otto Kernberg ve Clarkın, 2019). Nesne ilişkileri Kernberg' e göre büyük oranda kimlik bütünlüğüne dayanır ve kişilerde, kendisi ve ötekiler kavramları zamansal sürekliliği de kapsar (Öğünç ve Eren, 2012).

O. Kernberg, normal ve patolojik kimlik gelişimlerini karşılaştırırken kimlik dağınıklığı kavramından da bahseder. Normal kimlik gelişimine bakıldığında, burada içsel nesne ilişkileri tutarlı bir kendilik oluşturmuş ve bütünlüştür. Kimlik dağınıklığında ise bütünlüşmemiş bir kendilik algısı söz konusudur. Normal kimlikte kişiler, ötekilerin farklı özelliklerini bir araya getirebilir ve bütünlüşmüş bir imge oluşturabilir. Fakat, kimlik dağınıklığında ise, kişide öteki algısı parçalanmış ve bütünlüşmemiş şekildedir (Calıgor, Otto Kernberg ve Clarkın, 2019).

Kernberg, erken çocukluk dönemlerindeki yaşantılar sonucu şekillenen kişilik örgütlenmesini psikanalitik temelde nevrotik, sınır ve psikotik olarak üç sınıfa ayırmıştır. Bu sınıflandırma, gerçeği değerlendirme, kimlik bütünlüğü ve savunma mekanizmalarının düzeylerine göre oluşmuştur (Epözdemir, 2014; Taymur, İ. ve Türkçapar, M.H., 2012). Psikotik yapılanım gerçeklik algısının bozukluğu ve öz farkındalığın bozukluğu gibi özelliklerle nevrozlardan farklılaşmaktadır. Sonraları, psikoz ve nevroz arasındaki sınırdaki başka kişiler olduğu görüldü. Psikotik yapılanıma benzer ama özelliklerini kapsamayan ancak nevrozlara da uymayan bir sınıfın varlığı keşfedildi ve bu sınıfa borderline (sınırdurum) yapılanım denildi (Kernberg, 1999). Günümüz nesne ilişkileri kuramının değerli destekçilerinden biri olan Kernberg, içselleştirilen bir obje ilişkileri süreci tanımlamıştır. Nevrotik, borderline ve psikoz örgütlenmelerini, nesne ilişkilerinin gelişim düzeyine, ego kapasitesine, kaygıya karşı tahammül yeteneğine, savunma mekanizma seviyelerine ve süperegonun özdeşleşmesine göre incelenmiştir (De Carufel ve Piper, 1988). Buna göre, psikotik kişilik örgütlenmesi düzeyine sahip olan kişilerde, gerçeklik bağlantısı tamamen kaybolmuş, kendilik ve nesne arasındaki sınırlar bulanık hal almış ve kimlik bütünlüğü sağlanamamıştır. Sınır kişilik organizasyonu olan kişilerde ise, gerçeği değerlendirme yetisi kısmen korunmuş fakat kimlik karmaşası olduğu için alt düzey savunma mekanizmaları yaygın olarak kullanılmıştır. Nevrotik kişilik örgütlenmesine sahip kişilerde ise gerçeği değerlendirme yetisi tamdır ve üst düzey savunma mekanizmaları kullanılır (Epözdemir, 2014).

2.3.3. Kişilik Örgütlenmesi Düzeyleri

KÖ kavramı, kişilik bozukluklarının gelişiminde psikodinamiği anlamada ve tedavi etmede önemli bir rol oynamaktadır. Kişilik örgütlenmesi düzeyi, kişilerin ruhsal açıdan sağlıklı-sağlıksız şekilde ayrıştıran bir yapıda bütün şekilde ele alınmasıdır ve sadece anormal tarafları değil normal tarafları da anlayabilmeye çalışır (Fonagy ve Luyten, 2012). Önceleri kişilik bozuklukları nevroz ve psikoz şeklinde ayrılan bir yapıdayken, pek çok teorisyen yakın zamanda nevroz, borderline, psikoz organizasyonu olarak üç farklı şekilde sınıflandırmıştır (Şahin, 2009).

Kernberg' e göre kişilik organizasyonu stabil, çoğunlukla bilinçdışı ve erken yaşamların etkisi altında oluşan dinamik bir yapılanımdır (Kernberg, 1996; Kernberg ve Caligor, 2005). Kişilik örgütlenmesi (KÖ), nesne ilişkileri, savunma mekanizmalarının yapısı, nesne-kendiliğin temsili gibi bilinçdışı içerik ve süreci ifade etmektedir. KÖ, uç düzeylerde bozulmuş olan psikotik düzeyden, daha uyumlu yüksek düzey nevrotik düzeye kadar uzanan bir yelpazedir (Gamache ve ark., 2009).

Kernberg modelde temel olarak üç KÖ düzeyi (psikoz, borderline ve nevroz) tanımlar. Kişilik bozuklukları için kategorik (DSM, ICD (International Classification of Diseases)) ve boyutsal (The five factor model) bir yaklaşımı bütünleştirir. Kişilik organizasyon modeli, nesne ilişkileri teorisine dayanmaktadır. Normalliği ve patolojiyi bir spektrum olarak anlar ve etiyoloji, gelişim, yapı ve dürtüsel davranış unsurlarını tek eksende birleştirir (Gıynaş ve ark., 2019). Buna göre, kişilik patolojileri nevrotik, sınır ve psikotik olarak sınıflandırılır. Üç ana yapılanma şu şekilde ayırt edilir. Nevrotik kişilik organizasyonunda, kimlik bütünlüğü yüksek olup, olgun savunma mekanizmalarını kullanır ve gerçeği değerlendirmesi yetisi tamdır (Tura, 2005; Sagstetter ve ark., 2021). Sınır kişilik örgütlenmesinde, kimlik dağınıklığı söz konusudur, bölme ve ilkel savunmalar yaygındır ve gerçeği değerlendirme yetisi korunmaktadır (Tura, 1995; Sagstetter ve ark., 2021). Psikotik KÖ, kimlik difüzyonunun varlığı, ilkel savunmaların ağır kullanılması ve gerçeğin yitirildiği bir durumdur (Tura, 2005; Sagstetter ve ark., 2021). Bu kişilik örgütlenmeleri; savunma mekanizması olarak ilkel savunmaların kullanımı, kimlik entegrasyon seviyesi ve gerçeklik algısıyla nitelendirilir (Kernberg, 2008).

2.3.3.1. Nevroz Düzeyi Kişilik Örgütlenmesi

Psikodinamik çerçeve, nevroz kişiliği, örgütlenmenin yüksek ve en sağlam seviyesi olarak kabul eder. Nevrotik organizasyon, bireyin arzuları ile yasaklananlar arasındaki çatışmadan kaynaklanır, ancak kişisel gerçeklik testi ve kimlik bütünlüğü kaybı olmaz ve bireyler stres sırasında gelişmiş savunma mekanizmalarını kullanırlar. Kişisel öz tasarım tutarlı ve istikrarlıdır. Ortaya koyduğu ana savunmalar arasında baskı, tepki oluşumu, izolasyon, rasyonelleştirme, dönüştürme ve akılcılaştırma görülmektedir. Gerçeklik algısı (dış çevrenin ve içsel süreçleri ayırt edebilme ve fikirleri gerçeklik temelinde aktarabilme) korunmuştur (Yıldırım ve ark., 2020). Nevrotik organizasyonda birey, gelişmiş benlik farkındalıkları ile sadist otoriteye karşı çıkan isyankâr benlik arasındaki çatışan duyguları devamlı şekilde gizler ve buna göre de agresyon ve başka nevroz semptomları gibi gerileyici sorunlar ortaya çıkması haricinde bozulmalar meydana gelmez (Kernberg ve Yeomans, 2011).

2.3.3.2. Sınır Durum Kişilik Örgütlenmesi

Kernberg (2016), belirli, oldukça kararlı bir patolojik kendilik yapısını paylaşan kendiliğin bozulmuşluğunu nevroz ve psikoz semptomları gösterenlerden ayrı olarak belirtir. Bu alandaki kişileri nevrozik ve psikotik arasındaki konuma koyar ve buna da sınır durum kişilik organizasyonu der. Borderline olan kişinin kendisine ve diğerlerine karşı parçalı, dalgalı ve entegre olmamış bir düşüncesi vardır. Parçalanmış bir kendilik hissi, sınırdaki kişilerin belirgin niteliğidir ve kişi, sıkıntılı duruma baş etmeye çalışırken, genellikle bölme temelinde olan olgunlaşmamış savunma mekanizmalarını kullanmaktadır (Kernberg, 2016). Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin, kendiliklerine karşı düşünceleri değişken niteliktedir ve değersiz olma hissi, kendiliğini küçümsemeye narsistik üstün olma hissi arasında gidip gelmektedir, insani bağlantıları yoğundur. Kişilere yapışıp kalma davranışı gösterirler, bağımlı kişilik yapılarına yatkındır ve ihtiyaçların tatmini doğası gereği tahripkardır. Yalnızca bireylerin yüceltilmesi ve önemsizleştirme şeklinde ortaya çıkmaz ve de bireylere yaklaşıma- uzak durma şeklinde karmaşık hale girerler. Ayrıntısız olarak bakıldığı zaman çevreyle uzlaşma davranışı sergiliyorlar gibi gözükür fakat iyice incelendiğinde devamlılık sergileyemedikleri görülür. Sevgi ve cinsel konularda da aynı çelişkili davranışları barındırırlar ve aşırı derecede ayartma isteminde olup, rastgele olan cinsel birlikteliklere de yatkınlıkları gözlemlenir, ilişki yaşamlarında ve cinsel yaşamlarında nesne devamlılığını gerçekleştiremezler, ahlak anlayışları ve hayata bakış açıları ikilemlerle doludur (Akhtar, 2016).

2.3.3.3. Psikoz Kişilik Örgütlenmesi

Psikoz örgütlenmesine sahip kişilerde, kimlik dağılması, ilkel savunma düzeneklerinin kullanımı ve gerçeklik yetisinde bozulmalar söz konusudur (Trimboli, Kanaan ve Marshall, 2019). Kişilerde bu durum, olgunlaşmamış süperego varlığının, duygusal işlevin ciddi şekilde bozulmasının, kişilerarası ilişkilerin görünür şekilde bozulmasının ve yıkım, yutma ve parçalanma gibi temel dinamiklerin gözlemlenmesine neden olmaktadır. Halüsinasyonlar, sanrılar, referans görüntüler ve mantık dışı fikirlerin olduğu ilerleme evresinin ayırt edici özelliği yaşamda bulunma çabasıdır. Psikoz örgütlenmesinde varoluş ana problem niteliğindedir. Var olma ve yok olma, gerçeklik ve gerçek dışının farkının sınırlarını netleştiremez. Canına kıyma yatkınlığı sergilemese de bazen sanrılı yok olma isteği barındıran psikozlarda vardır (Yıldırım ve ar., 2014; McWilliams, 2020).

2.3.4. Kişilik Örgütlenmesi Belirleyici Ölçütleri

Bu bölümde, kişilik örgütlenmesi belirleyici ölçütleri aktarılırken, Otto Kernberg'in; kimlik bütünlüğü, savunma mekanizmaları ve gerçekliği değerlendirme yetisine dayanarak kuramsal bilgiler aktarılmıştır.

2.3.4.1. Kimlik Bütünlüğü

Bütünleşmiş kimlik kavramı için nispeten daha sağlıklı karaktere sahip bireyler örnek verilebilir (McWilliams, 2020). Kendilik ve nesne tasarımlarının bütün ve tutarlı

olması kimlik bütünlüğünün olduğunu ifade eder. Kişinin kendisi ve çevresi hakkındaki yargıları bütünlüklü ve kararlı bir yapıdadır (Şahin, 2009). Kimlik bütünlüğüne sahip kişiler, kendilerini ve ötekileri ifade etmede daha tutarlıdır ve kendini ve çevredekileri ifade etmek için zorlanmadan ihtiyacı olan kelimeleri bulabilmektedir (McWilliams, 2020). Kimlik difüzyonuna sahip kişiler ise, kendilerini ve ötekileri anlatırken tutarsızdır ve doğru kelimeleri bulmakta zorlanırlar (McWilliams, 2020).

Kimlik bütünlüğü; benlik ve nesne algılarının bütün bir yapıda olması, kesin ve istikrarlı olması demektir. Benlik algısı, bireylerin kendilerine yönelik, kişinin önem verdiği kişilere yönelik ve diğer kişilere yönelik fikirlerinin bütünüdür. Bazı bölümleri bilinç düzeyinde iken bazı bölümleri bilinçdışı niteliktedir. Nevrotik yapıdaki kişilerde, kendilik görüşü tutarlı ve istikrarlıdır. Kim olduğu, neyi sevip neyi sevmediği ve onun için neyin önemli olduğu konusundaki hisleri ve fikirleri pek değişmez. Ancak, borderline kişilik organizasyonlarına sahip kişiler, bütünleşik ve kararlı bir benlik tasarımına sahip değildir. Kimi zaman benliğine fazlaca güven duyar ve kendisini önemli hissederken, kimi zaman bu güven hissi oluşmaz ve kendini acınası biri olarak görür. Kişinin kendi farkındalığı ve davranışı dengesiz ve tutarsızdır (Kernberg, 1999). Psikotik kişilerde, benlik algıları kadar, nesne algıları da entegre halde değildir ve istikrarsızdır. Yaşamındaki değerlerine dair düşünceleri ve yargılamaları da mantıksız ve parçalı şekilde detaysız ve dağılmıştır. Duygusal, entelektüel veya davranışsal olarak istikrarlı kendilik gösteremezler, güçlü ruhsal bocalanmalar, üst seviyelere kadar uzanan yargı şekilleri, dramatik davranışları sergilerler. Bu nedenle istikrarlı ve kararlı bir ilişki sürdürmezler ve ilişkilerine karşı sıcak bir empati kuramazlar (Şahin, 2009).

2.3.4.2. Savunma Mekanizmaları

A. Freud, benin istenmeyen ve kaygı oluşturan olaylardan uzaklaşmasına yardımcı olan ve dürtü, istek ve davranışının üzerinde kontrol sağlayan araca savunma mekanizması adını vermiştir (Yılmaz ve ark., 2017). Bu mekanizmalar, kişiliğin gelişmesi ve çevreye uyumlu olması adına önemli rolü olan ve içsel çatışmayı ve duygusal kaygıyı önleyen araçlardır (Yılmaz ve ark., 2017).

Cramer (2008), savunmalar ile ilgili psikanalitik gözlemleri destekleyen deneysel bulgularla ilgilenmiştir. Buna göre; savunmalar bilinçdışı olarak işlerler. Çocukların gelişimi sürdükçe, önceden bilinen bir sıra ile savunmalarda gelişirler. Bu durum kişilik sürecinin normal bir parçasıdır. Kişilerde stres arttıkça mekanizmaları kullanma oranı artmaktadır. Olumsuz yaşantıların bilinç düzeyine inmesini kısıtlar. Savunmaların da fazla kullanımı patolojik hale gelebilmektedir (McWilliams, 2020).

Psikanalitik araştırmacılara göre bazı savunmalar daha ilkelken diğerleri daha olgundur (McWilliams, 2020). Erken dönemlerdeki olumlu deneyimler olgun savunmalar oluşturacağı gibi olumsuz yaşantılar ilkel savunmalar doğuracaktır. Erken dönemlerdeki olumlu deneyimler olgun savunmalar oluşturacağı gibi olumsuz yaşantılar ilkel savunmalar doğuracaktır (Yıldırım ve ark., 2021).

Nevroz yapılanımındaki kişiler; bastırma ve bastırmayı kolaylaştıran karşıt tepki geliştirme, izolasyon, yapma ve bozma, akılcılaştırma gibi olgun savunma düzeneklerinden yararlanırlar. Sınırdurum kişiler ise bölme, idealizasyon, yansıtma ve omnipotence gibi düzeneklerden faydalanır (Şahin, 2009). Bölmenin kullanımı benliğin

ve nesnelerin tutarlı bir temsilinin gelişmesini engeller ve kimlik karmaşasına neden olur. Şiddetli duygusal ve uyarılma etkisi, kişinin kendisi ve başkaları hakkındaki değişken değerlendirmeleri ve çarpıtılmış, karikatürize edilmiş, kutuplaşmış, çarpık uçlarla ilişkiler de kimlik kargaşasının bir parçasıdır (Kernberg, 2000).

2.3.4.3. Gerçeği Değerlendirme Yetisi

Gerçeği değerlendirme; kişinin kendisini ve çevresini, içsel ve dışsal uyarımları ayırabilmesi ve duygu, düşünce ve davranışlarını gerçekliğe uyumlu biçimde değerlendirmesidir (McWilliams, 2020). Gerçeklik değerlendirmesi, kişinin kendisi ve kendiliği dışındakileri, içeriden ve dışarıdan gelen uyarıcılarda ayırım yapabilmesi ve kişinin hislerini, eylemlerini ve fikirlerini gerçeklik temelinde yargılayabilmesidir. Klinik açıdan gerçekliğin değerlendirilmesi; sanrı ve halüsinasyonlara karşı agnostik olma, tuhaf ve gerçekçi olmayan düşünce ve duygulardan uzak olma, başkalarının gerçeklik hakkındaki düşüncelerine yaklaşabilme gibi özelliklerle temsil edilir (Şahin, 2009).

3. YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Çalışmaya Özel Terapi Tıp Merkezinde tedavi görmekte olan 18-65 yaş aralığında toplam 60 OKB hastası dahil edilmiştir. Katılımcıların %41,7'si (n=35) kadın, %58,3'ü (n=25) erkektir. Örneklem yaş ortalaması $36,68 \pm (10,47)$ 'dir).

Araştırma grubu için dahil olma ölçütleri

- Bir psikiyatrist tarafından DSM-V kriterlerine göre OKB tanısı konulmuş olmak
- Bilgilendirmelerden sonra çalışmaya katılmayı onaylamış olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Gönüllü şekilde ölçükleri doldurmak ve çalışmaya katılmak

Araştırma grubu için dışlama ölçütleri

- Klinik düzeyde zeka geriliği ve bilişsel yetersizliğe sahip olmak
- Ciddi fiziksel ya da nörolojik rahatsızlığa sahip olmak
- Alkol ve madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı tanısı almış olmak
- Psikiyatrik eş tanılı olmak

3.2. Verilerin Toplanması

Araştırma için Antalya Bilim Üniversitesi Etik Kurulundan gerekli etik izinler alınmıştır. Bu çalışmada anketler düzenlenerek yüz yüze olmak üzere katılımcılara 2022 Eylül ve 2022 Aralık aylarında ulaştırılmıştır. Örneklem yöntemi olarak kota örnekleme kullanılmış, anketler elden olmak kaydıyla hastalara verilmiştir. Bu çalışma cross-sectional (kesitsel) bir çalışmadır. Katılımcıların anketleri tamamlamaları yaklaşık 15-20 dakika arasında sürmüştür.

Araştırmaya başlamadan önce katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu sunulmuş ve katılımcılardan kendi isteğiyle katıldığını belirtmeleri için imza atmaları istenmiştir. Katılımcılardan sırasıyla Demografik Bilgi Formu, Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Maundsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) yanıtlamaları beklenmiştir.

Araştırmaya dahil olan her kişi gönüllülük çerçevesinde katılmış ve bireylerin gizliliğini korumak adına tanımlayıcı bilgileri alınmamıştır. Ölçeklerin doldurulması esnasında bireylerin bütün sorulara yanıt vermesi amacıyla, doldurmaları bitiminde kontrol edilmiş, eksik kısımların doldurulması istenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Dataların elde edilmesi için kişiler, Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Gönüllü Onam Formunu (EK-1), Demografik Veri Formunu (EK-2), Çocukluk Çağı Travma Ölçeğini (ÇÇTÖ) (EK-3), Kişilik Organizasyonu Envanterini (Inventory of Personality Organisation;KOREN) (EK-4), Maundsley Obsesif Kompulsif Soru Listesini (MOKSL)

(EK-5) ve Beck Depresyon Ölçeğini (BDÖ) (EK-6) doldurmuşlardır.

3.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmacının hazırladığı bu formda, çalışmanın amacını, katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu, formu yaklaşık doldurma süresi, katılımcıların istedikleri zaman çalışmayı bırakma hakkına sahip oldukları ve araştırmacının mail adresi verilmiştir. Bu formda katılımcıların istemli bir şekilde araştırmaya dahil olduklarını belirtmek için imza istenmiştir (EK-1).

3.3.2. Demografik Bilgi Formu

Formda, katılımcılara ad, cinsiyet, yaş, meslek, kardeş, eğitim ve evlilik durumu, alkol, sigara ve madde kullanımı, OKB hastalığının başlangıç dönemi ve ne kadardır olduğu değerlendirilmiştir (EK-2).

3.3.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

Envanter, geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmış, öz bildirime dayalı ve nicel bir ölçektir (Bernstein ve arkadaşları, 1994). 1994 yılında Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin ilk versiyonu 70 maddeden oluşmaktadır. Daha sonra bu ölçek 54 maddeye indirilmiş ve 1998 yılında ise 28 soruluk bir ölçek haline getirilmiştir. Bu envanter, 1996'da Şar ve arkadaşları doğrultusunda Türkçe'ye çevrilmiş ve 2012'de aynı kişilerce Türkçe versiyonunun uygunluğu, geçerliliği ve güvenilirliği araştırılmıştır. Çalışmamızda 28 maddelik kısa form kullanılmıştır. Bu ölçek, çocukluk çağındaki istismarı ve ihmali değerlendiren 5 alt parametreden oluşmaktadır. Ayrıca, aldatıcı özellikte olan travmanın 3 azımsayıcı maddesini de içermektedir. Elde edilen verilerin düzgün bir biçimde yorumlanabilmesi için aldatıcı sorular bulunmaktadır. 5- likert şeklinde olan ölçeğin cevapları; 1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: kimi zaman, 4: sık olarak, 5: çok sık şeklinde sunulmuştur. Bu envanter travmatik yaşantının altındaki boyutlarının ayrı ayrı puanlarının ve toplam puanlarının hesaplanmasına imkan tanır. Tek tek tüm sorular 1 ve 5 puan alabilecek şekilde hesaplanır ve toplam puana ulaşmak için beş alt türün puanının toplanmasını gerektirir. Ölçeğin puanlaması yapılırken öncelikle olumlu ifadeleri barındıran soruların (2- 5- 7- 13- 19- 26- 28) puanlarının ters çevrilmesi gerekmektedir. Örnek olarak puanlamada bir puanı beş olarak alırız ve iki puanı dört olarak alırız. Olumlu ifade özelliği taşımasına rağmen minimizasyon maddeleri (10, 16, 22) tersine çevrilmez. Bunun nedeni ise üç sorusunda yalnızca travmatik yaşantıyı yoksaydığını bildirmekte ve bütün puana etki etmemektedir. Azımsayıcı üç maddenin hesabını yapabilme amaçlı bu sorulardaki en yüksek puan ele alınır sonra bunların hepsi 1 puan şeklinde alınır toplam puan kabul edilir. Buna göre, bu maddelerden toplanılan puan 0-3 arasında olacaktır. 3-8-14-18-25: Duygusal istismar; 9-11-12-15-17: Fiziksel istismar; 1-4-6-2-26: Fiziksel ihmali; 5- 7- 13- 19- 28: Duygusal istismar; 20- 21- 23- 24- 27 ise cinsel istismar maddelerini kapsamaktadır (Şar ve ark., 2012). Tüm alt ölçeklerin toplam puanı travma toplam puanını vermekte ve bu değer 54-270 arasında bulunmaktadır. Alt ölçeklerde puan aralıkları içermektedir; 12 ve 60 arasındaki puanları duygusal istismarı; 7 ve 35 arasındaki puanlar fiziksel ve cinsel istismarı; 6 ve 80 arasındakiler duygusal ihmali; 8 ve 40 arasındakiler ise fiziksel istismarı içerir. Bütün travma alt parametreleriyle bağlantılı durumlar için Cronbach alfa puanı, güvenilirlik 0,79 ile 0,94 arasında olup ve Gutmann iki yarısından elde edilen güvenilirlik katsayısı ise

0,97'dir (Bernstein ve arkadaşları, 1994; Lundgren ve arkadaşları, 2002) (EK-3).

3.3.4. Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN)

O. Kernberg, klinisyenlere yol gösterici olmak adına nesne ilişkileri çerçevesinde, kişilerin patolojisinin anlaşılmasına ve hastaların işlevsel olma açısından farkındalık sağlayan konfigürasyon hale getirilmiş bir görüşme tekniği niteliğindeki kişilik organizasyonu bakımından yapılabilecek hale getirilen bir form oluşturmuştur. O. Kernberg ve arkadaşları, 1995 yılında kişilik organizasyonu değerlendirmek adına Kişilik Organizasyonu Envanterini (KOREN) geliştirmiştir. Bu envantere, gerçeği değerlendirme, primitif savunmalar ve kimlik dağınıklığını kapsayan üç özellik değerlendirilir. Bu envanterin Türkçe versiyonu için geçerlilik güvenilirlik incelemesi 2020 senesinde Gökçe Ceran Yıldırım ve Serhat Yüksel aracılığıyla yapılmıştır. Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN) 31 maddeli bir ölçektir. Bu ölçek, 5'li likert şeklindedir (1 için Doğru Değil, 2 için Nadiren Doğru, 3 için Bazen Doğru, 4 için Sıklıkla Doğru, 5 için Her Zaman Doğru ifadeleri kullanılmıştır). Ölçeğin üç alt boyutu mevcuttur. Bunlar; ilkel savunmalar, kimlik difüzyonu ve gerçeği değerlendirme yetisidir. Bu envanterin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ilkel savunmalar boyutunda .81, kimlik difüzyonu alt boyutunda .82 ve gerçeği değerlendirme boyutunda .81 bulunmuştur. Toplam Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı ise .92 bulunmuştur (Yıldırım ve arkadaşları, 2021). "Primitif Savunmalar" alt boyutu 5, 7, 9, 12, 13, 15, 19, 22 ve 30 maddeleriyle "Kimlik Difüzyonu" alt boyutu 3, 4, 6, 8, 11, 14, 16, 24, 26 ve 28 maddeleriyle, "Gerçeklik Testi" alt boyutu 1, 2, 10, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 27, 29 ve 31 maddeleriyle ölçülmektedir (EK- 4).

3.3.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

1977 senesinde Rachman aracılığıyla takıntı-zorlantı semptomlarının çeşidini ve yayılımını incelemek amacıyla oluşturulmuştur. 1988 senesinde ise Türkçe uyarlamasındaki geçerlik ve güvenilirlik incelemesini Erol ve Savaşır incelemiştir. Envanterin aslı 30 soru içermektedir ve Türkçe versiyonu için MMPI içerisinden 7 soru daha ilave edilmiştir. Ölçeğin alt boyutları da mevcuttur (kontrol, ruminasyon, yavaşlık, temizlik ve kuşku). Envanter içerisindeki sorular doğru-yanlış olmak üzere işaretlenir. D: 1 ve Y: 0 şeklinde puanlandırılır. Buna göre, ölçekte puan aralığı 0-37 arasındadır ve puan arttıkça OK belirtilerinin artacağı anlamını taşır. Türkçe formundaki güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa .86 bulunmuştur. Alt ölçeklerde ise bu değer .61-.65 arasındadır. Test- tekrar test güvenilirliğinde kat sayısı tüm ölçek için .88 bulunmuştur (EK-5).

3.3.6. Beck Depresyon Envanteri (BDÖ)

Beck (1961) vasıtasıyla geliştirilen, erişkinlerdeki depresiflik seviyesini, depresif belirtilerin şiddetini ve derecesini ölçmeye yarayan bir envantere dir. Sık kullanılan Beck depresyon ölçeğinin 1989 yılında Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik incelemesi Hisli aracılığıyla incelenmiştir. Bu ölçek 21 maddeden oluşur ve kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Cronbach alfa sayısı .80 bulunmuştur. Her madde depresyonla ilgili davranışsal özellik barındırır. Depresyonun ciddiyetine göre her madde 0-3 arası puanları içerir. BDÖ toplam puanı 0-63 arasında değerler barındırır. 0-9 arası alınan puanların anlamı depresif belirtilerin olmadığıdır. 10-16 arası puanlar hafif

depresif belirtileri, 17-24 orta düzey belirtileri, 25 ve üzeri puanlar ise şiddetli depresif belirtilerin olduğunu yansıtır. Ölçeğin amacı depresyon tanısı ortaya çıkartmak değildir, belirtilerin şiddetini somut rakamlarla ölçebilmek ve anlamlandırabilmektir (EK-6).

3.4. Veri Analizi

Değişkenlerin normallik varsayımının karşılanıp karşılanmadığını araştırmak için Kolmogorov - Smirnov Testi incelenerek kontrol edilmiştir ve elde edilen veriler raporlanmıştır. Ölçek puanlarının normallik dağılımına göre ayırım için normal dağılan skorlarda ortalama ve standart sapma, normal dağılmayan gruplarda ortanca ve aralık değerler kullanılmıştır. Çalışmada kategorik değişkenler (cinsiyet, sosyodemografik değişkenler) için sayı ve yüzdeliğine ilişkin raporlamalar yapılmıştır. İki grup karşılaştırması için dağılım durumuna göre Mann Whitney U ya da Students T kullanılmıştır. Korelasyon için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanının etkisinin diğer ölçeklerle olan analizini belirlemek için Stepwise Lineer Regresyon Analizi kullanılmıştır. $P < 0.5$ olması durumunda istatistiksel anlamlılık söz konusudur. Analizler IBM SPSS 26 programıyla yapılmıştır.

4. BULGULAR

Yürütülen analizler bulgular bölümünde, yedi başlık altında sunulmuştur. İlk kısımda; sürekli veriler için yapılan normallik analizine yer verilmiştir. İkinci kısımda; araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine yer verilmiştir. Üçüncü kısımda ise; araştırmada kullanılan ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Dördüncü kısımda; çocukluk çağı travma ölçek toplamının diğer ölçeklerle karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Beşinci kısımda; çocukluk çağı travma ölçek alt türlerinin diğer ölçeklerle karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Altıncı kısımda; hasta grubunda travma düzeyi ile Koren alt ölçek düzeyleri arasındaki korelasyona yer verilmiştir. Son kısımda ise; çocukluk çağı travma ölçeğinin toplam puanın öngörmesi adına diğer değişkenlerin etkisini incelemek adına yapılan regresyon analizine yer verilmiştir.

4.1. Sürekli Veriler İçin Yapılan Normallik Analizi

Tablo 1. Sürekli Değişkenler İçin Normallik Analizi

Sürekli Değişkenler İçin Kolmogrov-Smirnov Testi		
	T	P
Yaş	0,090	0,200
ÇÇTÖ Toplam	0,153	0,001
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	0,209	<0,001
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	0,371	<0,001
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	0,366	<0,001
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	0,155	0,001
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	0,182	<0,001
KOREN Toplam	0,083	0,200
KOREN Primitif Savunmalar	0,104	0,165
KOREN Kimlik Diffüzyonu	0,079	0,200
KOREN Gerçeklik Testi	0,127	0,018
MOKSL Toplam	0,083	0,200

BDÖ Toplam	0,108	0,080
ÇÇTÖ= Çocukluk çağı travma ölçeği, KOREN= Kişilik Organizasyonları Envanteri, MOKSL= Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği		

Yapılan normallik dağılım analizleri sonucunda; yaş ($p= 0,200$), Koren toplam ($p= 0,200$), primitif savunmalar ($p= 0,165$), kimlik diffüzyonu ($p= 0,200$), MOKSL ($p= 0,200$) ve BDÖ ($p= 0,080$) puanlarının normal dağıldığı gözlemlenmiştir. Ölçek puanlarının normallik dağılımına göre ayrımı için normal dağılan skorlarda ortalama değeri ve bu dağılımın normal dağılmayan skorları için de ortanca değeri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için oluşturulan normallik analizi Tablo 1’de sunulmuştur.

4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı İstatistikleri

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	n(%)	Ortalama±SS	Ortanca (Aralık)
Cinsiyet		-	
Kadın	35(58,3)		
Erkek	25(41,7)		
Yaş	-	35,68±10,47	
Eğitim Durumu		-	
12 ve altı yıl	29(48,3)		
>12 yıl	31(51,7)		
Medeni Durum		-	
Evli	30(50,0)		
Bekar	28(46,7)		
Boşanmış	2(3,3)		
Anne Baba Hayatta mı?			
İkisinde hayatta	42(70,0)		
Sadece anne hayatta	8(13,3)		

İkisi de hayatta değil	10(16,7)
Anne-Baba Birlikte mi?	
Birlikte	55(91,7)
Ayrı/Boşanmış	5(8,3)
Anne Eğitim Durumu	
Okumamış	13(21,7)
12 ve altı yıl	38(63,3)
>12 yıl	9(15)
Baba Eğitim Durumu	
Okumamış	4(6,7)
12 ve altı yıl	44(73,3)
>12 yıl	12(20)
Kardeş Sayısı	7(2)
Gelir Düzeyi	
1000-2000	3(5,0)
2000-5000	8(13,3)
5000-10000	30(50,0)
>10.000	19(31,7)
OKB Başlama Yaşı	- 24,85±11,95

Psikiyatrik İlaç Kullanımı		-
Evet	58(96,7)	
Hayır	2(3,3)	
Bedensel Rahatsızlık		-
Evet	4(6,7)	
Hayır	56(93,3)	
Alkol ve Sigara Kullanımı		-
Alkol+Sigara	10(16,7)	
Sigara	19(31,7)	
Yok	31(51,7)	

Araştırmanın örneklemini 18 ile 65 yaş arasındadır ve dışlama ölçütlerini içermeyen 60 yetişkin bireyden oluşmaktadır. Katılımcıların %41,7 'si erkek (N =25) ve %58,3 'ü kadındır (N=35). Katılımcıların yaş ortalaması $35,68 \pm 10,47$ 'dir. Medeni durum değişkenlerine bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin 30'unun (%50,0) evli, 28'inin, (%46,7) bekar, 2'sinin (%3,3) boşanmış olduğu görülmektedir. Katılımcılara öğrenim durumu açısından bakıldığında; 12 yıl ve altı okuyan kişiler 29(%48,3) iken 12 yıl ve üstü öğrenim gören kişiler 31(%51,7) olarak gözlemlenmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin ebeveynlerinin hayatta olup olmadığı incelendiğinde; 42 (%70,0) kişinin ebeveynlerinin ikisi de hayatta olup, sadece annesi hayatta olan kişi sayısı 8(%13,3) iken, iki ebeveynini de kaybeden kişi sayısı 10(%16,7) olarak gözlemlenmiştir. Anne-baba birlikteliğine bakıldığında, 55(%91,7) bireyin ailesi hayatta iken, 5(%8,3) kişinin ise ayrı/boşanmış olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin annelerinin eğitim durumu incelendiğinde 12 yıl ve altı eğitim gören kişiler 38(%63,3) iken, 12 yıl ve üstü öğrenim görenler ise 9(%15) şeklindedir. Ayrıca annesi okumayan kişi sayısı ise 13(%27,7)' dir. Bireylerin babalarının eğitim durumu incelendiğinde, 12 yıl ve altı öğrenim gören kişiler 44(%73,3) iken, 12 yıl ve üstü öğrenim gören kişiler 12(%20) şeklindedir. Okumamış baba durumu ise 4(%6,7) kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin kardeş sayısı incelendiğinde; ortanca değer 7(%2)'dir. Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumları incelendiğinde; 1000-2000 arasında geliri olan kişi sayısı 3(%5,0); 2000-5000 arasında gelir düzeyi olan kişi sayısı 8(%13,3); 5000-10000 arasında gelir düzeyi olan kişi sayısı 30(%50,0) ve 1000 ve üzeri gelir durumu olanların sayısı 19(%31,7) olarak saptanmıştır. Araştırmaya alınan OKB hastalarının, hastalık başlama yaşlarının ortalamasına baktığımızda 24,85 bulunmuştur. Bu kişilerin arasından ilaç kullanımı olanlar 58(%96,7) iken kullanımı olmayan kişiler 2(%3,3)'dir. Sigara, alkol ve madde kullanımları araştırılan katılımcılarda madde kullanan kişi bulunmamakla beraber alkol+sigara kullanan kişiler 10(%16,7); sadece sigara kullananlar 19(%31,7) ve hiçbir maddeyi kullanmayan kişiler 31(%51,7) şeklindedir. Çalışmaya dahil edilen 60 katılımcı hakkındaki açıklayıcı istatistikler Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 3. Araştırmada Kullanılan Ölçek Puanlarına Ait Betimsel Bulgular

	Ortalama±SS	Ortanca(Aralık)	N(Düşük-Yüksek)
ÇÇTÖ Toplam		48,50(78)	30-30
ÇÇTÖ Duygusal İstismar		8(20)	35-25
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar		5(14)	40-20
ÇÇTÖ Cinsel İstismar		5(20)	41-19
ÇÇTÖ Duygusal İhmal		10(20)	33- 27
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal		7(15)	31- 29
KOREN Toplam	93±23,16		
KOREN Primitif Savunmalar	41±7,71		
KOREN Kimlik Diffüzyonu	95±9,10		
KOREN Gerçeklik Testi		20(46)	
MOKSL	21,13±6,97		
BDÖ	38,23±11,57		

ÇÇTÖ= Çocukluk çağı travma ölçeği, KOREN= Kişilik Organizasyonları E Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği

Araştırmada kullanılan ölçek puanlarına ait betimsel bulgular (tablo 3) incelendiğinde ÇÇTÖ ölçeği toplam puanının ortanca değeri 48,50 ve aralık değeri 78, bu ölçeğin alt boyutları detaylandırıldığında duygusal istismar puanının ortanca değeri 8 ve aralık değeri 20, fiziksel istismar puanının ortanca değeri 5 ve aralık değeri 14, cinsel istismar puanının ortanca değeri 5 ve aralık değeri 20, duygusal ihmal puanının ortanca değeri 10 ve aralık değeri 20, fiziksel ihmal puanının ortanca değeri 7 ve aralık değeri 15 olarak tespit edilmiştir. Bunların yanında KOREN ölçeği toplam puanının ortalama değeri 72,93 ve standart sapması 23,16; ölçeğin alt boyutlarını oluşturan primitif savunmalar puanlarının ortalama değeri 21,41 ve standart sapması 7,71, kimlik diffüzyonu puanlarının ortalama değeri 28,95 ve standart sapması 9,10, gerçeklik testi puanlarının ortanca değeri 20 ve aralık değeri 46 olarak saptanmıştır. Bunların yanı sıra MOKSL ölçeği puanlarına ait ortalama değeri 21,13 ve standart sapma değeri 9,10; BDÖ puanlarının ortalama değeri 38,23 ve standart sapma değeri 11,57 olarak tespit edilmiştir. Aynı zamanda tablo 3'te bulunan N değerlerini incelediğimizde; ÇÇTÖ Toplam puanına göre ayrılan örnekleme çocukluk çağı travması düşük olan popülasyonda 30 kişi mevcutken yüksek olan grupta bulunan popülasyon sayısı 30 kişidir. ÇÇTÖ Duygusal istismar alt grubunda düşük düzey kişi sayısı 35, yüksek düzeyde bulunan kişi sayısı ise

25'dir. ÇÇTÖ Fiziksel istismar alt grubundaki düşük düzey kişi sayısı 40 iken yüksek düzey kişi sayısı ise 20'dir. Düşük düzeydeki cinsel istismar grubunda 41 kişi bulunurken yüksek düzeyde kişi sayısı ise 19'dur. ÇÇTÖ Duygusal ihmale göre incelendiğinde, 33 kişi düşük düzey, 27 kişi ise yüksek düzeyde yer almaktadır. ÇÇTÖ Fiziksel ihmal alt grubunda ise 31 kişi düşük düzey grubundayken 29 kişi ise yüksek düzey grubunda yer almaktadır.

4.3. ÇÇTÖ ve Alt Parametrelerinin Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Hastalar ÇÇTÖ toplam puanı ve alt ölçek puanlarına göre sırasıyla ikiye ayrılıp Çocukluk Çağı Travma Düzey Düşük-Yüksek, Duygusal İhmal Düzeyi Düşük-Yüksek, Fiziksel İhmal Düzeyi Düşük-Yüksek, Duygusal İstismar Düzeyi Düşük-Yüksek, Fiziksel İstismar Düzeyi Düşük-Yüksek ve Cinsel İstismar Düzeyi Düşük-Yüksek olarak gruplandırılmıştır. Ölçek puanlarının normallik dağılımına göre ayırım için normal dağılan skorlarda ortalama, normal dağılmayan gruplarda ortanca değerler kullanılmıştır. Sonrasında sosyodemografik değişkenler ve diğer ölçek puanları açısından iki grup arası karşılaştırma analizleri yapılmıştır.

Tablo 4. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Verilerin ÇÇTÖ Puanlarının Düşük-Yüksek Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

	χ^2	P
Yaş (r)	,173	,187
Eğitim Durumu	1,995	,051
Cinsiyet	,069	,793
Anne Eğitim Durumu	1,049	,299
Baba Eğitim Durumu	1,465	,148
Anne Baba Hayatta mı?	3,257	,196
Anne Baba Birlikte mi?	,218	,640

ÇÇTÖ ortanca puanı olan 48,50'ye göre iki gruba ayrılan örneklem sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldığında yaş ($r=0,173$, $p=0,187$), eğitim ($\chi^2=1,995$, $p=0,051$), cinsiyet ($\chi^2=0,069$, $p=0,793$), medeni durum ($\chi^2=0,276$, $p=0,871$), anne eğitim durumu ($\chi^2=1,049$, $p=0,299$), baba eğitim durumu ($\chi^2=1,465$, $p=0,148$), anne babanın hayatta olup olmaması ($\chi^2=3,257$, $p=0,196$), anne babanın birlikte olup olmaması ($\chi^2=0,218$, $p=0,640$) açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Araştırmada kullanılan ölçek puanları hakkındaki açıklayıcı istatistikler Tablo 3'te, sunulan karşılaştırma analizine ait bulgular Tablo 4'te gösterilmiştir.

4.4. ÇÇTÖ Toplam Puanına Göre Ayrılan İki Grubun (Düşük-Yüksek Düzey) MOKSL, BDÖ ve KORENE Ait Değerler ile Karşılaştırılması

Tablo 5. ÇÇTÖ Toplam Puanına Göre İki Gruba Ayrılan Örneklem KORENE Ait Değerler ile Karşılaştırılması

	T	P	Z	P
KOREN Ps	-1,505	0,138		
KOREN Kd	-0,691	0,492		
KOREN Gt			-1,140	0,254
KOREN Top	-1,370	0,176		
MOKSL	0,664	0,510		
BDÖ	-2,087	0,042		

KOREN= Kişilik Organizasyonları Envanteri, KOREN Ps= KOREN Primitif Savunmalar, KOREN Kd= KOREN Kimlik Difüzyonu, KOREN Gt= KOREN Gerçeklik Testi, KOREN TOP= KOREN Toplam Puanı, MOKSL= Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği

Verilerin normal dağılım durumlarına göre, normal dağılan değişkenler için Student-T, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

ÇÇTÖ Toplam puanına göre iki gruba ayırdığımız örneklem (düşük-yüksek düzey) ile KOREN Ps (p= 0,138) ile karşılaştırdığımızda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

ÇÇTÖ Toplam puanına göre iki gruba ayırdığımız örneklem (düşük-yüksek düzey) ile KOREN Kd (p= 0,492) karşılaştırdığımızda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

ÇÇTÖ Toplam puanına göre iki gruba ayırdığımız örneklem (düşük-yüksek düzey) ile KOREN Gt (p= 0,254) karşılaştırdığımızda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

ÇÇTÖ Toplam puanına göre iki gruba ayırdığımız örneklem (düşük-yüksek düzey) ile KOREN Toplam (p= 0,176) karşılaştırdığımızda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

ÇÇTÖ Toplam puanına göre iki gruba ayırdığımız örneklem (düşük-yüksek düzey) ile MOKSL (p= 0,510) karşılaştırdığımızda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travma düzeyleri depresyon seviyeleri ile karşılaştırıldığında, çocukluk çağı travma düzeyi yüksek olan grupta depresyon seviyesi düşük olan düzeye göre daha yüksek çıkmıştır (p= 0,042).

Tüm bu karşılaştırmalar sonucuna bakıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanan tek ölçek türü BDÖ olmuştur. ÇÇTÖ toplam puanına göre iki gruba ayrılan örneklemin Koren ölçeğine ait değerler ile karşılaştırılması Tablo 5' te sunulmuştur.

4.5. Çocukluk Çağı Travma Ölçek Alt Türlerinin KOREN, MOKSL ve BDÖ Ölçekleriyle Karşılaştırılması

Çocukluk çağı travması parametreleri duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve istismar ve cinsel istismar olarak sınıflandırılmaktadır. Her bir alt ölçek teker teker diğer ölçeklerle karşılaştırılmıştır. Alt ölçeklerin sosyodemografik açıdan karşılaştırılması da yapılmıştır. Duygusal ihmal alt ölçeğine göre ikiye ayrılan örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ açısından karşılaştırılması Tablo 6'te sunulmuştur. Duygusal istismar alt ölçeğine göre ikiye ayrılan örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ açısından karşılaştırılması Tablo 7'da gösterilmiştir. Fiziksel ihmal alt ölçeğine göre ikiye ayrılan örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ açısından karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir. Fiziksel istismar alt ölçeğine göre ikiye ayrılan örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ açısından karşılaştırılması Tablo 9' de sunulmuştur. Cinsel istismar alt ölçeğine göre ikiye ayrılan örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ açısından karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Duygusal İhmal Alt Ölçeğine Göre İkiye Ayrılan Örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ Açısından Karşılaştırılması

	T	P	Z	P
KOREN Primitif Savunmalar	-0,560	0,578		
KOREN Kimlik Difüzyonu	0,699	0,487		
KOREN Gerçeklik Testi			-0,089	0,929
KOREN Top	-0,064	0,949		
MOKSL	2,049	0,045		
BDÖ	-0,573	0,569		

KOREN= Kişilik Organizasyonları Envanteri, KOREN TOP= KOREN Toplam Puanı, MOKSL= Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği

Verilerin normal dağılım durumlarına göre, normal dağılan değişkenler için Student-T, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 6 incelendiğinde, duygusal ihmal alt türü, KOREN toplam (p=0,949), KOREN Kd (p=0,487) ve KOREN Gt (p=0,929) ile karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Duygusal ihmal düzeyi BDÖ (p=0,569) ile karşılaştırıldığında yine anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Duygusal ihmal düzeyi düşük olan grupta OKB düzeyi (p=0,045) daha yüksek olarak saptanmıştır.

Hastalar duygusal ihmal düzeyine göre ortanca (10) iki gruba ayrılmıştır. Verilerin sosyodemografik açıdan karşılaştırılabilmesi için yapılan ki kare ve spearman analizine göre iki gruba ayrılan örneklemin çıkan sonuçları incelendiğinde, cinsiyet ($\chi^2=0,017$, p=0,895), yaş (r = 0,106, p=0,421), eğitim durumu ($\chi^2 = 1,403$, p=0,166), medeni durum ($\chi^2=2,771$, p=0,250), anne eğitimi ($\chi^2 = 1,185$, p=0,241), baba eğitimi ($\chi^2 = 1,750$, p=0,085), anne babanın hayatta olup olmaması ($\chi^2=0,260$, p=0,878), anne babanın birlikte olup olmaması ($\chi^2=0,496$, p=0,481) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tablo 7. Duygusal İstismar Alt Ölçeğine Göre İkiye Ayrılan Örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ Açısından Karşılaştırılması

	T	P	Z	P
KOREN Ps	-1,966	0,054		
KOREN Kd	-1,549	0,127		
KOREN Gt			-0,270	0,787
KOREN Top	-1,587	0,118		
MOKSL	-0,473	0,638		
BDÖ	-2,650	0,011		

KOREN= Kişilik Organizasyonları Envanteri, KOREN Ps= KOREN Primitif Savunmalar, KOREN Kd= KOREN Kimlik Difüzyonu, KOREN Gt= KOREN Gerçeklik Testi, KOREN TOP= KOREN Toplam Puanı, MOKSL= Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği

Verilerin normal dağılım durumlarına göre, normal dağılan değişkenler için Student-T, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 7'ye göre duygusal istismar alt türü, KOREN toplam (p=0,118), KOREN Kd (p=0,127) ve KOREN Gt (p=0,787) ile karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aynı şekilde, MOKSL (p=0,045) ile karşılaştığımızda

istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Duygusal istismar düzeyi yüksek olan grupta depresyon düzeyi ($p=0,011$) daha yüksektir. Primitif savunma düzeyi ($p=0,054$) ise sınırdan anlamlılık ile daha yüksektir.

Hastalar duygusal istismar düzeyine göre ortanca (8) üzerinden iki gruba ayrılmıştır. Verilerin sosyodemografik açıdan karşılaştırılabilmesi için yapılan ki kare ve spearman analizine göre iki gruba ayrılan örneklemin çıkan sonuçları incelendiğinde, cinsiyet ($\chi^2=0,049$, $p=0,825$), yaş ($r=0,053$, $p=0,688$), eğitim durumu ($\chi^2 =1,250$, $p=0,216$), medeni durum ($\chi^2=0,108$, $p=0,948$), anne eğitimi ($\chi^2 =0,682$, $p=0,498$), baba eğitimi ($\chi^2 =0,920$, $p=0,361$), anne babanın hayatta olup olmaması ($\chi^2=0,264$, $p=0,876$), anne babanın birlikte olup olmaması ($\chi^2=0,006$, $p=0,937$) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tablo 8. Fiziksel İhmal Alt Ölçeğine Göre İkiye Ayrılan Örneklemin KOREN, MOKSL ve BDÖ Açısından Karşılaştırılması

	T	P	Z	P
KOREN Ps	0,069	0,945		
KOREN Kd	0,212	0,833		
KOREN Gt			-1,526	0,127
KOREN Top	-0,531	0,597		
MOKSL	1,415	0,162		
BDÖ	-1,261	0,212		

KOREN= Kişilik Organizasyonları Envanteri, KOREN Ps= KOREN Primitif Savunmalar, KOREN Kd= KOREN Kimlik Difüzyonu, KOREN Gt= KOREN Gerçeklik Testi, KOREN TOP= KOREN Toplam Puanı, MOKSL= Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği

Verilerin normal dağılım durumlarına göre, normal dağılan değişkenler için Student-T, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 8 incelendiğinde, fiziksel ihmal alt türü ile KOREN Toplam ($p=0,597$) ve KOREN alt grupları (ps: $p=0,945$, kd: $p=0,833$, gt: $p=0,127$) karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Fiziksel ihmal ile MOKSL ($p=0,162$) ve BDÖ ($p=0,212$) karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hastalar fiziksel ihmal düzeyine göre ortanca (7) üzerinden iki gruba ayrılmıştır. Verilerin sosyodemografik açıdan karşılaştırılabilmesi için yapılan ki kare ve spearman analizine göre iki gruba ayrılan örneklemin çıkan sonuçları incelendiğinde, cinsiyet ($\chi^2=0,002$, $p=0,965$), yaş ($r=0,200$, $p=0,126$), eğitim durumu ($\chi^2 =2,434$, $p=0,18$), medeni durum ($\chi^2=1,754$, $p=0,416$), anne eğitim ($\chi^2 =1,639$, $p=0,107$), baba eğitim ($\chi^2 =1,903$,

p=0,62), anne babanın hayatta olup olmaması ($\chi^2=1,692$, p=0,429), anne babanın birlikte olup olmaması ($\chi^2=0,152$, p=0,697) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tablo 9. Fiziksel İstismar Alt Ölçeğine Göre İkiye Ayrılan Örneklem KOREN, MOKSL ve BDÖ Açısından Karşılaştırılması

	T	P	Z	P
KOREN PS	-1,346	0,184		
KOREN KD	-0,538	0,593		
KOREN GT			-0,236	0,814
KOREN Toplam	-0,853	0,397		
MOKSL	0,338	0,737		
BDÖ	-1,657	0,109		

KOREN= Kişilik Organizasyonları Envanteri, KOREN Ps= KOREN Primitif Savunmalar, KOREN Kd= KOREN Kimlik Difüzyonu, KOREN Gt= KOREN Gerçeklik Testi, KOREN TOP= KOREN Toplam Puanı, MOKSL= Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği

Verilerin normal dağılım durumlarına göre, normal dağılım gösteren değişkenler için Student-T, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Fiziksel istismar ve Koren Toplam (p=0,397), Koren primitif savunmalar (p=0,184), Koren gerçeklik testi (p=0,814), Koren kimlik difüzyonu (p=0,593), MOKSL (p=0,737) ve BDÖ (p=0,109) karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Verilerin sosyodemografik açıdan karşılaştırılabilmesi için yapılan ki kare ve spearman analizine göre iki gruba ayrılan örneklem çıkan sonuçları incelendiğinde, hastalar fiziksel istismar düzeyine göre ortanca (5) üzerinden iki gruba ayrılmıştır. Cinsiyet ($\chi^2=0,137$, p=0,711), yaş ($\chi^2=0,111$, p=0,400), eğitim durumu ($\chi^2=1,209$, p=0,232), medeni durum ($\chi^2=0,268$, p=0,875), anne eğitimi ($\chi^2=0,301$, p=0,795), baba eğitimi ($\chi^2=0,961$, p=0,340), anne babanın hayatta olup olmaması ($\chi^2=1,629$, p=0,443), anne babanın birlikte olup olmaması ($\chi^2=0,109$, p=0,741) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tablo 10. Cinsel İstismar Alt Ölçeğine Göre İkiye Ayrılan Örneklem KOREN, MOKSL ve BDÖ Açısından Karşılaştırılması

	T	P	Z	P
--	---	---	---	---

KOREN Ps	-1,683	0,098
KOREN Kd	-1,254	0,215
KOREN Gt		-0,517 0,605
KOREN Top	-1,467	0,148
MOKSL	-0,652	0,517
BDÖ	-1,905	0,067

KOREN= Kişilik Organizasyonları Envanteri, KOREN Ps= KOREN Primitif Savunmalar, KOREN Kd= KOREN Kimlik Difüzyonu, KOREN Gt= KOREN Gerçeklik Testi, KOREN TOP= KOREN Toplam Puanı, MOKSL= Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği

Verilerin normal dağılım durumlarına göre, normal dağılan değişkenler için Student-T, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Cinsel istismar ile Koren Toplam ($p=0,148$), Koren primitif savunmalar ($p=0,098$), Koren gerçeklik testi ($p=0,605$), Koren kimlik difüzyonu ($p=0,215$), MOKSL ($p=0,517$) ve BDÖ ($p=0,067$) karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Verilerin sosyodemografik açıdan karşılaştırılabilmesi için yapılan ki kare ve spearman analizine göre iki gruba ayrılan örneklemin çıkan sonuçları incelendiğinde, hastalar cinsel istismar düzeyine göre ortanca üzerinde (5) iki gruba ayrılmıştır. Cinsiyet ($\chi^2=0,372$, $p=0,542$), yaş ($\chi^2 =0,196$, $p=0,133$), eğitim durumu ($\chi^2 =1,016$, $p=0,314$), medeni durum ($\chi^2=0,352$, $p=0,839$), anne eğitimi ($\chi^2 =0,546$, $p=0,587$), baba eğitimi ($t=0,280$, $p=0,780$), anne babanın hayatta olup olmaması ($\chi^2=0,633$, $p=0,729$), anne babanın birlikte olup olmaması ($\chi^2=0,175$, $p=0,676$) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir.

4.6. Hasta Grubunda Travma Düzeyi ile KOREN Alt Ölçek Düzeyleri Arasındaki Korelasyon

Tablo 11. Hasta Grubunda Travma Düzeyi ile KOREN Alt Ölçek Düzeyleri Arasındaki Korelasyon

	Duygusal İhmal	Duygusal İstismar	Fiziksel İhmal	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	ÇÇTÖ Toplamı
Primitif Savunmalar	R=0,062 P=0,640	R=0,156 P=0,235	R=-0,026 P=0,843	R=0,152 P=0,247	R=0,240 P=0,065	R=0,163 P=0,213

Kimlik Diffüzyonu	R=-0,039 P=0,769	R=0,133 P=0,311	R=-0,061 P=0,643	R=0,141 P=0,283	R=0,185 P=0,158	R=0,085 P=0,520
Gerçeklik Testi	R=0,152 P=0,246	R=-0,015 P=0,907	R=0,176 P=0,179	R=-0,004 P=0,973	R=0,116 P=0,378	R=0,123 P=0,351
KOREN Toplam	R=0,057 P=0,677	R=0,086 P=0,514	R=0,017 P=0,897	R=0,091 P=0,490	R=0,192 P=0,141	R=0,129 P=0,328

OKB düzeyi ile çocukluk çağı travma ve KOREN puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde ise duygusal istismar ($r=0,057$, $p=0,677$), fiziksel istismar ($r=0,091$, $p=0,490$), fiziksel ihmal ($r=0,017$, $p=0,897$), cinsel istismar düzeyi ($r=0,192$, $p=0,141$) ve bütün travma düzeyleri ($r=0,129$, $p=0,328$) arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiş olup duygusal ihmal düzeyi ile MOKSL seviyesi arasında negatif yönde ilişki gözlenmiştir ($r=-0,332$, $p=0,009$). Hasta grubunda travma düzeyi ile KOREN alt ölçek düzeyleri arasındaki korelasyon Tablo 11’de sunulmuştur.

Bulgularımıza ek olarak incelenen sonuca göre, KOREN açısından ise MOKSL düzeyi ile toplam ($r=0,469$, $p<0,001$) ve de primitif savunmalar ($r=0,386$, $p=0,002$), kimlik difüzyonu ($r=0,522$, $p<0,001$), gerçeklik testi ($r=0,326$, $p=0,011$) anlamlı olarak pozitif korelasyon göstermiştir.

4.7. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin Toplam Puanının KOREN, MOKSL ve BDÖ ile Regresyon Analizi

Tablo 12. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin Toplam Puanının KOREN, MOKSL ve BDÖ Ölçekleriyle Olan Regresyon Analizi

	B	Beta	T	P
MOKSL	-0,690	-0,314	-2,158	0,035
BDÖ	0,677	0,512	3,519	0,001

MOKSL= Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği

Stepwise linear regresyon analizinde analize KOREN’in alt ölçekleri, MOKSL ve BDÖ dahil edilmiş olup elde edilen modelde MOKSL ve BDÖ yer almıştır ($F=6,213$, $p=0,004$). Modelde ÇÇTÖ Toplam puanını yordayan en önemli iki değişkenin MOKSL ve BDÖ olmasıyla beraber SPSS modeli varyansa bu önemli değişkenleri katmış olup yeterli etkisi olmayan değişkenleri hesaba katmamıştır. Buna göre oluşturulan model varyansın %15’inin açıklamaktadır. Çocukluk çağı travma ölçeğinin toplam puanının

KOREN, MOKSL ve BDÖ ölçekleriyle olan regresyon analizi Tablo 12 içerisinde gösterilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, OKB tanısı almış kişilerin çocukluk dönemi travmatik deneyim düzeylerinin ve çocukluk dönemi travma diğer parametrelerinin OKB seviyeleri açısından incelenmesi ve aynı zamanda psikodinamik açıdan değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Çocukluk çağı travmasının beş alt grubu vardır. Bunlar, duygusal ihmal ve istismar, fiziksel ihmal ve istismar ve cinsel istismardır. Psikodinamik açıdan ele alınırken Otto Kernberg ve arkadaşlarının klinisyenlere yol gösterici özellikte olan, kişilik örgütlenmesini değerlendirmeyi sağlayan Kişilik Organizasyonları Envanteri (KOREN) kullanılmıştır. Böylece OKB hastalarının çocukluk çağı travma düzeylerinin ve alt parametrelerinin düzeylerinin; ölçeğin üç alt boyutu olan ilkel psikolojik savunmalar, gerçeği değerlendirme yetisi ve kimlik difüzyonu boyutlarına göre nasıl farklılaştığının araştırılıp anlaşılması hedeflenmiştir.

5.1. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Bulguların Tartışılması

Yapılan analizler sonucunda, sosyodemografik değişkenlerinin geneline baktığımızda çocukluk çağı travma düzeyleri, çocukluk dönemi travma alt boyutlarının seviyeleri ve OKB seviyeleri açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızdaki bu bulgu literatür incelendiğinde meslek, cinsiyet, medeni durum, eğitim gibi sosyodemografik özelliklerin anlamsız ilişkilerin saptandığı araştırma ile benzer niteliktedir (Özer, 2015).

Araştırmalar sosyodemografik özelliklere göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) cinsiyet temelli yaygınlığını incelediğinde, kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğünü gösteren çalışmaların yanı sıra (Brakoulis ve ark., 2018 ve Alonso ve ark., 2008), erkeklerde ve kadınlarda eşit oranda görülebilen bir bozukluk olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Karno ve ark., 1988). Ülkemizde Lapsekili ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada, OKB hastalığı olan kişilerde cinsiyet bakımından bir ayırım saptamamışlardır (Lapsekili ve ark., 2010). Diğer bir çalışmada ise, OKB hasta ve kontrol grubu incelenmiş olup cinsiyet bakımından farklılık saptanmamıştır (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006). Bizim araştırmamızda da yapılan analiz sonucu elde edilen bulgularda hipotezimizi desteklemeyecek şekilde, cinsiyet değişkeninin çocukluk çağı travma düzeylerinin, çocukluk çağı alt boyutlarının düzeylerinin OKB düzeyleriyle bağlantısı araştırıldığında cinsiyet faktöründen elde edilen skorlarının açıklayıcı nitelikte bir faktör olmadığı tespit edilmiştir. Bulgumuz, erkeklerde yüksek oranda çocukluk dönemi travması ve fiziksel istismar yaşantısı olduğunu bildiren çalışmalar (Adjorlolo ve ark., 2016; Elklit, 2002) ve kadınların deneyimlerinde yüksek oranda cinsel istismar yaşantısı olduğunu bildiren (Elklit, 2002) çalışmalarla uyumsuzdur. Ulaşılan bulgular alanyazınlarda daha detaylı incelendiğinde, kadın hasta grubunun erkek hastalara göre daha çok takıntı-zorlantı bozukluk tanısı ve belirtileri gösterdiğini savunan Deniz ve arkadaşları (2005) ve Akpınar (2014) bulgularıyla uyumsuz; kadın ve erkeklerin arasında bir fark olmadığını saptayan Özer (2015) ve Alsancak (2016) ile uyumludur. Elde edilen bulgular ve literatür arasındaki farklılığın, örneklemin cinsiyete göre dağılımında erkek popülasyonunun az olmasının ve toplam popülasyon sayısının kısıtlı olmasının neden olabileceği düşünülmüştür.

Hipotezimize ters yönde, araştırmamızın sonucunda, duygusal ihmal ve istismar, fiziksel ihmal ve istismar ve cinsel istismar düzeyi yüksek veya düşük olan OKB tanılı

hastaların sosyodemografik açıdan anlamlı bir değişken olmadığı tespit edilmiştir. Cinsiyet temelli alan yazıların ışığında, bazı literatür çalışmalarında, cinsiyetin istismar ve ihmal yaşantılarında etkili parametreler olduğunu savunmuştur. Türkkan ve Odacı'nın (2018) yapmış oldukları çalışmada, erkek çocuklarının toplum ve ailenin göstermiş olduğu ilgi sonucunda daha hareketli ve özgür olmaya eğilimli olmalarından şiddet ve istismar davranışlarını deneyimlemeye daha yatkın olduğu belirtilmiştir. Kız çocuklarının cinsiyet kalıplarına uymalarının beklenmesi üzerine istismar ve ihmal yaşantı deneyimi olasılıklarının olduğunu vurgulamışlardır (Türkkan ve Odacı, 2018). Çalışmamız, Türkkan ve Odacı'nın (2018) yapmış olduğu çalışma ile uyumsuzdur. Araştırmamızın bulgusu, cinsiyetin ihmal ve istismar yaşantılarının bir parametresi olmadığı sonucuna varan Berber-Çelik (2010), Olsson ve arkadaşları (2000) ve Çavuşoğlu (2020) çalışmaları ile uyumludur. Hipotezlerimizin oluşturulmasında, toplumumuzun değer yapıları dikkate alınmıştır. Bu doğrultuda, toplum temelli bir yaklaşım benimseyerek yaptığımız araştırmalar, cinsel ve duygusal istismarın kadınlarda daha sık görülebileceği, fiziksel istismar ve ihmalin ise erkeklerde daha sık görülebileceği sonucuna ulaşmamızı sağlamıştır. Çalışmada OKB hastalarının çocukluk dönemi travmatik deneyimleri ve kadın-erkek farklılığı açısından anlamlı ayırım bulunmamasının nedeninin kısıtlı katılımcı sayısı, kadın- erkek hasta sayısının eşit olmaması ve ihmal ve istismar gibi ağır sonuçları olan yaşam deneyimleyen kişilerin hassas sorulara içtenlikle cevap vermemesinin olabileceği düşünülmüştür.

Sosyodemografik veriler arasında incelenen medeni durum, hastalığı etkileme durumunda farklı sonuçlar ortaya koymaktadır (Karno ve ark., 1988). Bir çalışmaya göre medeni durum hastalığın gidişatının belirleyici bir etkeni olarak yordanmasa da evliliğin remisyon ihtimalini arttıracaklarını belirtmiştir (Stekete ve Eiese, 1999). OKB tanısı konan 250 kişinin medeni durumu incelendiğinde, bu kişilerin %43'ünün bekar, %52 oranında evli ve %5 oranında ise ayrılmış olduğu belirtilmiştir (Insel, 1990). Beşiroğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da medeni durumun hasta grubu ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı saptanmıştır (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006). Araştırmamızda, 30 kişi evli, 28 kişi bekar ve 2 kişi boşanmıştır. Araştırmamızın sonucuna göre, medeni durum değişkeni, çocukluk çağı travma düzeyleri, travma alt parametre düzeyleri ve OKB ile anlamlı bir ilişkiye sahip değildir.

Çocukluk dönemi travması ve yaş arasında olan bağlantı incelendiğinde, toplam ÇÇT düzeyi ve ÇÇT alt parametreleri ile yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde ÇÇT ve yaş arasında korelasyonun saptanamadığı bulgusu literatürlerde mevcuttur (Sarıçamlık, 2020 ve Uçar, 2022). Bulgularımız bu araştırmalar ile desteklenmektedir. Anlamlı bir fark bulunamamasının bir sebebinin katılımcı sayısının azlığı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda OKB, yaşa bağlı olarak ortaya çıkmaz veya daha az yaygın değildir. OKB, genellikle genç erişkinlik döneminde başlar ve yaşlılıkta ortadan kalkabilir veya azalabilir. Bu nedenle, yaşın OKB ile doğrudan ilişkili olmaması muhtemeldir.

Çalışmamızda OKB hastalarının eğitim durumları %48,3 12 yıl altı, %51,7 12 yıl ve üstü okuma şeklindedir. Lapsekili ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, ortaöğrenim ve üzerine sahip kişiler %82 oranındadır (Lapsekili ve ark., 2010). Çalışmamızda eğitim düzeyleri ve ÇÇT düzeyi ve alt boyutlarının seviyeleri bakımından açıklayıcı farklılıklara saptanmamıştır. Literatürde bu durum farklı şekillerde tartışılmıştır. Aydın (2018) tarafından yapılan araştırmada, ÇÇT, duygusal istismar ve

ihmal, fiziksel ihmal ve cinsel istismar düzeyleri ile eğitim durumu farklılaşmaktadır. Eğitim düzeylerindeki artış puanların düşmesine neden olmaktadır. Bulgularımızın desteklendiği, ilişki saptanamayan çalışmalarda mevcuttur (Uçar, 2022 ve Özer, 2015). Bulgularımızda anlamlı bir sonuç elde edilememesinin en önemli nedeninin katılımcı sayısının yeterince büyük olmamasıdır. OKB gibi bir ruh sağlığı sorunu, sosyoekonomik durum, genetik faktörler, çevresel faktörler ve diğer faktörler gibi çeşitli faktörlerden etkilenir. Bu faktörlerin hepsi, eğitim düzeyiyle olan ilişkiyi etkileyebilir. Sonuç olarak, OKB hastaları arasındaki eğitim seviyesi ile ilişki arasındaki herhangi bir sonucun kesinlikle yorumlanmadan önce daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Araştırmamızda anne-baba eğitimi ve OKB, ÇÇT ve ÇÇT parametrelerinin seviyeleri bakımından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sarıçamlık (2020)'e göre, çocukluk çağı travmalarının anne eğitimi ile ilişkili olduğu, baba eğitimi ile anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bunun aksini bulan araştırmalarda mevcuttur (Zeren ve ark., 2012). Literatüre katkı amacıyla sorulan sorularımızda ulaştığımız sonucu destekleyici ya da çürütücü yeterince kaynak bulunmamaktadır. İlerideki araştırmalarda bunun göz önüne alınması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda ebeveyn birlikteliği incelendiğinde %91,7'sinin birlikte olduğu, %8,3'ünün ayrı/boşanmış olduğu bulgularına ulaşılmıştır. Ölmez (2020) tarafından yapılan araştırmada, ebeveynlerin birliktelik oranı %91,7 ve ayrı/boşanmış olma oranı %8,3 bulunmuştur. Araştırmamızda bulunan değerler verilen örnekteki değerler ile aynıdır. Bu araştırmada, anlamlı bir fark bulunamamıştır ve araştırmamızın bulgusunu desteklemektedir. Bulgularımızı desteklemeyen araştırmalarda bulunmaktadır. Örneğin; Çavuşoğlu (2020) tarafından yapılan araştırmada anne-babanın ayrı olmasının ihmal ve istismar puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Özellikle ihmal yaşantısının etkisi ile anlamlı bulunmuştur. Anne ve babanın ayrı olmasının çocuğun kontrol mekanizmasına olumsuz etkisi söz konusu olup, ihmal ve istismar için çocuğu hedef haline getirmektedir (Bulut, 1996).

Bayar ve Yavuz (2008)'e göre, ebeveyn kaybı OKB'yi tetiklemektedir. Aydın (2018) tarafından yapılan araştırmaya göre, annesini kaybeden kişilerde ÇÇT düzeyleri, duygusal ihmal, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal skorları anlamlı düzeyde yüksektir. Babasını kaybeden kişilerde ise, fiziksel istismar ve ihmal puanları anlamlı düzeyde babası yaşayanlara göre yüksektir. Aslan ve Alpaslan (1999) tarafından yapılan araştırmaya göre, anne ve babasını kaybedenlerin duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar düzeyleri ebeveynleri hayatta olanlara göre yüksektir. Bülbül ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan araştırmada, sadece fiziksel ihmal yaşantısı yüksek olup, diğer alt boyutlarda anlamlı bilgiler saptanmamıştır. Bizim araştırmamızda da anne-baba kaybı ve OKB, ÇÇT ve ÇÇT parametrelerinin düzeyleri ile açıklayıcı ilişki saptanmamıştır. Literatür ışığında bu değişkenin çalışması çok kısıtlıdır ve ileriki çalışmalar için bu değişkenin dahil edilmesi gerektiği önerilmektedir.

5.2. Çocukluk Çağı Travma Düzeylerinin OKB Düzeyleri, Depresyon Düzeyleri ve Kişilik Organizasyonu İle İlişkisinin İncelenmesi

Araştırmalar, Obsesif-Kompulsif Bozukluğun (OKB) düzeyi ve alt parametreleri ile travma ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi gözlemlemiştir. Bazı çalışmalar çocukluk çağı travmalarının OKB ile ilişkisini savunurken, bazıları ilişkinin olmadığını, bazıları da

dolaylı ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Dolaylı ilişkinin olduğunu belirten araştırmalardan biri, Carpenter ve Cheung Chung (2011) tarafından yürütülmüştür. Bu çalışmada, OKB tanısı alan 82 kişi ve 92 kişiden oluşan kontrol popülasyonu incelenmiştir. Çalışma, OKB düzeyleri ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye bakarken aleksitimi ve bağlanma biçimi gibi diğer değişkenleri de ele almıştır. Sonuçlarına göre, OKB ve çocukluk çağı travmasının doğrudan ilişkili olmadığı, ancak bağlanma biçimi ve aleksitimi ile dolaylı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları ile kaçınmacı bağlanma durumu arasında bir ilişki bulunmuştur ve bu nedenle OKB ile ilişkilendirilebilmiştir.

Başka bir araştırmada, çocukluk çağı travmaları, OKB ve Trikotillomani değişkenleri ile ilişkilendirilmiş OKB tanısı konmuş kadınlar ve kontrol grubu arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Araştırmanın sonuçları, OKB ve Trikotillomani görülmesinde farklı faktörlerin etkili olabileceğini göstermektedir (Lochner ve ark., 2002).

Kıvılcım (2015) tarafından yapılan bir araştırmada, 25 OKB hastası ve 25 kontrol grubu ile çalışılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olan hastaların çocukluk çağı travma ve alt parametre düzeyleri, sağlıklı bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Özer (2015) tarafından yapılan çalışmada, tanı almış 34 OKB hastası ile çalışılmıştır. OKB hastalarında çocukluk çağı travma düzeyleri incelenmiştir. Araştırma bulgusuna göre, OKB ve alt parametrelerinin, ÇÇT düzeyleri ve alt gruplarının düzeyleriyle istatistiksel açıdan bir korelasyonu olmadığı saptanmıştır.

Bu araştırma içerisinde yapılan korelasyon analizi sonucunda, çocukluk çağı travma düzeyleri ve OKB düzeyleri açısından anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Araştırmalar literatürde OKB tanılı hastalar ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkileri incelemiştir. Bu araştırmaların birçoğunda, OKB ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aynı şekilde, Grabe ve arkadaşları (2008) ile Briggs ve Price (2009) tarafından yapılan araştırmalar, kontrol grubundaki bireylerde OKB ve çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki olmadığını savunmaktadır. Araştırmaya katılanların OKB ve alt parametreleri ile ÇÇT ve alt parametreleri gözlemlenirken, diğer faktörler de hesaba katılarak başka incelemelerle kuvvetlendirilebilir. Araştırmamıza katılan hastaların çoğunun uzun senelerdir ilaç tedavisi aldığı ve bu nedenle OK belirtilerinin düşebileceği, hassas soruların yanıtlanmasının zor olabileceği ve popülasyonun kısıtlı olması nedeniyle çocukluk çağı travma düzeyleri ile OKB arasında bir ilişki tespit edilemediği düşünülmektedir.

Lochner ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan araştırmada “Çocukluk Çağı Travma Ölçeği” puanları incelendiğinde, OKB tanısı alan kadınların duygusal ihmal alt boyutunun yüksek çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.

Matthews, Kaur ve Stein (2007), tarafından yapılan araştırmada, çocukluk çağı travma alt düzeyleri ve OKB belirtileri ele alınmıştır. Çocukluk çağı travmasının birçok patolojik bozukluk ortaya çıkardığı öne sürülmüştür. Bunlar; duygu durumu, kaygı, yeme bozuklukları ve kişilik bozukluklarıdır. Çalışmada 938 öğrencinin karakter yapıları, ÇÇT ve obsesif kompulsif düzeyleri arasındaki korelasyon incelenmiştir. Kişilerin %30'unun çocukluk dönemlerinde travmalar yaşadığı tespit edilmiştir. Bu travmalar arasında

özellikle duygusal ihmal en yüksek oranda gözlenmiştir. ÇÇT ve OKB açısından sınırdan anlamlılık belirten bir korelasyon saptanmıştır. Fiziksel ve duygusal ihmal alt boyutlarının puanlarının ilişkide özellikle önemli olduğu vurgulanmıştır. Duygusal ve fiziksel istismar ise bağımsız olarak ilişkilendirilmiştir.

Çalışkan (2021) tarafından yürütülen araştırmada, Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT) alt boyutlarının Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ile olan ilişkisi incelenmiştir. Duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile obsesif kompulsif bozukluk bakımından düşük düzeyde korelasyonun varlığı, cinsel ve fiziksel istismar ve duygusal ihmal alt boyutlarının OKB seviyesi ile herhangi ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Duygusal ihmal ve istismar yaşantısının OKB ile ilişkisi olmadığını savunan çalışmalarda mevcuttur (Kirkham ve ark., 2022). Özer (2015) tarafından yapılan çalışma araştırmamızı destekler nitelikte çocukluk çağı travma alt boyutlarının OKB ile ilişkisi olmadığını saptamıştır.

Çalışmamızda OKB düzeyi ile duygusal ihmal düzeyi arasındaki ters korelasyon dışında iki fenomen arasında başka anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Bu bulgu literatürde bir ilk olma niteliğine sahiptir. Yukarıda belirtilen çalışmalarda ya bir ilişki saptanmamış ya da pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Bu durum hastaların hali hazırda ilaç tedavisi alıyor olmaları nedeniyle OKB belirti düzeylerinin düşük olmasına yol açıyor olabilir. Bir diğer açıklama ise şu olabilir, eğer travmayı bir spektrum olarak düşünür en ağır uca cinsel istismar ve en hafif uca duygusal ihmali eklersek aynı zamanda nevrotik bozuklukları bir spektrum üzerinde ele alıp OKB'nin diğer nevrotik bozukluklardan daha ağır bir psikopatoloji olması nedeniyle nevrotik spektrumun ağır ucuna yerleştirirsek ihmal ile OKB semptom düzeyi arasındaki bu ters ilişki anlaşılabilir hale gelir. İhmal düzeyi yüksek olanlarda depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi daha hafif nevrotik bozuklukların belirti düzeyi daha yüksek olabilir. Duygusal istismarın erken dönem yaşantıları ve yetişkinlik döneminde yarattığı olumsuz etkiler çok fazladır. Hatta duygusal istismar yaşayan kişilerin ileriki dönemlerinde psikopatolojik olarak bozukluk geliştirme ihtimali yüksektir (Arslan, 2016). Duygusal istismar, diğer travma türlerine göre çocukluk çağı travmaları arasında depresif belirtiler geliştirme açısından daha önemli bir etkiye sahiptir (Crown ve ark., 2014). Bu nedenle de OKB belirti düzeyleri daha ağır travma düzeyleri ile korelasyon gösteriyor olabilir. Ancak çalışmamızda bu belirttiğimiz korelasyon gözlenmemiştir ki muhtemelen bu durum hastaların tedavi altında olmasından kaynaklı olabilir. Benzer durum genel travma düzeyi üzerinde OKB semptom düzeyinin negatif yordayıcı etkiye sahip olmasında da geçerlidir. Esasında bu bulgu hipotezimizle çelişen beklenmedik bir bulgudur ve daha büyük örnekleme ve tedavi almamış OKB hastaları ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Demirci'ye göre (2016), 201 lisans öğrencisiyle oluşturulan bir araştırmada, OKB ve ÇÇT incelenmiş olup, aynı zamanda depresyon ölçeği verilerek depresyon düzeyleri de incelenmiştir. Araştırmanın sonucuna göre, OKB ve çocukluk çağı travmalarının depresyon seviyesini arttırdığını tespit etmişlerdir. Çocukluk çağı travmalarının OK belirti üzerindeki etkileri incelendiğinde, travma puanlarının OKB toplam puanının üzerinde yordayıcı etkisi olmadığını saptamışlardır. Bunun sonucunda, ÇÇ travma öyküsünün takıntı-zorlantı semptomları üzerinde doğrudan ilişkisi olmadığı, depresyon ve başka değişkenlerden bağımsız düşünülemediği belirtilmiştir. Klinik olmayan popülasyonun araştırıldığı bir çalışmada ise araştırmamıza benzer bir şekilde, ÇÇT ve OKB arasındaki ilişkisinin kaygı, depresif belirtiler ve işlevsel niteliği kaybeden inançlar

ile doğrudan olmayan bir ilişki saptanmıştır (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008). Araştırmamızın sonucu ise literatürde yer alan bu çalışmaları destekler nitelikte, çocukluk çağı travması düzeyleri yüksek olan OKB hastalarında düşük olanlara göre depresyon düzeyleri daha yüksek çıkmıştır.

Arslan (2016) tarafından yapılan çalışmada, duygusal istismarın erken dönem ve yetişkinlik dönemlerinde çok fazla olumsuz etkilerinin varlığından bahsetmiştir. Yapılan çalışmalar doğrultusunda, duygusal istismar yaşayan bireylerin ileride çeşitli patolojiler geliştirebileceği ve bunların en sık karşılaşılanının depresyon olacağı belirtilmiştir. Crown ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan araştırmada, duygusal istismar ve mevcut depresyon seviyesi incelenmiş olup, diğer travma türlerine kıyasla duygusal istismarın depresif belirtilerle daha fazla ilişki olduğu hatta varyansın neredeyse yarısının açıklandığını belirtmişlerdir.

Araştırmamızın sonucu doğrultusunda, fiziksel istismar ve ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar düzeyleri ve depresif semptom düzeyleri incelendiğinde duygusal istismar düzeyinin depresyon seviyelerinde diğerlerine göre daha anlamlı ilişki saptanmıştır. Bulgularımız, literatürde bulunan araştırmalarla uyumlu gözükmektedir.

Otto Kernberg, erken yaşantılar sonucunda belirlenen kişilik organizasyonunu psikodinamik temelinde üç başlık altında sınıflamıştır. Bunlar; nevrotik, sınır ve psikotik kişilik örgütlenmeleridir (Epözdemir, 2014; Taymur, İ. ve Türkçapar, M.H., 2012). Kernberg'e (1999) göre nevroz, borderline ve psikoz gruplarını ayırt etmek için üç önemli kriter vardır. Bunlar, kimlik bütünlüğü, savunma mekanizmaları ve gerçekliği değerlendirme yetisidir. Bu üç kişilik örgütlenmesi şu şekilde ayrılabilir; Nevrotik kişilik organizasyonunda kimlik bütünlüğü yüksek olup, savunma mekanizmalarından olgun savunmayı kullanmaktadır. Aynı zamanda, gerçekliği değerlendirmesi ise bozulmamış niteliktedir (Tura, 2005; Sagstetter ve ark., 2021). Sınır kişilik organizasyonunda, kimlik bütünlüğü bozulmuş, ilkel savunmalar kullanılmaya başlanmış ve gerçeklik yetisinin korunduğu gözlemlenmiştir (Tura, 1995; Sagstetter ark., 2021). Psikotik kişilik organizasyonunda ise kimlik difüzyonu mevcuttur, ilkel savunmalar kullanılmaktadır ve gerçeklik yitirilmiştir (Tura, 2005; Sagstetter ark., 2021).

Çocukluk çağı travma düzeylerinin, alt boyutlarının düzeylerinin ve OKB düzeylerinin düşük ve yüksek olması bakımından kişilik örgütlenme düzeylerinin değişmesi beklenmektedir. Tüm düzeylerin düşük olduğu hastalarda, Kernberg'in Klein'in teriminden esinlenerek belirttiği gibi sağlıklı bir kişilik örgütlenmesine sahip olması yani paranoidşizoid konumdan depresif konuma geçmiş olması beklenir. Bu geçişle beraber iyi meme ve kötü meme, saldırgan anne- sevilen anne aynı bireyde bütün hale gelir ve daha gerçekçi tanıma dönüşür. Saldırganlıklardan dolayı nesneyi tahrip edeceğine olan inanç depresif bir kaygı haline döner. Bu kaygı hali suçluluk ortaya çıkarır. Pişmanlık ve onarma duygusu da bu duygulardan sonra yerini alır ve iyi bir üstbenliğin inşası bu şekilde ortaya çıkar (Akt.Tura, 2005). Tüm düzeylerin düşük olduğu hastalarda iyi bir üstbenliğin oluşması beklenir.

Çocukluk çağı travmalarını deneyimlemiş kişi, uyum sağlamak için kimi savunmalar ortaya çıkarır ve kimi geçici kimi uzun vadede kalıcı patolojik rahatsızlıklar ortaya çıkarabilir (Roques ve ark., 2014). 2007 yılında Price'in yapmış olduğu çalışmada, travma deneyimlerinden sonra kişiler primitif savunmalar kullanıyor olması daha muhtemeldir;

çünkü kişilerde çocukluk çağında olumlu nesne ilişkisi görülmemektedir. Bu nedenle, zorlayıcı yaşam döngüsünde etkili savunma ve başa çıkma yöntemleri geliştirememişlerdir. Bora (2019) tarafından yapılan çocukluk çağı travması ve savunma mekanizmalarına yönelik araştırma sonucuna göre, çocukluk çağı örselenmiş yaşantıların olgun olmayan savunma düzenekleri ile anlamlı olarak olumlu, ilkel savunma düzenekleri açısından olumsuz korelasyon belirtilmiştir. Literatürdeki birçok çalışmada, Bora (2019)'nın çalışmasına eş olarak, çocukluk çağı travmalarının primitif savunma mekanizmalarını ortaya çıkardığı görüşünü savunmuşlardır (Schmidt ve ark., 1993; Romans ve ark., 1999; Taşkent, 2010; Çağatay, 2014).

Bireylerin erken dönemde yaşantıladığı ihmal ve istismar deneyimleri yetişkinliklerinde kullandıkları savunma düzenekleri açısından ilişkilidir (Nickel ve Egle, 2006; Romans ve arkadaşları, 1999). Finzi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, 6-12 yaş arası çocuklarla çalışılmış olup, fiziksel ihmal ve istismar yaşayanların immatür savunma mekanizmaları ile pozitif ilişki saptanmıştır (Finzi ve ark., 2003). Yöyen üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada benzer bir sonuçla, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve istismar, cinsel istismar yaşantısına sahip kişilerde ve çocukluk çağı travması toplam puanında primitif savunmalarla pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Yöyen, 2017).

Bu çalışmada, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal düzeylerinin yüksek-düşük olması, çocukluk çağı travma düzeyinin yüksek-düşük olması ile primitif savunmalar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Duygusal istismar düzeyi yüksek olan kişilerde ise primitif savunmaları kullanmak sınırdan anlamlı olarak saptanmıştır. Örneklerde verildiği gibi çok fazla literatür bu ilişkileri anlamlı olarak saptanmıştır. Aralarındaki ilişki olmadığını savunan bir kaynak bulunamamış olup, bulgularımız literatürde ilk olma özelliğine sahiptir. Savunma mekanizmalarının kullanımını kişilerin mizaçları, aile dinamikleri, travma türünün sıklığı, süresi gibi durumlardan etkilenmektedir. Yaş ilerledikçe ve zaman geçtikçe travmanın şiddetinin azalabildiği de önemli bir etkidir. Çalışmamızın yaş aralığı oldukça geniştir. Araştırma popülasyonumuzdaki uzun süredir tedavi olan hastalar da vardır. Kişilerin kendini olduğundan daha iyi yansıtmaya istekleri de göz önüne alınabilir. Tüm bu durumların çalışmamızın sonuçları üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler kişilerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimleri sekteye uğratar ve o dönemde elde edilmesi gereken bazı becerilerden yoksun bırakabilir. Aynı zamanda kimlik duygusu ve gelişiminde de sorunlar yaşatabilir (Dereboy ve ark., 2018). Penner ve arkadaşları'nın (2019) yaptıkları incelemeler sonucunda, çocukluk çağı örselenme yaşantılarının, duygusal istismarın, duygusal ihmal ve fiziksel ihmalin kimlik karmaşası için risk faktörü olduğunu saptamışlardır. Çocukluk çağı travmasının kimlik gelişimini olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Berman, 2016; Lawson & Quinn, 2013). Ampirik araştırmalar, travma ve kimlik arasındaki teorik ilişkileri onaylamaya başlamış ve ergenlikteki kimlik sorunları (yani kimliğin dağılması) ile cinsel istismar (Bailey, Moran ve Pederson) öncelikli olmak üzere travmatik yaşantıların etkilerini göstermiştir. Ayrıca bir çalışmada, fiziksel ihmal yaşantısının kimlik sorunları (kimlik dağılımı) oluşturmadaki önemi belirtilmiştir (Hect ve ark., 2014). Bulgularımız bu araştırmalarla zıt sonuçlar elde etse de bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlılığı ile destekleyici bir makale bulunamamıştır. Türkçe literatüre bakıldığında zaman, çocukluk çağı travması ve alt boyutlarının nesne ilişkileri bağında kimlik

dağılmasına yönelik çalışmaları bulunamamıştır. Araştırmamızda, çocukluk çağı travma düzeyi, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar düzeylerinin düşük veya yüksek olmasının kimlik karmaşası ile anlamlı bir ilişkisi saptanamamıştır. Kimlik karmaşası ve ÇÇT düzeyleri, alt boyutlarının düzeyleri ve OKB düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır.

Mamur'un (2020) çalışmasına baktığımız zaman, nesne ilişkileri ve gerçeklik testi alt boyutları ve ÇÇT parametrelerinin pozitif yönde korelasyon gösterdiği gözlemlenmiştir. Buna göre, ÇÇT düzeyleri yükseldikçe nesne ilişkileri ve gerçeklik değerlendirmesinde de dağılımlar artış göstermektedir. Bowlby (1973)'e göre çocukluk çağındaki ilgilenen kişilerle oluşturulan bağım yetişkinlikte de etkilidir. Bakım verenle güvenli ilişki kurulmayan kişilerde özellikle fiziksel ve duygusal ihmalden söz etmiştir. Haviland, Sonne ve Woods (1995) lisans eğitimindeki kişilerde obje ilişkileri ve gerçeklik algısıyla çocukluk çağı travmayla ilişkisini ölçmüştür. Sonucunda anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Araştırmamızın bulgusuna göre, gerçeği değerlendirme yetisi ile çocukluk çağı travma düzeyleri, duygusal istismar ve ihmal, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar seviyeleri bakımından ilişkili olmadığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir. ÇÇT ve alt boyutlarının bu bağlamda incelendiği çalışmalar çok azdır. Bu sebeple bulgularımıza uymayan araştırmalar örnek verilirken, bulgularımızı destekleyecek literatür kaynağına saptanamamıştır. Gerçeklik algısındaki bozulmaları etkileyebilecek birçok etken olduğu düşünülmektedir. İstismar ve ihmal yaşantılarının süresi, ne zaman başladığı, istismar eden kişilerin kimler olduğu ve kişilerin onlarla olan ilişkisi de yordayıcılık bakımından önemlidir. Aynı zamanda kişinin psikolojik sağlamlılığı, mizacı, aile dinamiği ve kültürel farklılığı gibi etkenlerde önemlidir. Bütün bu kavramların ilişkisi araştırmamızda ulaşılan sonuca etkisi olduğu düşünülmektedir. İlerleyen çalışmalarda bu durumun göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Literatüre bakıldığında zaman OKB hastalarında kişilik örgütlenmesini inceleyen tek bir çalışma bulunmaktadır (Gıynaş ve ark., 2019). Bu araştırmanın amacı, OKB hastalarında kişilik örgütlenmesini araştırmak, bu düzeylerin işlevsellikle olan ilişkisini incelemek ve iç görü ile ilişkisini saptamaktır. OKB tanısı konmuş 100 hasta ile çalışılmıştır. Bu araştırma sonucunda, hastaların %24'ü nevrotik düzeyde, %62'si sınır düzeyde ve %14'ü psikotik düzeydedir. İç görü ve ondan bağımsız kişilik organizasyonu parametrelerinin (kimlik dışında) takıntı-zorlantı bozukluğunda işlevi yordayacağı bulgusuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızın KOREN ölçeği ve alt boyutlarıyla yapılan çalışmada, OKB düzeyi ile primitif savunmalar, gerçeklik testi ve kimlik karmaşası anlamlı olarak pozitif ilişkili olarak saptanmıştır. Sonuç olarak, OKB düzeyleri yüksek olan OKB hastalarında primitif savunma düzeyleri düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir. OKB düzeyleri yüksek olan hastalarda gerçeklik testi bozulmaları düşük olanlara göre daha yüksektir. OKB hastalarında düzeyleri yüksek olanlarda kimlik karmaşası düşük olan OKB hastalarına göre daha yüksektir. Bulgularımız ileriki araştırmalara ışık tutabilecek niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı bireylerin çocukluk çağı travma düzeyleri, travmanın alt boyutlarının düzeyleri ve psikodinamik temelli incelemeler yapılmıştır. Bunun yanı sıra, araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik değişkenlerinin OKB hastalarında çocukluk çağı travma düzeyleri ve alt boyut düzeyleri açısından incelenmesi gerçekleştirilmiştir. Yapılan veri analizleri sonucunda, OKB semptom düzeyleri ve çocukluk çağı travma düzeyleri ve travmanın alt parametrelerinin düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra, sosyodemografik değişkenler arasında da OKB semptom düzeyleri ve çocukluk çağı travma düzeyleri ve alt düzeylerinin bir ilişkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hastalarda çocukluk çağı travma düzeyleri ve alt parametrelerinin düzeylerin Koren alt parametresi olan primitif savunmalar bazında incelendiğinde, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ile korelasyon saptanamazken, duygusal istismar açısından sınırda anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Koren alt gruplarından olan gerçeklik testi ve kimlik karmaşası incelendiğinde ÇÇT düzeyi ve alt parametrelerinin seviyeleri açısından bir ilişki saptanmamıştır. MOKSL toplam puanına bakıldığı zaman OKB düzeylerinin Koren alt grupları ile olumlu (pozitif) biçimde korelasyon gözlemlenmiştir. ÇÇT yüksek düzeylere sahip hastalarda depresyon düzeyi yüksek olarak saptanmıştır. Çocukluk çağı travmasının alt parametrelerine baktığımızda, duygusal istismar seviyesinin yüksek olması ile depresyon seviyesinde ki artış gözlemlenmiştir.

Araştırma, Antalya harici başka illerdeki ruhani sağlık hizmetleri veren kurumlardan tanı almış OKB hastalarından oluşursa, genellenebilirlik açısından daha uygun sonuçlar elde edilebilir. Aynı zamanda, Antalya içerisinde de farklı sağlık kuruluşlarından popülasyonun oluşturulması, popülasyon sayısı ve genellenebilirlik açısından daha uygun sonuçlar verebilir.

Araştırmada, daha sağlıklı sonuçlar elde edebilmek için sosyodemografik açıdan kadın ve erkek oranının eşit seviyede tutulması ve daha fazla kişinin araştırmaya dahil edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu önlemler, daha iyi sonuçların ortaya çıkmasına yol açabilir. Aynı zamanda, sağlıklı bireyler veya farklı patoloji durumu ile oluşturulacak bir kontrol grubu çalışmanın sonuçlarını daha olumlu yönde etkileyebilir.

Bu alanda yapılmak istenen çalışmalarda, eştanı açısından ölçekler eklenip ilişkilendirilmeler yapılabilir. Kapsamın genişletilmesiyle birlikte, az çalışılan çocukluk çağı travma alt boyutlarının obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ile ilişkisi üzerine literatüre önemli katkılar sağlanabileceği düşünülmektedir.

Psikodinamik temelli yaklaşımlar oldukça kısıtlıdır. Bu alanda çalışmalarını arttırıp diğer patolojilerin, sosyodemografik değişkenlerin ve ölçeklerin eklenmesi bu alana zenginlik kazandırmak için önemli bir adım olabilir.

6.1. Sınırlılıklar

Çalışmamızı incelediğimizde, bazı sınırlılıkların olduğunu gözlemledik. Öncelikle, sınırlı bir örneklem kullanmış olmamız ve katılımcıların mevcut tedavi süreçlerinde olmaları bu sınırlılıkların başında gelmektedir. Ayrıca, hasta seçiminde tek bir merkezin kullanılması da sınırlılıklar arasında yer alabilir.

Kullanılan leklerin öz bildirim temelli olması, çalışmamızın sınırlılıklarından biri olarak dşnlmektedir. Özellikle, ocukluk ağı travmalarını ölçmek için kullanılan ölçekte yer alan hassas soruların neden olduğu samimiyet kaygısı da çalışmamızın sınırlılıkları arasındadır. Bu sebeplerle, ölçeğin tam olarak doğru ve samimi şekilde doldurulması konusunda bazı endişelerimiz mevcuttur.

Araştırmada psikodinamik temelli yorumlamalar yapılmak istenmiştir, ancak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir. Bu problemlerin ortaya çıkmasının nedeni, psikodinamik temelli yaklaşımların az çalışılması ve yeterli kaynak oluşturulmaması olarak dşnlmektedir.

7. KAYNAKÇA

Kitaplar

- Akhtar, S. (2016). Ağır Kişilik Bozukluklarının Tanı ve Sağıaltımı İçin Başvuru Kitabı (Alkan, Müge Trans.). İzmir: Odağ Yayınları.
- 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.
- Amerikan Psikiyatri Birliğı. (2000). DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri. Çeviren: Ertuğrul Koroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliğı, 2001.
- Amerikan Psikiyatri Birliğı. (2007). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR) Cilt 2. Koroğlu, E. (Editör), Ankara: Hekimler Yayın Birliğı.
- Berksun, O.E. (2003). Anksiyete ve anksiyete bozuklukları. İstanbul: Turgut Yayıncılık.
- Budak, S. (2000). Psikoloji sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat.
- Calıgor, E., Otto Kernberg, O.F. and Clarkın, J. (2019). *Yüksek Düzeyli Kişilik Patolojisi İçin Dinamik Psikoterapi El Kitabı*. (1. Baskı). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (2013). Ed. Koroğlu E. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Kernberg OF. (n.d.). Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm. Çev: Atakay M. . İstanbul: Metis Yayınları; 1999.
- Kernberg, O. F. (2008). Ağır Kişilik Bozukluklarında Psikoterapotik Stratejiler. (A. A. Köşkdere, Trans.). İzmir: Odağ Yayınları.
- Kernberg, O. F. (2016). Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm. (M. Atakay, Trans.). İstanbul: Metis Yayınları.
- Kernberg, O. F. ve Yeomans, F. E. (2011). *Aktarım Odaklı Psikoterapi*. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- McWilliams, N. (2020). Psikanalitik Tanı. (2.Edisyon). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları
- Öztürk, M., O. & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağılığı ve Bozuklukları*, Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Topçu, S. (1997). Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı (2. Baskı). İstanbul: Doruk
- Veale, D., & Willson, R. (2017). *Obsesif Kompulsif Bozukluk*. (Çev. N. Yener). İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık.
- Yazgan İnanç, B., Yerlikaya, E. E. (2008). *Kişilik kuramları*, Ankara: Pegem Yayınları.

Makaleler

- Adams, P. L. (1973). Obsessive children. New York: Brunner/Mazel.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of

- Mental Disorders. 5th Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Ay R, Erbay LG. Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2018 Mar; 261:132-136. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.054. Epub 2017 Dec 27. PMID: 29304426.
- Baer, L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1994; 55(3), 18–23.
- Baumgarten HG, Grozdanovic Z. Role of serotonin in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998;(35):13-20. PMID: 9829022.
- 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.
- Beck, A. T. (1961). An inventory for Measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N. B., Atik, B., ve San, P. (1991). Türkiye'nin 16 ilinde 4- 12 Yaşlar Arasındaki 50.473 Çocuğa Fiziksel Ceza Verme Sıklığı ve Buna İlişkin Problem Durumlarının İncelenmesi. *Aile ve Toplum*, 1(1), 1-14.
- Book review: Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology. by Peter Fonagy and Mary Target. New York: Brunner-routledge, 2003, 417 pp., \$37. (2005). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(4), 1388–1395. <https://doi.org/10.1177/00030651050530041601>
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., Karam, E. G., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., ... Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 197(1), 20–27. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074716>
- Bülbül, F., Çakır, Ü., Ülkü, C., Üre, İ., Karabatak, O., & Alpak, G. (2013). Childhood trauma in recurrent and first episode depression. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14(2), 93. <https://doi.org/10.5455/apd.34484>
- Bowlby John, Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books, 1973.
- Carr AT. Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychol Bull.* 1974 May;81(5):311-8. doi: 10.1037/h0036473. PMID: 4609308.
- 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. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45(3), 177.
- Cavallini MC, Pasquale L, Bellodi L, Smeraldi E. Complex segregation analysis for obsessive compulsive disorder and related disorders. *Am J Med Genet*. 1999 Feb 5;88(1):38-43. doi: 10.1002/(sici)1096-8628(19990205)88. PMID: 10050965.
- Ceran Yıldırım, Gülhan Gökçe ve Serhat Yüksel. (2021). “Kişilik Organizasyonları Envanteri'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. *Ulakbilge*, 56 (2021 Ocak): s. 1–19. <https://doi.org/doi: 10.7816/ulakbilge-09-56-01>
- Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*. 2005 Sep;30(9):1735-40. doi: 10.1038/sj.npp.1300733. PMID: 15841109.
- Comacchio, C., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2019). Current evidence of childhood traumatic experiences in psychosis – focus on gender differences. *Psychiatry Research*, 281, 112507. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112507>
- Crespo-Facorro B, Cabranes JA, López-Ibor Alcocer MI, Payá B, Fernández Pérez C, Encinas M, Ayuso Mateos JL, López-Ibor JJ Jr. Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients with and without a chronic tic disorder. A SPECT study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):156-61. doi: 10.1007/s004060050081. PMID: 10433130.
- Crow, T., Cross, D., Powers, A., & Bradley, B. (2014). Emotion dysregulation as a mediator between childhood emotional abuse and current depression in a low-income African-American sample. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1590–1598. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.015>
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years, *Child Abuse & Neglect*, 34: 813-822.
- Çavuşoğlu, F. (2020). Cinsiyet Gruplarına Göre Çocukluk Çağı Travma Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of International Social Research*, 13(13/73) Sociology-Philosophy), 575–581. <https://doi.org/10.17719/jisr.10981>
- Çelikel, H., Besiroglu, L. (2008). Childhood trauma experience, dissociation and obsessive compulsive symptoms in non-clinical samples. *Anatol. J. Psychiatry*, 9, 75–83.
- Çilli, A.S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Bodur, S., Kucur, R. (2004). Twelve Month Prevalence of Obsessive Compulsive Disorder in Konya. *Comprehensive Psychiatry*.
- De Carufel, F. L., & Piper, W. E. (1988). Group psychotherapy or individual psychotherapy: Patient characteristics as predictive factors. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38(2), 169–188. <https://doi.org/10.1080/00207284.1988.11491096>
- De Koning PP, Figeo M, van den Munckhof P, Schuurman PR, Denys D. Current status of deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: a clinical review of different targets. *Curr Psychiatry Rep*. 2011 Aug;13(4):274-82. doi: 10.1007/s11920-011-0200-8. PMID: 21505875.
- Demirci, K. (2016). The investigation of relationship between childhood trauma and

- obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 7. <https://doi.org/10.5455/jmood.20160303113111>
- Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 14:11-7. PMID: 15554783.
- Drummond, L. M., Fineberg, N. A., Heyman, I., Kolb, P. J., Pillay, A., Rani, S., Salkovskis, P., & Veale, D. (2008). National Service for adolescents and adults with severe obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Psychiatric Bulletin*, 32(9), 333–336. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.017517>
- Deveci, E. & Aık, Y. (2003). ocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 12, 396.
- Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G,(1995). Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası.
- Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*. 1993 Oct;54(10):373-9. PMID: 8262879.
- Elif Çağatay, S., & Özerk, H. (2021). Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı Travmatik Yaşantı düzeyleri ile Bağlanma Stilleri ve Savunma Mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Studies-Social Sciences, Volume 16 Issue 3*(Volume 16 Issue 3), 1161–1177. <https://doi.org/10.47356/turkishstudies.51316>
- Erkan, Ü. (2019). Lacan'da Öznenin Kurulumu ve Ötekinin İnşası: Psikanaliz ve Oryantalizm. *Electronic Turkish Studies*, 14(3). 1425-1440. DOI: <http://dx.doi.org/10.29228/TurkishStudies.22741>
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1997). Türkiye Ruh Sağlığı Profili. 1. baskı. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Eşel, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 3, 46- 55.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2012). Psychodynamic models of personality disorders. *The Oxford Handbook of Personality Disorders*, 344–371. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0017>
- Fonagy, Peter, and Mary Target. *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*. Jan. 2003.
- Freud A. Obsessional neurosis: a summary of psycho-analytic views as presented at the Congress. *Int J Psychoanal*. 1966;47(2):116-22. PMID: 5964122.
- Gabbard, G. O. (1994). Psychodynamic psychiatry in clinical practice (2nd ed.). *Washington: American Psychiatric Press*. essay.
- Gamache, D., Laverdière, O., Diguier, L., Hébert, É., Larochelle, S., & Descôteaux, J. (2009). The personality organization diagnostic form. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(5), 368–377. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181a20897>
- Gıynaş, F. F., Kazan Kızılkurt, Ö., Yazıcı Güleç, M., & Güleç, H. (2019). İçgörüsü Olan ve olmayan Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Kişilik örgütlenmesi. *Cukurova Medical Journal*, 44(1), 18–26. <https://doi.org/10.17826/cumj.447337>
- Gıynaş, F., Güleç, M., Kızılkurt, Ö., Yılmaz, Y., ıtak, S., & Güleç, H. (2018).

- Personality organization in patients with obsessive-compulsive disorder and its relationship with functionality. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.5455/apd.300344>
- Goodman, M., & Yehuda, R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 32(6), 337–345. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020601-08>.
- Goodman, W. K. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Grad LR, Pelcovitz D, Olson M, Matthews M, Grad GJ. Obsessive-compulsive symptomatology in children with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987 Jan;26(1):69-73. doi: 10.1097/00004583-198701000-00014. PMID: 3473061.
- Greist, J. H., & Jefferson, J. W. (2007). Obsessive-compulsive disorder. *FOCUS*, 5(3), 283–298. <https://doi.org/10.1176/foc.5.3.foc283>
- Guy, W. (1976). ECDEU Assessment Manual. *PsycEXTRA Dataset*. <https://doi.org/10.1037/e591322011-001>.
- Güneri Yöyen, E. (2017). Çocukluk Çağı Travması ve Benlik Saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 267–267. <https://doi.org/10.24289/ijsser.274033>.
- Hemmings, S. M., Lochner, C., van der Merwe, L., Cath, D. C., Seedat, 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.08.012>.
- Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Feb;62(2):182-9. doi: 10.1001/archpsyc.62.2.182. PMID: 15699295.
- Holaday, M., & Glidewell, R. (2000). Book review: Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 18(1), 68–71. <https://doi.org/10.1177/073428290001800109>
- Hollander E, Bienstock CA, Koran LM, Pallanti S, Marazziti D, Rasmussen SA, Ravizza L, Benkelfat C, Saxena S, Greenberg BD, Sasson Y, Zohar J. Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 6:20-9. PMID: 12027116.
- Hollander, E., Stein, D., Kwon, J., Rowland, C., Wong, C., Broatch, J., & Himelein, C. (1998). Psychosocial Function and Economic Costs of Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums*, 3(S1), 48-58. doi:10.1017/S1092852900007239
- Horton, C. B., & Cruise, T. K. (2001). Child abuse and neglect, the school's response. New York: The Guilford Press.
- ICD-10 (1992). Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu, Öztürk, M., O., Uluğ, B. (Editörler). Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara.

- Igarashi, H., Hasui, C., Uji, M., Shono, M., Nagata, T., & Kitamura, T. (2010). Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry Research*, 180(2-3), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.029>.
- Kafes, A.Y. (2021). Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde kullanılan davranışçı müdahale teknikleri: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 726-738.
- Kara, M. (2015). Investigation of Depression, Obsessive Compulsive Disorder and Their Treatment Methods. Master thesis, Institute of Biomedical Engineering, Fatih University.
- Karaca, E., Doksat, M.K. (1998). Klinik açıdan obsesif-kompulsif bozukluk. *Yeni Symposium*, 36(3-4), 59-68.
- Karamustafaloğlu, K.O., Akpınar, A. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesive Compulsive Disorder. *Psikiyatri Kliniği, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul . Türkiye Klinikleri J. Int. Med. Sci.*, 2(12):30-44.
- Karamustafaloğlu, K.O., Karamustafaloğlu, N. (2001). Obsesif kompulsif bozukluk ve komorbid durumlar. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 62-67.
- Karamustafaloğlu, O. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Turkish Family Physician. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul*, 1-10.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Dec;45(12):1094-9. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006. PMID: 3264144.
- Karşlıoğlu, 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.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (2009). Psychoanalysis: Freud's theories and their contemporary development. In M. G. Gelder, N. C. Andreasen, J. J. Lopez-Ibor Jr, & J. R. Geddes (Eds.). *New Oxford textboof of psychiatry* (2nd ed.) (293-320). New York: Oxford University Press.
- Kernberg, O.F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In Lenzenweger MF, Clarkin, JF (Eds.), *Major theories of personality disorders* New York: The Guilford Press, 106-140.
- Kernberg, O.F., Caligor E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In MF Lenzenweger, JF Clarkin (Eds), *Major Theories of Personality Disorders*. New York: Guilford Press, 2005, 114–156.
- Kırca, U. P. E. K. (2021, November 18). *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu*. Narlı Fil Psikoloji.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic depressive states. *Love, Guilt and Reperation and Other Works 1921- 1945. London, Vintage*, 344-370.

- Król, M., Cao, Y., & Kirkham, E. J. (2022). Sexual abuse and harsh punishment in early life are associated with more obsessive-compulsive symptoms in adulthood: An online survey. <https://doi.org/10.1101/2022.11.03.22281919>
- Leib, P. T. (2001). Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive-compulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(2), 222–241. <https://doi.org/10.1080/07351692109348933>
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., Niehaus, D. J. H., & Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 15(2), 66–68. <https://doi.org/10.1002/da.10028>
- 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. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000116468.54734.f4>
- LR;, H. M. G. S. J. L. W. (n.d.). *Beyond posttraumatic stress disorder: Object relations and reality testing disturbances in physically and sexually abused adolescents*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Retrieved March 18, 2023, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7665444/>
- Lundgren, K., Gerdner, A., & Lundqvist, L. O. (2002). Childhood abuse and neglect in severely dependent female addicts: Homogeneity and reliability of a Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire. *International Journal of Social Welfare*, 11(3), 219–227. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00219>
- Mataix-Cols, D., Boman, M., Monzani, B., ve ark. (2013) Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry*. (70): 709–717. Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25(9), 742–751. <https://doi.org/10.1002/da.20316>
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Miyata, A., Iwasaki, Y., Fujimoto, K., Kasai, S., & Kojima, M. (2000). Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41(4), 266–272. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.7426>
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York, NY: Wiley. <https://doi.org/10.1037/10802-000>.
- Narayanaswamy, J. C., Viswanath, B., Veshnal Cherian, A., Bada Math, S., Kandavel, T. ve Janardhan Reddy, Y. C. (2012). Impact of age of onset of illness on clinical phenotype in OCD. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2012.03.037
- Nemeroff CB. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*. 2016 Mar 2;89(5):892-909. doi: 10.1016/j.neuron.2016.01.019. PMID: 26938439.
- Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch*

- Gen Psychiatry. 2000 Apr;57(4):358-63. doi: 10.1001/archpsyc.57.4.358. PMID: 10768697.
- Nickel, R., & Egle, U. T. (2006). Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 157–170. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.08.016>
- Nimkin K, Kleinman PK. Imaging of child abuse. *Radiol Clin North Am*. 2001 Jul;39(4):843-64. doi: 10.1016/s0033-8389(05)70314-6. PMID: 11549174.
- Okasha, A. (2000). Obsessive-Compulsive Disorder. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, 4, 1–21.
- Olsson, A., Ellsberg, M., Berglund, S., Herrera, A., Zelaya, E., Peña, R., Zelaya, F., & Persson, L.-Å. (2000). Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: A population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 24(12), 1579–1589. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(00\)00215-5](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00215-5)
- Ou, W., Li, Z., Zheng, Q., Chen, W., Liu, J., Liu, B., & Zhang, Y. (2021). Association between childhood maltreatment and symptoms of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.612586>
- Özdemir, O., Polat, F. H., Beşiroğlu, L., Selvi, Y., Özdemir, P., Atlı, A., & Akbayram, S. (2011). Traumatic experiences, dissociation and attitudes toward delinquency in the juvenile male delinquents. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 12(1), 68-75.
- Özer, S. The Relationship Between Patients with Different Subtypes of Obsessive and Compulsive Disorder and Childhood Traumas (Unpublished Master Thesis). Uskudar University, İstanbul.2015.
- Parman T. (2011). Jacques Lacan (1901-1981), Çağdaş psikanalizin avrupalı yorumcusu., A. A.
- Penner F, Gambin M, Sharp C. Childhood maltreatment and identity diffusion among inpatient adolescents: The role of reflective function. *J Adolesc*. 2019 Oct;76:65-74. doi: 10.1016/j.adolescence.2019.08.002. Epub 2019 Aug 28. PMID: 31472427.
- Price, J. P. (2007). Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 343-353. doi:10.1348/147608306X144178.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793–802. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00040-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00040-5).
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19(2), 67–73. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19890201-06>
- Romans, S. E., Martin, J. L., Morris, E., & Herbison, G. P. (1999). Psychological defense styles in women who report childhood sexual abuse: A controlled community study. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1080–1085. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.7.1080>
- Rosenberg DR, Hanna GL. Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry*. 2000

- Dec 15;48(12):1210-22. doi: 10.1016/s0006-3223(00)01073-8. PMID: 11137061.
- Rosenberg DR, Keshavan MS. A.E. Bennett Research Award. Toward a neurodevelopmental model of of obsessive--compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 1998 May 1;43(9):623-40. doi: 10.1016/s0006-3223(97)00443-5. PMID: 9582996.
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers. In E. G. Krug, J. A. Dahlberg, A. B. Mercy, Z. Lozano, & R. Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 57-86). World Health Organization.
- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessivecompulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
- Sadock Benjamin J., Kaplan Harold I., Sadock Virginia A., Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry,10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*.Bozkurt A (çeviri editörü) 11.Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi, 2016, 616-693.
- Sagstetter,S., Ohse,L. and Kampe,L. (2021). Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization. *Current psychiatry reports*. 23(7). 45. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01250-y>
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677–682. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90152-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90152-6)
- Salzman, L. (1985). Psychotherapeutic management of obsessive-compulsive patients. *American Journal of Psychotherapy*, 39(3), 323–330. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1985.39.3.323>
- Sansone, R. A., Hahn, H. S., Dittoe, N., Wiederman, M. W. (2011). The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients . *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 275- 279. <https://doi.org/doi:10.3109/13651501.2011.593263>
- Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., LipovskyI, J. A., KilpatrickI, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(2), 189–204. <https://doi.org/10.1177/088626092007002005>
- Sayar, K., Uğurad, I. K., & Acar, B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9(3), 142–147.
- Schmidt, U., Slone, G., Tiller, J., & Treasure, J. (1993). Childhood adversity and adult defence style in eating disorder patients-A controlled study. *British Journal of Medical Psychology*, 66(4), 353–362. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01761.x>
- Semiz, U. B., Inanc, L., & Bezgin, C. H. (2013). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive–compulsive disorder? *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1287–1296.
<https://doi.org/10.1007/s00127-013-0787-7>
- Snowdon J. Family-size and birth-order in obsessional neurosis. *Acta Psychiatr Scand.* 1979 Jul;60(1):121-8. doi: 10.1111/j.1600-0447.1979.tb00271.x. PMID: 474173.
- Sobin, C., Blundell, M. L., & Karayiorgou, M. (2000). Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41(5), 373–379. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.9009>
- Sofuoğlu, Z., Aydın, Z., ve Cankardeş, S. (2014). Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Ped Arş*, 49, 47-56.
- Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet.* 2002 Aug 3;360(9330):397-405. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09620-4. PMID: 12241794.
- Stein, M., B., Walker, J., R., Anderson, G., Hazen, A., L., Ross, C., A., Eldridge, G. & Folde, D., R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153(2), 275–277. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.2.275>
- Storch, E., Geffken, G., & Murphy, T. (2007). *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Subraminiam Mythily - Abdin Edimansyah - Vaingankar Janhavi A. - Chong Siow A. (2012), "Obsessive-compulsive disorder: prevalence, correlates, helpseeking and quality of life in a multiracial Asian population", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, ss. 2035-2043.
- Summers, F. (1994). *Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text*. London: The Analytic Press.
- Şar, V., Öztürk, P. E., & İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054–1063. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26947>
- Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O., Sungur, M.Z. (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 335-349.
- Taymur, I., & Türkçapar, M. H. (2012). Kısılık: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi/Personality: Description, Classification and Evaluation. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 154.
- Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*, 6, 46-50.
- Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry.* 2006 Nov;163(11):1978-85. doi: 10.1176/ajp.2006.163.11.1978. PMID: 17074950.
- Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect.* (n.d), 27, 169-190. [https://doi.org/doi:10.1016/S01452134\(02\)00541-0](https://doi.org/doi:10.1016/S01452134(02)00541-0) 2003
- Türkiye'de Çocuk İstismarı, (2010), Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme

Kurumu

- Türkkan, T., & Odacı, H. (2018). Liseli ergenlerde çocukluk çağı örseleme yaşantılarının cinsiyet, gelir düzeyi ve ebeveyn eğitim durumuna göre incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(1), 71-89.
- Türksoy, N. (2003). Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları. ed(s) Aker T., Önder M.E. İstanbul: 5US.
- Uluç, S., Tüzün, Z., Haselden, M., ve Piri Erbaş, S. (2014). Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Ölçeği'nin (BORRTI) Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. Basılmamış Rapor.
- Uslu, R. İ. ve Kapçı, E. G. (2014). Türkiye'de Çocukların Cinsel Sömürü ve Cinsel İstismarı; Son 12 Yılda Yayınlanan Araştırmaların Sistemik Değerlendirmesi. Ankara: Alp Ofset Matbaacılık.
- Vatan, S. (2016). Attachment, obsessive beliefs and emotion dysregulation in obsessive compulsive disorder: A comparison with normal and clinical sample. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 4(7), 41–57. <https://doi.org/10.7816/nesne-04-07-03>.
- Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu OJ 3rd, Wang Y, Liang KY, Valle D, Hoehn-Saric R, Riddle M, Nestadt G. Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. *Am J Hum Genet*. 2004 Sep;75(3):508-13. doi: 10.1086/423899. Epub 2004 Jul 21. PMID: 15272418; PMCID: PMC1182030.
- Wolitzky, D. L. (2020). Contemporary Freudian psychoanalytic psychotherapy. In S. B. Messer & N. J. Kaslow (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp. 35–70). The Guilford Press.
- World Health Organization. (1999). *The "Newly Defined" Burden of Mental Problems*. Geneva, WHO.
- World Health Organization. (2016). Child Maltreatment. *World Health Organization*. <https://www.who.int/En/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Child-Maltreatment>.
- Yaşar ZF, Akduman GG. Çocuk ihmali-istismarı ve adli dış hekimliği. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6:389-94.
- Yıldırım, E. A., Kasar, M., Özcan, E., Albayrak, E., Gokalp, R. P., & Ozer, S. (2009). Clinical and sociodemographic features of patients with obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 19. [https://doi.org/10.1016/s0924-977x\(09\)70937-x](https://doi.org/10.1016/s0924-977x(09)70937-x).

Elektronik Dergiler

- Alpay, N., Karşıdağ, Ç. (2006). Şizofrenide anksiyete bozuklukları komorbiditesi. *Düşünen Adam*, 19(2), 77-82.
- Alsancak-Akbulut, C., & Barışkın, E. (2019). Travma ve Obsesif-Kompulsif Belirtiler: Dünyaya ilişkin Varsayımlar ve Obsesif inanışların rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 35(86). <https://doi.org/10.31828/tpd1300443320190326m000019>
- Aral, N. &. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151(5).

- Aslan, H., Ünal, M. (1995). Obsesif-kompulsif bozukluk. Anksiyete Monografaları Serisi 3, Ankara b.101-142.
- Beşiroğlu L, Ağargün MY. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sağlık Yardımı Arama Davranışı İle İlişkili Etmenler: Hastalık İle İlişkili ve Genel Etmenlerin Rolü [The correlates of healthcare seeking behavior in obsessive-compulsive disorder: a multidimensional approach]. Turk Psikiyatri Derg. 2006 Autumn;17(3):213-22. Turkish. PMID: 17004173.
- Çamli, K., Türkçapar, M. H. ve Sargin, E. (2012). Reaktif ve Otojen Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü, Bilişsel İçgörü ve Sosyodemografik Özellikler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*.
- Demet, M. M. Obsesif-kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005; 15(1), 45–52.
- Deniz, Demet, M.M., Deveci, A., F., Taşkın, E.O., Şimşek, E. ve Yurtsever, F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, 133-144.
- Duran, A. (1993). Obsesif kompulsif bozukluk, serotonerjik sistem ve serotonin gerilim inhibitörleri (SSRI). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 1(3), 43-47.
- Faraji, H. & Başçelik, E. (2022). FIRST OBJECT RELATIONS AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN ADULTHOOD . Öneri Dergisi , 17 (57) , 316-339 . DOI: 10.14783/maruoneri.936710
- Güvenir T, Taş FV. Çocuk ve ergen ruh sağlığında yataklı tedavinin yeri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2008;15:37- 46.
- Helvacı Çelik, F. & Hocaoğlu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi, 6 (1), 51-66. DOI: 10.16899/ctd.03180.
- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. Psikoloji Dergisi, 1989; 22:118-26.
- İzmir, M. (2015, Eylül-Ekim). Simgenin imgesel halleri. Libido İki Aylık Psikanaliz Dergisi,17, 8-16.
- Korkmaz, S. (2020). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Travmatik Yaşantılar. *Dicle Tıp Dergisi*, 903–910. <https://doi.org/10.5798/dicletip.850486>
- Köroğlu, E. & Güleç, C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı, ikinci Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 343-352.
- Köşkdere. (Editör). Psikanalitik psikoterapiler, (1. Baskı). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Öğünç, N.E ve Eren,N. (2012). Borderline Kişilik Bozukluğu Gösteren Hastalarda Psikodinamik Grup Psikoterapi Sürecinin Nesne İlişkileri Üzerine Etkileri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 3(1). 30-37. Doi: 10.5505/phd.2012.20591
- Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009; 9:49-62.
- Polat O. (2007). Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı 2: önleme ve rehabilitasyon. Ankara:

- Seçkin Yayıncılık. S: 257-273.
- Polat O. Çocuk ve Şiddet.1. Baskı. İstanbul: Der Yayınları; 2001.s: 38-76.
- Polat, O. (2002). Çocuk hakları nedir?.1.Baskı. İstanbul: Analiz Yayınları; s: 5-39.
- Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 4(2), 154-177. doi:10.5455/cap.20120410.
- Roques, M., Pommier, F., Mazoyer, A. V. (2014). Çocuklukta istismara uğramış yetişkinlerin somatik dağılıma durumundaki yılmazlıklarına projektif yaklaşım. (Z. Okçuoğlu Kadioğlu, çev.) Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi, 22, 35-45.
- Taner Y ve Gökler B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 82-86.
- Tıraşçı, İ.Y. & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. Dicle Tıp Dergisi, 34 (1), 70-74.
- Turhan, E., Sangün, Ö., İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sürekli Tıp Sağlığı Dergisi*, 15(9), 153-157.
- Yılmaz, N., Gençöz, T. ve Ak, M. (2017). Savunma biçimleri testinin psikometrik özellikleri: Güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 18 (3), 244-253.
- Yurdakök, K. (2010). Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi, 32, 537-546.
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, U., Şar, V., Öztürk, M., Kara, M. E. & Alyanak, B. (2001). Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(2), 69-78.

Tezler

- Akpınar, A. (2007). *Ergenlik Döneminde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı*. Uzmanlık tezi. İstanbul, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Aydın, E. (2018). *Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlamlık ve depresyon belirtileri üzerine etkisi*, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Berber Çelik, Ç. (2010). *Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı örülenme yaşantılarının kendilik algısı ve boyun eğici davranışlar üzerine etkisi*. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Demirkapı, E.Ş. (2013). *Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişmesine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Aydın.
- Epözdemir,H. (2014). *Seri Evlilik Yapan Bireylerin İlk ve İkinci Evliliğini Yapmış Bireyler ile Nesne İlişkileri, Yansıtmacı Özdeşleşim, Savunma Mekanizmalarının Düzeyi, Psikolojik Belirtiler ve İlişki Doyumu Açısından Karşılaştırılması: Nesne İlişkileri Çift Terapisi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

- Erek Ş. (2006). *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Bipolar Bozukluk Komorbiditesi ve Afektif Temperament Özelliklerin Karşılaştırılması*, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul:T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Gölcük, D. (2016). *Okul Çağı Çocuklarında Cinsiyet Açısından ObsesifKompulsif Bozukluk Belirtileri Arasındaki Farkların İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Arel Ünivesitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, İstanbul.
- Gölge, B. (2019). *Çocukluk Çağı Örselenmelerindeki Savunma Mekanizmaları ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Borderline ve Narsistik Kişilik Örgütlenmeleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*. İstanbul Üniversitesi – Cerrah Paşa Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Ölmez C. *Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almış bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzı ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzının karşılaştırılması* (Yüksek lisans tezi). İstanbul, Üsküdar Üniversitesi. 2020.
- Taşkent, A. (2010). *Alkol ve/veya madde bağımlıları ile bağımlılığı olmayan bireylerin savunma mekanizmaları açısından karşılaştırılması, çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar ve bağımlılık şiddetinin savunma mekanizmaları üzerindeki etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Tekin, G. (2020). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Seçici Serotonin Gerilim Önleyicileri ile Tedavinin Oksidatif Stres Üzerine Etkisi*, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya: Necnettin Erbakan Üniversitesi.
- Tokgöz, G. (1997). *Kişilik Bozuklukları ile İçedönüklük-Dışadönüklük Değişkeni Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yavuz, H. (2019). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Üst Biliş ve Silik Nörolojik Belirtiler Arasındaki İlişki*. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tez Çalışması.

İnternet Sayfa Kaynakları

- Canbulut, T. (2015, November 5). Türkiye' de çocuğa karşı şiddetin önlenmesi alanında çalışan Kuruluşlar Rehberi. Academia.edu. Retrieved January 16, 2023, from https://www.academia.edu/es/17783900/t%C3%BCrkiyede_%C3%A7ocu%C4%9Fa_kar%C5%9F%C4%B1_%C5%9Fiddetin_%C3%B6nlenmesi_alan%C4%B1nda_%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fan_kurulu%C5%9Flar_rehberi
- 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-Sağlığı-Profilı-Raporu-1998> adresinden 17 Ocak 2023 tarihinde alınmıştır.
- ICD-10(2010).World Health Organization. <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>. (N.d.). Retrieved January 16, 2023.

TUİK Adalet İstatistikleri, 2016. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=98&locale=tr> adresinden 17 Ocak 2023 tarihinde alınmıştır.

8. EKLER

EK -1 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**“OKB Hastalarında Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Bireylerin
Psikodinamik Açıdan Tanılandırılması”
Başlıklı Tez İçin**

Tarih:

Bu araştırma tarafımda yapılmakta olup Prof. Dr. Mehmet Yumru danışmanlığında yürütülen Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans bitirme tezidir. Çalışmanın amacı, OKB hastalarında çocukluk çağı travması olan ve olmayan grubun psikodinamik açıdan kişilik örgütlenmesi düzeylerini araştırmaktır.

Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size verdiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığımız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Çalışma toplamda 15-20 dakika kadar sürecektir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Araştırma sırasında vermiş olduğunuz tüm bilgileriniz, koruma altına alınacak ve farklı araştırmalarda kullanılacaktır.

Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz.

Herhangi bir sorunuz olursa bengu.karakaya@std.antalya.edu.tr adresine mail atabilirsiniz.

Yukarıdaki açıklamayı okudum ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

EK- 2 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1) Cinsiyetiniz

A) Kadın B) Erkek C) Diğer

2) Yaşınız _____

3) Medeni Durumunuz:

A) Evli B) Bekar C) Boşanmış D) Diğer

4) Eğitim Durumunuz:

A) Okumamış B) İlkokul C) Ortaokul D) Lise E) Önlisans F) Lisans

G) Yüksek Lisans H) Doktora ve Üstü

5) Anne Babanız:

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

6) Anne Babanız:

A) Birlikte B) Boşanmış/Ayrı

7) Annenizin eğitim durumu:

A) Okumamış B) İlkokul C) Ortaokul D) Lise E) Önlisans F) Lisans G) Yüksek Lisans H) Doktora ve Üstü

8) Babanızın eğitim durumu:

A) Okumamış B) İlkokul C) Ortaokul D) Lise E) Önlisans F) Lisans G) Yüksek Lisans H) Doktora ve Üstü

9) Kaç kardeşsiniz? _____

10) Gelir düzeyiniz

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

11) Hastalık başlama yaşı: _____

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

A) Evet

B) Hayır

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

A) Evet

B) Hayır

14) Herhangi bir bedensel hastalığınız var mı?

A) Hayır

B) Evet

15) Alkol, Sigara veya Madde Kullanım durumu:

EK-3 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ

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

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

EK-4 KİŞİLİK ORGANİZASYONU ENVANTERİ- KOREN (IPO-TR)

Yönerge: Bu envantere insanların hayatları boyunca sergilediği çeşitli tutum, duygu ve davranışlar ile ilgili ifadeler vardır. Lütfen aşağıdaki tüm yönergeleri dikkatle okuyun ve size uygun şekilde tamamlayın. Bu envanteri tamamlamak için uzman olmanız gerekmemektedir. Bu envanter, her bir soruyu olabildiğince dürüstçe ve içtenlikle yanıtlarsanız amacına ulaşacaktır.

Tutum, duygu ve davranışlarınızla ilgili olabildiğince açık şekilde bilgi verin lütfen. Kendinizi ve deneyimlerinizi düşünürken, sadece alkol ya da ilaç etkisi altında sergilemiş olabileceğiniz tutum, duygu ya da davranışları dikkate almayın.

1	2	3	4	5
DoğruDeğil	NadirenDoğru	BazenDoğru	SıklıklaDoğru	Her Doğru Zaman

Kişilik Organizasyonları Envanteri						
1.	İnsanları üzen şeyler yaptığımı; ancak bunların insanları neden üzdüğünü anlayamadığımı fark ederim.	1	2	3	4	5
2.	Bir şeyi sadece gerçek olarak algılamayı mı istiyorum yoksa o şey sahiden gerçek mi söyleyemem.	1	2	3	4	5
3.	Kaygılıyken ya da aklım karışık olduğunda, dış dünyadaki şeyler de bana anlamsız gelir.	1	2	3	4	5
4.	Çevremdeki her şey belirsizleştiyse ve karıştıysa iç dünyam da belirsiz ve karışık bir hal alır.	1	2	3	4	5
5.	Yakın bir ilişki içindeyken benlik duygumu yitirmekten korkarım	1	2	3	4	5
6.	İnsanlar beni başarılı bulduğunda çok mutlu, başarısız bulduğunda ise mahvolmuş hissederim.	1	2	3	4	5
7.	Sıcakkanlı ve fedakâr olmak ile soğuk ve ilgisiz biri olmak arasında gidip gelirim.	1	2	3	4	5

8.	İşte ya da okuldaki halime kıyasla evde daha farklı bir kişiymişim gibi hissedirim.	1	2	3	4	5
9.	İnsanlar hayran olduğum kişilerin eksik yönlerini görmekte zorluk çektiğimi söyler.	1	2	3	4	5
10.	Duyduğum bir sesin ya da gördüğüm bir şeyin hayal dünyamın ürünü olup olmadığından emin olamam.	1	2	3	4	5
11.	Her nasılsa, insanlarla ilişkilerimi nasıl yürüteceğimi asla tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
12.	Benim için önemli olan insanların benimle ilgili duygu ve düşüncelerinden değişecek diye korkarım.	1	2	3	4	5
13.	İnsanlar bana o kadar çok ihanet eder ve düşman olur ki, insanlara güvenmekte zorluk çekerim.	1	2	3	4	5
14.	Bir hevesle hobiler ve ilgi alanlarına yönelip sonra onlardan kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
15.	İnsanlar bana ya sevgiye boğarak ya da terk ederek karşılık verme eğilimindedir.	1	2	3	4	5
16.	Kendimi, farklı zamanlarda tamamen farklı huyları olabilen bir insan olarak görüyorum.	1	2	3	4	5
17.	Mantıklı bir açıklaması olmayan şeyler duyduğum veya gördüğüm olur.	1	2	3	4	5
18.	Bazı fiziksel duyular bedenimde gerçekten var mı yoksa hayal ürünü mü söyleyemem.	1	2	3	4	5
19.	Yanıldığım sonradan ortaya çıksa bile, insanlara taparcasına hayranlık duymaya devam ederim.	1	2	3	4	5
20.	Bir şeyi sadece gerçek olarak algılamayı mı istiyorum yoksa o şeyin şahiden gerçek mi söyleyemem.	1	2	3	4	5
21.	Gerçekte var olmayan şeyleri gördüğüm olur.	1	2	3	4	5
22.	Güvende hissedebilmem için birisine hayranlık duymam gerekir.	1	2	3	4	5
23.	Beni iyi tanıyan kişiler bile nasıl davranacağımı tahmin edemez.	1	2	3	4	5

24.	Beni çok iyi tanıyan insanlar da dahil olmak üzere, insanların benimle ilgili düşüncelerinden emin olmam zordur.	1	2	3	4	5
25.	Hiç kimsenin göremeyeceği ya da duyamayacağı şeyleri görebilirim ya da duyabilirim.	1	2	3	4	5
26.	Kendimi, neredeyse bir başkasıymışım, tanıdığım (arkadaş, akraba gibi) hatta tanımadığım birisiymişim gibi hissedirim.	1	2	3	4	5
27.	Hiç kimsenin anlayamayacağı ya da bilemeyeceği şeyleri anlarım ya da bilirim.	1	2	3	4	5
28.	Davranışlarımdaki değişimlere bir anlam veremem.	1	2	3	4	5
29.	Başkalarının gerçekte var olmadığını iddia ettiği şeylerin seslerini duyduğum olur.	1	2	3	4	5
30.	Duygularımı aşırı uçlarda ya çok mutlu olarak ya da derin bir kederle yaşama eğilimindeyim.	1	2	3	4	5
31.	Gördüğüm şeylerin, onlara yakından baktığımda, başka şeylere dönüştüklerini düşünürüm.	1	2	3	4	5

EK-5 MAUNDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ (MOKSL)

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.		
2. Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm		
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.		
6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7. Değişmez kurallarım vardır.		
8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.		
9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.		
10. Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam		
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkımazlardı		
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.		
13. Çok fazla sabun kullanırım		
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17. Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19. Pis tuvaletlere giremem.		
20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21. Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.		
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.		
25. Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayırım.		
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.		
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana		

zaman kaybettirir.		
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.		
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.		
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım		
34. Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim.		
35. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.		
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır		
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		

EK-6 BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDÖ)**AÇIKLAMA:**

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1) 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2) 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3) 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4) 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5) 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7) 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8) 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9) 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10) 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12) 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-)0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14) 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-)0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16-)0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17-)0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18-)0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19-)0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20-)0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21-)0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-7 ETİK KURUL İZİN BELGESİ**T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

Karar No: 2022/38	SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARLARI	Karar Tarihi:21.06.2022
--------------------------	--	--------------------------------

Antalya Bilim Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Prof. Dr. Ömer TURUNÇ'un başkanlığında toplandı. Yapılan toplantıda aşağıdaki kararlar alındı.

1. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Bengü KARAKAYA tarafından Etik Kurulumuza sunulan **“Obsesif kompulsif tanısı alan hastalarda çocukluk çağı travmasına maruz kalan ve kalmayan bireylerin psikodinamik açıdan değerlendirilmesi”** başlıklı çalışmada kullanılacak ölçme aracının fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğun başvurusuya ait olmak üzere, Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi'ne uygun olduğunun kabulü ile ilgili çalışmaların gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel yönden sakınca bulunmadığına, sonucun Bengü KARAKAYA'ya bildirilmek üzere Rektörlük Makamına arzına katılanların oybirliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Ömer TURUNÇ
Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Yusuf Mehmet ÖRNEK
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. İbrahim Sani MERT
Etik Kurul Üyesi

KATILMADI
Prof. Dr. Mesut UYAR
Etik Kurul Üyesi

KATILMADI
Prof. Dr. Mehmet YUMRU
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Fatma Bike KOCAOĞLU
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. A. Nizamettin AKTAY
Etik Kurul Üyesi