

Year (Yıl) : 2017  
Volume (Cilt) : 4  
Issue Number (Sayı) : 2  
Doi : 10.5455/JNBS.1497554400

Received/Geliş 15.06.2017  
Accepted/Kabul 11.07.2017

# CHILDHOOD MENTAL TRAUMA IN ADULT OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER PATIENTS

## ERİŞKİN OBSESSİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI

Salih Kıvılcım<sup>1</sup>, Habib Erensoy<sup>2</sup>, Hasan Mervan Aytaç<sup>3\*</sup>

### Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a mental disorder characterized by obsessions and/or compulsions. Although some epidemiological studies take part in literature, which claim that traumatic life events in childhood ages are observed more in patients with OCD compared to healthy population, the number of these studies is limited. In this study, it is aimed to compare OCD patients with healthy volunteers in terms of traumatic life events in childhood ages. With 25 consecutive patients who are diagnosed as OCD and whose treatment continues, 25 healthy controls were equivalent to sociodemographic features are included in the study. Sociodemographic Data Form, Childhood Age Trauma Quarter (CTQ) and Maudley Obsessive Compulsive Question List (MOCQL) are applied to the participants. Significance Value in statistical level is accepted as  $p < 0,05$ . In OCD patient group, CTQ scores are found high in statistical level compared to healthy controls. It has been determined that there is a significant relationship between total score of MOCQL slowness subscale scores, subscale scores of sexual and emotional abuse, MOCQL rumination subscale scores and CTQ sexual abuse scores. Compared to healthy controls, more findings of traumatic life event in childhood age are observed within OCD patients.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder; stress disorders, traumatic

### Özet

*Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. OKB hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının sağlıklı nüfusa göre daha fazla olduğunu ortaya koyan epidemiyolojik çalışmalar, literatürde yerini almasına rağmen bu çalışmaların sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada OKB hastaları ile sağlıklı gönüllülerin çocukluk çağı travmatik yaşam olayları açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. OKB tanısı almış ve tedavileri devam eden 25 ardışık hasta ile sosyodemografik özellikler açısından denkleştirilmiş 25 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) ve Maudley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) uygulandı. İstatistiksel düzeyde anlamlılık değeri  $p < 0,05$  olarak kabul edildi. OKB hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre CTQ puanları istatistiksel düzeyde yüksek bulundu. MOKSL yavaşlık alt ölçeği puanlarının CTQ toplam puanı, cinsel istismar ve duygusal istismar alt ölçek puanları ve MOKSL ruminasyon alt ölçeği puanlarının CTQ cinsel istismar puanları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlendi. OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha fazla çocukluk çağı travmatik yaşam olayları bulguları görülmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** obsesif-kompulsif bozukluk; stres bozuklukları, travmatik

<sup>1</sup> Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Birimi, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup> Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

\* Corresponding Author: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. GSM:0543 668 90 38. Mail Adresi: mervan176@hotmail.com

## 1. Giriş

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

OKB'nin ömür boyu yaygınlığı ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Kuzey ve Orta Avrupa da bu oran % 2,6 ve % 3,2 arasında bulunmuştur (Bayar & Yavuz, 2008). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda OKB bir yıl içerisindeki yaygınlığı % 0,5 olarak saptanmıştır (Erol et al., 1998). Konya ilinde yapılan alan çalışmasında 12 aylık OKB yaygınlığı % 3 olarak saptanmıştır (Çilli et al., 2004).

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

OKB'nun tek tip veya homojen bir bozukluk olmayıp, heterojen bir tablo olduğu kabul edilmektedir (Vardar, 2000). OKB'nin ortaya çıkmasında biyolojik faktörlerin yanında, çevresel faktörlerin de etkisi bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; istismar, yaşamsal değişiklikler, hastalıklar, çok sevilen birisinin ölümü, ilişkilerde yaşanan endişe gibi travmatik yaşantılardır (Aker & Onder, 2013). Tüm bu heterojenite tedaviyi de etkilemektedir, ilaç tedavisinden psikoterapiye hatta cerrahiye kadar birçok tedavi süreci OKB' de mevcuttur. (Barlas et al., 2008)

Travmatik yaşantılar, sıradan şanssızlıklardan farklı olarak bir tehdit ya da şiddet ve ölümlerle çok yakın olma halidir (Gölge, 2005). Doğal ya da insanların neden oldukları yıkımlar, savaş, ciddi kazalar, başkalarının vahşi bir biçimde öldürülmesine tanık olmak, işkence, terör, tecavüz veya benzer saldırıların kurbanı olmak gibi durumlar kişiler için travma yaşantısına örnek verilebilir. Travmalar; sıra dışıdır, görülme olasılığı düşüktür ve kişi tarafından kontrol edilmesi mümkün olmamaktadır (Çelikel, Beşiroğlu; 2008). Travma, kişi üzerinde sosyal, psikolojik ve işlevsel açıdan olumsuz etkilere sahiptir (Evren & Oge, 2003).

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

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

Çocuk ve ergenlik döneminde maruz kalınan travmalar hem travmaya yakın dönemde hem de erişkinlikte çeşitli psikiyatrik sorunlara yol açabilir (Ozen et al., 2010). Disosiyatif bozukluklar, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, somatizasyon bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, konversiyon bozukluğu, kaçınan kişilik bozukluğu, psikotik bozukluklar, OKB gibi bir çok psikiyatrik hastalık ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki ilişki bir çok araştırmada incelenmiş ve anlamlı ilişkiler ortaya

konmuştur (Breslau, 2002; Brown, 2002; Schafer et al., 2000; Levitan, 1998; Ellason & Ross, 1997).

Erken dönem travmatik yaşam olayları ile merkezi sinir sisteminde stres ve duygu düzenleyici sinirsel döngülerin kalıcı olarak duyarlı hale gelmesi, depresyon ve anksiyete bozuklukluğu gelişimine zemin hazırlar (Heim & Nemeroff, 2001). Çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin, olumsuz girici düşüncelerin sıklığını ve yoğunluğunu artırabileceği ve içeriğini etkileyebileceği de belirtilmektedir. Kompulsyonlarla ilgili olarak travmanın yarattığı anksiyete üzerinde durulmaktadır. Travma ile ilişkili tehlike ve sıkıntıyı azaltmak ya da kontrol etmek için kompulsif davranışların yapıldığı belirtilmektedir (Çelikel, Beşiroğlu; 2008).

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

Yapılan bazı çalışmaların klinik olmayan örnekleme dayalı olması (Çelikel, Beşiroğlu; 2008), OKB belirti dağılımı ve travma alt tiplerinin ilişkilerinin incelenmemiş olması (Lochner et al., 2002), OKB ile çocukluk çağı travmatik yaşam olayları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların kısıtlı olduğunu düşündürmüştür.

OKB'nin heterojen bir yapısının olabileceği (Vardar, 2000) ve bu yapının birçok faktöre bağlı olabileceği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar OKB tanısı almış kişilerde herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilere göre çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının daha yüksek oranda görüldüğü bilgisini ön plana çıkarmaktadır (Çelikel, Beşiroğlu; 2008). Bizde bu heterojenetelerden biri olan çocukluk çağı travmasından dolayı OKB hastaları ile sağlıklı gönüllülerin çocukluk çağı travmatik yaşam olayları açısından karşılaştırılmasını hedefledik.

## 2. Gereç Ve Yöntemler

Bu çalışma için, NP İSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi'ne başvuran, DSM-IV-TR ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı ile izlenen, komorbid ek patolojisi bulunmayan (DSM-IV-TR, Eksen-I' e göre) ve/veya yeni tanı konan 25 hasta ile DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre herhangi bir Eksen-I patolojisi bulunmayan, sosyodemografik özellikler bakımından hasta grubu ile denk 25 sağlıklı gönüllü seçilmiştir. Çalışmanın onayı, T.C. Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan alınmıştır ve Helsinki Deklarasyonu 2008 prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Çalışmayı yaptığımız kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) aldık. Bu çalışma kesitsel (cross-sectional) bir çalışmadır.

Ölçekler, birebir yapılan görüşmelerde, araştırmacının gözetiminde uygulanmıştır. Çalışmaya katılan gönüllüler, sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş ve yazılı onay alındıktan sonra çalışmaya dâhil edilmiştir.

### 2.1. Hasta Grubu İçin İçerme ve Dışlama Ölçütleri

DSM-IV-TR ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı

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

DSM-IV-TR ve DSM-V tanı ölçütlerine göre herhangi bir Eksen-I eş tanısının olması, zekâ Geriliği tanısının olması, ciddi bir fiziksel ya da nörolojik hastalığın olması.

## 2.2. Kontrol Grubu İçin İçerme ve Dışlama Ölçütleri

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

DSM-IV-TR ve DSM-V tanı ölçütlerine göre herhangi bir Eksen-I tanısının olması, zekâ Geriliği tanısının olması, ciddi bir fiziksel ya da nörolojik hastalığın olması.

## 2.3. Gereçler

### 2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, medeni durum, cinsiyet, varsa takıntıları ve neler olduğu, çocukluk çağında yaşamış olduğu travmatik olaylar.. vs) değerlendirmeye çalışan görüşme formudur.

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

Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere 28 sorudan oluşmaktadır. Likert tipi bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt ölçek puanı ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Önceki biçimi 53 maddeden oluşmakta olan, ancak sonradan özgün yazarınca kısaltılan bu ölçek İngilizce özgün biçiminden Vedat Şar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, her iki dile hakim bir uzman tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiş, iki versiyon arasında tutarlılık sağlanmıştır. Ölçeğin ilk çevirisi ile pilot çalışma yapılmış, maddelerin anlaşılabilirliği görüldükten sonra ölçeğe son şekli verilmiştir. Cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayında olabileceği görülmektedir (Şar et al., 2012).

### 2.3.3. Maudley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Hodgson ve Rachman tarafından 1977 yılında geliştirilen ölçek, obsesif kompulsif belirtilerin düzeyini ve türünü araştırmayı amaçlar. Ölçek kontrol, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekte her madde, doğru/yanlış olarak yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 37 arasında değişir ve puanın yükselmesi obsesif kompulsif belirtilerin arttığına

işaret eder. Ölçek, Erol ve Savaşır tarafından yapılan uyarılma çalışmasında 7 madde eklenmesiyle 37 madde olarak yeniden düzenlenmiştir. Bu çalışmada MOKSL'un ülkemizde normal ve psikiyatrik örneklerde obsesif kompulsif yakınmaların türü ve yaygınlığını ölçmede, araştırma ve klinik amaçlar için geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Tosun & Irak, 2007).

Anlaşılabilir ve kolay doldurulabilir olması nedeniyle uygulanması kolaydır ve denekler kendi başlarına doldururlar.

Alt ölçekler: Kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve kuşku alt ölçeğidir. Doğru yanıtı 1 puan, yanlış yanıtı 0 puandır. Toplam her maddenin puanı toplanarak elde edilir. En yüksek puan 37'dir. Ölçeğin Türkçe formuna ruminasyon Alt Ölçeği eklenmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Ancak MOKSL'nin OKB şiddetini değerlendirmek için uygun olmadığı ileri sürülmüştür (Tek et al., 1995).

## 3. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesi için IBM SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanıldı. Nicel değişkenlerin raporlanmasında minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik ve üçüncü çeyreklik, nitel veriler için ise frekans ve yüzde kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk test ve grafiksel inceleme ile değerlendirilmiştir. İki grup arasında normal dağılımayan nicel değişkenler bakımından farkın incelenmesinde Kruskal Wallis test, post hoc test olarak (Bonferroni düzeltmeli) Mann Whitney U test kullanıldı. İki grup arasında normal dağılımayan nicel değişkenler bakımından farkın incelenmesinde Mann Whitney U test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Nitel değişkenler arası ilişkiler Pearson ki-kare test ile değerlendirildi. Tüm değerlendirmelerde istatistiksel anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  kabul edildi.

## 4. Bulgular

Çalışmaya katılan toplam elli kişinin 27'si (%54) kadın, 23'ü (%46) erkektir. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş, medeni durum ve eğitim durumu açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 1).

Çalışmaya katılanların MOKSL'ye verdikleri yanıtlara göre MOKSL toplam ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelenmiştir. MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarının tamamında hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur. Hasta grubunda MOKSL toplam puan ortalaması 16.12, kontrol grubunda MOKSL toplam puan ortalaması 6.56 olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin değerlendirilmesinde, hasta grubunda en yüksek puanı ruminasyon alt ölçeği alırken, kontrol grubunda temizlik ve kuşku alt ölçekleri almıştır. (Tablo 2)

Kontrol grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre değerlendirilmesinde kuşku alt ölçeği kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır. (Tablo 3)

Çalışmaya katılanların MOKSL'ye verdikleri yanıtlar

eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde hasta grubunda eğitim durumu ile ruminasyon alt ölçeği dışında bütün alt ölçek ve MOKSL toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur. Eğitim durumu lise olan kişilerde MOKSL toplam puanı eğitim durumu hem ilköğretim hem de üniversite olan kişilere göre daha yüksek saptanmıştır. (Tablo 4)

Eğitim durum lise olan kişilerin kontrol ve temizlik alt ölçek puanları eğitim durumu ilköğretim olan kişilere göre ve kontrol, temizlik, yavaşlık ve kuşku alt ölçek puanları eğitim durumu üniversite olan kişilere göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır. (Tablo 4)

Çalışmaya katılanların CTQ' ye verdikleri yanıtlara göre CTQ toplam ve alt ölçek puanları değerlendirilmiştir. Hasta ve kontrol grupları arasında, CTQ toplam ve alt ölçekleri puanlarının tamamında istatistiksel farklılıklar saptanmıştır. Hasta grubunda CTQ toplam puan ortalaması 39.28, kontrol grubunda CTQ toplam puanı 5.40 saptanmıştır. Alt ölçeklerin değerlendirilmesinde, hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda en yüksek puanı duygusal ihmal almıştır. (Tablo 2)

Verilere göre hasta grubunda CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre değerlendirilmesinde duygusal istismar alt ölçeği kadınlarda erkeklere göre istatistiksel açıdan daha yüksek saptanmıştır. Kontrol grubunda CTQ toplam ve alt ölçek puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmaya katılanların MOKSL'ye ve CTQ'ye verdikleri yanıtlara göre MOKSL toplam ve alt ölçekleri ile CTQ toplam ve alt ölçek puanları değerlendirildi. Hasta grubunun puanları değerlendirildiğinde yavaşlık alt ölçeği ile CTQ toplam, cinsel istismar ve duygusal istismar alt ölçekleri arasında ve ruminasyon alt ölçeği ile cinsel istismar alt ölçeği arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlılık saptanmıştır. (Tablo 5)

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

**Tablo 1:** OKB grubu-kontrol grubu Sosyo Demografik Özellikleri

		Hasta	Kontrol Grubu	Toplam	*p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Erkek	12 (48)	11 (44)	23 (46)	0,777
	Kadın	13 (52)	14 (56)	27 (54)	
Medeni Durum	Bekâr	14 (%56)	11 (%44)	25 (%50)	0,396
	Dul	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	
Eğitim Durumu	Evli	11 (%44)	14 (%56)	25 (%50)	0,948
	İlköğretim	5 (%20)	5 (%20)	10 (%20)	
	Lise	7 (%28)	8 (%32)	15 (%30)	
	Üniversite	13 (%52)	12 (%48)	25 (%50)	
	Grup	Min-Mak		Medyan (Q1, Q3)	
Yaş	Hasta	19-62		34 (23, 48)	*p<0,05
	Kontrol	22-60		32 (24, 46)	

\*Pearson ki-kare test  
\*p<0.05  
Q1: Birinci çeyreklik

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test  
\*\*p<0.01  
Q3: Üçüncü çeyreklik

**Tablo 2:** OKB grubu-kontrol grubu MOKSL ve CTQ toplam ve alt ölçekleri puanları

	Hasta	Kontrol	<sup>b</sup> p
	Medyan (Q <sub>1</sub> , Q <sub>3</sub> )	Medyan (Q <sub>1</sub> , Q <sub>3</sub> )	
<b>MOKSL TOPLAM VE ALT ÖLÇEK PUANLARI</b>			
Kontrol	3 (0, 5)	1 (0, 2)	0,022*
Temizlik	4 (3, 6)	2 (2, 2)	0,001**
Yavaşlık	3 (1, 4)	0 (0, 1)	<0,001**
Kuşku	3 (2, 5)	2 (2, 3)	0,017*
Ruminasyon	5 (4, 6)	0 (0, 1)	<0,001**
MOKSL Toplam	18 (8, 23)	7 (6, 8)	0,001**
<b>CTQ TOPLAM VE ALT ÖLÇEKLERİ PUANLARI</b>			
Cinsel İstismar	5 (3, 9)	0 (0, 1)	<0,001**
Fiziksel istismar	6 (4, 7)	0 (0, 0)	<0,001**
Duygusal istismar	8 (5, 10)	0 (0, 0)	<0,001**
Duygusal ihmal	15 (6, 15)	5 (0, 5)	<0,001**
Fiziksel ihmal	8 (4, 10)	0 (0, 5)	<0,001**
CTQ Toplam	40 (34, 46)	9 (0, 10)	<0,001**

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test  
Q1: Birinci çeyreklik

\*p<0.05

\*\*p<0.01

Q3: Üçüncü çeyreklik

**Tablo 3:** Hasta grubunda CTQ ve MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek	Kadın	<sup>b</sup> p
	Ortalama (Q <sub>1</sub> , Q <sub>3</sub> )	Ortalama (Q <sub>1</sub> , Q <sub>3</sub> )	
<b>MOKSL TOPLAM VE ALT ÖLÇEK PUANLARI</b>			
Kontrol	1 (0, 3)	1 (0, 2)	0,663
Temizlik	2 (1, 3)	2 (1, 4)	0,324
Yavaşlık	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0,578
Kuşku	1 (1, 3)	2 (1, 5)	0,024*
Ruminasyon	0 (0, 1)	0 (0, 2)	0,083
MOKSL Toplam	6 (1, 7)	8 (2, 10)	0,014*
<b>CTQ TOPLAM VE ALT ÖLÇEKLERİ PUANLARI</b>			
Cinsel İstismar	4 (1, 6)	7 (4, 9)	0,256
Fiziksel istismar	5 (2, 7)	5 (2, 7)	0,329
Duygusal istismar	5 (3, 8)	10 (9, 15)	0,034*
Duygusal ihmal	12 (3, 14)	11 (8, 14)	0,176
Fiziksel ihmal	6 (2, 9)	8 (3, 10)	0,914
CTQ Toplam	35 (11, 48)	38 (14, 45)	0,878

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test  
Q1: Birinci çeyreklik

\*p<0.05

Q3: Üçüncü çeyreklik

**Tablo 4:** Hasta grubunda MOKSL toplam ve alt ölçek puanların eğitim durumuna göre değerlendirilmesi

MOKSL	Eğitim Durumu				Post-hoc testler		
	<sup>1</sup> İlköğretim	<sup>2</sup> Lise	<sup>3</sup> Üniversite	<sup>a</sup> p	P <sub>1-2</sub>	P <sub>1-3</sub>	P <sub>2-3</sub>
Kontrol	3,00±2,12	5,85±1,77	1,61±1,12	0,001**	0,024*	0,323	0,012*
Temizlik	4,8±2,16	7,14±2,26	3,23±2,31	0,008**	0,276	0,477	0,003**
Yavaşlık	2,6±1,14	4,14±1,46	1,92±1,32	0,014**	0,612	0,676	0,027*
Kuşku	3,2±1,09	4,85±1,21	2,53±1,45	0,007**	0,714	0,661	0,018*
Ruminasyon	5,4±2,07	5,71±2,21	4,07±2,87	0,289	0,463	0,324	0,414
<b>Toplam</b>	<b>15,2±4,2</b>	<b>25,28±5,49</b>	<b>11,53±6,13</b>	<b>&lt;0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,357</b>	<b>0,001**</b>

<sup>b</sup>Mann-Whitney U test (Bonferroni düzeltilmiş p değerleri verilmiştir)

<sup>c</sup>Kruskal-Wallis test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Q1: Birinci çeyreklik

Q3: Üçüncü çeyreklik

**Tablo 5:** Hasta grubunda obsesif kompulsif belirtilerle çocukluk çağı travmatik yaşantılar arasındaki ilişki

Hasta Grubu	Cinsel İstismar	Fiziksel İstismar	Duygusal İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal	CQT Toplam
Kontrol	0,016	-0,128	0,059	0,294	0,016	0,161
Temizlik	0,047	-0,215	0,039	0,100	-0,022	0,097
Yavaşlık	0,444*	0,124	0,411*	0,358	0,320	0,477*
Kuşku	0,366	-0,162	0,154	0,048	0,032	0,204
Ruminasyon	0,408*	0,096	0,317	0,263	0,139	0,382
<b>MOKSL Toplam</b>	<b>0,202</b>	<b>-0,121</b>	<b>0,113</b>	<b>0,147</b>	<b>0,001</b>	<b>0,177</b>

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

## 5. Tartışma

Sosyodemografik olarak, OKB' de yapılan cinsiyet bildirimi çalışmaları bakıldığında kadınlarda biraz daha fazla görüldüğü bildirilmekle birlikte erkekte ve kadında eşit olarak görülen kronik gidişli ve kişinin işlevselliğini etkileyen bir bozukluktur (Karno et al., 1988). Ülkemizde Lapsekili ve arkadaşların yaptıkları çalışmada OKB hastalarında cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştı (Lapsekili et al., 2010). Bir başka çalışmada Beşiroğlu ve arkadaşları da OKB hasta ve kontrol gruplarında cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadığını bildirmişlerdir (Beşiroğlu & Ağargün, 2006). Bizim çalışmamızda da OKB hasta grubunda cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise sadece kuşku alt ölçeğinde kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

OKB ve evlilik durumu incelendiğinde, OKB' deki klinik özelliklerin yol açtığı uyum problemleri sebebi ile hastaların evlenmeden kaçınmalarına ya da evliyseler sorun yaşamalarına sebep olduğu ile ilgili veriler bildirilmekle birlikte OKB hastalarının evlilik durumları ile ilgili farklı sonuçlar da sunulmaktadır (Karno et al., 1988). OKB sosyal ilişkilerde önemli olumsuz etkiler oluşturur ve sıklıkla aile ve evlilik uyumsuzluklarına, doyumsuzluklara, ayrılık ve boşanmalara neden olabilmektedir (Koran,

2000). Birçok çalışmada medeni durum hastalık gidişinin belirleyicisi olarak saptanmasa da bir çalışmada 107 OKB hastası incelenmiş, evlenmiş olmanın remisyon olasılığını belirgin bir şekilde artırdığı bildirilmiştir (Stekete & Eiese 1999). Çalışmalarda OKB hastalarının genel popülasyona göre daha düşük evlilik oranları olduğu bildirilmiştir (Koran, 2000). OKB tanısı konmuş olan 250 kişi medeni durumları yönünden incelendiğinde % 43' ün evlenmediği, % 52'sinin evli olduğu ve % 5'inin de boşanmış olduğu görülmüştür (Insel, 1990). 2004 yılında 15 farklı kültürde yapılan 15 çalışmanın derlendiği bir makalede OKB hastalarında evli olma oranlarının %69.2' yi bulabildiği bildirilmiştir (Fontenelle & Mendlowicz, 2004). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, hem Lapsekili ve arkadaşlarının çalışmasında hem de Karamustafaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında OKB hastalarında evli olma oranları bekar olma oranlarına göre daha yüksek bulunmuştur (Beşiroğlu & Ağargün, 2006; Karamustafaloğlu & Karamustafaloğlu, 2001). Beşiroğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise hasta ve kontrol grupları arasında medeni durum açısından anlamlı bir farkın saptanmadığı bildirilmiştir (Beşiroğlu & Ağargün, 2006). Bizim çalışmamızda OKB hastalarında evli olma oranı %44 olarak belirlenmiştir. Hasta ve kontrol grupları arasında ise medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda OKB grubuna ait eğitim durumu verileri %20 ilköğretim, %28 lise ve %52 üniversite olarak saptanmıştır. Literatürde OKB hastalarının eğitim durumları ile ilgili oranlar farklılık göstermektedir. Lapsekili ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ortaöğretim ve üzeri eğitime sahip hasta oranı %82 olarak bildirilmiştir (Lapsekili et al., 2010). Çilli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise en yüksek oran %63.2 ile ilköğretim grubunda görülmektedir (Çilli et al., 2004). Yaluç ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada ise %50 ile lise mezunlarının en yüksek orana sahip oldukları bildirilmiştir (Yaluç et al., 2003). Kendurkar ve Kaur'un yapmış oldukları çalışmada %44 ile üniversite eğitim düzeyi en yüksek oran olarak bildirilmiştir (Kendurkar & Kaur, 2008). Literatürde bizim çalışmamızı destekler nitelikte hasta ve kontrol grupları arasında öğrenim düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Karamustafaloğlu & Karamustafaloğlu, 2001; Lapsekili et al., 2010; Prasko et al., 2007).

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

Çalışmamızda hasta grubunun MOKSL toplam puan ortalaması 16.12 olarak saptanmıştır. Belloch ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada MOKSL toplam puan ortalaması 14 olarak bildirilmiştir (Belloch et al., 2006). Brown ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 12.01 olarak saptanmıştır (Brown et al., 1994).

Çalışmamızda yer alan hastalar obsesif kompulsif belirtiler açısından değerlendirildiğinde yüksekten düşüğe puan sıralaması ruminasyon, temizlik, kuşku, kontrol ve yavaşlık şeklinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar Lapsekili ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmayla uyumludur (Lapsekili et al., 2010). MacDonald ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada OKB hastalarında en yüksek puanı kontrol alt ölçeğinin aldığı bildirilmiştir (MacDonald et al., 1999). Brown ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise en yüksek puanı kuşku alt ölçeği almıştır (Brown et al., 1994). Türkbay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise erişkin grubunda en yüksek puanı kontrol alt ölçeğinin aldığı belirtilmiştir (Türkbay et al., 2000). Literatürde OKB hastalarında en çok görülen belirtiler kirlenme obsesyonu ve bunu izleyen temizlik kompulsiyonları, şüphe obsesyonları ve bunu izleyen kontrol kompulsiyonları olarak belirlenmiştir (Yurtsever & Sütcü, 2016). Çelikel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada en yüksek puanı temizlik alt ölçeğinin aldığı bildirilmiştir (Çelikel et al., 2009). Lensi ve arkadaşları kuşku ve bulaşma obsesyonları ile kontrol ve temizleme kompulsiyonlarını en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olarak belirlemişlerdir (Lensi et al., 1996). Demet ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kirlilik, bulaşma ve kuşku obsesyonları ile temizlik ve kontrol kompulsiyonlarının en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olduğunu belirtmişlerdir (Demet et al., 2005).

Çalışmamızda MOKSL ile hastalık şiddetini ölçmeyi hedeflemedik, obsesif kompulsif belirtilerin düzeyini ve türünü araştırmayı amaçladık, kontrol grubunun MOKSL toplam puan ortalaması 6.56 olarak saptanmıştır. Brown ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada MOKSL toplam puan ortalaması 3.57 olarak bildirilmiştir (Brown et al., 1994). MacDonald ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada MOKSL toplam puan ortalaması 7.8 olarak belirtilmiştir (MacDonald et al., 1999).

Çalışmamızda yer alan gönüllüler obsesif kompulsif belirtiler açısından değerlendirildiğinde yüksekten düşüğe puan sıralaması kuşku, temizlik, kontrol, ruminasyon ve yavaşlık şeklinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç Brown ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma ile Macdonald ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma tarafından desteklenmektedir. Brown ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada en yüksek puanı kuşku alt ölçeğinin aldığı bildirilmiştir (Brown et al., 1994). Macdonald ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da en yüksek puanı kuşku alt ölçeğinin aldığı belirtilmiştir (MacDonald et al., 1999). Julien ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada klinik olmayan örnekleme çalışmaya katılanların ortalama %93'ünde zihinlerine zorla giren düşüncelere sahip oldukları ve bu düşüncelerin evrensel nitelikler taşıdıkları belirtilmiştir (Julien et al., 2007). Hem OKB hastalarından hem de klinik olmayan bireylerden meydana gelen bir örnekleme yürütülen çalışmada, klinik olmayan kişilerin %54.7'inde kontrol etme, yıkanma, düzenleme ve belirli nesnelere kaçınma gibi ritüel davranış biçimlerinin görüldüğü bildirilmiştir (Muris et al., 1997).

Çalışmamızda OKB tanısı almış kişilerle sağlıklı bireyler çocukluk çağı travmatik yaşantılar açısından karşılaştırılmıştır. CTQ toplam ve tüm alt ölçeklerinde, hasta grubunun puanlarının kontrol grubunun puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hasta grubunda CTQ toplam ve alt ölçek puanları cinsiyete göre incelendiğinde; sadece duygusal istismar alt ölçeğinde, kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek düzeyde puan aldıkları belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise CTQ toplam ve alt ölçeklerinde cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır.

CTQ toplam puanları hasta grubunda 39.28 ve kontrol grubunda 5.40 belirlenmiştir. Hasta grubunda en yüksek puanı 12.32 puan ortalaması ile duygusal ihmal alt ölçeği alırken, kontrol grubunda da 2.84 puan ortalaması ile en yüksek puanı duygusal ihmal alt ölçeği almıştır.

Mathews ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada deneklerin %30'unun bildirişi ile en yüksek puanı duygusal ihmal alırken çocukluk çağı travmatik yaşantılarının OKB gelişimi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Mathews et al., 2008). Lochner ve arkadaşları bir çalışmada OKB ve trikotillomani hastalarını sağlıklı gönüllülerle çocukluk çağı travmatik yaşantıları açısından değerlendirmişler ve çalışmamızı destekler nitelikte olarak hem OKB hem de trikotillomani hastalarında sağlıklı gönüllülere göre çocukluk çağı travmaları bildirimlerinin daha çok olduğunu aktarmışlardır (Lochner et al., 2002). Bu çalışmada OKB hastalarında CTQ toplam puanı 40.8 olarak bildirilirken en yüksek puanları duygusal istismar (10.3) ve duygusal ihmal (10.1) alt ölçeklerinin aldığı belirtilmiştir (Lochner et al., 2002). Saunders ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına maruz kalmış kişilerin, maruz kalmamış kişilere göre yetişkinlik döneminde daha fazla majör depresyon, OKB ve cinsel bozukluklar görüldüğü aktarılmıştır (Saunders et al., 1992). Ross ve arkadaşlarının DSM IV tanı kriterlerine göre anksiyete bozuklukları (panik bozukluk, sosyal fobi ya da OKB) tanısı almış 125 hasta ile yaptıkları bir araştırmada, cinsel istismar ve anksiyete bozuklukları arasında anlamlı ilişkiler saptandığı bildirilmiştir (Stein et al., 1996). Hemmings ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da çocukluk çağı travmalarının, özellikle duygusal istismar ve ihmalin OKB gelişimini önemli ölçüde etkilediği ortaya konmuştur (Hemmings et al., 2013).

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

Dinn, Haris ve Raynard'ın posttravmatik OKB'yi ele aldıkları çalışmada çocukluk çağı tecrübe edilen travmatik yaşantıların obsesyonların sıklığını ve yoğunluğunu arttırabileceği ve düşüncenin içeriğini etkileyebileceği üzerinde durulmuştur (Dinn et al., 1999). Çalışmamızda obsesif kompulsif belirti çeşitleri çocukluk çağı travmatik yaşantılar arasındaki ilişki hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda incelenmiştir. Araştırmamızın sonuçlarına göre hasta grubunda yavaşlık alt ölçeği ile CTQ toplam, cinsel istismar ve duygusal istismar alt ölçekleri arasında ve ruminasyon alt ölçeği ile cinsel istismar alt ölçeği arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. İsrail de cinsel istismar ve OKB arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, OKB tanısı almış 30 hastanın %53.3'ünde çocukluk çağı cinsel istismar yaşantılarına rastlandığı aktarılmıştır (Caspı et al., 2008). Lochner ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, dürtüsellik ile duygusal istismar arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Lochner et al., 2005). Lockwood ve arkadaşlarının yeme bozukluğu olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada, hastalarda bulunan kompulsif belirtilerde çocukluk çağı travmaların rolü araştırılmış ve

temizlik kompulsiyonlarının cinsel istismarla aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Lockwood et al., 2004). Lochner ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantılarından sadece duygusal ihmalin OKB ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Lochner et al., 2002). Mathews ve arkadaşları, yaptıkları çalışma sonucunda duygusal istismar ve ihmalin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğunu aktarmışlar ve duygusal ihmal ve istismara maruz kalan kişilerin ilerleyen yaşamlarında OKB gelişimi açısından risk grubunda olabileceği yorumunda bulunmuşlardır (Mathews et al., 2008). Ülkemizde yapılan bir araştırmada Akpınar ve arkadaşları, çalışmaya katılan OKB hastalarının %15' inin cinsel istismara maruz kaldığını ve duygusal istismar ile ensestin cinsel obsesyonla seyreden OKB ile ilişkili olduğunu aktarmışlardır (Akpınar et al., 2013).

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

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, birçok araştırmada farklı psikolojik bozukluklara etkisi için araştırılmıştır. Ancak klinik örneklemde sağlıklı kişilerle obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastalarla çalışma sayısı çok azdır. Çelikel ve Beşiroğlu' nun yaptıkları çalışma klinik olmayan örneklemde çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemektedir (Çelikel, Beşiroğlu; 2008). Akpınar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma klinik örnekleme dayanmasına rağmen cinsel obsesyonlarla seyreden OKB hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantıların varlığına odaklanılmıştır (Akpınar et al., 2013).

Mathews ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da klinik olmayan örneklemde obsesif kompulsif belirtilerle çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki incelenmiştir (Mathews et al., 2008). Lochner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma, bizim çalışmamıza benzer olarak klinik örnekleme; obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılar araştırılmış ve bizim çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlar elde edilmesine rağmen bu çalışmada ise obsesif kompulsif belirti dağılımı ve travma alt tiplerinin ilişkileri incelenmemiştir (Lochner et al., 2002). Bu bilgiler ışığında çalışmamız önem arz etmektedir.

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

## 6. Sonuç

Çalışmamızın sonuçlarına göre, OKB tanısı almış hastalarda sosyodemografik özellikler açısından benzer

hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha yüksek düzeyde çocukluk çağı travmatik yaşantılar bulguları saptanmıştır. Hasta grubunda, MOKSL toplam ve alt ölçek puanlarında cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. MOKSL toplam ve alt ölçek puanları hasta grubunda eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, ruminasyon alt ölçeği dışında tüm alt ölçek puanlarının ve toplam puanın eğitim durumu lise olan hastalarda istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanında, hasta grubunda MOKSL yavaşlık alt ölçeği ile CTQ toplam puanları, cinsel istismar ve duygusal istismar alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

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

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

## Yazarların Görevleri:

**Salih Kivılcım:** Vakaların Toplanması, Makalenin Yazımı

**Habib Erensoy:** Vakaların Toplanması, Makalenin Yazımı, İstatistik Hazırlanması

**Hasan Mervan AYTAÇ:** Makalenin Yazımı, Referansların Taranması ve Düzenlenmesi, Makalenin Dergiye Göre Düzenlenmesi

## Kaynakça

Aker T., Önder E. Psychological trauma and its consequences. (2003) Önder E, editör. Psikolojik Travma ve Sonuçları. İstanbul: 5US Yayınları, p.105-20.

Akpınar, A., Bakım, B., Alpak, G., Çevik, M., Yavuz, B. G., & Karamustafaloğlu, O. (2013). Childhood trauma, sexual functions, psychiatric comorbidity and socio-demographic data in obsessive-compulsive disorders with sexual obsessions. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 40(2), 183-91.

Barlas O., Kulaksızoğlu IB., Gurvit H., Goker B., Solmaz B., Berkol T. (2008) Dirençli Obsesif Kompulsif Bozuklukta Cerrahi Tedavi: Anterior Kapsülotomi, Sinir Sistemi Cerrahisi Derg, 1(2), 86-92

Bayaktar E. (1997) Obsessive Compulsive Disorder. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1), 25-32.

Bayar R., Yavuz M. (2008) Obsessive Compulsive Disorder. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye' de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62(1), 185-92.

Belloch, A., Morillo Prats, C., & García-Soriano, G. (2006).

Obsession subtypes: relationships with obsessive-compulsive symptoms, dysfunctional beliefs and thought control strategies. *Revista de Psicopatologia*, 11(2), 65-78.

Beşiroğlu, L., & Ağargün, M. Y. (2006). The correlates of healthcare seeking behavior in obsessive-compulsive disorder: a multidimensional approach. *Turkish journal of Psychiatry*, 17(3) 213-22.

Breslau, N. (2002, April). Psychiatric morbidity in adult survivors of childhood trauma. In *Seminars in clinical neuropsychiatry* (Vol. 7, No. 2, pp. 80-88).

Brown, G. W. (2002). Measurement and the epidemiology of childhood trauma. In *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* (Vol. 7, No. 2, pp. 66-79). Elsevier Publishing.

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

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.

Çelikel ÇF., Yılmazbingöl T., Yıldırım D., Tel H., Erkorkmaz Ü. (2009) Eating attitudes in patients with obsessive compulsive disorder. *Nöropsikiyatri Arşivi* 46(3), 86-90.

Çelikel H., Beşiroğlu L. (2008) Non-clinical samples; childhood traumatic experiences, dissociation and obsessive-compulsive symptoms. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 75-83.

Çilli AS., Telcioğlu M., Aşkın R., Bodur S., Kucur R. (2004) Twelve Month Prevalence of Obsessive Compulsive Disorder in Konya. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 367-74.

De Silva, P., & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 941-951.

Demet, M. M., Devenci, A., Deniz, F. İ. L. İ. Z., Taşkın, E. O., Şimşek, E., & Yurtsever, F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(3), 133-144.

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

Ellason JW., Ross CA. (1997) Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychol Rep*, 80(2), 447-50.

Erol N., Kılıç C., Ulusoy M., Keçeci M., Şimşek Z. (1998) Turkey mental health profile. Kılıç C, editör. *Türkiye Ruh Sağlığı Raporu*. 1. Baskı. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, p.80-2.

Eşel E. (2000) [The biology of obsessive-compulsive disorder]. *Klinik Psikiyatri*, 3(1), 46-55.

Evren C., Öge K. (2003) Dissociative symptoms among alcohol and substance dependents and its relationships with childhood trauma history, depression, anxiety, and alcohol/substance use. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(1), 30-7.

Evren, C., Ustunsoy, S., & Cakmak, D. (2003). Dissociative symptoms among alcohol and substance dependents and its relationship with childhood trauma history, depression, anxiety, and alcohol/substance use. *Anatol J Psychiatry*, 4, 30-7.

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

Gölge ZB. (2005) Psychological Problems Occurring After Sexual]. *Nöropsikiyatri Arşivi* 42(1) 19-28.

Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*, 49(12), 1023-1039.

Hemmings, S. M. J., 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.

Insel, T. R. (1990). Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry* 51(2), 4-8..

Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical psychology review*, 27(3), 366-383.

Karamustafaloğlu KO., Karamustafaloğlu N. (2001) Obsessive-compulsive Disorder and Comorbid Conditions. *Psikiyatri Dünyası*, 5(2), 62-7.

Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, 45(12), 1094-1099.

Kendurkar, A., & Kaur, B. (2008). Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ?. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 10(4), 299.

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

Lapsekili N., Uzun Ö., Ak M. (2010) Sensation Seeking Behavior in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 170-6.

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

Levitan, R. D., Parikh, S. V., Lesage, A. D., Hegadoren, K. M., Adams, M., Kennedy, S. H., & Goering, P. N. (1998). Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1746-1752.

Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., ... & Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and anxiety*, 15(2), 66-68.

Lochner, C., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Niehaus, D. J., Nel, D. G., Corfield, V. A., ... & Stein, D. J. (2005). Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Comprehensive psychiatry*, 46(1), 14-19.

Lockwood, R., Lawson, R., & Waller, G. (2004). Compulsive features in the eating disorders: a role for trauma?. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(3), 247-249.

MacDonald, P. A., Antony, M. M., MacLeod, C. M., & Swinson, R. P. (1999). Negative priming for obsessive-compulsive checkers and noncheckers. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 679-686.

Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, 25(9), 742-751.

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

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.

Özen, Ş., Subaşı, M., Yıldırım, A., Baştürk, M., & Bez, Y. (2010). Problem solving skills and childhood traumas in patients who self-injured by punching glass during an anger outburst. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*; 1(1), 25-30.

Prasko J., Raszka M., Diveky T., Grambal A., Kamaradova D., Koprivova J. et al. (2010) Obsessive compulsive disorder and dissociation-comparison with healthy controls. *Biomed Pap*, 154(2), 179-83.

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), 1054-63.

Saunders, B. E., Villepontoux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(2), 941-51.

Schäfer, M., Schnack, B., & Soyka, M. (2000). Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50(2), 38-50.

Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., & Hazen, A. L. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *The American journal of psychiatry*, 153(2), 275-7.

Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 89(3), 229-238.

Tek, C., Uluğ, B., Rezaki, B. G., Tanriverdi, N., Mercan, S., Demir, B., & Vargel, S. (1995). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(6), 410-413.

Tosun, A., & Irak, M. (2008). Adaptation, Validity, and Reliability of the Metacognition Questionnaire-30 for the Turkish Population, and its Relationship to Anxiety and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(1) 67-80.

Türkbay, T., Doruk, A., Erman, H., & Söhmen, T. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun belirti dağılımının ve komorbiditesinin çocuk ve ergenler ile erişkinler arasında karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 86-91.

Vardar E. (2000) Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(3), 153-9.

Yaluğ, İ., Kocabaşoğlu, N., Aydoğan, G., & GÜNEL, B. (2003). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozuklukta Depresyon ve Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16, 28-34.

Yılmaz G., İştien N., Ertan Ü., Öner A. (2003) [Child abuse: a case report]. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(4), 295-8.

Yurtsever, S. S., & Sütçü, S. T. (2016). Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*, 8, 39-60.

Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(6), 381-387.