

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
BAĞLANMA BİÇİMİNİN OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERİ İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Busenur Gülcan SEVEN

Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Halil EKŞİ

NİSAN, 2023

ONAY SAYFASI

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans / Doktora tezi olarak sunduğum “Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Obsesif Kompulsif Belirtileri İle İlişkisinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça ’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (.../.../20..)

Busenur Gülcan SEVEN

ÖNSÖZ

Tez yazma sürecimin her aşamasında anlayış ve özveriyle zaman ayırıp beni destekleyen, önerileriyle tezime büyük katkılarda bulunan çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Halil EKŞİ'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Kendisinin akademik duruşunun ve vizyonunun bundan sonraki akademik hayatımda bana yol göstereceği için kendimi şanslı hissediyorum.

Tez jürime katılımları, çok değerli öneri ve katkılarından dolayı Prof. Dr. Ömer ÖZYILMAZ, Prof. Dr. Halil EKŞİ, Doç. Dr. Şahide Güliz KOLBURAN, Doç. Dr. Durmuş ÜMMET, Dr. Öğr. Üyesi Engin EKER'e çok teşekkür ederim.

İstanbul Aydın Üniversitesi Psikoloji ve Klinik Psikoloji Bölümü'ndeki eğitim hayatımda çok değerli bilgilerini, tecrübelerini ve psikolojiye bakış açılarını dinleme imkânı bulduğum değerli hocalarıma, en içten teşekkürlerimi sunarım. İstanbul Aydın Üniversitesi'ndeki eğitimimde araştırmacı kimliğini edinmem konusunda beni destekleyen ve hayat görüşleriyle bana örnek olan çok kıymetli hocalarıma hepsine çok teşekkür ederim. Tezimin verilerinin toplanmasında emeği geçen gönüllü katılımcılara çok teşekkür ederim.

Bana sevildiğimi her daim hissettiren, her adımda yanımda olup beni destekleyen, her anımı güzel kılan ve her daim desteğini hissettiğim, hedeflerime doğru ilerlememde verdikleri destekle bana yardımcı olan ve kendimi "şanslı" olarak nitelendirme sebeplerim olan sevgili annem Asiye SEVEN'e, babam Metin SEVEN'e ve kardeşim Yusuf Berk SEVEN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nisan, 2023

Busenur Gülcan SEVEN

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞLANMA BİÇİMİNİN OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırmada da üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçiminin obsesif kompulsif belirtileri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya %49,8'i kadın (n=202) ve % 50,2'si (n=204) erkek olmak üzere 406 üniversite öğrencisi dahil edilmiştir. Araştırma verilerinin elde edilmesinde Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Obsesif İnanışlar Ölçeği ve Vancouver Obsesif - Kompulsif Envanter kullanılmıştır. Veriler SPSS 26.0 programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Üniversite öğrencilerinde fiziksel ihmal düzeylerinin erkek katılımcılarda kadın katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu ve cinsiyete göre farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcılarda güvenli, kaçınan ve kaygılı/kararsız bağlanma düzeylerinin orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kaygılı/kararsız bağlanma düzeyinin erkeklerde daha yüksektir. Araştırmada katılımcıların sorumluluk/tehlike beklentisi, mükemmellik/kesinlik, önem verme/düşüncelerin kontrolü ve obsesif inanış düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Obsesyon ve biriktirme alt boyutlarında erkekler kadın katılımcılardan daha yüksek puan almıştır. Araştırma sonucuna göre üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travma, bağlanma stilleri, obsesif inanışlar ve obsesif-kompulsif belirtiler arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travma, Bağlanma, Obsesif İnanış, Üniversite

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF CHILDHOOD TRAUMA AND ATTACHMENT TYPE AND OBSESSIVE COMPULSORY SYMPTOMS IN UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT

In this study was aimed to examine the relationship between childhood traumas and attachment style and obsessive-compulsive symptoms in university students. 406 university students, 49.8% female (n=202) and 50.2% male (n=204), were included in the study. Sociodemographic Information Form, Childhood Trauma Scale, Adult Attachment Style Scale, Obsessive Beliefs Scale and Vancouver Obsessive - Compulsive Inventory were used to obtain research data. The data were evaluated with the help of SPSS 26.0 program. It was determined that the level of physical neglect in university students was higher in male participants than in female participants and differed according to gender ($p<0.05$). It was concluded that the secure, avoidant and anxious/ambivalent attachment levels of the participants were moderate. Anxious/ambivalent attachment level is higher in males. In the study, it was found that the participants' level of responsibility/danger expectation, perfection/certainty, importance/control of thoughts and obsessive belief were moderate. In the sub-dimensions of obsession and hoarding, boys scored higher than girls. In the study, there was a difference only in the sub-dimension of indecision according to the presence of psychiatric disease. According to the results of the research, it was concluded that there is a relationship between childhood trauma, attachment styles, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms in university students.

Keywords: Childhood trauma, Attachment, Obsessive Belief, University

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ONAY SAYFASI	3
ONUR SÖZÜ	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	ix
I. GİRİŞ.....	1
A. Problem Durumu	1
B. Araştırmanın Amacı	3
C. Araştırmanın Hipotezleri	3
D. Araştırmanın Sayıltıları	4
E. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
II. KURAMSAL ÇERÇEVE	5
A. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	5
1. Obsesyon kavramı	5
2. Obsesif kompulsif bozukluk epidemiyolojisi	7
3. Obsesif kompulsif bozukluk etiyolojisi	10
4. Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel modeli	10
B. Çocukluk Çağı Travmaları.....	12
1. Çocuklukta ihmal ve istismar türleri	12
a. Fiziksel ve duygusal ihmal.....	12
c. Fiziksel istismar	13
d. Duygusal İstismar	14
e. Cinsel İstismar	14

C. Bağlanma ve Bağlanma Biçimleri.....	15
1. Güvenli Bağlanma.....	15
2. Kaygılı/Kararsız Bağlanma.....	16
3. Kaçınan Bağlanma	17
D. Araştırma Değişkenlerinin İlişkisine Dair Literatür	17
1. Çocukluk Çağı Travma ve Bağlanma Biçimi İlişkisi.....	17
2. Çocukluk Çağı Travma ve Obsesif Kompulsif Belirtileri İlişkisi.....	19
3. Bağlanma Biçimi ve Obsesif Kompulsif Belirtileri İlişkisi.....	20
III. YÖNTEM.....	21
A. Araştırma Çalışma Grubu	21
B. Araştırma Verilerinin Elde Edilmesi	21
C. İstatiksel Analiz.....	24
IV. BULGULAR	25
A. Sosyodemografik Verilere İlişkin Bulgular	25
B. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğine İlişkin Bulgular	26
C. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğine (EBBÖ) İlişkin Bulgular	29
D. Obsesif İnanışlar Ölçeğine (OIÖ) İlişkin Bulgular	31
E. Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanterine (VOKE) İlişkin Bulgular	32
F. Değişkenler Arası İlişkiye Dair Bulgular	33
V. TARTIŞMA.....	37
A. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğine İlişkin Tartışma	37
B. Erişkin Bağlanma Ölçeğine İlişkin Tartışma	38
C. Obsesif İnanışlar Ölçeğine (OIÖ) İlişkin Tartışma	39
D. Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanterine (VOKE) İlişkin Tartışma	40
E. Değişkenler Arası İlişkiye Dair Tartışma	40
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
A. Sonuç	45
B. Öneriler	46
VI. KAYNAKÇA	47
EKLER.....	63
ÖZGEÇMİŞ.....	72

KISALTMALAR LİSTESİ

ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
EBBÖ	: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
OİÖ	: Obsesif İnanışlar Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
VOKE	: Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri

ÇİZELGELER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 1 Araştırma ölçeklerine ilişkin Cronbach alpha katsayı değerleri	24
Çizelge 2 Katılımcılara ilişkin sosyodemografik özelliklerin dağılım oranları	25
Çizelge 3 Çocukluk çağı travma ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamaları	26
Çizelge 4 Cinsiyet göre çocukluk çağı travma ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamaları	27
Çizelge 5 Psikiyatrik hastalık varlığına göre çocukluk çağı travma ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	28
Çizelge 6 Ailede psikiyatrik hastalık tanısı varlığına göre çocukluk çağı travma ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	29
Çizelge 7 Erişkin bağlanma biçimi ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamaları	30
Çizelge 8 Cinsiyet göre erişkin bağlanma biçimi ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	30
Çizelge 9 Obsesif inanışlar ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamaları	31
Çizelge 10 Cinsiyet göre obsesif inanışlar ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	31
Çizelge 11 Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanterine ilişkin alt boyut puan ortalamaları	32
Çizelge 12 Cinsiyete göre Vancouver obsesif-kompulsif envanterine ilişkin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	33
Çizelge 13 Araştırma ölçek alt boyut puanları arasında korelasyon sonuçları	34

I. GİRİŞ

A. Problem Durumu

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), istemsiz olarak zihni meşgul eden, kişide sıkıntı oluşturan fikir, görüntü veya dürtülerden ibaret obsesyonlar ve bunların ortaya çıkardığı sıkıntıdan kurtulmak için yapılmak zorunda hissedilen davranışsal ya da zihinsel tepkilerle tanımlanan kompulsiyonların bulunduğu bir tür psikiyatrik bozukluktur. OKB; iş gücü kaybı, hayat kalitesinde azalma, hastane yatışları ve ekonomik kayıplar gibi birçok istenmeyen duruma yol açmaktadır. Şu ana kadar yapılmış olan birçok çalışmaya rağmen OKB'nin etiyojisi henüz aydınlatılamamıştır.

Bireyin savunmasız olduğu ve en çok korunmaya ihtiyacı olduğu dönemde yaşadığı travmatik olayların nörobiyolojik değişiklikler oluşmasında ve ileri yaşlarda psikiyatrik hastalık gelişmesinde risk faktörü olduğu bilinmektedir (Diaz vd., 2015). Çocukluk çağı travması, 18 yaşından küçük insanların doğrudan yaşadıkları ya da tanıklık ettikleri, tehdit edici veya korkunç bir olaya maruz kalmak olarak tanımlanmaktadır. Bu çağda yaşanan travmatik deneyimler insan hayatı boyunca yaşanan travmatik deneyimlerin %25'ini oluşturabilmektedir. Ayrıca, yetişkinlikte ortaya çıkan travma sonrası stres tepkileri, çocukluk çağına ilişkin olaylara bağlı olarak gelişebilmektedir (Akbulan, 2020).

Çocukluk çağı travmalarında erken çocukluk döneminden itibaren bireylerin travmatik yaşam deneyimleri istismar ve ihmal sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu yaşantıların neden olduğu bozucu etkiler çocuğun gelişimi nedeniyle baş edebilmesine imkan tanımayan düzeydedir. Bu travmatik yaşantıların bir diğer sonucu da bireyin gelişimi üzerindeki olumsuz etkileridir. Çocukluk çağı travmalarının etkileri uzun süre devam etmekte, korkutucu ve dehşete düşüren bu olaylardan korunma ihtiyacı da davranışsal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Yalçın vd., 2015). Çocukluk çağı travmaları, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal deneyimlerini ifade etmek için kullanılır. Bu travmaların

izleri uzun süre devam eder ve bireylerin psikolojileri üzerinde tahrip edici bir özelliğe sahiptir (Demirkapı, 2013; Erök Özkapu, 2020).

Bağlanma biçimi ise; yaşamın erken dönemlerinde işlev görmeye başlayan ve bütün yaşam boyunca önemini sürdüren bağlanma süreçleri, psikopatolojinin ortaya çıkışını anlamamız için kuramsal bir çerçeve sunmaktadır. Bağlanmanın güvenilirliği hakkında duyulan kaygı uyum için gerekli, normal gelişimsel bir durumdur (Masterson, 2015). Bireyin kişisel yeterlilik duygusuna ve olumlu benlik değerine sahip olması, güvenli bağlanma geliştirmesine dayanır. Güvenli bağlanma sağlıklı duygusal ve sosyal gelişimi sağlar, bireyi stres yaratan koşullardan koruyarak sağlıklı gelişim süreçleri ile ilişkilendirilmiştir. Güvensiz (kaygılı) bağlanma ise yaşamın ilerleyen dönemlerinde psikopatolojinin ortaya çıkışı ile ilişkilendirilmiştir (Masterson, 2015).

OKB hastalarının %82'sinde travma öyküsü saptanmıştır (Gershuny vd., 2008). Obsesif semptomların şiddeti ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (Donahue, 2001; Heim ve Nemeroff, 2001; Tükel vd., 2002; Mathews vd., 2008). Obsesif kompulsif belirtilerin ilk ortaya çıkış nedeni olabileceği, öncesinde rahatsız etmeyen düşüncelerin obsesif nitelikte düşüncelere dönüşmesinde rolünün olabileceği (Silva ve Marks, 2001), düşüncelerin yoğunluğunun ve sıklığının artış göstermesine neden olabileceği (Dinn vd., 1999) ve ayrıca düşüncelerin içeriğine de etkisi olabileceği (Sasson vd., 2005) düşünülmektedir. Carpenter ve Chung (2011)'in OKB hastalarında yaptığı bir çalışmada kontrol grubuna göre fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının yüksek, cinsel istismar puanları açısından ise fark olmadığını bulmuşlardır. Özellikle duygusal ihmal puanlarının yüksek bulunduğu bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının obsesif belirtiler gelişiminde etkisi olabileceği bildirilmiştir (Lochner et al., 2002). Üniversite öğrencileri üzerinde çalışma yapan Mathews et al. (2008) OKB'nin duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile alakalı olduğunu, fiziksel istismar ve duygusal istismarın tek başına semptomların şiddetinde artış ile alakalı olduğunu gözlemlemişlerdir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan benzer bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının OKB'den çok disosiyatif bozukluklar ile alakalı olduğu, düşüncelere kapılma ve dürtü puanları üzerinde çocukluk çağı travmalarının etkili olduğu, temizlik, kontrol ve kesinlik puanları üzerinde ise etkili olmadığı görülmüştür (Sasson et al., 2005). Farklı bir çalışmada ise çocukluk çağı travmalarının özellikle düşüncelere kapılma ve dürtü puanları ile ilişkisinin olduğu görülmüştür. Aynı

çalışmada duygusal ihmal puanı yüksek olan kişilerde dürtüler, düşüncelere kapılma, kontrol ve padua envaterinin (PE) toplam puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Duygusal istismar puanı fazla olanlarda düşüncelere kapılma ve dürtü puanlarının yüksek olduğu görülmüş olup aralarında anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. Fiziksel istismar ile obsesif belirtiler arasındaki korelasyon anlamlı kabul edilmemiştir (Demirci, 2016). Bu araştırmada da üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçiminin obsesif kompulsif belirtileri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

B. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada da üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçiminin obsesif kompulsif belirtileri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmanın ikincil amacı üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı, bağlanma biçimi ve obsesif kompulsif belirtilerin demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini de ortaya koymaktır.

C. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile sosyodemografik (cinsiyet, psikiyatrik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı) değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır.

H2: Üniversite öğrencilerinde bağlanma biçimleri ile sosyodemografik (cinsiyet) değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır.

H3: Üniversite öğrencilerinde obsesif kompulsif inançları ile sosyodemografik (cinsiyet) değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır.

H4: Üniversite öğrencilerinde obsesif kompulsif belirtileri ile sosyodemografik (cinsiyet) değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır.

H5: Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile bağlanma biçimleri arasında anlamlı ilişki vardır.

H6: Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif inançları arasında anlamlı ilişki vardır.

H7: Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtileri arasında anlamlı ilişki vardır.

H8: Üniversite öğrencilerinde bağlanma biçimleri ile obsesif kompulsif inançları arasında anlamlı ilişki vardır.

H9: Üniversite öğrencilerinde bağlanma biçimleri ile obsesif kompulsif belirtileri arasında anlamlı ilişki vardır.

H10: Üniversite öğrencilerinde obsesif kompulsif inançları ile obsesif kompulsif belirtileri arasında anlamlı ilişki vardır.

D. Araştırmanın Sayıtları

- Araştırmanın örnekleme evreni temsil etme yeterliliğine sahiptir.
- Araştırmaya katılan bireylerin Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Obsesif İnanışlar Ölçeği ve Vancouver Obsesif - Kompulsif Envanterinde yer alan soruları içtenlikle ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevapladıkları varsayılmaktadır.
- Araştırmada kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Obsesif İnanışlar Ölçeği ve Vancouver Obsesif - Kompulsif Envanteri araştırılması planlanan nitelikleri doğru bir şekilde ölçeceği varsayılmaktadır.

E. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın örnekleme araştırılmaya gönüllü olarak katılan 406 üniversite öğrencisi ile sınırlıdır.
- Araştırmada elde edilen veriler Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Obsesif İnanışlar Ölçeği ve Vancouver Obsesif - Kompulsif Envanterinin ölçtüğü verilerle sınırlıdır.

II. KURAMSAL ÇERÇEVE

A. Obsesif Kompulsif Bozukluk

1. Obsesyon kavramı

OKB, obsesyon ve/veya kompulsiyonlarla seyreden, genellikle kronik, bazen periyodik alevlenmelerle seyreden ve kişinin işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen bir psikiyatrik bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Obsesyonlar, istem dışı olarak ortaya çıkan, kişiyi rahatsız eden, kaygı yaratan, bilinçli bir çabayla zihinden uzaklaştırılmayan, inatçı ve tekrarlayıcı düşünce, dürtü veya imgelerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Kompulsiyonlar, obsesyonları etkisiz hale getirmek için geliştirilmiş tekrarlayıcı davranışlar ve/veya zihinsel eylemlerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Kompulsif eylemlerin bu amaçla gerçekçi bir ilişkisi yoktur veya açıkça abartılmıştır (Güleç vd., 2007). İlk olarak obsesyonların neden olduğu kaygıyı azaltmaya başlayan kompulsiyon, zamanla kontrol edilemez bir düzeye ulaşır ve bu tekrarlayan eylemin kendisi sıkıntı yaratır ve kişinin işlevselliğini bozar. Böylece kırılması zor bir kısır döngü oluşur (Şenormancı vd., 2012).

Obsesif kompulsif belirtiler genellikle egodistonik olarak gözlenir ve kişinin mantığına, ahlaki anlayışına ve inançlarına aykırı olarak kişi tarafından kabul edilemez olarak değerlendirilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). OKB hastalarında %9-36 oranında obsesyonlar absürt kabul edilmez ve bunlara direnç gösterilmez ve bu durumda içgörüsü bozuk OKB'den bahsedilir (Elvish et al., 2010; Catapano et al., 2010; Jakubovski et al., 2011; Cherian et al., 2012).

Obsesif Kompulsif Bozukluk için DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Obsesyonların, kompulsiyonların veya her ikisinin varlığı Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Bazen zorlamalı ve kasıtsız olarak deneyimlenen ve çoğu insanda önemli endişe veya sıkıntıya yol açan, tekrarlayan ve sürekli düşünceler, dürtüler veya görüntüler.

2. Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da görüntüleri görmezden gelmeye ya da bastırmaya çalışır ya da (bir zorlama yaparak) başka bir düşünce ya da eylemden kurtulmaya çalışır.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak veya sanki ona göre hareket etmeye zorlanıyormuş gibi tekrarlayıcı davranışlar (örneğin el yıkamak, düzenleme yapmak, kontrol etmek) veya zihinsel eylemler (örneğin dini değeri olan sözler söylemek, saymak, kelimeleri sessizce tekrarlamak) katı kurallara.

2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıyı korumak ya da azaltmak ya da korkulan bir olay ya da durumdan kaçınmak amacıyla yapılır.

Bununla birlikte, bu tür davranışlar veya zihinsel eylemler, etkisiz hale getirilmesi veya korunması amaçlanan veya açıkça aşırı düzeyde olan durumlarla gerçekçi bir şekilde ilişkilendirilmez.

Not: Küçük çocuklar bu davranışların veya zihinsel eylemlerin amaçlarını ifade edemeyebilirler.

B. Obsesyonlar veya kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (örneğin günde bir saatten fazla sürer) veya klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, işle ilgili alanlarda veya diğer önemli işlevsel alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olur.

C. Obsesif kompulsif belirtiler, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, uyuşturucu) veya başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı endişeler; beden dismorfik bozukluğunda olduğu gibi dış görünüşe yoğun biçimde odaklanmak; biriktirme bozukluğunda olduğu gibi, sahip oldukları şeyleri elden çıkarmada ya da onlardan kopmada güçlük trikotillomanide olduğu gibi saç yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi deri yolma; stereotipik hareket bozukluğunda olduğu gibi klişe davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeler veya kumar hakkında düşünmeye devam etme; düşünmeye devam etme sağlık kaygısında bir hastalığınız olduğunu; cinsel sapkınlıklarda olduğu gibi cinsel dürtüler veya fanteziler; yıkıcı, dürtü kontrol ve davranış bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; majör depresif bozuklukta olduğu gibi suçlulukla ilgili entelektüel arayışlar; şizofreni bağlamında olduğu gibi düşünce sokma veya sanrısız arayışlar ve psikoz veya tekrarlayan davranışsal patin eşlik ettiği diğer bozukluklarda otizm spektrum bozukluğunda olduğu gibi).

Şu durumlarda belirtin:

İyi veya adil içgörü ile: Kişi, obsesif kompulsif bozukluk inançlarının kesinlikle veya muhtemelen doğru olmadığını veya doğru olabileceğini veya olmayabileceğini ayırt eder.

Zayıf içgörü ile: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluk inançlarının muhtemelen doğru olduğunu düşünüyor.

İçgörü eksikliği/sanrısız inançlar ile: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluk inançlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanır.

Şu durumlarda belirtin:

Tik ile ilgili OKB: Kişinin mevcut veya geçmişte bir tik bozukluğu

2. Obsesif kompulsif bozukluk epidemiyolojisi

Obsesif kompulsif belirtiler, kişiler tarafından her zaman bir yakınma olarak ifade edilmez. Bu durum OKB tanısını engeller, sıklığını ve yaygınlığını belirlemeyi zorlaştırır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). 1980'lerin ortalarına kadar OKB çok nadir görülen bir hastalık olarak kabul edilmiştir. OKB'nin mevcut epidemiyolojik durumunu ortaya koyan çalışma 1984 yılında ABD'de yapılan Epidemiyolojik Alan Araştırmasıdır. Bu çalışmada OKB, fobiler, madde kullanımı ve majör depresif bozukluktan sonra en sık görülen dördüncü psikiyatrik hastalık olarak bildirilmiştir. DSM ölçütlerine göre yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2,5-3, yıllık yaygınlığı ise %1,5 olarak bulunmuştur (Işık vd., 2008).

Daha sonraki çalışmalarda bu oranlara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kanada'da yapılan bir çalışmada OKB prevalansı %2,9 olarak belirtilmiştir (Kolada vd., 1994). ABD, Porto Riko, Kanada, Tayvan, Almanya, Yeni Zelanda ve Kore'yi içeren uluslararası bir epidemiyolojik çalışmada Weissman et al. (1994) OKB prevalansını %2 (%0,7 ile %2,5 arasında değişen bir oranda) olarak bildirmiştir. Türkiye'de OKB prevalansı DSM-IV ölçütlerine göre %3 olarak bulunmuştur (Cilli vd., 2004). OKB ile ilişkili faktörler aşağıda verilmiştir.

Başlangıç yaşı: OKB genellikle 18-25 yaşları arasında başlar (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Çocukluk çağına da görülebilen bir bozukluk olmasına rağmen içerik olarak birçok yönden yetişkinlikte görülenlere benzer özelliklere sahiptir. Erkeklerde başlangıç yaşı kadınlara göre daha erkendir (Lensi vd., 1996). Rasmussen ve Eisen (1992), OKB tanılı 250 kişilik bir örneklem grubunda OKB başlangıç yaşını araştırdıklarında, OKB başlangıç yaş ortalamasını tüm grupta 20,9, erkek hastalarda

19,5 ve kadın hastalarda 22.0 olarak bulmuşlardır. Sonuç olarak bu çalışmada erkek hastalarda OKB başlangıç yaşı ortalamaları kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede erken olduğu belirtilmiştir. Hastaların çoğunda OKB gelişmeden önce iş gücü kaybına neden olmayan obsesif kompulsif belirtiler olduğunu belirtmişlerdir. Hastalık başlangıç yaşı 18'in altında olan OKB'li kişilerin akrabalarında OKB ve obsesif-kompulsif belirti oranı, 18 yaşından sonra OKB gelişen kişilerin akrabalarına göre iki kat daha fazla bulunmuştur (Pauls et al., 1995). Benzer bir başka çalışmada da, 14 yaşından küçük OKB başlangıç yaşı olan hastaların akrabalarında OKB sıklığının, 14 yaşından büyük OKB başlangıç yaşı olan hastaların yakınlarına göre daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Nestadt et al., 2000). Bu çalışmalar OKB'nin başlangıç yaşının ailesel geçiş için önemli olduğunu düşündürmektedir.

Cinsiyet: ABD'de yapılan çalışmalarda OKB sıklığı açısından kadın ve erkek arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Sadock et al., 2016). DSM-IV tanı kriterleri kullanılarak OKB tanısı konan 431 hastanın %51'inin kadın olduğu bildirilmiştir (Foa et al., 1995). Geniş bir örneklem grubunu değerlendiren epidemiyolojik bir çalışma, OKB yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre biraz daha yüksek bulunmuştur (Karno et al., 1998). “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışmasına göre genel popülasyonda 12 aylık toplam OKB oranı %0,5 olup, kadınlarda (%0,6) erkeklere (%0,2) göre üç kat daha yüksek oran bulunmuştur (Erol vd., 1997). OKB prevalansının genellikle kadın ve erkeklerde benzer olduğu düşünülse de cinsiyet farklılığının ağırlıklı olarak semptom alt tiplerinde görüldüğü bilinmektedir. Örneğin temizlik alt tipi kadınlarda daha sık bildirilirken, kontrol etme alt tipi erkeklerde daha sık bildirilmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1992). Lensi vd. (1996) cinsiyet farklılığının OKB üzerindeki etkilerini incelemiş ve OKB'nin başlangıç yaşının daha erken olduğunu, bekarlık oranının daha yüksek olduğunu, cinsel obsesyon ve simetri obsesyonlarının erkek hastalarda daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir. Eisen ve Rasmussen (1993), OKB'li 475 kişilik bir grupta psikotik (şizofreni, sanrılı bozukluk) veya psikoz benzeri hastalıkların (şizotipal kişilik bozukluğu) komorbiditesini araştıran bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada erkek hastaların oranı psikoza olmayan OKB grubunda %44, psikotik bozukluğu olan OKB grubunda %85 olarak bulunmuştur. Bu bulgular komorbid durumların cinsiyet dağılımını etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Medeni hal: OKB tanılı 250 kişi medeni durumları açısından incelendiğinde %43'ünün evli olmadığı, %52'sinin evli ve %5'inin boşanmış olduğu görülmüştür (Rasmussen ve Eisen, 1991). Birçok izlem çalışmasında medeni durum hastalığın seyrinde belirleyici bulunmasa da prospektif bir çalışmada 107 OKB hastası incelenmiş ve evli olmanın kısmi remisyona olasılığında anlamlı artışa neden olduğu bildirilmiştir (Steketee et al., 1999).

İrk ve etnik gruplar: Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, OKB'nin çeşitli ülkelerde din ve ırk farkı olmaksızın çocukları, ergenleri ve yetişkinleri etkilediğini göstermiştir (Swedo et al., 1989).

Kültürel farklılıklar: Son yıllarda OKB'nin klinik görünümü ile ilgili bildirilen bilgilerin çoğunun Türkiye için de geçerli olduğunu gösteren çalışmaların sayısı artmaktadır (Karadağ vd., 2006). Bu nedenle, bu tür bilgiler, hastalığın uluslararası bağlamda klinik olarak tutarlı olduğunu gösterir. Öte yandan OKB'de de bazı kültürel farklılıkları gözlemek mümkündür. Örneğin, temaların sıklığını obsesyonlar bağlamında inceleyen bazı araştırmalar, cinsel obsesyonların Meksika'da, agresif obsesyonların Brezilya ve İngiltere'de ve dini obsesyonların Mısır, İsrail, Suudi Arabistan, Katar ve Türkiye gibi ülkelerde diğerlerine göre görece daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Fontenelle vd., 2004; Zohar vd., 2000). Nitekim Türkiye'de doğuya doğru gidildikçe dini içerikli takıntıların arttığı bildirilmektedir (Tek ve Uluğ, 2001). Batıl inançlar, dindarlık, ahlaki algı, mükemmeliyetçilik, düşünce bastırma gibi bazı faktörlerde kültürel farklılıkların olduğunu gösteren araştırma bulguları da bulunmaktadır (Yorulmaz vd., 2004; Yorulmaz vd., 2010).

Sosyo-ekonomik durum: Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, OKB'nin çeşitli ülkelerde sosyoekonomik statü farkı olmaksızın çocukları, ergenleri ve yetişkinleri etkilediğini göstermiştir (Swedo et al., 1989).

Erken olumsuz yaşam olayları: Yapılan geriye dönük çalışmalar sonucunda çocukluk çağı duygusal ve fiziksel istismarı ile obsesif-kompulsif belirtiler ve hatta OKB tanısı arasında dolaylı bir ilişki bulunmuştur (Gershuny et al., 2002; Mathews et al., 2008).

Olumsuz yaşam olayları: Stresli yaşam olayları genellikle hastalığın başlangıcında rapor edilir. Hamilelik ve çocuk sahibi olma, işten atılma, yeni bir işe girme veya işte ilerleme ve ciddi fiziksel rahatsızlıklar bu olayların başında gelmektedir. Obsesyonların içeriği genellikle tetikleyici yaşam olayları ile

örtüşmektedir (Albert et al., 2000). Ayrıca hastalıktan sonra meydana gelen bu tür olayların semptomların şiddetini arttırdığı bildirilmektedir (Eisen et al., 2006).

3. Obsesif kompulsif bozukluk etiyojisi

OKB'nin etiyojisi giderek biyogenetik bakış açısıyla kavramsallaştırılmıştır. (Schultz, 2019). OKB ile ilgili genom çapında ilişkilendirme çalışmaları ile hastalığın patobiyolojisinde rol oynayabilecek spesifik genler hakkında bilgi edinilmesine çalışılmaktadır. Bu çalışmaların sayısı artmakla birlikte OKB' ye genetik katkının önemli bir kısmı halen bilinmemektedir (Browne et al., 2014). Toplam 128 çalışmanın tarandığı bir çalışmada OKB' nin geniş anlamda, perinatal komplikasyonlar, üreme döngüsü ve stresli yaşam olayları gibi potansiyel çevre risk faktörleri araştırılmıştır, ebeveyn yaşı, doğum mevsimi, sosyoekonomik durum, ebeveyn yetiştirme uygulamaları, enfeksiyonlar, travmatik beyin hasarı, madde kullanımı veya vitamin eksikliği gibi diğer potansiyel risk faktörleri ile ilgili olarak çok kısıtlı kanıtlar olduğu belirtilmiştir (Brander et al., 2016). Tutarlı kanıtlar, OKB'nin ailelerde kümelenilebildiğini ortaya koymaktadır. Literatürde yapılan çalışmaların özetlendiği bir çalışmada birinci derece akrabalarda yaşam boyu OKB için tahmini tekraralama riski %6 ile %55 arasında olabileceği ileri sürülmüştür. (Mahjani et al., 2021). İsveç'te gerçekleştirilen 10 yıllık süreli 24000' in üzerinde OKB teşhisi konmuş bir popülasyonla yapılan çalışmada OKB probandlarının akrabaları arasında OKB riski, genetik akrabalık derecesi ile orantılı olarak arttığı görülmüştür. Birinci derece akrabalar için riskin, ikinci ve üçüncü derece ve biyolojik olmayan akrabalardan önemli ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Mataix-Cols et al., 2013). Aile ve ikiz çalışmaları güçlü bir genetik bileşen olduğunu düşündürmektedir ve OKB riskine katkıda bulunan genleri belirlemek için moleküler genetik çalışmalar da yürütülmektedir (Murphy et al., 2016).

4. Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel modeli

OKB'nin doğasını anlamak için literatürde farklı bilişsel teoriler önerilmiştir (Purdon ve Clark, 1999). OKB ile ilgili çalışmalardan biri Salkovskis vd. (1995) OKB belirtilerini açıklamada sorumluluğun öne çıkan faktör olduğunu öne sürmüştür. Birey, takıntılı davranışa sahip olmaktan veya bunun yaklaşan sonucunu engelleyememekten kendini sorumlu hisseder. Başa çıkmanın bir yolu olarak, kişi zorlayıcı davranışlarda bulunur (örneğin, nötralize etme). Daha sonra Salkovskis (1999), takıntıdan ve bunun

kontrol edilemeyen sonuçlarından sorumlu hissetmenin kaygı ve depresif belirtilerle sonuçlanabileceğini belirtmiştir. Bir yanda anksiyete ve depresyon, diğer yanda nötrleştirici eylemler, daha obsesif uyarıların algılanmasını tetikleyebileceği, ayrıca kişi kendini tehdit altında ve karşılığında daha sorumlu hissedebileceği belirtilmiştir.

Rachman (1998), OKB'de obsesif düşüncelerin yanlış yorumlandığını öne sürmüştür. Müdahaleci düşünce, kişi hakkında gizli bir gerçeği ortaya çıkarır veya doğası gereği tehdit eder gibi görünürler. Obsesyonların içeriği genellikle ahlaki alanlarda olduğu için, OKB'si olan kişiler bunlara daha fazla ilgi gösterdiği bildirilmiştir. Bu modele göre, yanlış yorumlamalar gücünü yitirdiğinde obsesyonlar yavaş yavaş kaybolur, ancak yanlış yorumlamalar tekrarlandığında kişiyi etkilemeye devam eder. Ayrıca yüksek ahlak, kaygı eğilimi, depresyon ve düşünce-eylem kaynaşması gibi bazı bilişsel çarpıtmaların obsesif-kompulsif belirtiler için savunmasızlık faktörleri olduğunu belirtilmiştir. Düşünce-eylem kaynaşması, istenmeyen bir durumu düşünmek, gerçek hayatta ortaya çıkma olasılığını artırır ve istenmeyen bir düşünceyi düşünmek, onu harekete geçirmekle eşittir (Shafran et al., 1996).

Purdon ve Clark'a (1999) göre, obsesif düşünceler ego-distoniktir ve OKB'si olan kişilerin düşünce kontrolüne daha fazla ihtiyaçları vardır. Obsesyonların ego-distonikliği, obsesyonlar ile kişinin benlik duygusu, ahlak ve değerler arasındaki çelişkili ilişkiyi ifade eder. Bu nedenle OKB'si olan kişiler, takıntılı düşüncelerin benlik algılarını tehlikeye attığına inanırlar. Yazarlara göre, çoğu insan ego-distonik saplantıları görmezden gelebilir. Ancak OKB'si olan kişiler, bu çelişkili ilişkinin bir sonucu olarak kendi görüşleri konusunda şüpheli hale gelebilirler.

Sonuç olarak, obsesif düşüncenin varlığının kabul edilemez bir kişiliğe sahip olduğunun bir göstergesi olduğuna inanabilirler. OKB'nin bir başka bilişsel teorisi, OKB'li kişilerde algılanan tehdidin abartıldığını öne sürmüştür (Carr, 1974; McFall & Wollersheim, 1979).

McFall ve Wollersheim'a (1979) göre, OKB'si olan kişiler, yaşamın zorluklarının korkunç sonuçlarıyla obsesif düşünme ve kompulsif ritüellerle başa çıkılabileceğine ve uygunsuz düşünce ve duygulara sahip olmanın sorumluluğunun olması gerektiğine inanma eğilimindedirler.

B. Çocukluk Çağı Travmaları

Travma, bireyin fizyolojik veya psikolojik bütünlüğünü tehdit eden ve duygusal veya fiziksel bir şok durumuyla sonuçlanabilecek herhangi bir gerçek veya hayali deneyim olarak tanımlanmaktadır (Laungani, 2002). Çocukluk çağı travması, kişinin başa çıkma potansiyelini aşan, daha önceki vakalarla başa çıkmak için başlangıçta etkili olan hem başa çıkma hem de kontrol mekanizmalarını geçersiz kılan dayanılmaz stresli deneyimlerle karşı karşıya kalması olarak tanımlanmaktadır (Schmittenbecher, 2013). Literatür bulgularına göre çocukluk çağı travması, geniş bir perspektiften cinsel, duygusal ve fiziksel istismar ile duygusal ve fiziksel ihmal kavramlarıyla kavramsallaştırılmaktadır. Genel olarak istismar, bir çocuğun duygusal, fiziksel veya sosyal gibi çeşitli gelişimlerini etkileyen zarar verme de dahil olmak üzere davranışlarla açıklanır; ancak ihmal, bir çocuğun ihtiyaçlarının ebeveynleri veya bakıcıları tarafından karşılanmadığı veya dikkate alınmadığı şekilde kasıtlı olarak hareket etmektir (Morgan ve Fisher, 2007).

Fiziksel istismar, çocuğun yaralandığı veya fiziksel olarak engellendiği, dayak, tokat gibi kasıtlı fiziksel temas veya temas nedeniyle zarar görmesi olarak açıklanmaktadır (Child Welfare Information Gateway, 2019). Fiziksel ihmal, bir çocuğun hayatta kalmak veya düzgün bir şekilde gelişmesi için giyim, yemek veya güvenli çevre gibi karşılanmamış gereksinimleri nedeniyle zarar görmesi olarak tanımlanır ve duygusal ihmal, çocuğun olgunlaşması için gerekli olan duygusal desteğin ve ilginin eksikliğini içerir (Glaser, 2002).). Çocuğa gelişimsel olarak hazır olup olmadığı veya rızası gözetilmeksizin her türlü cinsel girişim cinsel istismar olarak kabul edilse de çocuğa yönelik sözlü veya sözsüz aşağılama gibi duygusal gelişimine zarar veren her türlü davranış, tepki veya muamele duygusal istismar olarak kabul edilir (Çocuk Refahı Bilgi Geçidi, 2019).

1. Çocuklukta ihmal ve istismar türleri

a. Fiziksel ve duygusal ihmal

İhmal, ebeveynlerin ve bakıcıların, çocuğun gelişimi ve esenliği için fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamadaki başarısızlığıdır. Duygusal ihmal, American Humane Association (AHA) tarafından çocuğun duygusal ihtiyaçlarına veya duygusal iyiliğine yönelik pasif veya pasif/agresif tutumlar olarak açıklanmaktadır (Wolock, 1984). Duygusal ihmal bazen “psikolojik olarak uygun olmama” olarak tanımlanır.

Duygusal destek vermeme, sevgi göstermeme, şiddete tepki göstermeme ya da şiddete izin verme gibi durumları içerir (Erickson, 2002).

Fiziksel ihmal; sağlık, eğitim, giyim, beslenme, hijyen, oyun, korunma, barınma ve güvenli yaşam koşullarının sağlanamaması olarak tanımlanmaktadır (Özgentürk, 2014). ABD'de her 7 çocuktan 1'inden fazlasının (%15,14) hayatlarının bir döneminde ihmale maruz kaldığı bilinmektedir. Ebeveynlerin yetersizliğinden veya ebeveyn yokluğundan kaynaklanan ihmalin en yaygın ihmal şekli olduğu bildirilmiştir (Vanderminde et al., 2019). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Zoroğlu vd. (2001), yaptıkları çalışmada ihmalin en sık bildirilen (%16,5) psikolojik travma olduğunu, bunu duygusal (%15,9), fiziksel (%13,5) ve cinsel (%10,7) istismarın izlediğini bildirmişlerdir. Çocuğa fiziksel, duygusal ve cinsel olarak uygulanabilen ihmal türlerini ayırt etmek çok zor olsa da ihmal edilen çocuklar büyüme ve gelişme geriliği, yaralanma ve ölüm, zihinsel ve motor bozukluklar, davranış değişiklikleri, olumsuz benlik algısı, öğrenme ve konuşma güçlükleri ve bağlanma sorunları yaşarlar (Bilir vd. 1991; Turhan vd., 2006; Yaşar ve Akduman, 2007; Dağlı ve İnanıcı, 2011; Okutan, 2017). Çocuk ihmali için risk faktörünü araştıran incelemeler, çocuk ihmalinin en güçlü yordayıcılarının, antisosyal/suçlu davranışlar, zihinsel/psikiyatrik bozukluklar ve düşük düzeyde eğitim geçmişi olan ebeveynlere sahip olduğunu ortaya konulmuştur. İhmal için risk faktörleri, sosyal desteği düşük bir aileye sahip olmak, madde bağımlılığı olan bir ebeveyne sahip olmak, kötü muamele görmüş bir ebeveynin çocuğu olmak olarak sıralanabilir (Mulder et al., 2018).

c. Fiziksel istismar

Fiziksel istismar, erken dönemde saptanabilen ve tanısı en kolay olan istismarın en yaygın türüdür (Erikson, 2002). Çocuğa kaza dışı fiziksel zarar verme ve cezalandırma olarak tanımlanmaktadır. Bu zarar hafif olabileceği gibi giderek daha şiddetli ve hatta ölümcül olabilir (Ünal, 2008). Vurmak, dövmek, yumruk atmak, bir cisimle vurmak gibi hareketler de dahil olmak üzere kişinin sağlığına zarar verecek şekilde yaralanması durumudur (Okutan, 2017). Fiziksel istismar, çocuğun sağlığına, yaşamına veya onuruna zarar veren veya zarar verme olasılığı bulunan, kasıtlı olarak uygulanan fiziksel güç olarak da tanımlanabilir ve vurma, tekmeleme, sallama, ısırma, boğma, yakma, zehirleme gibi davranışları içerir (Norman et al., 2012). Fiziksel istismara uğrayan çocukların üçte ikisi, üç yaşın altındaki çocuklardır. Çocuğun yaşı

artıkça istismarın azaldığı ancak 12-16 yaşları arasında tekrar arttığı görülmektedir (Görmez vd. 1998).

Çocuklarda fiziksel istismar, fiziksel ve ruhsal sağlığın yanı sıra sosyal sağlık alanında da birçok soruna neden olmaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007; Margolin ve Vickerman, 2007). Toplumda bu çocuklar yakın ilişkiler kurmada güçlükler, bağlanma sorunları, kaygı, umutsuzluk, çatışma, düşük duygu yoğunluğu, yoğun öfke, sakinleşememe ve istismar edici davranışlar sergileyerek uyum sorunları yaşarlar (Holt et al., 2008).

d. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, genel olarak, çocukları korkulu, güvensiz, sevilmemiş ve istenmeyen hissettiren tekrarlayan ebeveyn/bakıcı davranışları veya olayları örüntüsü olarak tanımlanabilir (Taillieu vd., 2016). Duygusal istismar; bağırma, kaba tavır, dikkatsizlik, sert eleştiri ve çocuğun kişiliğini reddetme şeklinde görülebildiği gibi lakap takma, alay etme, kişisel eşyalarına zarar verme, evcil hayvanlara işkence veya öldürme, aşırı eleştiri, uygunsuz ve aşırı talepler, etiketleme, ve aşağılama (Ajilian Abbasi vd., 2015). Ayrıca çocuğu sosyal ilişkilerden yoksun bırakma, tehdit etme, azarlama, dışlama gibi davranışlar da duygusal istismar olarak tanımlanmaktadır. Duygusal ihmal ve istismar sıklıkla fiziksel istismarla birlikte ortaya çıkar. Bu durum duygusal istismarın öncelikli bir konu olarak tanınmasını ve ele alınmasını engellemektedir (Dinleyici ve Dağlı, 2016). Günlük yaşamda sıklıkla karşılaşılan duygusal şiddet, diğer istismar türlerine göre fark edilmesi, tanımlanması, bildirilmesi ve yasalaştırılması daha zordur (Taner ve Gökler, 2004). Aynı zamanda çocuk üzerinde en uzun süreli etkiye sahip olan şiddet türüdür (Iwaniec vd., 2006). Çocuklukta duygusal istismar, depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, dissosiyatif semptomlar ve psikotik bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca düşük benlik saygısına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir (Taillieu vd., 2016). Bu çocuklar normal zihinsel kapasiteye sahip olsalar bile öğrenme güçlüğü ve dikkat eksikliği gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Paavilainen ve Tarkka, 2003).

e. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, vajinal veya anal penetrasyon dahil olmak üzere cinsel tatmini amaçlayan her türlü eylem ve davranıştan geniş bir yelpazeyi kapsar (Urazel vd., 2017). Cinsel istismar, cinsel uyarı için çocuğun cinsel organlarına dokunma, cinsel

organlarına bakma, teşhircilik, röntgencilik, cinsel içerikli konuşma ve tecavüzü içeren her türlü davranış ve/veya konuşmayı ifade eder (Kairys et al., 2019). 217 yayının meta-analizinde cinsel istismarın küresel yaygınlığı %12 olarak bildirilmiştir (Hailes et al., 2019). 20 yaşın altındaki 120 milyon kız çocuğu ve genç kadın, her beş kadından biri ve 13 erkekten biri 0-17 yaş arası bir çocukken cinsel istismara uğradığını bildirerek, bir tür zorla cinsel ilişkiye maruz kalmıştır (WHO, 2020). Cinsel istismara uğrayan çocuklar düşük benlik saygısı, depresyon, disosiyatif belirtiler ve intihar gibi psikiyatrik sağlık sorunları açısından risk altındadır (Ports et al., 2016).

Cinsel istismar, iç-benlik uyumu ve çevre arasındaki dengeyi bozarak çocuk üzerinde kalıcı ve yıkıcı travmatik etkilere neden olur. Cinsel istismara maruz kalma olumsuz beden imajına neden olur ve cinsellikle ilgili sorunlar yaratır. Çocuğun güvensizlik, güçsüzlük ve çaresizlik duyguları psikiyatrik sorunlara zemin hazırlamaktadır (Gölge 2005; Çeçen 2007; Yakut ve Korkmaz 2013; Urazel vd. 2017).

C. Bağlanma ve Bağlanma Biçimleri

İnsan davranışlarını ve bu davranışlara neden olan faktörleri anlamaya çalışan bazı bilim adamları, uzun yıllardır bağlanma kavramı üzerinde durmaktadırlar. Bowlby bağlanma kavramını ilk olarak 1958'de kullanmıştır. anne bakımı eksikliğinin çocukların yaşamları üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu fark etmiştir. Bowlby, yetimhanedeki çocuklar üzerinde çalışmalar yapmış ve bu gözlemler ve bilimsel bulgular, yetimhanedeki çocukların bakımında önemli bir değişikliğe yol açmıştır (Cozolino, 2017). Aldığı psikanaliz eğitiminin bu durumun gerekçesini açıklamakta yetersiz kaldığı sonucuna vardıldıktan sonra birçok farklı disiplinin literatür değerlendirmesini de yapmıştır (Bahadır, 2006). Dolayısıyla bağlanma kuramı, psikanaliz, etiyoloji, sosyobiyoji, psikobiyoji ve modern bilişsel gelişim kuramları gibi farklı disiplinlerin etkileşimiyle oluşturulmuş multidisipliner bir kuramdır. Bowlby'nin bağlanma kavramı temel olarak bakıcı ile çocuk arasında kurulan bağı temsil eder (Bowlby, 1997).

1. Güvenli Bağlanma

Güvenli bağlanma, “olumlu benlik” ve “olumlu başkaları” modellerinin birleşimini içerir. Çocuklar güvenli bir bağlanma stili geliştirdiklerinde, bakıcılarının

özenli, ulaşılabilir ve zor yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında onlara yardım etmeye istekli olduklarını deneyimlerler (Bowlby, 1988). Çocuğun ailesiyle, özellikle çocukla ve birincil bakıcıyla olan ilk ilişkileri, çocuğun güvenli bir bağlanma stili geliştirmesi için kritik öneme sahiptir. Çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişimi açısından güvenli bir bağlanmanın sağlanması çok önemlidir. Güvenli bağlanma aynı zamanda annenin çocuğuna yakın olmaktan keyif almasına, çocuğun annenin gücünü ve varlığını hissederek "olumlu ve zengin bir benlik değeri" yaratmasına ve çocuğun öz-değer gelişiminin çevrede devam etmesine de katkıda bulunur. Ek olarak, çocuğa deneyimlerden ve ruh hali düzenlemesinden öğrenmeyi öğretir. Ayrıca çocuğu yüksek düzeyde stresten koruyan bir mekanizma oluşturmaktadır (Güvendeğer Doksat ve Demirci Çiftçi, 2016).

Çocukluğu boyunca güvenli bir bağlanma stili kurmuş olan çocuklar, sınırlarını tanıyan, tutarlı ve uygun şekilde tepki veren çocuklardır. Özsaygıları yüksektir, sevmeye değer olduklarına inanırlar ve başkalarını erişilebilir ve güvenilir olarak görürler. Ayrıca stresli olduklarında sosyal destek aramaktan çekinmezler, başkalarıyla ilişki kurmakta zorlanmazlar ve gerektiğinde kendi kendilerine yeterli olabilirler (Ainsworth et al., 1978).

2. Kaygılı/Kararsız Bağlanma

Kaygılı-kararsız bağlanma stili, “olumsuz benlik” ve “olumsuz başkaları” modellerinin birleşimini içerir. Kaygılı-kararsız bağlanma durumunda, birincil bakıcı, çocuğun istek ve ihtiyaçlarına karşı kayıtsız ve tepkisizdir. Kaygılı/kararsız bağlanan çocuklar, birincil bakıcıdan ayrıldıklarında yoğun kaygı ve yoğun öfke yaşarlar. Bu çocuklar bakım verenleri kendilerinden uzakta olduklarında kaygılı olmakta ve bakıcıları geri döndüğünde yerleşmekte güçlük çekmektedirler (Ainsworth et al., 1978). Kaygılı-kararsız bağlanma geliştiren çocuklar, bakıcılarının ihtiyaçlarını karşılama yeteneklerinden endişe duyan çocuklardır. Aynı zamanda, bu çocuklar bakıcıdan ayrılmaya direnirler ve bir kez ayrıldıklarında sakinleşmeleri ve rahatlamaları zordur. Ayrıca, bu çocuklar bakıcılarının kaygılarını içselleştirdikleri için oyuna dönmeleri ve duygularını düzenlemeleri daha uzun sürer (Cozolino, 2014). Değişken benlik saygılarına sahiptirler ve ilişkilerinde derinden yaşasalar da ilişkileri çoğunlukla kısa ömürlüdür. Kaygılı-kararsız bağlanma stiline en temel özelliği ayrılık

ve ölüm korkusu olup, terk edilme düşüncesi en temel özelliğidir (Bartholomew et al., 1991).

3. Kaçınan Bağlanma

Kaçınan bağlanma stili, “olumlu benlik” ve “olumsuz başkaları” modellerinin bir kombinasyonunu içerir. Kaçınan bağlanma ilişkisinde bakıcılar, çocuğun ihtiyaçlarına ve yakınlık duygularına karşı kayıtsızdır. Çocuk, bakıcıdan mesafeli ve duygusal olarak kopuk davranışlar gösterir (Burger, 2006). Kaçınan bağlanma örüntüleri geliştirenler, bakıcının gidişine aldırmaz, dönüşlerine tepki göstermez ve ilgisiz görünürler. Ayrıca bu bağlanma stilini geliştiren çocuklar, kendi duygusal durumlarını düzenlemenin daha kolay olduğunu ve yaşadıkları stresin bakıcının ilgisizliği ile daha da kötüleştiğini öğrenmişlerdir. Kaçınan bağlanma stili geliştiren bireyler, her türlü sosyal ilişkiyi gereksiz ve sıkıcı bulurlar, sosyal ilişkilerinde kendilerini açmazlar ve insanların kendilerine açılmasından hoşlanmazlar (Bartholomew et al., 1991).

D. Araştırma Değişkenlerinin İlişkisine Dair Literatür

1. Çocukluk Çağı Travma ve Bağlanma Biçimi İlişkisi

Çocuklar, kritik bir dönem olarak erken çocukluk döneminde travmatik olaylara maruz kalmaya özellikle duyarlıdır (Lieberman vd., 2011). Çocuklar, maruz kaldıkları travmatik olayların bir sonucu olarak, genellikle bakıcıya güvenmeme, başkaları tarafından korunma beklentisini kaybetme, duygusal bağlarını kaybetme gibi gelişimin duygusal temelini oluşturan alanlarda istikrarsızlıklar yaşarlar. Çocukluk döneminde yaşanan kişilerarası istismar ve ihmal, kendine ve ötekine ilişkin olumlu içsel çalışma modellerinin gelişmesi gibi psikolojik gelişimi önemli ölçüde bozduğu için bireylere güvensiz bağlanma açısından risk oluşturmaktadır. Bağlanma açısından, kişilerarası istismar ve ihmale maruz kalan çocukların daha olumsuz kendilik modelleri ve daha yüksek bağlanma kaygısı ve daha yüksek düzeyde bağlanmadan kaçınma gibi diğer olumsuz modellerle büyüdükları düşünüldüğünde kavramsal bir öneme sahiptir (Lieberman et al., 2011).

Çocukluk çağı travması ile güvensiz bağlanma türleri (korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma stilleri) arasındaki ilişki ampirik olarak desteklenmiştir. Stalker ve Davies (1995), çocuklukta cinsel istismardan kurtulanların yüksek bir yüzdesinin

saplantılı ve güvensiz bir bağlanma türüne sahip olduğunu gözlemlemiştir. Alexander (1993) geçmişteki cinsel istismar olayları ile yetişkinler tarafından sunulan güvensiz bağlanma türü arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Bir araştırma, çocuklukta duygusal istismar ile güvensiz bir bağlanma türü gelişimi arasındaki bağlantıyı kanıtlamıştır (Riggs, 2010). Riggs ve Kaminski (2010) tarafından, çocuklukta yaşanan duygusal istismarın, çocuklara kötü muamelenin diğer biçimleri arasında şiddetli bağlanma kaygısının benzersiz bir işareti olduğu ve yalnızca duygusal kötü muamelenin ortaya çıkardığı öne sürülmüştür.

Cinsel istismara ve ihmale maruz kalan çocukların kaçınan bağlanma tipi özelliklerine sahip olduğu ve ihmal edilenlerin kaçınan/kararsız bağlanma tipi geliştirdiği belirtilmiştir (Finzi et al., 2011). Yetişkinlere odaklanan araştırmalar ayrıca, çocukluk çağında travmaya maruz kalan bireylerin kaçınan ve saplantılı bağlanma türü geliştirdiklerini ve bu tür çocukların ebeveynlerinin desteğinden yoksun kaldıklarını ve bu nedenle daha az bağlanma davranışı geliştirdiklerini ortaya koymuştur. Ebeveyn-çocuk ilişkileri ve diğer çevresel faktörlerin de çocukların travmaya tepkileri üzerinde önemli etkileri olabilir (Buss et al., 2015).

Erozkan (2016)'nın araştırmasında çocukluk çağı travmasının fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt boyutları ile güvenli bağlanma stili arasında anlamlı bir negatif ilişki olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, çocukluk çağı travmasının fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt boyutları ile güvensiz bağlanma türleri (korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma stilleri) arasında anlamlı pozitif ilişkiler olduğunu göstermiştir. Bu sonuçların, çocukluk çağı travmasının nispeten yüksek düzeyde fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt boyutlarını sergileyen katılımcıların güvensiz bağlanma türlerini (korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma stilleri) bildirme eğiliminde olduklarını gösterdiği belirtilmiştir.

Çocukluk çağı travması ile bağlanma arasındaki ampirik bağlantıları ortaya koyan önceki çalışmalar, güvensiz bağlanmanın çocukluk çağı travması ile yetişkinlerde gözlemlenen artan somatik semptom arasındaki ilişkiyi barındırdığı hipoteziyle tutarlıdır. Bu hipotez, çocukluk çağı travmasının, diğer insanların bireyin duygusal gereksinimlerini karşılayamayacağı beklentisini içeren güvensiz bağlanma gelişimini ortaya çıkardığını öne sürmektedir.

2. Çocukluk Çağı Travma ve Obsesif Kompulsif Belirtileri İlişkisi

Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olayların obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olduğu bildirilmiştir (Carpenter ve Chung, 2011). Marufoğlu (2010)'nun araştırmasında çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişki incelenmiş olup, dürtü obsesif kompulsif belirtisi ve fiziksel ihmal arasında anlamlı düzeyde bir ilişki varlığı bildirmiştir. Aynı çalışmada düşüncelere dalma obsesif kompulsif belirtisi ve duygusal, fiziksel, cinsel olmak üzere tüm istismar türleriyle anlamlı ilişkiler ortaya konmuştur. Fakat çocukluk çağı travma puanı ile obsesif kompulsif alt boyutları olan kesinlik, kontrol ve temizlik ile arasında anlamlı ilişki varlığının bulunmadığı bildirilmiştir.

Travmatik yaşantı ve obsesif kompulsif belirti arasındaki ilişkiyi araştıran kontrollü bir çalışma, araştırma grubuna 133 olgu eklemiş ve yaşadıkları travma ile gösterdikleri obsesif kompulsif belirtileri incelemiştir. Çalışmanın sonucuna göre obsesif kompulsif belirti tanısı alan çocukların travma sonrası stres bozukluğu seviyeleri ve travmaya maruz kalma durumu, tanı almamış gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Lafleur et al., 2011).

Peles et al., (2012)'nin araştırmasında cinsel istismar mağdurlarının obsesif kompulsif belirtilerinin cinsel istismar öyküsü olmayan katılımcılara oranla anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir.

Brander et al., (2016)'nin araştırmasında çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif bozukluk için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Kanada'da 25,097 kişiyle yapılan kapsamlı bir çalışmada katılımcıların %0,93'ünde OKB tanımlanmış ve bu vakaların %73,33'ünde ise çocukluk çağı travmaları saptanmıştır (Osland et al., 2018).

Yapılan bir çalışmada ise obsesif kompulsif belirtiler ve çocukluk çağı travmaları ve alt boyutları arasında herhangi bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur (Özer, 2015). Benzer şekilde başka bir çalışmada da OKB ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (Fontelle et al., 2007). Briggs ve Price (2009)'nin araştırmasında da çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, fakat depresyon ve kaygı yaşantıları kontrol edildiğinde bu anlamlılığın ortadan kalktığı belirtilmiştir.

3. Bağlanma Biçimi ve Obsesif Kompulsif Belirtileri İlişkisi

Güvensiz bağlanma ve obsesif kompulsif belirtileri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında Myhr vd. (2004), Erişkin Bağlanma Görüşmesi kullanarak belirledikleri bağlanmaya ilişkin boyutlarda obsesif kompulsif belirtileri veya depresyon tanısı almış olan kişileri kontrol grubundaki kişilerle karşılaştırmıştır. Obsesif kompulsif belirtileri veya depresyon tanısı almış olanların kontrol grubundakilere göre daha fazla terk edilme korkusu yaşadıkları ortaya konmuştur. Ayrıca, çalışmalar güvenli bağlanmanın obsesif kompulsif belirtileri belirtilerinin oluşmasında koruyucu bir rol üstlendiğini ortaya koymuştur. Örneğin, bir çalışmada üniversite öğrencilerinin bağlanma şekilleri güvenli bağlanma hazırlama (priming) verilerek artırılmış ve bu manipülasyonun kompulsif yıkama davranışları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın bulguları kaygılı ve kaçınmacı bağlanma örüntüsüne sahip olan öğrencilerin verilen hazırlamanın ardından kompulsif yıkama davranışlarında azalma olduğunu göstermiştir (Doron et al., 2012).

Güvensiz bağlanma ve obsesif kompulsif belirtileri arasındaki ilişkiyi açıklayan birçok model ortaya konmuştur. Örneğin, bağlanmanın obsesif inanışlar aracılığıyla obsesif-kompulsif belirtileri yordadığı bulunmuştur (Doron et al., 2009). Buna göre, bağlanmanın kaygı boyutu ve kontrol etmeye yönelik kompulsiyonlar arasındaki ilişkide sorumluluk/tehdit ve mükemmeliyetçilik/kesinlik inanç alanları aracı rol oynamıştır (Vatan, 2015). Ayrıca, Doron ve Kyrios'a (2005) göre dirençli bağlanma geliştiren çocukların ebeveynleriyle esnek olmayan bir biçimde etkileşim halinde olmaları, onların deneyimleyerek öğrenmelerinin önüne geçmektedir. Bunlara ek olarak; Doron et al., (2012), güvensiz bağlanma stillerinin kişilerin duygu düzenleme süreçlerini etkileyerek obsesif kompulsif belirtileri belirtilerinin gelişmesini ve obsesif inanışların oluşmasını etkilediğini öne sürmüştür. Son dönemde ortaya atılan bilişsel modeller, kişilerin benlik ve dünyaya ilişkin inanışlarının obsesif kompulsif belirtilere olan yatkınlığı ne şekilde etkilediği üzerinde durmaktadır. Kişilerin bu bilişsel-duygusal yapılanmaları bağlanma biçimleriyle birlikte dünyaya ilişkin varsayımlarını da içermektedir (Doron ve Kyrios, 2005).

III. YÖNTEM

A. Araştırma Çalışma Grubu

Araştırmada katılımcılar kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırma ilişkisel tarama tipinde bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde eğitim alan öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırma için katılımcılardan gönüllü onam formu ve çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul izni alınmıştır (EK-1).

B. Araştırma Verilerinin Elde Edilmesi

Araştırmada verilerin elde edilmesinde anket yönteminden yararlanılmıştır. Anketler online olarak uygulanmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçekler ile ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda verilmiştir:

Sosyodemografik bilgi formu: Araştırmada katılımcıların demografik özellikleri hakkında (yaş, cinsiyet, sınıf, anne-baba eğitim durumu, hastalık varlığı) bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formu kullanılacaktır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ): Bernstein et al., (1994) tarafından geliştirilen bu ölçek Şar vd. (2012) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Beşli likert tipi öz bildirim dayalı bir ölçektir. Orijinal çalışmada Cronbach alfa değerleri .79 ile .94 aralığında bulunmuştur. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içermektedir. Ayrıca aldatıcı nitelikte, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri hiçbir zaman, nadiren, zaman zaman, sıklıkla ve çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Ölçek, toplam puanın hesaplanmasının yanı sıra travma alt tiplerinin ayrı ayrı değerlendirilmesine de olanak tanır. Bu araştırmada Cronbach alfa değerleri ölçeğin toplamında 0,844, Duygusal istismar alt boyutunda 0,880, Fiziksel

istismar alt boyutunda 0,893, Fiziksel ihmal alt boyutunda 0,624, Duygusal ihmal alt boyutunda 0,882 ve Cinsel istismar boyutunda 0,919 olarak bulunmuştur (Çizelge 1).

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ): Shaver tarafından geliştirilen ilk bölüm her biri erişkinleri güvenli, kaygılı/ikircikli ve kaçınan olarak sınıflamaya yarayan, çocuklukta ebeveynle ilişki özellikleri ve genel davranış örüntüsü hakkında tanımlar içeren üç farklı ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Mikulincer et al., (1990) tarafından geliştirilen ikinci bölüm ise, katılımcıdan her birini 1 ile 7 arasında puanlaması istenen 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir bağlanma biçimi 5 madde ile temsil edilmekte ve en yüksek puan hangisinden alındıysa ölçeği dolduran bireyin bağlanma biçimi onunla belirlenmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak Sabuncuoğlu ve Berkem (2006) tarafından yapılmıştır. Bununla birlikte ölçeğin iç tutarlılığı kaygılı/kararsız ve kaçınan bağlanma için kabul edilebilir düzeyde iken (Cronbach alpha: 0,61 ve 0,66), güvenli bağlanma için düşüktür (0,42). Bu nedenle ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kesbir vd. (2012) tarafından yeniden yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda anlaşılır olmadıkları düşünülen maddeler bölünmüş ve madde sayısı 18'e çıkarılmıştır. Ayrıca ölçeğin orijinal halinde puanlama için kullanılan 7'li likert tipi derecelendirme sistemi kaldırılmış ve maddeler doğru ve yanlış olarak iki kategoriye değerlendirilmiştir. Yapısal geçerlik için de faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi sonuçları üç tane bağımsız faktör olduğunu göstermiştir. Ölçeğin 3., 4., 7., 13., 14. ve 16. maddeleri güvenli, 1., 2., 5., 6., 15. ve 17. maddeleri kaçınan ve son olarak 8., 9., 10., 11., 12. ve 18. maddeleri ise kaygılı/kararsız bağlanmaya işaret etmektedir. Güvenli, kaçınan ve kaygılı kararsız bağlanma için Cronbach alpha değerleri ise sırasıyla. 72, .82 ve. 85 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada Güvenli, kaçınan ve kaygılı kararsız bağlanma için Cronbach alpha değerleri ise sırasıyla 0.551, 0.532 ve 0.682 olarak bulunmuştur (Çizelge 1).

Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ): OKB'ye özel ve OKB' de diğer psikopatoloji gruplarında da gözlenebilen genel düşünce içeriğini değerlendirmeye yönelik geliştirilmiş bir öz değerlendirme aracıdır. Bu ölçme aracı, OKB konusunda uzmanlardan oluşan uluslararası bir araştırma grubunun OKB'de öne sürülen bilişsel hipotezlerin bir sentezini oluşturabilmek amacıyla daha önce geliştirilmiş 16 ölçme aracının sorularının da gözden geçirilerek hazırlanan çok geniş bir soru havuzundan yararlanılarak seçilmiş maddelerden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 44 soru 7'li likert

tipi ölçüm yapmaktadır. Ölçek maddeleri üç alt ölçekte sınıflandırılmıştır. Bunlar 16 sorudan oluşan Sorumluluk/ Tehlike Beklentisi (S/TB), 16 sorudan oluşan Mükemmeliyetçilik/Kesinlik (M/K) ve 12 sorudan oluşan Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme (ÖV/DKE) alt ölçekleridir. Boysan vd.(2010) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. OİÖ-44 için iç tutarlılık katsayısı 0,95 ve 30 günlük test tekrar test korelasyonu $r=0.79$ olarak belirtilmiştir. Bu araştırmada ölçek toplamı, Sorumluluk/ Tehlike Beklentisi (S/TB), Mükemmeliyetçilik/Kesinlik (M/K) ve Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme (ÖV/DKE) için Cronbach alpha değerleri ise sırasıyla 0.942, 0.853, 0.888 ve 0.805 olarak bulunmuştur (Çizelge 1).

Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri (VOKE): Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE), Thordarson et al., (2004) tarafından OKB'nin belirtileri ve var olan şiddeti değerlendirmek için geliştirilen ve 55 maddeden oluşan bir envanterdir. Orijinal formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında Cronbach Alpha toplam ölçek değerinin .94, alt ölçek değerlerin ise .88 ve .96 aralığında olduğu bildirilmiştir. Türkçeye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları İnözü ve Yorulmaz (2013) tarafından yapılmıştır. VOKE 5'li likert tipi ile derecelendirilmektedir ve bireylerin öz bildirimine dayanmaktadır (0=hiç, 1=çok az, 2=biraz, 3=oldukça, 4=çok). VOKE'nin toplam 6 alt boyutu vardır. Bunlar; bulaşma-kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, biriktirme, sadece doğru hissetme ve kararsızlık alt boyutlarıdır. Ölçeğin 3, 8, 13, 15, 21, 23, 25, 32, 39, 44, 49 ve 50. maddeleri bulaşma/kirlenme alt boyutunu ölçen maddeleridir. 7, 20, 33, 37, 41 ve 43. maddeler ölçeğin kontrol etme alt boyutunu ölçen maddeleridir. 2, 6, 12, 16, 27, 28, 30, 34, 40, 46, 52 ve 54. maddeler ölçeğin obsesyonlar alt boyutunu ölçen maddeleridir. 10, 22, 26, 35, 42, 45 ve 51. maddeler ise ölçeğin biriktirme alt boyutunu ölçen maddeleridir. 1, 5, 9, 14, 18, 19, 24, 36, 38, 47, 53 ve 55. maddeleri ölçeğin sadece doğru hissetme alt boyutunu ölçen maddelerdir. Son olarak, ölçeğin kararsızlık alt boyutunu ölçen maddeleri ise 4, 11, 17, 29, 31 ve 48. maddelerdir. Maddelerden alınan puan değeri yükseldikçe bireylerde obsesif kompulsif belirtilerinin ve şiddetinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı .96, alt boyutların iç tutarlılık katsayılarının .77 ile .89 değerleri arasında değiştiği ve tüm ölçeğin Cronbach Alpha değerinin .96 olduğu raporlanmıştır. VOKE'nin orantısız uzlaşma katsayısı değerlerinin .89 ile .95 değerleri arasında değiştiği ifade edilmiştir. Bu çalışmada ölçek toplam, bulaşma-kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, biriktirme, sadece doğru

hissetme ve kararsızlık alt boyutları için Cronbach alpha değerleri ise sırasıyla 0.960, 0.892, 0.909, 0.872, 0.880, 0.877 ve 0.817 olarak bulunmuştur (Çizelge 1).

Çizelge 1 Araştırma ölçeklerine ilişkin Cronbach alpha katsayı değerleri

	N	Madde Sayısı	Cronbach alpha
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	406	28	0,844
Duygusal istismar	406	5	0,880
Fiziksel istismar	406	5	0,893
Fiziksel ihmal	406	5	0,624
Duygusal ihmal	406	5	0,882
Cinsel istismar	406	5	0,919
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)			
Güvenli	406	6	0,551
Kaçıngan	406	6	0,532
Kaygılı/kararsız	406	6	0,682
Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ)	406	44	0,942
Sorumluluk/tehlike beklentisi (S/TB)	406	16	0,853
Mükemmellik/kesinlik için (M/K)	406	16	0,888
Önem verme/düşüncelerin kontrolü (ÖV/DK)	406	12	0,805
Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri (VOKE)	406	55	0,960
Bulaşma-kirlenme	406	12	0,892
Kontrol etme	406	6	0,909
Obsesyonlar	406	12	0,872
Biriktirme	406	7	0,880
Sadece doğru hissetme	406	12	0,877
Kararsızlık	406	6	0,817

C. İstatiksel Analiz

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analizinde SPSS 26.0 paket programı kullanılarak tanımlayıcı ve anlam çıkarıcı istatistik yöntemler kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmesi ise %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde yapılmıştır. Betimsel verilerin analizinde ortalama ve standart sapmaya bakılmıştır. Araştırmanın değişkenleri ile ilgili normallik varsayımı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiş olup verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde değişkenler arası birlikte değişim ilişkisi Spearman Brown korelasyon çözümlemesi ile değişkenlere ait grupların ortalamalarının karşılaştırılması ise iki grup için Mann Whitney-U Testi ile üç ve daha fazla gruplar için Kruskal Wallis-H Testi kullanılmıştır.

IV. BULGULAR

A. Sosyodemografik Verilere İlişkin Bulgular

Çizelge 2 Katılımcılara ilişkin sosyodemografik özelliklerin dağılım oranları

		N	%
Cinsiyet	Kadın	202	49,8
	Erkek	204	50,2
	Toplam	406	100,0
Sınıf	1. Sınıf	86	22,5
	2. Sınıf	116	30,3
	3. Sınıf	71	18,5
	4. Sınıf	110	28,7
	Toplam	383	100,0
Nerede büyüdüğünüz	İl	258	63,5
	İlçe	89	21,9
	Kasaba ve köy	59	14,5
Anne eğitim durumu	İlkokul	207	51,0
	Ortaokul	72	17,7
	Lise	86	21,2
	Lisans ve üstü	41	10,1
Baba eğitim durumu	İlkokul	140	34,5
	Ortaokul	77	19,0
	Lise	112	27,6
	Lisans ve üstü	77	19,0
Aile gelir düzeyi	Düşük	102	25,1
	Orta	290	71,4
	Yüksek	14	3,4
Psikiyatrik tanı	Evet	46	11,3
	Hayır	360	88,7
	Toplam	406	100,0
Aile psikiyatrik tanı	Evet	58	14,3
	Hayır	348	85,7
Herhangi bir hastalık tanısı	Evet	148	36,5
	Hayır	258	63,5
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	67	16,5
	Hayır	339	83,5

Katılımcıların %49,8'i kadın ve % 50,2'si erkektir. Katılımcıların %63,5'i il, % 21,9'u ilçe ve % 14,5'i kasaba ve köyde büyümüşür. Anne eğitim durumu incelendiğinde katılımcıların annelerinin % 51'inin ilkokul, % 17,7'sinin ortaokul, %

21,2'sinin lise ve % 10,1'inin lisans ve üstü mezunu olduğu bulunmuştur. Baba eğitim durumu incelendiğinde katılımcıların babalarının % 34,5'inin ilkokul, % 19'unun ortaokul, % 27,6'sının lise ve % 19'unun lisans ve üstü mezunu olduğu bulunmuştur. Aile gelir düzeyi % 25,1 oranında düşük, % 71,4 oranında orta ve % 3,4 oranında yüksek olarak saptanmıştır. Psikiyatrik tanı alan katılımcı oranı % 11,3'tür. Ailede psikiyatrik tanısı bulunan katılımcı oranı %14,3'tür. Herhangi bir hastalık tanısı bulunan katılımcı oranı % 36,5 ve düzenle ilaç kullanan katılımcı oranı % 16,5'tir.

B. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çizelge 3 Çocukluk çağı travma ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamaları

	N	Ort.	Std.	Min.	Max.
Duygusal istismar	406	8,16	4,12	5,00	25,00
Fiziksel istismar	406	6,07	2,71	4,00	25,00
Fiziksel ihmal	406	7,57	2,79	5,00	18,00
Duygusal ihmal	406	11,23	4,87	5,00	25,00
Cinsel istismar	406	5,97	2,80	5,00	25,00
ÇÇT toplam	406	48,75	11,57	34,00	105,00

Katılımcılar çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar alt boyutundan ortalama $8,16 \pm 4,12$ puan, fiziksel istismar alt boyutundan ortalama $6,07 \pm 2,71$ puan, fiziksel ihmal alt boyutundan ortalama $7,57 \pm 2,79$ puan, duygusal ihmal alt boyutundan ortalama $11,23 \pm 4,87$ puan, cinsel istismar alt boyutundan ortalama $5,97 \pm 2,80$ puan ve ölçeğin toplamından ortalama $48,75 \pm 11,57$ puan almışlardır.

Cinsiyete göre çocukluk çağı travma ölçeği alt boyut puanlarına ilişkin farklılık Mann Whitney-U Testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Çizelge 4'de verilmiştir.

Çizelge 4 Cinsiyet göre çocukluk çağı travma ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamaları

		N	Ort.	Std.	Z	p*
Duygusal istismar	Kadın	202	8,49	4,54	-0,994	0,320
	Erkek	204	7,83	3,64		
Fiziksel istismar	Kadın	202	6,02	2,69	-0,184	0,854
	Erkek	204	6,12	2,74		
Fiziksel ihmal	Kadın	202	7,10	2,53	-3,642	0,000*
	Erkek	204	8,03	2,96		
Duygusal ihmal	Kadın	202	10,96	4,83	-1,149	0,251
	Erkek	204	11,51	4,91		
Cinsel istismar	Kadın	202	6,14	3,09	-1,305	0,192
	Erkek	204	5,81	2,48		
ÇÇT toplam	Kadın	202	48,55	11,84	-0,411	0,681
	Erkek	204	48,95	11,32		

* $p \leq 0,05$ İstatiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyete göre çocukluk çağı travma ölçeği toplam, duygusal istismar alt boyutu, fiziksel istismar alt boyutu, duygusal ihmal alt boyutu ve cinsel istismar alt boyut puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır ($p > 0,05$). Fiziksel ihmal alt boyutundan erkek katılımcılar kadın katılımcılara göre daha yüksek puan almış olup, cinsiyete göre fiziksel ihmal düzeylerinin istatiksel anlamda farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$).

Psikiyatrik hastalık varlığına göre çocukluk çağı travma ölçeği alt boyut puanlarına ilişkin farklılık Whitney-U Testi Testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Çizelge 5’de verilmiştir.

Çizelge 5 Psikiyatrik hastalık varlığına göre çocukluk çağı travma ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Std.	Z	p*
Duygusal istismar	Evet	46	10,76	5,51	-4,496	0,000*
	Hayır	360	7,83	3,79		
Fiziksel istismar	Evet	46	6,67	4,15	-1,051	0,293
	Hayır	360	6,00	2,47		
Fiziksel ihmal	Evet	46	7,65	2,91	-0,027	0,978
	Hayır	360	7,56	2,78		
Duygusal ihmal	Evet	46	12,41	5,53	-1,513	0,130
	Hayır	360	11,08	4,77		
Cinsel istismar	Evet	46	6,78	4,08	-1,359	0,174
	Hayır	360	5,87	2,59		
ÇÇT toplam	Evet	46	53,20	15,55	-2,260	0,024*
	Hayır	360	48,18	10,85		

* $p \leq 0,05$ İstatiksel olarak anlamlıdır.

Psikiyatrik hastalık tanı alma durumuna göre çocukluk çağı travma ölçeği fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt boyut puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır ($p > 0,05$). Duygusal istismar alt boyutundan en yüksek puan psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda ($10,76 \pm 5,51$) bulunmuş olup, psikiyatrik hastalık varlığına göre duygusal istismar alt boyutunun istatiksel anlamda farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı en yüksek puan psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda ($53,20 \pm 15,55$) bulunmuş olup, psikiyatrik hastalık varlığına göre travma düzeyinin istatiksel anlamda farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$).

Ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre çocukluk çağı travma ölçeği alt boyut puanlarına ilişkin farklılık Whitney-U Testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Çizelge 6'da verilmiştir.

Çizelge 6 Ailede psikiyatrik hastalık tanısı varlığına göre çocukluk çağı travma ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Std.	Z	p*
Duygusal istismar	Evet	58	9,74	4,70	-3,646	0,000*
	Hayır	348	7,90	3,96		
Fiziksel istismar	Evet	58	6,64	3,95	-1,070	0,285
	Hayır	348	5,98	2,44		
Fiziksel ihmal	Evet	58	7,62	2,91	-0,004	0,997
	Hayır	348	7,56	2,77		
Duygusal ihmal	Evet	58	12,21	4,81	-1,859	0,063
	Hayır	348	11,07	4,87		
Cinsel istismar	Evet	58	6,79	4,21	-2,029	0,042*
	Hayır	348	5,84	2,48		
ÇÇT toplam	Evet	58	51,81	14,14	-2,108	0,035*
	Hayır	348	48,24	11,02		

* $p \leq 0,05$ İstatiksel olarak anlamlıdır.

Ailede psikiyatrik hastalık tanısı varlığına göre çocukluk çağı travma ölçeği fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyut puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır ($p > 0,05$). Duygusal istismar alt boyutundan en yüksek puan ailede psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda ($9,74 \pm 4,70$) bulunmuş olup, ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre duygusal istismar alt boyutunun istatistiksel anlamda farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Cinsel istismar alt boyutundan en yüksek puan ailede psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda ($6,79 \pm 4,21$) bulunmuş olup, ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre cinsel istismar alt boyutunun istatistiksel anlamda farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı en yüksek ailede psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda ($51,80 \pm 14,14$) bulunmuş olup, ailede psikiyatrik hastalık varlığına göre travma düzeyinin istatistiksel anlamda farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$).

C. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğine (EBBÖ) İlişkin Bulgular

Erişkin bağlanma biçimi ölçeği alt boyut puanları Çizelge 7’de verilmiştir.

Çizelge 7 Erişkin bağlanma biçimi ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamaları

	N	Ort.	Std.	Min.	Max.
Güvenli	406	2,81	1,64	0,00	6,00
Kaçıngan	406	2,70	1,57	0,00	6,00
Kaygılı/kararsız	406	3,36	1,80	0,00	6,00

Katılımcılar güvenli bağlanma alt boyutundan ortalama $2,81\pm 1,64$ puan, kaçıngan bağlanma alt boyutundan ortalama $2,70\pm 1,57$ puan ve kaygılı/kararsız bağlanma alt boyutundan ortalama $3,36\pm 1,80$ puan almışlardır. Katılımcıların güvenli, kaçıngan ve kaygılı/kararsız bağlanma düzeylerinin orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Cinsiyete göre erişkin bağlanma biçimi ölçeği alt boyut puanlarına ilişkin farklılık Mann Whitney-U Testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Çizelge 8’de verilmiştir.

Çizelge 8 Cinsiyet göre erişkin bağlanma biçimi ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Std.	Z	p*
Güvenli	Kadın	202	2,87	1,66	-0,749	0,427
	Erkek	204	2,75	1,63		
Kaçıngan	Kadın	202	2,78	1,51	-1,288	0,198
	Erkek	204	2,62	1,62		
Kaygılı/kararsız	Kadın	202	3,55	1,79	-2,175	0,030*
	Erkek	204	3,17	1,79		

* $p\leq 0,05$ İstatiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyete göre erişkin bağlanma ölçeği güvenli ve kaçıngan bağlanma alt boyut puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Kaygılı/kararsız bağlanma alt boyutundan erkek ($3,17\pm 1,79$) katılımcılar kadın katılımcılara ($3,55\pm 1,79$) göre daha düşük puan almış olup, cinsiyete göre Kaygılı/kararsız bağlanma düzeylerinin istatistiksel anlamda farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$).

D. Obsesif İnanışlar Ölçeğine (OIÖ) İlişkin Bulgular

Obsesif inanışlar ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamaları Çizelge 9’da verilmiştir.

Çizelge 9 Obsesif inanışlar ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamaları

	N	Ort.	Std.	Min.	Max.
Sorumluluk/tehlike beklentisi	406	65,51	16,79	21,00	112,00
Mükemmellik/kesinlik için	406	72,09	18,08	20,00	112,00
Önem verme/düşüncelerin kontrolü	406	36,77	12,21	6,00	77,00
OİÖ toplam	406	174,37	41,95	52,00	301,00

Katılımcılar obsesif inanışlar ölçeği Sorumluluk/tehlike beklentisi alt boyutundan ortalama 65,51±16,79 puan, Mükemmellik/kesinlik alt boyutundan ortalama 72,09±18,08 puan, Önem verme/düşüncelerin kontrolü alt boyutundan ortalama 36,77±12,21 puan ve ölçek toplamından ortalama 174,37±41,95 puan almıştır.

Cinsiyete göre obsesif inanışlar ölçeği alt boyut puanlarına ilişkin farklılık Mann Whitney-U Testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Çizelge 10’da verilmiştir.

Çizelge 10 Cinsiyet göre obsesif inanışlar ölçeğine ilişkin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Std.	Z	p*
Sorumluluk/tehlike beklentisi	Kadın	202	64,61	18,22	-0,924	0,355
	Erkek	204	66,40	15,23		
Mükemmellik/kesinlik için	Kadın	202	72,52	19,18	-0,851	0,395
	Erkek	204	71,66	16,95		
Önem verme/düşüncelerin kontrolü	Kadın	202	36,20	12,80	-1,010	0,312
	Erkek	204	37,34	11,60		
OİÖ toplam	Kadın	202	173,33	45,20	-0,204	0,838
	Erkek	204	175,40	38,55		

* $p \leq 0,05$ İstatiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyete göre obsesif inanışlar ölçeği alt boyut puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır ($p > 0,05$).

Psikiyatrik hastalık varlığına göre obsesif inanışlar ölçeği alt boyut puanlarına ilişkin farklılık Whitney-U Testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Çizelge 16'de verilmiştir.

E. Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanterine (VOKE) İlişkin Bulgular

Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanterine ilişkin alt boyut puan ortalamaları Çizelge 11'de verilmiştir.

Çizelge 11 Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanterine ilişkin alt boyut puan ortalamaları

	N	Ort.	Std.	Min.	Max.
Bulaşma-kirlenme	406	14,27	9,96	0,00	48,00
Kontrol etme	406	7,79	6,32	0,00	24,00
Obsesyonlar	406	14,38	9,36	0,00	47,00
Biriktirme	406	6,72	6,29	0,00	28,00
Sadece doğru hissetme	406	16,06	9,82	0,00	48,00
Kararsızlık	406	8,58	5,37	0,00	24,00
VOKE toplam	406	67,80	40,03	0,00	219,00

Cinsiyete göre Vancouver obsesif-kompulsif envanteri alt boyut puanlarına ilişkin farklılık Mann Whitney-U Testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Çizelge 12'da verilmiştir.

Çizelge 12 Cinsiyete göre Vancouver obsesif-kompulsif envanterine ilişkin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Std.	Z	p*
Bulaşma-kirlenme	Kadın	202	13,36	10,38	-2,137	0,055
	Erkek	204	15,17	9,46		
Kontrol etme	Kadın	202	7,68	6,90	-1,209	0,227
	Erkek	204	7,90	5,71		
Obsesyonlar	Kadın	202	13,20	9,53	-2,888	0,004*
	Erkek	204	15,55	9,06		
Biriktirme	Kadın	202	5,43	6,33	-5,300	0,000*
	Erkek	204	8,00	6,00		
Sadece doğru hissetme	Kadın	202	15,40	10,26	-1,741	0,082
	Erkek	204	16,73	9,35		
Kararsızlık	Kadın	202	8,86	5,97	-0,499	0,618
	Erkek	204	8,30	4,70		
VOKE toplam	Kadın	202	63,92	41,30	-2,113	0,051
	Erkek	204	71,65	38,45		

* $p \leq 0,05$ İstatiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyete göre Vancouver obsesif-kompulsif envanterine ilişkin Bulaşma-kirlenme, Kontrol etme, Sadece doğru hissetme, Kararsızlık alt boyutları ve VOKE toplam puanının istatiksel anlamda farklılık göstermediği saptanmıştır ($p > 0,05$). Obsesyonlar alt boyutundan erkek ($15,55 \pm 9,06$) katılımcılar kadın katılımcılara ($13,20 \pm 9,53$) göre daha yüksek puan almış olup, cinsiyete göre obsesyon düzeylerinin istatiksel anlamda farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Biriktirme alt boyutundan erkek ($8,00 \pm 6,00$) katılımcılar kadın katılımcılara ($5,13 \pm 6,33$) göre daha yüksek puan almış olup, cinsiyete göre biriktirme davranışı düzeylerinin istatiksel anlamda farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$).

F. Değişkenler Arası İlişkiye Dair Bulgular

Araştırmada ölçek toplam puanları ve alt boyutları arasındaki ilişki Spearman's korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucu Çizelge 13'de verilmiştir.

Çizelge 13 Araştırma ölçek alt boyut puanları arasında korelasyon sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		.546**	.362**	.622**	.359**	.773**	.266**	-.336**	-.385**	.205**	.128**	-.149**	.183**	.091	0.070	.310**	.154**	.234**	.314**	.229**
2	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.010	0.003	0.000	0.067	0.158	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000
3				.449**	.367**	.611**	.110*	-.178**	-.282**	0.093	-0.037	.124*	0.061	.135**	0.090	.265**	.201**	.203**	.209**	.221**
4					0.000	0.000	0.027	0.000	0.000	0.061	0.459	0.012	0.220	0.007	0.070	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
5						.557**	.191**	-.319**	-.334**	.132**	-0.017	.221**	.111*	.151**	.153**	.358**	.309**	.243**	.211**	.276**
6	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.008	0.729	0.000	0.026	0.002	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
7					.277**	.837**	.235**	-.294**	-.350**	0.092	0.022	.107*	0.085	0.042	0.038	.225**	.128**	.169**	.214**	.158**
8					0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.064	0.656	0.030	0.088	0.399	0.449	0.000	0.010	0.001	0.000	0.001
9						.463**	0.062	-.122*	-.279**	0.046	0.012	0.020	0.029	-0.010	0.028	.167**	.098*	.122*	.172**	.105**
10					0.000	0.000	0.209	0.014	0.000	0.352	0.809	0.684	0.557	0.839	0.568	0.001	0.048	0.014	0.001	0.034
11							.269**	-.349**	-.403**	.175**	0.086	.174**	.165**	0.086	0.074	.325**	.207**	.240**	.270**	.235**
12							0.000	0.000	0.000	0.000	0.084	0.000	0.001	0.082	0.136	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
13								-.510**	-.208**	.164**	.145**	.125*	.172**	.160**	.157**	.211**	0.049	.194**	.217**	.198**
14								0.000	0.000	0.001	0.003	0.012	0.000	0.001	0.001	0.000	0.321	0.000	0.000	0.000
15									.308**	-.305**	-.231**	-.280**	-.309**	-.149**	-.170**	-.263**	-.191**	-.237**	-.249**	-.239**
16									0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.003	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
17										-.241**	-.121**	-.218**	-.210**	-.156**	-.150**	-.365**	-.247**	-.268**	-.347**	-.295**
18										0.000	0.015	0.000	0.000	0.002	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
19											.724**	.669**	.919**	.368**	.364**	.469**	.311**	.469**	.481**	.481**
20											0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
												.516**	.880**	.299**	.365**	.362**	.227**	.506**	.436**	.437**
												0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
													.791**	.361**	.358**	.474**	.357**	.442**	.430**	.476**
													0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
														.387**	.415**	.487**	.322**	.536**	.506**	.523**
														0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
															.680**	.638**	.557**	.698**	.601**	.837**
															0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
																.628**	.610**	.731**	.604**	.825**
																0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
																0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
																	.659**	.757**	.723**	.869**
																	0.000	0.000	0.000	0.000
																		.684**	.619**	.777**
																		0.000	0.000	0.000
																			.751**	.916**
																			0.000	0.000
																				.830**
																				0.000
																				0.000
																				1.000

***Korelasyon p<0.01 düzeyinde anlamlıdır.* **Korelasyon p<0.05 düzeyinde anlamlıdır.* Spearman's korelasyon testi Duyusal istismar (1), Fiziksel istismar (2), Fiziksel ihmal (3), Duyusal ihmal (4), Cinsel istismar (5), ÇCT toplam (6), Güvenli (7), Kaçınan (8), Kaygılı/kararsız (9), Sorumluluk/tehlike beklentisi (10), Mükemmellik/kesinlik için (11), Önem verme/ düşüncelerin kontrolü (12), Obsesif inanişlar Ölçeği (OiÖ) (13), Bulaşma-kirlenme (14), Kontrol etme (15), Obsesyonlar (16), Biriktirme (17), Doğru hissetme (18), Kararsızlık (19), VOKE (20).

Duygusal istismar düzeyleri ile kaçınan ($r=-0,366$ $p=0,000$) ve kaygılı/kararsız ($r=-0,385$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır. Duygusal istismar düzeyleri ile güvenli ($r=0,266$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

Fiziksel istismar düzeyleri ile kaçınan ($r=-0,178$ $p=0,000$) ve kaygılı/kararsız ($r=-0,3282$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır. Fiziksel istismar düzeyleri ile güvenli ($r=0,110$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

Fiziksel ihmal düzeyleri ile kaçınan ($r=-0,319$ $p=0,000$) ve kaygılı/kararsız ($r=-0,334$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır. Fiziksel ihmal düzeyleri ile güvenli ($r=0,191$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

Duygusal ihmal düzeyleri ile kaçınan ($r=-0,294$ $p=0,000$) ve kaygılı/kararsız ($r=-0,3350$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır. Duygusal ihmal düzeyleri ile güvenli ($r=0,235$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

Cinsel istismar düzeyleri ile kaçınan ($r=-0,122$ $p=0,000$) ve kaygılı/kararsız ($r=-0,279$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

ÇÇT toplam düzeyleri ile kaçınan ($r=-0,349$ $p=0,000$) ve kaygılı/kararsız ($r=-0,403$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır. ÇÇT toplam düzeyleri ile güvenli ($r=0,269$ $p=0,000$) bağlanma düzeyleri arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

Duygusal istismar ile Sorumluluk/tehlike beklentisi (S/TB) ($r=0,205$ $p=0,000$), Mükemmellik/kesinlik için (M/K) ($r=0,128$ $p=0,010$), Önem verme/düşüncelerin kontrolü (ÖV/DK) ($r=-0,149$ $p=0,003$) ve OİÖ toplam ($r=0,183$ $p=0,000$) düzeyleri arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

Fiziksel ihmal ile Sorumluluk/tehlike beklentisi (S/TB) ($r=0,132$ $p=0,008$), Önem verme/düşüncelerin kontrolü (ÖV/DK) ($r=0,221$ $p=0,000$) ve OİÖ toplam ($r=0,111$ $p=0,026$) düzeyleri arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

ÇÇT toplam ile Sorumluluk/tehlike beklentisi (S/TB) ($r=0,175$ $p=0,000$), Önem verme/düşüncelerin kontrolü (ÖV/DK) ($r=0,174$ $p=0,000$) ve OİÖ toplam ($r=0,165$ $p=0,001$) düzeyleri arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

Güvenli bağlanma ile Sorumluluk/tehlike beklentisi (S/TB) ($r=0,164$ $p=0,001$), Mükemmellik/kesinlik için (M/K) ($r=0,145$ $p=0,003$), Önem verme/düşüncelerin kontrolü (ÖV/DK) ($r=0,125$ $p=0,012$) ve OİÖ toplam ($r=0,172$ $p=0,000$) düzeyleri arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

Kaçıngan bağlanma ile Sorumluluk/tehlike beklentisi (S/TB) ($r=-0,305$ $p=0,000$), Mükemmellik/kesinlik için (M/K) ($r=-0,231$ $p=0,000$), Önem verme/düşüncelerin kontrolü (ÖV/DK) ($r=-0,280$ $p=0,000$) ve OİÖ toplam ($r=-0,309$ $p=0,000$) düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

Kaygılı/kararsız ile Sorumluluk/tehlike beklentisi (S/TB) ($r=-0,241$ $p=0,000$), Mükemmellik/kesinlik için (M/K) ($r=-0,121$ $p=0,015$), Önem verme/düşüncelerin kontrolü (ÖV/DK) ($r=-0,218$ $p=0,000$) ve OİÖ toplam ($r=-0,210$ $p=0,000$) düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki varlığı saptanmıştır.

Güvenli bağlanma ile obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki varlığı saptanmıştır ($p < 0,05$).

Kaçıngan ve kaygılı/kararsız bağlanma ile obsesif kompulsif belirtiler arasında negatif yönlü düşük düzeyli ilişki varlığı saptanmıştır ($p < 0,05$).

Obsesif kompulsif inanç alt boyutları ile obsesif kompulsif belirti alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki varlığı saptanmıştır ($p=0,000$).

V. TARTIŞMA

A. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğine İlişkin Tartışma

H1: Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile sosyodemografik (cinsiyet, psikiyatrik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı) değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır.

Araştırmada çocukluk çağı travma ölçeği toplam, duygusal istismar alt boyutu, fiziksel istismar alt boyutu, duygusal ihmal alt boyutu ve cinsel istismar alt boyut puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde bazı araştırmalarda da duygusal ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar ve ÇÇTÖ toplam puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği bildirilmiştir (Erdem-Direk, 2021; Bal ve Gülgör, 2019; Stoltenborgh et al., 2013). Mevcut araştırmada erkek katılımcılarda fiziksel ihmal düzeylerinin kadın katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu ve cinsiyete göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Benzer şekilde erkeklerde fiziksel ihmalin daha yüksek olduğunu ve cinsiyet göre farklılık gösterdiği belirten çalışmalar bulunmaktadır (Kalı-Soyer vd., 2021; Akyıl, 2019; Bedirhanbeyoğlu, 2018; Bozyel, 2017; Güneri-Yöyen, 2017). Çocukluk çağı travmalarının cinsiyete göre farklılaşma durumunun yapılan çalışmalarda örneklem özelliklerine göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu bağlamda araştırma sonuçlarının benzer örneklerdeki araştırmalarla uyum sağladığı görülmektedir.

Çocukluk çağında yaşanan bu travmalar bireyin fiziksel, duygusal ve cinsel gelişimini sekteye uğramakta sonraki yaşam dönemlerinde de bazı psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak araştırmada değerlendirilen ÇÇT durumları ve psikiyatrik hastalık varlığı ilişkisi hipotezinde duygusal istismar ve ÇÇTÖ toplam puanının psikiyatrik hastalık varlığı olanlarda daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travma yaşantılarının bireylerde çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde sağlıklı ruh hali ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının çocuğun ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini gösteren birçok

araştırma mevcuttur (Berber Çelik ve Odacı, 2020). Ayrıca herhangi bir çocukluk çağı travma deneyiminin intihar girişimi riski sokar (Green et al., 2010; Nurius et al., 2015), yaşam boyu depresif bozukluklar, kaygı, saldırganlık (Anderson vd., 2002; Chapman et al., 2004; Turner vd., 2006), davranış bozuklukları (McLaughlin et al., 2016), kötü madde kullanımı (Mersky et al., 2013) ve genel olarak kötü ruh sağlığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Edwards et al., 2003; Nurius et al., 2013). Leskin ve Sheikh (2002)'in 274 panik bozukluk tanısı konulan hasta üzerinde yaptıkları çalışmanın bulguları, bu hastalarının travmatik deneyimler yaşama olasılıklarının yüksek olduğunu ve bunların %14,2'sinin çocukluk döneminde travma yaşadığını belgelemiştir. Çocukluk çağı ruhsal travması bireyde özgüven, özsaygı ve umut kavramlarına zarar vermekte (Güneri Yöyen, 2017) ve depresyona neden olmaktadır (Helvacı Çelik ve Hocaoglu, 2018). Çocukluk döneminde yaşanan ve birey üzerinde olumsuz etkiler bırakan bu travmaların, yetişkinlikte de psikolojik ve fizyolojik yansımaları görülmektedir. Bireylerde özellikle çocukluk çağında yaşadıkları ihmal ve istismar durumlarının yetişkinlikte ruhsal hastalıklara neden olabileceğini göstermektedir.

B. Erişkin Bağlanma Ölçeğine İlişkin Tartışma

H2: Üniversite öğrencilerinde bağlanma biçimleri ile sosyodemografik (cinsiyet) değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır.

Araştırmada katılımcılarda güvenli, kaçınan ve kaygılı/kararsız bağlanma düzeylerinin orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca cinsiyete göre güvenli ve kaçınan bağlanma stilinde farklılık bulunmamıştır. Kaygılı/kararsız bağlanma düzeyinin erkeklerde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çağatay (2014) erişkin bağlanma biçimlerine göre cinsiyet arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmadığı belirtilmiştir. Ermiş (2019) araştırmasında, güvenli ve kaygılı bağlanmada cinsiyete göre anlamlı farklılık olduğunu belirtmiştir. Uyar (2019) çalışmasında, yetişkinlerin cinsiyetlerine göre güvenli bağlanma puanlarında anlamlı farklılık olduğunu belirtmiştir. Şipit (2019) araştırmasında yetişkin bireylerin cinsiyetlerine göre bağlanma biçimleri arasında anlamlı farklılık olmadığını ortaya koymuştur. Yapılan bazı araştırmalarda da cinsiyet göre erişkin bağlanma biçimlerinde farklılık olmadığı ortaya konulmuştur (Tanış, 2014; Donat, 2018). Özgül vd. (2019)'nin araştırmasında kişilerin kaygılı ve kaçınan bağlanma örüntülerinin

duygusal şemalarıyla bağlantılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerde bağlanma stillerinin duygusal şemalarla olan ilişkisi cinsiyete göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerde bağlanma stillerinin cinsiyete göre de farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ak (2021)'in araştırmasında güvenli ve korkulu bağlanma düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Ayrıca araştırmada erkek katılımcıların güvenli bağlanma puanlarının kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu ve kadın katılımcıların korkulu bağlanma puanlarının ise erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Yunus ve Saydam (2023)'ün araştırmasında güvenli ve korkulu bağlanma stillerinin cinsiyete göre farklılaştığı belirlenmiştir. Bu kapsamda cinsiyete göre erişkin bağlanma biçimleri ile ilgili yapılan araştırma sonuçlarının farklılık gösterdiği ve bu durumun araştırma örneklem yapılarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

C. Obsesif İnanışlar Ölçeğine (OIÖ) İlişkin Tartışma

H3: Üniversite öğrencilerinde obsesif kompulsif inançları ile sosyodemografik (cinsiyet) değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır.

Obsesif kompulsif bozukluğun etiolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. Bu bağlamdan yola çıkarak araştırmada katılımcıların obsesif kompulsif inanç düzeyleri ile cinsiyet arasındaki ilişki değerlendirildiğinde sorumluluk/tehlike beklentisi, mükemmellik/kesinlik, önem verme/düşüncelerin kontrolü ve obsesif inanış düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Katılımcılarda cinsiyete göre obsesif inanışlar ölçeği alt boyut puanlarının farklılık göstermediği görülmüştür. Literatürde cinsiyet açısından kadınların erkeklere oranla daha sık OKB'ye yakalandıkları bildirilmiştir (Ünyeli, 2015). Benzer olarak Acarer (2019)'un araştırmasında da obsesif inanışlar cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermediği bildirilmiştir. Ayrıca Tümkaya vd. (2015)'nin obsesif hastalardaki inanışlar üzerinde yaptıkları çalışmada, obsesif inanışların cinsiyete göre farklılık göstermediği belirtilmiştir. Farklı olarak Kuru (2017)'nin araştırmasında ise erkeklerin obsesif inanışlarının kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Boysan vd. (2010)'nin araştırmasında da kadınların erkeklere göre daha yüksek obsesif inanış düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir. İnözü vd (2022)'nin araştırmasında da obsesif inanış düzeylerinin cinsiyete göre farklılık göstermediği görülmektedir. Çalikkasap ve Karaaziz (2022)'nin araştırmasında da cinsiyet durumuna göre temizlik, yavaşlık,

kuşku, ruminasyon, obsesif kompulsif düzeylerinin farklılık gösterdiği ve kadınlarda obsesif inanış düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Obsesif inanış düzeylerinin birçok değişkenden etkilendiği bilinmektedir. Bu durum obsesif inanışlar ile cinsiyet ilişkisinde farklı araçların olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar obsesif inanışlar ve cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkinin net olarak tanımlanmamasını ortaya koymaktadır.

D. Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanterine (VOKE) İlişkin Tartışma

H4: Üniversite öğrencilerinde obsesif kompulsif belirtileri ile sosyodemografik (cinsiyet) değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır.

Araştırmada bulaşma-kirlenme, kontrol etme, sadece doğru hissetme, kararsızlık alt boyutları ve VOKE toplam puanının cinsiyet göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Ayrıca obsesyon ve biriktirme alt boyutlarında erkekler kadın katılımcılardan daha yüksek puan almış olup, cinsiyete göre farklılık bulunmuştur. Mevcut literatürde obsesif kompulsif belirtilerin cinsiyete göre farklılık gösterebileceği belirtilmiştir (Doğan vd., 1995; Tekin, 2020). Ayrıca biriktirme alt boyutunun erkeklerde kadınlardan daha yüksek düzeylerde görüldüğü belirtilmiştir (Labad et al., 2008; Noshirvani et al., 1991). Çalışkan (2021)'nin araştırmasında da erkeklerde biriktirme alt boyut düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kaplan ve Kahraman (2022)'nin araştırmasında temizlik alt boyutunun cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve temizlik konusunda takıntılı davranışların kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu sonucu bildirilmiştir. Ayrıca araştırmada kadınların erkeklere göre obsesif ve kompulsif belirtilere daha yatkın olduğunu ve bu durumun kadınların toplumsal rollerinden kaynaklı sık su ve temizlik ürünlerine teması böyle bir kaygı oluşturmasına neden olabileceği belirtilmiştir. Bu sonuçlar obsesif-kompulsif belirtilerin alt boyutlarının kadın ve erkeklerde farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bireylerin toplumsal davranış ve öğrenimlerine göre farklı alt boyutlarda değişiklik gösterdiği görülmektedir.

E. Değişkenler Arası İlişkiye Dair Tartışma

H5: Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile bağlanma biçimleri arasında anlamlı ilişki vardır.

Araştırmada katılımcılarda duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve ÇÇT toplam düzeylerinin artmasına/azalmasına bağlı olarak kaçınan ve kaygılı/kararsız düzeylerinin azaldığı/arttığı; fakat güvenli bağlanma düzeylerinin arttığı/azaldığı bulunmuştur. Erken bakım verme kalitesinin insan gelişimini şekillendirmede etkili olduğu vurgulanmaktadır (Ainsworth et al., 1978). İstismar ve ihmal vakalarında görüldüğü gibi, duyarsız ve tutarsız bakım verenler, bakıcılarının güvenilmez ve güvenilmez olarak zihinsel temsillerini oluşturma olasılıkları daha yüksektir. Bu da daha sonra güvensiz ve düzensiz bağlanmanın gelişmesine katkıda bulunur (Cyr et al., 2010; Mikulincer ve Shaver, 2012). Bağlanmadan kaçınma, yakın ilişkilere girmekten kaçınma, duyguları maskeleyme ve kontrol etme, uzaklaştırma stratejilerinin kullanımı ve görünür bir bağımsızlık ihtiyacı olarak ortaya çıkabilen ilişkilerde potansiyel bir reddedilme korkusuyla ilgilidir. Bağlanma kaygısı, ilişkilerde potansiyel bir kayıp korkusuyla ilgilidir ve yakınlık, bağlanma veya talepkarlık için aşırı bir ihtiyaç olarak gösterilebilir (Mikulincer ve Shaver, 2005; Mikulincer et al., 2003). Kaçınan ve kaygılı bağlanma biçimleri fiziksel veya cinsel istismar gibi çocukluk çağı travma türleriyle ilişkili olarak incelenmiştir (Corcoran ve McNulty, 2018, Widom et al., 2018, Zietlow et al., 2017). Cicchetti ve Doyle (2016), ÇÇT'lerin yaşam boyunca birçok olumsuz gelişimsel yola zemin hazırlayabileceğini vurgulamıştır. ÇÇT'lerden etkilenebilecek göze çarpan bir gelişimsel yol, güvenli bir ebeveyn-çocuk bağlanma ilişkisinin oluşturulmasıdır. Çocuklar kötü muameleye maruz kaldıklarında, güvensiz bağlanma geliştirme açısından daha büyük risk altındadırlar ve bu da daha fazla psikolojik savunmasızlığa ve patolojik çöküntülere yol açabilmektedir (Cicchetti ve Doyle, 2016). Yıldız vd.(2022)'nin araştırmasında ÇÇT düzeyleri ile bağlanma stilleri arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Çağatay ve Özerk (2021)'in araştırmasında bağlanma stillerinin şiddet yaşantısına göre anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur. Bağlanma stilleri bakımından çocukluk döneminde şiddete maruz kalan kişiler yetişkinlikte şiddet yaşantısı olmayan kişilere göre daha fazla kayıtsız ve saplantılı bağlanma stili geliştirmektedirler. Literatüre göre ÇÇT'lerin özellikle bireylerde güvenli bağlanma düzeylerini etkilediği görülmektedir. Çocuklukta güvenilir ve tutarlı bakım alan bireylerin, güvenli bağlanma kalıpları geliştirebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonuçlarının literatürle uyum sağladığı görülmüştür.

H6: Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif inançları arasında anlamlı ilişki vardır.

H7: Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtileri arasında anlamlı ilişki vardır.

Travmanın OKB'yi çeşitli potansiyel şekillerde etkilediğine inanılmaktadır. İlk olarak, travma, travmanın türü (örneğin, kişilerarası veya kişilerarası olmayan) ve travmanın deneyimlendiği araçlar (örneğin, doğrudan veya dolaylı olarak) ve bunların obsesyonlar ve kompulsiyonlarla nasıl ilişkili olduğu dahil olmak üzere OKB'nin klinik semptomlarını etkilemektedir (Imthorn et al., 2020; Ojserkis et al., 2020 ; Pinciotti et al., 2022). Cinsel, fiziksel ve saldırgan olmayan çocukluk çağı travmalarının tümü, temizlik/bulaşma, tekrarlama/kontrol etme, müdahaleci düşünceler, simetri ve istifleme semptomlarıyla önemli ölçüde ilişkilidir (Barzilay et al., 2019). Araştırmada duygusal istismar ve fiziksel ihmal alt boyut düzeylerinin artmasına bağlı olarak sorumluluk/tehlike beklentisi, mükemmellik/kesinlik için, önem verme/düşüncelerin kontrolü ve OİÖ toplam puan düzeylerinde arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Bu varsayıma paralel bir şekilde, literatürde erken dönem olumsuz yaşantılarının obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında, başlangıçta müdahaleci olmayan düşüncelerin obsesif niteliğe dönüşmesinde, düşüncelerin katılığına, sıklığına ve içeriğine etki edebileceğine (de Silva ve Marks, 1999; Dinn et al., 1999) dair bulgular mevcuttur. Çocukluk çağı travmaları, özellikle duygusal, fiziksel veya cinsel istismar ve ihmal içerenler, daha şiddetli OKB semptomları ile ilişkilidir (Barzilay et al., 2019 ; Çoban ve Tan, 2020 ; Kılıç vd., 2020). Ergenlikten önce ve kızlarda meydana gelen travmaya maruz kalmanın özellikle OKB belirtileri üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Barzilay et al., 2019). Travmaya maruz kalma, travma sonrası stres semptomları kontrol edildikten sonra bile OKB semptomlarıyla bağımsız olarak ilişkilidir (Pinciotti vd., 2022). Yapılan bir çalışmada, duygusal travmaların daha çok olmak üzere, erken dönem olumsuz yaşantılarının OKB belirtileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Demirci, 2016). Kadivari et al., (2022)'nin araştırmasında çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin OKB davranışları geliştirme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çocuklukta yaşanan travmatik olayları bir stres faktörü olarak

düşünürsek, çocukluk çağı travmalarını obsesif inanışlar için bir risk faktörü olarak değerlendirebiliriz.

H8: Üniversite öğrencilerinde bağlanma biçimleri ile obsesif kompulsif inançları arasında anlamlı ilişki vardır.

H9: Üniversite öğrencilerinde bağlanma biçimleri ile obsesif kompulsif belirtileri arasında anlamlı ilişki vardır.

Araştırmada güvenli bağlanma düzeylerinin artmasına bağlı olarak obsesif inanışlar düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun tam tersi olarak katılımcılarda kaçınan ve Kaygılı/kararsız bağlanma düzeylerinin artmasına bağlı olarak obsesif inanışlar düzeylerinin de azaldığı bulunmuştur. Değişkenler arasındaki ilişkinin düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Literatürde çocuklukta yaşanan olumsuz yaşantıların yetişkinlikte güvensiz bağlanma stilini etkilediği ve bu durumun da obsesif kompulsif belirtiler gösterme eğilimini artırabileceği belirtilmiştir (Doron ve Kyrios, 2005; Marazziti et al., 2007). Doron ve Kyrios (2005) araştırmalarında güvensiz bağlanma stillerine sahip olmanın kendilik, başkaları ve dünya algılarının olumsuz olma ihtimalini arttıracak ve kendilik, başkaları ve dünyaya karşı gelişen güvensizliğin obsesif kompulsif semptomlarla ilişkili olabileceğini belirtmektedir. Bazı araştırmalarda kaçınmacı bağlanma ve obsesif kompulsif belirtiler arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Doron et al., 2012; Yarbrow et al., 2013; Vatan, 2016). Bazı çalışmalar kaçınmacı bağlanma ve obsesif kompulsif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki tespit ederken, bazıları ise kaçınmacı bağlanma stilinden ziyade kaygılı ve korkulu bağlanmanın obsesif kompulsif semptomlar göstermeyle ilişkisi olduğunu savunmuştur (Doron ve Kyrios, 2005; Doron et al., 2012; Sümer vd., 2009). Kaygılı bağlanmada, birey ilişkisiyle ve duygularıyla ilgili araya girici düşüncelere ve obsesif düşünme biçimine karşı daha hassas olabilmekte ve obsesif kompulsif belirtiler deneyimleyebilmektedir (Trak ve İnözü, 2019). Başka bir çalışmada ise OKB grubunda sağlıklı kontrollere göre kaygılı bağlanma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kaçınan bağlanma boyutu da benzer şekilde yüksek bulunmuş, fakat bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca bağlanma özelliklerinin obsesif kompulsif yakınmaların şiddeti ile ilişkisine bakılmış, anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (Bolat, 2020). Ertürk (2021)'in araştırmasında kaygılı bağlanma ve obsesif kompulsif belirtilerin beş alt ölçeği arasında da güçlü bir ilişki bulunmuştur. Kaygılı bağlanma yükseldikçe kontrol etme,

temizlik ve yavaşlık davranışlarının, kuşkunun ve ruminasyon yapmanın arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda bağlanma stilleri ile obsesif inanışlar arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Güvensiz bağlanma stillerinden kaygılı ve korkulu bağlanma stillerinin obsesif kompulsif semptomlar için önemli bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir. Bununla birlikte bağlanma güvnliden güvensize giden bir doğru şekilde düşünüldüğünde kişilerin bağlanma güvensizleştikçe obsesif kompulsif semptomlarının da arttığı gözlemlenmiştir.

Yapılan araştırma sonucuna göre üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travma, bağlanma stilleri, obsesif inanışlar ve obsesif-kompulsif belirtiler arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda bazı demografik değişkenlerin üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travma, bağlanma stilleri, obsesif inanışlar ve obsesif-kompulsif belirtileri etkilediğini buldum.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

A. Sonuç

Yapılan araştırma sonucuna göre üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travma, bağlanma stilleri, obsesif inanışlar ve obsesif-kompulsif belirtiler arasında ilişki olduğu sonucuna ulaştım. Araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir:

- Çocukluk çağı travma ölçeği toplam, duygusal istismar alt boyutu, fiziksel istismar alt boyutu, duygusal ihmal alt boyutu ve cinsel istismar alt boyut puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiğini buldum.
- Aile geliri düşük olanlarda duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam ÇÇTÖ puanı düzeylerinin daha yüksek olduğunu buldum.
- Duygusal istismar ve ÇÇTÖ toplam puanının psikiyatrik hastalık varlığı olanlarda daha yüksek olduğu bulundu.
- Güvenli, kaçınan ve kaygılı/kararsız bağlanma düzeylerinin orta düzeydedir.
- Cinsiyete göre güvenli ve kaçınan bağlanma stilinde farklılık bulunmamıştır.
- Aile gelir durumuna göre güvenli bağlanma düzeyleri farklılık göstermezken, orta gelir durumuna sahip olanlarda kaçınan ve yüksek gelir durumuna sahip olanlarda kaygılı/kararsız bağlanma düzeyleri yüksektir.
- Sorumluluk/tehlike beklentisi, mükemmellik/kesinlik, önem verme/düşüncelerin kontrolü ve obsesif inanış düzeylerinin orta düzeydedir.
- Cinsiyete göre obsesif inanışlar ölçeği alt boyut puanlarının farklılık göstermemektedir.
- Psikiyatrik tanı alma durumunun önem verme/düşüncelerin kontrolü alt boyut ve OİÖ toplam puanlarını etkilemediği görülmüştür.
- Sorumluluk/tehlike beklentisi ve mükemmellik/kesinlik düzeylerinin psikiyatrik tanı alanlarda daha yüksektir.
- Bulaşma-kirlenme, kontrol etme, sadece doğru hissetme, kararsızlık alt boyutları ve VOKE toplam puanının cinsiyet göre farklılaşmamaktadır.

- Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve ÇÇT toplam düzeylerinin artmasına/azalmasına bağlı olarak kaçıngan ve kaygılı/kararsız düzeylerinin azaldığı/arttığı; fakat güvenli bağlanma düzeylerinin arttığı/azaldığı buldum.
- Duygusal istismar ve fiziksel ihmal alt boyut düzeylerinin artmasına bağlı olarak sorumluluk/tehlike beklentisi, mükemmellik/kesinlik için, önem verme/düşüncelerin kontrolü ve OİÖ toplam puan düzeylerinde arttığı sonucuna ulaştım.
- Güvenli bağlanma düzeylerinin artmasına bağlı olarak obsesif inanışlar düzeylerinin arttığını buldum.

B. Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre aşağıda öneriler verilmiştir:

- Araştırma sonuçları sadece üniversite öğrenci örneklemini kapsamaktadır. Bu durum sonuçların genelleştirilmesine kısıtlamaktadır. Alanda daha farklı örneklem yapılarında mevcut değişkenlerin incelenmesi önerilmektedir.
- Araştırmada kullanılan ölçekler sadece katılımcılarda değişkenlerin düzeylerini ortaya koymaktadır. Katılımcıların belli psikiyatrik hastalıklara göre gruplandırılarak oluşturulacak örnekleme araştırma değişkenlerine ilişkin daha kullanılabilir ve etkili sonuçların elde edileceği düşünülmektedir.
- Üniversite öğrencilerinde uygulanacak olan tedavi ve rehabilite programlarında araştırma sonuçlarının yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

VI. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- AİNSWORTH, MDS., BLEHAR, MC., WATERS, E., WALL, S. (1978). **Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home**. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
- EROL N, KILIÇ C, ULUSOY M, KEÇECİ M, ŞİMŞEK Z. **Türkiye Ruh Sağlığı Profili**. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 1997
- GULEC, C., KORUGLU, E., SENOL, S. (2007). **Psikiyatri temel kitabı**. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 343
- MASTERSON, JF. (2015). **Bağlanma kuramı ve nörobiyolojik kendilik gelişimi açısından kişilik bozuklukları**. 1. Baskı. İstanbul: Litera.
- OZTURK, O., ULUSAHİN, A. (2015). **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 364-379.
- RASMUSSEN, SA., EISEN, JL. (1991). **Phenomenology of obsessive-compulsive disorder**. In: Insel J, Rasmussen S, ed. Psychobiology of obsessive compulsive disorder. Newyork, NY: Springer-Verlag; 743-758.
- SADOCK BJ, SADOCK VA, RUIZ P. (2016). **Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri**. Bozkurt A, ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri;418-424.
- SENORMANCI, O., KONKAN, R., GUCLU, OG., SUNGUR, MZ. (2012). **Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli**. pgy. 4(3):335-349.

MAKALELER

- ALBERT, U., MAİNA, G., BOGETTO, F. (2000). **Obsessive-compulsive disorder and triggering life events**. *Eur J Psychiatry*. 2000;14(3):180-188.
- ALEXANDER, P. C. (1993). **The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse**. *Journal of Interpersonal violence*, 8(3), 346-362.
- ANDERSON, P. L., TİRO, J. A., PRİCE, A. W., BENDER, M. A., & KASLOW, N. J. (2002). **Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low income African American women**. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 131-138.
- BARZİLAY, R., PATRİCK, A., CALKİNS, M. E., MOORE, T. M., GUR, R. C., & GUR, R. E. (2019). **Association between early-life trauma and obsessive compulsive symptoms in community youth**. *Depression and anxiety*, 36(7), 586-595.
- BERBER ÇELİK, Ç., & ODACI, H. (2020). **Does child abuse have an impact on self-esteem, depression, anxiety and stress conditions of individuals?**. *International journal of social psychiatry*, 66(2), 171-178.
- BERNSTEİN, D. P., FİNK, L., HANDELSMAN, L., FOOTE, J., LOVEJOY, M., WENZEL, K., RUGGİERO, J. (1994). **Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect**. *American Journal of Psychiatry*. doi:10.1176/ajp.151.8.1132
- BERNSTEİN, DP., STEİN, JA., NEWCOMB, MD. (2003). **Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire**. *Child Abus Negl*. 27(2):169-90.
- BOYSAN, M., BESİROĞLU, L., ÇETİNKAYA, N., ATLI, A., & AYDİN, A. (2010). **Obsesif inanılar Ölçeği-44'ün (OIÖ-44) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirligi/The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44)**. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 47(3), 216.
- BRANDER, G., PÉREZ-VİGİL, A., LARSSON, H., MATAIX-COLS, D., (2016), **Systematic Review of Environmental Risk Factors For Obsessive-**

- Compulsive Disorder: A Proposed Roadmap From Association to Causation.** *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 36–62.
- BRANDER, G., RYDELL, M., KUJA-HALKOLA, R., FERNANDEZ DE LA CRUZ, L., LICHTENSTEIN, P., SERLACHIUS, E., RUCK, C., ALMQVIST, C., D'ONOFRIÓ, B.M., LARSSON, H., MATAIXCOLS, D. (2017). **Perinatal risk factors in Tourette's and chronic tic disorders: a total population sibling comparison study.** *Mol. Psychiatry*.
- BRIGGS, E.S., PRICE, I.R. (2009). **The relationship between adverse childhood experience and obsessivecompulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance.** *J. Anxiety Disord.* 23, 1037–1046.
- BROWNE, H.A., GAIR, S.L., SCHARF, J.M., GRICE, D.E., (2014), **Genetics of ObsessiveCompulsive Disorder and Related Disorders.** *Psychiatr. Clin. North Am.*, 37, 3, 319- 35.
- BUSS, K. E., WARREN, J. M., & HORTON, E. (2015). **Trauma and Treatment in Early Childhood: A Review of the Historical and Emerging Literature for Counselors.** *Professional Counselor*, 5(2).
- CAROL, A. S., & DAVIES, F. (1995). **Attachment organization and adaptation in sexually-abused women.** *The Canadian Journal of Psychiatry*, 40(5), 234-240.
- CARPENTER, L., CHUNG, M. (2011). **Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment.** *Psychology and Psychotherapy*, 84(367), 88.
- CATAPANO, F., PERRIS, F., FABRAZZO, M., CIOFFI, V., GIACCO, D., DE SANTIS, V., & MAJ, M. (2010). **Obsessive–compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study.** *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(2), 323-330.
- CHAPMAN, D. P., WHITFIELD, C. L., FELITTI, V. J., DUBE, S. R., EDWARDS, V. J., & ANDA, R. F. (2004). **Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood.** *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225.

- CHERIAN, A. V., NARAYANASWAMY, J. C., SRINIVASARAJU, R., VISWANATH, B., MATH, S. B., KANDAVEL, T., & REDDY, Y. J. (2012). **Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD?** *Journal of affective disorders*, 138(3), 352-359.
- CICCHETTI, D., & DOYLE, C. (2016). **Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations.** *World Psychiatry*, 15(2), 89.
- CİLLİ, A. S., TELCİOĞLU, M., AŞKIN, R., KAYA, N., BODUR, S., & KUCUR, R. (2004). **Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey.** *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 367-374.
- CORCORAN, M., & MCNULTY, M. (2018). **Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective well-being.** *Child abuse & neglect*, 76, 297-309.
- CYR, C., EUSER, E. M., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., & VAN IJZENDOORN, M. H. (2010). **Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses.** *Development and psychopathology*, 22(1), 87-108.
- ÇALIKKASAP, B., & KARAAZİZ, M. (2022). **Yetişkinlerde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Sosyal Kaygı ve Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi.** *Socrates Journal of Interdisciplinary Social Studies*, 8(24), 60-77.
- ÇOBAN, A., & TAN, O. (2020). **Attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, anxiety, and depression symptoms mediating the relationship between childhood trauma and symptoms severity of obsessive-compulsive disorder.** *Archives of Neuropsychiatry*, 57(1), 37.
- DE SİLVA, P., & MARKS, M. (1999). **The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder.** *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 941– 951.
- DEMİRCİ, K. (2016). **The investigation of relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms.** *Journal of Mood Disorders*, 6(1),7–13.
- DÍAZ, F. J., GURPEGUÍ, M., FERRÍN, M., LUÍSA, M., DOLORES, M., MORENOGRANADOS, J., RUÍZ-VEGUÍLLA, M. (2015). **Childhood trauma**

- as a risk factor for psychosis: A sib-pair study**, *Journal of Psychiatric Research*, 70, 130–136.
- DINN, W. M., HARRIS, C. L., & RAYNARD, R. C. (1999). **Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a three-factor model**. *Psychiatry*, 62(4), 313–324.
- DONAHUE, RD. (2005). **The structural relationships among generalized anxiety, obsessions-compulsions, and depression at the syndrome and sub-syndrome level**. *Behav Res Ther.* 43(12):1587-609.
- DORON, G., & KYRIOS, M. (2005). **Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory**. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 415-432.
- DORON, G., MOULDING, R., KYRIOS, M., NEDELJKOVIĆ, M., & MIKULINCER, M. (2009). **Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena**. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 1022-1049.
- DORON, G., MOULDING, R., NEDELJKOVIĆ, M., KYRIOS, M., MIKULINCER, M., & SAR-EL, D. (2012). **Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder**. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(2), 163-178.
- DORON, G., SAR-EL, D., MIKULINCER, M., & TALMOR, D. (2012). **Experimentally-enhanced attachment security influences obsessive compulsive related washing tendencies in a non-clinical sample**. *Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture*, 8(1), 1- 8.
- EDWARDS, V. J., HOLDEN, G. W., FELITTI, V. J., & ANDA, R. F. (2003). **Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study**. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- EISEN, J. L., MANCEBO, M. A., PINTO, A., COLES, M. E., PAGANO, M. E., STOUT, R., & RASMUSSEN, S. A. (2006). **Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life**. *Comprehensive psychiatry*, 47(4), 270-275.

- EISEN, J.L., RASMUSSEN, S.A.(1993). **Obsessive compulsive disorder with psychotic features**. *J Clin Psychiatry*. 54(10):373-379.
- ELVISH, J., SIMPSON, J., & BALL, L. J. (2010). **Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions?**. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 231-237.
- FİNZİ, R., RAM, A., HAR-EVEN, D., SHNİT, D., & WEİZMAN, A. (2011). **Attachment styles and aggression in physically abused and neglected children**. *Journal of youth and adolescence*, 30(6), 769-786.
- FOA, E.B., KOZAK, M.J., GOODMAN, W.K., HOLLANDER, E., JENİKE, M.A., RASMUSSEN, S.A.(1995). **DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder**. *Am J Psychiatry*. 152(1):90-96.
- FONTENELLE, L. F., MENDLOWICZ, M. V., MARQUES, C., & VERSIANI, M. (2004). **Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies**. *Journal of psychiatric research*, 38(4), 403-411.
- GERSHUNY, B. S., BAER, L., JENİKE, M. A., MINICHIELLO, W. E., & WILHELM, S. (2002). **Comorbid posttraumatic stress disorder: Impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder**. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 852-854.
- GERSHUNY, B.S., BAER, L., PARKER, H., GENTES, E.L., INFİELD, A.L., JENİKE, M.A. (2008). **Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder**. *Depress Anxiety*. 25(1):69-71.
- GREEN, J. G., MCLAUGHLIN, K. A., BERGLUND, P. A., GRUBER, M. J., SAMPSON, N. A., ZASLAVSKY, A. M., & KESSLER, R. C. (2010). **Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders**. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113-123
- GÜNERİ YÖYEN, E. (2017). **Childhood trauma and self-respect**. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 267-282.

- HEİM, C., NEMEROFF, CB. (2001). **The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies.** *Biol Psychiatry*, 49(12):1023-39.
- HELVACI ÇELİK, F. G. & HOCAOĞLU, Ç. (2018). **Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme.** *Sakarya Tıp Dergisi*, 8 (4) , 695-711.
- INOZU, M., KESER, E., EREL, S., AKIN SARI, B., HACIÖMEROĞLU, A. B., & ÖZMENLER, K. N. (2022). **Obsesif İnançların Tanılar Üstü Rolünün İncelenmesi: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Kaygı Bozuklukları ve Depresyon Tanısı Almış Klinik Grupların Üniversite Öğrencileri ile Karşılaştırılması.** *Türk Psikiyatri Dergisi*, 33(1).
- ISİK, E., TANER, E., ISİK, U. (2008). **Güncel Klinik Psikiyatri.** İstanbul: Organon; 177.
- JAKUBOVSKÍ, E., PİTTENGER, C., TORRES, A. R., FONTENELLE, L. F., DO ROSÁRIO, M. C., FERRÃO, Y. A., ... & BLOCH, M. H. (2011). **Dimensional correlates of poor insight in obsessive–compulsive disorder.** *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(7), 1677-1681.
- KADIVARI, F., NAJAFI, M., & KHOSRAVANI, V. (2022). **Childhood adversity affects symptomatology via behavioral inhibition in patients with obsessive-compulsive disorder.** *Current Psychology*, 1-11.
- KAPLAN F, KAHRAMAN S. (2022). **COVID 19 Pandemisinde Çalışan Filyasyon Ekibinin Obsesif- Kompulsif Belirti Düzeylerinin Belirlenmesi.** *YBH Dergisi*. 3(3): 13-28
- KARADAĞ, F., OGUZHANOGLU, N. K., ÖZDEL, O., ATEŞCİ, F. Ç., & AMUK, T. (2006). **OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture.** *Depression and Anxiety*, 23(3), 145-152.
- 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.
- KESEBİR, S., KÖKÇÜ, F., & DEREBOY, F. (2012). **Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması.** In Yeni Symposium, 50(2).

- KILIC, F., KARAKOC, A. A. U., ISIK, U., DONMEZ, F., & DEMIRDAS, A. (2020). **Childhood traumas and suicide probability in obsessive-compulsive disorder patients with and without suicide attempts.** *Dusunen Adam*, 33(4), 402-409.
- KOLADA, JL., BLAND, RC., NEWMAN, SC. (1994). **Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder.** *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;376:24-35.
- KRACKER IMTHON, A., ANTÔNIO CALDART, C., DO ROSÁRIO, M. C., FONTENELLE, L. F., CONSTANTINO MÍGUEL, E., & ARZENO FERRÃO, Y. (2020). **Stressful life events and the clinical expression of Obsessive–Compulsive Disorder (OCD): an exploratory study.** *Journal of clinical medicine*, 9(10), 3371.
- LABAD J, MENCHON JM, ALONSO P, SEGALAS C, JIMENEZ S, JAURRIETA N, ... VALLEJO J. (2008). **Gender differences in obsessive–compulsive symptom dimensions,** *Depression and Anxiety*,
- LAFLEUR, D. L., PETTY, C., MANCUSO, E., MCCARTHY, K., BIEDERMAN, J., FARO, A., GELLER, D. A. (2011). **Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link?** *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 513–519.
- LENSÍ, 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.
- LESKIN, G. A., & SHEIKH, J. I. (2002). **Lifetime trauma history and panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey.** *Journal of Anxiety Disorders*, 16(6), 599-603.
- LIEBERMAN, A. F., CHU, A., VAN HORN, P., & HARRIS, W. W. (2011). **Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications.** *Development and psychopathology*, 23(2), 397-410.

- LOCHNER, C., DU TOIT, P. L., ZUNGU-DIRWAYI, N., MARAIS, A., KRADENBURG, J. VAN, CURR, B., PH, D. (2002). **Childhood Trauma in Obsessive Compulsive Disorder, Trichotillomania and Controls.** *Depression&Anxiety*, 15, 66–68.
- MAHJANI, B., BEY, K., BOBERG, J., BURTON, C., (2021), **Genetics of obsessive-compulsive disorder**, *Psychological Medicine* 1–13.
- MARAZZITI, D., DELL OSSO, B., DELL OSSO, M. C., CONSOLI, G., DEL DEBBIO, A., MUNGAÍ, F., VIVARELLI, L., ALBANESE, F., PICCINNI, A., RUCCI, P., & DELL'OSSO, L. (2007). **Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders.** *Cns Spectrums*, 12(10), 751.
- MATAIX-COLS, D., BOMAN, M., MONZANI, B., RÜCK, C., SERLACHIUS, E., LÅNGSTRÖM, N., LICHTENSTEIN, P., (2013), **Population-Based, Multigenerational Family Clustering Study of Obsessive-Compulsive Disorder.** *JAMA Psychiatry*, 70, 7, 709-17.
- MATHEWS, C. A., KAUR, N., & STEIN, M. B. (2008). **Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms.** *Depression and anxiety*, 25(9), 742-751.
- MCLAUGHLIN, K. A. (2016). **Future directions in childhood adversity and youth psychopathology.** *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), 361-382.
- MERSKY, J. P., TOPITZES, J., & REYNOLDS, A. J. (2013). **Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the US.** *Child abuse & neglect*, 37(11), 917-925.
- MÍKULINCER, M., & SHAVER, P. R. (2005). **Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events.** *Personal relationships*, 12(2), 149-168.
- MÍKULINCER, M., & SHAVER, P. R. (2012). **An attachment perspective on psychopathology.** *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.

- MÍKULÍNCER, M., SHAVER, P. R., & PEREG, D. (2003). **Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies.** *Motivation and emotion*, 27(2), 77-102.
- MURPHY, T.K., STEWART, S.E., OBREGON, D., (2016), **Obsessive Compulsive Disorder.** In: Fatemi S., Clayton P. (Eds.), *The Medical Basis of Psychiatry*, Springer, New York, NY.
- MYHR, G., SOOKMAN, D., & PÍNARD, G. (2004). **Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out- patients and healthy controls.** *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 447-456.
- NESTADT, G., SAMUELS, J., RÍDDLE, M. (2000). **A family study of obsessive-compulsive disorder.** *Arch Gen Psychiatry*. 57(4):358-363.
- NOSHÍRVANÍ HF, KASVÍKÍS Y, MARKS IM, TSAKÍRÍS F, MONTEÍRO WO. (1991). **Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder,** *The British Journal of Psychiatry*,
- NURÍUS, P. S., GREEN, S., LOGAN-GREENE, P., & BORJA, S. (2015). **Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis.** *Child abuse & neglect*, 45, 143-153.
- OJSERKÍS, R., MCKAY, D., & KÍM, S. K. (2020). **Obsessive-compulsive symptom profiles in individuals exposed to interpersonal versus noninterpersonal trauma.** *Bulletin of the Menninger Clinic*, 84(1), 53-78.
- OSLAND, S., ARNOLD, P. D., & PRÍNGSHEÍM, T. (2018). **The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study.** *Psychiatry Research*, 268, 137–142.
- ÖZGÜL, S. S., DEMİR, V., & ÜNÜBOL, H. (2019). **Kaygılı ve kaçınan bağlanma örüntülerinin cinsiyet değişkenine göre duygusal şemalarla olan ilişkisinin incelenmesi.** *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(3), 173-179.
- PAULS DL, ALSOBROOK JP 2ND, GOODMAN W, RASMUSSEN S, LECKMAN JF. **A family study of obsessive-compulsive disorder.** *Am J Psychiatry*. 1995;152(1):76-84.

- PELES, E., POTÍK, D., SCHREIBER, S., BLOCH, M., ADELSON, M. (2012). **Psychiatric comorbidity of patients on methadone maintenance treatment with a history of sexual abuse.** *Eur. Neuropsychopharmacol.* 22 (12), 883–891.
- PINCİOTTI, C. M., ALLEN, C. E., & RIEMANN, B. C. (2022). **Peritraumatic assault characteristics predict worsened obsessive-compulsive contamination symptoms in survivors of sexual trauma.** *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 34, 100732.
- RASMUSSEN, SA., EISEN, JL. (1992). **The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder.** *Psychiatr Clin North Am*;15(4):743-758.
- RIGGS, S. A. (2010). **Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us.** *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(1), 5-51.
- RIGGS, S. A., & KAMIŃSKI, P. (2010). **Childhood emotional abuse, adult attachment, and depression as predictors of relational adjustment and psychological aggression.** *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 19(1), 75-104.
- SABUNCUOGLU, O., & BERKEM, M. (2006). **The Presentation Of Childhood Obsessive–Compulsive Disorder Across Home and School Settings: A Preliminary Report.** *School Psychology International*, 27(2), 248-256.
- SASSON, Y., DEKEL, S., NACASCH, N., CHOPRA, M., ZINGER, Y., AMITAL, D., ZOHAR, J. (2005). **Posttraumatic obsessive-compulsive disorder : A case series.** *Psychiatry Research*, 135(2), 145–152
- SCHULTZ, W., (2019), **Biogenetic etiologies of OCD: Review and Recommendations for Clinicians,** *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 22,100451.
- SILVA, P. D. E., MARKS, M. **Traumatic experiences , post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder.** *International Review of Psychiatry* 2001; 13(3), 172–180
- STEKETEE, G., EISEN, J., DYCK, I., WARSHAW, M., & RASMUSSEN, S. (1999). **Predictors of course in obsessive compulsive disorder.** *Psychiatry Research*, 89(3), 229-238.

- SÜMER, N., ÜNAL, S., SELÇUK, E., KAYA, B., POLAT, R., & ÇEKEM, B. (2009). **Bağlanma ve psikopatoloji: Bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi.** *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63), 38-45.
- SWEDO, S. E., RAPOPORT, J. L., LEONARD, H., LENANE, M., & CHESLOW, D. (1989). **Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases.** *Archives of General Psychiatry*, 46(4), 335-341.
- ŞAR, V., ÖZTÜRK, E., İKİKARDEŞ, E. (2012). **Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği.** *Turkiye Klin J Med Sci*, 32(4):1054-63.
- TEK, C., ULUG, B. (2001). **Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder.** *Psychiatry Res.* 104(2):99-108.
- TRAK, E., INOZU, M. (2019). **Developmental and self-related vulnerability factors in relationshipcentered obsessive compulsive disorder symptoms: A moderated mediation model.** *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 121– 128.
- TURNER, H. A., & BUTLER, M. J. (2003). **Direct and indirect effects of childhood adversity on depressive symptoms in young adults.** *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 89-103.
- TÜKEL, R., POLAT, A., ÖZDEMİR, O., AKSÜT, D., TÜRKSOY, N. (2002). **Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder.** *Compr Psychiatry*. 43(3):204-9.
- TÜMKAYA, S., KARADAĞ, R. F., & OĞUZANOĞLU, N. (2015). **Obsesif kompulsif bozukluklu hastalarda obsesif inançların belirtilerle ilişkisi.** *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52(1), 54-58.
- VATAN, S. (2015). **Bağlanma ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkide obsesif inanışların aracı rolünün incelenmesi.** *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 155- 163.

- VATAN, S. (2016). **Obsesif kompulsif bozuklukta bağlanma, obsesif inançlar ve duygu düzenleme zorlukları: Klinik ve klinik olmayan örneklem karşılaştırması.** *NesnePsikoloji Dergisi*, 4(7), 41-57.
- WEİSMAN, M. M., BLAND, R. C., CANİNO, G. J., GREENWALD, S., HWU, H. G., LEE, C. K., ... & YEH, E. K. (1994). **The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder.** *Journal of clinical Psychiatry*, 55(3 Suppl.), 5-10.
- WİDOM, C. S., CZAJA, S. J., KOZAKOWSKI, S. S., & CHAUHAN, P. (2018). **Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes?.** *Child Abuse & Neglect*, 76, 533-545.
- YALÇIN, M., TELLİOĞLI, E., YILDIRIM, D. U., SAVRUN, M. B., ÖZMEN, M., VE AYDEMİR, E. H. (2015). **Nörotik Ekskoriyasyon Hastalarında Psikiyatrik Özellikler: Çocukluk Çağı Travmalarının Rolü.** *Arch Neuropsychiatr*, 52, 336.
- YARBRO, J., MAHAFFEY, B., ABRAMOWITZ, J., & KASHDAN, T. B. (2013). **Recollections of parent– child relationships, attachment insecurity, and obsessive–compulsive beliefs.** *Personality and Individual Differences*, 54(3), 355-360.
- YILDIZ, S., KAZGAN, A., KURT, O., TABARA, M. F., KORKMAZ, S., ÖNALAN, E., & ATMACA, M. (2022). **Obezite Tanılı Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma Biçimleri ve Savunma Mekanizmalarının Değerlendirilmesi.** *Firat Tıp Dergisi*, 27(1).
- YORULMAZ, O., GENÇÖZ, T., & WOODY, S. (2010). **Vulnerability factors in OCD symptoms: Cross-cultural comparisons between Turkish and Canadian samples.** *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(2), 110-121.
- YORULMAZ, O., YILMAZ, A. E., & GENÇÖZ, T. (2004). **Psychometric properties of the Thought–Action Fusion Scale in a Turkish sample.** *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1203-1214.

- YUNUS, K. A. R. A., & SAYDAM, R. (2023). **Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Stilllerinin Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi.** *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 27(1), 151-170.
- ZİETLOW, A. L., NONNENMACHER, N., RECK, C., MUELLER, M., HERPERTZ, S. C., NEUKEL, C., ... & BOEDEKER, K. (2017). **Early life maltreatment but not lifetime depression predicts insecure attachment in women.** *Archives of women's mental health*, 20(4), 477-486.
- ZOHAR, A. H., GOLDMAN, E., CALAMARY, R., & MASHIAH, M. (2005). **Religiosity and obsessive-compulsive behavior in Israeli Jews.** *Behaviour research and therapy*, 43(7), 857-868.

TEZLER

- ACARER E. (2019). **Üniversite öğrencilerinde obsesif inanışlar ve beden imgesi ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi** (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- AK, G. (2021). **Evli bireylerde bağlanma stillerinin benlik saygısı, toplumsal cinsiyet rolleri ve ayrılık anksiyetesi üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesi** (Master's thesis, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- BOLAT, R. (2020). **Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalarda klinik özelliklerin, bağlanma örüntüleri, mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkisinin araştırılması**, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- ÇAĞATAY, S.E., (2014). **Üniversite Öğrencilerinin Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantı Düzeyi İle Bağlanma Stilleri ve Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**, Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- ÇALIŞKAN, E. (2021). **Çocukluk çağı travmalarının, üstbilgi işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtileri üzerindeki yordayıcı rolü**, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- DEMİRKAPI, E.Ş. (2013). **Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojiler İle İlişkisi**. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi SBE.
- DONAT, R. (2018). **Erişkin bağlanma biçimi ve çocukluk çağı travması ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi**, Yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ERMİŞ, B. S. (2019). **Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri, aile yaşam doyumları ve duygusal özerklik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi**, Yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ERÖK ÖZKAPU, D. (2020). **Psikolojik Danışman Adaylarının İlişki İnançları: Çocukluk Çağı Travmaları ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Bağlamında Bir İnceleme**, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi EBE.
- ERTÜRK, Z. H. (2021). **Bağlanma stilleri ve benlik saygısının obsesif kompulsif semptomlar üzerindeki etkisi** (Master's thesis, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- KURU E. (2017). **Genç Yetişkinlikte Obsesif İnançların Mutluluk Üzerindeki Etkisinin Demografik Verilerle İncelenmesi**, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Çağ Üniversitesi, Mersin.
- MARUFOĞLU M. (2010). **Klinik olmayan örnekleme çocukluk çağı travmatik yaşantıları, obsesif kompulsif belirtiler, dissosiyasyon ve bilişsel süreçler**. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Van.
- ÖZER, S. (2015). **The Relationship Between Patients with Different Subtypes of Obsessive and Compulsive Disorder and Childhood Traumas** (Unpublished Master Thesis). Uskudar University, İstanbul.
- ŞİPİT, G. (2019). **Yetişkin bireylerde bağlanma stillerinin duyguları ifade etme şekilleri ve empatik eğilim yeteneklerine etkileri**, Yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- TANIŞ, Z. İ. (2014). **Yetişkinlerde bağlanma stilleri ve öfke tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi**, Yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- TEKİN, G. (2020). **Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Seçici Serotonin Geri Alım Önleyicileri ile Tedavinin Oksidatif Stres Üzerine Etkisi**, Ruh

Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya: Necnettin Erbakan Üniversitesi.

UYAR, M. (2019). **Beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerini yordamada bağlanma tarzları ve bilişsel duygu düzenlemenin rolünün incelenmesi**, Yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ÜNYELİ, İ. B. (2015). **Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Alan Ebeveynlerin 10-18 Yaş Çocuklarında Anne Babadan Algılanan Psikolojik Kontrol ve Mükemmeliyetçilik Düzeyi**. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Bilim Dalı. İstanbul.

EKLER

EK 1: Etik Kurul İzin Formu

EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

1. Yaş

2. Cinsiyet

Kadın ()

Erkek ()

3. Kaçınıcı sınıftasınız?

1. sınıf ()

2. sınıf ()

3. sınıf ()

4. sınıf ()

4. Nerede büyüdüünüz?

İl ()

İlçe ()

Köy ve Kasaba ()

5. Anne Eğitim Durumu

İlkokul ()

Ortaokul ()

Lise ()

Lisans ve üstü ()

6. Baba Eğitim Durumu

İlkokul ()

Ortaokul ()

Lise ()

Lisans ve üstü ()

7. Aile gelir düzeyi

Düşük ()

Orta ()

Yüksek ()

8. Geçmişte psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tanı aldınız mı?

Evet ()

Hayır ()

9. Geçmişte psikiyatrik hastalık nedeniyle anne, baba ve (kardeşiniz) tanı aldı mı?

Evet ()

Hayır ()

10. Geçmişte herhangi bir hastalık nedeniyle tanı aldınız mı?

Evet ()

Hayır ()

11. Düzenli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

Evet ()

Hayır ()

EK 3: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)

1. Bölüm

Aşağıdaki açıklamalar çocukluğunuzda anne-babanızla ve şu anda bir yetişkin olarak çevrenizdeki diğer insanlarla yakın ilişkilerinizde neler hissettiğinizi tanımlar. Lütfen hepsini dikkatli okuyup sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

a. Bir çocuk olarak annem ve babam bana karşı genellikle sıcak davranırdı. Eğer zorluklarla karşılaşsam onlardan yardım isteyebilirdim. Başkalarıyla yakın ilişki kurmak ve onlara rahatlıkla güvenmek ve onların da bana güvenmesi benim için kolaydır. Terk edilmekten ya da bir başkasının bana aşırı yakınlığından endişe duymam.

b. Annem ve babam bakım konusunda genellikle ilgisizdi. Benden birçok istekleri vardı. Genellikle yaptıklarımı eleştirirler ve bana bir birey olarak saygı göstermezlerdi. Başkalarına yakın olmakta pek rahat değilimdir. Onlara tam anlamıyla güvenmekte zorlanırım. Herhangi biri bana çok yakınlık gösterdiği zaman ya da birlikte olduğum insan (eş ya da sevgili) bana daha yakın olmak istediğinde kendimi sıkıntılı hissederim.

c. Annemin ve babamın ne yapacağı önceden bilinemezdi, yaşadığım zorluklara bazen ilgi gösterirler bazen göstermezlerdi. Genellikle haksız davranırlar ve özel hayatıma karışırlardı. Diğer insanları benimle, benim istediğim kadar yaklaşmakta isteksiz bulurum. Birlikte olduğum kişinin beni sevmediği ve benimle kalıp yaşamak istemeyeceği hakkında sıklıkla endişe duyarım. Birlikte olduğum kişiyle sıklıkla daha yakın olmak-bir bütün olmak isterim. Bu isteğim kimi zaman onu ve diğer insanları ürkütüp uzaklaştırır.

2. Bölüm

Aşağıda 18 tane cümle bulunmaktadır. Lütfen bu cümlelerin sizin kişisel görüş ve davranışlarınızı ne kadar yansıttığını değerlendirin ve yanıtlarınızı tüm yaşamınızı göz önünde bulundurarak verin. Her sorunun yanında "doğru" ve "yanlış" seçenekleri bulunmaktadır. Sizin durumunuza en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

		Doğru	Yanlış
1	Kendimi rahat bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir.		
2	İhtiyacın olduğunda başkaları asla orada olmaz.		
3	Başka birine rahatça bağlanırım.		
4	İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağını bilirim.		
5	İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağına her zaman güvенеbileceğimden emin değilim.		
6	Başka bir insana tümüyle güvenmek zor gelir.		
7	Sıklıkla terk edilme kaygıları yaşamam.		
8	Sıklıkla birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesi yaşarım.		
9	Başkalarının benimle benim istediğim kadar yakınlık kurmadıklarını düşünürüm.		
10	Sıklıkla birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceği endişesi yaşarım.		
11	Başka bir insanla tümüyle bütünleşmek isterim.		
12	Başka bir insanla tümüyle bir olma arzumu insanları benden uzaklaştırır.		
13	Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı kolay bulurum.		
14	Başka birinin benimle çok yakın olma isteğinden rahatsız olmam.		
15	Başka birinin benimle çok yaklaşması beni endişelendirir.		
16	Başka birini kendime yaklaştırmak konusunda rahatımdır.		
17	Sıklıkla birlikte olduğum kişi benimle benim kendimi rahat hissedebileceğimden daha çok yaklaşmak ister.		
18	Sıklıkla birlikte olduğum kişi ile onun kendini rahat hissettiğinden daha yakın olmak isterim.		

EK 4: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

1. Hiç Bir Zaman
2. Nadiren
3. Kimi zaman
4. Sık olarak
5. Çok sık

<i>Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde</i>	1	2	3	4	5
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tıpsız” 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, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde 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. Ailedekiler 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. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailedekiler 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 fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedirlerdi.					
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 5: Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ)

Bu envanterde, insanların zaman zaman takındıkları bir dizi tutum ve inanış sıralanmıştır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtiniz. Her bir ifade için, nasıl düşündüğünüzü en iyi tanımlayan cevaba karşılık gelen rakamı seçiniz. İnsanlar birbirinden farklı olduğu için envanterde doğru veya yanlış cevap yoktur. Sunulan ifadenin, tipik olarak yaşama bakış açınızı yansıtıp yansıtmadığına karar vermek için sadece çoğu zaman nasıl olduğunuzu göz önünde bulundurunuz.

Derecelendirme için aşağıdaki ölçeği kullanınız:

1= Kesinlikle katılmıyorum 2= Orta düzeyde katılmıyorum 3= Çok az katılmıyorum 4= Ne katılıyorum ne de katılmıyorum 5= Çok az katılıyorum 6= Oldukça katılıyorum 7= Tamamen katılıyorum

		1	2	3	4	5	6	7
1	Sıklıkla çevremdeki şeylerin tehlikeli olduğunu düşünürüm							
2	Birşeyden tamamıyla emin değilsem, kesin hata yaparım							
3	Benim standartlarıma göre, herşey mükemmel olmalıdır							
4	Değerli biri olmam için yaptığım herşeyde mükemmel olmalıyım							
5	Herhangi bir fırsat bulduğumda, olumsuz şeylerin gerçekleşmesini önlemek için harekete geçmeliyim							
6	Zarar verme/görme olasılığı çok az olsa bile, ne yapıp edip onu engellemeliyim							
7	Bana göre, kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında onları gerçekleştirmek kadar kötüdür							
8	Bir tehlikeyi önceden görmeme karşın bir harekette bulunmazsam, herhangi bir sonuç için suçlanacak kişi konumuna ben düşerim							
9	Birşeyi mükemmel biçimde yapamayacaksam hiç yapmamalıyım							
10	Her zaman sahip olduğum tüm potansiyelimi kullanmalıyım							
11	Benim için, bir durumla ilgili tüm olası sonuçları düşünmek çok önemlidir							
12	En ufak hatalar bile, bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir							
13	Sevdiğim insanlarla ilgili saldırgan düşüncelerim veya dürtülerim varsa, bu gizlice onları incitmeyi istediğim anlamına gelir							
14	Kararlarımdan emin olmalıyım							
15	Her türlü günlük aktivitede, zarar vermeyi engellemede başarısız olmak kasten zarar vermek kadar kötüdür							
16	Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli bir çaba gerektirir							
17	Benim için, zararı önlememek zarar vermek kadar kötüdür							
18	Bir hata yaparsam üzüntülü olmalıyım							
19	Diğerlerinin, kararlarım veya davranışlarımdan doğan herhangi bir olumsuz sonuçtan korunduğundan emin olmalıyım							

20	Benim için, herşey mükemmel olmazsa işler yolunda sayılmaz								
21	Müstehcen düşüncelerin aklımdan geçmesi çok kötü bir insan olduğum anlamına gelir								
22	İlave önlemler almazsam, ciddi bir felaket yaşama veya felakete neden olma ihtimalim, diğer insanlara kıyasla daha fazladır								
23	Kendimi güvende hissetmek için, yanlış gidebilecek herhangi bir şeye karşı olabildiğince hazırlıklı olmalıyım								
24	Tuhaf veya iğrenç düşüncelerim olmamalı								
25	Benim için, bir hata yapmak tamamen başarısız olmak kadar kötüdür								
26	En önemsiz konularda bile herşey açık ve net olmalıdır								
27	Din karşıtı bir düşünceye sahip olmak, kutsal şeylere karşı saygısız davranmak kadar kötüdür								
28	Zihnimdeki tüm istenmeyen düşüncelerden kurtulabilmeliyim								
29	Diğer insanlara kıyasla, kendime ve başkalarına kazara zarar vermem daha muhtemeldir								
30	Kötü düşüncelere sahip olmak tuhaf veya anormal biri olduğum anlamına gelir								
31	Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmalıyım								
32	İstenmeyen bir cinsel düşünce veya görüntünün aklıma gelmesi onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir								
33	Davranışlarımın olası bir aksilik üzerinde en küçük bir etkisi varsa sonuçtan ben sorumluyum demektir								
34	Dikkatli olsam da kötü şeylerin olabileceğini sıklıkla düşünürüm								
35	İstenmeyen biçimde zihnimde beliren düşünceler, kontrolü kaybettiğim anlamına gelir								
36	Dikkatli olmadığım takdirde zarar verici hadiseler yaşanabilir								
37	Birşey tam anlamıyla doğru yapılmaya kadar üzerinde çalışmaya devam etmeliyim								
38	Şiddet içerikli düşüncelere sahip olmak, kontrolü kaybedeceğim ve şiddet göstereceğim anlamına gelir								
39	Benim için bir felaketi önlemekte başarısız olmak ona sebep olmak kadar kötüdür								
40	Bir işi mükemmel biçimde yapmazsam insanlar bana saygı duymaz								
41	Yaşamımdaki sıradan deneyimler bile tehlike doludur								
42	Kötü bir düşünceye sahip olmak, ahlaki açıdan kötü bir şekilde davranmaktan çok da farklı değildir								
43	Ne yaparsam yapayım yaptığım iş yeterince iyi olmayacaktır								
44	Düşüncelerimi control edemezsem cezalandırılırım								

EK 6: Vancouver Obsesif - Kompulsif Envanteri (VOKE)

Her bir ifadeyi, ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak belirtiniz. Lütfen belirli bir madde üzerinde çok fazla vakit harcamadan her bir maddeyi yanıtlayınız.

	Aşağıdaki ifadeler sizin için ne kadar doğru?	Hiç	Çok Az	Biraz	Oldukça	Çok
1	Mektupları postalamadan önce, her harfi tekrar tekrar kontrol etme mecburiyeti hissedirim.					
2	Kesici bir alet kullanmakla ilgili istenmeyen düşüncelerim nedeniyle sıklıkla keyfim kaçır.					
3	Paraya dokunduktan sonra kendimi çok kirli hissedirim.					
4	Önemsiz kararları almak bile bana çok zor gelir.					
5	Kendimi, tamamıyla mükemmel olmaya mecbur hissedirim.					
6	Bir kaza hakkındaki aynı istenmeyen düşünce veya imge (hayal) tekrar tekrar aklıma gelir					
7	Musluk ve elektrik düğmesi gibi şeyleri kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.					
8	Evi veya kendimi mikroplardan korumak için aşırı miktarda dezenfektan (mikrop öldürücü) kullanırım.					
9	Sıklıkla önemsiz şeyleri (ör. araba plakaları, levhalarındaki talimatlar) ezberlemeye mecbur hissedirim.					
10	Evim, biriktirdiğim eşyalarla darmadağınık olduğu için günlük ev işlerini yapmakta zorlanırım.					
11	Bir şeye karar verdikten sonra, çoğunlukla kararım konusunda uzun süre endişe duyarım.					
12	Hemen hemen her gün, zihnimde istem dışı beliren olumsuz düşüncelerden dolayı rahatsız olurum.					
13	Ellerimi yıkamak için çok zaman harcarım					
14	Her şeyi tam olarak doğru yapmaya çalıştığım için işleri tamamlamakta sıklıkla zorluk yaşarım.					
15	Ayakkabılarımın tabanına dokunmak beni çok huzursuz eder.					
16	Cinsel içerikli istenmeyen düşünce ve imgelerimden (hayallerden) sıklıkla rahatsız olurum.					
17	Çok önemsiz bir karar bile vermek zorunda olsam, kendimi gergin hissedirim					
18	Kendimi günlük işleri yaparken, çok katı bir sıralama takip etmeye mecbur hissedirim.					
19	Mobilyalarımın veya diğer eşyalarımın her zaman tam olarak aynı pozisyonda/konumda olmaması beni rahatsız eder.					
20	Her ne kadar bunu yapma isteğine karşı koymaya çalışsam da kapı ve pencerelerin kilitli olup olmadığını tekrar tekrar kontrol ederim.					
21	Çöp ya da çöp kutusuna dokunmak bana çok zor gelir.					
22	Bir şeyi atmam gerektiğini düşündüğümde kendimi çok gergin veya üzgün hissedirim.					
23	Mikroplar ve hastalık konusunda gereğinden fazla endişeliyimdir.					
24	Günlük işleri zamanında tamamlayamadığım için çoğunlukla geç kalırım.					

25	Bir şey bulaşma (kirlenme) olasılığı nedeniyle umumi telefonları kullanmaktan kaçınırım.					
26	Biriktirdiğim gereksiz eşya yığınlarından dolayı insanları evime davet etmeye utanırım.					
27	Ölüm ile ilgili aynı üzüntü verici düşünce veya imge (hayal) aklıma tekrar tekrar gelir.					
28	Herkesin içinde birden bire küfür etmek ve hakaret etmek ile ilgili istenmeyen düşünce ve imgeler beni sıklıkla rahatsız eder.					
29	Diğer insanları üzmüş olabileceğime dair çok endişelenirim.					
30	Sıklıkla, akıp giden bir trafiğin içine arabayla veya koşarak dalma dürtüsü beni korkutur					
31	Rutin işlerimi yaparken neredeyse her zaman sayı sayarım.					
32	Bir hayvana dokunduğum zaman kendimi çok kirlenmiş hissederim.					
33	En büyük sorunlarımdan biri, bir şeyi tekrar tekrar kontrol etmektir.					
34	Aklıma sıklıkla, kontrolü kaybedeceğime dair rahatsız edici istem dışı düşünceler gelir.					
35	Neyi saklayıp neyi atmam gerektiğine karar vermek benim için neredeyse imkânsızdır.					
36	Güçlü bir şekilde, bir şeyleri saymaya kendimi mecbur hissederim.					
37	Bunu yapma dürtüsüne karşı koysam bile, ocağı kapatıp kapatmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim.					
38	Yatmadan önceki rutin hazırlığımı kesinlikle aynı şekilde tamamlayamazsam çok rahatsız olurum					
39	Vücut salgıları (kan, idrar ve ter vb.) ile en ufak bir temastan bile çok korkarım.					
40	Sıklıkla, diğer insanlara zarar vermeye yönelik istem dışı istek ve dürtülerimden çok rahatsız olurum.					
41	Her gün, aynı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmekle çok zaman harcarım.					
42	İsraf etmekten korktuğum için bazı şeyleri atmakta çok zorlanırım.					
43	Sıklıkla elektrik düğmesi, musluk, araç-gereç ve kapı gibi şeyleri birkaç defa kontrol etmek zorunda kalırım.					
44	En büyük sorunlarımdan biri, temizlik konusunda aşırı endişeli olmamdır.					
45	Gelecekte ihtiyacım olabilir diye korktuğum için, eski dergi, gazete ve fişleri biriktirme zorunluluğu hissederim.					
46	Aklıma tekrar tekrar dinsel içerikli rahatsız edici ve kabul edilemez düşünceler gelir.					
47	Aynı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için genellikle işlerimi yetiştiremem.					
48	Hata yapmaktan çok korktuğum için bir konuda karar vermeyi ertelemeye çalışırım.					
49	Sıklıkla aklıma hastalık konusunda rahatsız edici ve istenmeyen düşünceler gelir.					
50	Mikroplar konusunda oldukça hassas olduğum için bakımlı olsa bile, umumi tuvaletleri bile kullanmaktan korkarım					

51	Karşı koymaya çalışmama rağmen, hiç kullanmayacağım çok sayıdaki nesneyi biriktirme mecburiyeti hissedirim.					
52	Rahatsız edici ve istenmeyen biçimdeki ahlak dışı düşünceler aklıma tekrar tekrar gelir.					
53	En büyük sorunlarımdan biri ayrıntıya çok fazla takılmamdır.					
54	Kendime zarar verme dürtüsünden sıklıkla rahatsız olurum.					
55	Her şeyi tamamen doğru yapmaya çalıştığım için hazırlanıp evden dışarı çıkmam çok fazla zaman alır.					

ÖZGEÇMİŞ