

Klinik olmayan örnekleimde çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon ve obsesif-kompulsif belirtiler*

Hatice ÇELİKEL,¹ Lütfullah BEŞİROĞLU²

ÖZET

Amaç: Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, obsesif-kompulsif (OK) belirtilerin başlangıcında tetikleyici bir rol üstlenebilir. Ayrıca, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilişkilendirilen dissosiyasyon da OK belirtiler üzerinde etkili olan bir durum olabilir. Bu çalışma üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyatif yaşantılar ve obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Üniversite örneklemini temsil eden 139 kız ve 138 erkekten oluşan toplam 277 üniversite öğrencisi çalışmanın örneklemini oluşturdu. Verilerin elde edilmesi için katılımcılara, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-53), Padua Envanteri (PE) ve Beyaz Ayı Supresyon Envanteri (BASE) uygulandı. **Bulgular:** Obsesif Kompulsif (OK) belirtiler ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında bulunan bağıntı katsayıları genel olarak değerlendirildiğinde, dissosiyasyon ve OK belirtileri arasında bulunan değerlere oranla daha düşük bulundu. Regresyon analizleri sonucunda hem travma puanları, hem de patolojik dissosiyasyon puanları OK belirtiler ile daha az ilişkili bulunurken, patolojik olmayan dissosiyasyon (soğurma) ile OK belirtiler arasında daha anlamlı düzeyde ilişkiler ortaya çıktı. **Tartışma:** Bu sonuçlar, patolojik olmayan dissosiyasyonun OK belirtiler ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve onun beklenen sonucu olan patolojik dissosiyasyondan daha fazla ilişkili olduğu sonucunu ortaya koymaktadır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:75-83)

Anahtar sözcükler: Obsesif-kompulsif belirtiler, çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon, düşünce bastırma, soğurma

Childhood traumatic experiences, dissociation and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical samples

ABSTRACT

Objective: The childhood traumatic experiences may have a triggering role in the beginning of obsessive-compulsive symptoms. Besides, dissociation that is related to the childhood traumatic experiences may also be influential on obsessive-compulsive symptoms. This study has been carried out to determine the relation between childhood traumatic experiences, dissociative experiences and obsessive-compulsive symptoms among university students. **Methods:** The sample of the study is consisted of 277 representative university students, 139 of whom are female and 138 of whom are male. In order to collect the data, the participants were applied Dissociative Experiences Scale (DES), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-53), Padua Inventory (PI) and White Bear Suppression Inventory (WBSI). **Results:** When the correlational coefficients found between OC symptoms and childhood traumatic experiences are generally considered, they are found lower than dissociations and OC symptoms. As the result of regression analyses, both traumatic and pathological dissociation points are found to

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

¹ Öğr.Gör., Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, VAN

² Yrd.Doç.Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, VAN

Yazışma adresi: Öğr.Gör. Hatice ÇELİKEL, YYÜ Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Zeve Kampüsü/VAN
E-posta: hcelikel@yyu.edu.tr

have less relational to OC symptoms, whereas non-pathological dissociation (absorption) appeared to be in more meaningful relation with OC symptoms. **Discussion:** These results indicate that non-pathological dissociation has more relationship to OC symptoms than childhood traumatic experiences and pathological dissociation which is an expected result of the trauma. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9:75-83)

Key words: Obsessive-compulsive symptoms, childhood traumatic experiences, dissociation, thought suppression, absorption

GİRİŞ

Son yıllarda obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) sanıldığından daha yaygın olduğunun anlaşılması ve Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre bireylerin işlevselliğini olumsuz olarak etkileyen ilk on hastalık içinde tanımlanması gibi nedenlerle bu bozukluğa olan ilginin arttığı görülmektedir.¹ OKB yaygınlığına yönelik çalışmalar yaşam boyu yaygınlık oranını %2-3 olarak vermektedir.² Ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığı %2.5-6.2, 12 aylık yaygınlığı %0.5-5.6 arasında bulunmuştur.^{3,4}

OKB, belirti yapısı açısından oldukça çeşitlilik göstermektedir. En yaygın obsesyonlar kirlenme/bulaşma, kompulsiyonlar ise temizlik ve kontrol olarak görülmektedir.^{5,6} Klinik örneklerin yanı sıra, sağlıklı olarak kabul edilen örneklerde OK belirtilerinin yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Zorlayıcı, istem dışı ve benliğe yabancı düşünce, düşlem ya da dürtüler sağlıklı kişilerde de sıklıkla görülebilmekle birlikte, OKB hastalarından niceliksel olarak farklı yaşanmaktadır. Herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylerde düşünce sokulmaları daha kısa süreli, benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılan, belirgin sıkıntı oluşturmeyen ve önemli yansızlaştırma (nötralizasyon) çabası gerektirmeyen düşüncelerdir.⁷ OKB'taki zorlayıcı düşünceler ise daha sık, daha uzun süreli, daha yoğun ve daha rahatsız edicidir.⁸ Obsesyon ve kompulsiyonların genel nüfusta oldukça yaygın olarak bulunduğu, bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %80'den fazlasının zorla giren düşünceler veya dürtüsel davranışlar yaşadıklarını belirttikleri ortaya konmuştur.⁹ Obsesyonlarla klinik olmayan gruplarda gözlenen istenmeyen düşüncelerin içeriklerinin benzer olduğu¹⁰ bildirilmekle birlikte, bazı çalışmalarda saldırganlık ve cinsellik temalı girici düşüncelerin klinik olmayan gruplarda daha az görüldüğü bulunmuştur.¹¹

Dissosiyasyon çocuklukta yaşanan duygusal, fiziksel,insel kötüye kullanılma, duygusal ve fiziksel ihmal gibi travmatik yaşantıların olumsuz etkilerine karşı bireyin psikolojik bütünlüğü için kullanılan bir savunma düzeneğidir.^{12,13} Dissosiyatif fenomenlerin varlığı daima psikopatoloji olduğunu göstermez. Bilinen dissosiyatif (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9:75-83

fenomenler arasında çevrede olan bitenlerin farkında olmayacak kadar kendini kaptırma halleri, çocuklarda oyun sırasında yaratılan hayali arkadaşlar sayılabilir.¹⁴ Bazı araştırmacılar tarafından patolojik ve patolojik olmayan dissosiyasyon olarak da sınıflandırılan bir kavramdır.¹⁵ Depersonalizasyon/derealizasyon ve dissosiyatif amnezi patolojik dissosiyasyon ile ilişkili iken, soğurma patolojik olmayan dissosiyasyon ile ilişkilendirilmektedir.¹⁶ Ayrıca dissosiyasyon ile ilgili olarak devamlılık ve alt tip olmak üzere iki modelden söz edilmektedir. Devamlılık modelinde normalden patolojiye doğru giden bir spektrum mevcutken, alt tip modelinde dissosiyasyonun alt grupları vardır.¹⁵ Waller ve ark.¹⁷ ise, patolojik dissosiyasyonu alt tip modeline, patolojik olmayan dissosiyasyonu devamlılık modeline dahil etmektedir.

İki çalışmada dissosiyatif belirtilerin OKB hastalarında yaygınlığı %20 ve %15.9 olarak bildirilmiştir.^{18,19} Merckelbach ve Wessel²⁰ de dissosiyasyon oranını OKB hastalarında sağlıklı kişilere göre daha yüksek saptamıştır. Bu çalışmalarda OKB-dissosiyasyon arasındaki ilişkinin nedenini açıklamanın güçlüğü de belirtilmektedir.¹³ Ayrıca travmatik yaşantıların OK belirtiler üzerindeki etkisi de araştırılmış, hem OKB hastalarında hem de klinik olmayan örneklemede, OK belirtiler ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.^{21,22}

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde OK belirtilerin şiddeti ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişki araştırıldı. Araştırmamız hem travmatik yaşantılar, hem de dissosiyasyonun farklı yönlerinin OK belirtiler üzerindeki etkisini birlikte değerlendirmesi bakımından bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Özellikle travmatik yaşantıların OK belirtiler üzerinde yordayıcı etkisinin olduğu ve bu ilişkinin travmatik yaşantılar ile ilişkili olan dissosiyatif yaşantılar aracılığıyla gerçekleştiği varsayımı öngörülmüştür.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmanın evrenini 2005-2006 öğretim

yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde öğrenim gören 9902 öğrenci oluşturdu. Üniversitenin merkezi dışındaki yerleşim yerlerinde bulunan bölümleri çalışmanın dışında tutuldu. Evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda, araştırmaya katılacak denek sayısını belirlemede kullanılan örnekleme formülüne²³ göre örneklem büyüklüğü hesaplandı. OK belirtileri klinik olmayan gruplarda ortalama %8.7,²⁴ çocukluk çağı travmatik yaşantı oranı %16.1²⁵ ve dissosiyasyon yaygınlığı %11¹⁴ olarak bildirilmektedir. Bu oranlarla ayrı ayrı hesaplama yapıldığında sırasıyla örneklem büyüklüğü alt sınırları 120, 202 ve 148 olarak bulunmuştur. Ancak araştırmada elde edilecek sonuçların güvenilirliğini artırabilmek amacıyla ve olası veri kaybı nedeniyle, 300 kişilik bir öğrenci grubunda araştırma materyali uygulandı. Bununla beraber, ölçeklerin veya formların herhangi birine eksik cevap vermiş olmaları gerekçesiyle 23 denegin uygulama sonuçları değerlendirmeye alınmadı ve örneklem 277 kişiden oluştu. Çalışmanın örnekleme rasgele oranlı tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlendi. Bu amaçla, üniversitenin öğrenci işleri biriminden fakülteler ve yüksek okulların öğrenci sayıları öğrenildi. Örneklemede, her fakülte ve yüksek okulun öğrenci sayısına göre temsil edilmesi sağlandı. Sonra, bu öğrenciler cinsiyet bakımından eşit temsil edilecek şekilde ayrıldı. Deneklerin 139'u kadın, 138'i erkektir.

Gereçler

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES): Bernstein ve Putnam tarafından geliştirilen, 28 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her maddesi için denekler 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar dissosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir.²⁶ Ülkemizde yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak iç tutarlılığı (Cronbach alfa=0.91) ve test-tekrar test bağıntısı (r=0.78) yüksek bulunmuştur.²⁷ Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği absorpsiyon, amnezi ve depersonalizasyon/derealizasyon olmak üzere üç alt ölçeğe ayrılabilir. Ayrıca, DES-Taxon (DES-T) adı verilen alt ölçekle dissosiyasyonun patolojik olan formu da ölçülebilmektedir.¹⁶

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire-CTQ-53): 1994 yılında Bernstein²⁸ tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, 1995'te 54 maddeye düşürüldü ve Şar tarafından 1996'da Türkçeye uyarlandı. Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocuk-

luktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Ayrı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Duygusal kötüye kullanım alt ölçeği 12-60, fiziksel kötüye kullanım alt ölçeği 7-35, cinsel kötüye kullanım alt ölçeği 7-35, duygusal ihmali alt ölçeği 16-80 ve fiziksel ihmali alt ölçeği 8-40 arasında puan alır. Ayrıca ölçeğe ait toplam puan da hesaplanabilmekte ve bu puan 54-270 arasında olabilmektedir. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arasında değişmektedir.^{28,29}

Padua Envanteri (PE): Sanavio³⁰ tarafından geliştirilen Padua Envanteri, 60 sorudan oluşan OKB hastalarında ya da sağlıklı kişilerde obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini ve dağılımını belirlemek üzere kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir.³¹ Her madde beş seçenekten oluşur ve 0-4 arasında puanlama yapılır. Bu beş seçenek; (0) hiç, (1) çok az, (2) çok, (3) epeyce çok ve (4) aşırı şeklindedir. Her test maddesinde yer alan '0' puanı, tanımlanan belirtinin hiç yaşanmaması ya da rahatsız edici olmamasını gösterirken, '4' puanı aşırı derecede yaşanmasını ya da rahatsız edici olmasını gösterir. Bazı araştırmacılar tarafından 41 soruluk ve 39 soruluk versiyonları geliştirilmiştir. Ülkemizde ise 60 soruluk özgün form ve 41 soruluk kısa form için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.³¹ PE-41'in beş alt faktörü bulunmaktadır: **Temizlik:** Kirlenme, pis olma ve sonuçları hakkında aşırı zihin meşguliyeti ve bununla ilişkili kompulsif davranışlar hakkındadır. **Dürtüler:** Kişinin kendisine ya da diğer insanlara istemeden zarar vereceğiyle, onların fenalığına neden olacağına ya da kontrolsüz cinsel eylemlerde bulunacağıyla ilişkilidir. **Kontrol:** Günlük aktivitelerle ilişkili olarak kişinin yapıp yapmamış olmak hakkında yaşadığı zihin meşguliyeti ve kontrol-sayma kompulsiyonları ile ilişkilidir. **Düşüncelere kapılma:** Kişinin sahip olmayı arzu etmediği, davetsiz düşünceleri zihninden uzaklaştırabilme yeteneği, basit kararları verme hakkında yaşadığı zorluklar ve gerçekleşme ihtimali uzak olumsuz olaylar hakkında yaşadığı aşırı sorumluluk ile ilişkilidir. **Kesinlik:** Kişinin nedensiz yere nesneleri sayma, sayıları yinleme, ayrıca giyinme ve

soyunma sırasında belli bir sıra izleme zorunluluğu hissetmesi gibi davranışlarla ilişkilidir.³¹

Beyaz Ayı Supresyon Envanteri-BASE (White Bear Suppression Inventory-WBSI): Wegner ve Zanakos tarafından geliştirilen BASE, 15 madde-den oluşan 5'li Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir.³² Ülkemizde yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak, iki farklı zaman diliminde elde edilen toplam puanlar arasındaki bağıntı katsayısı 0.92 olarak bulundu.³³ Her madde beş seçenekten oluşmaktadır ve denekler bu seçeneklerden bir tanesini işaretler. Bu 5 seçenek: A-Kesinlikle katılmıyorum; B-Katılmıyorum; C-Nötr ya da bilmiyorum; D-Katılıyorum ve E-Kesinlikle katılıyorum, şeklindedir. Her madde 1-5 arasında puanlandırılır. Toplam puan 15-75 arasında bir dağılım gösterir. Yüksek puanlar, istenmeyen düşüncelerin bilinçli olarak bastırılması eğiliminin ya da potansiyelinin daha güçlü olduğu anlamına gelir.³³

Uygulama ve istatistiksel değerlendirme

Önce bir deneme uygulama yapılarak süreye, sorulabilecek olası sorulara ve sorunlara bakıldı. Veri toplama gereçlerinin doldurulma süresi, ortalama 30-45 dakika olarak saptandı. Her uygulamadan önce, öğrenciler süre ve ölçeklerin içeriği bakımından bilgilendirildiler. Sınıflarda, uygulamaların verileceği öğrenciler rasgele olarak seçildi. Derslerde sorumlu öğretim üyelerinden izin alınarak, öğrenciler ders dışına alındılar ya da derslikte arkada kendi kendilerine formları doldurmaları sağlanarak uygulama gerçekleştirildi. Verilerin istatistiksel analizlerinde, parametrik analizlerden t testi, Pearson bağıntı analizi, kısmi bağıntı analizi ve çoklu regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 277 öğrencinin %50.2'si (n=139) kadın, %49.8'i (n=138) erkektir. Cinsiyete göre yaş ortalamaları arasında yapılan t-testine göre, kadınların ortalama yaşı (22.5 ± 2.9) erkeklere (21.3 ± 3.7) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($t=3.21$, $p<0.01$).

OK belirtilerle çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında yapılan bağıntı analizi Tablo 1'de verilmektedir. Bu bağıntısal ilişkiler CTQ-53'de yer alan aldatıcı soruların (minimizasyon) bağıntısal analizlere etkisi kısmi bağıntı analizi ile dışlanarak yapılmıştır (Tablo 1). PE-temizlik alt ölçeği puanları ile CTQ-53 alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sadece CTQ-53 toplam puanı ile düşük düzeyde anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır ($r=-0.12$, $p<0.05$). PE-dürtüler alt ölçeği puanları ile duygusal kötüye kullanım ($r=0.18$, $p<0.01$), fiziksel kötüye kullanım ($r=0.13$, $p<0.05$), cinsel kötüye kullanım ($r=0.13$, $p<0.05$), duygusal ihmal ($r=0.20$, $p<0.01$), fiziksel ihmal ($r=0.23$, $p<0.01$) ve CTQ-53 toplam ($r=0.25$, $p<0.01$) arasında anlamlı düzeyde bağıntısal ilişki ortaya çıkmıştır. PE-kontrol puanları ile yalnız duygusal ihmal ($r=0.12$, $p<0.05$) arasında düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. PE-düşüncelere kapılma alt ölçeği puanları ile duygusal kötüye kullanım ($r=0.25$, $p<0.01$), fiziksel kötüye kullanım ($r=0.12$, $p<0.05$), cinsel kötüye kullanım ($r=0.14$, $p<0.05$), duygusal ihmal ($r=0.17$, $p<0.01$), fiziksel ihmal ($r=0.13$, $p<0.05$) ve CTQ-53 toplam ($r=0.24$, $p<0.01$) puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. PE kesinlik puanları hiçbir travma puanı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmamıştır. PE toplam puanları CTQ-53 toplam ($r=0.14$, $p<0.05$) ve duygusal kötüye kullanım ($r=0.12$, $p<0.05$) ile anlamlı olarak ilişkili çıkmıştır.

Tablo 1. Padua Envanteri ile CTQ-53 ölçekleri arasında yapılan Pearson bağıntı analizi sonuçları

PADUA	C T Q					
	Duygusal kötüye kul.	Fiziksel kötüye kul.	Cinsel kötüye kul.	Duygusal ihmal	Fiziksel ihmal	Toplam
Temizlik	-.10	-.08	-.03	-.11	-.07	-.12*
Dürtüler	.18**	.13*	.13*	.20**	.23**	.25**
Kontrol	.05	.03	.07	.12*	.03	.09
Düşüncelere kapılma	.25**	.12*	.14*	.17**	.13*	.24**
Kesinlik	.09	.06	.05	.07	.02	.08
Toplam	.12*	.06	.09	.11	.07	.14*

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

Tablo 2. Padua Envanteri ile DES ve BASE arasında yapılan bağıntı analizi sonuçları

PADUA	Absorbsiyon	Amnezi	D E S Depersonalizasyon/ derealizasyon	DES-T	BASE
Temizlik	.20**	.15*	.12*	.11	.11
Dürtüler	.51**	.43**	.43**	.49**	.37**
Kontrol	.37**	.28**	.27**	.32**	.19**
Düşüncelere kapılma	.50**	.44**	.47**	.49**	.35**
Kesinlik	.36**	.28**	.23**	.29**	.19**

*p<0.05; **p<0.01

Örneklemin dissosiyasyon puanları ile OK belirti puanları arasında yapılan bağıntı analizi sonuçları Tablo 2'de verilmektedir. Bütün alt ölçeklerle dissosiyasyon puanları arasında anlamlı ilişkiye rastlanırken, sadece PE-temizlik puanlarıyla DES-T patolojik dissosiyasyon puanları arasında bir ilişkiye rastlanmadı. Benzer şekilde düşünceleri bilinçli bastırma eğilimi ile tüm PE alt ölçek puanları ilişkili bulunurken, temizlik puanı ile arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 2).

PE alt ölçek puanları (temizlik, dürtüler, kontrol, düşüncelere kapılma, kesinlik) bağımlı değişken, DES-absorbsiyon, DES-amnezi, DES-depersonalizasyon/derealizasyon, DES-T patolojik dissosiyasyon, duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım, cinsel kötüye kullanım, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve BASE puanları bağımsız değişken olarak regresyon analizine dahil edildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Temizlik obsesyonları ve kompulsiyonları ile ilişkili değişkenler, DES-absorbsiyon ($\beta=0.30$, $t=3.09$, $p<0.001$), DES-T patolojik dissosiyasyon ($\beta=-0.48$, $t=-2.18$, $p<0.05$), DES-amnezi ($\beta=0.23$, $t=2.04$, $p<0.05$) ve duygusal ihmal ($\beta=-0.14$, $t=-1.98$, $p<0.05$) puanları olarak bulunmuştur. BASE (düşünceleri bastırma) ($\beta=0.19$, $t=3.52$, $p<0.001$) ve DES-absorbsiyon puanları ($\beta=0.29$, $t=3.32$, $p<0.001$) dürtüler alt ölçeği ile anlamlı derecede ilişkili bulunan değişkenlerdir. Regresyon analizine göre, DES-absorbsiyon ($\beta=0.35$, $t=3.65$, $p<0.001$) ve DES-amnezi ($\beta=-0.01$, $t=-0.17$, $p<0.05$) puanları kontrol alt ölçeği puanları ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Düşüncelere kapılma alt ölçeği puanlarını anlamlı olarak yordayan değişkenler ise, düşün-

celeri bastırma ($\beta=0.16$, $t=2.89$, $p<0.005$), DES-absorbsiyon ($\beta=0.22$, $t=2.58$, $p<0.05$) ve duygusal kötüye kullanım ($\beta=0.19$, $t=2.39$, $p<0.05$) puanları olarak bulunmuştur. Kesinlik alt ölçeği ile ilişkili bulunan tek değişken ise DES absorbsiyon alt ölçeğidir ($\beta=0.37$, $t=3.81$, $p<0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada üniversite lisans öğrencilerini temsil eden 277 kişilik bir örneklem grubunda OK belirtilerle bazı çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile OK belirtiler arasında oldukça düşük ilişkilerin olduğu görülmektedir. Bununla birlikte OK belirtiler ve dissosiyasyon arasında travma ile olan ilişkilere göre daha yüksek bağıntı katsayıları göze çarpmaktadır.

Travma ve OKB arasındaki ilişki ortaya konurken, travma ile ilgili düşüncelerin bir süre sonra obsesyona dönüşebileceği³⁴ üzerinde durulmaktadır. Bilişsel yaklaşıma göre klinik anlamı olan bir obsesyon daha hafif şiddette olan zorlayıcı düşüncelerden türemektedir.³⁵ Bu şekilde olması durumunda, travmatik yaşantı temalı bazı girici, istenmeyen düşüncelerin klinik obsesyonlara dönüşmesi mümkün görünmektedir. Bunun yanı sıra, travmatik yaşantılar rahatsızlık vermeyen düşüncelerin daha sonra obsesyona dönüşmesinde tetikleyici bir rol oynayabilir. Ayrıca, çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin, olumsuz girici düşüncelerin sıklığını ve yoğunluğunu³⁶ artırabileceği ve içeriğini³⁷ etkileyebileceği de belirtilmektedir. Kompulsiyonlarla ilgili olarak travmanın yarattığı anksiyete üzerinde durulmaktadır. Travma ile

ilişkili tehlike ve sıkıntıyı azaltmak ya da kontrol etmek için kompulsif davranışların yapıldığı belirtilmektedir.³⁶ Klinik olmayan örnekleme yaptığımız bu çalışmada travmatik yaşantılar ile temizlik, kontrol ve kesinlik arasında ilişki bulunmazken, dürtüler ve düşüncelere kapılma ile bulunan bağıntı katsayıları anlamlı olmasına karşın düşük düzeydedir. Bu açıdan çalışmamızda travmatik yaşantıların OK belirtiler üzerinde etkisi öngördüğümüz üzere önemli düzeyde bulunmamıştır. Bununla birlikte klinik örnekleme bu ilişkinin daha belirleyici olabileceği düşünülmektedir.

Dissosiyasyon puanları açısından bütün OK belirtilerle anlamlı olarak ilişki görülmüş, sadece temizlik puanlarıyla patolojik dissosiyasyon arasında bir bağıntıya rastlanmamıştır. Genel olarak bakıldığında OK belirtilerle dissosiyasyon arasında bulunan bağıntı katsayılarının travma puanlarına oranla daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca dissosiyasyon alt ölçeklerinden soğurmanın bütün OK belirtiler puanları ile diğer dissosiyasyon alanlarına göre daha yüksek bağıntı gösterdiği görüldü. Bir çalışmada OKB hastalarında OK belirtilerinden kontrol puanları, dissosiyasyon alt ölçekleri ile anlamlı ilişki göstermiş,³⁸ başka bir klinik çalışmada, kontrol ve düzen alt ölçekleriyle dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.³⁹

OKB-dissosiyasyon arasında var olan ilişkinin açıklamasının zorluğu¹³ nedeniyle, bu karışık ilişkileri ve eğer bir ilişki varsa bunun ne düzeyde olduğunu ortaya koymak amacıyla çalışmamızda çoklu regresyon analizleri yapıldı. Böylece, eğer OK belirtilerinin çocukluk travmatik yaşantıları ile ilişkisi varsa, bu ilişkinin travmanın yordadığı patolojik dissosiyasyon ile OK belirtileri arasındaki ilişkiye de yansıtacağı düşünülebilir. Bununla birlikte, yapılan çoklu regresyon analizlerinde öngörüldüğünün aksine OK belirtiler ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarından sadece duygusal ihmal ile temizlik puanları ve duygusal kötüye kullanım puanları ile düşüncelere kapılma arasında bir ilişki ortaya çıkmıştır. Patolojik dissosiyasyon ise sadece duygusal ihmal için yordayıcı bulunmuştur. Duygusal ihmal ve temizlik arasında bulunan ilişkinin negatif yönde olduğu ve bu denkleme katılan patolojik dissosiyasyon puanlarının da temizlik puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu göze çarpmaktadır. Bu sonuç ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyasyonun varlığının başka psikopatolojilere öncülük edebileceği, dolayısıyla bu durumun temizlikle ilintili obsesyonları ve kompulsyonları maskeleyebileceği

düşünülmektedir.

OK belirtiler üzerinde yordayıcı olarak bulunan bir diğer alan duygusal kötüye kullanım puanları olmuştur. Regresyon analizleri, düşüncelere kapılma ile bu alan arasında anlamlı bir ilişki ortaya koymuştur. Düşüncelere kapılma belirtileri davetsiz düşünceleri zihinden uzaklaştırmada ve karar almada yaşanan zorluklarla ilgilidir. Çocuklukta duygusal olarak kötüye kullanım yaşantısı olan bireyler, bu yaşantılarına neden olan kişiye yönelik saldırganlık içeren düşüncelere sahip olabilecekleri gibi başına gelen olayların olumsuz yönlerinin zihinde yinelenmesi şeklinde ruminatif düşüncelere sahip olabilirler.

Çoklu regresyon analizi sonucunda ortaya çıkan başka bir bulgu ise, dissosiyatif yaşantılardan soğurmanın hemen hemen bütün OK alt ölçeklerini yordayan bir değişken olmasıdır. Bilindiği gibi, çocuklukta yaşanan travmatik olayların patolojik dissosiyasyonla olan ilişkisi oldukça güçlü bir şekilde tanımlanmıştır.¹² Klinik örneklemelerde dissosiyatif belirtilerle çocukluk çağına yaşanan cinsel, fiziksel, duygusal kötüye kullanım ve ihmal arasında pozitif bir bağıntı vardır.¹² Çocukluk çağı travmalarının varlığı patolojik dissosiyasyonun ortaya çıkmasını önceden tahmin edilmesine olanak tanırken, patolojik olmayan dissosiyasyonda aynı durum söz konusu değildir.⁴⁰ Çalışmamızda ise çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dolayısıyla onun beklenen bir sonucu olarak görülebilen patolojik dissosiyasyondan çok, patolojik olmayan dissosiyasyon (soğurma) ile OK belirtileri arasında ilişki bulunmuştur. Bulgularımıza göre dissosiyasyonun OK belirtiler üzerinde etkili olduğu düşünülebilir, ancak bu etki çocukluk çağı travmatik yaşantısından kaynaklanan patolojik dissosiyasyonun bir sonucu gibi görünmemektedir.

OKB hastalarının dissosiyasyon eğilimi ile bellekleri konusunda kendilerine olan güven azlığı arasında bir ilişki olduğu, dissosiyasyon puanları arttıkça belleklerine olan güvenlerinin azaldığı bildirilmektedir.¹⁶ Buna göre, OKB'ta görünürde bir bellek sorunu gibi görünen bazı durumların, aslında patolojik olmayan dissosiyasyonun bir sonucu olabileceğini söylemek olasıdır. Dolayısıyla, bu kişiler belleklerine olan güvensizlikleri nedeniyle OK belirtileri geliştiriyor olabilir. Literatüre göre^{41,42} OKB ile dissosiyasyonun, dikkat ve bellek problemleri bakımından ortak yönlerinin olduğu belirtilmektedir. Dissosiyasyon eğilimleri bellek ile ilintili problemlerle ilişkili bulunmaktadır.⁴¹ Özellikle bilişsel

organizasyonda katılık ve algısal deneyimlerde bütünleşme bakımından benzerliklerinin olduğuna dikkat çekilmektedir.¹³ Başka bir anlatımla, OKB ve dissosiyasyon eğilimi yüksek bireylerin yeni olaylara uyumda zorluk yaşadıkları, çevrelerindeki değişikliklere yanıt vermede sorunlarının olduğu, kendileri ve dünya hakkındaki önceden var olan şemalarını dışarıdan gelen yeni bilgi ile uzlaştırmada zorlandıkları bildirilmektedir.⁴¹ Dissosiyasyon ile obsesyonların benzer bilişsel süreçleri etkilemeleri bakımından ortak yönlerinin olmasının, çalışmamızda patolojik olmayan dissosiyatif yaşantıların OK belirtileri ile ilişkili çıkmasında etkili olduğu söylenebilir. OKB hastalarının belleklerinin zayıf olduğu bildirilmekle⁴³⁻⁴⁵ birlikte, bu hastaların dikkat performansları açısından bir sorun yaşamadıkları, buna karşılık seçici dikkat yanlılıklarının olduğundan da söz edilmektedir. Bu seçici dikkat yanlılığı, genel olarak çevredeki uyaranların seçici özelliklerine dikkat etme ve bunun dışında kalan uyaranlara dikkat etmeme ya da aldırış etmeme şeklindedir.⁴⁶ Bu bir anlamda absorbsiyonun da tanımıdır. Bununla birlikte, OKB'de belleğin ve dikkatin azalmış ya da bozulmuş olduğunun söylenemeyeceği, OKB'de seçici bir bellek ve dikkat işleyişinin olduğu kabul edilmektedir. Sözü edilen bellek ve dikkat yanlılığının, obsesyon ve kompulsyonlarla ilişkili, kaygı verici ya da tehdit edici uyaranlara yönelik olduğu görülmektedir.⁴⁶ Patolojik olmayan dissosiyasyon da OKB'ye benzer olarak, dikkat ve bellek gibi bilişsel işlevler ile ilgili bir durum olarak görülmektedir.⁴⁷ Patolojik olmayan dissosiyasyon eğilimi olan bireyler dikkatlerinin bir yönde daralması diğer iç ve dış uyaranların farkında olmalarını engelleyebilir. Ayrıca bu kişiler, duygusal olarak olumsuz ya da olumlu yönde kendilerini etkileyen materyallere daha fazla dikkat ederler.⁴⁷

Regresyon analizi, BASE dikkate alınarak incelendiğinde, düşünce bastırmanın OK belirtilerinden dürtüler ve düşüncelere kapılma ile ilişkili olduğu görülmektedir. BASE puanları, OK alt ölçeklerinden dürtüler ve düşüncelere kapılmayı yordayan değişkenlerden birisi olmuştur. OK belirtilerinden dürtüler ve düşüncelere kapılma alt ölçekleri kompulsiyondan çok obsesyonlar ile ilgili soruları içermektedir. Düşünce bastırma da obsesyonları bastırma çabası olduğundan, BASE puanlarının diğer alt ölçeklerle (temizlik,

kontrol, kesinlik) değil dürtüler ve düşüncelere kapılma alt ölçekleri ile ilişkili çıkması anlamlı olabilir. OKB hastalarının ve OK belirtileri bulunan ancak tedavi görmeyen bireylerin düşüncelerini bastırma girişimlerinin olduğu⁴⁸ bilinmektedir. Örneklemimizde de BASE puanlarının dürtüler ve düşüncelere kapılma alt ölçekleriyle ilişkili bulunması, düşünce bastırma girişimlerinin varlığını gösteriyor olabilir. OKB hastaları ile yapılan bir çalışmada da, BASE puanları ile OKB ölçeğinin obsesyon alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁴⁹

Yapılan çoklu regresyon analizleri genel olarak değerlendirildiğinde, OK belirtiler ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasındaki ilişkinin öngörülenden daha düşük olduğu ya da bazı OK belirtilerle ilişkinin olmadığı görülmektedir. Dissosiyatif yaşantılar ise OK belirtiler arasında genel olarak daha yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu sonucu destekler içerikte sonuçlar bulan bir çalışmada, Fontenelle ve ark.⁵⁰ OKB hastalarında daha fazla travmatik yaşantı olacağını, dissosiyasyon düzeylerinin fobik hastalardan daha yüksek olacağını öngörmelerine karşın, OKB hastalarının travmatik yaşantıları daha az bildirdiklerini bulmuştur. Travma puanlarını analize katmadan yaptıkları regresyon analizinde ise, dissosiyasyon ile OK belirtilerin ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışmamızda da çocukluk çağı travmatik yaşantılarından çok, dissosiyatif yaşantıların OK belirtileriyle ilişkili olması, bu çalışmayla benzerlik göstermektedir.⁵⁰

Sonuç olarak, çalışmamızda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, OK belirtiler üzerinde etkili olacağı öngörülmüş olmasına karşın, bu değişkenler arasında düşük düzeyde ilişkililer ortaya çıkmıştır. OK belirtilerle özellikle patolojik olmayan dissosiyasyon arasında ilişki göze çarpmaktadır. Dissosiyasyona yatkın olduğu saptanan bireyler OK belirtilerinin ortaya çıkması bakımından bir risk grubu olarak değerlendirilebilir. İleride yapılacak çalışmalarda, OK belirtilerle dissosiyasyon arasındaki ilişki incelendiğinde dissosiyatif yaşantıların tek bir boyutta düşünülmemesi gerektiği ve dissosiyasyonun patolojik formunu araştırmak hedefleniyorsa mutlaka travmatik yaşantıların da dikkate alınmasının gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. The "newly defined" burden of mental problems. WHO, Geneva, 1999.
2. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1094-1099.
3. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1997.
4. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ, Anaç Ş, Turan M, Gençeli Ş, ve ark. Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. *3P Dergisi* 1997; 5:253-265.
5. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK. DSM-IV field trial: obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:90-96.
6. Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, Özdel O, Ateşci FC, Amuk T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depress and Anxiety* 2006; 23:145-152.
7. Insel TR. Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (Suppl.2):4-8.
8. Rassin E, Diepstraten P. How to suppress obsessive thoughts. *Behav Res Ther* 2003; 41:97-103.
9. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behav Res Ther* 1984; 22:549-552.
10. Rachman S, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16:233-248.
11. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: Part I. content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther* 1993; 31:713-720.
12. Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990; 147:887-892.
13. Pica M, Beere D, Maurer L. The overlap between dissociative and obsessive compulsive disorders: a theoretical link. *Dissociation* 1997; 10:38-43.
14. Şar V. Dissosiyatif Bozukluklar. C Güleç, E Köroğlu (eds.), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 2, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997, s.569-590.
15. Putnam FW. *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. New York, The Guilford Press, 1997.
16. Maaranen P, Tanskanen A, Honkalampi K, Haatainen K, Hintikka J, Viinamäki H. Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:387-394.
17. Waller NG, Putnam FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods* 1996; 1:300-321.
18. Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180:332-337.
19. Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJ, et al. Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Compr Psychiatry* 2004; 45:384-391.
20. Merckelbach H, Wessel I. Memory for actions and dissociation in obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:846-848.
21. Murpy SM, Kilpatrick DC, Amick-McMullan A, Veronen LJ, Paduhovich L, Best CL, et al. Current psychological functioning of child sexual assault survivors: a community study. *J Interpersonal Violence* 1988; 3:55-79.
22. Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, et al. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depress Anxiety* 2002; 15:66-68.
23. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. *Biyoistatistik*. Ankara, Hatipoğlu Yayınları, 2002.
24. Grabe HJ, Meyer CH, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, et al. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250:262-268.
25. Çilli AS, Turan M, Kaya N. Bir grup üniversite öğrencisinde çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve dissosiyatif yaşantılarla ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi (6-12 Eylül 1999, Trabzon). *Tam Metin Kitabı*, 1999, s.125-129.
26. Bernstein EM, Putnam PW. Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174:727-735.
27. Yargıç LI, Tutkun H, Şar V. The reliability and validity of the Turkish version of the dissociative experiences scale. *Dissociation* 1995; 8:10-13.
28. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1132-1136.

29. Lundgren K, Gerdner A, Lundgsvit LO. Childhood abuse and neglect in severely dependent female addicts: Homogeneity and reliability of a Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Int J Soc Welfare* 2002; 11:219-227.
30. Sanavio E. Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behav Res Ther* 1988; 26:169-177.
31. Beşiroğlu L, Ağargün MY, Boysan M, Eryonucu B, Güleç M, Selvi Y. Obsesif-kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:179-189.
32. Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *J Pers* 1994; 62:615-640.
33. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Kara H, Özer ÖA. Beyaz Ayı Supresyon Envanteri'nin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bir ön çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2004; 15:282-290.
34. De Silva P, Marks M. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37:941-951.
35. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53:5-13.
36. Dinn WM, Haris CL, Raynard RC. Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a three-factor model. *Psychiatry* 1999; 62:313-324.
37. Sasson Y, Dekel S, Nacasch N, Chopra M, Zinger Y, Amital D, et al. Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a case series. *Psychiatry Res* 2005; 135:145-152.
38. Rufer M, Fricke S, Held D, Cremer J, Hand I. Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:146-150.
39. Grabe HJ, Goldschmidt F, Lehmkuhl L, Gansicke M, Spitzer C, Freyberger HJ. Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology* 1999; 32:319-324.
40. Irwin HJ. Pathological and nonpathological dissociation: the relevance of childhood trauma. *J Psychol* 1999; 133:157-164.
41. Watson D, Wu KD, Cutshall C. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation. *Anxiety Disord* 2004; 18:435-458.
42. Moritz S, Jacobsen D, Willenborg B, Jelinek L, Fricke S. A check on the memory deficit hypothesis of obsessive-compulsive checking. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:82-86.
43. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behav Res Ther* 2002; 40:625-639.
44. Tuna Ş, Tekcan Aİ, Topçuoglu V. Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43:15-27.
45. Muller J, Roberts JE. Memory and attention in obsessive-compulsive disorder: a review. *Anxiety Disord* 2005; 19:1-28.
46. Irak M, Flament MF. Çocukluk dönemi başlangıçlı obsesif-kompulsif bozukluğun nöropsikolojik profili. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18:1-9.
47. De Ruiter MB, Elzinga BM, Phaf RH. Dissociation: cognitive capacity or dysfunction? *J Trauma Dissoc* 2006; 7:115-134.
48. Freeston MH, Ladouceur R. What do patients do with their obsessive thoughts? *Behav Res Ther* 1997; 35:335-348.
49. Ağargün MY, Sağlam M, Selvi Y, Özer B, Kara H, Özer ÖA, ve ark. Obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalarda disosiyasyon ve supresyon. 39. Psikiyatri Kongresi (14-19 Ekim 2003, Antalya), Tam Metin Kitabı, 2003, s.516-518.
50. Fontenelle LF, Domingues AM, Souza WF, Mendlowicz MV, de Menezes GB, Figueira IL, et al. History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatr Q* 2007; (Baskıda).