



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, ÜSTBİLİŞ
İŞLEVLERİNİN VE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
STRATEJİLERİNİN OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERİ
ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif ÇALIŞKAN

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Ankara, 2021

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, ÜSTBİLİŞ
İŞLEVLERİNİN VE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
STRATEJİLERİNİN OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERİ
ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif ÇALIŞKAN

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Halime Şenay Güzel

Ankara, 2021

ONAY SAYFASI

Elif Çalışkan tarafından hazırlanan “Çocukluk Çağı Travmalarının, Üstbiliş İşlevlerinin ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Obsesif Kompulsif Belirtileri Üzerindeki Yordayıcı Rolü” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyesi	Kurumu	İmza
Doç. Dr. Halime Şenay Güzel	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	
Kabul ☐	Red ☐	
Doç. Dr. Hüdayar Cihan	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	
Kabul ☐	Red ☐	
Doç. Dr. Emine Sevinç Tok	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi	
Kabul ☐	Red ☐	

Tez Savunma Tarihi: 03.11.2021

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans tezi olması için şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Unvan Ad Soyadı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim. 03.11.2021

İmza

Elif ÇALIŞKAN



TEŞEKKÜR

Öncelikle klinik psikoloji yüksek lisans sürecimin başından sonuna kadar yanımda olan, bana çok şey öğreten, psikoterapi deneyimlerini paylaşan ve yol gösteren, tez sürecimde de her konuda fikrini aldığım değerli danışman hocam Doç. Dr. Halime Şenay GÜZEL'e çok teşekkür ederim. Yüksek lisans öğrencilik yıllarımda emeği geçen diğer hocalarım Prof. Dr. Özden YALÇINKAYA ALKAR'a ve Dr. Öğr. Üyesi Emine İNAN'a akademik anlamda bana kattıklarından ve bütün emeklerinden dolayı teşekkürlerimi iletiyorum. Hem yüksek lisans sürecimde akademik anlamda öğrettiklerin dolayı sayın hocam ve ayrıca tez savunması jüri üyelerimden olan Doç. Dr. Hüdayar CİHAN'a ayrıca teşekkürlerimi sunarım. Tez savunması jüri üyelerimden biri olmayı kabul etmiş olan Doç. Dr. Emine Sevinç TOK'a katkılarından dolayı ayrıca teşekkürü borç bilirim.

Eğitim hayatım boyunca, her zaman yanımda olan ve sevgiyle yaklaşan anneme; desteğini esirgemeyen ve dağ gibi arkamda duran babama; her zaman bana doğru yolu gösteren ve pozitifliğine ihtiyaç duyduğumda hemen yanına koştuğum biricik ablama; her konuda fikirlerine önem verdiğim ve danıştığım abime; ailemin en küçük üyesi olan canımdan öte yeğenime hep benimle oldukları için çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Tezimin analiz kısmında bana her türlü desteği veren kuzenim Arş. Gör. Büşra SARIGÜL'e, tez sürecinde bana desteğini esirgemeyen yüksek lisanstan arkadaşım Uzm. Klnk. Psk. Alperen GÜÇLÜ'ye, bunaldığım zamanlarda benim moralimi yükseltmek için her türlü özveriyi gösteren ve son ana kadar yanımda olan dostlarım Zeynep'e, Aysun'a, Gülhan'a ve Özge'ye ayrıca çok teşekkür ediyorum.

Aileme...

ÖZET

Çocukluk Çağı Travmalarının, Üstbiliş İşlevlerinin ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Obsesif Kompulsif Belirtileri Üzerindeki Yordayıcı Rolü

Bu çalışmanın amacı; çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtileri üzerindeki yordayıcı etkisini incelemektir. Bireylerin maruz kaldığı çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtileri arasında ilişkinin olduğu düşünülmektedir. Fakat bazı çalışmalarda çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtileri arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı yönünde sonuçlar da elde edilmiştir. Alanyazında işlevsel olmayan üstbilişin obsesif kompulsif belirtileri üzerinde etkili olabildiği görülmektedir. Benzer şekilde obsesif kompulsif belirtileri üzerinde uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın örneklemini 18-65 yaş aralığında olan herhangi bir obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan toplam 286 birey oluşturmaktadır. Araştırma verileri internet aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcılardan bilgi toplamak için Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Üstbiliş-30 Ölçeği, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler korelasyon, t testi, regresyon analizleri ile değerlendirilerek raporlanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular sonucunda, çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerinde yordayıcı etkisi incelenmiştir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutları ile obsesif kompulsif belirtileri alt boyutları arasında detaylı analizler yapılmıştır. Çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile obsesif kompulsif belirtiler arasında düşük düzeyde anlamlı ilişkiler vardır. Üstbiliş işlevleri ile obsesif kompulsif belirtileri arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı ilişki görülmüştür. Benzer şekilde uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile obsesif kompulsif belirtileri arasında pozitif yönlü doğrusal ilişkilerin varlığı söz konusudur. Çoklu regresyon analizleri sonucunda ise duygusal istismarın, düşünceleri kontrol ihtiyacın, kontrol edilemezlik/tehlikenin ve felaketleştirmenin obsesyonları yordadığı bulgulanmıştır. Değişkenlerin alt boyutları arasında detaylı analizler raporlanmış ve elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri, obsesif kompulsif belirtiler, üstbiliş işlevleri

ABSTRACT

Predictor Role of Childhood Traumas, Metacognitive Functions and Cognitive Emotion Regulation Strategies on Obsessive-Compulsive Symptoms

The aim of this study is to investigate the predictive effect of childhood traumas, metacognitive functions and cognitive emotion regulation strategies on obsessive compulsive symptoms. It is thought that there is a relationship between childhood traumas suffered by individuals and obsessive compulsive symptoms. However, some studies have also found that there is no relationship between childhood traumas and obsessive compulsive symptoms. It is seen that dysfunctional metacognition in the literature can have an effect on obsessive compulsive symptoms. Similarly, maladaptive cognitive emotion regulation is thought to have an effect on obsessive compulsive symptoms. The sample of the study consists of 286 individuals aged between 18-65 without any obsessive compulsive disorder diagnosis. The research data were collected via the internet. Vancouver Obsessive Compulsive Inventory, Childhood Trauma Scale, Metacognition-30 Scale, Cognitive Emotion Regulation Scale were used to collect information from the participants. The data obtained from the study were evaluated by correlation, t-test, regression analysis and reported. As a result of the findings obtained in the research, the predictive effects of childhood traumas, metacognitive functions and cognitive emotion regulation strategies on obsessive-compulsive symptoms were examined. Detailed analyzes were made between the sub-dimensions of childhood traumas and sub-dimensions of obsessive-compulsive symptoms. There are low-level significant relationships between emotional abuse and physical neglect, which are sub-dimensions of childhood trauma, and obsessive-compulsive symptoms. A highly significant positive correlation was observed between metacognitive functions and obsessive-compulsive symptoms. Similarly, there is a positive linear relationship between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and obsessive-compulsive symptoms. As a result of multiple regression analyzes, it was found that emotional abuse, the need to control thoughts, uncontrollability/danger and catastrophizing predict obsessions. Detailed analyzes among the sub-dimensions of the variables were reported and the findings were discussed in the light of the literature.

Keywords: Childhood traumas, cognitive emotion regulation strategies, obsessive compulsive symptoms, metacognitive function

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	2
1.1.1. Tanımı.....	2
1.1.2. Tarihçesi	4
1.1.3. Tanı Kriterleri	5
1.1.4. Epidemiyoloji	5
1.1.5. Başlangıç Yaşı	6
1.1.6. Etiyoloji	7
1.1.6.1. Biyolojik Faktörler.....	7
1.1.6.1.1. Aile ve İkiz Çalışmaları	7
1.1.6.1.2. Nörokimyasal Çalışmalar.....	8
1.1.6.2. Psikolojik Faktörler.....	9
1.1.7. Eş Tanı.....	10
1.1.8. Ayırıcı Tanı.....	11
1.1.9. Alt Türleri	12
1.2. Çocukluk Çağı Travmaları.....	14
1.2.1. Tanımı.....	14
1.2.2. Yaygınlığı	15

1.2.3. Çocukluk Çağı Travma Türleri.....	16
1.2.3.1. Fiziksel İstismar	16
1.2.3.2. Cinsel İstismar	17
1.2.3.3. Duygusal İstismar	18
1.2.3.4. Fiziksel İhmal.....	19
1.2.3.5. Duygusal İhmal	20
1.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Bozukluklar ile İlişkisi.....	21
1.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları ile Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki	22
1.3. Üstbiliş İşlevler	24
1.3.1. Biliş Tanımı	24
1.3.2.Üstbiliş Tanımı	24
1.3.3. Üstbiliş Boyutları.....	26
1.3.4.Üstbiliş Modelleri	27
1.3.4.1. Flavell Üstbiliş Modeli	27
1.3.4.2.Brown Üstbiliş Modeli.....	29
1.3.4.3.Schraw ve Moshman Üstbiliş Modeli.....	29
1.3.4.4.Tobias ve Everson'ın Üstbiliş Modeli	30
1.3.5.Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbiliş Modeli	31
1.3.6. Üstbiliş İşlevleri ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki	34
1.3.7 Üstbiliş İşlevleri ile Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki	36
1.4. Duygu Düzenleme	37
1.4.1. Duygu Düzenleme Kavramı ve Özellikleri	38
1.4.2. Duygu Düzenleme Kuramsal Modelleri.....	39
1.4.2.1. Gross'un Duygu Düzenleme Ortak Süreç Modeli	40
1.4.2.2. Dodge'nin Sosyal Süreç Bilgi Modeli	41
1.4.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri	42

1.4.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki	43
1.4.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki	45
1.4.6. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Üstbilis İşlevleri Arasındaki İlişki ..	47
1.5. Araştırmanın Amacı.....	48
1.6. Araştırmanın Soruları	48
2. YÖNTEM	49
2.1. Örneklem	49
2.2. Veri Toplama Araçları	50
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	50
2.2.2. Kişisel Bilgi Formu	50
2.2.3. Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri (VOKE).....	50
2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	51
2.2.5. Üstbilis Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)	52
2.2.6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)	53
2.3. İşlem	54
2.4. Verilerin Analizi	54
3. BULGULAR	56
3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları ile İlgili Elde Edilen Tanımlayıcı İstatistikler	56
3.2. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Analizleri	57
3.2.1. Cinsiyet ve Yaş Değişkeninin Diğer Değişkenler ile Analizi: Korelasyon Analizi ve T Testi	58
3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutları (ÇÇTÖ Alt Boyutları) ve Obsesif Kompulsif Belirtileri Alt Boyutları (VOKE Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi.....	61

3.2.3. Üstbiliş İşlevleri Alt Boyutları (ÜBO-30 Alt Boyutları) ve Obsesif Kompulsif Belirtileri Alt Boyutları (VOKE Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi	63
3.2.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Alt Boyutları (BDDÖ Alt Boyutları) ile Obsesif Kompulsif Belirtiler (VOKE Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi.....	66
3.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutları (ÇÇTÖ Alt Boyutları) ve Üstbiliş İşlevleri Alt Boyutları (ÜBO-30 Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi	69
3.2.6. Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutları (ÇÇTÖ Alt Boyutları) ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Alt Boyutları (BDDÖ Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi.....	70
3.2.7. Üstbiliş İşlevleri Alt Boyutları (ÜBO-30 Alt Boyutları) ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Alt Boyutları (BDDÖ Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi.....	72
3.3. Regresyon Analizi.....	75
3.3.1.Obsesif Kompulsif Belirtileri Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi	75
3.3.1.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerine İlişkin Regresyon Analizi	75
3.3.1.2. Üstbiliş İşlevleri ve Obsesif Kompulsif Belirtilerine İlişkin Regresyon Analizi	75
3.3.1.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile Obsesif Kompulsif Belirtilerine İlişkin Regresyon Analizi.....	78
3.3.2. Değişkenlerin Çoklu Regresyon Analizleri	81
4. TARTIŞMA.....	87
4.1. Cinsiyet ve Yaş Değişkenine Göre Sonuçların Tartışılması.....	87
4.2. Değişkenlerin Korelasyon ve Regresyon Sonuçlarının Tartışılması	88
4.3. Çoklu Regresyon Analiz Sonuçlarının Tartışılması	93

4.4. Çalışmanın Soruları	96
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	98
6. KAYNAKLAR.....	100
7. EKLER	128
Ek-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	128
Ek-2. Kişisel Bilgi Formu	129
Ek-3. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE)	131
Ek-4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	139
Ek-5. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBO-30).....	143
Ek-6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ).....	147
Ek-7. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri Kullanım İzni	150
Ek-8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Kullanım İzni.....	151
Ek-9. Üstbiliş Ölçeği-30 Kullanım İzni	152
Ek-10. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Kullanım İzni.....	153
Ek-11. Etik Kurul Onay Belgesi	154
Ek-12. Özgeçmiş.....	155

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDS	: Bilişsel Dikkat Sendromu
BDDÖ	: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği
ÇÇT	: Çocukluk Çağı Travmaları
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM I	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (I)
DSM II	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (II)
DSM III	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (III)
DSM IV-TR	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (IV)
DSM 5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (5)
ICD 10	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması (10)
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKB	: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ÜBÖ-30	: Üstbiliş Ölçeği-30
VOKE	: Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Flawell'in Üstbiliş Modeli	28
Şekil 2. Brown Üstbiliş Modeli.....	29
Şekil 3. Schraw ve Moshman Üstbiliş Modeli	30
Şekil 4. Tobias ve Everson'ın Üstbiliş Modeli.....	31
Şekil 5. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbiliş Modeli	33
Şekil 6. Gross'un Duygu Düzenlemenin Ortak Süreç Modelindeki İki Temel Duygu Düzenleme Biçimi	40



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler	49
Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	56
Tablo 3. Cinsiyet Değişkeni ile Normal Dağılım Gösteren Değişkenler ile T Testi	59
Tablo 4. Cinsiyet Değişkeni ile Normal Dağılım Göstermeyen Değişkenler Arasında Mann Whitney U Analizi.....	60
Tablo 5. Yaş Değişkeni ile Normal Dağılım Gösteren Değişkenler Arasında Pearson Korelasyon Analizleri.....	61
Tablo 6. Yaş Değişkeni ile Normal Dağılım Göstermeyen Değişkenler Arasında Spearman Korelasyon Analizleri.....	61
Tablo 7. Duygusal İhmal ve Duygusal İstismar ile VOKE Alt Boyutları Arasında Pearson Korelasyon Analizi.....	62
Tablo 8. Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar ve Fiziksel İhmal ile VOKE Alt Boyutları Arasında Spearman Korelasyon Analizi	63
Tablo 9. ÜBO-30 Alt Boyutları ile VOKE Alt Boyutları Arasında Pearson Korelasyon Analizi	65
Tablo 10. VOKE Alt Boyutları ile BDDÖ Alt Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi	68
Tablo 11. Duygusal İstismar ve Duygusal İhmal ile ÜBO-30 Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi.....	69
Tablo 12. Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar ve Fiziksel İhmal ile ÜBO-30 Alt Boyutları Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi	70
Tablo 13. Duygusal İhmalin ve Duygusal İstismarın BDDÖ Alt Boyutları ile Pearson Korelasyon Analizi.....	71
Tablo 14. Fiziksel İstismarın, Cinsel İstismarın ve Fiziksel İhmalin BDDÖ Alt Boyutları ile Spearman Korelasyon Analizi.....	72
Tablo 15. ÜBO-30 Alt Boyutları ile BDDÖ Alt Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi	74

Tablo 16. Duygusal İstismar ile VOKE Alt Boyutları Regresyon Analizi.....	75
Tablo 17. ÜBO-30 Toplam ve Alt Boyutları ile VOKE Toplam ve Alt Boyutları Regresyon Analizi	77
Tablo 18. BDDÖ Alt Boyutları ile VOKE Toplam Regresyon Analizi	78
Tablo 19. BDDÖ Alt Boyutları ile VOKE Alt Boyutları Regresyon Analizi	80
Tablo 20. VOKE Toplamı Yordayan Değişkenlerin Aşamalı Regresyon Analizi	82
Tablo 21. Obsesyonları Yordayan Değişkenlerin Aşamalı Regresyon Analizi.....	84
Tablo 22. Sadece Doğru Hissetmeyi Yordayan Değişkenlerin Aşamalı Regresyon Analizi	85
Tablo 23. Kararsızlığı Yordayan Değişkenlerin Aşamalı Regresyon Analizi.....	86

1. GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk genellikle uzun zaman devam edebilen, dönemsel olarak kötüleşebilen, günlük işlevlerin zarar görmesine sebep olabilen obsesyonun veya kompulsiyonun birlikte görüldüğü bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Bireylerin yaşantılarında maruz kaldıkları çocukluk çağı travmalarının, yaşamlarının sonraki yıllarında obsesif kompulsif belirtilerinin gelişmesine neden olabildiği, düşüncelerinin yoğun bir şekilde artması ile birlikte bu düşüncelerinden etkilenebildiği ifade edilmektedir (De Silva ve Marks, 1999; Dinn, Harris ve Raynard, 1999). Yapılan literatür taramalarında obsesif kompulsif bozukluk ve belirtileri ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Brander ve ark. 2018; Demirci, 2016; De Silva ve Marks, 2001). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerde çocukluk çağı travmaları ile ilgili yapılan çalışmalarda sağlıklı kontrol grubuna göre obsesif kompulsif bozukluk tanılı bireylerin fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmale maruz kaldıkları bildirilmiştir (Carpenter ve Chung, 2011; Lochner ve ark. 2002). Obsesif kompulsif bozukluk ve belirtileri ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığından ziyade, obsesif kompulsif bozukluk ve belirtileri ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığına ilişkin bulguları da raporlayan çalışmalar mevcuttur (Briggs ve Price, 2009; Grabe ve ark. 2008).

Benzer şekilde üstbilgi işlevleri ve obsesif kompulsif bozukluk ile ilgili yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler ile kontrol grubundaki bireyler arasında anlamlı bir farklılığın olduğu raporlanmıştır (Doğan, Solak, Özdel ve Türkçapar, 2013). Üstbilgi işlevlerinin tehlike ve kontrol edilmezlik alt türleri ile obsesif kompulsif belirtileri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucu elde edilmiştir (Tosun ve Irak, 2008). Üstbilgi işlevleri ile ilgili yapılan çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde obsesif kompulsif bozukluk üzerinde anlamlı bir yordayıcılığı olabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilgili yapılan bir çalışmaya bakıldığında obsesif kompulsif bozukluk ile aralarındaki ilişkiler incelenmiş ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin alt boyutu olan felaketleştirmenin bireylerin obsesif inançlarında artışın olmasını etkileyebildiği sonucuna ulaşılmıştır (Akyunus-İnce, 2012). Ercan'ın (2015) yaptığı çalışma da bu bulguyu desteklemektedir. Buna göre bireylerin yaşantıların olumsuz bir olay yaşamaları ile felaketleştirme duygu düzenleme stratejilerinin obsesif inançların üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bildirilmiştir. Bireylerin obsesif

kompulsif belirti düzeyleri ile duygu düzenleme stratejileri alt boyutlarından ruminasyon, felaketleştirme ve kabul etme arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (Şahin, 2018).

Çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve duygu düzenleme stratejilerinin birbirleriyle ilişkilerini inceleyen çalışmalarda, çocukluk çağı travmaları ile uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu (Sarıcı ve Tagay, 2019), duygusal ve cinsel istismara maruz kalmış bireylerde duygu düzenleme güçlüğü görüldüğünü (Şahin-Demirkapı, 2014) bildirmektedir. Aynı şekilde bireylerde çocukluk çağı travmaları sonrasında üstbiliş işlevlerinde sıkıntıların olabileceğinden (Myers ve Wells, 2015) ve değişkenler arasında anlamlı bir ilişkinin varlığından (Mansueto, Caselli, Ruggiero ve Sassaroli, 2018) söz edilmektedir. Alanyazın incelendiğinde, üstbiliş işlevleri ve duygu düzenleme stratejileri ilgili yapılan çalışmaların sayısı az olduğu görülmektedir. Buna rağmen bir çalışmada bireylerin olumsuz duygular ile baş edebilmek için üstbiliş stratejilerine başvurdukları ifade edilmektedir (Davis, Levine, Lench ve Quaa, 2010).

Sonuç olarak alanyazın incelendiğinde, çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtileri üzerindeki yordayıcı etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya literatürde rastlanılmamıştır. Bundan dolayı araştırma konusunun ilk defa çalışılacak bir konu olmasından dolayı önemli bir yere sahiptir. Araştırmadan elde edilecek sonuçlar; obsesif kompulsif belirtilere sahip olan bireylerin terapi sürecinde çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve duygu düzenleme stratejilerinin de dikkate alarak bir tedavi planının gerçekleştirilmesini sağlamak için bir fikrin oluşmasında da önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda araştırmanın sorularına ilişkin elde edilecek bilgilerin de literatüre katkı sağlayacak olması yapılan bu çalışmanın önemli olduğunu göstermektedir.

1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

1.1.1. Tanımı

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyonların (saplantıların) ya da kompulsiyonların (zorlantıların) varlığı ile karakterize olan bir bozukluktur ve sıklıkla bu tanıya sahip bireylerde obsesyonlar ve kompulsiyonların birlikte görülmesi söz konusudur (Veale, 2004).

Obsesyonlar (saplantılar), bireyin iradesi dışında gerçekleşmekte ve tedirgin olmasına sebep olmaktadır. Bu obsesyonlar; bireyin kendi benliğine yabancıdır ve tekrarlayan düşünce, imge ve dürtüler olarak ifade edilmektedir. Birey, obsesyonları bilincinden kovmak istese de kovamamaktadır. Kompulsiyonlar (zorlantılar) ise, bireyin zihninde var olan obsesyonları kovmak amacıyla yaptığı, istemeden tekrarladığı davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Birey öncelikle var olan obsesyonları kontrol altına alabilmek amacıyla kompulsiyonları sergilemektedir ve bir süre sonra bu kompulsiyonların kendisinde sıkıntıya sebep olabildiğini fark edebilmektedir. Bireyin sahip olduğu bu kompulsiyonlar bazen dışarıdan bir davranış olarak gözlemlenirken, bazen de zihinde yer alan bir eylem şeklinde olabilmektedir. Birey obsesyonların aklına gelmesine ve kompulsiyonları yapmaya engel olmaya yönelik kendini zorlamasına rağmen, istemediği düşüncelerin tekrarlı bir şekilde zihnine geldiği ve yapmak istemediği davranışları da sürekli sergilediği görülebilmektedir. Bu durum toplum tarafından “takıntı” olarak ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Obsesyon ve kompulsiyonlar farklı biçimlerde bireylerde görülmektedir. Obsesyonlar; düşünce, imge veya dürtülerin her birinin birlikte görülmesi şeklinde olabildiği gibi, bunlardan herhangi ikisinin varlığı şeklinde de görülebilmektedir. Kompulsiyonlar ise, bireyde kontrol etmek gibi açık davranışlar şeklinde görülebilmektedir veya bireyin içinden sayı saymak, bazı kelimeleri söylemek gibi örtük bir şekilde zihinsel tekrarlar şeklinde de kendini gösterebilmektedir (Menzies ve de Silva, 2003).

OKB tanısı almış bireylerin bir kısmında birden fazla obsesyonlar ve kompulsiyonlar eşlik edebilmektedir. Bireyin her gün aynı sayıda yaptığı bazı tekrarlı davranışları olabilir, bir eliyle dokunmaması gereken yere dokunduysa diğer eliyle de o yere dokunma ihtiyacı duyabilir ve bu tekrarlı davranışları başarılı bir şekilde yapabilirse kendini rahatlamış hissedebilmektedir (Menzies ve de Silva, 2003).

Obsesyon ve kompulsiyonlar ile ilgili örneklendirme yapmak gerekirse; temiz olan herhangi bir şeye dokunur dokunmaz, ellerinin kirlendiğini ve el yıkama ihtiyacı noktasında kendini zorunlu hissetmesi obsesyonken, ellerini birçok kez yıkayarak temizlemeye çalışması ise kompulsiyondur. Bireyin abdest alırken Tanrı’ya yönelik küfür ettiğine ilişkin düşüncelerin zihninden sürekli bir şekilde geçmesi obsesyonken, bu düşünceleri kontrol etmek amacıyla sürekli abdestini yenilemesi veya içinden sürekli dualar okuması kompulsiyonlar şeklinde ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011; 2016).

1.1.2. Tarihçesi

Obsesyon ve kompulsiyonların insanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülmektedir. Obsesyon ve kompulsiyonlar ilk olarak, yıllar önce yazılmış din kitaplarında görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). M.Ö. 11. yüzyılda obsesyonlara ilişkin olarak, İsrail kralı Saul'un şeytan tarafından kendisinde oluşan kötü düşüncelere sahip olduğu ve Saul'un damadının kendisini bu düşüncelerinden kurtarmak için ona arp çaldığı yazılmıştır (Tükel, 2000, akt. Tekin, 2020). Shakespeare'in "Macbeth" adlı eserinde de Lady Macbeth'in eşi Macbeth'i etkilediği ve sonucunda da kral Duncan'ın ölümüne sebep olduğu görülür. Bu olaylarında sonrasında da Lady Macbeth'te el yıkama davranışının oluşmaya başladığı görülmektedir. Bu esere bakıldığında Lady Macbeth'te obsesif-kompulsif nevrozun varlığı görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

19. yüzyılda, Almanya'da obsesyonların bilişsel ve entelektüel işlevlerden kaynaklı olduğu ifade edilerek sanrılardan farklı olduğu üzerine vurgu yapılmaktadır (Berrios, 1996).

Fransız psikolog Pierre Janet, 20. yüzyılın başlarında bir çalışma yaparak fobiler, saplantı ve zorlantıları bir başlık altında toplamış ve bu duruma "psikastenî" ismini vermiştir. Ona göre, bireyde psikastenînin ortaya çıkması, bireyin iradesinin zayıflaması sonrasında meydana gelmekteydi. Freud ise, fobiler ile obsesif-kompulsif nevrozun psikolojik sebeplerinin ve psikodinamik düzeylerinin birbirine benzemediğini ve birbirinden farklı bozukluklar olduğunu ifade ederek ayrı ayrı incelemiştir. Böylece obsesif-kompulsif nevrozun psikodinamiği ve bozukluğun psikolojik temeli hakkında önemli fikirler ilk kez Freud tarafından ortaya atılmış ve geliştirilmiştir. 20. yüzyılın devamında öğrenme kuramcıları da obsesif-kompulsif nevrozunun oluşma nedenlerinde ve tedavisinde önemli katkılarda bulunmuşlardır. 20. yüzyılın sonlarına doğru da obsesif kompulsif bozukluğa neden olan kalıtsal ve nöropsikolojik faktörlerin neler olabileceği ile ilgili bilgileri elde etmek için çalışmalar yapılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) 1952 yılında yayımladıkları Ruh Hastalıkları I. Tanı ve İstatistik Kılavuzunda (DSM-I) OKB'yi "Obsesif Kompulsif Reaksiyon" olarak ifade edilmesi söz konusudur. 1968'de yayımlanan DSM-II'de ise "Obsesif Kompulsif Nevroz" olarak, DSM-III'te ise "Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)" olarak ifade edildiği görülmektedir (Bayraktar, 1997; Karno, Golding, Sorenson ve Burnam, 1988).

OKB, DSM-IV-TR’de anksiyete bozukluklarının içerisinde sınıflandırılırken, 2013 yılında yayımlanan DSM-5’te ise, OKB’nin anksiyete bozukluklarının içerisinde çıkarıldığı ve yeni bir başlık olarak “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı adı altında sınıflandırılmaya başladığı görülmektedir (APA, 2000; APA 2013).

1.1.3. Tanı Kriterleri

OKB’nin tanı kriterlerinin DSM-5 kriterlerine göre aşağıdaki gibi açıklanması söz konusudur:

- A. Bireyde sadece obsesyonların ya da kompulsiyonların bir arada görülmesi söz konusuysa, bazen hem obsesyonların hem de kompulsiyonların birlikte görülmesi söz konusu olabilmektedir.
- B. Obsesyonların veya kompulsiyonların bireyde açık bir şekilde sıkıntıya, boşa zaman kaybına ve işlevselliği, ilişkilerinde ciddi bozulmaların olmasına sebep olabilmektedir.
- C. Bozukluğun belirtileri açıklanırken madde kötüye kullanımı, ilaç veya tedavi amaçlı kullanılan başka bir ilaç veya genel tıbbi durumun sebebi fizyolojik etkilerden kaynaklanmamalıdır.
- D. Ayrıca bozukluk, başka bir eksen 1 bozukluğun belirtileri ile daha iyi bir şekilde ifade edilmemelidir (APA, 2013).

1.1.4. Epidemiyoloji

OKB’ye ilişkin yapılmış olan eski çalışmaların klinik gözleme dayandığı ve OKB’nin nadir görülen bir psikolojik bozukluk olduğu ifade edilmektedir (Erek, 2006). Amerika Birleşik Devletleri’nde 1988 yılında yapılan uluslararası epidemiyolojik tarama çalışmasında OKB’nin yaşam boyu yaygınlığının % 1.9-3.3 olduğu bildirilmiştir ve OKB’nin 6 aylık yaygınlığının ise % 1-2 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Erek, 2006). DSM-III kriterlerine dikkat edilerek yapılan başka bir uluslararası epidemiyolojik tarama çalışmasında da OKB’nin yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmada % 2.5 olduğu raporlanmıştır (Karno, Golding, Sorenson ve Burnam, 1988). Amerika Birleşik Devletleri araştırmalarında OKB’nin cinsiyetler ile ilişkisine bakıldığında, erkekler ve kadınlarda OKB’nin görülme sıklığı bakımından herhangi bir farkın olmadığı öngörülmüştür (Merikangas, 2005; akt. Öztürk ve Uluşahin, 2011). Fakat OKB’ye ilişkin olarak, kadınlarda zorlantılı yıkama

davranışı daha fazla görülürken, erkeklerde ise cinselliğe yönelik saplantılı düşüncelerin daha fazla görüldüğü ifade edilmektedir (Veale, 2004). Başka araştırma bulguları incelendiğinde, sıralama/simetri, biriktirme alt tipleri ile saldırganlık ile ilişkili obsesyonların ve kontrol etme kompulsiyonlarının cinsiyetler arasında erkeklerde daha sık görüldüğü ortaya çıkmaktadır (Labad ve ark. 2008; Noshirvani, Kasvikis, Marks, Tsakiris ve Monteiro, 1991).

Türkiye’de de 1999 yılında, Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırması yapılmış ve OKB’nin epidemiyolojik verilerinde bir yıl boyunca görülme sıklığının % 0.5 olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve cinsiyetler arasında görülme sıklığında farklılıkların olduğu görülmüştür. Erkeklerde OKB’nin görülme sıklığı % 0.2’iken, kadınlarda bu oranın 3 kat daha fazla olduğu ve % 0.6 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Doğan, Gülmez ve Ketenoğlu, 1995; akt. Tekin, 2020). Çilli ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışma 2000 yılında Konya’da yapılmış ve DSM-IV ve ICD-10 kriterleri baz alınarak ayrı ayrı değerlendirilmiştir. DSM-IV kriterlerine göre OKB’nin bir yıl boyunca görülme sıklığı % 3’iken, ICD-10 kriterlerine göre ise, bu oranın % 2.2 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ertan (2008) yaptığı bir çalışmada OKB’nin yaşam boyu devam etme oranını % 2-3 olarak belirtmiştir ve bu oranın ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebildiğini ifade etmiştir. OKB’nin görülme sıklığının, diğer psikiyatrik bozukluklar ile karşılaştırıldığında dördüncü sırada yer aldığı görülmektedir. OKB’nin ömür boyu görülme prevalansının % 2.5 olduğu ifade edilmektedir (Robins ve ark. 1984; Stoll, Tohen ve Baldessarini, 1992).

1.1.5. Başlangıç Yaşı

OKB’nin ortalama 20 yaş civarında başladığı düşünülmektedir (Ertan, 2008). OKB tanısı almış bireylerin 2/3’ünde belirtiler 25 yaş öncesinde ve bireylerin % 15’inden azında ise OKB belirtileri 35 yaş sonrasında görülmeye başlamaktadır. Ergenlerde ve erişkinlerde OKB’nin cinsiyetler arasında farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Erişkinlerde OKB’nin erkek ve kadınlarda görülme sıklığı benzerken, ergenlerde ise erkeklerde OKB’nin daha sık olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ertan, 2008).

OKB’nin cinsiyetler arasında başlama yaşında da farklılıklar söz konusu olabilmektedir. Erkeklerde 19 yaşında, kadınlarda ise 22 yaşında OKB belirtileri görülmeye başlamaktadır. Ayrıca OKB tanısı almış bireylerin bazılarında bozukluğun 2 yaşında başladığı belirtilmiştir (Demet, 2005).

Rasmussen'in (1994) yaptığı bir çalışmaya göre OKB tanısı almış bireylerin % 65'inde bozukluğun 25 yaşından önce görülmeye başladığı, OKB'nin bireylerde 40 yaşından sonra görülme oranının % 5 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (akt. Karaali-Aktaş, 2014). OKB'nin görülmeye başlama yaşına ilişkin yapılan çalışmalarda ergenlik dönemi öncesinde OKB'nin cinsiyete göre görülme sıklığına bakıldığında, erkek çocuklarında kız çocuklarına göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Noshirvani ve ark. 1991). Yaş ilerledikçe cinsiyetler arasında görülen bu ayrımın ortadan kalkmaya başladığı ve kız ve erkeklerde OKB'nin benzer oranlarda olduğu görülmektedir (Noshirvani ve ark. 1991). Yaş ilerledikçe cinsiyetler arasında OKB'nin görülme oranında herhangi bir farklılığın olmamasının sebebi olarak; OKB'nin erkeklerde, kadınlara göre daha önce görülüyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Demet ve ark. 2005).

OKB'nin görülme sıklığına ilişkin yapılan toplum temelli araştırmalarda kadınlarda bozukluğun görülme sıklığının daha yaygın olduğu raporlanırken, klinik temelli çalışmalarda kadın ve erkekler bozukluğun görülme yaygınlığında farklılığın olmadığı ifade edilmektedir (Karno, Golding, Sorenson ve Burnam, 1988; Weismann, 1998). OKB belirtilerinin işlevselliği ile ilgili olarak erkeklerde daha çok etkili olmasının sebebi olarak erkeklerin tedavi olma arayışı içerisinde olmalarından kaynaklanabilmektedir. Bundan dolayı da klinik temelli olarak cinsiyetler arasında bozukluğun görülme oranında belirtilen farkın söz konusu olduğu düşünülmektedir (Torresan ve ark, 2013).

1.1.6. Etiyoloji

1.1.6.1. Biyolojik Faktörler

1.1.6.1.1. Aile ve İkiz Çalışmaları

OKB'nin aile ile ilgili kalıtımsal çalışmaları 1930 yılından beri yapılmaktadır (Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen ve Leckman, 1995). Aile ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde öncelikli olarak erken başlangıcı olan ve tik bozukluklarının eşlik ettiği OKB tanısı almış bireylerde genetik geçişin önemli bir yere sahip olduğu öngörülmüştür (Pauls, Raymond, Stevenson ve Leckman, 1991; Pauls, Towbin, Leckman, Zahner ve Cohen, 1986). Bu sonuçlara rağmen bazı çalışmalarda ise OKB'nin kalıtımsal yönü olmadığına ilişkin bulgulara rastlanılmıştır (Insel, Hoover ve Murphy, 1983; McKean ve Murray, 1987; Rosenberg, 1967).

OKB tanısı almış çocuklar ve ergenler ile yapılan çalışmalarda, birinci dereceden akrabaların % 20-25'inde OKB belirtilerinin olduğu görülmüştür (Lenane ve ark, 1990; Swedo, Rapoport, Leonard ve Cheslow, 1989). OKB tanısı almış 92 birey ile yapılan bir çalışmada, bireylerin aileleri incelenmiş ve aile üyelerinde OKB görülme oranı % 3.4 olarak bulunmuştur (Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi ve Smeraldi, 1992). Buna ek olarak, 14 yaşından küçük OKB tanısı almış bireylerin ailelerinin OKB görülme oranı ise % 8.8 olarak raporlanmıştır (Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi ve Smeraldi, 1992). Yapılan başka bir çalışmada, OKB tanısı almış 100 kişinin ve OKB tanısı almamış 100 kişinin aileleri karşılaştırılmıştır. OKB tanısı almış bireylerin ailelerinin % 18.2'sinde OKB'nin görüldüğü bulgulanmıştır (Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen ve Leckman, 1995). Kalıtımsallık üzerine yapılan çalışmalarda obsesyonların, kompulsiyonlardan daha yüksek kalıtımsal özelliğinin olduğu ifade edilmektedir. Buna ek olarak da erken dönemde OKB tanısı almış bireylerde ailesel geçişin daha yüksek olduğu raporlanmaktadır (Nestadt ve ark. 2000).

Bireylerde OKB'nin ortaya çıkmasında kalıtımsallığın önemli bir yere sahip olduğu, ikiz çalışmalarından elde edilen sonuçlar ile desteklenmektedir. Tek yumurta ikizleri ile OKB'ye ilişkin yapılan çalışmalarda, ikizlerin her iki üyesinde de OKB görülme ihtimalinin %80 olduğu bildirilmektedir ve bu durumun OKB'nin kalıtımsal yönü için önemli bir sonuç olarak ifade edilmektedir (Kim ve Kim, 2006). Rasmussen ve Tsuang (1986)'ın yaptıkları bir çalışmada tek yumurta ikizlerinden biri OKB tanısı aldıysa, ikizlerden diğersinin de OKB riskine yakalanma ihtimalinin % 63 olduğu ifade edilmektedir. Tek yumurta ve çift yumurta ikizleri ile yapılan bir çalışmada ise, tek yumurta ikizlerinin, çift yumurta ikizlerine göre OKB tanısını birlikte alma riskinin daha yüksek olduğu raporlanmıştır (McGuffin ve Mawson, 1980).

1.1.6.1.2. Nörokimyasal Çalışmalar

Trisiklik antidepresan olarak bilinen klomipraminin OKB'nin üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Aynı şekilde trisiklik ilaç olan desipraminin OKB üzerinde etkili olmadığı bilinmektedir. Klomipraminin diğer trisikliklerden farklı olarak OKB üzerinde önemli bir etkisinin olması bu bozukluk için serotonin sistemi ile ilgili çalışmalara yoğunlaşılmasına sebep olmuştur. Çalışmalarda, OKB'nin üzerinde serotonin reseptörlerinin ve serotonerjik genler ile ilişkili bulguların elde edilmesi de bozukluğun üzerinde serotonerjik sisteminin önemli bir yerinin olduğunu desteklemektedir (Stein ve Lochner, 2006). Benzer bir çalışmada da OKB'nin serotonin ile ilişkisi olan bir nörotansmitter sistem sebebiyle oluştuğu

ve serotoninin bu sistem üzerinde değişikliklere sebep olduğu ortaya çıkmıştır (Barr ve ark. 1994).

Dopamin resöptörlerini bloke eden ilaçların OKB tedavisinde kullanımında bozukluğın belirtilerinin azalmasında önemli bir rol oynadığı görölmektedir. Beyin görüntüleme çalışmalarında da OKB’de dopamin reseptörlerinin anormal durumlarının olduğu raporlanmaktadır. Bazı OKB tanısı almış bireyler üzerinde dopaminerjik aday genlerin önemli bir etkisinin olduğu gösterilmiştir (Mitterschiffthaler, Ettinger, Mehta, Mataix-Cols ve Williams, 2006).

1.1.6.2. Psikolojik Faktörler

Psikanalitik yaklaşımın önemli öncüsü olan Freud’a göre, OKB’nin oluşumunda ebeveyn ve çocuk arasında var olan ilişkinin önemli bir yere sahiptir. Psikoseksüel gelişim dönemlerinden biri olan anal dönemde, özellikle OKB üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Toptaş, 2019). Çocuğa bu dönemde tuvalet eğitimi öğretilirken, çocuğın tuvaletini uygun olmayan bir anda bırakması sonucunda ebeveyni tarafından kınandığı ya da ceza aldığı ile tuvaletini tutması sonucunda da ebeveyni tarafından ödüllendirildiği anlamı ortaya çıkabilmektedir. Bu durum da çocuğın bir seçim yapmasına sebep olabilmekte ve yaptığı seçimlerden dolayı da çatışmalar yaşanabilmektedir. Sonuç olarak, çocuğın gelişimine olumsuz bir şekilde yansıyabilmekte ve nevrozun oluşmasına ortam hazırlayabilmektedir. Freud, çocukta oluşan bu obsesif nevrozu, çocuğın bu döneme doğru bir gerileme yaşaması olarak ya da bu döneme takılıp kalması ile ifade etmektedir (Toptaş, 2019).

Davranışçı yaklaşım, obsesyon ve kompulsiyonların oluşmasında bireyin çevresinde öğrenme yoluyla sahip olduğu davranışların önemli bir yere sahip olduğu dile getirilmektedir. Bireyin süreç içerisinde yaşadığı zorluklarda, sorunu çözmek amacıyla buldukları bu davranışlar, koşullandırılmış davranış olayları olarak ifade edilmektedir. Bireyin sahip olduğu bu yanlış davranışların söndürölmesi veya bırakılması için de ters öğrenme yolu kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Bilişsel kuramın öncülerinden Salkovskis (1998), bireylerin yaklaşık olarak %90’ında zihni işgal eden düşüncelere sahip olduklarını söylemektedir. Normal düşünce ile obsesyon arasındaki farkın düşünceye atfedilen yorumun olduğunu ifade etmektedir. Bu

düşüncelerin bireyin kendisine ya da başkasına zarar vereceğine yönelik düşünceler olduğu ve bu zararın da önlenilmesi gerektiği şeklinde yorumlamaktadır. Bu durumun sonucunda da problemin ortaya çıkması söz konusu olmaktadır (akt. Yılmaz, 2018).

Bilişsel davranışçı görüşe göre, normalde korkuya sebep olmayan ve herkesin aklına gelebilecek düşünceler koşullanma yoluyla bireyde kaygıya sebep olabilmekte ve bireyin kaçma-kaçınma davranışlar göstermesine sebep olabilmektedir. Obsesyonlar öğrenilmiş insan davranışları olarak görülürken, kompulsiyonlar ise kaygıyı nötrleştirmek için öğrenilmiş ve pekiştirilmiş davranışların tamamı olarak görülmektedir. Kompulsiyonların bireyin kaygısını azalttığı zamanla fark edilince, bu eylem tekrarlanmakta ve obsesyonların devam etmesine sebep olmaktadır. Böylece obsesif-kompulsif davranış döngüsünün devam etmesine yol açmaktadır (Akyüz, 2013; akt. Yılmaz, 2018).

1.1.7. Eş Tanı

OKB ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda OKB tanısı almış bireylerin yaklaşık % 90'ının başka bozukluğun tanı ölçütlerini karşıladığı ve diğer bozuklukların belirtilerine sahip olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmada OKB ile birlikte en çok görülen bozuklukların kaygı bozuklukları ile duygu durum bozuklukları olduğu görülmektedir (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). OKB'nin kaygı bozuklukları ile birlikte görülme oranı % 78.8 ve duygu durum bozuklukları ile birlikte görülme oranı ise %63.3 olarak raporlanmaktadır (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). OKB tanısı almış bireylerin % 75'inde duygu durum bozukluklarına sahip oldukları bulgulanmıştır (Millet ve ark. 2004). OKB tanısı almamış ama OKB belirtilerini gösteren bireylerle yapılan çalışmalarda da benzer bulgular vardır. OKB belirtilerine sahip olan bireylerde kaygı ve depresyonun yüksek düzeyde olduğu ve bozuklukların birbirleriyle ilişkili olduğu görülmüştür (Morris, Blasfield, Rankupalli, Bradley ve Goodman, 1996).

Türkiye'de OKB ile ilgili yürütülmüş bir çalışmada, aynı zamanda OKB'ye eşlik edebilecek depresyon ve yaygın anksiyete bozuklukları da incelenmiştir. OKB tanısı almış kişilerin % 47.5 oranında depresyon eş tanısı görülürken, yaygın anksiyete bozukluğu ile birlikte görülme oranı % 5 olarak raporlanmıştır (Abay, Pulular, Memiş ve Süt, 2010).

OKB, kaygı bozukluklarının içerisinde sosyal fobi, özgül fobi, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozuklukları ile birlikte sıklıkla görülebilmektedir (Rasmussen ve Eisen,

1992). Clark (2004), kaygı bozukluğu tanısı almış bireylerde OKB'nin görülme oranının oldukça nadir olduğunu ifade etmektedir.

OKB'de kaygı bozuklukları ile duygu durum bozukluklarının eş tanı olarak görüldüğü gibi, dürtü kontrol bozuklukları ve madde kötü kullanımına ilişkin bozukluklar da OKB'ye sıklıkla eşlik edebilmektedir (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). Ayrıca kişilik bozukluklarının içerisinde çekingen, histrionik, bağımlı ve şizotipal kişilik bozukluklarının OKB ile birlikte görülmesi de söz konusudur (Chmielewski ve Watson, 2008; Baer ve ark. 1990). OKB ile Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışma yürütülmüştür. Baer ve arkadaşlarının (1990) yaptıkları araştırmaya göre, OKB tanısı almış bireylerin % 6'sında OKKB'nin de görüldüğü raporlanmıştır. Samuels ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışma bulgularına göre ise, OKB tanısı almış bireylerde OKKB'nin görülme oranının yüksek olduğu ifade edilmektedir.

OKB tanısı almış bireylerde eş tanı olarak görülen diğer bozuklukların ne olduğuna ilişkin Türkiye'de başka bir araştırma yapılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, OKB'ye en çok eşlik eden bozukluğun depresyon olduğu bulgulanmıştır. OKB'ye depresyonun eş tanı oranının % 23.2 olduğu elde edilmiştir. Aynı zamanda OKB ile birlikte görülen kaygı bozukluğunun oranının % 15.9, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) görülme oranı % 7.2, bipolar bozukluğunun görülme oranının % 5.8, mental retardasyonun eşlik etme oranı % 2.9, DEHB ve depresyonun birlikte görülme oranı % 2.9 ve epilepsi eş tanı oranının % 2.9 olduğu raporlanmıştır. OKB tanısı almış bireylerde intihar girişimine ilişkin bilgiye rastlanmamıştır. Fakat bireylere eşlik eden intihar düşüncesi oranının % 4.3 olduğu sonucu elde edilmiştir (Ezerbolat-Özateş, Taş, Herdi, Tuncal, Öncü-Çetinkaya, 2018).

1.1.8. Ayırıcı Tanı

Şizofreninin ilk ortaya çıktığı zamanlarda OKB ile benzer belirtilerin görülme ihtimali olabilmektedir. Fakat şizofrenide söz konusu olan obsesyon ve kompulsiyonlar için herhangi bir bunaltı ya da rahatsız edici bir durum olarak algılanmadığı görülmektedir. OKB'de görülen bunaltının şiddetli olduğu, bireyin sahip olduğu obsesyon ve kompulsiyonları engellemek için sürekli bir uğraş halinde olduğu ve hayatlarını kısıtladığı ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Benzer şekilde OKB tanısı almış bireylerde fobilere rastlanma oranı da yüksektir. Ancak fobik bozuklukta fobiye özgü korkuların

görüldüğü ve tekrarlanan kompulsiyonların olmadığı görülmektedir. Beden dismorfik bozukluklarda ise, bireyin obsesyonlardan ziyade kendi görünümüne ilişkin hayali ya da hafif bir kusur olduğuna ilişkin kaygıları vardır. Bireylerde bedensel hastalığa ilişkin kaygı olarak tanımlanan hipokandriyazisi ayırt etmek de zor olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Hafif ya da ağır depresyonda OKB sıklıkla görülebilmektedir. Depresyon tanısı almış bireyin başka hastalıklara veya sevdiklerine ilişkin obsesyonları olabilir. Burada önemli olan, depresyonu da tanıyıp tedavi planını ona göre yapmanın gerekliliğidir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

1.1.9. Alt Türleri

Obsesyon alt türleri olarak; kuşku obsesyonları, cinsellik obsesyonları, saldırganlık obsesyonları, somatik obsesyonlar, simetri obsesyonları ve dini obsesyonlar olarak sınıflandırılmaktadır. Kompulsiyonların alt türleri ise; el yıkama kompulsiyonları, kontrol kompulsiyonları, soru sorma kompulsiyonları, simetri kompulsiyonları ve biriktirme kompulsiyonları olarak sınıflandırılmaktadır. Bu davranışların bazıları, obsesyonların kaygıyı oluşturması sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Bazı davranışlar ise, obsesyonlar ile ilişkisi olmadan ortaya çıkabilmektedir (Clark, 2004). Bütün bu obsesif kompulsif bozukluk türlerine ek olarak bireylerde partnerine yönelik romantik ilişki içerikli obsesif kompulsif belirtileri de görülebilmektedir (Abak, 2019).

Bireyin kendisine ya da başkalarına ilişkin olarak zarar verme ya da zarar görmesine ilişkin düşünce, imge ve dürtüler eşlik etmektedir. Bu obsesyonları nötrleştirmek için de birey keskin ve sivri nesnelerden kaçabilir, başka insanlara zarar vermemek için yalnız kalmak isteyebilir. Bazı zamanlarda da kendisine zarar verebileceğine ilişkin inançlarının da olabildiği görülebilmektedir (Eğrilmez, Gülseren, Gülseren ve Kültür, 1997; Lensi ve ark. 1996).

Bulaşma obsesyonları, kirlenme ya da temizlik obsesyonları olarak da ifade edilmektedir. Bu obsesyonlara sahip bireyler kendilerine kir, toz, hastalık kapacaklarına ya da kan, dışkı bulaşacağına yönelik düşüncelere sahiptir. Bu durum bireyde kaygıya sebep olabilmektedir. Bireyler bu düşüncelerle baş edebilmek için kompulsiyonlar olarak temizleme davranışlarına sahiptirler. OKB tanısına sahip bireylerde en çok görülen obsesyon türü bu temizleme obsesyonudur (Eğrilmez, Gülseren, Gülseren ve Kültür, 1997; Rasmussen ve Tsuang, 1986). Bireylerde görülen yıkama kompulsiyonları klinik tablo içerisinde en

fazla görülen kompulsiyonlardır. Bireyin kirlenme obsesyonlarına ilişkin oluşan kaygıyı kontrol edebilmek için yıkama/temizleme kompulsiyonları geliştirdiği görülmektedir (Menzies ve de Silva, 2003). Bu davranış, bireyin ellerini, giydiği kıyafetleri, vücudunu, çevresindeki nesneleri vb. temizleme/yıkama davranışları şeklinde de olabilmektedir (Karaali-Aktaş, 2014).

Kuşku obsesyonuna sahip bireylerin bir işi yapıp yapmadığına veya o işi yeterli bir şekilde doğru yapıp yapmadığına ilişkin emin olamadıkları görülmektedir. Bireyde, bu durum sıklıkla şiddet veya tehlike ile ilişkili olabilecek durumlarda ortaya çıkmaktadır (Sağlam, 2007). Kontrol etme kompulsiyonları OKB tanılı bireylerde oldukça sık görülmektedir ve temizleme kompulsiyonlarından sonra en sık görülen kompulsiyon alt tipidir. Bireyin başka birine zarar gelmesini engellemek veya onu felaketten korumak amacıyla kendini sorumlu olarak görmektedir. Bundan dolayı bireyde sıklıkla kontrol etme davranışı ritüeller şeklinde olmaktadır (Menzies ve de Silva, 2003).

Bireyin başkalarına yönelik cinsel eylemlerde bulunma konusunda tekrarlayan utanç verici imge ya da düşünceleri, cinsel obsesyonlar ile ilişkilidir. Cinsel obsesyonların üçüncü en yaygın obsesyon türü olduğu görülmektedir (Clark, 2004). Cinsel içerikli obsesyonlara sahip bireylerde kontrol etme veya güvence aramaya ilişkin kompulsiyonların görüldüğü ifade edilmektedir (Clark, 2004).

Dini obsesyonlara sahip bireylerin dini ve ahlaki değerlere karşı gelme veya aşırı derecede ilgili olması söz konusudur (Clark, 2004). Ülkemizde OKB tanısı almış bireylerle yapılan bir çalışmada, bireylerde dini obsesyonların seyrek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Eğrilmez, Gülseren, Gülseren ve Kültür, 1997).

Simetri obsesyonlarına sahip bireyler, her şeyi doğru ve hatasız bir şekilde yapması gerektiğini düşünmektedir. Simetri obsesyonlarına sıklıkla bir şeyleri sayma, kontrol etme ve sıralama kompulsiyonlarının eşlik etmektedir. Bu obsesyonlara sahip bireylerin, saatlerce bir şeyleri düzeltmekle uğraştıkları görülmektedir ve bu durum günlük işlevselliklerinin bozulmasına sebep olabilmektedir (Sağlam, 2007). Ayrıca eylemlerin sürekli tekrarlandığı ve simetrik bir şekilde görünecek hale gelinceye kadar düzeltmek için kendilerini zorladıkları görülmektedir (Clark, 2004).

Somatik obsesyonlara sahip bireylerin yaşamını tehdit edecek AIDS, kanser, kalp krizi gibi hastalıklara yakalanacaklarına ve bu hastalıklardan sonra da iyileşemeyeceklerine

yönelik obsesyonlarının varlığı söz konusudur. Bundan dolayı da birey, yakalanacağını düşündüğü hastalığa ilişkin kendini sürekli koruma çabası içindedir (Clark, 2004; Sağlam, 2007).

Biriktirme/saklama obsesyonları herhangi bir maddi veya manevi değeri olmayan eşyaları, bireyin saklama ihtiyacı duyması ile ilişkilidir. Bu durumun bireyin hobi olarak sakladığı eşyalar ile karıştırılmamalıdır. Saklama/biriktirme obsesyonlarına sahip bireyin istediği halde o eşyaları atamadığı görülmektedir (Sağlam, 2007). Biriktirdiği bu eşyaların bir gün lazım olabileceğine ilişkin düşünceleri mevcuttur ve bu eşyaları atmamaya kendi yaşam alanını kısıtlamaktadır ve işlevselliği bozulmaktadır (Menzies ve de Silva, 2003). Bazen de bireyin hiçbir şeyinin eksik olmadığına emin olmak amacıyla eşyalarını tekrar tekrar kontrol etme ihtiyacı duyabildiği görülmektedir (Clark, 2004). Frost ve Hartl'a (1996)'göre, birey duygusal bir bağ yaşadığı o nesneleri işe yaramıyor olmasına rağmen atmama davranışı göstermektedir.

1.2. Çocukluk Çağı Travmaları

1.2.1. Tanımı

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), bireylerin 18 yaşından önce başkaları tarafından cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmale uğraması, ebeveyn kaybı yaşaması ya da ebeveynlerinden ayrılması, herhangi bir yere göç etmesi, şiddete uğraması ya da şahit olması, doğal afete ya da kazalara maruz kalması şeklinde ifade edilmektedir (Herman, 2011; akt. Helvacı-Çelik ve Hocaoglu, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2006) çocukluk çağı travma yaşantılarını henüz 18 yaşına girmemiş çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını, can güvenliklerini, bedensel gelişimlerini ya da diğer bireylerle güvenli ilişki kurmalarına engel olan fiziksel, duygusal, cinsel istismar, ihmal ve her türlü çıkar sağlama girişim biçimleri ile şekillenen davranışlar ve yaşam olayları olarak ifade etmektedir. Çocuğun bakımında sorumluluğu bulunan anne, baba ya da bakım veren bir yetişkinin çocuğun gelişiminin durmasına sebep olan her türlü tutumda bulunması da bu tanımların içerisinde yer almaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007).

İnsanlar tarafından bilerek çocuklara yönelik gerçekleştirilen travmalar, doğal yollarla gerçekleşen travmalara göre bireylerde daha kalıcı hasarlara sebep olabilmektedir ve travma öncesi hayata geri dönüş oldukça zorlaşmaktadır (Herbert, 2018). ÇÇT süreç

içerisinde tekrarlanabilmektedir. Çocukların yakın olan çevresi tarafından bu travmaların gerçekleştiriliyor olması çocukların maruz kaldıkları durumların yaşamlarının sonraki yıllarında da etkisini uzun süre göstermelerine sebep olabilmektedir. Bundan dolayı ÇÇT tanımlanabilmesi, tedavi edilebilmesi açısından en zor travma türü olarak ifade edilmektedir (Johnson, 2003; Yılmaz, İşiten, Ertan ve Öner, 2003). ÇÇT'nin görüldüğü bireyler arasında sosyoekonomik, sosyal sınıf, kültürel ve etnik grup bakımından farklılıklar söz konusudur. Yani toplumun her kesimindeki bireylerde görülebilmektedir (Bostancı, Albayrak, Bakoğlu ve Çoban, 2006).

Çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına maruz kalan çocukların psikolojik, fiziksel ve sosyal gelişimlerinin olumsuz bir şekilde etkilenmesi söz konusudur. Sonuç olarak çocuk bu dönemde öğrenmesi gereken bazı becerilerden yoksun kalmaktadır (Dereboy, Demirkapı, Şakiroğlu ve Öztürk, 2018). Aynı zamanda çocuğun yaşadığı ihmal ve istismar davranış sonuçları toplumsal problemlerin oluşmasına da sebep olmaktadır. Çocuğun yaşadığı bu travmatik olayların nasıl tanımlandığı ve kabul edildiği ile ilgili kültürel farklılıklar söz konusu olabilmektedir ve çocuğun yaşadıkları önemsenmeyip tabu olarak kabul edilmesi ile sorunlar oluşabilmektedir. Örneğin, bazı toplumlarda kızların 18 yaşından önce evlendirilmesi bazı toplumlarda gelenekselleşmiş bir haldeyken, bazı toplumlar bu durum bir istismar olarak kabul edilmektedir. Bu anlamda toplumlar arasında fikir ayrılıkları söz konusu olsa da çocuğa yönelik gerçekleştirilen bu istismarın önüne geçebilmek için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir (Finkelhor, 1993; Golge, Yavuz ve Basol, 2003; Kara, Biçer ve Gökalp, 2004; akt. Kaytez, Yücelyiğit ve Kadan, 2018).

1.2.2. Yaygınlığı

Zoroğlu ve arkadaşlarının (2001) ÇÇT'ye yönelik yaptıkları bir çalışmada, travma yaşantıları ile ergenlik döneminde intihar girişimi, kendine fiziksel anlamda zarar verme davranışları bulunan ve dissosiyatif belirtilere sahip olan bireylerin %13.5'inin fiziksel istismara, %10.7'sinin cinsel istismara, %15.8'inin duygusal istismara ve %16.5'inin ise ihmale maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

ÇÇT'nin yaygınlığına ilişkin olarak beş ülke olarak ABD, Filipinler, Şili, Mısır ve Hindistan'da araştırma yapılmıştır. Elde edilen sonuçlanarak göre, ÇÇT'nin yaygınlığı ABD ve Şili'de %4-85, Filipinler'de %21-82, Mısır'da %26-72 ve Hindistan'da ise %36-70 arasında değişebildiği raporlanmıştır (Runyan, Chahal ve Hassan, 2002).

1.2.3. Çocukluk Çağı Travma Türleri

Çocukluk çağı travma türleri istismar ve ihmal olarak ifade edilmektedir. İstismarın fiziksel istismar, cinsel istismar ve duygusal istismar olmak üzere toplam üç alt türü; ihmalin ise fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere toplam iki alt türü vardır.

1.2.3.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar henüz 18 yaşında olmayan çocuk veya genç olan bireylerin, ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından sağlığını veya bedenine ilişkin zarara uğramasıdır. Bu zarar yaralanma veya yaralanma ihtimaline sebep olabilecek durumlar ile ilişkili olmakla birlikte orantısızdır ve bireylerin beden bütünlüğüne zarar verme olasılığı taşımaktadır. Yetişkinler tarafından bireylere yönelik zarar vermek, vurmak, yakmak, ısırarak, itmek ve sarsmak eylemleri ile gerçekleştirilmektedir (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999; Kaplan, 2002). Buradaki en önemli sorun bazı toplumlarda çocukları cezalandırmak için yapılan çocuğun ağzına biber sürmek, hafif şiddette bedenine vurmak, saçını çekmek gibi davranışlar istismar olarak algılanmamaktadır. Hatta çocuğu disipline edebilmek için gerekli davranışlar olarak kabul edilmektedir (Topbaş, 2004).

Fiziksel istismar genel olarak “çocuğun kaza dışı yaralanması” olarak ifade edilmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında, fiziksel istismar sıklığında değişiklikler söz konusu olabilmekte, % 0.45-64 arasında değişiklikler görülmektedir (Browne, Cartana, Momeu, Paunescu, Petre, Tokay, 2002; Nakamura, 2002; Youssef, Attia ve Kamel, 1998). Fiziksel istismar olaylarının çoğu, çocuğa bakım veren kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Kayıtların çoğunun gizli tutulması sağlanarak kayıtların gerçeği yansıtmaması söz konusu olabilmektedir. Bundan dolayı fiziksel istismara uğramış bir çocuğa dikkatli bir şekilde yaklaşılması gerekmektedir (Topbaş, 2004).

Fiziksel istismara maruz kalmış bireylerin intihara yönelik düşüncelerinin varlığı ve girişimlerinin oldukça yüksek oranda olduğu görülmektedir (Kendall-Tackett, 2002). Aynı zamanda ağır fiziksel istismar yaşantısına sahip bireylerin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı aldıkları bildirilmektedir (Palcovitz ve ark. 1994).

1.2.3.2. Cinsel İstismar

Bir yetişkinin kendi cinsel ihtiyaç ve isteklerini karşılamak amacıyla henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğa yönelik güç kullanarak, onu tehdit ederek veya kandırarak kullanması olarak ifade edilir (Aktepe, 2009). Cinsel istismar vakalarının büyük bir çoğunluğunun aile üyeleri ya da aileye çok yakın olan bireyler tarafından yapıldığı görülmektedir. Çocuğa yakın olan bu bireyler tarafından yapılan cinsel istismarın boyutlarını da saptayabilmek oldukça zordur (Runyan, Wattam, İked, Hassan ve Ramiro, 2002). Çocuğun annesinin hasta olması ya da evden ayrılmış olması, erişkin bireylerin çocuk ile aynı odada uyumaları, annenin çok geç saatlere kadar çalışmasında dolayı çocuğa baba veya üvey babanın bakıyor olması, ebeveynlerin de yaşantılarında ensest ilişkinin varlığı, ailede 6-8 yaşlarında kız çocuğunun varlığı, psikopati kişilik örüntüsü ve erektile disfonksiyonun varlığı ensest için risk faktörleri olarak görülmektedir (Ovayolu, Uçan ve Serindağ, 2007; akt. Helvacı-Çelik ve Hocaoglu, 2018).

Cinsel istismara uğramış çocukların yaşadığı duruma ilişkin günah işlediğinden dolayı cezalandırılacağını düşünebilmektedir ve bu durumdan dolayı yalnız kalacağına yönelik utanç duyması veya suçluluk hissetmesi sebebiyle yetişkinlik dönemine kadar yaşadığı travmayı saklayabilmektedir. Söz konusu olan cinsel istismar sıklıkla çocuğun fiziksel olarak zarara uğramış olması ile ortaya çıkabilmektedir (Friedrich ve ark. 2001).

Cinsel istismar da fiziksel istismar gibi uzun süre devam edebilen ve sık görülebilen bir çocukluk çağı travma türü olmasına rağmen, cinsel istismar olayları çoğunlukla gizlenmektedir. Cinsel istismara maruz kalmış olguların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir (Yates, 1997; akt. Taner ve Gökler, 2004). Cinsel istismarın yaygınlığı noktasında kadın ve erkekler arasında farklılıklar söz konusudur. Kadınlarda cinsel istismar yaygınlık oranı %12-17 iken, erkeklerde bu oranın %5-8 olduğu düşünülmektedir (Gorey ve Leslie, 1997). ÇÇT'ye maruz kalmış bireylerde cinsiyetler arası istatistiksel anlamda herhangi bir farkın olmadığına ilişkin bulgular da görülmektedir (Örsel, Karadağ, Karaoğlan-Kahiroğulları, Akgün-Aktaş, 2010). Cinsel istismara maruz kalan çocukların %53'ünün 14 yaşın altında olduğu bildirilmektedir (Santos, Neves, Rodrigues ve Ferdo, 2006). ÇÇT ve yaşa ilişkin istatistiksel analizlerde, ÇÇT ve yaş arasında herhangi bir farkın olmadığı bildirilmektedir (Sarıçamlık, 2020). Cinsel istismarın her sosyodemografik ve sosyoekonomik düzeyde görülebileceği bildirilmektedir (Hedin, 2000).

Cinsel istismara maruz kalmış bireylerde DEHB ve alt ıslatma, dışkı kaçırmaya gibi sorunların sıklıkla ortaya çıkabildiği görülmektedir (Elliot ve Peterson, 1993). Çocuklarda yüksek seviyede depresyonun varlığı ve benlik saygısında da düşüklük olabilmektedir. Bu travmanın erken dönemlerinde amnezi, yoğun bir şekilde fantezilerin varlığı, konversiyon belirtileri ve uyurgezer olma gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Pelcovitz ve ark. 1994). Aynı zamanda intihar ile ilgili düşüncelerinin girişimlerinin de varlığı söz konusudur (Livingston, 1987). Cinsel istismara maruz kalmış bu bireylerde öfke ve dürtülerini kontrol etme ve karşı durma, karşı gelme ile ilgili sorunların varlığı gözlemlenmektedir (Gorey ve Leslie, 1997; Pelcovitz ve ark. 1994).

1.2.3.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocukların bakım verenleri tarafından karşılanması gereken sevgi ve ilgiden mahrum bırakılması ile psikolojik zarara uğramaları olarak ifade edilmektedir (Helvacı-Çelik ve Hocaoglu, 2018).

Duygusal istismar, çocuklara yönelik sevgi gösterilmemesi, çocukların cezalar ile tehdit edilmeleri ve sevildiklerine yönelik bir tutum sergilenmemesi, çocuklar tanımlanırken direkt küçümseyici ya da olumsuz ve suçlayıcı ifadeler kullanmaları şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bunun sonucunda da duygusal istismara maruz kalmış çocukların saldırganca ya da aşırı itaatkar bir tutum sergileyebildikleri, benlik saygılarının düşük olabildiği, mantıksız korkularının olabildiği, olgun ya da olgun olmayan tutumlara sahip olabildikleri, işbirliği yapmada zorlanabildikleri, dikkat çekme ve sevgiye ihtiyaç duyma girişimleri gösterebildikleri, güvende olmadıkları yönünde algıya sahip oldukları ve yaşlıları ile bağ kurmada sorunlar yaşayabildikleri görülmektedir (Kent ve Waller, 1998). Bu sorunlardan kaynaklı olarak duygusal istismara maruz kalmış çocuklar, başkalarına göre dışa yönelim veya içe yönelim sorunlarını daha fazla yaşamaktadırlar (Bolger ve Patterson, 2003; Iwaniec, Larkin ve McSherry, 2007; Vranceanu, Hobfoll ve Johnson, 2007). Özetle duygusal istismar yaşantısına sahip olan bireylerin iyi olma durumu ile ruh sağlığı arasında önemli bir ilişkinin varlığı söz konusudur (Arslan ve Balkıs, 2016).

Yetişkinler ile ÇÇT'ye yönelik yapılan bir çalışmada, bireylerde duygusal istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmalin sıklıkla birlikte görüldüğü bildirilmiştir (Galser, 2002; akt. Helvacı-Çelik ve Hocaoglu, 2018). Fiziksel istismara uğramış bireylerde duygusal istismarın da çoğunlukla eşlik etme durumu söz konusudur. Bireylerde travmanın fiziksel

belirtileri iyileşmiş olsa bile, duygusal istismar yaşam boyunca bireylerde görülebilmektedir. Bu durum da çocuğun ebeveynlerine sağlıklı bağlanabilme sürecinin sekteye uğramasına ve duygusal anlamda gelişiminin zarar görmesine sebep olmaktadır. Ayrıca çocuklar süreç içerisinde işlevsel duygusal cevaplar üretmede zorlanabilmektedir (Taner ve Gökler, 2004).

Duygusal istismara maruz kalmış kişiler ile bu istismara maruz kalmamış kişiler arasında yapılan çalışmalarda, duygusal istismara maruz kalmış kişilerin daha çok problem davranışlara sahip oldukları raporlanmıştır (Iwaniec, Larkin ve McSherry, 2007; McGee, Wolfe ve Wilson, 1997). Bireylerde duygusal istismar yaşantıların varlığı ile suç işleme arasında önemli bir ilişkinin olduğu ifade edilmektedir (Evans ve Burton, 2013). Benzer şekilde ergenlik döneminde duygusal istismara maruz kalmış bireylerin de problem davranışlara sahip oldukları bildirilmektedir (Arslan ve Balkıs, 2016).

1.2.3.4. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, 18 yaşını doldurmamış çocuk veya gencin ebeveynleri ya da bakım verenleri tarafından yeterli bir şekilde beslenmemesi, benzer şekilde yetersiz giyime, hijyene veya bakıma sahip olması sonucu ile zarara uğramasıdır (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999). Çocuğun bakım verenlerinin ihmal davranışından zarara uğraması ihmalin belirlenmesinde yeterli bir ölçüt değildir (WHO, 2002). Çünkü bir kere ihmale uğramış bir çocuğun ölmesi ile sonuçlanması söz konusu olabilirken, başka bir ihmal davranışı sonucu çocuğun zarar görmeme durumu da yaşamasına sebep olabilmektedir. Bu durumdan dolayı fiziksel ihmal davranışı değerlendirilirken ihmal davranışı ve hasarın ayrı bir şekilde değerlendirilmesi zorunluluğu ifade edilmektedir (Strauss ve Kaufman-Kantor, 2005). Fiziksel ve cinsel istismarda söz konusu olan davranışın olaya has olma olasılığı yüksekken, fiziksel ihmalde sıklıkla uzun zamandan beri süren bir durumun varlığı bilinmektedir (Hildyard ve Wolfe, 2002).

Çocuğun sağlık ihtiyaçlarının giderilmemesi, evden atılması, aşırı veya yetersiz bir şekilde beslenmesi, barınma gereksinimlerinin karşılanmaması, kıyafet ve temizlik gereksinimlerinin giderilmemesi, evdeki zararlı maddelerden korumak amacıyla gerekli önlemlerin alınmaması fiziksel ihmalin biçimleri olarak görülmektedir (Gamzeli ve Kahraman, 2018; Helvacı-Çelik ve Hocoğlu, 2018). Ebeveynlerin maddi anlamda yeterli imkanlarının olmasına rağmen çocuğun sağlıklı bir gelişim göstermesinde bunları çocuktan sakınıyorlarsa bu durum da fiziksel ihmal adı altında nitelendirilmektedir (WHO, 2002).

Fiziksel ihmalin, fiziksel istismardan daha çok görülmesine rağmen belirtilerinin fiziksel istismar kadar belirgin olmayışı ve ağır yaralanma veya ölümle sonuçlanmamasından dolayı bu ihmal türüne gereken önem verilmemektedir (Yaşar ve Akduman, 2007). Fiziksel ihmalin görüldüğünden daha fazla yaygınlık göstermesine rağmen akademik çalışmalarda diğer alanlara göre daha az ilgi görmektedir (Hildyard ve Wolfe, 2002). Görülme sıklığına ilişkin yapılan çalışmalarda fiziksel ihmal ve duygusal ihmale yönelik ayrı ayrı oranlar verilmemiş ve ihmal başlığı altında yaygınlık oranları verilmiştir (Çetin, 2020). İhmale ilişkin yapılan bir meta analiz çalışmasında ihmal yaygınlık oranının %1.4 ile %80 arasında değiştiği bildirilmiştir (Stoltenborg, Bakermans-Kranenburg ve Ijzendoorn, 2013).

Fiziksel istismara göre, ihmale uğramış çocuklarda bilişsel ve akademik sorunlar, kendi yaşlıları ile sınırlı etkileşime girme, sosyal geri çekilme ve içselleştirme sorunları görülmektedir (Todd-Manly, Kim, Rogosch ve Cicchetti, 2001). Yapılan bir çalışmada da fiziksel ihmale uğramış çocukların düzenli alkol kullanımı gösterdikleri ve sağlık durumlarının kötü olduğu raporlanmıştır (Hussey, Chang ve Koch, 2006).

1.2.3.5. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, bakım verenleri tarafından çocuğun duygusal ihtiyaçlarının yeterli bir şekilde karşılanmaması anlamına gelir. Bu duygusal ihtiyaçlara örnek olarak; yeterli doyumun ve şefkatin karşılanmaması, aile içindeki şiddete çocukların şahit olması, çocuğun uygun olmayan davranışlarına bilerek izin verici tutum sergilenmesi, var olan davranışsal sorunlarda duygusal bakımın yeterli bir şekilde karşılanmaması verilebilir. ÇÇT içerisinde duygusal ihmal oldukça yaygınlık gösterse de çok fazla önemsenmemekte ve bu ihmal türü ile ilgili olarak çok az araştırma yapılmaktadır (Stoltenborg, Bakermans-Kranenburg ve Ijzendoorn, 2013).

Çocukların erken dönem yaşantılarında duygusal ve sosyal yeteneklerinin gelişmeye başladığı için çocukluk dönemi oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu dönemlerde çocuğun duygusal ihtiyaçlarının bakım vereni tarafından yeterli bir şekilde karşılanmaması ve önemsenmemesi söz konusu olduğunda bakım vereni ile ilişkilerinde eksiklikler olacağı gibi sağlıklı olmayan bir bağlanma tarzı da gelişebilmektedir (Briere ve Elliott, 1994; Herringa ve ark., 2013; Nelson ve Mann, 2011; Tanaka, Wekerle, Schmuck, Paglia-Boak ve MAP Research Team, 2011).

İhmale maruz kalmış çocuklarda genellikle hırpalanma veya dövülmeye ilişkin belirgin bir bulguya rastlanılmamaktadır. Fakat duygusal ve beslenme yetersizliklerine ilişkin olarak var olan ihmal ve istismarın kanıtı söz konusu olabilmektedir. Sıklıkla hastaneye getirilen ihmale maruz kalmış çocukların gelişememe, yetersiz beslenme, zayıf cilt hijyen sorunları, çabuk öfkelenme, yoksunluk ve bazı psikolojik ve fiziksel ihmale ilişkin belirtileri içeren öyküsü vardır. Bu çocukların fiziksel ve duygusal gelişimlerinin büyük ölçüde zarara uğradığı görülmektedir (Sadock ve Sadock, 2008). Ayrıca davranış bozuklukları gösterebildikleri görülmekte ve hiç tanımadıkları kimselere sevgi ile yaklaşabildikleri gibi bildikleri bir ortamda sosyal anlamda kayıtsız bir tutum sergileyebilmektedirler (Sadock ve Sadock, 2008). İhmalkâr tutum gösteren bakım verenlerin ise deneyimsiz, sosyal olarak yalnız bırakılmış ve bilgisiz bireyler oldukları yönünde olası prototipleri mevcuttur (Sadock ve Sadock, 2008).

1.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Bozukluklar ile İlişkisi

ÇÇT kapsamında, çocukların istismar ve ihmale maruz kalmaları çocuğun hayatı boyunca sürekli olarak o travma izlerini taşımasına sebep olabilmektedir (Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan, 2002). Çocukluk döneminde bireylerin istismar ve ihmale maruz kalması sonraki yaşantılarında, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde psikolojik sorunlar açısından risk altında olmalarına sebep olabilmektedir. Bireylerin çocukluk yaşantılarına ilişkin alınan bilgiler neticesinde, bu dönemlerde cinsel ve fiziksel istismara uğramış bireylerin %35-57'sinin yetişkinlik dönemlerinde psikolojik semptomlar geliştirdikleri bildirilmektedir (Goodman, Rosenberg, Mueser ve Drake, 1997; Mueser, Bond, Drake ve Resnick, 1998; Mueser ve ark. 2004). Yapılan bir çalışmada ÇÇT'ye maruz kaldığını bildiren bireylerin %80'inin en az bir psikolojik bozukluğa sahip olduğu bulgulanmıştır (Silverman, Reinherz ve Giaconia, 1996). Psikiyatri tanısı almış ve almamış bireylerle yapılan bir çalışmada depresyon tanılı bireylerin %55.5'i, bipolar bozukluğu tanısı almış bireylerin %61.8'i, şizofreni tanısı almış bireylerin %47.2'si ve herhangi bir psikiyatri tanısı almamış bireylerin %20.5'i en az bir travma türüne maruz kaldığını bildirmiştir. Tanı almış bireylerin ÇÇT'den fiziksel ve duygusal ihmal en fazla bildirdikleri travma türüyken, cinsel ve fiziksel istismar ise en az bildirdikleri travma türleridir (Xie ve ark. 2018).

Çocukluk çağında bireylerin yaşadığı ihmal ve istismarın intihar düşünceleri, depresyon belirtileri ve depresyonun şiddeti ile ilişkili olabildiği görülmektedir (Dunn,

McLaughlin, Slopen, Rosand ve Smoller, 2013; Wingo ve ark. 2010). Yapılan bir çalışmada da istismara ve ihmale maruz kalmış bireylerin, böyle bir travma yaşantısına sahip olmayan bireylere göre daha erken yaşta majör depresif bozukluğu geliştirebildikleri sonucuna ulaşılmıştır (Widom, Dumont ve Czaja, 2007).

Bireylerin çocukluk çağında maruz kaldıkları ihmal ve istismarın sonraki yaşantılarında TSSB geliştirebilmeleri ile ilişkili bulunmuştur (Moore, Gaskin ve Indig, 2013). Zoroğlu ve arkadaşları (2001), çocukluk çağı travmalarına ilişkin olarak ergenlerle yürüttükleri bir çalışmada, bireylerin kendilerine fiziksel anlamda zarar verme oranı %21.4 ve intihar girişim oranı %10.1 olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca bu çalışmada travmaya maruz kalmış kişilerin herhangi bir travma geçmişi olmayan kişilerden daha fazla dissosiyatif belirtilere sahip olduğu ve kendilerine sıklıkla fiziksel zarar verebildikleri gözlemlenmiştir.

1.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları ile Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki

Bireylerle yapılan psikoterapi uygulamalarda travma ile obsesif kompulsif belirtilerin ilişkili olabildiği, çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış bireylerde obsesif kompulsif belirtilerinin şiddetini artırabildiği düşünülmektedir (Alsancak-Akbulut, Barışkın, 2020). Aynı zamanda alanyazında obsesif kompulsif belirtileri ile diğer ruhsal bozuklukların ilişkilerine de bakılmıştır. Depresyon ve OKB sıklıkla birlikte komorbiditeyken (Abay, Pulular, Memiş ve Süt, 2010; Morris, Blasfield, Rankupalli, Bradley ve Goodman, 1996), depresif ve obsesif kompulsif belirtilerin birbiriyle ilişkili olabildiği de ifade edilmektedir (Piri ve Kabakçı, 2007). Tosun ve Irak'ın (2008) yaptıkları çalışmada sürekli kaygı ile obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı ilişkinin olduğu bulgulanmıştır. Yapılan bir çalışmada da bireylerin yeme davranışlarında bozulmalar arttıkça obsesif kompulsif belirti düzeylerinde artışın olduğu bildirilmiştir (Usta, Sağlam, Şen, Aygin ve Sert, 2015). Bu çalışmalara ek olarak, Kayahan, Öztürk ve Veznedaroğlu (2005) şizofreni ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkileri detaylı bir şekilde ifade etmek için bir derleme çalışması yapmışlardır.

Yapılan araştırmalar sonucunda ÇÇT'ye maruz kalmış bireylerde tekrarlayıcı, anksiyeteyi artıran ve işlevselliği bozucu etkiye sahip obsesyonların ve bu anksiyeteyi azaltmak için ortaya çıkan tekrarlı kompulsiyonların görüldüğü bildirilmiştir (Barrigon ve

ark. 2015; Mathews, Kaur ve Stein, 2008). ÇÇT ile obsesif kompulsif belirtileri üzerine yapılan çalışmalarda, bireylerin yaşadıkları travmaların bu belirtilerin ilk defa açığa çıkmasına sebep olabildiği görülmektedir (De Silva ve Marks, 2001). Aynı zamanda bireylerde rahatsız edici olmayan düşüncelerin bu travmatik yaşantılar sonrasında tekrarlı obsesif düşüncelere dönüşmesi de söz konusu olabilmektedir (De Silva ve Marks, 1999). Bu travmatik yaşantılar obsesif belirtilerin şiddetini ve sıklığını artırabilmekte, düşüncelerin niteliğine de etki edebilmektedir (Dinn, Harris ve Raynard, 1999; Sasson ve ark. 2005). Brander ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmaya göre, bireylerin yaşadığı ÇÇT'nin obsesif kompulsif bozukluğun ortaya çıkmasında önemli bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir.

Ülkemizde OKB tanısı almış ve sağlıklı kontrol grubunun çocukluk çağı travma yaşantıları ile ilgili yapılan bir çalışmada OKB tanısı almış bireylerde çocukluk çağı travma türlerinden en az birinin görülme oranının %70 olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda bu iki grubun çocukluk çağı travmatik yaşantıları karşılaştırıldığında OKB grubunda anlamlı farklılık bulgulanmıştır (Özgündüz, Kenar-Güler, Tekin, Özer ve Karamustafalıoğlu, 2019). Osland, Arnold ve Pringsheim'in (2018) Kanada'da OKB tanısı almış bireylerde ÇÇT'ye ilişkin yürüttüğü çalışmaya göre, OKB tanılı bireylerin olumsuz çocukluk yaşantılarının daha sık olduğu görülmektedir ve OKB tanılı bireylerin %72.33'ünün ÇÇT'ye maruz kaldığı bildirilmiştir. OKB tanısı almış bireyler ile yürütülen bir çalışmada ise, ÇÇT ile obsesif belirtiler ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Ay ve Erbay, 2018). Elde edilen bulgulara, çocukluk çağı travmaları ile obsesif belirtiler arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış OKB tanılı bireylerde depresyon ve anksiyeteden bağımsız olarak bireylerin intihar olasılığının da arttığı görülmüştür (Ay ve Erbay, 2018).

Klinik olmayan bir örneklem çalışmasında, üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif belirtileri ile ÇÇT üzerine bir çalışma yürütülmüştür. Katılımcıların ÇÇT'den en fazla duygusal ihmali bildirdikleri sonucu ortaya çıkmış ve çalışmada çocukluk çağı travma alt türlerinden fiziksel ihmal ve duygusal istismar ile obsesif kompulsif belirtileri arasında az da olsa anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca duygusal istismara ve fiziksel istismara maruz kaldığını bildiren bireylerin obsesif kompulsif belirtiler sonucunda anksiyete belirtilerinin yükseldiği görülmüştür (Mathews, Kaur ve Stein, 2008). Benzer şekilde obsesif kompulsif belirtiler ile ilgili yürütülen bir çalışmada çocukluk çağında cinsel

istismar geçmişi olan yetişkin kadınların daha fazla obsesif kompulsif belirtilere sahip olduğu bildirilmiştir (Murphy ve ark. 1988). Üniversite ğrencileri ile yapılan bir çalışmada bireylerin çocukluk ağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yapılan çalışmaya göre, özellikle duygusal travmaların obsesif kompulsif belirtiler üzerinde anlamlı etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Demirci, 2016).

Bazı alışmalarda (Mathews, Kaur ve Stein, 2008; Osland, Arnold ve Pringsheim, 2018) hem OKB tanılı bireylerde hem de herhangi bir tanıya sahip olmayan bireylerde görülen obsesif kompulsif belirtileri ile çocukluk ağı travmaları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı görülmekle birlikte, Grabe ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları bir çalışmada OKB tanılı bireyler ile sağlıklı kontrol grubu çocukluk ağı travmaları kıyaslandığında herhangi bir farkın olmadığı görülmüştür. Benzer şekilde Briggs ve Price'in (2009), yaptıkları bir çalışmada da sağlıklı kontrol grubunun obsesif kompulsif belirtilerinin olumsuz çocukluk ağı yaşantıları ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

1.3. Üstbiliş İşlevler

1.3.1. Biliş Tanımı

Üstbiliş, bilişin “st” olarak ifade edildiğinde dolay, üstbiliş kavramının anlaşılabilmesi için ilk olarak biliş kavramının ne demek olduğunun ifade edilmesi gerekmektedir (Akpınar, 2011). Biliş kavramı ile ilgili olarak, Kant'ın “bilgiyi anlamlandırma”, Hegel'in ise “tanıma yoluyla bilme” şeklinde tanımladıkları görülmektedir (Rockmore, 1997). Bu ifadelerde de görüldüğü gibi biliş genel anlamda “bir şeyi bilme, öğrenmiş olma, bilme ve bildiklerinin farkında olma” olarak tanımlanabilir (Akpınar, 2011).

Garner ve Alexander (1989), biliş kavramını kişilerin her türlü algılama, anımsama ve kavrama yeteneği olarak ifade ederken; üstbilişi ise kişilerin bilişsel süreçlerine ilişkin farkındalığı ile ilgili olan bir kavram olarak tanımlanmaktadır.

1.3.2. Üstbiliş Tanımı

Flavell (1979), stbiliş kavramını bilişi değerlendiren, takip eden ya da denetleyen bilgi, süreç ve stratejilerin tamamı olarak ifade etmektedir. Üstbiliş, bilişlerin kontrol edilmesinde, düzenlenmesinde ve değerlendirilmesinde önemli bir yere sahip olan st düzey

bilişsel yapı, bilgi ve eylemler dizisi olarak açıklanmaktadır. Önemli bir üst sistem olan üstbiliş, bireyin zihninde var olan olayları ve işlevleri fark etmesini ve amaçlı bir şekilde yön vermesini içermektedir (Crick, 2000; Diener ve Perner, 1999). Başka bir ifade ile bireyin bildikleri hakkında bilgisi, düşündüklerine ilişkin düşüncesi ya da bireyin kendi bilişsel sürecinin farkında olması olarak tanımlanmaktadır (Tosun ve Irak, 2008).

Üstbilişsel faaliyetlerin biliş ile ilgili tüm faaliyetleri izlediği ve denetlediği önemli bir süpervizyonluk görevine sahip olduğu düşünülmektedir (Koriat ve Goldsmith, 1998). Wells (2000, 2008) ise üstbiliş ile ilgili tanımlamasında şöyle bir benzetme yapmıştır: Bireyin düşünme eylemi bir orkestra eylemiyse, bilişler orkestra görevi görürken, üstbilişlerin ise bu orkestrayı yöneten şef görevinde olduğunu dile getirmiştir.

Üstbiliş çalışmalarının ilk olarak gelişim psikolojisi alanında yapıldığı görülmektedir. Daha sonra hafıza, yaşlılık ve nöropsikoloji çalışmalarında da üstbilişin yer aldığı görülmektedir (Brown, 1978; Flavell, 1979; Metcalfe ve Shimamura, 1996). Üstbiliş işlevlerinde cinsiyetler arasında herhangi bir farkın olup olmadığına ilişkin analizler de yapılmıştır ve cinsiyetler arasında üstbiliş işlevlerinde farklılıkların olduğu bulgulanmıştır (Kacar ve Sarıçam, 2015; Tosun ve Irak, 2008).

Üstbiliş, düşüncelerin bireysel olarak zararlı olduğu ya da olmadığı, bildiklerimizin ve bilmediklerimizin neler olduğu ve tecrübelerin ne şekilde değerlendirildiği ile ilgili bilgiye sahip olmamızı sağlamaktadır. Bireyler kendine özgü olan bu bilgileri kullanarak düşüncelerini izlemekte, planlamakta ve türlü uygulama yöntemler kullanmaktadırlar. Bu çok yönlü bilişsel süreçte bilgilerin ve tecrübelerin yorumlanması ve sağlıklı olmayan düşünce stilleri ile baş edebilmek için yanlış stratejilerin gelişmesi söz konusu olabilmektedir (Wells, 2000). Üstbiliş sisteminin en önemli rolü, bireyin var olan bilişsel süreçlerinin işlevsel olmasını ve uyumlu bir şekilde çalışmasını sağlamaktır. Bundan dolayı, üstbiliş sisteminde ortaya çıkabilecek herhangi bir sorunun sonucunda psikopatolojilerin gelişmesinde ve sürmesinde önemli faktör olarak görülmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Üstbiliş yaklaşımını savunanlara göre, bireyin sahip olduğu psikoloji bozukluklarında işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma yöntemlerine üstbilişsel birtakım işlevlerin önemli bir etkisinin olmaktadır. Bireyin yaşadıkları olaylara ilişkin işlevsel olmayan bilişsel düşünceleri ile ilgili olarak olumlu veya olumsuz üstbilişlere sahip oldukları görülmektedir (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Gwilliam, Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

1.3.3. Üstbiliş Boyutları

Çok yönlü ve kapsayıcı bir yapı olan üstbiliş, Flavell (1979) üstbilişsel bilgiler ve üstbilişsel deneyimler boyutlarına ayırırken; Brown modelinde ise, biliş bilgisi ve bilişin düzenlenmesi şeklinde boyutlara ayrıldığı görülmektedir. İki sınıflamada da ifade edilen ikinci boyutların her biri bireyin var olan bilişlerine yönelik düzenlemeleri, incelemeleri ve izlemeleri ile ilgilidir (Karakelle ve Saraç, 2010).

Yapılan çalışmaların son zamanlarda artmasıyla birlikte üstbiliş boyutları; üstbilişsel bilgi, üstbilişsel izleme ve üstbilişsel denetleme olmak üzere toplam üç boyut şeklinde ele alınmaktadır (Dunlosky ve Metcalfe, 2009; akt. Karakelle ve Saraç, 2010).

Üstbilişsel bilgi, bireylerin kendine yönelik sahip olduğu düşünceleri hakkında inanç ve varsayımları ifade etmektedir. Bu bilgi, aynı zamanda bireyin hafızasının etkinliği ya da konsantrasyon güçlüğü hakkında var olan inançlarını da ifade etmektedir. Birey bazı düşüncelerinin zararlı olup olmadığına ilişkin inançlara sahip olabilir. Örneğin, dindar bir kişi bazı düşüncelerinden dolayı kendisini günahkar olarak görebilir ya da ceza alacağına yönelik sebepler bulabilir. Bu durum düşüncelerin önemine ilişkin var olan üstbilişsel inançların örnekleridir. Bireyin bu tür düşüncelere sahip olması, düşüncelerine ne şekilde tepkiler verdiği ve bu düşünceleri ne şekilde yönettiği ile ilgilidir (Wells, 2008). Bu bilgiler, insanın sahip olduğu bilişsel özellikler ile ilgili görevlerin doğasında var olan, çeşitli bilişsel görevlerin istenildiği gibi yapılmasını sağlayan bilgileri ve olması muhtemel olan stratejilerin bilgisini kapsamaktadır (Flavell, 1979; 2000). Üstbilişsel bilgilerin depolanma alanı uzun süreli bellektir ve burada depolanmalarından dolayı üstbilişsel bilgi, yapılarında olduğu gibi kalan bir niteliğe sahip olan bildirimsel bilgiler olarak ifade edilmektedir (Pintrich, Wolters ve Baxter, 2000; Schneider ve Lockl, 2002).

Dunlosky ve Metcalfe (2009), *üstbilişsel izlemeyi* var olan bilişsel etkinliğin mevcut konunun devamlılığında sürekliliğin değerlendirilmesi olarak ifade etmişlerdir (akt. Karakelle ve Saraç, 2010). Bu üstbiliş boyutu sayesinde bireylerin kendinde var olan bilişsel süreçlerini takip ettikleri ve değerlendirdikleri görülmektedir. Üstbilişsel izleme bireyin kendi bilişinin ne durumda olduğuna yönelik bilgi vermektedir. Örneğin, bireyin az önce okuduğu bir yazıyı anlayıp anlamadığına veya çarpım tablosunu öğrenip öğrenemediğine ilişkin bir karar verme durumu söz konusudur (Schwartz ve Perfect, 2002; akt. Karakelle ve Saraç, 2010).

Üstbilişsel denetleme, var olan bilişsel bir etkinliğin doğru şekilde işleminin sağlanması olarak ifade edilmektedir. Bu bilişsel etkinliğin doğru bir şekilde işlemesi için düzenlemeler yapılmasına, sürdürülmesine ya da değiştirilmesine yönelik verilen kararlar ile ilgilidir. Bundan dolayı üstbilişsel denetleme, üstbilişsel izleme ile elde edilen bilgilere ilişkin olarak bilinçli veya bilinçli olmayan tercihler şeklinde bildirilmektedir. Yapılan bu tercihin var olan etkinliğin başlamasına, devam ettirilmesine, etkinliğin durdurulmasına ve uygulanan yöntemlerin değiştirilmesine neden olmaktadır (Nelson ve Narens, 1996).

1.3.4.Üstbiliş Modelleri

Üstbiliş modellerine ilişkin yapılan incelemelerde en yaygın görülen modellerin Flavell (1979), Brown (1978), Tobias ve Everson (2002) ve Schraw ve Monshman (1995)'in geliştirdiği modeller olduğu görülmektedir (Aktürk ve Şahin, 2011).

1.3.4.1. Flavell Üstbiliş Modeli

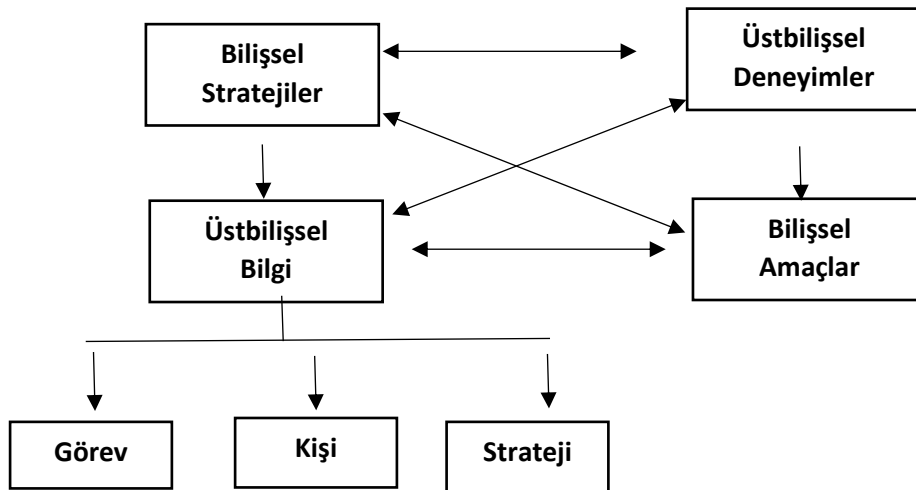
Flavell (1979), üstbilişsel izlemenin biçimi ile ilgili bir model geliştirmiş ve bu modelde üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyimler, üstbilişsel görevler ve üstbilişsel stratejiler olmak üzere dört kavramın her biri arasındaki ilişkilerinin ne şekilde olduğunu ifade etmiştir.

Üstbilişsel bilgi, kişinin var olan üstbilişsel etkinliklerine etki eden faktörler ile ilgili bilgi ve inançlardan oluşmaktadır. Üstbilişsel etkinlik ile bilişsel etkinliğin birbirleriyle çok yakın bir ilişkileri ve önemli bağları vardır. Üstbilişsel etkinlik, bilişsel etkinliğin hem öncesinde hem de sonrasında yer almaktadır. Üstbilişsel bilginin, bireyin anlama ve yapabilme yeterliliğinden, hedeflerinden ve ilgilerinden kaynaklanan bilişsel girişimlerinin başlamasını sağlamaya veya durdurmasına öncülük ettiği görülmektedir. Bilişsel etkinlikleri etkisi altına alan önemli üç faktörün; birey değişkenleri, görev değişkenleri ve strateji değişkenleri olarak sınıflandırıldığı görülmektedir (Flavell, 1979). Üstbilişsel bilginin kategorilerinden *kişi kategorisi*, düşünen veya öğrenen olarak görülen bireyin kendisine ilişkin bilgileri ve var olan inançları, başka insanların düşünceleri ile ilgili bilgileri içermektedir. *Görev kategorisi*, bireyin yapması gereken bir görev hakkındaki her türlü bilgiyi içermektedir. Bu bilginin bireyin yerine getireceği görevi sağlaması için rehberlik etmektedir. *Strateji kategorisi* ise, hedeflerin ve alt hedeflerin netleştirilmesinde ve bu hedeflere ulaşabilmek için ihtiyaç olan bilişsel süreçlerin neler olduğu ve bu süreçlerin belirlenmesini içermektedir (Flavell, 1979).

Geçici veya uzun olabilen bu *üstbilişsel deneyimler*, bireyin kendine özgü olarak üstbilişsel bilgi, hedefler ve uygulanan yöntemlerin tümüne ilişkin içsel tepkileri içermektedirler. Bu deneyimler, izleme olgusudur ve var olan üstbilişsel bilgilere yeni bilgilerin eklenmemesini sağlamakta, bazı bilgileri değiştirerek ve bazı bilgileri de yok ederek katkıda bulunmaktadır. Bu deneyimlerin, bireyin var olan stratejilerini aktivite ederek sürece katkı sağladığı görülmektedir. Bireyin gireceği sınavın bir bölümüne yönelik kendini yeterli hissetmemesi ve bundan dolayı o bölümü sınav öncesinde tekrar okuması bilişsel stratejiye örnek olarak gösterilirken; o bölüme ilişkin kendine sorular sorup ve ne kadarını yapıp yapamadığı ile ilgili notlar alması üstbilişsel stratejiler olarak ifade edilmektedir. Bu durumda, üstbilişsel stratejilerin izlemek için bireyler tarafından kullanıldığı düşünülmektedir (Flavell, 1979).

Üstbilişsel hedefler, bilişsel süreç içerisinde ulaşmak istenilen hedefler olarak tanımlanmaktadır (Flavell, 1979). Bu hedeflere ulaşabilmek için üstbilişsel bilginin ve deneyimlerin birlikte rol oynadıkları görülmektedir (Flavell, 1979).

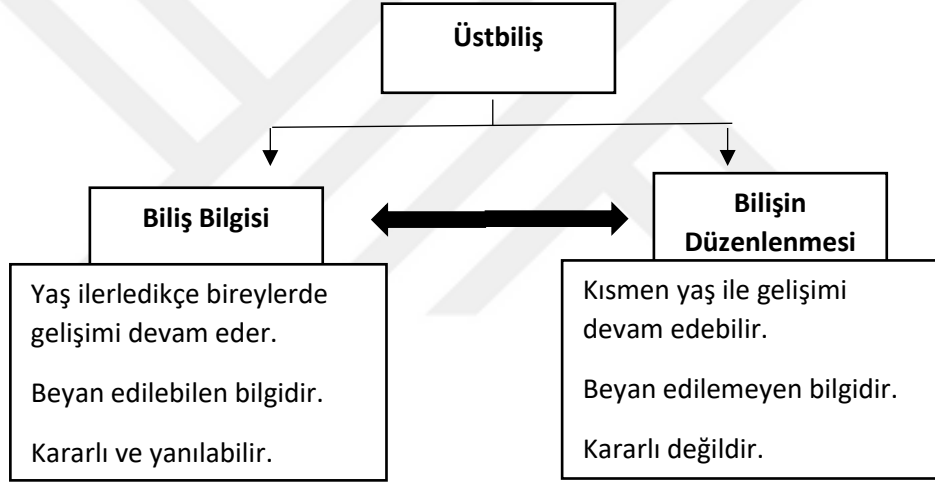
Bilişsel stratejiler, bireyin ulaşmak istediği hedefler için kullandığı stratejiler olarak ifade edilmektedir (Flavell, 1979). Bireyin var olan bilişsel etkinliklerini kontrol etmek için kullandığı bu stratejiler uygulanan tüm davranış ve düşünce süreçlerini kapsamakta ve bu stratejilerin yardımıyla birey bilişsel etkinliklerini denetleyebilmekte ve planlar yapabilmektedir. Flavell'in üstbiliş modeli Şekil 1'de gösterilmiştir (Flavell, 1979).



Şekil 1. Flavell'in Üstbiliş Modeli (Flavell, 1979)

1.3.4.2. Brown Üstbiliş Modeli

Brown (1987), üstbiliş ele alırken öğrenci üzerinden ele almış, öğrencinin bilişsel yetenekleri ile ilgili ayrıntılı düşünmesi ve öğrenmek için öz-düzenleme yapması olarak ifade etmiştir. Brown, bu modeli iki temel kategoriye ayırarak incelemiştir: Bilişsel yetenekler ve etkinlikler ile ilgili ayrıntılı düşünmeyi ele alan kategori, *bilişsel bilgi kategorisidir*. Öğrenmek veya problemleri çözmek amacıyla girişimlerde bulunarak öz-düzenlemeyi sağlayan kategori ise *bilişin düzenlenmesi kategorisidir*. Brown'un üstbiliş modeli Şekil 2'de gösterilmiştir (akt. Aktürk ve Şahin, 2011). Brown üstbiliş modelinde, Flavell üstbiliş modelindeki üstbilişsel deneyimler kategorisinin adı bilişin düzenlenmesi olarak değiştirilerek tekrar ele alınmıştır. Bu süreçteki işleyiş, üstbilişin yürütücü denetim mekanizması şeklinde yeniden biçim verildiği görülmektedir (Mutlu, 2016).



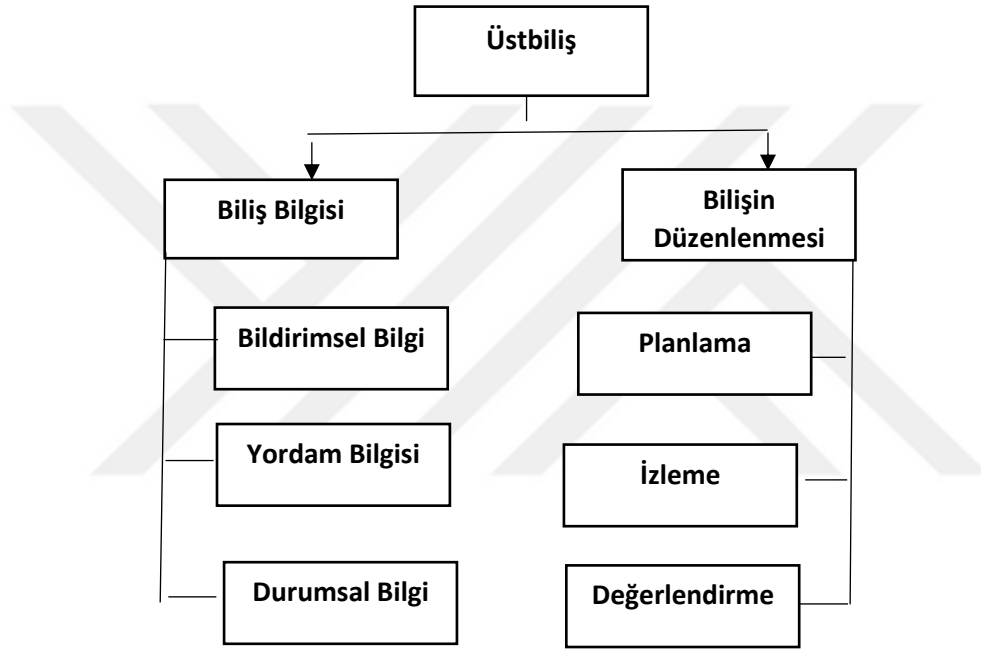
Şekil 2. Brown Üstbiliş Modeli (Brown, 1987; akt. Aktürk ve Şahin, 2011)

1.3.4.3. Schraw ve Moshman Üstbiliş Modeli

Schraw ve Moshman (1995), üstbiliş kavramını derinlemesine ayrıntılandırarak biliş bilgisi ve bilişin düzenlenmesi olmak üzere iki temel kategoride ele almışlardır.

Modelde *biliş bilgisi*; bildirimsel bilgi, yordam bilgi ve durumsal bilgisi olmak üzere üç üstbilişsel farkındalık şeklinde kategorilendirilmektedir. “Ne” sorusuna yanıt olarak verilen bilgilerin oluşturduğu bilgiye *bildirimsel bilgi*, herhangi bir şeyin “nasıl” yapılacağına yönelik bilgiler ile kullanılacak stratejilerin ne ile ilgili olduğu *yordamsal bilgi* ve bireylerin bilişsel yeteneklerini “niçin” ve “ne zaman kullanacaklarını bilmesine ilişkin olan bilgiler *durumsal bilgi* olarak ifade edilmektedir (Schraw ve Moshman, 1995).

Bilişin düzenlemesi kavramı, kişilerin var olan düşüncelerini ve öğrenmelerini değerlendirmeleri için kullandıkları üstbilişsel etkinlikler olarak tanımlanmaktadır ve planlama, izleme ve değerlendirme olmak üzere üç kategori ile sınıflandırılmıştır. Bireylerin etkin bir performans göstermeleri amacıyla en iyi kaynakları seçmeleri *planlama* olarak ifade edilmektedir. Bireylerin görevlerde gösterdikleri performansları anlama ve kavraması için anlık farkındalığı *izleme* olarak tanımlanmaktadır. *Değerlendirme* ise, kendi öğrendikleri ile ilgili ortaya çıkan sonuçları ve düzenleme süreçleri ile ilgili değer belirtilmesi olarak tanımlanmaktadır. Schraw ve Moshman'ın üstbiliş modeli Şekil 3'te gösterilmiştir (Schraw ve Moshman, 1995).



Şekil 3. Schraw ve Moshman Üstbiliş Modeli (Schraw ve Moshman, 1995)

1.3.4.4. Tobias ve Everson'ın Üstbiliş Modeli

Tobias ve Everson (2002), üstbilişsel süreçleri; *üstbilişsel bilgi*, bireyin kendi *öğrenme süreçlerini izlemesi* ve var olan *süreçlerin kontrol edilmesi* olmak üzere üç temel bileşenden oluştuğunu kabul etmişlerdir. Modelde, üstbilişsel süreçlerde izlemenin önemli bir yere sahip olduğu noktasında vurgu yapılmış ve modele kontrol de eklenmiş, modeli hiyerarşik olarak düzenlemişlerdir. Tobias ve Everson'ın üstbiliş modeli Şekil 4'te verilmiştir (Tobias ve Everson, 2002).



Şekil 4. Tobias ve Everson'ın Üstbiliş Modeli (Tobias ve Everson, 2002)

Modele göre, bireylerin öğrendikleri ile öğrenmesi gerekenler hakkında ayırım yapabilmeleri gerekmektedir. Bu ayrımı bilmelerinin önemli olduğu ve bireylerin bilgileri izlemeleri için etkin rolü olan kontrol mekanizmalarına sahip olmaları ve süreçleri başarılı bir şekilde kontrol etmeleri gerekmektedir (Tobias ve Everson, 2002).

Her bir modelde ele alınan üstbilişsel bileşenleri genel olarak ifade etmek gerekirse; bireyin kendisi ve diğer bireylerle ilgili bilişsel süreçlerin bilgisine ihtiyaç duyması, yapması gereken bir görevi öncesinde planlaması, sahip olduğu bilişsel süreçleri izlemesi, bireyin yapması gereken bir görevi tamamlarken öğrenmek için ya da yerine başka bilişsel süreçleri düzenleyebilmesi ve sahip olduğu performansı en iyi şekilde gösterebilmek amacıyla bilişsel süreçlerini kontrol edebilmesi gerekmektedir (Aktürk ve Şahin; 2011).

1.3.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbiliş Modeli

Wells ve Matthews (1994) obsesif kompulsif belirtilerde üstbilişsel modeli geliştirerek, bireylerin sahip obsesif düşüncelerin anlamına bakmış ve bu anlama ilişkin olarak sonrasında geliştirdikleri olumsuz düşüncelerin sebeplerinin bireyin olumsuz bir şekilde değerlendirmelerinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir (akt. Gwilliam, Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

Modele göre, üstbilişsel inançların tetiklenmesinde girici düşünceler etkilidir ve bu düşüncelerin tehlikeli olarak algılanmasına yol açarak bireylerde endişe, korku gibi olumsuz duyguların oluşmasına neden olmaktadır. Girici düşünceler, bireyler tarafından tehlike olarak algılanmakta ve bu tehlikeyle baş edebilmek için ritüel ya da nötralize edici davranışlar bireyde içsel bir kriter ile ya da durma sinyali ile karşılaşana kadar devam etmektedir. OKB'nin üstbiliş modelinde benliğe yabancı (ego distonik) obsesyonların varlığı bireyin dikkate odaklanmasına ve kendi üzerinde sorumluluk hissetmesine neden olmaktadır. Düşüncelerin obsesyona dönüşmesinde benliğe yabancı olmaları önemli bir yere

sahiptir ve bireyin kendisine uymadığı için tehdit olarak algılanmaktadır. Bu tehdit ile baş edebilmek amacıyla birey inançlarını gözden geçirmeye başlamaktadır. İstenmeyen özelliklerin ortaya çıkacağına yönelik düşüncelerin sonucunda birey, kaçınma davranışları geliştirmektedir. Bu durum aşırı kontrol etmeye sebep olabilmektedir ve bireyin daha fazla bu düşüncelere maruz kalmasına neden olarak, tehditin ve kaygının devam etmesi söz konusu olabilmektedir (Purdon ve Clark, 1999).

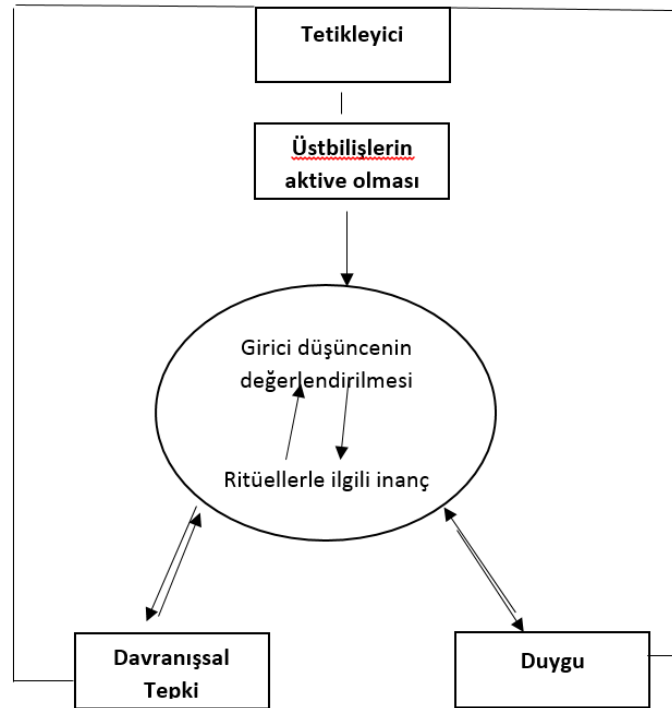
Modelin temelinde söz konusu olan endişeler önemli bir yere sahiptir. Çünkü endişeler, bireylerin bir sorun karşısında baş etme yöntemi amacıyla kullandıkları olumsuz düşünceler olarak ifade edilmektedir. Bireylerde görülen endişelerin içeriği bakımından farklılıklar görülmektedir ve bu endişeler, bireylerin günlük hayat olayları ya da geçmiş ve geleceğe yönelik olumsuz düşünceleri ile ilgilidir. Bu düşüncelerin OKB’de çok kolay bir şekilde kontrol edilemediği görülmektedir (Wells, 1995).

OKB’de iki tür bilişin ifade edildiği görülmektedir. İlki bireylerin duyuları aracılığıyla edindikleri bedensel izlenimler gibi bilişsel olarak ifade edilmeyen içsel uyarıcıların ve dışsal olayların değerlendirilmesidir. İkinci tür olarak ifade edilen biliş ise, bireyin sahip olduğu bilişler ile ilgili yaptığı değerlendirmeleri kapsamaktadır. Sağlıklı bireyler ile obsesif kompulsif belirtiler gösteren bireylerin ayırt edebilmek için bireylerde ikinci tür bilişlerin olup olmadığına ilişkin değerlendirmenin yapılması gerekmektedir (Wells, 1995).

Salkovskis’in (1985; 1999) modeli ile OKB’nin üstbilişsel modeli geliştirilmiş ve modelde bireylerin var olan girici düşünceleri olumsuz bir şekilde değerlendirip kontrol edemediklerinde kendilerini sorumlu olarak gördükleri ifade edilmektedir. Bireyler bu sorumlulukları en aza indirmek için ritüelleşmiş bazı davranışlarda bulunmaktadır. Bu davranışların sıkıntıyı kontrol etmede işe yaraması ve sorumluluğun da azalmasından kaynaklı olarak bireyin düşüncelerini tekrarlı bir şekilde pekiştirdiği görülmektedir. Salkovskis’in (1985; 1999) modelinde sorumluluk önemli bir yerdeyken, üstbilişleri ekleyerek bu modelin gelişmesini sağlamıştır. Bireyin geliştirdiği davranışsal tepkilerin bir kısmı var olan girici düşüncelerin olumsuz sonuçlara sebep olmasına engel olmak amacıyla yapılırken, bir kısmı da bireylerin sahip olduğu endişeleri ve sıkıntıları en aza indirebilmek ve kontrol altına alabilmek amacıyla yapılmaktadır. Bireyin sıkıntıları her iki ihtimal için de azalabileceğinden dolayı, sahip olduğu tepkiler pekiştiği gibi inançların da pekiştiği görülmektedir. Zamanla bu davranışların artması bireyde sıkıntıya sebep olabilmektedir. Modele göre var olan bu davranışların ve girici düşüncelerin üzerinde bireyin fazlasıyla

yoğunlaşması ruminasyona ve endişenin artması sonucunda da endişeye yönelik korkuların oluşmasına sebep olabilmektedir. Bu endişelerle baş edebilmek amacıyla bireyler, ritüel davranışlar ve çeşitli baş etme stratejileri geliştirmektedir. Bu durum OKB’de bir döngünün yaşanmasına sebep olmaktadır (Wells, 1997).

Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS, Cognitive Attention Syndrome, CAS) kavramları olarak bilinen analitik düşünme, endişe ve ruminasyonlar bireylerin sahip olduğu düşünce ve ritüelleşmiş tepkiler geliştirmelerine sebep olmaktadır. BDS, bireyin uzun süreli belleğindeki endişelerin, ruminasyonun ve dikkate ilişkin var olan üstbilişsel bilgilerinin etkinleşmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu modele göre, birey yaşadığı sıkıntılara ilişkin baş etme yöntemleri geliştirerek, var olan tehlikeleri ve kendisinde yaşanan değişiklikleri izlediği görülmektedir. Sonuç olarak da bireyde bilişsel işlevlerin azalması ve işlevsel olmayan baş etme yöntemlerin varlığı görülmektedir (Wells ve Matthews, 1996). OKB modelinde de bireyler rahatsız oldukları düşünceleri izlemeye başlar ve bu durumu da kontrol edebilmek amacıyla düşüncelerini bastırma, ritüelleşmiş davranışlar yapma ve etkisiz hale getirme gibi işlevsel olmayan baş etme yöntemleri geliştirmektedirler. Bu baş etme yöntemleri de bireylerin sahip olduğu üstbilişsel inançların pekiştirilmesine ve BDS’nin meydana gelmesine sebep olabilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğun üstbiliş modeli Şekil 5’te gösterilmektedir (Wells, 2008).



Şekil 5. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbiliş Modeli (Wells, 2008)

1.3.6. Üstbiliş İşlevleri ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki

Üstbiliş ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. OKB tanısı almış bireylerin bilişsel farkındalığı üzerinde yapılan çalışmaların bulgularına bakıldığında, bu bireylerin bilişsel farkındalığının diğer bozukluklara sahip bireylere göre daha yüksek farkındalığa sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Cohen ve Calamari, 2004; De Bruin ve ark, 2007; Janeck, Calamari, Riemann ve Heffelfinger, 2003).

OKB'nin bilişsel modellerinde temelinde obsesif düşünce ve inançların olumsuz bir şekilde değerlendirilmesinin önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir (Janeck, Calamari, Riemann ve Heffelfinger, 2003). Cartwright-Hatton ve Wells (1997), diğer anksiyete bozukluklara sahip bireylere göre, OKB tanısı almış bireylerin bilinçlerinin farkında olduklarını, düşünme izleme eğilimi gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Farklı bilişsel süreçlerin OKB üzerindeki önemini inceleyen bir araştırmada, bireylerin aşırı derecede yansıtma eğilimi gösterdikleri, obsesif düşünceleri olumsuz bir şekilde değerlendirdikleri, OKB geliştirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Janeck, Calamari, Riemann ve Heffelfinger, 2003). Buna ek olarak, OKB tanısı almış bireylerin üstbilişsel alt türü olarak bilinen bilişsel güvenlerinin düşük olduğuna ilişkin bulgular elde edilmiştir (Hermans ve ark., 2003). OKB tanılı bireyler ile sağlıklı bireylerin üstbiliş işlevlerinin karşılaştırıldığı başka bir araştırmada da benzer bulgular elde edilmiştir (Doğan, Solak, Özdel ve Türkçapar, 2013). OKB tanılı bireyler ile sağlıklı bireylerin üstbiliş inançları arasında anlamlı farklılıkların olduğu görülmüştür. Fakat OKB'nin alt tipleri ve üstbiliş inançları arasında ilişkiye bakıldığında, anlamlı bir farklılığın olmadığı söz konusudur (Doğan, Solak, Özdel ve Türkçapar, 2013). Pazvantoglu ve arkadaşları (2013) da OKB tanılı bireylerin ve sağlıklı kontrol grubunun üstbiliş işlevleri arasındaki anlamlı bir farkın olup olmadığına ilişkin bir çalışma yapmışlardır. OKB tanısı almış bireylerin işlevsel olmayan üstbilişlere daha fazla sahip oldukları görülmüştür. Özellikle üstbiliş alt boyutlarından kontrol edilemezliğin ve düşünceleri kontrol ihtiyacının OKB'de önemli bir yere sahip olduğu ve bu üstbiliş alt boyutlarının kuşku/kararsızlık OKB alt boyutunda özellikle sıklıkla görüldüğü ve anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

OKB tanısına sahip bireyler ve majör depresyon tanılı bireylerin sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığında üstbiliş toplam puanları arasında anlamlı farklılıkların olduğu

görülmektedir. OKB tanılı bireylerin üstbiliş alt boyutlarından kontrol edilemezlik ve tehlikenin ile düşünceleri kontrol ihtiyacının sağlıklı kontrol grubuna göre farklılaştığı ve bu üstbiliş alt boyutlarından alınan puanlardan daha yüksek alındığı bildirilmiştir (Yılmaz, İzci, Mermi ve Atmaca, 2017). Benzer şekilde majör depresyon bozukluk tanılı bireylerde de bilişsel güven üstbiliş alt boyutunun sağlıklı kontrol grubuna anlamlı derece farklı ve yüksek olduğu bildirilmiştir (Yılmaz, İzci, Mermi ve Atmaca, 2017). Kaygı ve obsesif kompulsif belirtilerinin üstbiliş işlevleri ile ilişkisine bakmak amacıyla yürütülen bir çalışmada, kaygı ile ilgili var olan olumlu ve olumsuz üstbiliş inançların hem patolojik kaygı ile hem de obsesif kompulsif belirtiler ile önemli bir ilişkisinin olduğu görülmüştür (Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2008). Tosun ve Irak'ın (2008) üniversite öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada elde ettikleri bulgulara göre, üstbiliş alt boyutlarının öğrencilerin obsesif belirtileri ve sürekli kaygı durumları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi söz konusudur.

Üstbilişsel inançlar ile obsesif kompulsif belirtileri arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı söz konusudur (Wells ve Papageorgiou, 1998). Bireylerin düşüncelerini kontrol edemeyişlerinin ve var olan tehlikelere ilişkin olarak olumsuz inançlarının kaygı ve obsesif belirtiler ile ilişkili olduğu, olumlu inançların da işlevselliği olmayan kaçınma davranışı ve inkâr arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sica, Steketee, Ghisi, Chiri ve Franceschini, 2007).

Üstbiliş işlevlerinin aracı rolü ile ilgili de araştırmalar yapılmaktadır. Üstbiliş işlevlerinin, obsesif kompulsif belirtiler ile düşünce kontrol stratejileri arasında herhangi bir aracı rolünün olup olmadığına ilişkin bir çalışma yapılmıştır (Wilson ve Hall, 2012). OKB tanısı almamış bireylerle yapılan bu çalışmada, obsesif kompulsif belirtileri ile düşünce kontrol stratejileri arasındaki ilişkide üstbiliş işlevlerinin önemli bir şekilde aracı rolünün olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wilson ve Hall, 2012).

Üstbiliş işlevlerin OKB tedavisinde için klinik etkilerinin önemini görmek için deneysel bir çalışma da yapılmıştır. OKB tanısına sahip sekiz kişinin yer aldığı bu çalışmada, bireylerin üstbilişsel inançları ile ilgili hem ölçümler alınmış hem de bu inançları ile ilgili detaylı görüşmeler yapılmıştır. Bu bilgiler alındıktan sonra bireyler girici düşüncülere beş dakika boyunca maruz bırakılmıştır. OKB tanılı bireylere maruz bırakma tekniği uygulandıktan sonra, bireylerin kaygı düzeylerinde, üstbiliş inançlarında ve nötralize etme dürtüsünde önemli ölçüde azalma olduğu görülmüştür (Fisher ve Wells, 2005).

Literatür taramalarından elde edilen bazı çalışmalarda, yukarıda sözü edilen çalışmalara ilişkin ters bulguların varlığı da söz konusudur. OKB tanısı almış ve herhangi bir tanıya sahip olmayan sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada, OKB tanısına sahip bireyler ile sağlıklı bireylerin üstbilişlerinin benzer seviyede olduğu ve aralarında herhangi bir farkın olmadığı raporlanmıştır (Yılmaz, Boyraz, Kurtulmuş, Parlakkaya ve Öztürk, 2020).

1.3.7 Üstbiliş İşlevleri ile Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Erken dönemlerde bireylerin maruz kaldıkları olumsuz yaşam olaylarının ve tekrarlanan endişe deneyimlerinin kontrol edilemezliğine ilişkin olarak olumsuz inançların ve duyguların oluşabileceği ifade edilmektedir (Malik, Wells ve Wittkowski, 2015). Böyle düşünülüyor olmasına rağmen, üstbiliş işlevleri ve olumsuz erken dönem yaşantılarına ilişkin çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir (Mansueto, Caselli, Ruggiero ve Sassaroli, 2018).

Çocukluk çağı travma alt türlerinden hem istismarın (Cicchetti ve ark. 2003; Ensink ve ark. 2015; Pears ve Fisher, 2005) hem de ihmalin (Edwards ve ark. 2005; Shipman ve Zeman, 1999) azalmış üstbiliş işlevleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Trauelsen ve arkadaşlarının (2019) yürüttükleri bir çalışmada, çocukluk çağı travma türleri ile üstbiliş işlevleri arasında az da olsa anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada ise, özellikle cinsel istismar yaşantısına sahip bireylerin kendisinin ve başkalarının duygularından habersiz olduğu ve üstbiliş işlevlerinde önemli ölçüde düzensizlik belirtileri gösterdiği raporlanmıştır (Lysaker ve ark. 2011). ÇÇT ile düşünceye doğrudan odaklanma gerektiren yeniden değerlendirme ve aktif düşünce kontrol yöntemlerinin kullanımı gibi üstbilişsel işlevleri ile ilişkili olabildiği bildirilmiştir (Barlow ve Goldsmith, 2014).

ÇÇT'ye maruz kalmanın olumsuz üstbilişsel inançlara sebep olup olmadığını değerlendirmek için Mansueto, Caselli, Ruggiero ve Sassaroli (2018) bir derleme çalışması yürütmüşlerdir. Çocukluk döneminde bireyin istismara ve ihmale maruz kalmış olmaları yetişkinlikte işlevsel olmayan üstbiliş işlevleri ile ilişki olduğu bildirilmiştir. Ayrıca hem klinik tanıli olan bireylerde hem de sağlıklı bireylerde üstbilişsel işlevlerinin ÇÇT ile tekrarlayıcı düşüncelere aracılık ettiği ifade edilmiştir.

Myers ve Wells'in (2015) ÇÇT ve üstbiliş işlevlerine yönelik yürüttükleri bir çalışmada, bireylerin erken dönem yaşantılarında duygusal istismara maruz kalmaları sonrasında sorunlu üstbiliş işlevleri geliştirmelerine sebep olabildiği ifade edilmiştir. Ayrıca bireylerin duygusal istismar geçmişleri ve problemli üstbiliş işlevlerinin varlığı sonucunda psikolojik belirtilerinde artışın olduğu düşünülmektedir. Hosseini-Ramaghani, Rezaei, Sepahvandi, Gholamrezaei ve Mirderikvand (2019), ÇÇT ve üstbiliş işlevleri arasında ilişkiyi incelemek için yetişkinlerde TSSB varlığı ile ilgili bir çalışma yapmışlardır. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, üstbilişsel modelin ÇÇT'nin bireylerin travma sonrası stres belirtileri geliştirmesinde önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Aynı zamanda ÇÇT ve travma sonrası stres belirtileri arasında üstbiliş işlevlerinin aracı bir rolü olduğu da bildirilmiştir.

1.4. Duygu Düzenleme

Alanyazında duygunun tanımında ortak bir görüşün olmadığı dikkat çekmektedir (Duy ve Yıldız, 2014). Lazarus (1991) duyguyu, bireyin dışı vurmadan gösterdiği davranış eğilimi ve sıklıkla “duygulanım” olarak isimlendirmektedir ve kişiye özgü yaşantılar olarak ifade ettiği görülmektedir. Duyguların fizyolojik, davranışsal ve deneyim özelliği taşıyan çok boyutlu yönleri vardır. Bundan dolayı duygu düzenleme bu tepki boyutlarının birinde ya da daha fazlasında değişiklikleri içermektedir (Gross, 1999).

Bireylerin yaşamları boyunca birçok içsel ve dışsal uyarıcıya maruz kaldıkları ve bunun sonucunda da duygularının tetiklenmesi söz konusudur. Duyguların tetikleniyor olması, bireylerin duygu düzenleme stratejilerini kullandıkları anlamına gelmektedir. Fakat burada duygu düzenlemenin açık bir şekilde dışarıdan gözlemlenmesi söz konusu değildir. Böyle bir durumda örneğin, bireyin kendisine zarar vereceğini düşündüğü bir uyarıcı ile karşılaştığında dikkatini hızlıca başka tarafa yönlendirebilir ya da bir şeye öfkelenildiğinde, var olan öfkesini çıkarmak için yastığa vurmayı tercih edebilir (Gross ve Munoz, 1995). Kısacası duygu düzenlemenin, kişilerin yaşantılarında elde ettikleri duygusal tecrübeleri ve bu duygusal tecrübelerine tepki geliştirmeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Diefenbach, Tolin, Meunier ve Worhunsky, 2008).

1.4.1. Duygu Düzenleme Kavramı ve  zellikleri

Thompson (1994), duygu düzenlemeyi kişinin en başta kendi amaçlarına ilişkin yoğun ve geçici özelliklerini takip etmekten, değer bimekten ve değişikliğe uğratmaktan mesul olan içsel ve dışsal olan her türlü süreçlerden oluşan duygusal tepkilere düzen vermek olarak ifade etmektedir. Bu tanıma göre duygu düzenleme süreçleri çeşitli özellikleri içerisinde barındırmaktadır: İlk olarak, duygu düzenleme bireyi duygusal anlamda uyarmaya devam ettirdiği gibi, bu durumun önlenmesi ya da bastırılmasını da kapsayabilmektedir. Bireylerin duygu düzenleme stratejilerine başvurma sebebi sıklıkla bu duygusal uyarılmayı azaltmak içindir. İkincisi, duygu düzenleme hem sahip olunan duygu öz-yönetim stratejilerini hem de duyguların düzenlendiği dış etkilerin çeşitliliğini içermektedir. Bu durum birilerinin müdahalelerinin etkisiyle duygu düzenlenmenin gerçekleşmesi ile ilgilidir. Üçüncüsü, duygu düzenleme bazen farklı duyguları etkileyebilir. Örneğin, birey haksız yere başkaları tarafından suçlandığında öfke duygusunun oluşmasından ziyade kendini suçlu hissedebilir. Burada duygu düzenleme daha çok duygunun yoğunluğunu ya da zamansal özelliklerini etkilemektedir. Son olarak, duygu düzenlemesi işlevsel olarak ele alınmalıdır. Yani, düzenleyicinin hedefleri bir durumun çerçevesinden ele alınarak değerlendirilmelidir (Thompson, 1994).

Duygu düzenleme, fizyolojik, bilişsel, davranışsal ve sosyal boyutlardan oluşmaktadır. Duygu düzenlemenin fizyolojik boyutunda bireyin kalp atış hızının hızlandığı, nefesinin kesildiği görülürken; bilişsel boyutunda bireyin inkâr etmesi, yansıtma yapması gibi bilinç dış tepkilere ek olarak, kendini ya da başkalarını suçlama ve felaketleştirmede bulunarak bilinç düzeyinde tepkiler vermesi de söz konusu olabilmektedir. Davranışsal boyutunda birey ağlama, bağırma ya da çığlık atma gibi tepkiler geliştirirken; sosyal boyutunda birey başkalarının desteğine ya da çeşitli gereçlerin varlığına ihtiyaç duyabilmesi söz konusudur. Bilişler ve bilişsel süreçler, duyguların etkisi altında kalmamayı duyguları yöneterek ve düzenleyerek sağlamaktadırlar (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001).

Bireyler herhangi bir durumla karşılaştıklarında, bu duruma yönelik olarak öncelikle bilişsel tepkiler geliştirmekte ve sonrasında duygusal tepkiler göstermeye başladıkları görülmektedir (Lazarus, 1999). Bundan dolayı bireylerin karşılaştıkları sorunları ve endişeleri kontrol altında tutabilmeleri için duygu düzenleme stratejilerinin önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir (Dempsey, 1996; akt. Onat ve Otrar, 2010).

Gross ve Thompson'a (2007) göre, duygu düzenlemenin üç özelliği vardır: İlk olarak, bireyler sahip oldukları her türlü olumlu ve olumsuz duygularının azalmasını ya da artmasını sağlayarak duygularını düzenlemektedirler. İkinci olarak, duygu düzenleme stratejileri öncelikle bilinçli, çaba isteyen ve denetim gerektiren bir düzenlemeden; bilinçdışı, çaba istemeyen ve otomatik bir şekilde gerçekleşen düzenlemeye doğru bir durum şeklinde ifade edilmektedir. Üçüncü olarak ise, duygu düzenleme süreçleri ile ilgili bireyler olumlu ya da olumsuz bir öngörüye sahip değildir.

Duygu düzenleme; denetlemek, değerlendirmek ve öncelikle hedeflerini gerçekleştirmek amacıyla bireylerin duygusal tepkilerinin değişiminde görevli olan her türlü içsel ve dışsal olarak ifade edilen süreçlerden meydana gelmektedir (Thompson, 1994). Bu cümlede, duygu düzenlemenin yalnızca içsel süreçlerden meydana gelmediği ve duygu düzenlemelerde dışsal süreçlerin de etkili olabildiği ifade edilmektedir. Aynı zamanda duygu düzenlemenin belli hedefleri gerçekleştirme amacıyla olan süreç olduğu üzerine vurgu yapılmaktadır (Onat ve Otrar, 2010).

1.4.2. Duygu Düzenleme Kuramsal Modelleri

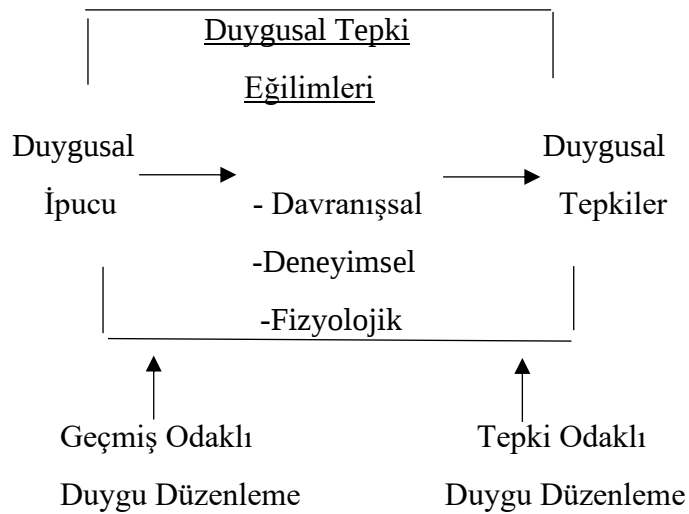
Strateji odaklı duygu düzenleme modellerinin temelinde stratejiler vardır ve düzenlemeleri stratejiler ile ilişkilendirerek açıklamaktadırlar. Bu modellerde duygu düzenleme stratejilerinin olumlu ve olumsuz sonuçları ile ilgili değerlendirmelerde bulundukları görülmektedir (Narlı, 2019). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında “problem çözme”, “kabullenme”, “yeniden değerlendirme” “bilinçli farkındalık” stratejilerinin psikolojik belirtiler ile negatif ilişkisi olduğu ve duygu düzenlemede uyumlu bir ilişkisinin olduğu görülmektedir. “Ruminasyon” ve “kaçınma” gibi stratejilerin de psikoloji belirtiler ile pozitif bir ilişkisinin olduğu ve duygu düzenlemede uyumlu olmayan bir ilişkiye sahip olduğu bildirilmektedir (Aldoa, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010). Fakat uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin pozitif sonuçlarının içinde bulundukları bağlama göre biçimlenebilmeleri de söz konusudur (Aldoa, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010).

Stratejilerin uygun olmayacak şekilde kullanılmaları kişide çeşitli psikopatolojilerin gelişmesine ve işlevsel olmayan bilişsel veya duygusal yüklerin gelişmesine sebep olabilmektedir (Gross ve John, 2003). Duygu düzenleme stratejisi olarak bilinen problem çözme stratejisinin yalnızca sonuçlandırılabilir bir sorun karşısında işlevsel bir şekilde uygulayabildiği görülmektedir (Nolen-Hoeksema ve Aldao, 2011).

Duygu düzenleme ile ilgili yapılan çalışmalarda araştırmacıların duygu düzenleme stratejilerini sınıflandırmaya yönelik girişimlerde bulundukları dikkat çekmektedir. Duygu düzenleme stratejilerine yönelik yapılan sınıflandırmalar, uyumlu ve uyumsuz stratejiler şeklinde ifade edilmektedir (Aldoa, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010). Gross'a (2001; 2002) göre, duygular bireyin çevre ile etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır ve bireyin duygu düzenleme stratejilerini uyguladığı zamanın ortaya çıkan tepkilerin türleri için önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir. Bu düşünceden de yola çıkarak "süreç modeli"ni geliştirmiştir (Gross, 1998).

1.4.2.1. Gross'un Duygu Düzenleme Ortak Süreç Modeli

Gross'un Duygu Düzenleme Ortak Süreç Modeli'nde, duygunun içsel ve dışsal ipuçların değerlendirilmesi ile oluşmaya başladığı ifade edilmektedir. Bireyin gerçekleştirdiği bu değerlendirme sonucunda davranış, duygu, yaşantı ve fizyoloji ile ilgili tepkilerini düzenlemesi gerçekleşmektedir. Duygu düzenleme stratejileri iki ayrı düzeyde ele alınmıştır: *Geçmiş odaklı strateji* tepki vermeden önce duygusal tepki verme eğilimini etkin hale getirmeye başlaması, bireyin davranışını değiştirmesi ve çevresel fizyolojik cevap vermesi ile ilgili olan stratejiler olarak söz edilmektedir. *Tepki odaklı strateji* ise, bir tepki sonrasında ortaya çıkan sonuca göre duyguyu gösterme eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Yani, bu model duyguların tepki vermeden önce bireyin davranışlarını ya da tepki verdikten sonra bireyin elde ettiği sonuca göre davranışlarını değiştirdiği görülmektedir. Gross'un duygu düzenleme orta süreç modeli Şekil 6'da gösterilmiştir (Gross, 1998).



Şekil 6. Gross'un Duygu Düzenlemenin Ortak Süreç Modelindeki İki Temel Duygu Düzenleme Biçimi (Gross, 1998)

Geçmiş odaklı duygu düzenleme stratejisi dört basamaktan oluşmaktadır: İlk olarak *durum seçme basamağı*, kişinin olası duygunun etkisine yönelik bazı insanlara ya da olaylara daha fazla yaklaşması veya onlardan uzaklaşması ile ilgilidir. İkinci olarak, *durum değiştirme basamağında* kişinin olası duygu etkisini değiştirmek amacıyla çevresini değiştirmesi ile ilgilidir. Üçüncü basamak *dikkatin yayılması* olarak ifade edilmektedir ve bu basamakta kişi sahip olduğu duygularını etkilemek amacıyla kendi dikkatini farklı bir duruma çekmektedir. Son olarak *bilişsel değişim basamağında* ise kişi sahip olduğu duygularını değiştirmek amacıyla var olan durumun üstesinden gelmeyi tekrardan değerlendirmektedir. Tepki odaklı duygu düzenleme stratejileri ise, duygusal deneyimi ve fizyolojik tepkiyi yoğunlaştıran, artıran, azaltan ya da uzatan stratejileri içermektedir (Gross, 1998).

Durum seçimi basamağında var olan durumun engellenmesi söz konusudur. Durum değişikliğinde var olan durumun değiştirilmesiyle ilgilidir. Dikkatin yayılması basamağında ise, ruminasyon, dikkati başka tarafa yönlendirme gibi tekniklere başvurulmaktadır. Bilişsel değişim basamağında, bireyler kabul etme ya da yeniden değerlendirme stratejilerini kullanarak duygularını düzenlemektedirler. Böylece duygu düzenlemesi ile ilgili süreçler her basamakta gerçekleşebilmektedir (Naragon-Gainey, McMahon ve Chacko, 2017).

Gross (2001) tarafından, duygu düzenleme stratejileri olarak ifade edilen bilişsel yeniden değerlendirme ve ifade edici bastırma, süreç modeli çerçevesinde incelendiğinde; bilişsel yeniden değerlendirme stratejisinin geçmiş odaklı stratejisi, ifade edici bastırmanın ise tepki odaklı stratejisi olarak dile getirildiği görülmektedir.

1.4.2.2. Dodge'nin Sosyal Süreç Bilgi Modeli

Duygu düzenlemenin kuramsal modellerine bakıldığında Dodge (1991), sosyal süreç bilgi modelinde, çocuğun var olan işaretleri değerlendirip elde ettiği yorumlara göre yanıt verdiğini düşünmektedir. Bu model beş basamaktan oluşmaktadır ve ilk basamağında *sosyal işaret süreci* yer almaktadır. Sosyal işaret sürecinde çocuğun işaretleri algılayıp dikkatini bu işaretlere verdiği görülmektedir. İkinci basamak ise, *betimleme süreci* olarak ifade edilmektedir ve bu basamakta çocuğun ilk basamakta algıladığı işaretleri ve kavradığı bilgileri yorumlamaya başlaması söz konusudur. Bu modelin üçüncü basamağı *karşılık*

arama süreci olarak ifade edilmektedir ve çocuk yaptığı yorumlardan yola çıkarak davranışsal tepkiler meydana getirerek bu süreci çalıştırmaya başlamaktadır. Dördüncü basamağı olan *karar sürecinde* ise, çocuğun çeşitli davranışsal tercihleri mevcuttur ve kendisi için uygun olan bu tercihleri değerlendirdiği, seçtiği ve meydana gelebilecek sonuç ihtimallerini tarttığı görülmektedir. Modelin son basamağında çocuğun bir önceki basamakta seçtiği davranışsal tepkilerini taşıması söz konusudur.

Sosyal bilgi süreç modelinde başka insanların duygu düzenleme sürecinde etkili olduğu ifade edilmektedir. Bu modelde, bireyin duygu düzenleme sürecinde en büyük etkiye ailenin sahip olduğu düşünülmektedir (Onat ve Otrar, 2010).

1.4.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri

Bilişsel ve bilişsel süreçler duyguları düzenleme, kontrol etme, duyguların kontrolü altında kalıp duygulardan etkilenmeme görevini üstlenmektedirler. Duygu düzenlemeleri bilişsel ya da düşünceler aracılığıyla gerçekleşmektedir ve bireylerin yaşantıları ile ilişkilendirilmektedir. Buna ek olarak, bireylerin, bilişler ve bilişsel süreçler ile karşılaştıkları stresli bir durum karşısında da duygularını düzenlemeleri ve kontrol etmeleri söz konusudur (Garnefski, Kraaij ve Spinhovan, 2001).

Garnefski, Kraaij ve Spinhovan'nın (2001) yaptıkları bir çalışmada bilişsel başa çıkma ve bilişsel duygu düzenleme kavramlarını benzer kavramlar olarak kullanmışlardır. Bireylerin olumsuz durumlar karşısında duygularını ne şekilde düzenlediklerini değerlendirmek için “Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği” geliştirmişlerdir. Bu ölçek ile bireylerin sıklıkla başvurdukları “kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, plana tekrar odaklanma, pozitif tekrar odaklanma, ruminasyon (düşünceye odaklanma), yeniden gözden geçirme, bakış açısına yerleştirme ve felaketleştirme” olmak üzere toplam dokuz duygu düzenleme stratejisi ile ilgili değerlendirme yapılmıştır.

Kendini suçlama, duygu odaklı bir baş etme strateji olup bireyin yaşantılarından dolayı kendine yönelik suçlayıcı düşüncelerinin olması ile ilgilidir. Başkalarını suçlama, tehdit edici bir durum yaşadktan sonra diğerlerini sorumlu olarak görme düşüncesi ile ilişkilidir. *Kabul etme* stratejisinin kaygı ölçümleri ile negatif bir ilişkiye sahip olduğu ve kişinin yaşadığı olayları kabul ederek kendini olayların akışına bırakma düşüncelerine sahip olduğu görülmektedir. *Plana tekrar odaklanma* stratejisi de aynı şekilde kaygı bozuklukları

ile negatif bir ilişkiye sahiptir ve bireyin olumsuz yaşantılar karşısında hangi adımları atması gerektiği ve olayların üstesinden gelebilmek için planlar üzerine düşünmesi ile ilgilidir. *Pozitif tekrar odaklanma* stratejisinin kısa süreli olumlu etlisinin olabildiği görülmekte ve bireyin yaşadığı olaylar üzerine düşünmesinden ziyade daha çok olumlu olaylar üzerine düşünmesi ile ilgilidir. *Ruminasyon (düşünceye odaklanma)* stratejisinde bireyin olumsuz yaşantısındaki duygu ve düşünceleri ile ilgili sürekli düşünüp durduğu görülmektedir. *Pozitif yeniden değerlendirme* stratejisinde bireyin yaşadığı olumsuz bir duruma pozitif anlamlar yüklemesi söz konusudur ve kaygıyı düşürebildiği görülmektedir. *Bakış açısına yerleştirme* stratejisi bireyin yaşadığı olayın önemini azaltmak amacıyla diğer olaylarla ilgili kıyaslamalara başvurması ile ilgilidir. Son olarak *felaketleştirme* stratejisi ise, bireyin yaşadığı olumsuz bir olayın dehşetini net bir şekilde vurgulaması söz konusudur (Garnefski, Kraaij ve Spinhovan, 2001).

1.4.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki

Olumsuz duygulara aniden verilen tepkiler sonucunda bireyin olumsuz duygularından kaynaklı olarak uygun davranışlar göstermemesi söz konusu olabilmektedir. Bireyler olumsuz duygularının üstesinden gelemeyip zayıf becerilere sahip olduklarında ve bu duruma ek olarak, bu olumsuz duyguları birden yaşadıklarında obsesyonların şiddetinin artabildiği görülmektedir. Olumsuz duyguların üstesinden gelmede yaşanan zayıflık ile birlikte girici düşüncelerde daha fazla sıkıntılı tepkiler gelişmeye başlamaktadır. Bireylerin bu olumsuz duyguları tolere edebilmede güçlük yaşamaları ve ani tepkiler geliştirmeleri, girici düşüncelerin uzun süreli olması ve yoğunluğunun artması ile işlevsiz düşünce kontrol stratejilerini kullanmaları söz konusu olmaktadır (Cougle, Timpano ve Goetz, 2012). Bireylerin kronikleşmiş olumsuz duyguları enerjilerinin tükenmesine sebep olabildiği gibi, işlevsiz baş etme yöntemleri geliştirmelerine sebep olabilmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre olumsuz duyguların kaçınma eğilimi ile ilişkili olabildiği raporlanmıştır (Hoffman ve ark. 2012). Obsesif inançlardan biri olarak kabul edilen mükemmeliyetçilik ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilgili sorunlar arasında bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Rudolph, Flett ve Hewitt, 2007). Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile bireylerin psikopatoloji geliştirmelerine yönelik bir çalışma yürütülmüş ve çalışmaya göre, bireylerin özellikle uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanmalarının psikopatoloji düzeylerinde artışın görüldüğü bildirilmiştir (Şahin, 2018). Berman, Shaw ve Wilhelm'in

(2018) yaptıkları bir çalışmada da benzer şekilde bireylerin obsesif inançlar ile duygu düzenleme zorlukları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

OKB ile duygu düzenleme arasındaki ilişkilerde kaygının rolünden ziyade suçluluk, öfke, tiksinti ve utanma gibi olumsuz duyguların daha önemli ve etkili bir rolünün olduğu düşünülmektedir (Cogle, Goetz, Hawkins ve Fitch, 2011; Mancini, Gragnani ve D'Olimpio, 2001; Valentiner ve Smith, 2008). Utanma duygusunun ise OKB'nin bireylerde gelişmesinde önemli bir etkisinin olduğu ifade edilmektedir (Valentiner ve Smith, 2008). Öfke duygusunun da OKB'nin bireylerde gelişmesinde ve devamlılığında bu duyguyu sürekli deneyimlemenin önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir (Whiteside, Port ve Abramowitz, 2004). OKB ile duygular arasındaki ilişkide suçluluk duygusunun OKB'nin belirtileri üzerinde etkisinin olduğu görülmüştür (Cogle, Goetz, Hawkins ve Fitch, 2011).

OKB tanılı bireyler ile sağlıklı kontrol gruplarının kıyaslandığı çalışmalarda OKB tanılı bireylerin bilişsel yeniden değerlendirme sırasında duygusal uyaranlara sürekli dikkat ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Paul, Simon, Endrass ve Kathmann, 2016). Khosravani, Ardestani, Bastan ve Malayeri'nin (2018) OKB tanısı almış bireylerle yürüttüğü bir çalışmada duygu düzenleme ve obsesif kompulsif belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre, OKB tanısı almış bireylerde duygusal tepkilerin bireyler tarafından kabul edilmemesinde kontrol etme/şüphelenme, takıntı haline getirmenin ve zihinsel nötrleştirmenin önemli bir belirleyicisi olduğu görülmüştür. Ayrıca OKB tanılı bireylerin sağlıklı kontrol grubuna göre, duygu düzenleme stratejilerine daha sınırlı başvurdukları ve duygusal tepkilerini daha fazla kabul etmemeleri söz konusudur. OKB tanılı bireylerde duygu düzenleme zorlukları, obsesif inançlar ve obsesif kompulsif belirti şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bir çalışma yürütülmüştür. Obsesif kompulsif belirti şiddeti ve obsesif inançlar ile duygu durum zorlukları arasında pozitif bir ilişkinin olduğu ortaya çıkmıştır (Eichholz, Schwartz, Meule, Heese, Neumüller ve Voderholzer, 2020). Benzer şekilde OKB tanılı bireylerin sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla duygu düzenleme zorlukları yaşadıkları görülmektedir (Fernandez de la Cruz ve ark. 2013; Yap ve ark. 2018).

Duygu düzenleme zorlukları ile psikolojik belirtiler arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010). Benzer şekilde duygu düzenlemede yaşanan zorlukların OKB'de önemli bir rolü olduğuna ilişkin çeşitli araştırmalar olduğu gibi, klinik olmayan örneklemeler ile yapılan çalışmalarda duygu

düzenleme zorlukların obsesif kompulsif belirtilerin üzerinde anlamlı bir ilişkisinin varlığı söz konusudur (Fergus ve Bardeen, 2014; Stern, Nota, Heimberg, Holaway ve Coles, 2014; Yap ve ark. 2018). Benzer şekilde klinik olmayan örneklem ile duygu düzenleme ve obsesif kompulsif belirtiler üzerine yapılan çalışmada, tiksinti duygusunun obsesif kompulsif belirtileri üzerinde önemli bir yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mancini, Gragnani ve D'Olimpio, 2001). Klinik olmayan bir örneklem grubuyla yapılan başka bir çalışmada da anlatımsal baskılamayı kendi kendine kullanan bireylerin obsesif düşüncelere daha fazla eğilim gösterdikleri raporlanmıştır (Marcks ve Wood, 2005). Üniversite öğrencilerinde duygu düzenleme ve kaygı duyarlılığının OKB üzerindeki yordayıcılığı üzerinde bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmada örneklem grubunun üzerinde yeniden değerlendirme ve kaygı duyarlılığının OKB'nin en önemli göstergelerinden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ghasempour, Akbari, Azimi, Ilbeygi ve Hassanzadeh, 2011).

1.4.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

ÇÇT'nin duygu düzenleme stratejilerini önemli ölçüde etkilediği düşünülmekte ve bu ilişkiyi incelemek için çeşitli çalışmaların yapıldığı görülmektedir (Burns, Jakson ve Harding, 2010; Şahin-Demirkapı, 2014). 6-13 yaş aralığındaki 171 çocukta ÇÇT ve davranış sorunları arasındaki ilişkide duygu düzenlemenin aracı rolünün etkileri araştırılmıştır. Cinsel istismara maruz kalmış çocuklarda, var olan davranış sorunlarına duygu düzenlemenin tam olarak aracılık ettiği bildirilmiştir (Choi ve Oh, 2014).

ÇÇT ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin affetme üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmadan elde edilen bulgulara göre, ÇÇT ile uyumlu ve uyumsuz duygu düzenleme stratejileri arasında farklılıkların olduğu görülmüştür. ÇÇT ile uyumsuz duygu düzenleme stratejilerin arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu söz konusuysa, uyumlu duygu düzenleme stratejileri ile negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (Karataş, 2020).

Cinsiyeti kadın olan üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada cinsel, fiziksel ve duygusal istismara maruz kalmış bireylerin, istismar öyküsü olmayan bireylere göre duygu düzenleme konusunda daha fazla zorlandıkları bulgulanmıştır. Araştırmada özellikle duygusal istismarın, duygu düzenleme stratejilerinde yaşanan güçlüklerde en güçlü belirleyici olduğu bildirilmiştir (Burns, Jackson ve Harding, 2010). Benzer şekilde

ülkemizde de üniversite öğrencileri ile bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, duygusal istismar ve cinsel istismar yaşantısı olan bireylerin duygu düzenleme becerilerinin olumsuz bir şekilde etkilendikleri raporlanmıştır (Şahin-Demirkapı, 2014). ÇÇT'nin duygu düzenleme güçlüğü, yetişkinlik döneminde kişilerarası tarz ve psikolojik semptomlar üzerindeki ilişkilerin incelendiği bir çalışmada; çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler sonrasında bireylerde görülen psikolojik sorunlarda, duygu düzenleme güçlüğü ve ketleyici kişilerarası tarz değişkenlerinin aracı rolünün olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bilim, 2012). Çocukluk çağı travma alt türü olan cinsel istismara maruz kalmış kadınların duygularını düzenleme becerilerinin azaldığı gibi kişilerarası ilişkilerinde daha düşük duygusal anlayış gösterdikleri ifade edilmektedir (Shipman, Zemani, Penza ve Champion, 2000).

Borderline kişilik bozukluğu tanılı bireyler, majör depresyon tanılı bireyler ve herhangi bir tanıya sahip olmayan bireylerde çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme zorlukları arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, özellikle duygusal istismar ve ihmal yaşantıları ile duygu düzenleme zorlukları arasında ilişki bildirilmiştir. Ayrıca duygu düzenleme zorluklarının borderline kişilik bozukluğu tanılı bireylerde duygusal istismar ile akut belirtiler arasındaki ilişkiyi etkilediği düşünülmektedir (Carvalho-Fernando ve ark. 2014). ÇÇT ile depresif belirtiler ve travma sonrası stres belirtiler arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı bir rolünün olup olmadığına ilişkin bir çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmaya göre, duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin ÇÇT ile depresyon ve travma sonrası stres belirtileri üzerinde kısmen de olsa aracı bir rolünün olduğu görülmüştür (Alpay, Aydın ve Bellur, 2017). Akyıl (2019) bireylerde ÇÇT, psikolojik iyi oluş ve bilişsel duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bir çalışma yürütmüş ve değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olduğu bulgulanmıştır. Hopfinger, Berking, Bockting ve Ebert (2016) depresyon tanısı almış bireylerde duygu düzenleme stratejileri ilgili bir çalışma yapmışlardır. Yapılan çalışmada duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin, çocukluk çağı travma yaşantılarının hem depresyonun şiddetini artırdığı hem de depresyonun ömür boyu devamlığını etkilemede aracı bir rolünün olduğu bildirilmiştir.

1.4.6. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Üstbiliş İşlevleri Arasındaki İlişki

Üstbilişsel teorilerde genellikle bilişler üzerine odaklanılmaktadır ve bilişsel durumlar çerçevesinde araştırmalar yapılmaktadır. Wells'e (2000) göre, üstbilişsel teorilerin düşüncelerden ziyade duyguların da dahil edildiği tüm iç durumlara uygulanabilmektedir. Duyguların üstbilişsel teoriler noktasındaki yeri araştırmalarda ihmal edilmiştir. Duygular ile ilgili üstbilişin özellikle de duygular ile ilgili inançların duygu düzenlemesi üzerine var olan etkileri üzerine tartışmaların yapıldığı görülmektedir (Manser, Cooper ve Trefusis, 2012). Biliş ile ilgili üstbilişsel bilginin bireylerin bilişsel sitemlerinde işlevsel ya da işlevsiz stratejiler kullanılmaktadır (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997). Benzer olarak duygularla ilgili üstbilişsel bilginin de bu tür stratejilerin ortaya çıkmasına ya da duygu düzenleme yeteneği ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (Manser, Cooper ve Trefusis, 2012).

Alanyazın incelendiğinde, duygu düzenleme ve üstbiliş işlevleri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. Davis, Levine, Lench ve Quaa (2010), çocukların olumsuz duygular hissettiklerinde ne şekilde baş ettikleri ile ilgili incelemeler yapmışlardır. Elde edilen bilgilere göre, çocukların bu olumsuz duyguların etkisini hafifletmek amacıyla üstbilişsel stratejilere başvurdıkları görülmüştür. Gordon-King, Schweitzer ve Dimaggio (2018), kişilik bozukluğu tanılı ve duygularını baskılayan bireylerle bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu bireylere üstbilişsel terapi uygulanmış ve terapinin etkililiğini terapi öncesi ve sonrasında aleksitimi ölçümleri ile değerlendirmişlerdir. Elde edilen sonuçlara göre bireylerde tanısal açıdan düzelmenin gözlemlendiği, var olan depresif ve kaygı belirtileri ile stres düzeylerinde azalmanın olduğu, duygusal süreçlerle de ilgili olarak duygularını tanımada ve düzenlemede gelişmelerin olduğu bildirilmiştir (Gordon-King, Schweitzer ve Dimaggio, 2018).

Başka bir çalışmada travma sonrası stres semptomları, duygu düzenleme ve üstbiliş işlevleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgulara göre, duygu düzenlemenin ve üstbiliş işlevlerinin travma sonrası stres semptomları üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür (Mazloom, Yaghubi ve Mohammadkhani, 2016). Ergenlerin tıknırcasına yeme davranışında, duygu düzenlemede zorlukların ve duygusal farkındalığın eksikliği ile üstbiliş işlevlerinin etkisini incelemek amacıyla bir çalışma yürütülmüştür. Üstbiliş alt boyutları olan bilişsel güven ve düşünceleri kontrol etmede yaşanan sorunların duygu düzenlemede zorlanmalar ve tıknırcasına yeme davranışının üzerinde anlamlı bir

etkisinin olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, üstbiliş işlevleri ve duygu düzenleme güçlüklerinin bütün alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı raporlanmıştır (Laghi, Bianchi, Pompili, Lonigro ve Baiocco, 2018).

1.5. Araştırmanın Amacı

Araştırmada çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, obsesif kompulsif belirtileri üzerindeki yordayıcı rolünü incelemek amaçlanmaktadır.

1.6. Araştırmanın Soruları

Bu çalışmanın araştırma soruları aşağıda verilmiştir:

1. Obsesif kompulsif belirtileri ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Obsesif kompulsif belirtiler ile üstbiliş işlevleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Obsesif kompulsif belirtiler ile duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Çocukluk çağı travmaları ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Çocukluk çağı travmaları ile üstbiliş işlevleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Üstbiliş işlevleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. Çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif belirtilerini yordamakta mıdır?
8. Üstbiliş işlevleri, obsesif kompulsif belirtilerini yordamakta mıdır?
9. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, obsesif kompulsif belirtilerini yordamakta mıdır?
10. Çocukluk çağı travmaları, üstbiliş işlevleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri obsesif kompulsif belirtilerini yordamakta mıdır?

2. YÖNTEM

2.1. Örneklem

Çalışmanın evrenini Türkiye’de OKB tanısına sahip olmayan 18-65 yaş ($Ort_{yaş}=31.78$) aralığındaki katılımcılar oluşturmaktadır. Örneklem grubunu 18-65 yaş aralığında olan toplam 286 kadın-erkek (205 kadın/%71.7 ve 81 erkek/%28.3) bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 1’de verilmiştir. Çalışmaya OKB tanısı olup ilaç kullanan bireyler dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine ilişkin sıklık ve ortalamaların yer aldığı istatistik bilgiler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Değişkenler	Sıklık	Ort.
Yaş		31.78
Cinsiyet		
Kadın	% 71.7 (205)	
Erkek	% 28.3 (81)	
Eğitim Düzeyi		
İlkokul-Ortaokul	% 1.7 (5)	
Lise	% 14.3 (41)	
Üniversite	% 56.3 (161)	
Yüksek Lisans	% 22.7 (65)	
Doktora	% 4.9 (14)	
Medeni Durumu		
Bekar	% 53 (152)	
Beraber yaşıyor	% 0.3 (1)	
Evli	% 42.3 (121)	
Boşanmış	% 4.4 (12)	
Anne-Baba Birlikteliği		
Birlikte	% 20.3 (228)	
Ayrı/Boşanmış/Vefat	% 79.7 (58)	
Anne Eğitim Düzeyi		
İlkokul-Ortaokul	% 58 (166)	
Lise	% 25.9 (74)	
Üniversite	% 15.7 (45)	
Yüksek Lisans	% 0 (0)	
Doktora	% 0.3 (1)	
Baba Eğitim Düzeyi		
İlkokul-Ortaokul	% 45.1 (129)	
Lise	% 27.3 (78)	
Üniversite	% 25.2 (72)	
Yüksek Lisans	% 1.7 (5)	
Doktora	% 0.7 (2)	

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmanın amacı, her türlü bilginin gizli tutulacağı ve çalışmaya katılımın gönüllük esasına dayandığı katılımcılara bilgilendirilmiş onam formunda belirtilmiştir (Ek 1).

2.2.2. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan katılımcılar ile ilgili bilgileri içeren bir formdur. Formun içeriğinde katılımcıların yaşı, cinsiyeti, ekonomik gelirleri, medeni durumları, aynı evde kimlerle yaşadıkları ve toplam kaç kişi oldukları, yaşadıkları yer, herhangi bir kronik rahatsızlıklarının olup olmadığı, psikiyatri tanılarının olup olmadığı ve varsa kullandıkları ilacın olup olmadığına ilişkin soruların yer aldığı bir formdur (Ek 2).

2.2.3. Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri (VOKE)

Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE), Thordarson ve arkadaşları (2004) tarafından OKB'nin belirtileri ve var olan şiddeti değerlendirmek için geliştirilen ve 55 maddeden oluşan bir envanterdir. Orijinal formun geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarında Cronbach Alpha toplam ölçek değerinin .94, alt ölçek değerlerin ise .88 ve .96 aralığında olduğu bildirilmiştir.

Türkçeye uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları İnözü ve Yorulmaz (2013) tarafından yapılmıştır. Voke 5'li likert tipi ile derecelendirilmektedir ve bireylerin öz bildirime 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 kat sayılarının .77 ile .89 değerleri arasında değiştiği ve tüm ölçeğin Cronbach Alpha değerinin .96 olduğu raporlanmıştır. VOKE'nin geçerlik çalışması için hedef dönüştürme analizi yapılmış ve Türkiye örneklemini ile Kanada örneklemin faktör yapılarının birbirleriyle büyük bir oranda örtüştüğü bulgulanmıştır. VOKE'nin orantısal uzlaşma katsayısı değerlerinin .89 ile .95 değerleri arasında değiştiği ifade edilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması için yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen istatistik verileri sonucunda ölçeğin hem geçerli hem de güvenilir olduğu bildirilmiştir (İnöz ve Yorulmaz, 2013). Yapılan bu çalışmada da VOKE'nin Cronbach Alpha değeri .96 olarak bulunmuştur (Ek 3).

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmişti ve toplam 53 maddeden oluşmaktaydı. Daha sonra Bernstein ve arkadaşları (2003) tarafından ölçek tekrar ele alınarak ÇÇTÖ'nün kısa formu geliştirilmiş ve toplam madde sayısı 28 olmuştur.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li likert tipi (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=kimi zaman, 4=sık olarak, 5=çok sık) ile derecelendirilmektedir. Ölçek toplam beş alt boyuttan oluşmaktadır. *Fiziksel istismar* alt boyutun maddeleri 9, 11, 12, 15, 17'dir. *Cinsel istismar* alt boyutun maddeleri 20, 21, 23, 24, 27'dir. *Duygusal istismar* alt boyutun maddeleri 3, 8, 14, 18, 25'tir. *Fiziksel ihmal* alt boyutun maddeleri 1, 4, 6, 2, 26'dir. *Duygusal ihmal* alt boyutun maddeleri ise 5, 7, 13, 19, 28'dir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan ise 125'tir. Bireyin ölçekten aldığı puan arttıkça çocukluk döneminde istismar ve ihmal yaşantılarının varlığına işaret etmektedir. Ölçekte ters maddeler ve kontrol amacı taşıyan maddeler vardır. Ölçeğin ters maddeleri 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28'dir. Kontrol amacı taşıyan maddeler travmanın inkarını ölçmektedir. Kontrol amacı taşıyan maddeler 10., 16., 22. maddelerdir. Bu maddeler ölçeğin puanını etkilememekte ve puanlamaya dahil edilmemektedir. Kontrol amacı taşıyan maddelerden sadece en yüksek puan (5) alındıysa 1 puan olarak ele alınıp hesaplanmaktadır. 0-3 puan aralığında bir minimizasyon puanı elde edilmektedir. Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına göre, iç tutarlılık kat sayısı .93, test-tekrar-test güvenirlik katsayısı ise .90 olarak bildirilmiştir. Alt boyutların korelasyon katsayıları ise şöyledir: Duygusal istismar

korelasyon katsayısı .90, fiziksel istismar korelasyon katsayısı .90, cinsel istismar korelasyon katsayısı .73, fiziksel ihmal korelasyon katsayısı .77, duygusal ihmal .85 korelasyon katsayısı ve minimizasyon korelasyon katsayısı.71'dir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri .93 olarak raporlanmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonunda ölçeğin güvenirliği ve geçerliği için yeterli puanlara ulaşılmıştır (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012). Yapılan bu çalışmada da ÇÇTÖ'nün Cronbach Alpha değeri .73 olarak bulunmuştur (Ek 4).

2.2.5. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Üstbiliş Ölçeği-30, Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Olumlu inanç, bilişsel güven, bilişsel farkındalık, kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı olmak üzere toplam beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipi (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=kısmen katılmıyorum, 3= kısmen katılıyorum, 4=kesinlikle katılıyorum) ile derecelendirilmektedir. 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. maddeler ölçeğin *olumlu inançlar* alt boyutunu ölçmektedir. Bu alt boyut, endişenin bireyin plan yapması ve sorunu çözmesine yönelik olumlu inançları kapsamaktadır. 6, 13, 15, 21, 25, 27. maddeler ise *kontrol edilemezlik ve tehlike* alt boyutları ile ilgili maddelerdir. 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. maddeler, bireyin kendi bellek ve dikkat becerileri ile ilgili olan *bilişsel güven* alt boyutu ile ilgili maddelerdir. 2, 4, 9, 11, 16 ve 22. maddeler ise bireyin gerçeklik payı olmayan, cezalandırılacağına yönelik olumsuz inançları içeren düşünceleri *kontrol ihtiyacı* alt boyutunun maddeleridir. Birey bu düşünceleri kontrol edemediğinde oluşabilecek olumsuz sonuçlardan sorumlu olacağı ve cezalandırılacağı ile ilgilidir. 3, 5, 12, 17, 19 ve 30 maddeler ise bireyin tekrarlı bir şekilde kendi düşünce süreçleri ile ilgilenmesi anlamına gelen *bilişsel farkındalık* alt boyutun maddeleridir. Tüm alt boyutlar, pozitif/negatif üstbilişsel inançlar ve üstbilişsel süreçler olmak iki ortak paydadana oluşmaktadır.

ÜBÖ-30'un Türkçeye uyarlaması ve geçerlik ile güvenirlik çalışmaları Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 120'dir. Bireyin bu ölçekten aldığı puanın yükselmesi işlevsel olmayan üstbilişsel işlevlerin arttığı anlamına gelmektedir. ÜBÖ-30'un Cronbach Alpha güvenirlik değeri .86 olduğu, test-tekrar-test alt boyut korelasyon katsayı değerleri ise .70 ile .85 arasında olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin güvenirlik ve geçerlik çalışmalarından elde edilen istatistiksel

verilerinde yeterli puanlar elde edilmiştir. Yapılan bu çalışmada da ÜBO-30'un Cronbach Alpha değeri .91 olarak bulunmuştur (Ek 5).

2.2.6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2001), bireyin hayat boyu karşılaştığı olumsuz deneyimler sonucunda bilişsel başa çıkma becerileri geliştirdiğini ifade etmişlerdir. Bilişsel başa çıkma becerileri ile ilgili olarak duygu düzenleme becerilerine odaklanmışlardır. Bireylerin olumsuz deneyimlerle karşılaştıklarında geliştirdikleri duygu düzenleme stratejilerinin neler olduğunu ölçebilmek için Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) geliştirmişlerdir. Garnefski, Legerstee, Kraaij, Den-Kommer ve Teerds (2002) tarafından, ölçeğin ergen ve yetişkin bireylerde, farklı yaş gruplarında kullanımının uygun olduğu ifade edilmiştir.

Ölçek “kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, ruminasyon, pozitif yeniden odaklanma, plan tekrar odaklanma, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme, pozitif yeniden değerlendirme” olmak üzere toplam 9 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar, uyumlu başa çıkma stratejileri ve uyumsuz başa çıkma stratejileri olmak üzere iki grupta sınıflandırılmıştır. Uyumlu başa çıkma stratejileri “kabul etme, pozitif tekrar odaklanma, pozitif yeniden değerlendirme, plana tekrar odaklanma, bakış açısına yerleştirme” alt boyutlarından oluşmaktadır. Uyumsuz başa çıkma stratejileri ise, “ruminasyon, felaketleştirme, kendini suçlama ve başkalarını suçlama” alt boyutları ile sınıflandırılmaktadır. Her bir alt boyut toplam 4 maddeden oluşmakta ve ölçeğin toplam madde sayısı 36’dır. Ölçekte *kendini suçlama* alt boyutunun maddeleri 1, 10, 19, 28’dir. *Başkalarını suçlama* alt boyutunun maddeleri 9, 18, 27, 36’dır. *Kabul etme* alt boyutunun maddeleri 2, 11, 20, 29’dur. *Ruminasyon* alt boyutunun maddeleri 3, 12, 21, 30’dur. *Pozitif yeniden odaklanma* alt boyutunun maddeleri ise 4, 13, 22, 31’dir. *Plana tekrar odaklanma* alt boyutunun maddeleri 5, 14, 23, 32’dir. *Bakış açısına yerleştirme* alt boyutunun maddeleri de 7, 16, 25, 34’tür. *Felaketleştirme* alt boyutunun maddeleri 8, 17, 26, 35’tir. Son olarak, *pozitif yeniden değerlendirme* alt boyutunun maddeleri ise 6, 15, 24, 33’tür (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001).

Onat ve Otrar (2010) tarafından BDDÖ’nün Türkçeye uyarlaması, güvenirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek 5’li likert tipi (1=hemen hemen hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sık sık, 5= hemen hemen her zaman) ile derecelendirilmekte ve

toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin güvenirlik çalışmaları için Cronbach Alpha ve test-tekrar-test çalışmaları yapılmış ve ölçeğin Cronbach Alpha değeri “ $\alpha=0,784$ ” olarak raporlanmıştır. Test-tekrar-test güvenirlik katsayısının ise, “ $r=1,00$ ” olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin geçerlik çalışması için Olumsuz Duygudurum Ölçeği ile arasındaki ilişkiye bakılmış ve “ $r=-,572$ ” değerine ulaşılarak anlamlı bir ilişkinin olduğu ifade edilmiştir. Elde edilen istatistiksel analizler sonucunda ölçeğin geçerlik ve güvenirlik açısından yeterli puanı olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmada da BDDÖ’nün Cronbach Alpha değeri .91 olarak bulunmuştur (Ek 6).

2.3. İşlem

Öncelikle Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nden çalışmanın yapılacağına ilişkin etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin izni de Türkçeye uyarlayan akademisyenlerden alındıktan sonra, ölçekler ve formlar Google Formlar sitesine yüklenmiştir. Bilgilendirilmiş Onam Formu’nda belirtilen araştırmanın amacını ve detaylarını okuyan katılımcılar gönüllü bir şekilde çalışmaya katılmıştır. Araştırmanın formlarını ve ölçeklerini doldurmak yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Elde edilen veriler SPSS 20 paket programa yüklendikten sonra analiz edilmiştir.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmaya katılan katılımcıların çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme stratejileri ve üstbiliş işlevleri ile ilgili elde edilen puanları bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. Katılımcıların obsesif kompulsif belirtilerine yönelik elde edilen puanları ise araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır. Değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği analiz etmek için Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılmış ve elde edilen analizler raporlanmıştır. Kategorik değişkenlerin (cinsiyet gibi) sayı ve yüzdeliğine ilişkin istatistiksel analizine bakılmıştır. Sayısal değişkenlerin ise (örneğin, üstbiliş işlevleri alt boyut puanları gibi) ortalama, standart sapma, maksimum ve minimum puanlarını içeren tanımlayıcı istatistik analizleri kontrol edilmiştir. Değişkenlerin güvenirliğini kontrol etmek amacıyla Cronbach Alpha değerleri ile normal dağılım gösterip göstermediklerine ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri de raporlanmıştır. Araştırmadaki değişkenlerin aralarındaki ilişkiyi analiz etmek için Pearson ve Spearman Korelasyon analizleri yapılmıştır. Değişkenler arasında anlamlı etkinin varlığı görebilmek için çoklu regresyon analizleri ve

bu değişkenlerin arasındaki anlamlı farklılığı analiz edebilmek için T Testi analizleri yapılmıştır.



3. BULGULAR

3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları ile İlgili Elde Edilen Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya katılan katılımcıların verilerinden elde edilen bilgiler doğrultusunda ölçeklerin alt boyutlarından elde edilen puanların ortalaması, en küçük ve en büyük değerleri, güvenirlik (Cronbach Alpha) ve normal dağılımına (çarpıklık ve basıklık) ilişkin değerleri Tablo 2’de yer verilmiştir. Verilerin uç değerlerine ve mahalanobis değerlerine bakılmıştır. Bu bağlamda 8 katılımcı dışlanarak çalışmanın örneklem grubu oluşturulmuştur. BDDÖ’nün pozitif yeniden odaklanma alt boyutunun on üçüncü maddesi ile ÇÇTÖ’nün fiziksel ihmal alt boyutunun ikinci maddesi silinerek Cronbach Alpha değerleri yükseltilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değeri +3 ve -3 aralığında (Kline, 2011; 2016) olan veriler için parametrik testler kullanılmıştır ve aralığın dışında olan veriler ile ilgili analizlerde de non-parametrik testler kullanılmıştır.

Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	n	Ort.	SS.	Min.	Max.	Cronbach Alpha	Çarpıklık	Basıklık
ÇÇTÖ Toplam	286	35.82	9.51	24	75	.72	1.57	2.64
ÇÇTÖ Alt Ölçekler								
Fiziksel İstismar	286	5.69	1.67	5	16	.68	3.13	13.84
Cinsel İstismar	286	6.39	3.49	5	25	.90	3.04	8.91
Duygusal İstismar	286	7.61	1.48	5	25	.74	1.58	2.03
Fiziksel İhmal	286	4.83	1.62	4	13	.56	2.70	8.33
Duygusal İhmal	286	10.51	4.41	5	25	.79	.79	.31
VOKE Toplam	286	56.59	36.95	0	168	.96	.69	-.15
VOKE Alt Ölçekler								
Bulaşma-Kirlenme	286	13.59	10.22	0	45	.90	.75	-.01
Kontrol Etme	286	6.37	6.28	0	24	.93	1.02	.16
Obsesyonlar	286	10.94	8.73	0	41	.87	.94	.36

Biriktirme	286	4.61	5.22	0	24	.87	1.42	1.58
Sadece Doğru Hissetme	286	13.62	9.20	0	24	.87	.60	-.37
Kararsızlık	286	7.45	4.52	6	24	.85	.63	-.62
ÜBÖ-30 Toplam	286	66.81	16.2	31	108	.91	.08	-.60
ÜBÖ-30 Alt Ölçekler								
Olumlu İnançlar	286	11.63	4.52	6	24	.88	.63	-.35
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	286	13.06	4.42	6	24	.81	.33	-.69
Bilişsel Güven	286	11.92	4.69	6	24	.88	.75	-.15
Kontrol ihtiyacı	286	13.77	5.07	6	24	.87	.30	-.91
Bilişsel Farkındalık	286	3.82	3.85	6	24	.73	-.30	-.14
BDDÖ Alt Ölçekleri								
Kendini Suçlama	286	11	3.41	4	20	.77	.11	-.27
Kabul Etme	286	12.23	3.53	4	20	.73	-.11	-.28
Ruminasyon	286	14.03	3.70	4	20	.78	-.30	-.37
Pozitif Yeniden Odaklanma	286	10.32	2.80	3	15	.73	-.22	-.30
Plana Tekrar Odaklanma	286	15.96	3.30	4	20	.79	-1.04	1.42
Pozitif Yeniden Değerlendirme	286	15.43	3.67	4	20	.79	-.87	.52
Bakış Açısına Yerleştirme	286	13.55	3.44	4	20	.74	-.42	.13
Felaketleştirme	286	9.24	3.80	4	19	.81	.52	-.48
Diğerlerini Suçlama	286	10.28	3.71	4	20	.84	.14	-.54

Not. ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri, ÜBO-30=Üstbiliş İşlevleri Ölçeği, BDDÖ=Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

3.2. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Analizleri

Araştırmada normal dağılım gösteren değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım göstermeyen değişkenler arasındaki ilişkiyi de incelemek için Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Değişkenler arası

anlamli fark olup olmadığını görmek amacıyla T testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann Whitney U testi yapılmıştır.

3.2.1. Cinsiyet ve Yaş Değişkeninin Diğer Değişkenler ile Analizi: Korelasyon Analizi ve T Testi

Cinsiyetler arası değişkenlerin analizi detaylı bir şekilde Tablo 3’te incelendiğinde, biriktirme obsesif kompulsif alt boyutunun cinsiyetler arasında farklılaştığı görülmektedir ($t(285)=-2.89, p<.01$). Bu bulguya göre, obsesif kompulsif belirtileri olarak biriktirme alt boyutunun kadınlara göre erkeklerde daha fazla görüldüğü söylenebilir. Cinsiyetler arasında olumlu inançlar ($t(285)=-4.12, p<.01$) ve kontrol edilemezlik-tehlike ($t(285)=-2.31, p<.05$) alt boyutlarında da anlamlı farklılıkların olduğu görülmektedir. Kadınlara göre erkeklerin daha fazla olumlu inançları ve kontrol edilemezlik-tehlike üstbiliş işlevlerine başvurdukları bulgulanmıştır. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutu olan kendini suçlama stratejisinin cinsiyetler arasında anlamlı farkın olduğu görülmektedir ($t(285)=1.98, p<.05$) ve kadınların erkeklere göre daha fazla bilişsel duygu düzenlemesi olarak kendini suçlama stratejisini kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3. Cinsiyet Değişkeni ile Normal Dağılım Gösteren Değişkenler ile T Testi

	Kadın		Erkek		T
	Ort	SS	Ort	SS	
ÇÇTÖ Toplam	35.67	9.78	36.20	8.84	-.42
ÇÇTÖ Alt Boyutları					
Duygusal İstismar	769	3.60	7.41	3.19	.62
Duygusal İhmal	10.28	4.37	11.10	4.49	-1.42
VOKE Toplam	55.63	37.39	59.00	35.95	-.69
VOKE Alt Boyutları					
Bulaşma/Kirlenme	1367	9.15	13.38	9.15	.21
Kontrol Etme	6.18	6.48	6.86	5.76	-.83
Obsesyonlar	10.60	8.87	11.80	8.37	.30
Sadece Doğru Hissetme	13.52	9.53	13.88	8.36	.77
Biriktirme	4.06	4.95	6.01	5.64	-2.89**
Kararsızlık	7.60	5.78	7.06	4.79	.81
ÜBO-30 Toplam	66.05	16.06	68.74	16.51	-1.27
ÜBO-30 Alt Boyutları					
Olumlu İnançlar	10.96	4.25	13.33	4.76	-4.12**
Kontrol Edilemezlik-Tehlike	12.68	4.44	14.01	4.27	-2.31*
Bilişsel Güven	12.04	4.84	11.60	4.30	.71
Kontrol İhtiyacı	14.00	5.19	13.17	4.76	1.24
Bilişsel Farkındalık	16.37	3.92	16.62	3.55	-.49
BDDÖ Alt Boyutları					
Kendini Suçlama	11.25	3.52	10.37	3.06	1.98*
Başkalarını Suçlama	10.33	3.76	10.14	3.59	.40
Kabul Etme	12.48	3.66	11.60	3.13	1.90
Ruminasyon	14.27	3.74	13.41	3.53	1.79
Plana Tekrar Odaklanma	15.94	3.31	16.01	3.30	-.18
Bakış Açısına Yerleştirme	13.73	3.38	13.09	3.59	1.42
Felaketleştirme	9.27	3.84	9.17	3.72	.20
Pozitif Yeniden Değerlendirme	15.51	3.77	15.22	3.43	.60
Pozitif Yeniden Odaklanma	10.36	2.86	10.25	2.66	.30

Not. ** p<.01; * p<.05; ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri; ÜBO-30= Üstbiliş İşlevleri Ölçeği; BDDÖ=Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Cinsiyetler arasında cinsel istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal farklarını analiz etmek için Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda cinsiyetler arasında cinsel istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmale maruz kalma ile ilgili anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyet Değişkeni ile Normal Dağılım Göstermeyen Değişkenler Arasında Mann Whitney U Analizi

ÇÇTÖ Alt Boyutları	Ortalama Rank Kadın	Ortalama Rank Erkek	Mann-Whitney U	P
Cinsel İstismar	146.3	136.4	7727.5	.24
Fiziksel İstismar	142.28	146.6	8051.5	.60
Fiziksel İhmal	138.9	155.14	7359.5	.07

Not. ** $p<.01$; * $p<.05$; ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Yaş değişkeninin diğer değişkenlerle ilişkisi Tablo 5 ve 6'da incelenmiştir. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlamanın ($r=-.18$, $p<.01$), başkalarını suçlamanın ($r=-.16$, $p<.01$), ruminasyonun ($r=-.18$, $p<.01$) ve felaketleştirmenin ($r=-.16$, $p<.01$) her biri ile yaş arasında negatif yönde anlamlı ilişkinin olduğu görülmektedir. Yani yaş arttıkça bireylerin bu duygu düzenleme stratejilerine (kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon, felaketleştirme) daha az başvurmaları söz konusudur. Obsesif kompulsif belirtilerden obsesyonların ($r=-.20$, $p<.01$), sadece doğru hissetme ($r=-.17$, $p<.01$), kararsızlık ($r=-.26$, $p<.01$), VOKE toplam ($r=-.13$, $p<.01$) alt boyutları ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Yani yaş arttıkça bu obsesif kompulsif belirtileri (obsesyonlar, sadece doğru hissetme, kararsızlık, obsesif kompulsif toplam) daha az görülmektedir. Üstbiliş işlevlerinden kontrol edilemezlik-tehlike ($r=-.17$, $p<.01$), kontrol ihtiyacı ($r=-.17$, $p<.01$), bilişsel farkındalık ($r=-.12$, $p<.01$) ve ÜBO-30 toplam ($r=-.12$, $p<.01$) alt boyutları ile yaş arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Bu bulguya göre, yaş arttıkça üstbiliş işlevlerine (kontrol edilemezlik-tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık, üstbiliş işlevleri toplam) daha az başvurulduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutları ile yaş arasında herhangi bir doğrusal ilişki yoktur ($p>.05$).

Tablo 5. Yaş Değişkeni ile Normal Dağılım Gösteren Değişkenler Arasında Pearson Korelasyon Analizleri

BDDÖ Alt Boyutları	r	VOKE Alt Boyutları	r	ÜBO-30 Alt Boyutları	r	ÇÇTÖ Alt Boyutları	r
Kendini Suçlama	-.18**	Bulaşma/Kirlenme	.05	Olumlu İnançlar	.04	Duygusal İhmal	-.02
Başkalarını Suçlama	-.16**	Kontrol Etme	-.05	Kontrol Edilemezlik	-.17**	Duygusal İstismar	.11
Kabul Etme	-.07	Obsesyonlar	-.20**	Bilişsel Güven	-.01	ÇÇTÖ Toplam	-.05
Ruminasyon	-.18**	Sadece Doğru Hissetme	-.17**	Kontrol İhtiyacı	-.17**		
Plana Tekrar Odaklanma	.11	Biriktirme	-.01	Bilişsel Farkındalık	-.12*		
Bakış Açısına Yerleştirme	.06	Kararsızlık	-.26**	ÜBO-30 Toplam	-.12*		
Felaketleştirme	-.16**	VOKE Toplam	-.13*				
Pozitif Yeniden Değerlendirme	.12*						
Pozitif Yeniden Odaklanma	.13*						

Not. ** p<.01; * p<.05; ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri; ÜBO-30= Üstbiliş İşlevleri Ölçeği; BDDÖ=Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Tablo 6. Yaş Değişkeni ile Normal Dağılım Göstermeyen Değişkenler Arasında Spearman Korelasyon Analizleri

ÇÇTÖ Alt Boyutları	r
Cinsel İstismar	-.04
Fiziksel İstismar	-.07
Fiziksel İhmal	.05

Not. ** p<.01; * p<.05; ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutları (ÇÇTÖ Alt Boyutları) ve Obsesif Kompulsif Belirtileri Alt Boyutları (VOKE Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi

Yapılan çalışmada VOKE toplam ile ÇÇTÖ toplam puanları arasında anlamlı bir doğrusal ilişkinin olmadığı görülmektedir ($p>.05$). Ayrıca ÇÇTÖ toplam ile bulaşma/kirlenme, kontrol etme, biriktirme, kararsızlık VOKE alt boyutları ile arasında doğrusal bir ilişkinin olmadığı bulgulanmıştır ($p>.05$). ÇÇTÖ toplam ile obsesyonlar ($r=.19$

$p<.01$) ve sadece doğru hissetme ($r=.14$ $p<.05$) arasında düşük düzeyde anlamlı doğrusal ilişkiler vardır (Tablo 6).

Duygusal istismar ile obsesyonlar arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=.22$ $p<.01$). Duygusal istismar ve sadece doğru hissetme arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir ($r=.14$, $p<.05$). Ayrıca duygusal istismar ve kararsızlık arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulgulanmıştır ($r=.14$, $p<.05$). Duygusal ihmal ile VOKE'nin herhangi bir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>.05$). Ayrıca VOKE toplam ile duygusal istismar ve duygusal ihmal arasında da anlamlı doğrusal ilişki yoktur ($p>.05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Duygusal İhmal ve Duygusal İstismar ile VOKE Alt Boyutları Arasında Pearson Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ÇÇTÖ Alt Boyutları	1. Duygusal İstismar	1									
	2. Duygusal İhmal	.55**	1								
	3. ÇÇTÖ Toplam	.81**	.75**	1							
VOKE Alt Boyutları	4. Bulaşma/Kirlenme	-.08	-.07	-.05	1						
	5. Kontrol Etme	-.03	-.10	-.07	.58**	1					
	6. Obsesyonlar	.22**	.09	.19**	.57**	.56**	1				
	7. Sadece Doğru Hissetme	.14*	.06	.14*	.66**	.63**	.73**	1			
	8. Biriktirme	.05	.04	.09	.40**	.44**	.60**	.56**	1		
	9. Kararsızlık	.14*	.07	.11	.51**	.52**	.74**	.75**	.54**	1	
	10. VOKE Toplam	.08	.01	.08	.81**	.76**	.87**	.90**	.69**	.82**	1

Not. ** $p<.01$; * $p<.05$; VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri, ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

VOKE'nin alt boyutları ile ÇÇTÖ alt boyutları fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal alt boyutları arasındaki ilişkiler Tablo 8'de incelenmiştir. Fiziksel ihmal ile kontrol etme arasında ($r=.14$ $p<.05$), fiziksel ihmal ile obsesyonlar arasında ($r=.20$ $p<.01$), fiziksel ihmal ile sadece doğru hissetme arasında ($r=.17$ $p<.05$) ve fiziksel ihmal ile biriktirme arasında ($r=.13$ $p<.05$) düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Fiziksel istismar ile VOKE'nin herhangi bir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>.05$). Aynı zamanda cinsel istismar ile VOKE'nin herhangi bir alt boyutu arasında da anlamlı bir ilişki yoktur ($p>.05$).

Tablo 8. Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar ve Fiziksel İhmal ile VOKE Alt Boyutları Arasında Spearman Korelasyon Analizi

	Bulaşma/ Kirlenme	Kontrol Etme	Obsesyonlar	Sadece Doğru Hissetme	Biriktirme	Kararsızlık
Fiziksel İstismar	-.08	-.03	.19	.07	.01	.03
Cinsel İstismar	.00	-.07	.06	.06	.08	.08
Fiziksel İhmal	.04	.14*	.20**	.17**	.13*	.08

Not. ** p<.01; * p<.05

3.2.3. Üstbiliş İşlevleri Alt Boyutları (ÜBO-30 Alt Boyutları) ve Obsesif Kompulsif Belirtileri Alt Boyutları (VOKE Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi

VOKE toplam puanı ile ÜBO-30 toplam puanları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir doğrusal ilişki vardır ($r=.63$, $p<.01$) (Tablo 9). Yani bu sonuca göre bireylerde işlevsel olmayan üstbiliş işlevleri arttıkça obsesif kompulsif belirtilerinin arttığı görülmektedir. Değişkenlerin alt boyutları arasındaki ilişkiler de detaylı bir şekilde incelenmiştir. Aynı zamanda VOKE toplam ile olumlu inanç alt boyutu ($r=.64$, $p<.01$); kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutu ($r=.84$, $p<.01$); bilişsel güven ($r=.51$, $p<.01$); kontrol ihtiyacı ($r=.84$, $p<.01$) ve bilişsel farkındalık ($r=.51$, $p<.01$) arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde anlamlı doğrusal ilişkiler vardır.

VOKE'nin alt boyutu olan bulaşma-kirlenme alt boyutunun ÜBO-30 alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelenmiştir. İlk olarak olumlu inanç alt boyutu ($r=.33$, $p<.01$); kontrol edilmezlik-tehlike alt boyutu ($r=.39$, $p<.01$); kontrol ihtiyacı alt boyutu ($r=.45$, $p<.01$) ve bilişsel farkındalık alt boyutu ($r=.32$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir. VOKE'nin kontrol etme alt boyutunun ÜBO-30'un alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, olumlu inanç alt boyutu ($r=.38$, $p<.01$); kontrol edilemezlik alt boyutu ($r=.38$, $p<.01$); kontrol ihtiyacı ($r=.42$, $p<.01$) ve bilişsel farkındalık ($r=.32$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkinin olduğu bulgulanmıştır. VOKE'nin obsesyonlar alt boyutunun ÜBO-30'un alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, olumlu inançlar alt boyutu ($r=.34$, $p<.01$); kontrol edilmezlik-tehlike alt boyutu ($r=.56$, $p<.01$); bilişsel güven ($r=.15$, $p<.05$); kontrol ihtiyacı ($r=.60$, $p<.01$) ve bilişsel farkındalık ($r=.44$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkinin olduğu görülmektedir. VOKE'nin biriktirme alt boyutunun ÜBO-30'un alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, olumlu inançlar alt boyutu ($r=.31$, $p<.01$); kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutu ($r=.37$, $p<.01$);

bilişsel güven ($r=.13$, $p<.05$); kontrol ihtiyacı ($r=.36$, $p<.01$) ve bilişsel farkındalık ($r=.24$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkinin olduğu görülmektedir. VOKE'nin sadece doğru hissetme alt boyutunun ÜBO-30'un alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, olumlu inançlar alt boyutu ($r=.40$, $p<.01$); kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutu ($r=.54$, $p<.01$); bilişsel güven ($r=.22$, $p<.01$); kontrol ihtiyacı ($r=.62$, $p<.01$) ve bilişsel farkındalık ($r=.46$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkinin olduğu bulgulanmıştır. VOKE'nin kararsızlık alt boyutunun ÜBO-30'un alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, olumlu inanç alt boyutu ($r=.29$, $p<.01$); kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutu ($r=.52$, $p<.01$); bilişsel güven ($r=.26$, $p<.01$); kontrol ihtiyacı ($r=.66$, $p<.01$) ve bilişsel farkındalık ($r=.38$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 9).



Tablo 9. ÜBO-30 Alt Boyutları ile VOKE Alt Boyutları Arasında Pearson Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
VOKE Alt Boyutları	1. Bulaşma/Kirlenme	1												
	2.Kontrol Etme	.58**	1											
	3. Obsesyonlar	.57**	.56**	1										
	4.Biriktirme	.40**	.44**	.59**	1									
	5.Sadece Doğru Hissetme	.66**	.63**	.73**	.56**	1								
	6.Kararsızlık	.51**	.52**	.74**	.54**	.75**	1							
	7.VOKE Toplam	.81**	.76**	.87**	.69**	.90**	.81**	1						
ÜBO-30 Alt Boyutları	8.Olumlu İnanç	.33**	.38**	.34**	.31**	.40**	.29**	.64**	1					
	9. Kontrol Edilemezlik/Tehlike	.39**	.38**	.56**	.37**	.54**	.52**	.84**	.45**	1				
	10.Bilişsel Güven Alt Boyutu	.07	.07	.15**	.13*	.22**	.26**	.51**	.06	.28**	1			
	11. Kontrol İhtiyacı	.45**	.42**	.60**	.36**	.62**	.66**	.84**	.35**	.70**	.35**	1		
	12. Bilişsel Farkındalık	.32**	.32**	.44**	.24**	.46**	.38**	.51**	.47**	.62**	.08	.61**	1	
	13. ÜBO-30 Toplam	.44**	.44**	.58**	.39**	.62**	.60**	.63**	.42**	.57**	.18**	.64**	.45**	1

Not. ** p<.01; * p<.05; VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri; ÜBO-30= Üstbiliş İşlevleri Ölçeği

3.2.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Alt Boyutları (BDDÖ Alt Boyutları) ile Obsesif Kompulsif Belirtiler (VOKE Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi

VOKE toplam puanı ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.48$, $p<.01$); kabul etme ($r=.37$, $p<.01$); ruminasyon ($r=.39$, $p<.01$); bakış açısına yerleştirme ($r=.22$, $p<.01$); felaketleştirme ($r=.48$, $p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.37$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir. Yani bireylerin obsesif kompulsif belirtileri arttıkça bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, kabul etme, ruminasyon, pozitif yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme ve başkalarını suçlama) puanlarının da artması söz konusudur (Tablo 10).

VOKE'nin alt boyutu olan bulaşma-kirlenme alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.31$, $p<.01$); kabul etme ($r=.21$, $p<.01$); ruminasyon ($r=.22$, $p<.01$); pozitif yeniden odaklanma ($r=.12$, $p<.05$); bakış açısına yerleştirme ($r=.23$, $p<.01$); felaketleştirme ($r=.29$, $p<.01$) başkalarını suçlama ($r=.23$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir. VOKE'nin alt boyutu olan kontrol etme alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.32$, $p<.01$); kabul etme ($r=.25$, $p<.01$); ruminasyon ($r=.30$, $p<.01$); bakış açısına yerleştirme ($r=.22$, $p<.01$); felaketleştirme ($r=.39$, $p<.01$); başkalarını suçlama ($r=.19$, $p<.01$) ile aralarında pozitif yönde anlamlı ilişkiler vardır. VOKE'nin alt boyutu olan obsesyonlar alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.47$, $p<.01$); kabul etme ($r=.32$, $p<.01$); ruminasyon ($r=.37$, $p<.01$); bakış açısına yerleştirme ($r=.16$, $p<.01$); felaketleştirme ($r=.47$, $p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.38$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir. VOKE'nin alt boyutu olan biriktirme alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.29$, $p<.01$); kabul etme ($r=.23$, $p<.01$); ruminasyon ($r=.17$, $p<.01$); bakış açısına yerleştirme ($r=.15$, $p<.05$); felaketleştirme ($r=.29$, $p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.29$, $p<.01$) ile aralarında pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkiler vardır. VOKE'nin alt boyutu olan sadece doğru hissetme alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.44$, $p<.01$); kabul etme ($r=.37$,

$p<.01$); ruminasyon ($r=.40$, $p<.01$); bakış açısına yerleştirme ($r=.16$, $p<.01$); felaketleştirme ($r=.44$, $p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.37$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir. VOKE'nin alt boyutu olan kararsızlık alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.54$, $p<.01$); kabul etme ($r=.46$, $p<.01$); ruminasyon ($r=.41$, $p<.01$); bakış açısına yerleştirme ($r=.15$, $p<.05$); felaketleştirme ($r=.47$, $p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.37$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca kararsızlık alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutlarından pozitif yeniden değerlendirme ($r=-.13$, $p<.05$) ve pozitif yeniden odaklanma ($r=-.12$, $p<.05$) ile negatif yönde anlamlı doğrusal bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Tablo 10).



Tablo 10. VOKE Alt Boyutları ile BDDÖ Alt Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
BDDÖ Alt Boyutları	1.Kendini Suçlama	1															
	2.Başkalarını Suçlama	.49**	1														
	3.Kabul Etme	.62**	.41**	1													
	4.Ruminasyon	.52**	.44**	.55**	1												
	5.Plana Tekrar Odaklanma	.17**	.14*	.27**	.43**	1											
	6.Bakış Açısına Yerleştirme	.30**	.37**	.36**	.32**	.49**	1										
	7.Felaketleştirme	.57**	.66**	.45**	.48**	.00	.27**	1									
	8.Pozitif Yeniden Değerlendirme	.00	.05	.17**	.29**	.75**	.61**	-.10	1								
	9.Pozitif Yeniden Odaklanma	-.15*	-.03	-.04	.04	.49**	.45**	-.10	.55**	1							
VOKE Alt Boyutları	10.Bulaşma/ Kirlenme	.31**	.23**	.21**	.22**	.11	.23**	.29**	.02	.12*	1						
	11.Kontrol Etme	.32**	.19**	.25**	.30**	.10	.22**	.39**	.10	.11	.58**	1					
	12.Obsesyonlar	.47**	.38**	.32**	.37**	.02	.16**	.47**	-.07	-.05	.57**	.56**	1				
	13.Sadece Doğru Hissetme	.44**	.37**	.37**	.40**	.09	.16**	.44**	-.02	-.05	.66**	.63**	.73**	1			
	14.Biriktirme	.29**	.30**	.23**	.17**	.05	.15*	.29**	.00	.00	.40**	.44**	.60**	.56**	1		
	15.Kararsızlık	.54**	.37**	.46**	.41**	-.01	.11	.47**	-.13*	-.12*	.51**	.52**	.74**	.75**	.54**	1	
	16.VOKE Toplam	.48**	.37**	.37**	.39**	.08	.22**	.48**	-.02	.01	.81**	.76**	.87**	.90**	.69**	.82**	1

Not. ** p<.01; * p<.05; VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri; BDDÖ=Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

3.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutları (ÇÇTÖ Alt Boyutları) ve Üstbiliş İşlevleri Alt Boyutları (ÜBO-30 Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi

ÜBO-30 toplam puanı ile ÇÇTÖ toplam puanı arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r=.15$, $p<.01$). ÇÇTÖ toplam ile kontrol edilemezlik/tehlike ($r=.12$, $p<.05$); bilişsel güven ($r=.22$, $p<.01$); kontrol ihtiyacı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.16$, $p<.01$) anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Duygusal ihmal ile bilişsel güven arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.18$, $p<.01$); duygusal ihmal ile kontrol ihtiyacı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.12$, $p<.05$) anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir. Duygusal istismar ile bilişsel güven arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.15$, $p<.01$); duygusal istismar ile kontrol ihtiyacı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.17$, $p<.01$) anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Duygusal İstismar ve Duygusal İhmal ile ÜBO-30 Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
ÜBO-30 Alt Boyutları	1. Olumlu İnançlar	1								
	2. Kontrol Edilemezlik-Tehlike	.45**	1							
	3. Bilişsel Güven	.06	.28**	1						
	4. Kontrol İhtiyacı	.35**	.70**	.35**	1					
	5. Bilişsel Farkındalık	.48**	.62**	.08	.61**	1				
	6. ÜBO-30 Toplam	.42**	.57**	.18**	.64**	.45**	1			
ÇÇTÖ Alt Boyutları	7. Duygusal İhmal	-.01	.02	.18**	.12*	-.03	.08	1		
	8. Duygusal İstismar	-.01	.09	.15**	.17**	.06	.13*	.55**	1	
	9. ÇÇTÖ Toplam	-.01	.12*	.22**	.16**	.04	.15**	.75**	.81**	1

Not. ** $p<.01$; * $p<.05$; ÜBO-30=Üstbiliş İşlevleri Ölçeği; ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmalin ÜBO-30 alt boyutları ile arasındaki ilişkiler detaylı bir şekilde Tablo 12’de verilmiştir. Fiziksel ihmal ile olumlu inançlar arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.13$, $p<.05$); fiziksel ihmal ile kontrol edilemezlik-tehlike pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.16$, $p<.01$) anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir. Fiziksel istismar ile üstbiliş işlevleri alt boyutları ve cinsel istismar

ile üstbiliş işlevleri alt boyutları arasında anlamlı doğrusal ilişkilerin olmadığı görülmektedir ($p>.05$).

Tablo 12. Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar ve Fiziksel İhmal ile ÜBO-30 Alt Boyutları Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8
ÇÇTÖ Alt Boyutları	1.Fiziksel İstismar	1							
	2.Cinsel İstismar	.29**	1						
	3.Fiziksel İhmal	.18**	.08	1					
ÜBO-30 Alt Boyutları	4.Olumlu İnançlar	.01	-.02	.13*	1				
	5.Kontrol Edilemezlik- Tehlike	.11	.08	.16**	.43**	1			
	6.Bilişsel Güven	.12	.08	.07	.12*	.28**	1		
	7.Kontrol İhtiyacı	.07	.04	.08	.35**	.69**	.35**	1	
	8.Bilişsel Farkındalık	.04	.01	.05	.45**	.61**	.06	.62**	1

Not. ** $p<.01$; * $p<.05$; ÜBO-30=Üstbiliş İşlevleri Ölçeği; ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

3.2.6. Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutları (ÇÇTÖ Alt Boyutları) ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Alt Boyutları (BDDÖ Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi

Çocukluk çağı travmaları ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkiler Tablo 13'te detaylı bir şekilde verilmiştir. ÇÇTÖ toplam puanının kendini suçlama ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.16$, $p<.01$), başkalarını suçlama ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.18$, $p<.01$), kabul etmenin pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.13$, $p<.05$) ve felaketleştirme ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.15$, $p<.05$) anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir. Ayrıca ÇÇTÖ toplam puanının plana tekrar odaklanma ile negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-.13$, $p<.05$), bakış açısına yerleştirme ile negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-.13$, $p<.05$), pozitif yeniden değerlendirme ile negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-.27$, $p<.01$) ve pozitif yeniden odaklanma ile negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-.25$, $p<.01$) anlamlı ilişkilerin olduğu bulgulanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanı ile ruminasyon arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir ($p>.05$). Duygusal ihmalin plana tekrar odaklanma ile negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-.22$, $p<.01$), bakış açısına yerleştirme ile negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-.16$, $p<.01$), pozitif yeniden değerlendirme ile negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-.29$, $p<.01$) ve pozitif yeniden odaklanma ile negatif yönlü orta düzeyde ($r=-.30$, $p<.01$) anlamlı

doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Duygusal istismarın pozitif yeniden değerlendirme ile negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-.18$, $p<.05$) ve pozitif yeniden odaklanma ile negatif yönlü orta düzeyde ($r=-.26$, $p<.01$) anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda duygusal istismarın kendini suçlama ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.26$, $p<.01$), başkalarını suçlama ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.21$, $p<.01$), kabul etmenin pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.21$, $p<.05$), ruminasyon ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.18$, $p<.01$) ve felaketleştirme ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.19$, $p<.01$) anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir.

Tablo 13. Duygusal İhmalin ve Duygusal İstismarın BDDÖ Alt Boyutları ile Pearson Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ÇÇTÖ Alt Boyutları	1.Duygusal İhmal	1											
	2.Duygusal İstismar	.78**	1										
	3. ÇÇTÖ Toplam	.77**	.50**	1									
BDDÖ Alt Boyutları	4.Kendini Suçlama	.10	.26**	.16**	1								
	5.Başkalarını Suçlama	.10	.21**	.18**	.48**	1							
	6.Kabul Etme	.09	.21**	.13*	.58**	.37**	1						
	7.Ruminasyon	-.03	.18**	.06	.50**	.41**	.51**	1					
	8.Plan Tekrar Odaklanma	-.22**	-.04	-.13*	.10	.07	.18**	.38**	1				
	9.Bakış Açısına Yerleştirme	-.16**	-.07	-.13*	.26**	.34**	.29**	.26**	.39**	1			
	10.Felaketleştirme	.08	.19**	.15*	.56**	.66**	.43**	.45**	-.06	.26**	1		
	11.Pozitif Yeniden Değerlendirme	-.29**	-.18*	-.27**	-.04	.00	.11	.26**	.71**	.55**	-.12*	1	
	12.Pozitif Yeniden Odaklanma	-.30**	-.26**	-.25**	-.16**	-.06	-.08	.00	.44**	.40**	-.12	.55**	1

Not. ** $p<.01$; * $p<.05$; ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; BDDÖ=Bilişsel Duygu Düzenlemeleri Ölçeği

Fiziksel istismarın, kendini suçlama ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.14$, $p<.05$), başkalarını suçlama ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.15$, $p<.05$), kabul etme ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.12$, $p<.05$), felaketleştirme ile pozitif yönlü düşük ($r=.18$, $p<.01$) ve pozitif yeniden odaklanma ile pozitif yönlü düşük ($r=.17$, $p<.01$) düzeylerde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cinsel istismar ile başkalarını suçlama arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.16$, $p<.01$) anlamlı doğrusal ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda fiziksel istismarın başkalarını suçlama ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.15$, $p<.05$) ve felaketleştirme ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=.18$, $p<.01$) anlamlı doğrusal ilişkilerinin olduğu görülmektedir (Tablo 14).

Tablo 14. Fiziksel İstismarın, Cinsel İstismarın ve Fiziksel İhmalin BDDÖ Alt Boyutları ile Spearman Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ÇÇTÖ Alt Boyutları	1.Fiziksel İstismar	1											
	2.Cinsel İstismar	.29**	1										
	3.Fiziksel İhmal	.18**	.08	1									
BDDÖ Alt Boyutları	4.Kendini Suçlama	.14*	.09	.02	1								
	5.Başkalarını Suçlama	.15*	.16**	.15*	.48**	1							
	6.Kabul Etme	.12*	.07	.07	.58**	.37**	1						
	7.Ruminasyon	.09	.06	.03	.50**	.41**	.51**	1					
	8.Plana Tekrar Odaklanma	-.03	-.01	-.04	.10	.07	.18**	.38**	1				
	9.Bakış Açısına Yerleştirme	-.01	-.08	-.02	.26**	.34**	.29**	.26**	.39**	1			
	10.Felaketleştirme	.18**	.07	.18**	.56**	.66**	.43**	.45**	-.06	.26**	1		
	11.Pozitif Yeniden Değerlendirme	-.09	-.06	-.09	-.04	.00	.11	.26**	.71**	.55**	.12*	1	
	12.Pozitif Yeniden Odaklanma	.17**	-.03	-.03	-.16**	-.06	-.08	.00	.44**	.40**	-.12	.55**	1

Not. ** $p < .01$; * $p < .05$; BDDÖ=Bilişsel Duygu Düzenlemeleri Ölçeği; ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

3.2.7. Üstbilis İşlevleri Alt Boyutları (ÜBO-30 Alt Boyutları) ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Alt Boyutları (BDDÖ Alt Boyutları) Arasındaki İlişki: Korelasyon Analizi

ÜBO-30 toplam puanı ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.54$, $p<.01$); kabul etme ($r=.41$, $p<.01$); ruminasyon ($r=.46$, $p<.01$); bakış açısına yerleştirme ($r=.24$, $p<.01$); felaketleştirme ($r=.51$, $p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.48$, $p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 15).

ÜBO-30'un alt boyutu olan olumlu inançlar alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.22$, $p<.01$); kabul etme ($r=.16$, $p<.01$); ruminasyon ($r=.24$, $p<.01$); plan yapmaya yeniden odaklanma ($r=.16$, $p<.05$); bakış açısına yerleştirme ($r=.14$, $p<.05$); felaketleştirme ($r=.26$, $p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.25$, $p<.01$) ile pozitif yönlü anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. ÜBO-30'un alt boyutu olan kontrol edilemezlik-tehlike alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.45$, $p<.01$); kabul etme ($r=.31$, $p<.01$); ruminasyon ($r=.38$, $p<.01$); bakış açısına yerleştirme ($r=.24$, $p<.01$); felaketleştirme ($r=.44$, $p<.01$) ve

başkalarını suçlama ($r=.41, p<.01$) ile pozitif yönlü anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmüştür. ÜBO-30'un alt boyutu olan bilişsel güven alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.36, p<.01$); kabul etme ($r=.22, p<.01$); felaketleştirme ($r=.22, p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.26, p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu; pozitif yeniden odaklanma ($r=-.16, p<.01$) ve plana tekrar odaklanma ($r=-.13, p<.05$) ile negatif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. ÜBO-30'un alt boyutu olan kontrol ihtiyacı alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.57, p<.01$); kabul etme ($r=.45, p<.01$); ruminasyon ($r=.47, p<.01$); bakış açısına yerleştirme ($r=.18, p<.01$); felaketleştirme ($r=.58, p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.47, p<.01$) ile pozitif yönde, pozitif yeniden odaklanma ($r=-.19, p<.01$) ve pozitif yeniden değerlendirme ($r=-.18, p<.01$) negatif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu bulgulanmıştır. ÜBO-30'un alt boyutu olan bilişsel farkındalık alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde, kendini suçlama ($r=.31, p<.01$); kabul etme ($r=.34, p<.01$); ruminasyon ($r=.57, p<.01$); pozitif yeniden odaklanma ($r=.12, p<.05$); plan yapmaya yeniden odaklanma ($r=.26, p<.01$); pozitif yeniden değerlendirme ($r=.18, p<.01$); bakış açısına yerleştirme ($r=.25, p<.01$); felaketleştirme ($r=.35, p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.34, p<.01$) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. ÜBO-30 Alt Boyutları ile BDDÖ Alt Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ÜBO-30 Alt Boyutları	1.Olumlu İnançlar	1														
	2.Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	.45**	1													
	3.Bilişsel Güven	.06	.28**	1												
	4.Kontrol İhtiyacı	.35**	.70**	.35**	1											
	5.Bilişsel Farkındalık	.48**	.62**	.08	.61**	1										
	6.ÜBO-30 Toplam	.42**	.57**	.18**	.64**	.45**	1									
BDDÖ Alt Boyutları	7.Kendini Suçlama	.22**	.45**	.36**	.57**	.31**	.54**	1								
	8.Başkalarını Suçlama	.25**	.41**	.26**	.47**	.34**	.48**	.49**	1							
	9.Kabul Etme	.16**	.31**	.22**	.45**	.31**	.41**	.62**	.41**	1						
	10.Ruminasyon	.24**	.38**	.04	.47**	.57**	.46**	.52**	.44**	.55**	1					
	11.Plana Tekrar Odaklanma	.16*	.06	-.13*	-.06	.26**	.06	.17**	.14*	.27**	.43**	1				
	12.Bakış Açısına Yerleştirme	.14*	.24**	.07	.18**	.25**	.24**	.30**	.37**	.36**	.32**	.49**	1			
	13.Felaketleştirme	.26**	.44**	.22**	.58**	.35**	.51**	.57**	.66**	.45**	.48**	.00	.27**	1		
	14.Pozitif Yeniden Değerlendirme	.08	-.02	-.11	-.18**	.18**	-.03	.00	.05	.17**	.29**	.75**	.61**	-.09	1	
	15.Pozitif Yeniden Odaklanma	.05	.01	-.16**	-.19**	.12*	-.06	-.15**	-.03	-.04	.04	.49**	.45**	-.10	.55**	1

Not. ** p<.01; * p<.05; ÜBO-30=Üstbiliş İşlevleri Ölçeği; BDDÖ=Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

3.3. Regresyon Analizi

3.3.1. Obsesif Kompulsif Belirtileri Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi

3.3.1.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerine İlişkin Regresyon Analizi

Çocukluk çağı travmaları alt boyutu olan duygusal istismar ve obsesif kompulsif belirtileri alt boyutlarından obsesyonlar, sadece doğru hissetme ve kararsızlık alt boyutları arasında doğrusal ilişkiler görüldüğü için bu değişkenler arasında regresyon analizleri yapılmıştır. Duygusal istismarın obsesyonlar üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ($B=0.20$, $t(285)=3.47$, $p<.01$) bulgulanmıştır. Duygusal istismarın sadece doğru hissetme üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ($B=0.14$, $t(285)=2.36$, $p<.05$) sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca duygusal istismarın kararsızlık üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ($B=0.14$, $t(285)=2.30$, $p<.05$) bulgulanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Duygusal İstismar ile VOKE Alt Boyutları Regresyon Analizi

Duygusal İstismar/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	p
Obsesyonlar	.04	12.05	.20	3.47	.00*
Sadece Doğru Hissetme	.02	5.57	.14	2.36	.02*
Kararsızlık	.02	5.28	.14	2.30	.02*

Not. ** $p<.01$; * $p<.05$; VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri

3.3.1.2. Üstbiliş İşlevleri ve Obsesif Kompulsif Belirtilerine İlişkin Regresyon Analizi

Üstbiliş işlevleri toplam puanı ve alt boyutlarının bağımsız değişken, obsesif kompulsif belirtileri toplam puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı regresyon analizi yürütülmüştür. Tablo 17 detaylı bir şekilde istatistiksel analizi verilmiştir. Buna göre, üstbiliş işlevlerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerinde yordayıcı rolü vardır ($F(1,285)=189.35$, $p<.01$) ve varyansın %40'ını açıklamaktadır.

Üstbiliş işlevleri alt boyutlarının obsesif kompulsif belirtileri alt boyutları ile ilgili detaylı analizler yapılmıştır. Olumlu inancın bulaşma/kirlenme ($B=0.33$, $t(285)=5.89$, $p<.01$), kontrol etme ($B=0.38$, $t(285)=7.01$, $p<.01$), obsesyonlar ($B=0.34$, $t(285)=6.13$, $p<.01$), sadece doğru hissetme ($B=0.40$, $t(285)=7.28$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.31$, $t(285)=5.44$, $p<.01$) ve kararsızlık ($B=0.29$, $t(285)=5.04$, $p<.01$) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir (Tablo 17).

Kontrol edilemezlik/tehlikenin; bulaşma/kirlenme ($B=0.39$, $t(285)=7.17$, $p<.01$), kontrol etme ($B=0.38$, $t(285)=7.01$, $p<.01$), obsesyonlar ($B=0.56$, $t(285)=11.38$, $p<.01$), sadece doğru hissetme ($B=0.54$, $t(285)=10.77$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.37$, $t(285)=6.61$, $p<.01$) ve kararsızlık ($B=0.52$, $t(285)=10.30$, $p<.01$) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulgulanmıştır (Tablo 17).

Bilişsel güvenin; obsesyonlar ($B=0.15$, $t(285)=2.61$, $p<.05$), sadece doğru hissetme ($B=0.22$, $t(285)=3.75$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.13$, $t(285)=2.12$, $p<.05$) ve kararsızlık ($B=0.26$, $t(285)=4.59$, $p<.01$) üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Bilişsel güvenin bulaşma/kirlenme ve kontrol etme üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($p>.05$) (Tablo 17).

Kontrol ihtiyacının; bulaşma/kirlenme ($B=0.45$, $t(285)=8.39$, $p<.01$), kontrol etme ($B=0.42$, $t(285)=7.84$, $p<.001$), obsesyonlar ($B=0.60$, $t(285)=12.68$, $p<.01$), sadece doğru hissetme ($B=0.62$, $t(285)=13.42$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.36$, $t(285)=6.53$, $p<.01$) ve kararsızlık ($B=0.66$, $t(285)=14.74$, $p<.01$) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 17).

Bilişsel farkındalığın; bulaşma/kirlenme ($B=0.33$, $t(285)=5.83$, $p<.01$), kontrol etme ($B=0.31$, $t(285)=5.50$, $p<.01$), obsesyonlar ($B=0.44$, $t(285)=8.21$, $p<.01$), sadece doğru hissetme ($B=0.46$, $t(285)=8.7$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.24$, $t(285)=4.21$, $p<.01$) ve kararsızlık ($B=0.38$, $t(285)=6.99$, $p<.01$) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulgulanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. ÜBO-30 Toplam ve Alt Boyutları ile VOKE Toplam ve Alt Boyutları Regresyon Analizi

ÜBO-30 Toplam/VOKE Toplam	R ²	F	B	T	p
	.40	189.35	.63	13.76	.00**
Olumlu İnanç/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	p
Bulaşma/Kirlenme	.11	34.65	.33	5.89	.00**
Kontrol Etme	.15	49.18	.38	7.01	.00**
Obsesyonlar	.12	37.63	.34	6.13	.00**
Sadece Doğru Hissetme	.16	53.03	.40	7.28	.00**
Biriktirme	.09	29.60	.31	5.44	.00**
Kararsızlık	.08	25.44	.29	5.04	.00**
Kabul Edilemezlik ve Tehlike/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	p
Bulaşma/Kirlenme	.15	51.44	.39	7.17	.00**
Kontrol Etme	.15	49.22	.38	7.01	.00**
Obsesyonlar	.31	129.44	.56	11.38	.00**
Sadece Doğru Hissetme	.29	115.89	.54	10.77	.00**
Biriktirme	.13	43.63	.37	6.61	.00**
Kararsızlık	.27	106.18	.52	10.30	.00**
Bilişsel Güven/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	p
Bulaşma/Kirlenme	.01	51.44	.07	1.22	.22
Kontrol Etme	.01	1.35	.07	1.16	.25
Obsesyonlar	.02	74.74	.15	2.61	.01*
Sadece Doğru Hissetme	.05	14.02	.22	3.75	.00**
Biriktirme	.02	4.50	.13	2.12	.04*
Kararsızlık	.07	21.06	.26	4.59	.00**
Kontrol İhtiyacı/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	P
Bulaşma/Kirlenme	.20	70.31	.45	8.39	.00**
Kontrol Etme	.18	61.51	.42	7.84	.00**
Obsesyonlar	.36	160.82	.60	12.68	.00**
Sadece Doğru Hissetme	.39	180.01	.62	13.42	.00**
Biriktirme	.13	42.69	.36	6.53	.00**
Kararsızlık	.43	217.21	.66	14.74	.00**
Bilişsel Farkındalık/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	P
Bulaşma/Kirlenme	.11	33.95	.33	5.83	.00**
Kontrol Etme	.10	30.26	.31	5.50	.00**
Obsesyonlar	.19	67.32	.44	8.21	.00**
Sadece Doğru Hissetme	.21	75.71	.46	8.7	.00**
Biriktirme	.06	17.70	.24	4.21	.00**
Kararsızlık	.15	48.82	.38	6.99	.00**

Not. ** p<.01; * p<.05; ÜBO-30=Üstbiliş İşlevleri Ölçeği; VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri

3.3.1.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile Obsesif Kompulsif Belirtilerine İlişkin Regresyon Analizi

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutlarının her birinin ayrı ayrı bağımsız değişken, obsesif kompulsif belirtileri toplam ve alt boyutlarının her birinin ayrı ayrı bağımlı değişken olarak ele alındığı regresyon analizi yürütülmüştür.

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtilerini yordamaktadır ($F(9,276)=20.29$, $p<.01$) ve varyansının %29'unu açıklamaktadır. Kendini suçlamanın ($B=0.25$, $t(276)=-3.47$, $p<.01$) ve felaketleştirmenin ($B=0.26$, $t(276)=-3.57$, $p<.01$) obsesif kompulsif belirtiler üzerinde anlamlı bir etkisi vardır (Tablo 18).

Tablo 18. BDDÖ Alt Boyutları ile VOKE Toplam Regresyon Analizi

VOKE Toplam	R ²	F	B	T	p
Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Alt Boyutları	.29	20.29**			
Kendini Suçlama			.25	3.47**	.00
Başkalarını Suçlama			.01	.19	.85
Kabul Etme			.03	.47	.64
Ruminasyon			.10	1.52	.13
Bakış Açısına Yerleştirme			.02	.44	.66
Felaketleştirme			.26	3.57**	.00

Not. ** $p<.01$; * $p<.05$; VOKE: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri

Kendini suçlamanın bulaşma/kirlenme ($B=0.31$, $t(285)=5.42$, $p<.01$), kontrol etme ($B=0.32$, $t(285)=5.72$, $p<.01$), obsesyonlar ($B=0.47$, $t(285)=9.01$, $p<.01$), sadece doğru hissetme ($B=0.44$, $t(285)=8.21$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.29$, $t(285)=5.06$, $p<.01$) ve kararsızlık ($B=0.54$, $t(285)=10.71$, $p<.01$) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 19).

Başkalarını suçlamanın bulaşma/kirlenme ($B=0.22$, $t(285)=3.92$, $p<.01$), kontrol etme ($B=0.19$, $t(285)=3.23$, $p<.01$), obsesyonlar ($B=0.38$, $t(285)=6.97$, $p<.01$), sadece doğru hissetme ($B=0.37$, $t(285)=6.65$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.30$, $t(285)=5.20$, $p<.01$) ve kararsızlık ($B=0.37$, $t(285)=6.65$, $p<.01$) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir (Tablo 19).

Kabul etmenin; bulaşma/kirlenme ($B=0.21$, $t(285)=3.65$, $p<.01$), kontrol etme ($B=0.25$, $t(285)=4.37$, $p<.01$), obsesyonlar ($B=0.32$, $t(285)=5.73$, $p<.01$), sadece doğru

hissetme ($B=0.37$, $t(285)=6.7$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.23$, $t(285)=4.03$, $p<.01$) ve kararsızlık ($B=0.46$, $t(285)=8.63$, $p<.01$) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulgulanmıştır (Tablo 19).

Ruminasyonun; bulaşma/kirlenme ($B=0.22$, $t(285)=3.87$, $p<.01$), kontrol etme ($B=0.30$, $t(285)=5.35$, $p<.01$), obsesyonlar ($B=0.37$, $t(285)=6.68$, $p<.01$), sadece doğru hissetme ($B=0.40$, $t(285)=7.37$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.17$, $t(285)=2.93$, $p<.01$) ve kararsızlık ($B=0.41$, $t(285)=7.56$, $p<.01$) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 19).

Bakış açısına yerleştirmenin bulaşma/kirlenme ($B=0.23$, $t(285)=3.94$, $p<.01$), kontrol etme ($B=0.22$, $t(285)=3.88$, $p<.01$), obsesyonlar ($B=0.16$, $t(285)=2.75$, $p<.01$), sadece doğru hissetme ($B=0.16$, $t(285)=2.73$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.15$, $t(285)=2.58$, $p<.05$) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulgulanmıştır (Tablo 19).

Felaketleştirmenin; bulaşma/kirlenme ($B=0.29$, $t(285)=5.10$, $p<.01$), kontrol etme ($B=0.39$, $t(285)=7.19$, $p<.001$), obsesyonlar ($B=0.47$, $t(285)=9.08$, $p<.01$), sadece doğru hissetme ($B=0.44$, $t(285)=8.22$, $p<.01$), biriktirme ($B=0.29$, $t(285)=5.01$, $p<.01$) ve kararsızlık ($B=0.47$, $t(285)=9.06$, $p<.01$) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 19. BDDÖ Alt Boyutları ile VOKE Alt Boyutları Regresyon Analizi

Kendini Suçlama BDDÖ Alt Boyutu/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	P
Bulaşma/Kirlenme	.10	29.41	.31	5.42	.00**
Kontrol Etme	.10	32.76	.32	5.72	.00**
Obsesyonlar	.22	81.24	.47	9.01	.00**
Sadece Doğru Hissetme	.19	67.38	.44	8.21	.00**
Biriktirme	.08	25.62	.29	5.06	.00**
Kararsızlık	.29	114.60	.54	10.71	.00**
Başkalarını Suçlama BDDÖ Alt Boyutu/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	P
Bulaşma/Kirlenme	.05	15.37	.22	3.92	.00**
Kontrol Etme	.04	10.44	.19	3.23	.00**
Obsesyonlar	.15	48.62	.38	6.97	.00**
Sadece Doğru Hissetme	.14	44.26	.37	6.65	.00**
Biriktirme	.09	27.07	.30	5.20	.00**
Kararsızlık	.14	44.23	.37	6.65	.00**
Kabul Etme BDDÖ Alt Boyutu/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	P
Bulaşma/Kirlenme	.05	13.30	.21	3.65	.00**
Kontrol Etme	.06	19.06	.25	4.37	.00**
Obsesyonlar	.10	32.78	.32	5.73	.00**
Sadece Doğru Hissetme	.14	44.84	.37	6.7	.00**
Biriktirme	.05	16.28	.23	4.03	.00**
Kararsızlık	.21	74.43	.46	8.63	.00**
Ruminasyon BDDÖ Alt Boyutu/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	P
Bulaşma/Kirlenme	.05	14.99	.22	3.87	.00**
Kontrol Etme	.09	28.64	.30	5.35	.00**
Obsesyonlar	.14	44.62	.37	6.68	.00**
Sadece Doğru Hissetme	.16	54.29	.40	7.37	.00**
Biriktirme	.03	8.59	.17	2.93	.00**
Kararsızlık	.17	57.09	.41	7.56	.00**
Bakış Açısına Yerleştirme BDDÖ Alt Boyutu/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	P
Bulaşma/Kirlenme	.05	15.49	.23	3.94	.00**
Kontrol Etme	.05	15.04	.22	3.88	.00**
Obsesyonlar	.03	7.58	.16	2.75	.00**
Sadece Doğru Hissetme	.03	7.49	.16	2.73	.00**
Biriktirme	.02	6.68	.15	2.58	.01*
Kararsızlık	.01	3.55	.11	1.89	.06
Felaketleştirme BDDÖ Alt Boyutu/VOKE Alt Boyutları	R ²	F	B	T	P
Bulaşma/Kirlenme	.08	25.97	.29	5.10	.00**
Kontrol Etme	.15	51.72	.39	7.19	.00**
Obsesyonlar	.23	82.48	.47	9.08	.00**
Sadece Doğru Hissetme	.19	67.61	.44	8.22	.00**
Biriktirme	.08	25.08	.29	5.01	.00**
Kararsızlık	.22	82.06	.47	9.06	.00**

Not. ** p<.01; * p<.05; BDDÖ=Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği; VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri

3.3.2. Değişkenlerin Çoklu Regresyon Analizleri

Çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin bağımsız değişken, obsesif kompulsif belirtilerinin ise bağımlı değişken olduğu aşamalı regresyon analizleri yapılmıştır.

Obsesif kompulsif belirtileri üzerinde etkisi olan değişkenleri belirlemek amacıyla kullanılan aşamalı regresyon analizine ilişkin üstbiliş işlevlerinin (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik, bilişsel güven, kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin (kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, ruminasyon, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme) bağımsız değişkenler, obsesif kompulsif belirtiler toplam puanının ise bağımlı değişken olarak ele alındığı model oluşturulmuştur. Analizde 4 aşamalı bir modelin kurulduğu görülmektedir ve modelin gücünü en fazla katkıda bulunan bağımsız değişkenlerin kontrol ihtiyacı, olumlu inançlar, kendini suçlama ve kontrol edilemezlik/tehlike olduğu belirlenmiştir.

Modelin ilk aşamasında üstbiliş işlevleri alt boyutu kontrol ihtiyacının obsesif kompulsif belirtileri yordadığı görülmektedir ($F(1,284)=198.56, p<.01$) ve varyansın %41'ini tek başına açıklamaktadır. Modele göre, kontrol ihtiyacı arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin de arttığı görülmektedir ($B=0.64, t(285)=14.09, p<.01$). Modelin ikinci aşamasında üstbiliş işlevleri alt boyutları kontrol ihtiyacının ve olumlu inançların birlikte obsesif kompulsif belirtileri yordadığı görülmektedir ($F(2,283)=118.75, p<.01$) ve varyansın %45'ini açıklamaktadır. Kontrol ihtiyacı ($B=0.56, t(285)=12.03, p<.01$) ve olumlu inançlar ($B=0.23, t(285)=4.83, p<.01$) arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin de arttığı görülmektedir. Aynı zamanda olumlu inançlar değişkeninin obsesif kompulsif belirtilerini yordamaya bağımsız olarak katkı sağladığı bulgulanmıştır ($F_{değişim}(2,283)=23.33, p<.01$). Ayrıca modelin üçüncü aşamasında üstbiliş işlevleri alt boyutları kontrol ihtiyacının, olumlu inançların ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutu kendini suçlamanın birlikte obsesif kompulsif belirtileri yordadığı görülmektedir ($F(3,282)=84.63, p<.01$) ve varyansın %47'sini açıklamaktadır. Kontrol ihtiyacı ($B=0.47, t(285)=8.62, p<.01$), olumlu inançlar ($B=0.22, t(285)=4.80, p<.01$) ve kendini suçlama ($B=0.16, t(285)=3.06, p<.01$) arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin de arttığı görülmektedir. Aynı zamanda kendini suçlama değişkeninin obsesif kompulsif belirtilerini yordamaya bağımsız olarak katkı sağladığı bulgulanmıştır ($F_{değişim}(3,282)=9.37, p<.01$). Son olarak modelin dördüncü aşamasında üstbiliş işlevleri alt boyutları kontrol ihtiyacının, olumlu inançların, kontrol

edilemezlik/tehlikenin ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutu kendini suçlamanın ($F(4,281)=65.91, p<.01$) obsesif kompulsif belirtileri yordadığı görülmektedir ve varyansın %48'ini açıklamaktadır. Kontrol ihtiyacı ($B=0.38, t(285)=5.94, p<.01$), olumlu inançlar ($B=0.19, t(285)=3.90, p<.01$), kendini suçlama ($B=0.15, t(285)=2.86, p<.01$) ve kontrol edilemezlik/tehlike ($B=0.15, t(285)=2.37, p<.05$) arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin de arttığı görülmektedir. Aynı zamanda kontrol edilemezlik/tehlike değişkeninin obsesif kompulsif belirtilerini yordamaya bağımsız olarak katkı sağladığı bulgulanmıştır ($F_{değişim}(4,281)=5.60, p<.01$) (Tablo 20).

Tablo 20. VOKE Toplamı Yordayan Değişkenlerin Aşamalı Regresyon Analizi

		R ²	Uyarlanmış R ²	B	T	F	R ² Değişim	F Değişim
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler							
VOKE Toplam								
1. Aşama	Kontrol İhtiyacı	.41	.41	.64	14.09**	198.56**	.41	198.56
2. Aşama	Kontrol İhtiyacı			.56	12.03**			
	Olumlu İnançlar	.46	.45	.23	4.83**	118.75**	.05	23.33
3. Aşama	Kontrol İhtiyacı			.47	8.62**			
	Olumlu İnançlar	.47	.47	.22	4.80**	84.63**	.02	9.37
	Kendini Suçlama			.16	3.06**			
4. Aşama	Kontrol İhtiyacı			.38	5.94**			
	Olumlu İnançlar			.19	3.90**			
	Kendini Suçlama	.48	.48	.15	2.86**	65.91**	.01	5.60
	Kontrol Edilemezlik/Tehlike			.15	2.37*			

Not. ** $p<.01$; * $p<.05$; VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri

Obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu olan obsesyonlar üzerinde etkisi olan değişkenleri belirlemek amacıyla kullanılan aşamalı çoklu regresyon analizine ilişkin duygusal istismarını, üstbiliş işlevlerinin (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik, bilişsel güven, kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin (kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, ruminasyon, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme) bağımsız değişkenler, obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu olan olarak ele alındığı model oluşturulmuştur. 4 aşamalı bir modelin kurulduğu görülmektedir ve

modelin gücünü en fazla katkıda bulunan bağımsız değişkenlerin kontrol ihtiyacı, kontrol edilemezlik/tehlike, felaketleştirme ve duygusal istismar olduğu belirlenmiştir.

Modelin ilk aşamasında üstbilgi işlevleri alt boyutu kontrol ihtiyacının obsesyonları yordadığı görülmektedir ($F(1,284)=160.82, p<.01$) ve varyansın %36'sını tek başına açıklamaktadır. Modele göre, kontrol ihtiyacı arttıkça obsesyonların da arttığı görülmektedir ($B=0.60, t(285)=12.68, p<.01$). Modelin ikinci aşamasında üstbilgi işlevleri alt boyutları kontrol ihtiyacının ve kontrol edilemezlik/tehlikenin birlikte obsesyonları yordadığı görülmektedir ($F(2,283)=94.43, p<.01$) ve varyansın %40'ını açıklamaktadır. Kontrol ihtiyacı ($B=0.41, t(285)=6.41, p<.01$) ve kontrol edilemezlik/tehlike ($B=0.27, t(285)=4.27, p<.01$) arttıkça obsesyonların da arttığı görülmektedir. Aynı zamanda kontrol edilemezlik/tehlike değişkeninin obsesyonları yordamaya bağımsız olarak katkı sağladığı bulgulanmıştır ($F_{değişim}(2,283)=18.26, p<.01$). Ayrıca modelin üçüncü aşamasında üstbilgi işlevleri alt boyutları kontrol ihtiyacının, kontrol edilemezlik/tehlikenin ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutu felaketleştirmenin birlikte obsesyonları yordadığı görülmektedir ($F(3,282)=68.35, p<.01$) ve varyansın %42'sini açıklamaktadır. Kontrol ihtiyacı ($B=0.31, t(285)=4.54, p<.01$), kontrol edilemezlik/tehlike ($B=0.26, t(285)=4.15, p<.01$) ve felaketleştirme ($B=0.17, t(285)=3.18, p<.01$) arttıkça obsesyonların da arttığı görülmektedir. Aynı zamanda felaketleştirme değişkeninin obsesyonları yordamaya bağımsız olarak katkı sağladığı bulgulanmıştır ($F_{değişim}(3,282)=10.12, p<.01$). Son olarak modelin dördüncü aşamasında üstbilgi işlevleri alt boyutları kontrol ihtiyacının, kontrol edilemezlik/tehlikenin, bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutu felaketleştirmenin ve çocukluk çağı travmaları alt boyutu duygusal istismarın birlikte obsesyonları yordadığı görülmektedir ($F(4,281)=53.23, p<.01$) ve varyansın %42'sini açıklamaktadır. Kontrol ihtiyacı ($B=0.30, t(285)=4.31, p<.01$), kontrol edilemezlik/tehlike ($B=0.27, t(285)=4.26, p<.01$), felaketleştirme ($B=0.17, t(285)=3.07, p<.01$) ve duygusal istismar ($B=0.10, t(285)=2.23, p<.05$) arttıkça obsesyonların da arttığı görülmektedir. Aynı zamanda duygusal istismar değişkeninin obsesyonları yordamaya bağımsız olarak katkı sağladığı bulgulanmıştır ($F_{değişim}(4,281)=4.98, p<.01$) (Tablo 21).

Tablo 21. Obsesyonları Yordayan Değişkenlerin Aşamalı Regresyon Analizi

		R ²	Uyarlanmış R ²	B	T	F	R ² Değişim	F Değişim
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler							
Obsesyonlar								
1. Aşama	Kontrol İhtiyacı	.36	.36	.60	12.68**	160.82**	.36	160.82
2. Aşama	Kontrol İhtiyacı			.41	6.41**			
	Kontrol Edilemezlik/Tehlike	.40	.40	.27	4.27**	94.43**	.04	18.26
3. Aşama	Kontrol İhtiyacı			.31	4.54**			
	Kontrol Edilemezlik/Tehlike	.42	.42	.26	4.15**	68.35**	.02	10.12
	Felaketleştirme			.17	3.18**			
4. Aşama	Kontrol İhtiyacı			.30	4.31**			
	Kontrol Edilemezlik/Tehlike	.43	.42	.27	4.26**	53.23**	.01	4.98
	Felaketleştirme			.17	3.07**			
	Duygusal İstismar			.10	2.23*			

Not. ** p<.01; * p<.05

Obsesif kompulsif berlitileri alt boyutu sadece doğru hissetme üzerinde etkisi olan değişkenleri belirlemek amacıyla kullanılan aşamalı çoklu regresyon analizine ilişkin duygusal istismarının, üstbilis işlevlerinin (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik, bilişsel güven, kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin (kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, ruminasyon, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme) bağımsız değişkenler olarak ele alındığı model oluşturulmuştur. Üç aşamalı bir modelin kurulduğu görülmektedir ve modelin gücünü en fazla katkıda bulunan bağımsız değişkenlerin kontrol ihtiyacı, olumlu inançlar ve ruminasyon olduğu belirlenmiştir.

Modelin ilk aşamasında üstbilis işlevleri alt boyutu kontrol ihtiyacının sadece doğru hissetme yordadığı görülmektedir ($F(1,284)=180.01$, $p<.01$) ve varyansın %39'unu tek başına açıklamaktadır. Modele göre, kontrol ihtiyacı arttıkça sadece doğru hissetmenin de arttığı görülmektedir ($B=0.62$, $t(285)=13.42$, $p<.01$). Modelin ikinci aşamasında üstbilis işlevleri alt boyutları kontrol ihtiyacının ve olumlu inançların birlikte sadece doğru hissetmeyi yordadığı görülmektedir ($F(2,283)=104.38$, $p<.01$) ve varyansın %42'sini açıklamaktadır. Kontrol ihtiyacı ($B=0.55$, $t(285)=11.46$, $p<.01$) ve olumlu inançlar ($B=0.20$, $t(285)=4.24$, $p<.01$) arttıkça sadece doğru hissetmenin de arttığı görülmektedir. Aynı zamanda olumlu inançlar değişkeninin sadece doğru hissetmeyi yordamaya bağımsız olarak katkı sağladığı bulgulanmıştır ($F_{değişim}(2,283)=17.99$, $p<.01$). Son olarak modelin üçüncü

aşamasında üstbiliş işlevleri alt boyutları kontrol ihtiyacı ve olumlu inançların, bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutu ruminasyonun birlikte sadece doğru hissetmeyi yordadığı görülmektedir ($F(3,282)=72.73, p<.01$) ve varyansın %43'ünü açıklamaktadır. Kontrol ihtiyacı ($B=0.50, t(285)=9.48, p<.01$), olumlu inançlar ($B=0.19, t(285)=4.04, p<.01$) ve ruminasyon ($B=0.12, t(285)=2.42, p<.05$) arttıkça sadece doğru hissetmenin de arttığı görülmektedir. Aynı zamanda ruminasyon değişkeninin sadece doğru hissetmeyi yordamaya bağımsız olarak katkı sağladığı bulgulanmıştır ($F_{değişim}(3,282)=5.85 p<.01$) (Tablo 22).

Tablo 22. Sadece Doğru Hissetmeyi Yordayan Değişkenlerin Aşamalı Regresyon Analizi

		R ²	Uyarlanmış R ²	B	t	F	R ² Değişim	F Değişim
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler							
Sadece Doğru Hissetme								
1. Aşama	Kontrol İhtiyacı	.38	.39	.62	13.42**	180.01**	.39	180.01
2. Aşama	Kontrol İhtiyacı			.55	11.46**			
	Olumlu İnançlar	.43	.42	.20	4.24**	104.38**	.04	17.99
3. Aşama	Kontrol İhtiyacı			.50	9.48**			
	Olumlu İnançlar	.44	.43	.19	4.04**	72.73**	.01	5.85
	Ruminasyon			.12	2.42*			

Not. ** $p<.01$; * $p<.05$

Obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu kararsızlık üzerinde etkisi olan değişkenleri belirlemek amacıyla kullanılan aşamalı çoklu regresyon analizine ilişkin duygusal istismarının, üstbiliş işlevlerinin (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik, bilişsel güven, kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin (kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, ruminasyon, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme, pozitif yeniden odaklanma) bağımsız değişkenler olarak ele alındığı model oluşturulmuştur. Üç aşamalı bir modelin kurulduğu görülmektedir ve modelin gücünü en fazla katkıda bulunan bağımsız değişkenlerin kontrol ihtiyacı, kendini suçlama ve kontrol etme olduğu belirlenmiştir.

Modelin ilk aşamasında üstbiliş işlevleri alt boyutu kontrol ihtiyacının kararsızlığı yordadığı görülmektedir ($F(1,284)=217.21, p<.01$) ve varyansın %43'ünü tek başına açıklamaktadır. Modele göre, kontrol ihtiyacı arttıkça kararsızlığın da arttığı görülmektedir ($B=0.66, t(285)=14.74, p<.01$). Modelin ikinci aşamasında üstbiliş işlevleri alt boyutu kontrol ihtiyacının ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutu kendini suçlamanın

birlikte kararsızlığı yordadığı görülmektedir ($F(2,283)=126.20$, $p<.01$) ve varyansın %47'sini açıklamaktadır. Kontrol ihtiyacı ($B=0.52$, $t(285)=9.92$, $p<.01$) ve kendini suçlama ($B=0.24$, $t(285)=4.51$, $p<.01$) arttıkça kararsızlığın da arttığı görülmektedir. Aynı zamanda kendini suçlama değişkeninin kararsızlığı yordamaya bağımsız olarak katkı sağladığı bulgulanmıştır ($F_{değişim}(2,283)=20.37$, $p<.01$). Son olarak modelin üçüncü aşamasında üstbiliş işlevleri alt boyutu kontrol ihtiyacı, bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları kendini suçlama ve kabul etmenin birlikte kararsızlığı yordadığı görülmektedir ($F(3,282)=87.17$, $p<.01$) ve varyansın %48'ini açıklamaktadır. Kontrol ihtiyacı ($B=0.51$, $t(285)=9.56$, $p<.01$), kendini suçlama ($B=0.17$, $t(285)=2.83$, $p<.01$) ve kabul etme ($B=0.13$, $t(285)=2.30$, $p<.05$) arttıkça kararsızlığın da arttığı görülmektedir. Aynı zamanda kabul etme değişkeninin kararsızlığı yordamaya bağımsız olarak katkı sağladığı bulgulanmıştır ($F_{değişim}(3,282)=5.28$, $p<.01$) (Tablo 23).

Tablo 23. Kararsızlığı Yordayan Değişkenlerin Aşamalı Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	R ²	Uyarlanmış R ²	B	t	F	R ² Değişim	F Değişim
Kararsızlık								
1. Aşama	Kontrol İhtiyacı	.43	.43	.66	14.74**	217.21**	.43	217.21
2. Aşama	Kontrol İhtiyacı			.52	9.92**			
	Kendini Suçlama	.47	.47	.24	4.51**	126.20**	.04	20.37
3. Aşama	Kontrol İhtiyacı			.51	9.56**			
	Kendini Suçlama	.48	.48	.17	2.83**	87.17**	.01	5.28
	Kabul Etme			.13	2.30*			

Not. ** $p<.01$; * $p<.05$

4. TARTIŞMA

Araştırmanın temel amacı çocukluk çağı travmalarının, üstbilişsel işlevlerinin ve duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerinde yordayıcı rolünü incelemektir. Bu anlamda ilk olarak yaş ve cinsiyet değişkenlerine ilişkin analizler tartışıldıktan sonra değişkenler arası korelasyon ve regresyon analizine ilişkin elde edilen bulgular alanyazın doğrultusunda tartışılmıştır. Son olarak araştırmanın hipotezlerinden genel olarak bahsedilmiş ve araştırmanın önemi ve var olan sınırlılıkların da neler olduğu belirtilerek sonradan yapılacak olan çalışmalara önerilerde bulunulmuştur.

4.1. Cinsiyet ve Yaş Değişkenine Göre Sonuçların Tartışılması

Yaş ve cinsiyete göre korelasyon ve t testi analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu olan biriktirmenin cinsiyetlere göre farklılaştığı ve erkeklerde daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Alanyazın incelemesi yapıldığında obsesif kompulsif belirtilerinde cinsiyetler arasında farklılıkların olabildiği (Doğan, Gülmez ve Ketenoglu, 1995; akt. Tekin, 2020), biriktirme alt tipinin kadınlara göre erkeklerde daha fazla görüldüğüne ilişkin çalışmalar söz konusudur (Labad ve ark. 2008; Noshirvani, Kasvikis, Marks, Tsakiris ve Monteiro, 1991). Ayrıca kendini suçlama duygu düzenleme stratejisinin kadınlarda daha fazla görüldüğü bulgulanmıştır. Bu bulguya ilişkin alanyazında net bir bulguya rastlanmamıştır. Bu bağlamda elde edilen sonuçların alanyazına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Erkeklerde ise olumlu inançlar ve kontrol edilemezlik-tehlike üstbiliş işlevleri alt boyutunun kadınlardan daha fazla görülmesi söz konusudur. Cinsiyetler arasında üstbiliş işlevleri farklılıklarına bakıldığında erkeklerin, kadınlara göre daha fazla olumlu inançlar ve kontrol edilemezlik/tehlike üstbiliş işlevlerine başvurdıkları görülmektedir (Kacar ve Sarıçam, 2015; Tosun ve Irak, 2008)

Yaşa ilişkin yapılan analizler sonucunda, duygu düzenleme stratejilerinin (kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme), üstbiliş işlevlerinin (kontrol edilemezlik-tehlike, kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) ve obsesif kompulsif belirtilerinin (obsesyonlar, sadece doğru hissetme, kararsızlık) yaş ile birlikte azaldığı görülmektedir. Alanyazında da yaş ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı ilişkilerin olduğu görülmektedir (Sarıçamlık 2020). Özellikle uyumsuz baş etme stratejilerinin yaş ile birlikte azaldığı, uyumlu baş etme stratejilerinin ise yaş ile birlikte arttığı görülmektedir. Bu

bağlamda uyumsuz baş etme stratejilerinin daha genç bireylerde görüldüğünü, yaş ilerledikçe de bu uyumlu baş etme stratejilerine daha çok başvurdukları düşünülmektedir. ÇÇT ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, ÇÇT alt boyutları ile yaş arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı elde edilmiştir. Benzer şekilde ÇÇT ile yaş arasında herhangi bir ilişkinin olmadığına ilişkin alanyazında destekleyen görüş mevcuttur (Sarıçamlık 2020). ÇÇT'ye maruz kalma açısından kadın ve erkekler arasında herhangi bir farkın olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda ÇÇT'ye maruz kalmış bireylerde cinsiyet dağılımı bakımından herhangi bir farka rastlanmadığı bildirilmektedir (Örsel, Karadağ, Karaoğlu-Kahiroğulları, Akgün-Aktaş, 2010).

4.2. Değişkenlerin Korelasyon ve Regresyon Sonuçlarının Tartışılması

Araştırmanın değişkenlerin birbirleriyle ilişkileri ve yordayıcıları tespit edilmiştir ve bu bölümde detaylı bir şekilde tartışılmıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtileri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı yapılan korelasyon analizi ile elde edilmiştir. Elde edilen bulguya göre, alanyazında OKB tanımlı bireyler ile ÇÇT arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmalarda anlamlı ilişkinin olmadığı görülmekle birlikte sağlıklı bireylerde obsesif kompulsif belirtiler ile ÇÇT arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığına yönelik görüşler de mevcuttur (Grabe ve ark. 2008; Briggs ve Price, 2009). Yapılan regresyon analizinde de benzer şekilde ÇÇT'nin obsesif kompulsif belirtileri üzerinde yordayıcı etkisinin olmadığı görülmektedir. Yani ÇÇT'nin obsesif kompulsif belirtiler üzerinde etkili bir yordayıcı olmadığı görülmektedir. Bundan dolayı ÇÇT alt boyutları ile obsesif kompulsif belirtileri alt boyutları arasında detaylı analizler yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, duygusal istismarın obsesif kompulsif belirtilerden obsesyonları, sadece doğru hissetmeyi ve kararsızlığı tek başına yordayabildiği görülmektedir. Benzer şekilde duygusal istismara maruz kalmış bireylerin düşük düzeyde obsesif kompulsif belirtiler gösterebildiğine ilişkin bulgular alanyazında da desteklenmektedir (Mathews, Kaur ve Stein, 2008). ÇÇT'nin alt boyutlarından duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile obsesif kompulsif belirtilerinin alt boyutlarının ilişkileri analiz edildiğinde düşük düzeyde pozitif yönde ilişkilerin olduğu görülmektedir. Benzer şekilde duygusal istismara ve fiziksel ihmale maruz kalmış bireylerin az da olsa obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkisi (Mathews, Kaur ve Stein, 2008). ÇÇT alt boyutlarından cinsel istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal ile obsesif kompulsif belirtileri alt boyutları arasında

herhangi bir ilişkinin olmadığı görülmektedir. Yapılan analizlerde özellikle fiziksel ihmal, cinsel istismar ve fiziksel istismar verilerinin normal dağılım göstermemesi, uç değerlerinin fazla olması katılımcıların bu alt boyutlara ilişkin maddelere güvenilir cevap vermede çekimser davranmış olabileceklerini düşündürmektedir.

Yapılan çalışmada üstbilis işlevleri ile obsesif kompulsif belirtiler arasında yüksek düzeyde doğrusal ilişkinin varlığı söz konusudur. Bireylerde işlevsel olmayan üstbilis işlevleri arttıkça obsesif kompulsif belirtilerinin arttığı görülmektedir. Bu anlamda elde ettiğimiz bu bulguların alanyazında da (Wells ve Papageorgiou, 1998) rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda (Cohen ve Calamari, 2004; De Bruin ve ark, 2007; Janeck, Calamari, Riemann ve Heffelfinger, 2003) üstbilis işlevlerinden biri olan bilişsel farkındalığın OKB tanısı almış bireylerde diğer psikiyatri tanıları almış bireylere göre daha yüksek farkındalığa sahip oldukları bulgulanmıştır. Bu anlamda yapılan bu çalışmada da bilişsel farkındalık ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkilere bakıldığında obsesif kompulsif belirtileri (bulaşma/kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, sadece doğru hissetme, kararsızlık) her biri ile ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda OKB’de üstbilis işlevleri alt boyutlarından kontrol edilemezliğin ve kontrol ihtiyacının kararsızlık obsesif kompulsif belirtisi ile ilişkili olduğu ve sıklıkla görülmesi söz konusudur (Pazvantoglu ve ark. 2013; Sica, Steketee, Ghisi, Chiri ve Franceschini, 2007). Yapılan bu çalışmada da kararsızlık belirtisi ile kontrol edilemezlik/tehlikenin orta ve pozitif yönde ilişki, kontrol ihtiyacın yüksek ve pozitif ilişki olduğu görülmektedir. Yani bireyler kontrol edilemezlik/tehlike üstbilis işlevine başvurdukça kararsızlık belirtisi artmaktadır. Aynı zamanda bireyleri düşüncelerini kontrol etme ihtiyacı üstbilis işlevine başvurdukça kararsızlık belirtisinde de artışın olması söz konusudur. Bu bulguya ek olarak kontrol ihtiyacı ve kontrol edilemezlik/tehlike üstbilis işlevlerinin diğer obsesif kompulsif belirtilerle de (bulaşma/kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, biriktirme, sadece doğru hissetme) ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda olumlu inanç alt boyutunun da obsesif kompulsif belirtilerin her biri ile (bulaşma/kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, biriktirme, sadece doğru hissetme ve kararsızlık) ilişkili olduğu; bilişsel güven alt boyutunun da obsesyonlar, biriktirme, sadece doğru hissetme ve kararsızlık belirtileri ile düşük düzeyde ilişkinin varlığı görülmektedir. Benzer bir çalışma OKB tanısı almış bireyler ile yürütüldüğü ve bireylerde bilişsel güvenlerinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hermans ve ark. 2003). Yapılan regresyon analizinde üstbilis işlevlerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerinde yordayıcı rolünün olduğu görülmektedir. Kontrol edilemezlik/tehlike, olumlu inanç, kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık üstbilis işlevlerinin

her birinin obsesif kompulsif belirtilerin her birini (bulaşma/kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, biriktirme, sadece doğru hissetme ve kararsızlık) yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Alanyazında da OKB tanılı bireylerde kontrol edilemezlik/tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacına ilişkin üstbiliş işlevlerinden alınan puanların yüksek olduğu bildirilmiştir (Yılmaz, İzci, Mermi ve Atmaca, 2017). Yani üstbiliş işlevlerinin, obsesif kompulsif belirtilerinin güçlü bir belirleyicisi olduğu görülmektedir.

Obsesif kompulsif belirtiler ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı ilişkiler bulgulanmıştır. Özellikle uyumsuz başa çıkma stratejileri olarak ifade edilen ruminasyon, felaketleştirme, kendini suçlama ve başkalarını suçlama stratejilerinin her birinin obsesif kompulsif belirtilerinin (bulaşma/kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, biriktirme, sadece doğru hissetme ve kararsızlık) her biri ile arasında doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir. Yani bireylerde uyumsuz başa çıkma stratejileri arttıkça obsesif kompulsif belirtilerinin de artması söz konusudur. Aynı zamanda uyumlu baş etme stratejileri olan kabul etmenin ve bakış açısına yerleştirme stratejilerinin her birinin de obsesif kompulsif belirtilerinin (bulaşma/kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, biriktirme, sadece doğru hissetme ve kararsızlık) her bir alt boyutu ile arasında doğrusal ilişkiler vardır. Uyumlu baş etme stratejileri olan plana tekrar odaklanmanın obsesif kompulsif belirtilerinin hiçbirisi ile anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı bulgulanmıştır. Pozitif yeniden değerlendirme ve pozitif yeniden odaklanmanın her biri ile obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu olan kararsızlık arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Pozitif yeniden odaklanma ile kararsızlık belirtisi arasında düşük düzeyde doğrusal bir ilişki görülmektedir. Bu anlamda alanyazında da bakıldığında, bireylerin olumsuz duygular ile karşılaştıklarında obsesyonlarının şiddetinin aratabildiği ve buna bağlı olarak uyumsuz stratejilere başvurabildiklerine ilişkin düşünceler söz konusudur (Cougler, Timpano ve Goetz, 2012). Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile obsesif kompulsif belirtileri arasında regresyon analizi yapıldığında, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtileri üzerinde yordayıcı rolünün olduğu bulgulanmıştır. Uyumsuz başa çıkma stratejileri olarak ifade edilen kendini suçlama ve felaketleştirmenin obsesif kompulsif belirtiler üzerinde etkisi olduğu görülmektedir. Yani kendini suçlama ve felaketleştirme arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin de artması söz konusudur. Bu sonuca bağlı olarak uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin psikopatoloji düzeylerini artırabildiği düşünülmektedir (Şahin, 2018). Alanyazında da bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden felaketleştirmenin obsesif inançların artışında etkili olabileceği (Akyunus-İnce, 2012) ve duygu düzenlemede yaşanan zorlanmaların obsesif kompulsif

belirtiler ile ilişkili olabileceği yönünden alanyazında var olan düşüncelerin (Fergus ve Bardeen, 2014; Stern, Nota, Heimberg, Holaway ve Coles, 2014; Yap ve ark. 2018) çalışmada da desteklendiği görülmektedir. Aynı zamanda çalışmada uyumlu baş etme stratejilerinden bakış açısına yerleştirmenin bulaşma/kirlenme, kontrol etme, obsesyonlar, sadece doğru hissetme ve biriktirme obsesif kompulsif alt boyutlarını düşük düzeyde yordadığı elde edilen bulgulardan diğeridir. Özellikle uyumsuz baş etme stratejilerinin her biri ile obsesif kompulsif belirtiler arasında daha fazla ilişkisellik görülmektedir. Bireyler olumsuz duygu ile baş etmek için uyumsuz stratejiler geliştirebilmektedir. Sonucunda da obsesif kompulsif belirtilerinde artış görülebilmektedir. Bu bağlamda bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile obsesif kompulsif belirtiler arasında var olan ilişkiselliğin önemli olduğu düşünülmektedir ve elde edilen sonuçlar sonradan yapılacak çalışmalar için önemli bir yere sahiptir.

Üstbiliş işlevleri ile çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Alanyazında bu değişkenlerin ilişkisini inceleyen çalışmaların sayısı az olmakla birlikte bireylerin erken dönemlerinde olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmalarının işlevsel olmayan üstbiliş işlevleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Mansueto, Caselli, Ruggiero ve Sassaroli, 2018; Trauelsen ve ark. 2019). Duygusal istismar ve duygusal ihmalin her birinin bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacı üstbiliş işlevleri ile ilişkisi vardır. Alanyazında ise, benzer bulgu olarak duygusal istismar ile üstbiliş işlevleri arasında ilişkinin varlığı bildirilmektedir (Myers ve Wells, 2015). Fiziksel ihmalin ise, olumlu inançlar, kontrol edilemezlik-tehlike üstbiliş işlevleri ile düşük düzeyde ilişkilerinin olduğu bulgulanmıştır. Bu değişkenler ile yapılan çalışmaların az olmasından dolayı elde edilen bilgilerin önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada ÇÇT ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkiselliğe de bakılmıştır. Elde edilen analizler sonucunda, ÇÇT ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında doğrusal ilişki görülmektedir. Bu bağlamda duygusal ihmalin uyumlu başa çıkma stratejilerinden plana tekrar odaklanma, bakış açısına yerleştirme, pozitif yeniden değerlendirme ve pozitif yeniden odaklanma ile negatif yönlü bir ilişki vardır. Yani duygusal ihmal puanları arttıkça uyumlu başa çıkma stratejileri puanlarını düşüğü görülmektedir. Ayrıca duygusal istismarın da uyumlu baş etme stratejileri olan pozitif yeniden değerlendirme ve pozitif yeniden odaklanma ile negatif yönlü ve kabul etme stratejisi ile pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu bulgulanmıştır. Duygusal istismarın uyumsuz baş etme

stratejileri olan başkalarını suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme ile düşük düzeyde de olsa pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yani duygusal istismar puanları arttıkça uyumsuz baş etme strateji puanlarının yükseldiği görülmektedir. Alanyazında bireylerin duygu düzenlemede yaşadıkları güçlüklerin en güçlü belirleyicisinin duygusal istismar olduğu yönünde görüşler mevcuttur (Burns, Jackson ve Harding, 2010). ÇÇT ile uyumsuz duygu düzenleme stratejileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkilerin olduğu gibi, uyumlu duygu düzenleme stratejileri arasında negatif yönlü ilişkilerin olduğu ifade edilmektedir (Karataş, 2020). Fiziksel istismar ise uyumsuz duygu düzenleme stratejileri olan kendini suçlama, başkalarını suçlama ve felaketleştirme ile uyumlu duygu düzenleme stratejileri olan kabul etme ve pozitif yeniden odaklanma ile arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda cinsel istismarın uyumsuz baş etme stratejisi başkalarını suçlama ile fiziksel istismarın ise başkalarını suçlama ve felaketleştirme ile arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu görülmektedir. Bulgulara benzer olarak alanyazında da duygusal istismar ve cinsel istismara maruz kalmış bireylerde olumsuz duygu düzenleme becerilerinin görülmesi söz konusu olabildiği ifade edilmektedir (Shipman, Zemani, Penza ve Champion, 2000; Şahin-Demirkapı, 2014). Yani bireylerin çocukluk yaşantılarında olumsuz yaşantılara maruz kalmaları sonrasında duygu düzenlemelerinde uyumsuz baş etme stratejiler geliştirebildikleri düşünülmektedir.

Çalışmada aynı zamanda üstbilis işlevleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkilere de bakılmıştır. Elde edilen analizler sonucunda, üstbilis işlevleri ile duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı ilişkilerin olduğu bulgulanmıştır. Olumlu inançlar üstbilis işlevinin bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, kabul etme, ruminasyon, plan yapmaya yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme ve başkalarını suçlama) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol edilemezlik-tehlike üstbilis işlevinin bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, kabul etme, ruminasyon, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme ve başkalarını suçlama) ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkiler vardır. Bilişsel güven üstbilis işlevinin bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, kabul etme, felaketleştirme ve başkalarını suçlama) ile pozitif yönde; pozitif yeniden odaklanma ve plana tekrar odaklanma ile negatif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu görülmektedir. Kontrol ihtiyacı üstbilis işlevinin bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, kabul etme, ruminasyon, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme ve başkalarını suçlama) ile pozitif yönde, pozitif yeniden odaklanma ve pozitif yeniden

değerlendirme bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile negatif yönde anlamlı doğrusal ilişkiler görülmektedir. Bilişsel farkındalık üstbiliş işlevinin bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, kabul etme, ruminasyon, pozitif yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, pozitif yeniden değerlendirme, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme ve başkalarını suçlama ile pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Üstbiliş işlevleri ile duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmalar az olmakla birlikte, duygular ile ilgili üstbilişsel bilginin duygu düzenleme stratejilerinin ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (Manser, Cooper ve Trefusis, 2012). Yaşanan olumsuz duyguları hafifletebilmek amacıyla bireylerin üstbiliş işlevlerine başvurabildiklerine yönelik görüşlerin mevcut olduğu görülmektedir (Davis, Levine, Lench ve Quaa, 2010). Yani bireyler olumsuz duyguları kontrol edebilmek ya da etkisinden kurtulabilmek amacıyla işlevsel olmayan üstbiliş işlevleri geliştirebilmektedir. Alanyazında terapi gören bireylerin üstbiliş işlevlerine vurgu yapıldığında duyguları tanınmasında ve uyumlu bir şekilde duyguların düzenlenmesinde gelişmelerin olmaya başladığı görülmüştür (Gordon-King, Schweitzer ve Dimaggio, 2018). Alanyazına bakıldığında üstbiliş işlevleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilgili çalışmaların sayısı az olduğu için elde edilen bulguların literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

4.3. Çoklu Regresyon Analiz Sonuçlarının Tartışılması

Çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtileri üzerindeki yordayıcı rolüne ilişkin çoklu regresyon analizi bilindiği kadarıyla ülkemizde ilk kez çalışılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda çocukluk çağı travmalarından duygusal istismarın obsesif kompulsif belirtileri yordadığı görülmektedir. Fakat yapılan analizlerde duygusal istismarın obsesif kompulsif belirtileri alt boyutları olan obsesyonları, sadece doğru hissetmeyi ve kararsızlığı düşük düzeyde yordadığı görülmüştür. Bu bağlamda çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki yordayıcı rolüne bakmak için aralarında ilişkiler olan değişkenler sürece dahil edilerek aşamalı çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Çocukluk çağı travmaları alt boyutu olan duygusal istismarın, üstbiliş işlevlerinin (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik/tehlike, bilişsel güven, kontrol ihtiyacı, bilişsel

farkındalık) ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin (kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, ruminasyon, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme) obsesif kompulsif belirtileri (obsesyonlar, sadece doğru hissetme ve kararsızlık) üzerindeki etkileri detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bu bağlamda obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu olan obsesyonları yordayan en güçlü değişkenlerin sırasıyla kontrol ihtiyacı, kontrol edilemezlik/tehlike, felaketleştirme ve duygusal istismar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen sonuca göre, kontrol ihtiyacı, kontrol edilemezlik/tehlike, felaketleştirme ve duygusal istismar puanlarından alınan puanlar arttıkça obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu olan obsesyonlar puanı da yükselmektedir. Duygusal istismarın obsesyonlar üzerindeki yordayıcılığı rolüne ilişkin alanyazında da görüşler mevcuttur. Çocukluk çağında duygusal istismar yaşantısı olan bireylerde obsesif kompulsif belirtilerinde artışın olduğu görülmektedir (Mathews, Kaur ve Stein, 2008). Duygusal istismar yaşantılarının ve işlevsel olmayan üstbilgi işlevleri psikolojik belirtilerde artışa sebep olabildiği ifade edilmektedir (Myers ve Wells, 2015). Obsesif inançlar ile duygu düzenleme zorlukları arasında anlamlı ilişkinin olduğu alanyazında da desteklenmiştir (Berman, Shaw ve Wilhelm, 2018) Bireylerde duygusal istismar yaşantılarının duygu düzenlemede zorlanmaların yaşanmasına sebep olabildiği gibi psikolojik belirtileri ile ilişkili olabildiği görülmektedir (Carvalho-Fernando ve ark. 2014). Çocukluk çağı travmalarının, üstbilgi işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki etkisini incelemeye elde edilen bu sonuç önemli bir yere sahiptir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından yalnızca duygusal istismarın obsesyonlar üzerinde güçlü bir belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu olan sadece doğru hissetmeyi yordayan en güçlü değişkenlerin sırasıyla kontrol ihtiyacı, olumlu inançlar ve ruminasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen sonuca göre, kontrol ihtiyacı, olumlu inançlar ve ruminasyon puanlarından alınan puanlar arttıkça obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu olan sadece doğru hissetme puanı da yükselmektedir. Alanyazı taramalarında elde edilen bu bulguyu destekleyen çalışmalara rastlanılmamıştır. Bundan dolayı, elde edilen bu analiz bilgileri sonradan bu değişkenler ile ilgili yapılacak çalışmaların temelini oluşturacağı düşünülmektedir.

Son olarak obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu olan kararsızlığı yordayan en güçlü değişkenlerin sırasıyla kontrol ihtiyacı, kendini suçlama ve kontrol etme olduğu bulgulanmıştır. Elde edilen sonuca göre, kontrol ihtiyacı, kendini suçlama ve kontrol etme

puanlarından alınan puanlar arttıkça obsesif kompulsif belirtileri alt boyutu kararsızlık puanı da yükselmektedir. Kararsızlık obsesif kompulsif belirtisi ile üstbilis işlevleri arasındaki ilişkileri alanyazında da destekleyen görüşün varlığı söz konusudur. Özellikle üstbilis alt boyutlarından kontrol edilemezlik ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ile kararsızlık obsesif kompulsif belirtisi ile ilişkili olduğu görülmektedir (Pazvantoglu ve ark. 2013).

Yapılan çalışmada özellikle obsesif kompulsif belirtiler üstbilis işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtileri yordayıcı rollerinin önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif belirtileri yordayıcı etkisi ile ilgili elde edilen bulgulara, ÇÇTÖ maddelerinin içeriklerinin önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir. Yani araştırmaya katılan katılımcıların ÇÇTÖ'yü doldururken bazı maddelerin cinsel şeyler yapma, cinsel tacize maruz kalma ya da dövülme, dayak yeme ile ilgili içeriklere sahip olması, bu maddelere çekimser ve güvenilir cevaplar vermemelerine sebep olduğu ve ÇÇT ile ilgili bulguların bu yönde şekillendiğini düşündürmektedir.

Son olarak obsesif kompulsif belirtileri ile aralarında ilişkiselliğin olduğu değişkenler üstbilis işlevleri (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik/tehlike, bilişsel güven, kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, ruminasyon, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme) belirlenmiştir. ÇÇT alt boyutları ile obsesif kompulsif belirtiler arasında doğrusal bir ilişki olmadığı için ÇÇT sürece dahil edilmemiştir. Sonuç olarak, üstbilis işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki yordayıcı rolüne bakmak için aralarında ilişkiler olan değişkenler sürece dahil edilerek aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda obsesif kompulsif belirtilerini yordayan en güçlü değişkenlerin sırasıyla kontrol ihtiyacı, olumlu inançlar, kendini suçlama ve kontrol edilemezlik/tehlike olduğu belirlenmiştir. Alanyazında da duygu düzenleme ve üstbilis işlevleri arasındaki ilişkiye bakıldığında psikolojik semptomlar üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür (Mazloom, Yaghubi ve Mohammadkhani, 2016). Aynı zamanda elde edilen bulguya benzer olarak olumlu ve olumsuz üstbilis inançları ile obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı ilişkilerin olduğu (Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2008) ve üstbilis işlevleri alt boyutları ile obsesif belirtileri arasında pozitif yönde ilişkilerin olduğu ifade edilmektedir (Tosun ve Irak, 2008). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden uyumsuz baş etme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtilerinde artışa sebep olduğu ifade

edilmektedir (Akyunus-İnce, 2012; Ercan, 2015; Şahin, 2018). ÇÇT ve obsesif kompulsif belirtiler arasında ilişkiselliğin bulgalandığı çalışmalar için ÇÇT'nin sürece dahil edilerek; çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki etkileri tekrar analiz edilebilir.

4.4. Çalışmanın Soruları

1. Obsesif kompulsif belirtileri ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Obsesif kompulsif belirtileri ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Fakat alt boyutlar detaylı bir şekilde incelendiğinde doğrusal ilişkilerin varlığı görülmektedir. Duygusal istismarın obsesyonlar, sadece doğru hissetme, kararsızlık obsesif kompulsif belirtilerinin her biri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Fiziksel ihmalin de kontrol etme, obsesyonlar, sadece doğru hissetme ve biriktirme obsesif kompulsif belirtilerinin her biri ile ilişki olduğu bulgulanmıştır.

2. Obsesif kompulsif belirtiler ile üstbiliş işlevleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Obsesif kompulsif belirtiler ile üstbiliş işlevleri arasında anlamlı ve güçlü bir ilişki vardır.

3. Obsesif kompulsif belirtiler ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Obsesif kompulsif belirtiler ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4. Çocukluk çağı travmaları ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Çocukluk çağı travmaları ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

5. Çocukluk çağı travmaları ile üstbiliş işlevleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Çocukluk çağı travmaları ile üstbiliş işlevleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

6. Üstbiliş işlevleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

7. Çocukluk çağı travmaları obsesif kompulsif belirtilerini yordamakta mıdır?

Çocukluk çağı travmaları obsesif kompulsif belirtilerini yordamamaktadır. Çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından yalnızca duygusal istismarın obsesif kompulsif belirtileri

obsesyonlar, sadece doğru hissetme ve kararsızlık alt boyutlarının her birini yordadığı görülmektedir.

8. Üstbiliş işlevleri obsesif kompulsif belirtilerini yordamakta mıdır?

Üstiliş işlevleri obsesif kompulsif belirtilerini yordamaktadır.

9. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri obsesif kompulsif belirtilerini yordamakta mıdır?

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri obsesif kompulsif belirtilerini yordamaktadır.

10. Çocukluk çağı travmaları, üstbiliş işlevleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri obsesif kompulsif belirtilerini yordamakta mıdır?

Çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtileri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla değişkenlerin alt boyutları ile ilgili analizler yapılmıştır. Bu bağlamda duygusal istismarın, kontrol ihtiyacın, kontrol edilemezlik/tehlikenin ve felaketleştirmenin birlikte obsesyonlar üzerinde etkili olduğuna ilişkin model bulgulanmıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerinde yordayıcı rolü değişkenlerin alt boyutları ile detaylı bir şekilde incelenmiştir. Yapılan bu çalışma ülkemizde ilk defa yapılmış bir çalışma olmasından dolayı önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki etkisinin daha iyi bir şekilde anlaşılması sağlanarak OKB'nin psikoterapi sürecindeki tedavi yöntemlerine katkıda bulunabileceği ve OKB'nin üstbiliş modelinin de anlaşılabilir OKB tanılı bireylerin psikoterapisinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırma, OKB tedavisinde bireylerin çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin sorgulanması için bir fikir oluşturacaktır. Bu bağlamda alanda çalışan psikoterapistlerin terapi sürecinde bu önemli noktalara dikkat etmesi sağlıklı tedavi planlarının gerçekleştirilmesi için önemlidir.

Aynı zamanda literatürde bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile üstbiliş işlevleri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların da sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. İleride çalışmalar yürütecek araştırmacılar için üstbiliş işlevleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilgili yapılacak çalışmalar için fikir oluşturacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda yapılan bu çalışma, OKB tanılı bireylerin katılım göstereceği çalışmalarla da desteklenebilir.

Örneklem büyüklüğüne çalışmanın başında karar verilmiş olması, Tip I ve Tip II hatalara karşı çalışma sonucunu korumuştur. Ayrıca araştırmanın yaş aralığı geniş tutularak bir çalışma yürütülmüştür. Alanyazında yapılan çalışmaların genellikle yaş aralığının geniş tutulmadığı görülmektedir. Bu anlamda farklı yaş gruplarının da analize dahil edilmesinin önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Ancak çalışmanın sınırlılıklarına bakılacak olursa, örnekleme yaş ve cinsiyet bakımından dengeli bir dağılım sağlanamamıştır. Çalışmaya kadınların daha fazla katılım gösterdiği görülmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda bunlara dikkat edilmesi önemli bir yere sahip olacaktır. Verilerin internet aracılığıyla toplanmış olmasından ölçeklerin rastgele bir şekilde toplanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca verilerin kimler tarafından toplandığına ilişkin belirsizliğin olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bundan

dolayı sonraki araştırmaların verilerinin görüşme yoluyla toplanması daha güvenilir olabileceği düşünölmektedir. Ayrıca ÇÇT'ye ilişkin bilgiler katılımcıların çocukluk dönemine ilişkin bilgilerin bireyler tarafından hatırlamanın zor olabileceği düşünölmektedir. Özellikle cinsel istismar ile ilgili maddelerin cevaplanmasında bireylerin çekimser cevaplar verebilecekleri ve bu durumun araştırma bulgularına da yansıyabileceğini düşöndürmektedir.



6. KAYNAKLAR

- Abak E. (2019). Ruminatif Düşünme Stili, Beden Algısı ve Sosyal Görünüş Kaygısının Romantik İlişki ve Partner Odaklı Obsesif Kompulsif Semptomlarla İlişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N. (2010). Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi, *Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, doi:10.5350/DAJPN2010230402.
- Akpınar B. (2011). Biliş ve üstbiliş (metabiliş) kavramlarının zihin felsefesi açısından analizi. *Electronic Turkish Studies*, 6:353-365.
- Aktepe E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1:95-119.
- Aktürk AO, Şahin İ. (2011). Üstbiliş ve bilgisayar öğretimi. *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31:383-407.
- Akyunus-İnce, M. (2012). Cognitive Aspects of Personality Disorders: Influences of Basic Personality Traits, Cognitive Emotion Regulation, and Interpersonal Problems, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Akyıl A. (2019). Çocukluk Çağı Travmaları, Bilişsel Duygu Düzenleme ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Diyarbakır ve Mardin Örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Alpay EH, Aydın A, Bellur Z. (2017). Çocukluk çağı travmalarının depresyon ve travma sonrası stres belirtileri ile ilişkisinde duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, doi:10.5505/kpd.2017.98852.

- Alsancak-Akbulut C, Barışkın E. (2020). Travma ve obsesif-kompulsif belirtiler: Dünyaya ilişkin varsayımlar ve obsesif inanışların rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 35:1-18.
- American Psikiyatri Birliği (APA). (2000). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Köroğlu E, (Çeviri editörü). Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR), Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- American Psikiyatri Birliği (APA). (2013). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Köroğlu E, (Çeviri editörü). 5. Baskı (DSM-5), Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Arslan G, Balkıs M. (2016). Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, öz-yeterlik ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki, *Sakarya University Journal of Education*, doi:10.19126/suje.35977.
- Ay R, Erbay LG. (2018). Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder, *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2017.12.054.
- Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, Buttolph ML. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder, *Archives of General Psychiatry*, doi:10.1001/archpsyc.1990.01810210034005.
- Barlow, MR, Goldsmith RE. (2014). Childhood trauma and active mental processes: Dissociation and metacognition influence control of negative thoughts, *Journal of Child & Adolescent Trauma*, doi:10.1007/s40653-014-0010-3.
- Barr LC, Goodman WK, McDougle CJ, Delgado PL, Heninger GR, Charney DS, Price LH. (1994). Tryptophan depletion in patients with obsessive-compulsive disorder who respond to serotonin reuptake inhibitors, *Archives of General Psychiatry*, doi:10.1001/archpsyc.1994.03950040053007.
- Barrigón ML, Diaz FJ, Gurpegui M, Ferrin M, Salcedo MD, Moreno-Granados J, ... Ruiz-Veguilla M. (2015). Childhood trauma as a risk factor for psychosis: A sib-pair study. *Journal of Psychiatric Research*, doi:10.1016/j.jpsychires.2015.08.017.

- Bayraktar E. (1997). Obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1:25-32.
- Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G, Ronchi P, Smeraldi E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, doi:10.1016/0165-1781(92)90075-e.
- Berman NC, Shaw AM, Wilhelm S. (2018). Emotion regulation in patients with obsessive compulsive disorder: Unique effects for those with “taboo thoughts”. *Cognitive Therapy and Research*, doi:10.1007/s10608-018-9911-z.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, ... Ruggiero J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, doi:10.1176/ajp.151.8.1132
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, ... Zule W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0.
- Berrios GE. (1996). Obsessions and Compulsions. In: *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*, İngiltere, Cambridge University Press, 140-150.
- Bilim G. (2012). Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları: Duygu Düzenleme, Kişilerarası Tarz ve Genel Psikolojik Sağlık Açısından Bir İnceleme, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Brander G, Rydell M, Kuja-Halkola R, de la Cruz LF, Lichtenstein P, Serlachius E, ... Mataix-Cols D. (2018). Perinatal risk factors in Tourette’s and chronic tic disorders: a total population sibling comparison study. *Molecular Psychiatry*, doi:10.1038/mp.2017.31.
- Briere JN, Elliott DM. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse, *The Future of Children*, doi:10.2307/1602523.
- Briggs ES, Price IR. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and

experiential avoidance, *Journal of Anxiety Disorders*, doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.004.

Brown AL. (1978). Knowing When, Where, and How to Remember: A Problem of Metacognition. In: R. Glaser (Ed.), *Advances in Instructional Psychology*, New Jersey, Erlbaum, 367–406.

Browne K, Cartana C, Momeu L, Paunescu G, Petre N, Tokay, R. (2002). *Child Abuse and Neglect in Romanian Families: A National Prevalence Study 2000*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Bolger KE, Patterson CJ. (2003). Sequelae of Child Maltreatment: Vulnerability and Resilience. SS. Luthar (ed). In: *Resilience and Vulnerability: Adaptation in The Context of Childhood Adversities*, New York, Cambridge University Press, 156–181.

Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş. (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *New/Yeni Symposium Journal*, 44:189-195.

Burns EE, Jackson JL, Harding HG. (2010). *Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, doi:10.1080/10926771.2010.522947.

Cartwright-Hatton S, Wells A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates, *Journal of Anxiety Disorders*, doi:10.1016/s0887-6185(97)00011-x.

Carpenter L, Chung MC. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, doi:10.1111/j.2044-8341.2010.02003.x.

Carvalho-Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Löwe B, ... Wingenfeld K. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression, *Journal of Trauma & Dissociation*, doi:10.1080/15299732.2013.863262.

- Çetin D. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlıkları ile Çocukluk Çağı Travmaları ve Ototelik Kişilik Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- Chmielewski M, Watson D. (2008). The heterogeneous structure of schizotypal personality disorder: Item-level factors of the schizotypal personality questionnaire and their associations with obsessive-compulsive disorder symptoms, dissociative tendencies, and normal personality, *Journal of Abnormal Psychology*, doi:10.1037/0021-843X.117.2.364.
- Clark DA. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. New York, The Guilford Press.
- Cicchetti D, Rogosch FA, Maughan A, Toth SL, Bruce J. (2003). False belief understanding in maltreated children, *Development and Psychopathology*, doi:10.1017/S0954579403000440.
- Cohen RJ, Calamari JE. (2004). Thought-focused attention and obsessive-compulsive symptoms: An evaluation of cognitive self-consciousness in a nonclinical sample, *Cognitive Therapy and Research*, doi:10.1023/B:COTR.0000045558.75538.ff.
- Choi JY, Oh KJ. (2014). Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: Mediating effects of emotion regulation, *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/j.chiabu.2013.09.009.
- Crick F. (2000). Şaşırtan Varsayım Say S, (Çeviri editörü). Ankara, TÜBİTAK.
- Cogle JR, Goetz AR, Fitch KE, Hawkins KA. (2011). Termination of washing compulsions: A problem of internal reference criteria or ‘not just right’ experience? *Journal of Anxiety Disorders*, doi:10.1016/j.janxdis.2011.03.019.
- Cogle JR, Timpano KR, Goetz AR. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions, *Personality and Individual Differences*, doi:10.1016/j.paid.2011.11.017.

- Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey, *Comprehensive Psychiatry*, doi:10.1016/j.comppsy.2004.06.009.
- Davies-Netzley S, Hurlburt MS, Hough RL. (1996). Childhood abuse as a precursor to homelessness for homeless women with severe mental illness, *Violence and Victims*, doi:10.1891/0886-6708.11.2.129.
- Davis EL, Levine LJ, Lench HC, Quas JA. (2010). Metacognitive emotion regulation: Children's awareness that changing thoughts and goals can alleviate negative emotions, *Emotion*, doi:10.1037/a0018428.
- De Bruin GO, Muris P, Rassin E. (2007). Are there specific meta-cognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessional thoughts? *Personality and Individual Differences*, doi:10.1016/j.paid.2006.08.015
- De Silva P, Marks M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, doi:10.1016/S0005-7967(98)00185-5.
- De Silva P, Marks M. (2001). Traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder, *International Review of Psychiatry*, doi:10.1080/09540260120074037.
- Demet MM. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikolojifarmakoloji Bülteni*, 15:45-52.
- Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın EO, Şimşek E, Yurtsever F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:133-144.
- Demirci K. (2016). Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisinin incelenmesi, *Journal of Mood Disorders*, doi:10.5455/jmood.20160303113111.
- Dereboy Ç, Demirkapı EŞ, Şakiroğlu M, Öztürk CF. (2018). Çocukluk çağı travmalarının, kimlik gelişimi, duygu düzenleme güçlüğü ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29:269-278.

- Diefenbach GJ, Tolin DF, Meunier S, Worhunsky P. (2008). Emotion regulation and trichotillomania: A comparison of clinical and nonclinical hair pulling, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, doi:10.1016/j.jbtep.2006.09.002.
- Dienes Z, Perner J. (1999). A theory of implicit and explicit knowledge, *Behavioral and Brain Sciences*, doi:10.1017/S0140525X99002186.
- Dinn WM, Harris CL, Raynard RC. (1999). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A three-factor model, *Psychiatry*, doi:10.1080/00332747.1999.11024877.
- Dodge KA. (1991). Emotion and Social Information Processing. J. Garber, KA. Dodge (Ed.), In *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*, New York, Cambridge University Press, 159-181.
- Doğan K, Solak ÖS, Özdel K, Türkçapar MH. (2013). Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2:34-40.
- Dunn EC, McLaughlin KA, Slopen N, Rosand J, Smoller JW. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health, *Depression and Anxiety*, doi:10.1002/da.22102.
- Duy B, Yıldız MA. (2014). Ergenler için duygu düzenleme ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5:23-35.
- Edwards A, Shipman K, Brown A. (2005). The socialization of emotional understanding: a comparison of neglectful and nonneglectful mothers and their children, *Child Maltreat*, doi:10.1177/1077559505278452.
- Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş, Kültür S. (1997). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konan bir grup hastada obsesyonların fenomenolojik özellikleri. *Kriz Dergisi*, 3:124-128.
- Eichholz A, Schwartz C, Meule A, Heese J, Neumüller J, Voderholzer U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, doi:10.1002/cpp.2451.

- Elliott AJ, Peterson LW. (1993). Maternal sexual abuse of male children: when to suspect and how to uncover it, *Postgraduate Medicine*, doi:10.1080/00325481.1993.11945686.
- Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale, *British Journal of Developmental Psychology*, doi:10.1111/bjdp.12074.
- Ercan, B. (2015). Strese Yatkınlık, Bilişsel Duygu Düzenleme ve Ebeveynlik Biçiminin Obsesif İnançlar Üzerine Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi.
- Erek Ş. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Bipolar Bozukluk Komorbiditesi ve Afektif Temperament Özelliklerin Karşılaştırılması, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul:T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Ertan T. (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. İstanbul, *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu*, 62:125-130.
- Eser, B. (2019). Majör Depresif Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Depresif Belirti Şiddeti, Üstbilişler ve Obsesif İnanışlar Arasındaki İlişkiler, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Çağ Üniversitesi.
- Evans CB, Burton DL. (2013). Five types of child maltreatment and subsequent delinquency: Physical neglect as the most significant predictor, *Journal of Child & Adolescent Trauma*, doi:10.1080/19361521.2013.837567.
- Ezerbolat-Özateş M, Taş G, Herdi O, Tuncal T, Öncü-Çetinkaya B. (2018). Bir üniversite hastanesi ergen polikniğinde obsesif kompulsif bozuklukta eş tanı ve intihar davranışı, *Kriz Dergisi*, doi:10.1501/Kriz_00000000359.
- Fergus TA, Bardeen JR. (2014). Emotion regulation and obsessive–compulsive symptoms: A further examination of associations, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, doi:10.1016/j.jocrd.2014.06.001.

- Fernández de la Cruz L, Landau D, Iervolino AC, Santo S, Pertusa A, Singh S, Mataix-Cols D. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, doi:10.1016/j.janxdis.2013.01.004.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17, 67-70. doi: 10.1016/0145-2134(93)90009-T
- Fisher PL, Wells A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, doi:10.1016/j.brat.2004.09.002.
- Flavell JH. (1979). Metacognitive and cognitive monitoring: A new era of psychological inquiry, *American Psychologist*, doi:10.1037/0003-066X.34.10.906.
- Flavell JH, Green FL, Flavell ER. (2000). Development of children's awareness of their own thoughts, *Journal of Cognition and Development*, doi: 10.1080/016502500383421.
- Friedrich WN, Fisher JL, Dittner CA, Acton R, Berliner L, Butler J, ... Wright J. (2001). Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons, *Child Maltreatment*, doi:10.1177/1077559501006001004.
- Frost RO, Hartl TL. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding, *Behaviour Research and Therapy*, doi:10.1016/0005-7967(95)00071-2
- Gamzeli A, Kahraman S. (2018). Yetişkinlerde çocukluk çağı ruhsal travmaları belirtilerinin psikolojik sağlamlığa etkisi. Ankara, III. Uluslararası Al- Farabi Sosyal Bilimler Kongresi Tam Metin Kitabı, 882-892.
- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems, *Personality and Individual Differences*, doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Garnefski N, Legerstee J, Kraaij V, van Den Kommer T, Teerds JAN. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults, *Journal of Adolescence*, doi:10.1006/jado.2002.0507
- Garner R, Alexander PA. (1989). Metacognition: answered and unanswered questions, *Educational Psychologist*, doi:10.1207/s15326985ep2402_2

- Ghasempour A, Akbari E, Azimi Z, Ilbeygi R, Hassanzadeh S. (2013). Predicting obsessive-compulsive disorder on the basis of emotion regulation and anxiety sensitivity. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 15:94-97.
- Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, Drake RE. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions, *Schizophrenia Bulletin*, doi:10.1093/schbul/23.4.685.
- Gordon-King K, Schweitzer RD, Dimaggio G. (2018). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders featuring emotional inhibition: A multiple baseline case series, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, doi:10.1097/NMD.0000000000000789.
- Gorey, KM, Leslie DR. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases, *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/S0145-2134(96)00180-9.
- Grabe HJ, Ruhrmann S, Spitzer C, Josepeit J, Ettelt S, Buhtz F, ... Freyberger HJ. (2008). Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology*, doi:10.1159/000112029.
- Gross JJ. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, doi:10.1037/0022-3514.74.1.224
- Gross JJ. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, doi:10.1080/026999399379186
- Gross JJ. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything, *Current Directions in Psychological Science*, doi:10.1111/1467-8721.00152.
- Gross, JJ. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences, *Psychophysiology*, doi:10.1017/S0048577201393198.
- Gross JJ, John OP. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*, doi:10.1037/0022-3514.85.2.348.

- Gross JJ, Munoz RF. (1995). Emotion regulation and mental health, *Clinical Psychology: Science and Practice*, doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x.
- Gross, J. J., ve Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (ss. 3–24). The Guilford Press.
- Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/işmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24:128-134.
- Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: A test of the metacognitive model, *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, doi:10.1002/cpp.402.
- Hedin LW. (2000). Physical and sexual abuse against women and children, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, doi:10.1097/00001703-200010000-00003
- Helvacı-Çelik FG, Hocaoglu Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme, *Sakarya Tıp Dergisi*, doi:10.31832/smj.454535.
- Herbert C. (2018). Travma Sonrası Psikolojik Tepkileri Anlamak. Azizlerli N, Güneş R. (Çeviri editörleri). (5.Baskı), İstanbul Psikonet Yayınları.
- Herrington R. J, Birn RM, Ruttle PL, Burghy CA, Stodola DE, Davidson RJ, Essex MJ. (2013). Childhood maltreatment is associated with altered fear circuitry and increased internalizing symptoms by late adolescence, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, doi: 10.1073/pnas.1310766110.
- Hermans D, Martens K, De Cort K, Pieters G, Eelen P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive–compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, doi: 10.1016/s0005-7967(02)00015-3.
- Hildyard KL, Wolfe DA. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes, *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/S0145-2134(02)00341-1.
- Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality-

of-life, and wellbeing in Stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial, *Journal of Clinical Oncology*, doi:10.1200/JCO.2010.34.0331.

Hopfinger L, Berking M, Bockting CL, Ebert DD. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression, *Journal of Affective Disorders*, doi: 10.1016/j.jad.2016.03.050

Hosseini Ramaghani NA, Rezaei F, Sepahvandi MA, Gholamrezaei S, Mirderikvand F. (2019). The mediating role of the metacognition, time perspectives and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and post-traumatic stress disorder symptoms, *European Journal of Psychotraumatology*, doi:10.1080/20008198.2019.1648173.

Hussey J M, Chang JJ, Kotch JB. (2006) Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, doi:10.1542/peds.2005-2452.

Insel TR, Hoover C, Murphy DL. (1983). Parents of patients with obsessive-compulsive disorder, *Psychological Medicine*, doi:10.1017/S0033291700051515.

Iwaniec D, Larkin E, McSherry D. (2007). Emotionally harmful parenting, *Child Care in Practice*, doi:10.1080/13575270701353531.

İnöz M, Yorulmaz O. (2013). Vancouver Obsesif-Kompulsif Ölçeği: Türkçe Formu'nun Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirligi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 16:64-72.

Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. (2003). Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, doi: 10.1016/s0887-6185(02)00198-6

Johnson C. F. (2003). Abuse and neglect of children. *Nelson textbook of pediatrics* içinde Behrman R.E., Kliegman R.M. ve Arvin A.M. (Ed.) Philadelphia: WB Saunders.

Kacar M, Sarıçam H. (2015). Sınıf öğretmen adaylarının üstbiliş farkındalıkları ile matematik kaygı düzeyleri üzerine bir çalışma. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5:137-152.

- Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, doi:10.1097/00004583-199910000-00009.
- Kaplan S. (2002). Physical Abuse and Neglect. Lewis M, (ed.) In: *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1121-1135.
- Karaali-Aktaş O. (2014). Toplumsal Değerler, Cinsiyet Roller, Ahlak Algısı ve Bilişlerin Obsesif Kompulsif Bozukluk Semptomları ile İlişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi.
- Karakelle S. ve Saraç S. (2010). Üst biliş hakkında bir gözden geçirme: Üstbiliş çalışmaları mı yoksa üst bilişsel yaklaşım mı? *Türk Psikoloji Yazıları*, 13:45-60.
- Karataş UY. (2020). Affetmemenin yordayıcıları olarak çocukluk çağı travmaları ve bilişsel duygu düzenlemenin incelenmesi, Eğitim Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities, *Archives of General Psychiatry*, doi:10.1001/archpsyc.1988.01800360042006.
- Kayahan B, Öztürk Ö, Veznedaroğlu B. (2005). Şizofrenide obsesif kompulsif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16:205-215.
- Kaytez N, Yücelyiğit S, Kadan G. (2018). Çocuğa yönelik istismar ve çözüm önerileri. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1:18-24.
- Kendall-Tackett K. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health, *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/S0145-2134(02)00343-5.
- Kent A, Waller G. (1998). The impact of childhood emotional abuse: An extension of the child abuse and trauma scale, *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/S0145-2134(98)00007-6.

- Khosravani V, Ardestani SMS, Bastan FS ve Malayeri S. (2018). Difficulties in emotion regulation and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder, *Current Psychology*, doi:10.1007/s12144-018-9859-x
- Kim, S. J. ve Kim, C. H. (2006). The genetic studies of obsessive-compulsive disorder and its future directions. *Yonsei Medical Journal*, doi:10.3349/ymj.2006.47.4.443.
- Kline RB. (2011). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 3rd ed. New York: The Guilford Press.
- Kline RB. (2016). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 4th ed. New York, Guilford Publications.
- Koriat A, Goldsmith M. (1998). The Role of Metacognitive Processes in the Regulation of Memory Performance. In: G. Mazzoni and TO. Nelson (eds), *Metacognition and Cognitive Neuropsychology: Monitoring and Control Processes*, US, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 97-118.
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. (2002). The world report on violence and health, *The Lancet*, doi:10.1016/S0140-6736(02)11133-0
- Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Jaurieta N, ... Vallejo J. (2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions, *Depression and Anxiety*, doi:10.1002/da.20332
- Laghi F, Bianchi D, Pompili S, Lonigro A, Baiocco R. (2018). Metacognition, emotional functioning and binge eating in adolescence: the moderation role of need to control thoughts, *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, doi:10.1007/s40519-018-0603-1
- Lazarus RS. (1991). *Emotion and Adaptation*, Oxford University Press on Demand.
- Lazarus RS. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*, New York, Springer Publishing Company.
- Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL. (1990). Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive

compulsive disorder, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, doi:10.1097/00004583-199005000-00012

Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. (1996). Obsessive–Compulsive Disorder, *The British Journal of Psychiatry*, doi:10.1192/bjp.169.1.101

Livingston R. (1987). Sexually and physically abused children, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, doi:10.1097/00004583-198705000-00023

Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, ... Stein DJ. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls, *Depression and Anxiety*, doi: 10.1002/da.10028.

Lysaker PH, Gumley A, Brüne M, Vanheule S, Buck KD, Dimaggio G. (2011). Deficits in the ability to recognize one's own affects and those of others: associations with neurocognition, symptoms and sexual trauma among persons with schizophrenia spectrum disorders, *Consciousness and Cognition*, doi: 10.1016/j.concog.2010.12.018.

Malik S, Wells A, Wittkowski A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review, *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2014.10.007.

Mancini F, Gragnani A, D'Olimpio F. (2001). The connection between disgust and obsessions and compulsions in a non-clinical sample, *Personality and Individual Differences*, doi:10.1016/S0191-8869(00)00215-4.

Manser R, Cooper M, Trefusis J. (2012). Beliefs about emotions as a metacognitive construct: Initial development of a self-report questionnaire measure and preliminary investigation in relation to emotion regulation, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, doi:10.1002/cpp.745

Mansueto G, Caselli G, Ruggiero GM, Sassaroli S. (2019). Metacognitive beliefs and childhood adversities: an overview of the literature, *Psychology, Health & Medicine*, doi:10.1080/13548506.2018.1550258.

- Marcks BA, Wood DW. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, doi:10.1016/j.brat.2004.03.005.
- Mathews CA, Kaur N, Stein MB. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms, *Depression and Anxiety*, doi: 10.1002/da.20316.
- Mazloom M, Yaghubi H, Mohammadkhani S. (2016). Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model, *Personality and Individual Differences*, doi: 10.1016/j.paid.2015.08.053
- McGee RA, Wolfe DA, Wilson SK. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology*, doi:10.1017/S0954579497001107.
- McGuffin P, Mawson D. (1980). Obsessive-compulsive neurosis: two identical twin pairs, *The British Journal of Psychiatry*, doi:10.1192/bjp.137.3.285.
- McKeon P. Murray R, (1987). Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis, *The British Journal of Psychiatry*, doi:10.1192/bjp.151.4.528.
- Menzies RG, de Silva P. (2003). *Obsessive-Compulsive Disorder Theory, Research and Treatment*, England, Oxford University Press.
- Metcalfe J, Shimamura AP. (1996). *Metacognition Knowing About Knowing*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I, ... Hantouche EG. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: Influence of age of onset, *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/S0165-0327(02)00351-8.
- Mitterschiffthaler MT, Ettinger U, Mehta MA, Mataix-Cols D, Williams SC. (2006). Applications of functional magnetic resonance imaging in psychiatry, *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, doi:10.1002/jmri.20590

- Moore E, Gaskin C, Indig D. (2013). Childhood maltreatment and post-traumatic stress disorder among incarcerated young offenders. *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/j.chiabu.2013.07.012
- Mueser, KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management, *Schizophrenia Bulletin*, doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033314
- Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, ... Swain K. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, doi: 10.1037/0022-006X.72.3.479.
- Murphy SM, Kilpatrick DG, Amick-McMullan A, Veronen LJ, Paduhovich J, Best CL, ... Saunders BE. (1988). Current psychological functioning of child sexual assault survivors: A community study, *Journal of Interpersonal Violence*, doi:10.1177/088626088003001005.
- Mutlu, M. E. (2016). Öğrenme deneyimlerinin yönetiminde üstbilişsel düzenleme. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5:265-288.
- Morris MR, Blashfield RK, Rankupalli B, Bradley MM, Goodman WK. (1996). Subclinical obsessive-compulsive disorder in college students. *Depression and Anxiety*, doi:10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:5<233::AID-DA4>3.0.CO;2-E.
- Myers SG, Wells A. (2015). Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition, *Anxiety, Stress, & Coping*, doi:10.1080/10615806.2015.1009832.
- Nakamura Y. (2002). Child abuse and neglect in Japan. *Pediatrics International: Official Journal of the Japan Pediatric Society*, doi:10.1046/j.1442-200x.2002.01641.x
- Naragon-Gainey K, McMahon TP, Chacko TP. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, doi:10.1037/bul0000093.
- Narlı, M. (2019). Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Sınav Kaygısı Arasındaki İlişkide Mükemmeliyetçilik ve Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracı Rolü, *Sosyal Bilimler*

Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi.

Nelson F, Mann T. (2011). Opportunities in public policy to support infant and early childhood mental health: The role of psychologists and policymakers, *American Psychologist*, doi:10.1037/a0021314 .

Nelson TO. Narens L. (1994). Why investigate metacognition. *Metacognition: Knowing About Knowing*, 13:1-25.

Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, ... Hoehn-Saric R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder, *Archives of General Psychiatry*, doi:10.1001/archpsyc.57.4.358

Nolen-Hoeksema S, Aldao A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms, *Personality and Individual Differences*, doi:10.1016/j.paid.2011.06.012.

Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. (1991). Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder, *The British Journal of Psychiatry*, doi:10.1192/bjp.158.2.260

Onat O, Otrar M. (2010). Bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 31:123-143.

Osland S, Arnold PD, Pringsheim T. (2018). The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study, *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2018.07.018.

Örsel S, Karadağ H, Karaoğlu-Kahiloğulları A, Akgün-Ataş, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12:130-136.

Özgündüz CM, Kenar-Güler J, Tekin A, Özer ÖA, Karamustafalıoğlu O. (2019). Obsesif-kompulsif bozukluk hastalarında dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmalarının

sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması, *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, doi:10.5455/apd.5324.

Öztürk O, Uluşahin A. (2011). *Ruh Sağlığı Bozuklukları*, 11.Baskı. Ankara, Bayt Yayınevi.

Öztürk O, Uluşahin A. (2016). *Ruh Sağlığı Bozuklukları*, 14.Baskı. Ankara, Bayt Yayınevi.

Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder, *The American Journal of Psychiatry*, doi: 10.1176/ajp.152.1.76.

Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman, JF. (1991). A family study of Gilles de la Tourette syndrome. *American Journal of Human Genetics*, 48:154-163.

Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GE, Cohen DJ. (1986). Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: Evidence supporting a genetic relationship. *Archives of General Psychiatry*, doi:10.1001/archpsyc.1986.01800120066013.

Paul S, Simon D, Endrass T, Kathmann N. (2016). Altered emotion regulation in obsessive–compulsive disorder as evidenced by the late positive potential, *Psychological Medicine*, doi:10.1017/S0033291715001610.

Pazvantoglu O, Algul A, Ates MA, Sarisoy G, Ebrinc S, Basoglu C, Cetin M. (2013). Metacognitive functions in obsessive compulsive disorder in a Turkish clinical population: the relationship between symptom types and metacognition subdimensions, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, doi:10.5455/bcp.20130127020802.

Pears KC, Fisher PA. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits, *Development and Psychopathology*, doi:10.1017/S0954579405050030.

Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, Mandel F, Lehane J, Guarrera J. (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, doi:10.1097/00004583-199403000-00002

- Pintrich PR, Walters CA, Baxter GP. (2000). Assessing Metacognition and Self Regulated Learning. In: G. Schraw and JC. Impara (eds). *Issues in The Measurement of Metacognition*, USA, Buros Institute of Mental Measurements, 43-98.
- Piri S, Kabakçı E. (2007). Düşünce-eylem kaynaşması, yükleme biçimleri, depresif ve obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18:197-206.
- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, doi:10.1111/jcpp.12381.
- Purdon C, Clark DA. (1999). Metacognition and obsessions, *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<102::AID-CPP191>3.0.CO;2-5.
- Rasmussen SA, Eisen JL. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder, *Psychiatric Clinics*, doi:10.1016/S0193-953X(18)30205-3
- Rasmussen SA, Tsuang MT. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder, *The American Journal of Psychiatry*, doi:10.1176/ajp.143.3.317
- Robins, LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, Regier DA. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites, *Archives of General Psychiatry*, doi:10.1001/archpsyc.1984.01790210031005.
- Rockmore T. (1997). *Cognition: An Introduction to Hegel's Phenomenology of Spirit*, Berkeley, University of California Pres.
- Rosenberg CM. (1967). Familial aspects of obsessional neurosis. *The British Journal of Psychiatry*, doi:10.1192/bjp.113.497.405.
- Rudolph SG, Flett GL, Hewitt PL. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, doi:10.1007/s10942-007-0056-3.

- Runyan KM, May-Chahal C, Hassan F. (2002). Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers. In: EG. Krug, LL. Dahlberg, JA. Mercy, AB. Zwi, and R. Lozano (eds). *World Report on Violence and Health*, Switzerland, Geneva, 57-86.
- Runyan D. Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F. ve Ramiro, L. (2002). Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers. In: Krug EG, Dahlberg LL and Mercy JA. (eds). *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Geneva, 57-86.
- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication, *Molecular Psychiatry*, doi:10.1038/mp.2008.94.
- Sağlam M. (2007). Bilişsel Açıdan Farklı Obsesyonlara Sahip Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2008). Problems Related to Abuse and Neglect. In: R. Cancro (ed). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 414-420.
- Salkovskis PM. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis, *Behaviour Research and Therapy*, doi:10.1016/0005-7967(85)90105-6.
- Salkovskis PM. (1999). Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37:29-52.
- Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ, Costa PT, Riddle MA, Liang K, ... Cullen BA. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder, *The British Journal of Psychiatry*, doi:10.1192/bjp.177.5.457.
- Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrão P. (2006). Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings, *Journal of Clinical Forensic Medicine*, doi:10.1016/j.jcfm.2006.06.003.

- Sasson Y, Dekel S, Nacasch N, Chopra M, Zinger Y, Amital D, Zohar J. (2005). Posttraumatic obsessive–compulsive disorder: A case series. *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2004.05.026.
- Sarıcı H, Tagay Ö. (2019). Üniversite öğrencilerinin bilişsel duygu düzenlemelerinde çocukluk örselenmeleri ve otomatik düşüncelerin yordayıcı rolü, *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, doi:10.9779/pauefd.540635.
- Sarıçamlık E. (2021). Çocukluk Çağı Travması ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkide Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Işık Üniversitesi.
- Schneider W, Lockl K. (2002). The Development of Metacognitive Knowledge in Children and Adolescents. In: TJ. Perfect and BL. Schwartz, (eds), *Applied Metacognition*. Cambridge, Cambridge University Press, 224-257.
- Schraw G, Moshman D. (1995). Metacognitive theories. *Educational Psychology Review*, doi:10.1007/BF02212307
- Shipman KL, Zeman J. (1999). Emotional understanding: A comparison of physically maltreating and nonmaltreating mother-child dyads, *Journal of Clinical Child Psychology*, doi: 10.1207/S15374424jccp280313.
- Shipman K, Zeman J, Penza S. Champion K. (2000). Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective, *Development and Psychopathology*, doi:10.1017/s0954579400001036.
- Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive–compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, doi:10.1002/cpp.520.
- Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM, (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study, *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/0145-2134(96)00059-2.

- Stein DJ, Lochner C. (2006). Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach, *Psychiatric Clinics*, doi:10.1016/j.psc.2006.02.015.
- Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, doi:10.1016/j.jocrd.2014.02.005.
- Stoll AL, Tohen M, Baldessarini RJ. (1992). Increasing frequency of the diagnosis of obsessive-compulsive disorder, *The American Journal of Psychiatry*, doi:10.1176/ajp.149.5.638.
- Stoltenberg M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Alink LRA. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence, *International Journal of Psychology*, doi:10.1080/00207594.2012.697165.
- Straus MA, Kantor GK. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: Some principles and guidelines, *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/j.chiabu.2004.08.005.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases, *Archives of General Psychiatry*, doi:10.1001/archpsyc.1989.01810040041007.
- Şahin, Z. (2018). Aile İçi Şiddet Maduru Olan Kadınlarda Kendilik Algısı, Psikopatoloji ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Işık Üniversitesi.
- Şahin-Demirkapı, E. (2014). Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojiler ile İlişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.
- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardes, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Gecerlilik ve Güvenilirliği/Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, 32, 1054. doi: 10.5336/medsci.2011-26947

- Taner Y, Gökler B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, 35:82-86.
- Tanaka M, Wekerle C, Schmuck ML, Paglia-Boak A, MAP Research Team. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents, *Child Abuse & Neglect*, doi: 10.1016/j.chiabu.2011.07.003.
- Thompson RA. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x
- Thordarson DS, Radomsky AS, Rachman S, Shafran R, Sawchuk CN, Hakstian AR. (2004). The Vancouver obsessional compulsive inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, doi:10.1016/j.brat.2003.08.007.
- Tıraşçı Y. Gören S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34:70-74.
- Trauelson AM, Gumley A, Jansen JE, Pedersen MB, Nielsen HGL, Haahr UH, Simonsen E. (2019). Does childhood trauma predict poorer metacognitive abilities in people with first-episode psychosis? *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2019.01.018
- Tobias S, Everson HT. (2002). *Knowing What You Know and What You Don't: Further Research on Metacognitive Knowledge Monitoring*, New York, The College Board.
- Todd-Manly J, Kim JE, Rogosch FA, Cicchetti D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype, *Development and Psychopathology*, doi:10.1017/S0954579401004023
- Topbaş M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3:76-80.
- Toptaş B. (2019). Kuramsal çerçeveden OKB. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 2:94-109.
- Torresan RC, Ramos-Cerqueira ATA, Shavitt RG, do Rosário MC, de Mathis MA, Miguel EC, Torres AR. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in

men and women with obsessive-compulsive disorder, *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2012.12.006.

Tosun A, Irak M. (2008). Üstbiliş ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19:67-80.

Tekin, G. (2020). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Seçici Serotonin Gerilim Önleyicileri ile Tedavinin Oksidatif Stres Üzerine Etkisi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygin D, Sert H. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, doi:10.17681/hsp.48687

Valentiner DP, Smith SA. (2008). Believing that intrusive thoughts can be immoral moderates the relationship between obsessions and compulsions for shame-prone individuals, *Cognitive Therapy and Research*, doi:10.1007/s10608-007-9179-1.

Veale D. (2004). Psychopathology of obsessive-compulsive disorder, *Psychiatry*, doi:10.1383/psyt.3.6.65.38213.

Velibaşoğlu, B. (2014). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Obsesyon, Kompulsiyon ve Endişe ile Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar, Üst-Biliş ve Düşünce Eylem Kaynaşması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Vranceanu AM, Hobfoll SE, Johnson RJ. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress, *Child Abuse & Neglect*, doi: 10.1016/j.chiabu.2006.04.010

Yap K, Mogan C, Moriarty A, Dowling N, Blair-West S, Gelgec C, Moulding R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder, *Journal of Clinical Psychology*, doi:10.1002/jclp.22553

Yaşar ZF, Akduman GG. (2007). Çocuk ihmali-istismarı ve adli dış hekimliği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6:389-94.

- Yılmaz B. (2018). Obsesif kompulsif tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Lectio Scientific*, 2:21-42.
- Yılmaz O, Boyraz R. K, Kurtulmuş A, Parlakkaya FB, Öztürk A. (2020). Obsesif kompulsif bozuklukta içgörünün obsesif inançlar ve üstbiliş ile ilişkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, doi:10.14744/phd.2020.83584.
- Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. (2008). Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, doi:10.1002/cpp.589.
- Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46:295-298.
- Yılmaz S, İzci F, Mermi O, Atmaca M. (2016). Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma, *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, doi:10.5455/apd.214063.
- Youssef RM, Attia MSED, Kamel MI. (1998). Children experiencing violence I: Parental use of corporal punishment, *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/S0145-2134(98)00077-5.
- Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2:69-78.
- Weissman MM. (1998). *Cross-National Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder*, *CNS Spectrums*, doi:10.1017/s1092852900007136.
- Wells A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, doi:10.1017/S1352465800015897
- Wells A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manuel and Conceptual Guide*, Chichester, Wiley.

- Wells A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*, Chichester, Wiley.
- Wells A. (2008). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, New York, Guilford Press.
- Wells A, Cartwright-Hatton S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30, *Behaviour Research and Therapy*, doi:10.1016/S0005-7967(03)00147-5
- Wells A. ve Papageorgiou C. (1998). Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs, *Behaviour Research and Therapy*, doi:10.1016/S0005-7967(98)00070-9
- Whiteside SP, Port JD, Abramowitz, JS. (2004). A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive–compulsive disorder, *Psychiatry Research: Neuroimaging*, doi:10.1016/j.psychresns.2004.07.001
- Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, doi: 10.1001/archpsyc.64.1.49.
- Wilson C, Hall M. (2012). Thought control strategies in adolescents: Links with OCD symptoms and meta-cognitive beliefs, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, doi:10.1017/S135246581200001X.
- Wingo AP, Wrenn G, Pelletier T, Gutman AR, Bradley B, Ressler KJ. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure, *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2010.04.009.
- World Health Organization (WHO). (2002). *World Report on Violence and Health; Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers*, Geneva, 57-86.
- World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf

Xie P, Wu K, Zheng Y, Guo Y, Yang Y, He J, ... Peng H. (2018). Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China, *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2017.11.011



7. EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Lütfen bu dokümanı dikkatlice okuyunuz.

Sayın katılımcı,

Bu araştırma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesinde Doç. Dr. Halime Şenay GÜZEL danışmanlığında, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı/Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif ÇALIŞKAN tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı; **çocukluk çağı travmalarının, üstbiliş işlevlerinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif belirtileri üzerindeki yordayıcı etkisini** incelemektir. Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda bitirme hakkına sahipsiniz. Size verilen araştırma sorularını yanıtlarken kimsenin baskısı altında olmamanız gerekmektedir. Ölçekleri doldurmanız yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır. Verdiğiniz kişisel bilgileriniz araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacak, sadece araştırmanın amacı için kullanılacak ve gizli kalacaktır. Sizden soruları dikkatli bir şekilde okuyup cevaplarınızı da samimi ve gerçekçi bir şekilde vermeniz istenmektedir.

Katılımcı olduğunuz ve araştırmaya destek verdiğiniz için çok teşekkür ederiz.

Elif Çalışkan

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana
Bilim Dalı/Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Doç. Dr. Halime Şenay Güzel

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Öğretim Üyesi

Ek-2. Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız:
3. Araştırmaya hangi ilden katılıyorsunuz? Belirtiniz.....
4. Eğitim seviyeniz: ☐İlkokul –Ortaokul ☐ Lise ☐Üniversite
☐ Yüksek lisans ☐ Doktora
5. Medeni durumunuz: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış
6. Mesleğiniz:.....
7. Anne ve babanız:
☐ Her ikisi de hayatta. ☐ Her ikisi de hayatta değil. ☐ Sadece anne hayatta.
☐ Sadece baba hayatta.
8. Anne ve babanız:
☐ Birlikte ☐ Ayrı/Boşanmış
9. Annenizin eğitim durumu: ☐ İlkokul –Ortaokul ☐ Lise
☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans ☐ Doktora
10. Babanızın eğitim durumu: ☐ İlkokul –Ortaokul ☐ Lise
☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans ☐ Doktora
11. Kaç kardeşsiniz:.....
12. Kaçınıcı kardeşsiniz:.....
13. Aynı evde kim(ler)le yaşıyorsunuz?
☐ Yalnız
☐ Arkadaş
☐ Eş ve çocuk(lar) (çekirdek aile 1)
☐ Anne-baba-kardeş(ler) (çekirdek aile 2)
☐ Geniş aile (anne-baba-çocuklar-dede-anneanne/babaanne...)
☐ Diğer.....
14. Aynı evi paylaştığınız toplam kişi sayısı:.....
15. Evinize giren toplam geliriniz:
☐ 2300-3300TL ☐ 3301-4300TL ☐ 4301 ve 5300TL
☐ 5301 TL ve 6000TL ☐ 6001 TL ve üzeri

16. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

☐ Evet ise belirtiniz.....

☐ Hayır

17. Son 6 ayda yaşamınızı olumsuz etkileyecek bir olay yaşadınız mı (Örneğin, bir yakının vefatı, işsiz kalma, ameliyat vs.)?

☐ Evet ise belirtiniz.....

☐ Hayır

18. Şu anda sahip olduğunuz bir psikiyatrik bozukluk var mı?

☐ Evet ise belirtiniz.....

☐ Hayır

19. (Yukarıda soruya evet dediyseniz) Şu an kullandığınız bir psikiyatri ilacı var mı?

☐ Evet ise belirtiniz.....

☐ Hayır

Ek-3. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE)

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

	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok
Aşağıdaki ifadeler sizin için ne kadar doğru?					
1. Mektupları postalamadan önce, her harfi tekrar tekrar kontrol etme mecburiyeti hissedirim.	0	1	2	3	4
2. Kesici bir alet kullanmakla ilgili istenmeyen düşüncelerim nedeniyle sıklıkla keyfim kaçır.	0	1	2	3	4
3. Paraya dokunduktan sonra kendimi çok kirli hissedirim.	0	1	2	3	4
4. Önemsiz kararları almak bile bana çok zor gelir.	0	1	2	3	4
5. Kendimi, tamamıyla mükemmel olmaya mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
6. Bir kaza hakkındaki aynı istenmeyen düşünce veya imge (hayal) tekrar tekrar aklıma gelir.	0	1	2	3	4

7. Musluk ve elektrik düğmesi gibi şeyleri kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
8. Evi veya kendimi mikroplardan korumak için aşırı miktarda dezenfektan (mikrop öldürücü) kullanırım.	0	1	2	3	4
9. Sıklıkla önemsiz şeyleri (ör. araba plakaları, levhalardaki talimatlar) ezberlemeye mecbur hissederim.	0	1	2	3	4
10. Evim, biriktirdiğim eşyalarla darmadağınık olduğu için günlük ev işlerini yapmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
11. Bir şeye karar verdikten sonra, çoğunlukla kararım konusunda uzun süre endişe duyarım.	0	1	2	3	4
12. Hemen hemen her gün, zihnimde istem dışı beliren olumsuz düşüncelerden dolayı rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
13. Ellerimi yıkamak için çok zaman harcarım.	0	1	2	3	4
14. Her şeyi tam olarak doğru yapmaya çalıştığım için işleri tamamlamakta sıklıkla zorluk yaşıyorum.	0	1	2	3	4

15. Ayakkabılarımın tabanına dokunmak beni çok huzursuz eder.	0	1	2	3	4
16. Cinsel içerikli istenmeyen düşünce ve imgelerimden (hayallerden) sıklıkla rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
17. Çok önemsiz bir karar bile vermek zorunda olsam, kendimi gergin hissederim.	0	1	2	3	4
18. Kendimi günlük işleri yaparken, çok katı bir sıralama takip etmeye mecbur hissederim.	0	1	2	3	4
19. Mobilyalarımın veya diğer eşyalarımın her zaman tam olarak aynı pozisyonda/konumda olmaması beni rahatsız eder.	0	1	2	3	4
20. Her ne kadar bunu yapma isteğine karşı koymaya çalışsam da kapı ve pencerelerin kilitli olup olmadığını tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21. Çöp ya da çöp kutusuna dokunmak bana çok zor gelir.	0	1	2	3	4
22. Bir şeyi atmam gerektiğini düşündüğümde kendimi	0	1	2	3	4

çok gergin veya üzgün hissederim.					
23. Mikroplar ve hastalık konusunda gereğinden fazla endişeliyimdir.	0	1	2	3	4
24. Günlük işleri zamanında tamamlayamadığım için çoğunlukla geç kalırım	0	1	2	3	4
25. Bir şey bulaşma (kirlenme) olasılığı nedeniyle umumi telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
26. Biriktirdiğim gereksiz eşya yığınlarından dolayı insanları evime davet etmeye utanırım.	0	1	2	3	4
27. Ölüm ile ilgili aynı üzüntü verici düşünce veya imge (hayal) aklıma tekrar tekrar gelir.	0	1	2	3	4
28. Herkesin içinde birden bire küfür etmek ve hakaret etmek ile ilgili istenmeyen düşünce ve imgeler beni sıklıkla rahatsız eder.	0	1	2	3	4
29. Diğer insanları üzmüş olabileceğime dair çok endişelenirim.	0	1	2	3	4
30. Sıklıkla, akıp giden bir trafiğin içine arabayla	0	1	2	3	4

veya koşarak dalma dürtüsü beni korkutur.					
31. Rutin işlerimi yaparken neredeyse her zaman sayı sayarım.	0	1	2	3	4
32. Bir hayvana dokunduğum zaman kendimi çok kirlenmiş hissedirim.	0	1	2	3	4
33. En büyük sorunlarımdan biri, bir şeyi tekrar tekrar kontrol etmektir.	0	1	2	3	4
34. Aklıma sıklıkla, kontrolü kaybedeceğime dair rahatsız edici istem dışı düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
35. Neyi saklayıp neyi atmam gerektiğine karar vermek benim için neredeyse imkânsızdır.	0	1	2	3	4
36. Güçlü bir şekilde, bir şeyleri saymaya kendimi mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
37. Bunu yapma dürtüsüne karşı koysam bile, ocağı kapatıp kapatmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
38. Yatmadan önceki rutin hazırlığımı kesinlikle aynı şekilde	0	1	2	3	4

tamamlayamazsam çok rahatsız olurum.					
39. Vücut salgıları (kan, idrar ve ter vb.) ile en ufak bir temastan bile çok korkarım.	0	1	2	3	4
40. Sıklıkla, diğer insanlara zarar vermeye yönelik istem dışı istek ve dürtülerimden çok rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
41. Her gün, aynı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmekle çok zaman harcarım.	0	1	2	3	4
42. İsraf etmekten korktuğum için bazı şeyleri atmakta çok zorlanırım.	0	1	2	3	4
43. Sıklıkla elektrik düğmesi, musluk, araç-gereç ve kapı gibi şeyleri birkaç defa kontrol etmek zorunda kalırım.	0	1	2	3	4
44. En büyük sorunlarımdan biri, temizlik konusunda aşırı endişeli olmamdır.	0	1	2	3	4
45. Gelecekte ihtiyacım olabilir diye korktuğum için, eski dergi, gazete ve fişleri biriktirme zorunluluğu hissederim.	0	1	2	3	4
46. Aklıma tekrar tekrar dinsel içerikli rahatsız	0	1	2	3	4

edici ve kabul edilemez düşünceler gelir.					
47. Aynı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için genellikle işlerimi yetiştiremem.	0	1	2	3	4
48. Hata yapmaktan çok korktuğum için bir konuda karar vermeyi ertelemeye çalışırım.	0	1	2	3	4
49. Sıklıkla aklıma hastalık konusunda rahatsız edici ve istenmeyen düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
50. Mikroplar konusunda oldukça hassas olduğum için bakımlı olsa bile, umumi tuvaletleri bile kullanmaktan korkarım.	0	1	2	3	4
51. Karşı koymaya çalışmama rağmen, hiç kullanmayacağım çok sayıdaki nesneyi biriktirme mecburiyeti hissederim.	0	1	2	3	4
52. Rahatsız edici ve istenmeyen biçimdeki ahlak dışı düşünceler aklıma tekrar tekrar gelir.	0	1	2	3	4
53. En büyük sorunlarımdan biri ayrıntıya çok fazla takılmamdır.	0	1	2	3	4

54. Kendime zarar verme dürtüsünden sıklıkla rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
55. Her şeyi tamamen doğru yapmaya çalıştığım için hazırlanıp evden dışarı çıkmam çok fazla zaman alır.	0	1	2	3	4



Ek-4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir	1	2	3	4	5

doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5



Ek-5. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBO-30)

Bu anket insanların kendi düşünceleri hakkında sahip oldukları inançları ile ilgilidir.

Aşağıda, insanların ifade ettikleri bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur.	1	2	3	4
2. Endişelerim benim için tehlikelidir.	1	2	3	4
3. Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm.	1	2	3	4
4. Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim.	1	2	3	4
5. Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum.	1	2	3	4
6. Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur	1	2	3	4

7. Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir.	1	2	3	4
8. Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır.	1	2	3	4
9. Durdurmak için ne kadar uğraşsam da, endişe verici düşüncelerim devam eder.	1	2	3	4
10. Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur.	1	2	3	4
11. Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir.	1	2	3	4
12. Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım.	1	2	3	4
13. Düşüncelerimi her zaman kontrolüm altında tutabilmem gerekir.	1	2	3	4
14. Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir.	1	2	3	4
15. Endişelerim beni deliye döndürebilir.	1	2	3	4
16. Düşüncelerimin sürekli farkındayım.	1	2	3	4
17. Hafızam zayıftır.	1	2	3	4

18. Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim.	1	2	3	4
19. Endişelenmek yaşadıklarımınla baş etmeme yardımcı olur.	1	2	3	4
20. Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir.	1	2	3	4
21. Endişelenmeye başladığımda, bunu durduramam.	1	2	3	4
22. Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım	1	2	3	4
23. Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur.	1	2	3	4
24. Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır.	1	2	3	4
25. Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür.	1	2	3	4
26. Hafızama güvenmem.	1	2	3	4
27. Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam, iş göremez hale gelirim.	1	2	3	4
28. İyi çalışmak için, endişelenmem gerekir.	1	2	3	4

29. Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır.	1	2	3	4
30. Düşüncelerimi sürekli incelerim.	1	2	3	4



Ek-6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

Olaylarla nasıl başa çıkarsınız?

Herkesin başından istenmeyen veya tatsız birçok olay geçmiştir veya geçmektedir ve herkes bu duruma kendi yöntemleriyle karşılık vermektedir. İstenmeyen veya tatsız durumlarla karşılaştığınızda genellikle ne şekilde düşündüğünüzü, aşağıda yer alan sorular aracılığıyla belirtmeniz istenmektedir.

1 (Neredeyse) Hiçbir zaman					
2 Bazen					
3 Düzenli olarak					
4 Sık sık					
5 (Neredeyse) Her zaman					
	Hiçbir zaman	Bazen	Düzenli olarak	Sık sık	Her zaman
1. Gerçekten olaydan dolayı kendimi suçlarım.	1	2	3	4	5
2. Bu olay yaşandı, gerçekleşen durumu bu şekilde kabullenmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Yaşadığım olayın bende uyandırdığı duyguları düşünürüm.	1	2	3	4	5
4. Yaşadığım tatsız olaydan daha iyi bir şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
5. Yapabileceğim en iyi hamleyi düşünürüm.	1	2	3	4	5
6. Yaşanan tatsız olaydan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
7. Yaşananlar çok daha kötü bir şekilde de gerçekleşebilirdi diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
8. Başımdan geçen olayın diğerlerinin başına gelenlerden daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
9. Gerçekleşen olay karşısında başkalarını suçlarım.	1	2	3	4	5
10. Gerçekleşen olayın sorumlusu olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4	5
11. Yaşanan kötü olayı kabul etmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
12. Yaşanan olay karşısında ne düşündüğüm ve ne hissettiğimle meşgul olurum.	1	2	3	4	5

13. Bu olayla ilgisi olmayan güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
14. Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. Yaşananların bir sonucu olarak daha güçlü bir kişi haline dönüştüğümü düşünürüm.	1	2	3	4	5
16. Diğer insanların çok daha kötü deneyimler yaşayabileceklerini düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Yaşadığım olayın ne kadar kötü olduğunu sürekli düşünürüm.	1	2	3	4	5
18. Gerçekleşen olayda yaptığım hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
19. Gerçekleşen olayda yaptığım hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Yaşanan bu olayla ilgili değiştirebileceğim bir şey olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
21. Yaşanan olayın, üzerimde neden bu şekilde bir duygu yarattığını anlamak isterim.	1	2	3	4	5
22. Yaşanan bu kötü olayı düşünmek yerine güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
24. Yaşanan kötü olayın aynı zamanda olumlu yönlerinin de bulunduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
25. Diğer şeylerle karşılaştığımda bu olayın çok da kötü olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26. Yaşadığım olayın, bir insanın başına gelebilecek en kötü olay olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27. Gerçekleşen olayda başkalarının yaptığı hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
28. Yaşananların kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4	5
29. Bununla yaşamayı öğrenmek zorundayım, diye düşünüyorum.	1	2	3	4	5

30. Başımdan geçen kötü olayın, bende harekete geçirdiği duygular üzerinde düşünürüm.	1	2	3	4	5
31. Beni mutlu eden başka olayları düşünürüm.	1	2	3	4	5
32. Yapabileceğim hamlelerle ilgili bir plan düşünürüm.	1	2	3	4	5
33. Durumun pozitif yönlerini ararım.	1	2	3	4	5
34. Kendi kendime hayatta daha kötü şeyler olduğunu söylerim.	1	2	3	4	5
35. Durumun ne kadar korkunç olduğunu sürekli düşünürüm.	1	2	3	4	5
36. Bu soruna temelde başkalarının neden olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5

Ek-7. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri Kullanım İzni



Ek-8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Kullanım İzni



Ek-9. Üstbiliş Ölçeği-30 Kullanım İzni



Ek-10. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Kullanım İzni



Ek-11. Etik Kurul Onay Belgesi



Ek-12. Özgeçmiş

