

Araştırma / Original article**Obsesif-kompulsif bozukluk hastalarında dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmalarının sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması***Ceren Meriç ÖZGÜNDÜZ,¹ Jülide KENAR GÜLER,² Atilla TEKİN,³
Ömer Akil ÖZER,⁴ Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU⁵**ÖZ**

Amaç: Bu çalışmanın amacı obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarında, dissosiyasyon ile çocukluk çağı travmalarının görülme sıklığını araştırmak ve sağlıklı gönüllülerle karşılaştırmaktır. **Yöntem:** Çalışmaya Eylül 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında, Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konmuş 50 hasta ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 50 sağlıklı gönüllü alınmıştır. Katılımcılara SCID-I ve SCID-D uygulanarak Sosyodemografik Veri Formu ile birlikte Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) verilmiştir. **Bulgular:** OKB ve kontrol grupları arasında ortalama DYÖ ve ÇÇTÖ toplam puanları açısından anlamlı fark saptanmıştır. OKB grubunda en az bir dissosiyatif bozukluk eşlik etme oranı %14 olarak bulunmuştur. Grupların ÇÇTÖ alt ölçeklerinden duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. OKB grubunda en az bir tip çocukluk çağı travması (ÇÇT) görülme oranı %70 olarak saptanmıştır. Gruplar ÇÇT varlığı açısından karşılaştırıldığında, OKB grubunda en az bir tip ÇÇT, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar anlamlı derecede yüksek saptanmıştır **Tartışma:** OKB hastalarının dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmaları açısından sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanması ve OKB hastalarının %14'ünde en az bir dissosiyatif bozukluk, %70'inde ise en az bir tip ÇÇT bulunması çalışmamızın temel bulgularıdır. Çalışmamız, bu konuda ülkemizde yapılmış çalışmalardan kontrol grubuna sahip olması ile farklılaşmıştır. Çalışmamızın bulguları sonucunda, OKB ile dissosiyasyon ve ÇÇT birlikteliğinin tanı ve tedavi sürecine olası etkileri nedeniyle göz önüne alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2019; 20(3):287-295)

Anahtar sözcükler: Obsesif-kompulsif bozukluk, dissosiyasyon, çocukluk çağı travmaları

The frequency of dissociation and childhood trauma among obsessive-compulsive patients by comparing with healthy controls**ABSTRACT**

Objective: To determine the frequency of dissociation and childhood trauma among obsessive-compulsive patients by comparing with healthy controls. **Methods:** This study comprises of a group of 50 patients attending to Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Psychiatric Outpatients Department who had been diagnosed as obsessive-compulsive disorder according to DSM-5 and a control group of 50 participants with no psychiatric diagnosis. The

* 29. ECNP Kongresi'nde sunulmuştur, 17-20 Eylül 2016, Viyana/Avusturya

¹ Uzm. Dr., Psikiyatri Kliniği, Besni Devlet Hastanesi, Adıyaman

² Uzm. Dr., ⁴ Doç. Dr., Psikiyatri Kliniği, Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

³ Uzm. Dr. Psikoloji Bölümü, Haliç Üniversitesi, İstanbul

⁵ Prof. Dr. Adli Tıp Kurumu, İstanbul

Yazışma adresi / Correspondence address:

Uzm. Dr. Ceren Meriç ÖZGÜNDÜZ, Besni Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Çat Mahallesi Ressam Ayşe Işık Cad. No.6, Daire.A Besni/Adıyaman, Türkiye

E-mail: cerenmeric85@yahoo.com

Geliş tarihi: 25.08.2018, **Kabul tarihi:** 26.01.2019, **doi:** 10.5455/apd.5324

groups were collected between September 2014 and January 2015. SCID-I, SCID-D, Dissociative Experiences Scale (DES), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28) and a short instrument gathering qualitative information about childhood traumatic experiences were administered to all attendees with a sociodemographic form. **Results:** Mean DES and CTQ-28 total scores were determined as significantly different between OCD and control groups. In the OCD group, the percentage of existence of at least one type of dissociative disorder was 14%. In CTQ-28 subscales scores, there were significant differences between OCD and control groups for emotional neglect, emotional abuse and physical abuse. Moreover, 70% of the OCD group has had at least one type of childhood trauma. In childhood trauma subscales, there were also significant differences between OCD and control groups for at least one type of childhood trauma, emotional neglect, emotional abuse, physical abuse and sexual abuse. **Discussion:** Findings of significant differences between OCD patients and healthy controls according to dissociation and childhood trauma, 14% of at least one type of dissociative disorder and 70% of at least one type of childhood trauma in OCD patients are main findings of this study. Our study differentiates from other studies in our country that its having a control group. Considering above findings, it has revealed that because of its probable effects on the diagnosis and treatment, co-existence of OCD with dissociation and childhood trauma is needed to be taken account. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2019; 20(3):287-295)

Keywords: obsessive-compulsive disorder, dissociation, childhood trauma

GİRİŞ

Obsesif-kompulsif bozukluk, yaşam boyu süren, işlevsel kayıplara yol açabilen ve tedaviye ileri derecede direnç gösterebilen bir bozukluktur. Hastaların yarısından fazlası süreğen ve/veya yineleyici biçimlerine sahip olup bu durum hem bireysel, hem de toplumsal olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.¹ Yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %2-3 olarak kabul edilmektedir.²

Dissosiyasyon başta çocukluk çağı travmaları olmak üzere yaygın olarak travma ile ilişkilendirilmiş olup^{3,4} bireyin ruhsal bütünlüğünü sağlamaya yönelik bir savunma düzeneği işlevine vurgu yapılmıştır.⁵ Hem fiziksel, hem de ruhsal dissosiyasyon biçimleri çocukluk çağı travmasıyla birlikte bulunmuştur.^{6,7} Dissosiyasyon birçok psikopatolojiyle ilişkilendirilebilmekle⁸ birlikte, özellikle sınır kişilik bozukluğu,^{9,10} işlevsel nörolojik belirti bozukluğu¹¹ ve OKB ile birlikte görülmektedir.^{12,13} Erişkin yaşamda görülen depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluklarına çocukluk çağı istismar öyküsü olanlarda daha sık rastlanmaktadır.^{14,15} Bununla birlikte, epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda çocukluk çağı travmalarının OKB hastalarında sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur.¹⁶⁻¹⁸

Çocukluk döneminde meydana gelen travmatik yaşantılar ile dissosiyasyon^{6,7} ve dissosiyatif bozukluklar^{19,20} arasında tanımlanmış bir ilişki vardır. Literatürde hem dissosiyasyonun,^{12,13} hem de çocukluk çağı travmatik yaşantılarının¹⁶⁻¹⁸ OKB'de sıklıkla eşlik etmesi dikkat çekicidir. Çalışmamızda OKB hastalarında sağlıklı gönüllülerle karşılaştırarak dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmalarının görülme sıklığının araştırılması amaçlanmış olup çalışmanın varsayımı OKB'de dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmalarının daha sık görüldüğü şeklindedir.

YÖNTEM

Örneklem

Eylül 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında, Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran 50 katılımcıdan oluşan OKB grubu ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 50 katılımcıdan oluşan kontrol grubunu kapsamaktadır. OKB grubu için çalışmaya alınma ölçütleri DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısının konmuş olması, 18-65 yaşları arasında olma, gönüllü olma, en az okuryazar olarak belirlenmiştir. Araştırma için gönüllü olan 55 OKB hastasının dışlama ölçütlerine göre biri okuryazar olmadığı, biri BTA psikotik bozukluk eş tanısı olduğu ve üçü o sırada psikotik özellikli ve/veya ağır (HAM-D>23) depresyonu olduğu için çalışmaya alınmamıştır. OKB grubu için diğer dışlama ölçütleri ciddi nörolojik veya dahili hastalık öyküsünün olması, remisyonda olmayan bipolar bozukluk eş tanısının olması, alkol veya madde kullanım bozukluğu olmasıdır. SCID-I ile yapılan değerlendirme sonucunda, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan, 18-65 yaşları arasında, okuryazar gönüllü bireyler kontrol grubuna alınmıştır.

Tüm katılımcılar bilgilendirilmiş onam formunu okuyup araştırmaya gönüllü olarak katılmaya karar verdikten sonra Sosyodemografik Veri Formunu doldurmuşlardır. Araştırmacı tarafından tüm katılımcılara SCID-I ve SCID-D uygulanmış olup, katılımcılar Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi (ÇÇKKİSL) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğini (ÇÇTÖ) doldurmuşlardır. Araştırma, Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Değerlendirme araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Örneklem ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerini belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş soru formudur.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I): DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir. Altı modülden oluşmaktadır. Toplam 38 DSM-IV Eksen I bozukluğunu tanı ölçütleri ile, onunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Hastada tanı 'şu anda' ve 'yaşam boyu' göz önüne alınarak araştırılır. First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.²¹ Türkçeye Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır.²²

Dissosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-D): DSM-IV dissosiyatif bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşmedir. Steinberg tarafından geliştirilmiş,²³ Türkçeye Şar ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır.²⁴ Psikiyatrik bozukluklarda dissosiyatif belirti ve bozuklukları değerlendirmek için kullanılabilir. İki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm altı belirti alanından (amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, kimlik konfüzyonu, kimlik değişimi, kimlik bozukluğunun ikincil belirtileri) oluşur. Her sorunun karşısında aynı zamanda puanlama sistemi vardır. Verilen her yanıt bir puanla eşleşmiştir. Yetersiz bilgiler için puan verilmez. İkinci bölüm devam bölümüdür. Dokuz belirti alanından (kimlik konfüzyonu, hızlı duygudurum değişiklikleri, depersonalizasyon, farklı isimler, iç diyaloglar, çocuk parça, yaş regresyonu ve flaşbek, farklı kişi, posesyon hissi) oluşmaktadır. İlk bölümde belirti alanlarından birinde herhangi bir belirti ifade edilmemişse, devam bölümüne geçmeye gerek yoktur, aksi takdirde iki tane devam bölümü tanı koymak için yeterlidir. Görüşmenin sonunda bozukluk veya belirtiler ile toplam puan ortaya çıkmış olur.

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ): Dissosiyatif kimlik bozukluğu ve diğer süreğen karmaşık dissosiyatif bozuklukların saptanmasında yararlı olan, özbildirime dayalı, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır. Türkçe sürümü Şar ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yargıç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.²⁵ DYÖ tanı koydurucu bir araç olmayıp daha çok tarama veya derecelendirme amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekten yüksek puan elde edilmesi bir dissosiyatif bozukluğu düşündürür, fakat kanıtlamaz. Amnezi, dalma-hayal kurma, depersonalizasyon-derealizasyon olmak üzere üç alt ölçeği vardır; patolojik dissosiyasyonu gösteren sekiz soruluk kısmı DYÖ-

takson olarak adlandırılmaktadır. Deneğin 28 sorudan oluşan bu ölçeği doldururken, her sorunun altında bulunan 0'dan 100'e kadar onar onar artan oranlardan birisini işaretleyerek soruda tanımlanan durumu hangi sıklıkta (yaşamının yüzde kaçında) yaşadığını belirtmesi istenir, 28 yanıtın ortalaması DYÖ puanını verir. Çalışmaların çoğunda DYÖ'den 30 ve üzerinde puan alanların dissosiyatif bozukluk açısından değerlendirilmesinin gerektiği kabul edilmektedir.

Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi (ÇÇKKİSL): Açık uçlu sorulardan oluşan bu liste Yargıç ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. On altı yaşından önce fiziksel, duygusal ve cinsel istismar varlığı ile fiziksel ve duygusal ihmali sorgulayan 11 sorudan oluşmaktadır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ): 1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen ÇÇTÖ,²⁶ 1995'te 54 maddeye düşürülmüş, Şar tarafından 1996'da Türkçeye uyarlanmıştır.²⁷ Çalışmamızda 28 soruluk kısa sürümü kullanılmıştır. Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeği olup çocukluk çağındaki duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç minimizasyonu sorusunu kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru değerlendirilmesini amaçlar. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Aynı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanabilir. Ölçeğin Türkçe sürümü için kesme puanı hesaplanmamıştır, ancak araştırmacılar çalışma bulgularından yola çıkarak bazı kestirimlerde bulunmuşlardır. Bu çalışmaların bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının (sorulardan herhangi birine en alt düzeyde evet yanıtı verilmesinin) pozitif bildirim sayılması gerektiğini düşündürmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için 12 puana çekilebileceği anlaşılmıştır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayında olabileceği görülmektedir. Çalışmamızda kesme puanları belirtilen puanlara göre hesaplanmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

Örneklem genişliği belirlenirken tip I hata=0.05, testin gücü 0.80 kabul edilerek iki grup arasındaki farkın anlamlı bulunabilmesi için istatistiksel güç analizleri yapılmıştır. Yanı sıra, daha önce bu alanda yapılan çalışmalara da bakılarak OKB ve kontrol gruplarındaki katılımcı sayısı belirlenmiştir.^{17,18,28,29} Verilerin analizinde SPSS 17.0

programı kullanılmış olup tanımlayıcı istatistikler sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik dağılımı kurtosis ve skewness düzeyleri ile değerlendirilmiştir. Gruplarda kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ki-kare testi ve Fischer's Exact testi kullanılarak hesaplanmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklerde t testi kullanılmış, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin karşılaştırılması Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmanın OKB ve kontrol grupları cinsiyet ve

yaş açısından eşleştirilerek oluşturulmuştur.

OKB grubunun yaş ortalaması 35.64 ± 12.2 , kontrol grubunun yaş ortalaması 35.74 ± 11.73 yıl olarak bulunmuştur ($p = 0.967$). OKB ve kontrol grupları sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında, eğitim düzeyleri, medeni durum, çalışma durumu gibi özellikler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 1).

OKB ve kontrol gruplarının ortalama SCID-D toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı. OKB grubunun ortalama DYÖ toplam ve amnezi, dalma-hayal kurma, depersonalizasyon-derealizasyon alt ölçek puanları ile patolojik dissosiyasyonu gösteren DYÖ-T puanı kontrol grubuna göre anlamlı.

Tablo 1. OKB ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Özellikler	OKB grubu		Kontrol grubu		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş (Ort.±SS)	35.64±12.2		35.74±11.73		0.967
Cinsiyet	Kadın	35 70	35 70		
	Erkek	15 30	15 30		
Eğitim düzeyi	İlköğretim	27 54	26 52		0.75
	Lise	11 22	10 20		
	Üniversite	12 24	14 28		
Eğitim süresi (Ort.±SS)	10.34±2.9		10.56±3.02		0.711
Medeni durum	Evli	23 46	24 48		0.701
	Bekar	23 46	24 48		
	Ayrı	4 8	2 4		
Meslek	Çalışıyor	14 28	23 46		0.153
	Çalışmıyor	27 54	18 36		
	Öğrenci	6 12	8 16		
	Emekli	3 6	1 2		

Tablo 2. OKB ve kontrol gruplarının SCID-D ve DYÖ puanları karşılaştırılması

Ölçek ve alt ölçekler	OKB grubunun puanı (Ort.±SS)	Kontrol grubunun puanı (Ort.±SS)	z	p	χ^2	sd
SCID-D amnezi	1.34±0.94	1.14±0.57	-1.11	0.269	3.10	2
SCID-D depersonalizasyon	1.42±0.81	1.28±0.67	-0.98	0.327	1.94	3
SCID-D derealizasyon	1.34±0.82	1.08±0.34	-1.68	0.093	5.28	3
SCID-D kimlik konfüzyonu	1.08±0.39	1.08±0.39	<0.1	1	0	1
SCID-D kimlik değişimi	1.02±0.14	1.04±0.28	-0.01	0.989	2	2
SCID-D toplam	6.18±2.23	5.62±1.34	-1.38	0.168	6.36	7
DES amnezi	5.39±8.07	1.62±3.04	-2.64	0.008	18.34	15
DES dalma-hayal kurma	14.41±10.37	9.94±8.80	-2.30	0.022	33.07	34
DES deperson.-derealizasyon	5.48±9.56	0.53±1.55	-4.08	<0.001	23.26	12
DES takson	5.32±7.96	0.87±1.93	-3.78	<0.001	21.00	13
DES toplam	9.44±7.54	4.92±4.82	-3.47	0.001	56.62	50

Tablo 3. OKB grubunun SCID-D verileri

	Sayı	%
Dissosiyatif bozukluk	9	18
Dissosiyatif amnezi	3	6
Depersonalizasyon	4	8
BTA dissosiyatif bozukluk	2	4
Dissosiyatif belirti	18	36
Dissosiyatif amnezi	6	12
Depersonalizasyon	12	24
Derealizasyon	8	16
Kimlik konfüzyonu	2	4
Kimlik değişimi	1	2

Tablo 4. Kontrol grubunun SCID-D verileri

	Sayı	%
Dissosiyatif bozukluk	5	10
Dissosiyatif amnezi	1	2
Depersonalizasyon	4	8
BTA dissosiyatif bozukluk	1	2
Dissosiyatif belirti	11	22
Dissosiyatif amnezi	3	6
Depersonalizasyon	8	16
Derealizasyon	3	6
Kimlik konfüzyonu	2	4
Kimlik değişimi	1	2

Tablo 5. OKB ve kontrol gruplarının ÇÇTÖ puanları açısından karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	OKB grubunun puanı (Ort.±SS)	Kontrol grubunun puanı (Ort.±SS)	z	p	χ^2	sd
Duygusal ihmal	12.30±4.69	9.14±3.71	-3.43	<0.001	23.99	17
Fiziksel ihmal	7.64±2.55	7.30±2.79	-1.11	0.267	12.87	11
Duygusal istismar	8.28±4.17	5.98±1.72	-3.70	<0.001	17.96	14
Fiziksel istismar	6.22±2.59	5.36±1.48	-2.57	0.010	14.02	9
Cinsel istismar	6.40±2.65	5.40±0.92	-1.74	0.083	12.47	9
Toplam	40.84±11.87	33.14±7.26	-3.37	<0.001	37.08	33

Tablo 6. OKB ve kontrol gruplarının ÇÇKKİSL'ye göre çocukluk çağı travmalarının görülme sıklığı açısından karşılaştırılması

ÇÇKKİSL'a göre ÇÇT türü	OKB grubu		Kontrol grubu		p	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%		
Duygusal ihmal	25	50	11	22	0.006	8.507
Fiziksel ihmal	10	20	6	12	0.414	1.190
Duygusal istismar	19	38	7	14	0.011	7.484
Fiziksel istismar	16	32	5	10	0.013	7.294
Cinsel istismar	15	30	6	12	0.048	4.882
En az bir tip ÇÇT	35	70	24	48	0.041	5.002

düzeyde yüksekti (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.008$, $p=0.022$, $p<0.001$, $p<0.001$) (Tablo 2). OKB ve kontrol gruplarında SCID-D ile yapılan görüşme bulguları Tablo 3 ve 4'te gösterilmiştir.

OKB ve kontrol gruplarının ÇÇTÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, ÇÇTÖ toplam, duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar puanları OKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p=0.01$) (Tablo 5).

ÇÇKKİSL ile yapılan değerlendirmenin sonuçlarına göre OKB hastalarında en az bir tip çocukluk çağı travması görülme oranı %70, kontrol grubunda %48 olarak bulundu. OKB ve kontrol grupları çocukluk çağı travması görülme oranı açısından karşılaştırıldığında, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve en az bir tip çocukluk çağı travması görülme oranları açısından anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0.006$, $p=0.011$, $p=0.013$, $p=0.048$ ve $p=0.041$) (Tablo 6).

TARTIŞMA

Literatürde OKB ile dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma olmamakla birlikte, ilk olarak Goff ve arkadaşları 1992 yılında yayımlanan çalışmalarında OKB hastalarında

dissosiyatif belirtileri araştırmıştır.¹³ Fontenelle ve arkadaşları OKB ve sosyal anksiyete bozukluğunda dissosiyatif belirtiler ile travma öyküsünü araştırırken,²⁸ Lochner ve arkadaşları OKB ve trikotillomanide dissosiyatif yaşantıları irdelemişlerdir.³⁰ Türkiye'deki bir çalışmada OKB hastalarında dissosiyatif belirti ve bozukluk eş tanısı araştırılmıştır.³¹ Çalışmamızda OKB ile dissosiyasyon ilişkisini, çocukluk çağı travmatik yaşantılarıyla birlikte irdeledik.

Lochner ve arkadaşları OKB hastaları ile trikotillomani olguları dissosiyatif yaşantılar açısından karşılaştırmış, 110 katılımcıdan oluşan OKB grubunun ortalama DYÖ toplam puanı 13.6, 32 katılımcıdan oluşan trikotillomani grubunun ortalama DYÖ toplam puanı 16.3 olarak saptanmış; gruplar arasında ortalama DYÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.317$).³⁰ Fontenelle ve arkadaşlarının çalışmasında, 34 OKB hastası ile 30 sosyal anksiyete bozukluğu hastası ortalama DYÖ toplam puanları açısından karşılaştırılmış; OKB hastalarının ortalama DES toplam puanı 13.9, sosyal anksiyete bozukluğu hastalarının ortalama DES toplam puanı 18 olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.²⁸ Goff ve arkadaşlarının çalışmasında 100 OKB hastasının DYÖ ortalama toplam puanı 6.8 olarak bulunmuş ve bu bulgunun daha önce yapılmış çalışmalarda normal kontrollerin ortalama DYÖ toplam puanlarından daha yüksek, anksiyete bozukluklarında saptanan ortalama DYÖ toplam puanlarıyla benzer olduğunu belirtmişlerdir.¹³ Çalışmamızla benzer şekilde OKB hastaları ile sağlıklı gönüllülerin dissosiyasyon açısından karşılaştırıldığı Raszka ve arkadaşlarının çalışmasında dissosiyasyon değerlendirmesi için DYÖ kullanılmış ve OKB grubunda daha yüksek oranda dissosiyatif yaşantı saptanmıştır.³² Prasko ve arkadaşlarının çalışmasında ise, literatürdeki verilerin ve çalışmanın varsayımının aksine OKB grubunun ortalama DYÖ toplam puanı 13.11, kontrol grubunun ortalama DYÖ toplam puanı 22.54 olarak bulunmuş ve kontrol grubunun DYÖ toplam puanı OKB grubunun DYÖ toplam puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmış ($p<0.001$) olup bu durumun örneklem seçimiyle ilgili olabileceği düşünülmüştür.²⁹ Bizim çalışmamızda OKB grubunun ortalama DYÖ toplam puanı 9.44, kontrol grubunun ortalama DYÖ toplam puanı 4.92 olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.001$). Ayrıca OKB grubunun DYÖ alt ölçekleri olan amnezi, dalma-hayal kurma, depersonalizasyon-derealizasyon ve patolojik

dissosiyasyonu gösteren DYÖ-T puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuş olup OKB ve dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişki açısından literatürle benzer sonuçlar bulunmuştur.^{12,13,32} OKB'de dissosiyatif yaşantıların daha sık görülmesi, anksiyete bozukluklarında uyarıcı maruziyeti sonucu ortaya çıkan olumsuz duygulanımla zorlu başa çıkma yollarından biri olabileceği gibi,³³ bazı OKB belirtilerinin dissosiyatif belirtilerden ayrışmasının zorluğundan da kaynaklanıyor olabilir.³⁴ Aynı zamanda OKB ile dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi her ikisinde de seçici dikkat ve bellekle ilgili sorunlar gibi belli bilişsel eksikliklerin bulunmasıyla ilişkilendiren çalışmalar da vardır.^{12,35}

Çalışmamızda OKB ve kontrol grupları arasında SCID-D alt ölçek ve toplam puanları açısından anlamlı fark bulunmamış olması; DES'in dissosiyatif yaşantıları öz-bildirim şeklinde sorgulayan bir tarama ölçeği, SCID-D'nin ise dissosiyatif bozukluk tanısı ve görüşmecinin saptadığı dissosiyatif belirtileri ortaya koyan bir yapılandırılmış klinik görüşme formu olması neden gösterilebilir. OKB hastalarının dissosiyatif yaşantı geribildirimlerinin yüksek olması, hastalık belirtileri ile dissosiyatif yaşantı olarak yaşadıkları durumların benzeşerek öz bildirimde yansımaları nedeniyle ortaya çıkmış bir bulgu olarak ele alınabilir, ancak görüşmeci SCID-D uygulaması sırasında bu belirtiler ve deneyimler arası farkı klinisyen gözüyle değerlendirerek dissosiyatif belirti ve bozukluk tanısı olup olmadığını saptamış ve sonuçta gruplar arası DYÖ puanları ile bulunan anlamlı fark, SCID-D puanları ile bulunamamış olabilir. Bununla birlikte, literatürde dissosiyasyonun değerlendirilmesinde öz bildirim ve klinik görüşme arasında farklılıkların olduğu bazı çalışmalarda ortaya konmuş olup^{36,37} dissosiyatif bozukluk ve/veya sınır kişilik bozukluğu (SKB) olan iki grubun, dissosiyatif amnezi açısından öz bildirim ve klinik görüşme ölçekleri kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmada, SKB ve dissosiyatif bozukluk grubunun klinik görüşme sonucu bulunan toplam dissosiyasyon puanlarının benzer olduğu, fakat öz bildirimde dayalı ölçek sonuçları ve klinik değerlendirme ile ortaya konan dissosiyatif amnezi bulgularının dissosiyatif bozukluk grubunda SKB grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur.³⁸

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile OKB arasındaki ilişki daha önce gösterilmiştir.¹⁶⁻¹⁸ Lochner ve arkadaşlarının çalışmasında, 74 OKB hastası, 36 trikotillomani hastası ve 31 sağlıklı gönüllü ÇÇTÖ puanlarına göre çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırılmış olup OKB

ve trikotillomani hastalarının kontrol grubuna göre ÇÇTÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.¹⁸ Bu çalışmada, çocukluk çağı travmasının alt tiplerinden duygusal ihmal alt ölçek puanı iki grupta da kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanırken, fiziksel istismar alt ölçek puanı yalnız trikotillomani grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Caspi ve arkadaşlarının bir çalışmasında, 30 OKB hastası, 17 panik bozukluğu hastası ve 26 psikiyatrik bozukluğu olmayan romatoid artrit hastası çocukluk çağı cinsel istismarı açısından karşılaştırılmıştır.¹⁷ Bu çalışmada, OKB hastalarında fiziksel temas içeren çocukluk çağı cinsel istismar görülme oranı %53.3, panik bozukluğu hastalarında %52.9 ve romatoid artrit hastalarında %23.1 olarak saptanmış olup OKB ve panik bozukluğu hastalarındaki oran romatoid artrit hastalarının oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Fiziksel temas içermeyen çocukluk çağı cinsel istismarı görülme oranı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İki çalışmanın verileri ile çalışmamızın verileri benzerdi. Çalışmamızda OKB ve kontrol gruplarının ÇÇKKİSL ile belirlenen çocukluk çağı travması alt tiplerinin görülme sıklıkları karşılaştırıldığında, gruplar arasında duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar ve cinsel istismar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, fiziksel ihmal görülme sıklığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Aynı zamanda çalışmamızda OKB ve kontrol gruplarının ortalama ÇÇTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Ayrıca OKB ve kontrol gruplarının ÇÇTÖ alt ölçeklerinden duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, cinsel istismar ve fiziksel ihmal alt ölçekleri ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Cinsel istismar açısından, OKB ve kontrol grupları arasında ÇÇKKİSL ile anlamlı fark bulunurken, ÇÇTÖ ile grupların puanları arasında anlamlı fark saptanmaması; ÇÇKKİSL'de yalnız çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısı sorgulanırken, ÇÇTÖ'de çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısı sıklığının da değerlendirilmesinden kaynaklanan olası bir farklılık şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmamızda tek başına ÇÇTÖ verilmiş olmasının nedeni de olası farklılıkların ortaya konarak, ÇÇTÖ ile Likert tipi bir öz bildirim ölçeği olarak bulunan sonuçların, ÇÇKKİSL ile çocuk-

luk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının var/yok şeklinde yine öz bildirim olarak değerlendirilmesi ile karşılaştırmaya olanak sağlama amacıdır.

SONUÇ, ÖNERİ ve SINIRLILIKLAR

Çalışmamız, OKB hastalarının sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldığı daha önceki çalışmalarla çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar açısından gruplar arasındaki farkları ortaya koyma bakımından benzerlik göstermektedir. İkisi de kontrol grubuyla karşılaştırıldığında OKB grubunda anlamlı düzeyde yüksek oranda bulunmuş olup OKB ile olan birliktelikleri ilişkisinin neden-sonuç bağlamında ortaya konabilmesi için farklı ruhsal bozukluklar ile karşılaştırıldığı kohort çalışmalar gerekmektedir. Bu birlikteliğin tanı-tedavi sürecine olası etkileri de göz önüne alınırsa, daha geniş örneklem gruplarında yapılacak randomize kontrollü çalışmalara da gerek duyulmaktadır.

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında örneklem sayısının düşük olması belirtilebilir. Bununla birlikte kesitsel bir çalışma olması nedeniyle bulgular neden-sonuç ilişkisi içinde yorumlanamamaktadır. Ayrıca çalışmamızda OKB hastalarının anksiyete düzeyleri değerlendirilmemiştir. Bu durum, anksiyetenin dissosiyasyon ve OKB belirtileri üzerine olası etkilerinin değerlendirilememesine neden olmuştur. Çalışmalarda OKB'de yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu eş tanısı oranı %80 olarak saptanmıştır.³⁹ Aynı zamanda anksiyete, duygudurum ve kişilik bozukluğu olanlarda olmayanlara göre daha yüksek oranda dissosiyatif bozukluk eş tanısı görüldüğü,⁴⁰ anksiyete bozukluğu hastalarıyla yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travması artmış oranlarda bildirilmiştir.⁴¹ Dolayısıyla OKB grubunda eşlik eden anksiyete bozuklukları dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmalarının daha yüksek oranda görülmesinde rol oynamış olabilir. Bir diğer sınırlılık, katılımcıların kişilik özelliklerinin incelenmemiş olmasıdır ki, geçmiş çalışmalarda özellikle SKB ile dissosiyatif yaşantılar ve çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir.^{42,43} Kişilik bozukluğu eş tanısının ele alınmamış olması, OKB hastalarında dissosiyatif belirtiler üzerine kişilik bozukluğunun olası etkilerini inceleyemememize neden olmuştur. Son olarak çocukluk çağı travma öyküsünün geriye dönük ve öz bildirim dayalı olması, bellekle ilgili çarpıtma olasılığını doğuran bir sınırlılıktır.

Yazarların katkıları: C.M.Ö.: Konuyu belirleme, literatür tarama, araştırmanın yürütülmesi, istatistik, makale yazımı; J.K.G.: Konuyu belirleme, literatür tarama, makale yazımı; A.T.: Konuyu belirleme, istatistik; Ö.A.Ö.: Konuyu belirleme, planlama, araştırmanın yürütülmesi; O.K.: Konuyu belirleme, planlama, araştırmanın yürütülmesi.

KAYNAKLAR

- Kaplan A, Hollander E. A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Serv* 2003; 54:1111-1118.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu H, Lee CK, et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder: the cross national collaborative group. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:5-10.
- Zlotnic C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse and self-mutilation. *Compr Psychiatry* 1996; 37:12-16.
- Zlotnic C, Shea MT, Zakriski A, Costello E, Begin A, Pearlstein T. Stressors and close relationship during childhood and dissociative experiences in survivors of sexual abuse among inpatient psychiatric women. *Compr Psychiatry* 1995; 36:207-212.
- Cardena E. The domain of dissociation. SJ Lynn, JW Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, New York: Guilford Press, 1994, pp.15-31.
- Chu JA, Dill D. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990; 147:887-892.
- Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1034-1039.
- Sar V, Ross C. Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29:129-144.
- Sar V, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. The axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation* 2003; 4:119-136.
- Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. Axis-I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1583-1590.
- Sar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2271-2276.
- Merckelbach H, Wessel I. Memory for actions and dissociation in obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:846-848.
- Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180:332-337.
- Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull* 1986; 99:66-77.
- Polusny M.A, Follette V.M. Long-term correlates of child sexual abuse: theory and review of the empirical literature. *Appl Prev Psychol* 1995; 4:143-166.
- Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: the roles of alexithymia and attachment. *Psychol Psychother* 2011; 84:367-388.
- Caspi A, Vishne T, Sasson Y, Gross R, Livne A, Zohar J. Relationship between childhood sexual abuse and obsessive compulsive disorder: case control study. *Isr J Psychiatry* 2008; 45:177-182.
- Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, et al. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depress Anxiety* 2002; 15:66-68.
- Putnam F. Dissociative phenomena. A Tasman, S Goldfinger (Eds.), *Review of Psychiatry*, Washington DC: American Psychiatric Press, 1991, pp.145-166.
- Malinosky-Rummell R, Hoier TS. Validating measures of dissociation in sexually abused and non-abused children. *Behav Assess* 1991; 13:341-357.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1996.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Koroğlu E. The reliability and validity of the Turkish version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
- Steinberg, M, Cicchetti D, Buchanan J, Hall P. Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 1993; 6:3-15.
- Kundakçı T, Şar V, Kiziltan E, Yargıç Lİ, Tutkun H. Reliability and validity of the Turkish version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D): A preliminary study. *Journal of Trauma & Dissociation* 2014; 15:24-34.

25. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V. The reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation* 1995; 8:10-12.
26. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1132-1136.
27. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2012; 32:1054-1063.
28. Fontenelle LF, Domingues AM, Souza WF, Mendlowicz MV, de Menezes GB, Figueira IL, et al. History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatr Q* 2007; 78:241-250.
29. Prasko M, Raszka T, Diveky A, Grambal D, Kamaradova J, Koprivova K, et al. Obsessive compulsive disorder and dissociation - comparison with healthy controls. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2010; 154:179-183.
30. Lochner C, Korkeila J, Peltola P, Jarvinen J. Dissociative experiences in obsessive compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Compr Psychiatry* 2004; 45:384-391.
31. H. Belli, C. Ural, M. Kanarya-Vardar, S. Yesilyurt, F. Oncu. Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2012; 53:975-980.
32. Raszka M, Prasko J, Koprivova J, Novak T, Adamcova K. Psychological dissociation in obsessive-compulsive disorder is associated with anxiety level but not with severity of obsessive-compulsive symptoms. *Neuro Endocrinol Lett* 2009; 30:624-628.
33. Ball S, Robinson A, Shekhar A, Walsh K. Dissociative symptoms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:755-760.
34. Lipinski JF, Pope HG. Do "flashbacks" represent obsessional imaginary? *Compr Psychiatry* 1994; 35:245-247.
35. Watson D, Wu KD, Cutshall C. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation. *J Anxiety Disord* 2004; 18:435-458.
36. Şar V, Alioğlu F, Akyüz G, Tayakısı E, Öğülmüş FE, Sönmez D. Awareness of identity alteration and diagnostic preference between borderline personality disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation* 2017; 18:693-709.
37. Şar V, Alioğlu F, Akyüz G. Depersonalization and derealization in self-report and clinical interview: The spectrum of borderline personality disorder, dissociative disorders and healthy controls. *Journal of Trauma and Dissociation* 2017; 18:490-506.
38. Şar V, Alioğlu F, Akyüz G, Karabulut S. Dissociative amnesia in dissociative disorders and borderline personality disorder: Self-rating assessment in a college population. *Journal of Trauma and Dissociation* 2014; 15:477-493.
39. Nestadt G. The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychol Med* 2001; 31:481-487.
40. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning and axis I and II comorbidity. *J Psychiatr Res* 2006; 40:131-140.
41. Stein MB, Walker JR, Anderson G, Hazen AL, Ross CA, Eldridge G, et al. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry* 1996; 153:275-277.
42. Beth S. Gershuny and Julian F. Thayer. Relations among psychological trauma, dissociative Phenomena and trauma-related distress: a review and integration. *Clinical Psychology Review* 1999; 19:631-657.
43. Van der Kolk BA, Hostetler A, Herron N, Fisler R. Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1994; 17:715-730.