

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE CİNSEL İŞLEV
BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİDE OBSESİF
KOMPULSİF BELİRTİLERİNİN ARACI ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şeyma BOYDAK TİMAR

İstanbul
Haziran- 2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE CİNSEL İŞLEV
BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİDE OBSESİF KOMPULSİF
BELİRTİLERİNİN ARACI ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şeyma BOYDAK TİMAR

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

İstanbul
Haziran- 2024

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye Doç. Dr. Yusuf BİLGE

Üye Dr. Öğr. Üyesi Hasan DEMİRCİ

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “Çocukluk Çağı Travmaları İle Cinsel İşlev Bozukluğu Arasındaki İlişkide Obsesif Kompulsif Belirtilerinin Aracı Rolü” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Şeyma BOYDAK TİMAR

ÖN SÖZ

Tez yazım sürecimin başlangıcından bitişine kadar her aşamasında bilgi, deneyim ve desteğiyle yolumu anlatan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e tüm katkıları için en içten teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans eğitimi boyunca pek çok alanda bilgi birikimlerini cömert bir şekilde öğrencileriyle paylaşan Sabahattin Zaim Üniversitesi'nde çalışmalarımı devam ettiren başta Doç. Dr. Yusuf BİLGE hocam başta olmak üzere değerli hocalarımın her birine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hastalığının teşhisinden ölümüne kadar geçen son 1.5 yılını benimle ve ailesiyle doyasıya yaşayan babam İdris BOYDAK'a, kısa görünen zaman dilimine bir ömürlük deneyim sığdırmayı başardığı için sonsuz şükran duyuyorum. Emek ve özverisiyle her türlü çalışmamı destekleyen annem Nimet BOYDAK'a yürekten teşekkür ederim. Bana olan güveni ve desteği için Haluk TİMAR'a teşekkür ederim.

Son olarak hayatımın birçok döneminde içimdeki potansiyeli ortaya çıkarmama yardımcı olan Dr. Timur HARZADIN'a varlığı ve katkıları için teşekkür ederim.

Şeyma BOYDAK TİMAR
İstanbul-2024

ÖZET

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE CİNSEL İŞLEV
BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİDE OBSESİF KOMPULSİF
BELİRTİLERİNİN ARACI ROLÜ**

Şeyma BOYDAK TİMAR

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Haziran, 2024 - 97 Sayfa

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, bireyin çocukluk döneminde yaşadığı potansiyel travmatik deneyimleri ifade eder. Obsesyonlar, kişinin zihninde tekrar tekrar oluşan istemsiz düşünceler, endişeler, görüntüler, korkular, dürtüler ve şüphelerdir. Kompulsyonlar, kişinin stresli durumlardan korunmak için uygulanması gerektiğini hissettiği, tekrarlayan, kurallara bağlı fiziksel davranışlar ve eylemlerdir. Cinsel işlev bozukluğu bireyin sadece psikolojik sağlığı için değil, aynı zamanda partnerlerle olan ilişkinin kalitesi için de oldukça önemli olan, cinsel açıdan uyarılma, haz alma, tatmin olma vb. fonksiyonlarda aksamaya sebep olan psikolojik problemlerdir. Bu çalışmada asıl amaçlanan durum çocukluk çağı travmalarının bireyin yetişkinlik döneminde cinsel işlev bozukluklarına sebebiyet verebildiğini tespit etmek ve obsesif kompulsif bozukluğun bu noktadaki aracı rolünü araştırmaktır. Bu amaçla çalışmada ilişkiel tarama desenine dayanan yapısal eşitlik modeli kullanılmıştır. Oluşturulan yol analizi modeli ile çocukluk çağı travmasının cinsel işlev bozukluğuna olan etkisinde obsesif kompulsif belirtilerin aracılık etkisi test edilmiştir. Araştırma 301 gönüllü katılımcı ile yürütülmüştür. Bu amaçla katılımcılara “Çocukluk Çağı Travma Ölçeği CTQ-33, Padua Envanteri, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği” uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular çerçevesinde çocukluk çağı travmalarının, obsesif kompulsif bozukluk ve cinsel işlev bozukluğunu yordamakta olduğu ve obsesif kompulsif bozukluğun da çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisinde bir aracı rolü oynadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Cinsel İşlev Bozukluğu

ABSTRACT

**THE MEDIATING ROLE OF OBSESSIVE COMPULSIVE
SYMPTOMS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD
TRAUMAS AND SEXUAL DYSFUNCTION**

Şeyma BOYDAK TİMAR

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

June, 2024 - 97 Pages

Childhood traumatic events refer to potential traumatic experiences experienced by an individual during childhood. Obsessions are involuntary thoughts, anxieties, images, fears, impulses and doubts that occur over and over again in the person's mind. Compulsions are repetitive, rule-bound physical behaviors and actions that the person feels need to perform to protect themselves from stressful situations. Sexual dysfunction is a problem that affects sexual arousal, pleasure, satisfaction, etc., which are very important not only for the psychological health of the individual but also for the quality of the relationship with partners. The main aim of this study is to determine whether childhood traumas can cause sexual dysfunctions in adulthood and to investigate the mediating role of obsessive compulsive disorder at this point. For this purpose, structural equation model based on relational screening design was used in the study. With the path analysis model created, the mediating effect of obsessive compulsive symptoms on the effect of childhood trauma on sexual dysfunction was tested. The research was conducted with 301 volunteer participants. For this purpose, "Childhood Trauma Scale CTQ-33, Padua Inventory, Arizona Sexual Experiences Scale" were administered to the participants. Within the framework of the findings obtained in the study, it was seen that childhood traumas predicted obsessive compulsive disorder and sexual dysfunction, and obsessive compulsive disorder played a mediator role in the effect of childhood traumas on sexual dysfunction.

Keywords: Childhood Trauma, Obsessive Compulsive Disorder, Sexual Dysfunction.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problem	1
1.2. Amaç	2
1.3. Araştırmanın Önemi	2
1.4. Varsayımlar	3
1.5. Sınırlılıklar	3
1.6. Tanımlar	3

İKİNCİ BÖLÜM

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU	4
2.1. Çocukluk Çağı Travmaları	4
2.1.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri.....	7
2.1.1.1. Fiziksel İstismar.....	7
2.1.1.2. Cinsel İstismar	8
2.1.1.3. Duygusal İstismar	9
2.1.1.4. İhmal.....	9
2.1.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Tarihçesi	10
2.1.3. Çocukluk Çağı Travmalarından Kaynaklanan Problemler	12
2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB).....	13
2.2.1. OKB'nin Tarihçesi	17

2.2.2. OKB'nin DSM-5 Teşhis Ölçütüleri	18
2.2.3. OKB'nin Epidemiyolojisi	20
2.2.4. OKB'nin Klinik Özellikleri	24
2.3. Cinsel İşlev Bozukluğu	26
2.3.1. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozukluğu.....	26
2.3.1.1. Erken Boşalma.....	26
2.3.1.2. Erektile Disfonksiyon.....	27
2.3.1.3. Cinsel Tatminsizlik	28
2.3.2. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu	30
2.3.2.1. Kadınlarda Cinsel Uyarılma Bozukluğu.....	30
2.3.2.2. Kadınlarda Orgazm Bozukluğu	31
2.3.2.3. Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu	31
2.3.2.4. Kadınlarda Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu.....	32
2.4. Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Cinsel İşlev Bozukluğu ile İlgili Araştırmalar	34
2.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlgili Araştırmalar	34
2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Cinsel İşlev Bozukluğu ile İlgili Araştırmalar	36
2.4.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Cinsel İşlev Bozukluğu ile İlgili Araştırmalar	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM.....	39
3.1. Araştırmanın Modeli	39
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.2.1. Evren	39
3.2.2. Örneklem.....	39
3.3. Veri Toplama Araçları	40
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	40
3.3.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği.....	41
3.3.3. Padua Envanteri	41
3.3.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	42
3.4. Veri Analizi.....	42

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR..... 44

- 4.1. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri Cinsiyete Göre Farklılaşmaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular 45
- 4.2. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşmaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular..... 46
- 4.3. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri Medeni Duruma Göre Farklılaşmaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular..... 48
- 4.4. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri Sosyoekonomik Düzeye Göre Farklılaşmaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular..... 50
- 4.5. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri ile Yaş Arasında Anlamlı İlişki Vardır” Hipotezine Yönelik Bulgular..... 52
- 4.6. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri Arasında Anlamlı İlişki Vardır” Hipotezine Yönelik Bulgular53
- 4.7. “Çocukluk Çağı Travmaları Obsesif Kompulsif Belirti Düzeyini Yordamamaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular 55
- 4.8. “Çocukluk Çağı Travmaları Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordamaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular 55
- 4.9. “Obsesif Kompulsif Belirtiler Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordamaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular 56
- 4.10. “Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordamaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular 56
- 4.11. “Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracılık Rolü Vardır” Hipotezine Yönelik Bulgular..... 57

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ 61

KAYNAKLAR..... 70

EKLER..... 83

ÖZGEÇMİŞ..... 96

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Araştırma Örneklemi.....	40
Tablo 4.1: Araştırma Değişkenleri İçin Betimsel İstatistikler	44
Tablo 4.2: Cinsiyete Göre t Test Sonuçları	45
Tablo 4.3: Cinsiyete Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları	46
Tablo 4.4: Eğitim Düzeyine Göre t Test Sonuçları	47
Tablo 4.5: Eğitim Durumuna Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları	48
Tablo 4.6: Medeni Duruma Göre t Test Sonuçları	48
Tablo 4.7: Medeni Duruma Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	49
Tablo 4.8: Araştırma Değişkenleri İçin Levene Testi	50
Tablo 4.9: Sosyoekonomik Düzey İçin ANOVA Sonuçları	51
Tablo 4.10: Sosyoekonomik Duruma Göre Kruskal Wallis-HTesti Sonuçları	52
Tablo 4.11: Yaş ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişki	52
Tablo 4.12: Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Değişkenleri Arasındaki İlişki	53
Tablo 4.13: Çocukluk Çağı Travmalarının Obsesif Kompulsif Belirti Düzeyini Yordama Durumu.....	55
Tablo 4.14: Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordama Durumu.....	55
Tablo 4.15: Obsesif Kompulsif Belirtilerin Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordama Durumu.....	56
Tablo 4.16: Obsesif Kompulsif Belirtilerin ve Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordama Durumu.....	57
Tablo 4.17: Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracılık Rolü	59
Tablo 4.18: Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracılık Rolü İçin Sobel, Aroian ve Goodman Testi	60

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 3.1: Araştırma Sürecinde Test Edilecek Olan Aracılık Modeli..... 39
- Şekil 4.1: Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracılık Rolü İçin Beklenen Model..... 58
- Şekil 4.2: Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracılık Rolü İçin Gözlenen Model 59



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CTQ-28	: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
FSFI	: Kadın Cinsel İşlev Endeksi'nin İnan Onaylı Formu
IIEF	: Uluslararası Erektile Fonksiyon Endeksi
LLCI	: Güven Aralığı Değerlerinin Alt Sınırı
MOCI	: Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri
NTCSN	: Ulusal Çocuk Travmatik Stres Ağı
OCI-R	: Gözden Geçirilmiş Obsesif Kompulsif Envanter
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PE	: Padua Envanteri
SCID-5	: Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ULCI	: Güven Aralığı Değerlerinin Üst Sınırı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
Y-BOCS	: Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Problem

Araştırmanın problemi, çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk ile aralarındaki bağıntıyı araştırmaktır. Araştırmanın içeriğini çocukluk çağı travmalarının çocuklarda ve yetişkinlerde süreklilik taşıyan tıbbi ve psikolojik sorunlarla bağlantılı olmasıyla birlikte ulaşılan yüksek stres seviyeleri nedeniyle gelişmekte olan beyin ile endokrin ve bağışıklık sistemleri gibi fizyoloji üzerinde de olumsuz bir etkiyi bulundurmasına bağlı olarak, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ile yaşamın ilerleyen süreçleri dahilinde zayıf bilişsel ve psikolojik işlevsellik arasındaki güçlü ilişki ve dolayısıyla çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerin obsesif kompulsif bozukluk ile cinsel fonksiyonlarda zihinsel ve bedensel engellenmeler barındıran cinsel işlev bozuklukları geliştirme durumları oluşturmaktadır. DSM-5 cinsel işlev bozukluğunu “bireyin partneriyle ilişkisini zorlaştıran, açıkça bir problem oluşturan, cinsel arzulamada, biyolojik ve ruhsal etkenlerde bozulmalar tespit edilmesi” şeklinde ifade etmektedir. Cinsel işlev bozukluğunun prevalansı yüksektir ve bireyde cinsel işlev bozukluğu meydana gelmesinde temel sebeplerden birisinin de çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olduğu bilinmektedir. DSM’ye göre Obsesif-kompulsif bozukluk bireyin yaşamına dair önemli noktalarda fonksiyonelliği devre dışı bırakan ve bireye devamlı biçimde mental açıdan meşguliyet veren obsesyonlar (takıntı) ve kompulsiyonlar (zorlantı) ile nitelendirilen bir psikolojik rahatsızlıktır. Çocukluk çağı travmaları çocuğun annesi, babası, akranları, bakım vereni, ya da başka yetişkinler tarafından gerçekleştirilen kasıtlı ya da kasıtsız olabilen, bedensel ya da duygusal bakımdan çocukta zarara yol açan sebep olan veya gereksinimlerinin karşılanmaması yoluyla çocuğa zarar veren tutumları kapsamaktadır. Yakın dönemlerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının obsesif-kompulsif bozukluğa sebep olabileceği kanısı yaygınlaşmaya başlamıştır. Araştırmada çocukluk çağı travmalarının hem obsesif-kompulsif bozukluk hem de cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisi birlikte araştırılarak bu alandaki bilgi eksikliğinin giderilmesi hedeflenmektedir.

Bu çerçevede, araştırma sürecinde aşağıdaki sorulara yanıtlar aranacaktır;

- Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu düzeyleri cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?
- Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu düzeyleri eğitim durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
- Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu düzeyleri medeni duruma göre farklılaşmakta mıdır?
- Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu düzeyleri aktif cinsel deneyim yaşanan partnerin olma/olmama durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
- Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu düzeyleri sosyoekonomik düzeye göre farklılaşmakta mıdır?
- Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu düzeyleri yaşa göre farklılaşmakta mıdır?
- Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtiler düzeyinin aracılık rolü var mıdır?

1.2. Amaç

Araştırmanın temel amacını çocukluk çağı travmalarının bireyin yetişkinlik döneminde cinsel işlev bozukluklarına sebebiyet verebildiğini tespit etmek ve obsesif kompulsif bozukluğun bu noktadaki aracı rolünü saptamak oluşturmaktadır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Araştırma çocukluk döneminde travmatik bir olayı bireysel olarak yaşamış ya da şahit olmuş bireylerde çeşitli sosyodemografik faktörler de göz önünde bulundurularak olası cinsel işlev bozukluğu ve bu noktada bir aracı rol oynaması bakımından obsesif kompulsif bozukluğu incelemiştir. Araştırma çocukluk çağı travmatik deneyimleri bulunan bireylerin yetişkinlik dönemlerinde obsesif kompulsif bozukluklar geliştirmesi ve dolayısıyla bunun cinsel işlev bozukluğu da dahil olmak üzere birtakım olumsuz etkiler oluşturarak gerek bireysel gerekse evlilik hayatlarına yansımaları önlemek bakımından önem taşımaktadır. Araştırma kapsamında ulaşılabilecek sonuçlar doğrultusunda nihai hedeflenen durum cinsel sağlığın yükselmesi, boşanma oranlarında azalma, aile yapısının korunması, toplumsal düzen ve ruh sağlığına olumlu etki etmek vb. katkılar sunmaktır.

1.4. Varsayımlar

- Katılımcılar sorulara gerçek verilerle, gerçek duygu ve düşüncelerini aktaracak şekilde samimiyetle cevap vermişlerdir.
- Örneklem grup, evreni temsil eder niteliktedir.
- Kullanılan ölçekler ve demografik bilgi formları geçerli ve amaca uygundur.

1.5. Sınırlılıklar

Çalışma bir toplum örnekleminde yapılmıştır. Örneklem ulaşılabilirlik ilkesi doğrultusunda rastgele örnekleme tekniği ile oluşturulmuştur. Katılımcıların yaş aralığının 20-60 olması ve cinsiyet dağılımının eşit olması (%50 kadın) hedeflenmiştir. Yaş aralıklarının eşit dağılması adına veri 4 grup halinde toplanmıştır. Bu grupların her biri 60 kişilik olacaktır. Grupların yaş aralıkları sırası ile 20-30, 30-40, 40-50, 50-60 şeklinde olmuştur. Gruplar arasında cinsiyet ve katılımcı sayılarının eşitliği sağlanmaya çalışılarak toplamda 250 kişilik bir örneklem grubuna ulaşılması hedeflenmiştir.

1.6. Tanımlar

Çocukluk Çağı Travması: Çocukluk döneminde bireylerin tecrübe ettikleri anne veya babanın kaybı, ya da onlardan ayrı kalma, ebeveynlerin boşanması, şiddet görme ya da şiddete şahit olma, göç, doğal felaket ya da kaza gibi olaylara ek olarak bedensel cinsel veya duygusal ihmal edilmek ya da istismara uğratılmak biçiminde ifade edilebilmektedir. Yineleyici ve çoğunlukla çocuğun yakın çevresinde meydana gelen ve tesirinin kalıcı olması muhtemel durumdaki olumsuz deneyimlerdir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk: OKB, “obsesyon” denilen takıntılı ve istemsiz gelen düşünce ya da dürtülerin oluşturduğu anksiyete ya da ruhsal problemlere yol açan stres halini devre dışı bırakmak amacıyla “kompulsiyon” adı verilen sürekli yinelenen davranışlar ile ifade edilen bozukluktur.

Cinsel İşlev Bozukluğu: Evrensel açıdan kabul edilen genel tanım bulunmamakla birlikte cinsel fonksiyonlarda bozukluk, kişinin cinsellik esnasında uyarılma, haz alma, cinsel tatmin ve doyuma ulaşımını aksatan ve/veya önleyen potansiyel bir problemi ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU

2.1. Çocukluk Çağı Travmaları

Olumsuz çocukluk deneyimleri, bireyin çocukluk döneminde yaşadığı potansiyel travmatik deneyimlere atıfta bulunur. Çocukluk çağı travmaları çocuğun kontrolü dışında olan ve çocuğun zararlı olarak algıladığı belirli olayları veya süreklilik arz eden durumları kapsayabilmektedir. Çocukluk çağı travmaları çalışmaları bu deneyimleri ihmal, istismar ve evdeki işlev bozuklukları olmak üzere üç grupta sınıflandırmaktadır (Felitti ve Anda, 2010). Bu gruplara fiziksel ihmal, duygusal ihmal, madde kullanımı, aile içi şiddet biçimleri, fiziksel istismar ve duygusal istismar örnek verilebilir (Felitti ve Anda, 2010). Bu olumsuzlukların vakaların çoğunu kapsadığını belirtmek gerekir; ancak olumsuz deneyimleri tamamen kapsamamaktadır. Bu nedenle bazı çalışmalarda liste, zorbalık, sevilen birinin kaybı, kazalar, doğal afetler, kaçırılma veya çocukluk çağında yaşamı tehdit eden hastalıklar gibi ekstra durumlarla genişletilmiştir (Boullier ve Blair, 2018).

Çocukluk çağı travmalarının çocuklarda ve yetişkinlerde sürekli olarak tıbbi ve psikolojik zorluklarla bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Ortamdaki yüksek düzeydeki stres nedeniyle gelişen beyin ve endokrin ve bağışıklık sistemi gibi vücut sistemleri üzerinde çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkileri bulunmaktadır (Boullier ve Blair, 2018). Çeşitli araştırmalar sonucu elde edilen veriler çerçevesinde çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ile daha sonraki yaşamda zayıf bilişsel ve psikolojik işlevsellik arasında güçlü bir ilişki olduğu görüşü savunulmaktadır ve çocukluk çağı travması geçirmiş bireylerin travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, şizofreni spektrum bozukluğu ve diğer psikotik bozukluklar, somatik semptom bozuklukları (van der Kolk, McFarlane ve Weisaeth, 1996), bipolar ve ilişkili bozukluklar dahil olmak üzere çeşitli psikopatolojilerden muzdarip olmaları yüksek olasılık olarak görülmektedir (Etain vd., 2008).

Daha spesifik olarak, çocukluk çağı travmasının sosyal ve bilişsel etkileri üzerine yoğunlaşan çalışmalar, bazı çocukluk çağı olumsuz tecrübelerin bilişsel bozukluklarla

bağlantılı olduğunu diğerlerinin ise sosyo-bilişsel gelişimi etkilediğini göstermiştir. Örneğin, fiziksel ihmal, bilişsel eksikliklerle ilişkilidir. Diğer yandan, fiziksel istismarın, duygusal yüzlere karşı artan hassasiyet düzeyi veya tehdit atfedilen duygusal uyaranlara yönelik dikkat yanlılığı gibi duygu algılama süreçlerindeki önyargılarla bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Gibb, Schofield ve Coles (2009), olumsuz çocukluk deneyimleri geçmişine sahip bireylerin, dikkat dağıtımı ve duyguların tanımlanması açısından tehdit edici uyaranlara yönelik bilgi işleme önyargılarına sahip olma eğiliminde olduklarını bulmuşlardır. Araştırmacıların 25 tür olumsuz çocukluk deneyimi ile sosyal biliş ve bağlılık arasındaki ilişkiyi 5000'den fazla kişiyle incelediği bir çalışmada, sonuçlar bu olumsuzlukların zihin teorisi yetenekleriyle ilişkili olduğunu ancak yüzdeki duygu tanıma ve yüz tanımlama dahil olmak üzere yüz ayrımcılığıyla ilişkili olmadığını göstermektedir. Ancak katılımcılar boyutsal çocukluk çağı travma puanına sahip sağlıklı bireyler olduğu gerekçesiyle bu sonuç örneklemin özelliklerine de bağlanabilmektedir (Gibb, Schofield ve Coles, 2009).

Travma, kişiye hem bedensel hem de ruhsal açıdan tehdit oluşturan, soyut ya da somut tecrübe anlamında kişiye bedensel ya da ruhsal bir bir şok hali yaşatabilecek her türlü olay şeklinde ifade edilmektedir (Laungani, 2002). Kişinin baş etme limitlerinin üzerine çıkan, geçmişindeki olaylarla baş etmede tesiri bulunan kontrol ve baş etme becerilerini devre dışı bırakan zorlu tecrübelerle yüzleştiği durumlara çocukluk çağı travmaları denmektedir. Çocukluk çağı travmaları hakkında alanyazın verilerine bakıldığında “fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal” sınıflandırması üzerinden anlatıldığı görülmektedir. İstismar kavramı tanımlanırken çoğunlukla çocuğun vücudunda, hislerinde ya da çevresel gelişiminde olumsuz etkiler bırakan eylemlere vurgu yapılmaktadır. Buna karşın ihmal, anne-baba ya da bakım veren kişilerce çocuğun gereksinimlerinin kasıtlı olarak karşılanmayacak ya da önemsiz görülecek biçimde davranılmasıdır (Schmittenbecher, 2013).

Fiziksel istismar, çocuğun, dövme, tokat atma gibi kasıtlı olarak yaralanmasına ya da fiziksel olarak zarar görmesine neden olan herhangi bir fiziksel dokunma veya temas nedeniyle zarar görmesi olarak açıklanmaktadır. Çocuğun yaşamına devam etmesi ve doğru gelişimi adına ihtiyaç duyduğu beslenme, korunaklı bir sosyal ortam vb. öğelerden yoksun olması durumu fiziksel ihmal olarak ifade edilmektedir. Ayrıca duygusal ihmal çocukta ruhsal gelişim için lüzumlu olan alanın gösterilmemesi ve diğer manevi ihtiyaçlarının karşılanmaması anlamına gelmektedir (Glaser, 2002).

Çocuğun onayının olması gerekmeksizin gerçekleştirilen tüm cinsel girişimler cinsel istismar biçiminde değerlendirilmekle beraber, ona karşı küçültücü cümleler kurmak, incitici tutumlarda bulunmak ya da aşırılık içeren reaksiyonlar göstermek duygusal istismar kategorisinde değerlendirilmektedir (Glaser, 2002).

Travma, hem zor duygu ve düşüncelere neden olan olumsuz deneyimler hem de bizzat sıkıntıya verilen tepkilerle karakterizedir. Ayrıca çocukluk çağı travması, 16 yaşından önce bedensel, cinsel, duygusal istismarın mevcudiyetine ek olarak fiziksel ve duygusal yoksun bırakmayı da içeren türlü negatif durumlar olmaktadır (Briere, 1992).

Bu bağlamda çocuğun fiziksel istismarı, çocuğun fiziksel bütünlüğüne yönelik kasıtlı eylemleri ifade etmektedir. Bu eylemler, 18 yaşın altındaki bireylere bir nesneyle veya elle fiziksel şiddet uygulanmasını da içerebilir (Butchart vd., 2006). Duygusal istismar, çocuğun duygusal gelişimine zarar veren sürekli kötü tutum ve davranışlar olarak tanımlanabilir. Bunlar arasında “sözlü saldırı, suçlama, korkutma, tecrit, alay etme, kötü muamele tehdidi, tehdit” bulunmaktadır. Cinsel sömürü, gelişim yönünden eksik olan, bu yapılanlarla hedeflenenlerin bilincini taşımayacak yaştaki bireyle cinsel aktivitede bulunulmasını kapsar. İhmal, kapsayıcı tanımıyla bireye ebeveyn ya da bakım veren tarafından, bakım veya koruma sağlanmaması anlamına gelir (Butchart vd., 2006). Bu bağlamda fiziksel ihmal, çocuğa yetersiz beslenme, giyim, hijyen ve denetim yoluyla kötü muameleyi kapsarken, duygusal ihmal, daha sonra çocuğun duygusal gelişimini olumsuz yönde etkileyecek olan şefkat ve duygusal desteğin yokluğudur (Butchart vd., 2006).

Erken ilişkide yaşanan travmatik deneyimler çocukların sağlıklı psikolojik gelişimini engellemektedir. Çocukluk çağı travmaları korku ve çaresizlik gibi duygulara neden olabilir ve çocukların bu travmatik deneyimlerle başa çıkma mekanizmalarını bozabilir (APA, 2008). Bu deneyimler çocukları strese karşı daha savunmasız hale getirir ve öz düzenleme kapasitelerini olumsuz yönde etkiler, bu da daha sonra bilişsel ve duygusal işlevlerini bozar. Bu bakımdan çocukluk dönemi travmaları ruh sağlığı ve fonksiyonsellik açısından bir tehlike etmenidir. Bunun yanı sıra çocukluk dönemi olumsuz tecrübelerine sıklıkça rastlanılır ve küresel çapta popülasyonun neredeyse üçte biri etkilenmektedir (Tobin, 2016). Dolayısıyla çocukluk çağı travmaları ile psikopatoloji bağlamındaki ilişkinin araştırılması, risk ve tedbir oluşturan faktörlerin tanımlanması engelleyici tedbirler almak açısından gereklidir.

2.1.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri

Çocukluk dönemi kişilerarası travma küresel boyutta sıklıkla rastlanan ve çocuklukta cinsel istismara uğratılma açısından kadınlarda yüzde yirmi, erkeklerde yüzde beş ila on arası yaygınlıkta olan, ayrıca yüzde yirmi beş ila elli aralığında çocuğun fiziksel ya da duygusal istismar veya ihmale uğratıldığı gerçeğini taşıyan kritik bir olumsuz yaşam deneyimidir (WHO, 2010). Çocuklukta bireyler arası travma üzerine gösterilen alaka ruh sağlığı sahasında seneler geçtikçe dalgalanmalara maruz kalsa da yükselen biçimde erişkin psikopatolojisinin temelinde bulunan esas etken şeklinde itibar görmektedir (Van der Kolk vd., 1996; Briere, 1992).

Ruhsal travmayı Perry, Roy ve Simon (2004) 2 temel sınıflandırmaya tabi tutmuştur. İlk sınıf “fiziksel, cinsel ya da uzun süreli sözlü taciz gibi tanımlanabilecek majör travma türleri” olan masif ruhsal travmadır. İkinci sınıf ise anne babaların sebep teşkil ettiği “utanç ve suçluluk duyguları veya ebeveynlerin öğrenmeye katılımının olmayışı” vb. subjektif negatif tecrübeleri kapsayan travmayı ifade eden daha kişisel ya da incelikli travmaları anlatmaktadır. Bu iki sınıfa da bakıldığında travmatik tecrübe tehlike belirtir, birey tesiri yüksek bir karşı koyuş gerçekleştirmez ve hatırlatmalardan dolayı huzursuzluk yaşar (Perry, Roy ve Simon, 2004).

Eş zamanlı olarak “karmaşık travma” ismiyle de belirtilen çocukluk dönemi kişilerarası travma, çok sayıda farklı travmayı içerir. Ayrıca kişilerarası, devamlılık arz eden, fazla sayıda travmatik durumlara uğratılmış olmayı belirtir. Çocukluk çağındaki istismar ve yoksun bırakılma durumları, çocukluk çağı kişilerarası travma türlerinin başlıcalarıdır (NTCSN, 2000). Mevcut çalışmaya “fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal” olarak 4 çeşit olumsuz çocukluk deneyimi dahil edilmiştir.

2.1.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar bir yetişkinin çocuk üzerinde kaza dışı hasar görmesine sebep olduğu “görevli eylemleri” olarak tanımlanmıştır (Malinosky-Rummell ve Hansen, 1993). Briere'nin (1992) belirttiği gibi, yetişkinlerin çocukların davranışlarına hükmetmek amacıyla beden üzerinde acı uygulaması sık görülmektedir; bu sebeple sosyal açıdan, bedensel istismar anlamında hoş görülebilir bir limit tespit etmek zordur. Buna karşın ciddi miktarda çocuk, çok sayıda bireyin bedensel istismar göreceği seviyede ağır sömürülere maruz kalmaktadır (Briere, 1992).

Genellikle bedensel ve ruhsal sömürü birlikte yaşanmakta ve böyle bir ortamda çocuklar “ceza ve bireysel kötülük” durumlarını bir arada yaşamaktadır. Bedensel istismar gerçekleştiren anne babalar sıklıkla istismarcı tutum ve eylemlerine gerekçe olarak, çocuğu suçlayan veya çocuğun bir cezayı hak ettiğini belirten şekilde çocuğu hakkında eleştirel ifadeler kullanarak bahaneler üretirler. Bu ifadeler çocukta “suçluluk, utanç ve istismardan sorumlu olduğu” duygusu oluşturarak çocuğun kişisel kötülük duygusunu artırır (Briere, 1992).

Çalışmalar, bedensel sömürden kaçabilenlerin kalıcı ya da sonradan ortaya çıkabilecek tesirler oluşturduğunu öne sürmektedir. Malinosky-Rummell ve Hansen (1993) bedensel istismara ilişkin araştırmaları toplamış ve fiziksel istismara uğrayanların şiddet eylemlerine karışma olasılığının, fiziksel istismar geçmişi olmayanlara göre fazla olduğunu tespit etmiştir. Söz konusu şiddet faaliyetleri arasında “çocuklarını istismar etmek, flört şiddeti, eşlerini istismar etmek ve şiddet içeren suç davranışları” yer almaktadır. Bunun yanı sıra bedensel sömürünün kadınlarda “kendine zarar verme ve intihara meyilli davranışlarla ve somatizasyon, anksiyete, depresyon, disosiyasyon ve psikoz” vb. duygusal problemlerle de bağlantısı tespit edilmiştir (Malinosky-Rummell ve Hansen, 1993).

2.1.1.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, bir yetişkinin veya bir ergenin çocukluğunda cinsel amaçlarla kullanılmasını ifade etmektedir. Cinsel sömürü, bir çocukla kendinden minimum beş yaş fazlası olan kişi ya da bir ergenle kendisinden minimum on yaş fazlası olan kişi çerçevesinde gerçekleşen bir cinsel tecrübe şeklinde ifade edilir. Cinsel sömürü faaliyetleri arasında “çocuğun cinsel organını okşamak, cinsel ilişki, ensest ilişki, tecavüz, teşhircilik ve fuhuş veya pornografik materyal üretimi yoluyla ticari sömürü” yer almaktadır (Malinosky-Rummell ve Hansen, 1993).

Cinsel istismar mağdurları, özellikle de ensest mağdurları, yetişkinlik döneminde birçok sorunla karşılaşmaktadır. Cinsel birliktelikleri, cinsel travma yaşamışlıklarından pek çok açıdan etkilenmektedir. Cinsel sömürü hikayesi erişkinlikte cinsel açıdan mağdur edilmeye alan açmaktadır. Bunun yanı sıra “dürtüsellik, içgörü eksikliği, özsaygı eksikliği” vb. tecrübe ettikleri problemler de yeniden mağduriyete yol açmaktadır. Bununla birlikte benlik bütünlüğüyle alakalı problemler de yaşayabilirler. Ayrıca bu türden istismar mağdurları başarılı samimi

ilişkiler yürütmekte zorluk çekmektedirler. Eş ve anne-baba olma durumları tatmin değil sıkıntı yaratmaktadır (Harvey ve Pauwels, 2000). Bunun yanı sıra çocuklukta cinsel istismara uğrayan kişilerin yemeyle alakalı bozukluklar yaşama olasılıkları yüksektir. Nelson, Baldwin ve Taylor (2012) çocukluk çağında cinsel istismara yönelik araştırmaları incelemiş, çocuklukta cinsel sömürü geçmişi bulunan bireylerin “irritabl bağırsak sendromu, kronik ağrı” vb. doktorlarca tanımlanamayan rahatsızlıklara sahip olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bunun yanı sıra çocuklukta cinsel istismar öyküsü olan bireylerin aynı zamanda çocuklukta cinsel istismar geçmişi olmayanlara göre anksiyete ve depresyon gibi zihinsel sağlık sorunlarına sahip olma olasılıkları daha yüksektir.

2.1.1.3. Duygusal İstismar

Veltkamp ve Miller (1994) duygusal istismarı “çocuğu suçlamak, küçümsemek veya reddetmek, sürekli olarak kardeşlere eşit olmayan şekilde davranmak veya kasıtlı ve zorla izolasyon veya çocuğun bakım vereni tarafından güvenlik ve sevginin sürekli olarak engellenmesi” olarak tanımlamıştır. Duygusal istismarda bedensel bulgulara rastlanmayabilir. Beden gelişiminde ve konuşmada yaşanan aksaklıklar duygusal sömürünün potansiyel belirteçidir. Keza bir kardeşinin veya ebeveyninin sömürülmesine şahit olan veya alıkonma deneyimi yaşayan çocuklar duygusal istismar mağdurlarıdır (Veltkamp ve Miller, 1994).

Duygusal sömürü, mevcut doğası nedeniyle duygu regülasyonu vb. fonksiyonlara diğer çocukluk çağı travma türlerine göre daha çok tesir etmektedir. Çoğunlukla duygusal istismarın çocukta oluşturduğu hasarın şiddeti, diğer çocukluk çağı travma türlerine göre daha yüksektir (Iwaniec, 1997).

2.1.1.4. İhmal

İhmalin ifade edilmesi hakkında mutabık kalınmamış fikirler bulunmaktadır. Bazı kuramcılar, bir deneyimin “ihmal” şeklinde tanımlanması adına, çıkarımların ya da kesin olarak “zararın gözlemlenebilir belirtilerinin” olması gerektiğini savunmaktadır. Diğer teorisyenler ise bir tecrübeyi “ihmal” şeklinde açıklarken anne-babaların amacı üzerinde durulması gerektiğini savunmaktadırlar. Yoksun bırakılmaya ilişkin bir diğer yaklaşım da misal olarak anne-babanın çok zaman gözetmediği çocukların, çocukta bu durum olsa da olmasa da ihmalkâr sayılması gerektiğidir. İhmalin tanımına ilişkin kültürel yaklaşım da bulunmaktadır (Tyler, Allison ve Winsler, 2006). Straus ve Kantor

(2005), ihmalkâr davranışlara ilişkin kültürel kabullerin ülkeden ülkeye ayrışmalar yansıttığını ve zaman içinde toplum üzerinde de farklılaştığını ileri sürmüştür.

İhmalin tanımı konusunda bir düzeyde fikir birliğine varılsa dahi çocukların bedensel, zihinsel, kültürel ve duygusal olgunlaşmaları adına ihtiyaçları ve önlenmesi icap eden ihmalin seviyesi hakkında da anlaşmazlıklar bulunmaktadır (Tyler vd., 2006). İhmalle ilgili bir diğer güçlük de tedavisiyle ilgili olmaktadır çünkü bu bir süreç veya yaşam biçimidir. Bunun sebebi üzerinde çalışılacak ihmale ilişkin olayları bulmanın zorluğudur. Bu durum da klinisyenlerin ihmali fark etmesini zorlaştırmaktadır (Tyler vd., 2006).

Polansky'nin ihmal hakkındaki tanımı geniş çapta kabul görmektedir: "İhmal, çocuktan sorumlu bir bakıcının, kasıtlı olarak veya olağandışı bir dikkatsizlikle, çocuğun önlenbilir mevcut acıyı yaşamasına izin vermesi ve/veya kişinin fiziksel, entelektüel ve duygusal kapasitesinin gelişimi için genellikle gerekli görülen bir veya daha fazla bileşeni sağlamaması durumudur." (Tyler vd., 2006).

Spitz ihmalin çocukların hayatındaki etkilerini inceleyen ve ihmalin çocukların hayatındaki önemli rolüne dair kanıtlar sağlayan ilk araştırmacı olmuştur. Bedensel ve sağlıkla ilgili ihtiyaçları karşılanan fakat diyalogdan ve eğlenceden mahrum çocukların "uyuşuk, yetersiz beslenmiş, zayıf" olup, 1/3'ünün hayatını kaybettiğini saptamıştır (Brierre, 1992). İhmal hakkında yapılan araştırmaları Tyler ile arkadaşları (2006) toplamışlar ve ihmalden kaynaklanan "davranış sorunları, düşük öz saygı, düşük okul performansı ve uyumsuzluk/psikopatoloji" vb. sonuçlar tespit etmişlerdir.

Özellikle fiziksel ihmali incelerken, fakirlik ve yoksunluk konularını birbirinden ayırmak gereklidir. Gündelik hayatta gerekli beslenmeye gücü yetmeyen anne-babalar ihmalkâr anne-baba olmayabilirler. Ayrıca, çeşitli toplumlarda çocuklardan bireysel olarak fazlasını yapmaları umulurken, bazı kültürlerde bu ihmal olarak değerlendirilebileceği kültürel beklentiler de dikkate alınmalıdır. Ancak fiziksel ihmalin yaygın kabul gören tanımı "çocuğun beslenme, giyim, barınma, tıbbi bakım ve denetim gibi temel gereksinimlerinin dikkate alınmaması" ifadesiyle belirtilmektedir (Velkamp ve Miller, 1994).

2.1.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Tarihçesi

Kişilerarası travma psikoloji ve psikiyatri alanlarında yıllardır çalışılsa da önemi yıllar içinde dalgalanmıştır. Travmanın ilgi konusu olduğu dönemler olmuş ve bu dönemleri

alanın bilgisizliği ya da inançsızlığı takip etmiştir. Kişilerarası bir travma olarak çocukluk çağı travmaları, diğer kişilerarası travma turleriyle aynı geçmişi barındırmaktadır (van der Kolk vd., 1996).

Breuer ve Freud, tepki verilmeyen, göz ardı edilmiş travmatik durumların histerik semptomlara sebep olduğunu, bu öykünün ve hislerin geri getirilmesi durumunda bu semptomların yok olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu nedenle "histeriklerin öncelikle anılardan muzdarip olduğuna" inanmaktadırlar. Bunun akabinde Freud, nevroz ve histerinin nedeninin çocukluk dönemi başlarında tecrübe edilen cinsellik olduğunu ileri sürerek bu yaklaşımı başka bir boyuta taşımiştır (Quinodoz, 2004). Fakat Freud, babasının cinsel sömürüsüne uğrama olasılığından şüpheli duymaya başlayınca teorisi hakkında kesin tutumu bırakmış ve sonunda baştan çıkarılmadığı, baştan çıkarılmayı dilediği sonucuna varmıştır. Danışanları kapsamında cinsel istismar öyküsünün çokluğu da şüphelerini güçlendirmiş ve bu deneyimlerin gerçekleşen olay anıları olmadığı fikrini ortaya atmıştır. Bunlar "dileklerin, özlemlerin" anıları olmaktadır. Nevroz altındaki dürtülerin, fantezilerin ve çatışmaların çevresel olmadığını öne süren çocukluk çağı cinselliği teorisini öne sürmüş; çocuğun zihninden kaynaklandığını belirtmiştir. Hakiki cinsel sömürü öyküsünün mevcudiyetine dair daha evvelki anlatımları, cinsel sömürü geçmişine ilişkin verilerin Freud'un danışanlarına ait olmadığını öne süren bir kısım yazarlarca onaylanmamış, verileri danışanlarının belirtilerinden çıkarmıştır. Ancak Gleaves ile Hernandez (1999), çocuklukta istismarı kelimelere dökererek belirttiğine yönelik deliller sunmakla birlikte Freud'un on sekiz hastası üzerinden karşıt görüş ortaya koymuşlardır (Gleaves ve Hernandez, 1999).

Kuramcılar "baştan çıkarma" kuramından "fantezi" kuramına geçmek konusunda, hemfikir olamamışlardır. Freud'un etik ve toplumsal sonuçlardan uzak durmak amacıyla iddiasını farklılaştırdığı öne sürülmüştür. Janet'in ruhsal hastalıkların travmatik temellerini araştırmayı sürdürdüğü Avusturya'da Freud'un araştırmalarını daha onaylanır kılmak amacıyla teorisinden vazgeçtiği ve kendisinin hafızalardan çıktığı, Freud'un ise travma çalışmalarını reddederek psikiyatrinin temel atıcısı olduğu iddia edilmiştir (van der Kolk 1996). Masson da Freud'un çocuk istismarına ilişkin gerçekleri bilinçli olarak gizlediğini ifade etmiştir (Gleaves ve Hernandez, 1999).

Diğer taraftan Piers (1996), mevzu bahis 2 kuram dahilinde Freud'un görüşlerinin dramatik biçimde farklılaşmadığı kanısına ulaşmıştır. Freud hala olumsuz cinsel tecrübelerin negatif tesiri üzerinde duruyordu fakat cinsel travmaya yönelik "karmaşık

semptom oluşumu sürecinin yalnızca bir parçasıdır” fikrini öne sürmüş ve asıl intrapsişik süreçlerin dinamikleriyle ilgilenmiştir. Bunun yanı sıra Piers (1996), Freud’la travma kuramcılarının hakkındaki benzerliklere de değinmiştir. İkisinin de olumsuz cinsel deneyimleri muhtemel “yıkıcı ve patojenik” şeklinde gördüklerini ve bunların kişi aktivitesinin bilinçsiz mental dağarcıktan büyük ölçüde esinlenebileceğine inandıklarını öne sürmüştür. Çünkü zihin, çocukluktan yetişkinliğe kadar izlenimleri tutma yeteneğine sahiptir. Ayrıca terapötik müdahalede de benzerlikler vardır. Freud, bilincin farkındalığı dışındaki deneyimlerin travmatik içeriğin entegrasyonuna yol açacağına inanmıştır. Benzer şekilde travma teorisyenleri de entegre edilen içerik farklı olsa da ayrılmış hafızanın bireyin daha büyük benliğiyle entegrasyonunu önermektedir (Piers, 1996).

Psikolojik travma üzerinde de çalışan Ferenczi, Freud’a karşı çıkmış, hakiki bir travmatik yaşanmışlığın muhtemel bir psikopatolojide başlatıcı faktörlüğü görüşünü öne sürmüş, Freud cephesinden kınanmış ve çalışmaları pek alaka görmemiştir (Tutte, 2004). Çocukluk döneminin başlarında yaşanan travmanın yetişkinlikte hissedilen suçluluğun kişiye yansımaya, bireyin olgunlaşmamış ya da aşırılıklar taşıyan cinsel hayatına, dert çekme terörüne sebep olduğu ileri sürmüştür (Tutte, 2004).

Cinsel istismar öykülerinin düş ya da gerçekliği şüphesi üzerinde çalışmalar gerçekleştirilmesine sebep olmuştur. Herman ve Schatzow (1987), çocukluğunda cinsel sömürü öyküsü bulunan yetişkinlerin çoğunluğunun bu öyküleri başka kaynaklardan teyit ettiğini ve bu bireylere ait raporlarda söz konusu travmatik olayların gerçek dışı olduğunu gösteren bir delil olmadığını belirtmişlerdir (Herman ve Schatzow, 1987).

2.1.3. Çocukluk Çağı Travmalarından Kaynaklanan Problemler

Doğumdan sonraki ilk yıllar çocuklar için kritik dönemlerdir çünkü onlar bu yıllardaki travmatik deneyimler veya olaylar gibi dış stres faktörlerine ve olumsuz yaşam olaylarına karşı savunmasızdırlar. Kişinin varlığına yönelik doğrudan risk ve bunun korku, zayıflık, şüphe ve belirsizlik sonuçları gibi bu deneyimlerin ortak yönlerini anlamak önemlidir. Kuramcılar, bu tür travmatik deneyimleri veya stres etkenlerini açığa çıkarmanın genel olarak kendilerini, diğer insanlar gibi dışarıda ve çevreyi deneyimlemelerinde değişikliklere katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle travmatik olayların olası etkilerinin karmaşık bir kavram olarak biyolojik, bilişsel ve

sosyoduygusal gibi farklı gelişim alanlarına göre değerlendirilmesi gerekmektedir (van der Kolk, 2003).

Çocuklukta istismar ve ihmalin nörobiyolojik neticeleri olur. Hipokampus, sol serebral korteks ve serebellar vermisin olgunlaşması, sürekli halde korkutucu tetikleyicilerin tesiri altındadır. Bu aynı zamanda gelen duyuyu entegre etme potansiyelini de önler. Bakım verenlerin devamlı sömürü ve ihmaline uğrayan bireylerin nörolojik ve nörobiyolojik gelişimlerinin, istismara veya ihmale uğramamış çocuklardan farklı olduğu bulunmuştur. Ayrıca çocukluk çağı travmalarının psikolojik strese karşı artan katekolamin tepkisi ile ilişkili olduğu da bulunmuştur (Marmar vd., 2006).

Çocukluk döneminde yaşanan travmatik tecrübelerin erişkinlik döneminde türlü ruhsal problemlere yol açtığı belgelenmiştir. Yapılan çalışmalar çocukluk dönemi travmalarının ileriki dönemlerde tecrübe edilen travmatik olaylara nazaran daha kompleks neticeler ürettiğini onaylamaktadır. Konu üzerindeki incelemelerde çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel sömürünün psikopatolojinin çoğu katmanıyla alakası bulunduğu; fakat adolesan dönemin devamında yaşanan cinsel tecrübelerin sadece TSSB ve depresyon semptomlarıyla alakası görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca çocukluk çağı travmalarının kişilik bozukluklarının da temelini oluşturduğuna ilişkin deliller vardır. Yapılan bir incelemede borderline rahatsızlığı bulunan kişilerin cinsel ve fiziksel sömürülme ya da şahit olunan sömürü geçmişi olma olasılığının çokluğu tespit edilmiştir. Diğer bir araştırmada mevcut durumdaki kişilik bozukluklarının en çok bedensel, sözlü istismar ve duygusal ihmalle, ardından cinsel sömürü ve anne-baba sevgisinin yokluğuyla alakası bulunmuştur (Perry vd., 2004).

Çocuklukta kişilerarası travmanın uzun vadeli neticeleri, travmayla alakalı aslı anlamda iki yapıda ele alınmaktadır; bu iki yapı “travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozuklukları” olmaktadır.

2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskıya (DSM-5; 2013) göre OKB, obsesyon ve kompulsyonların ortaya çıkmasıyla tanımlanan, sık görülen, etiyolojik olarak karmaşık ve kronik bir ruh sağlığı durumudur. Ayrıca, OKB için DSM-5 (2013) kriterleri, kişinin obsesyon veya kompulsiyonlara (veya her ikisine birden) sahip olması gerektiğini içerir. Son araştırmalar, OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının genel popülasyonda %2-3 olduğunu (Kessler vd., 2005) ve

OKB'nin çok büyük bir ekonomik yük getirdiğini göstermektedir. Örnek vermek gerekirse, OKB'nin doğrudan ve dolaylı maliyeti 1990 yılında 8,4 milyar dolardı (DuPont vd., 1995).

Obsesyonlar, kişinin zihninde tekrar tekrar oluşan istemsiz düşünceler, endişeler, görüntüler, korkular, dürtüler ve şüphelerdir. Bu rahatsız edici ve dikkat dağıtıcı kaçınılmazlıklar, insanların hayatındaki zorlukları ortaya çıkarmaktadır. Örneğin, kontrolü kaybetme ve başkalarına ya da kendine zarar verme korkusu, kir, simetri ve kesinlik ile etkileşim korkusu, kapının kilidinin açılmasıyla ilgili kalıcı şüpheler (Abramowitz, Taylor ve McKay, 2009), yasak düşünceler ya da başka bir deyişle, cinsel takıntılar (öpüşme, dokunma, oral veya anal sekse ilişkin düşünceler veya görüntüler) veya dini takıntılar (titizlik) gibi zorluklar ortaya çıkmaktadır. Kompulsiyonlar, kişinin stresli durumlardan korunmak için uygulanması gerektiğini hissettiği, tekrarlayan, kurallara bağlı fiziksel davranışlar ve eylemlerdir. Kompulsiyon örnekleri arasında tekrarlayan ve aşırı el yıkama, aşırı temizlik veya duş alma, gaz vanalarını, kapıları veya pencereleri kontrol etme, istifleme veya düzenleme yer alır (Stein, 2002). Bu takıntılı düşünceler ve kompulsif davranışlar tanıya yönelik temel ipuçlarıdır. Ayrıca DSM-5 (2013) OKB tanısına yönelik 3 önemli hususa yer vermektedir. Bunlardan birincisi, obsesyon ya da kompulsiyonların bireyin zamanının çoğunu alması (örn. günde 1 saatten fazla zaman ayırması) ya da sosyal işlevselliğin bozulmasına ya da klinik olarak sıkıntıya, iş yaşamında zorluklara ya da diğer önemli alanlardaki işlevselliğin bozulmasına neden olmasıdır. İkinci husus ise obsesif kompulsif belirtilerin herhangi bir madde kullanımına (örn. ilaç ya da uyuşturucu kullanımı) ya da başka bir tıbbi duruma bağlı olmamasıdır. Üçüncü ve son husus ise eğer kişide aynı anda başka bir ruhsal bozukluk ya da bozukluk varsa, bu obsesyon ve/veya kompulsiyonlar başka bir ruhsal bozukluk ya da bozukluğun belirtileriyle (örneğin vücut dismorfik bozukluğu, aşırı endişeler, madde kullanım bozuklukları, davranış bozuklukları veya şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar) daha iyi açıklanamaz olmasıdır.

OKB genellikle diğer psikiyatrik ve nörolojik bozuklukları olan kişilerde ortaya çıkar. Aragona (2009)'ya göre nörolojik hastalarda görülen OKB, depresyon (%66 vs. %31), basit fobiler (%22 vs. %7), sosyal fobi (%18 vs. %11), yeme bozukluklarıdır (%17). %8'e karşı %8), panik bozukluğu (%12'ye karşı %6) ve Tourette sendromu (%7'ye

karşı %5). Ayrıca DSM-5'e (2013) göre alkolizimli bireylerin yaklaşık %14'ünde OKB bulunmaktadır.

OKB'nin kesin nedeni bilinmemektedir (NIMH, 2016). Ancak risk faktörleri olarak adlandırılan bazı şeyler, kişinin bu hastalığa yakalanma şansını artırabilir. OKB için başlıca risk faktörleri “genetik, çevresel, nörolojik nedenler” gibi etkenler olarak ifade edilmektedir.

OKB'nin nedeni olarak tanımlanan spesifik bir gen yoktur ancak insan serotonin taşıyıcı geni (hSERT) ve nöronal glutamat taşıyıcı geninin (SLC1A1) OKB'nin olası risk faktörleri olduğu öne sürülmüştür. Aile çalışmaları OKB'nin genetik nedenlerinin anlaşılmasına büyük katkı sağlamaktadır. Örneğin Pauls ve arkadaşlarının (1995) çalışması, birinci derece akrabalarında obsesif kompulsif bozukluk olan katılımcılarda OKB yaygınlığının anlamlı derecede yüksek olduğunu, akrabalarında psikiyatrik açıdan normal olan katılımcılarda OKB yaygınlığının daha düşük olduğunu göstermiştir. (%18'e karşı %1,9). Nestadt ve arkadaşları (2000) Pauls ve arkadaşlarıyla benzer sonuçlar bulmuştur. 153 katılımcıyla (80 OKB hastası, 73 topluluk kontrolü) çalışmalarını yürütmüşler ve araştırmanın sonuçları, OKB'li birinci derece akrabalarda obsesif kompulsif bozukluk riskinin, psikiyatrik açıdan normal kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır (11,7'ye karşı 2,7). Çalışmalarının çeşitli sınırlamaları vardır. Çalışmalarının ilk sınırlılığı vaka probandları ile ilgilidir. Vakalar tedavi altında ve OKB'nin toplum örneği daha çok tercih edilmiştir. Aile çalışmasının ikinci sınırlılığı yaş aralığıyla ilgilidir. Çalışma yalnızca yetişkin probandları içeriyordu ve bu, ailesel risk tahminini azaltmış olabilir. Üçüncüsü, bu çalışmanın bazı görüşmeleri telefon görüşmeleridir ancak obsesif kompulsif bozukluğa rastlanma oranları telefon ve yüz yüze görüşmeler arasında farklılık göstermemiştir. Pek çok OKB aile araştırmasının yapıldığını ancak bunların çoğunun kontrol gruplarının dahil edilmemesi gibi metodolojik sınırlamaları olduğunu ileri sürmektedir. Genel olarak OKB'ye ilişkin gen çalışmaları genetik faktörlerin hastalığın gelişiminde %45-65 oranında etkili olduğunu ortaya koymuştur (Van Grootest vd., 2005).

Aile çalışmaları da OKB'nin çevresel nedenlerinin anlaşılmasında önemli bir role sahiptir. Klinisyenler, OKB'nin, fiziksel veya cinsel istismar, ailenin parçalanması, bir aile üyesinin, yakın arkadaşının veya evcil hayvanının ölümü, iş, okul veya yer değişikliği dahil olmak üzere herhangi bir yeni konuma geçilmesi gibi sıklıkla

travmatik bir olay veya olaylar aracılığıyla başladığını ileri sürmektedirler. Cath ve arkadaşları tarafından 2008 yılında gerçekleştirilen bir araştırma çerçevesinde obsesif kompulsif belirtilerin çevresel faktörlerini incelemek amaçlanmıştır. Bu araştırma dahilinde toplam 25 monozigotik (MZ) ikiz çifti yer almıştır. Araştırmada katılımcıların aile yapısı, sağlığı, doğumu, komplikasyonları, psikopatolojileri ve yaşam tarzları üzerinde durulmuş ve çalışma sonuçları, daha fazla yaşam olayı olan (özellikle cinsel istismar) katılımcıların yüksek puanlar gösterdiğini, tam tersi, daha az yaşam olayı olan katılımcıların ise düşük puanlar bildirdiğini göstermiştir.

Sonuç olarak, araştırmaları OKB semptomatolojisi ile benzersiz ve paylaşılan çevresel faktörler arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Obsesif kompulsif belirtilerle ilgili son çalışmalarda çevresel faktörler varyansın %20-41'ini açıklamaktadır (Abramowitz vd., 2009).

Nörogörüntüleme çalışmaları, OKB hastalarının beyninin bazı bölümlerinin, bu sorunu yaşamayanların beyinlerinden farklı olduğunu göstermektedir. Beyin taramaları, OKB hastalarının beyninin bazı bölümlerinin (orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, striatum, talamus, anterior singulat girus, aude çekirdek ve bazal gangliyonlar) farklı işlevler gösterdiğini göstermiştir. Araştırmacılar, OKB hastalarının beyinde devreden gelen dürtüleri kapatma ve görmezden gelme konusunda zorluklar olduğunu, bunun da iletişim güçlüklerini ve kapı veya pencereleri tekrar tekrar kontrol etme gibi davranışların tekrarını oluşturduğunu ileri sürmektedir.

Özetle, bu bölümde OKB'nin temel özellikleri açıklanmaya çalışılmıştır. Araştırmanın bu bölümü OKB'nin yaygın, maliyetli, etiyolojik olarak karmaşık ve kronik bir ruh sağlığı durumu olduğunu göstermiştir. OKB'nin bu özellikleri araştırmayı ve anlamayı önemli kılmaktadır. Bu sorunun spesifik doğası belirsizdir ancak genetik, çevresel ve nörolojik faktörler OKB'nin ana risk faktörleridir. Son çalışmalar, bozukluğun gelişiminde üç faktörün etkili olduğuna dair kanıtlar sağlamıştır. İğrenme, OKB'nin patogeneğinde önemli bir rol oynamaktadır ve tiksinti ile OKB semptomları arasındaki olası ilişkilere ilişkin çalışmalara artan bir ilgi vardır (Berle ve Phillips, 2006). Bir sonraki bölümde tiksintinin detaylarına ve OKB ile ilişkisine açıklık getirilecektir.

Obsesif kompulsif bozukluk, takıntıya ek ya da takıntıdan bağımsız olarak zorlantılarla süren çoğunlukla sürekli olan ancak zaman zaman bir döngü şeklinde ataklarla devam eden ve bireyin fonksiyonelliğine ciddi seviyede tesir eden bir psikiyatrik problem

olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Takıntılar, bireyde beklenmedik şekilde oluşan, anksiyeteye yol açan, huzur bozan, bir gayret sonucu akıldan çıkartılamayan ve yinelenen dürtüler ya da fikirler olmaktadır. Bu takıntı (obsesyon) halindeki dürtü ya da fikirleri uzaklaştırmak amacıyla geliştirilen, yineleyici fiziksel ya da mental faaliyetler de kompulsiyonları (zorlantıları) ifade etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bu faaliyetler esasında hedefe yönelik doğru bir alaka kurmamakta ya da abartılmaktadır. İlk olarak obsesyonların yol açtığı kaygıyı azaltmak için harekete geçen kompulsiyon, giderek önü alınamayacak boyuta erişir. Sonuç olarak yineleyici bu faaliyet sorun olmaya başlayarak birey fonksiyonelliğini devre dışı bırakır ve engellenişi kolay olmayan bir çevrim ortaya çıkar (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

OKB semptomları çoğunlukla ego distonik biçimde görülür. Bireyin aklî ve etik mantalitesinin yanı sıra düşünsel kabullerine de karşı olması nedeniyle bireyce onaylanamaz biçimde görülür. Bunlar Obsesif Kompulsif Bozukluğu bulunanlara göre %9-36 saçma görülmemekle beraber karşı mukavemet gösterilmemekte, dolayısıyla da öz farkındalığı zayıf olan Obsesif Kompulsif Bozukluktan söz edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

2.2.1. OKB'nin Tarihçesi

Obsesyon ve kompulsiyonlar insanlık tarihi kadar eskidir. Eski dini kitaplarda obsesyon ve kompulsiyonlara işaret eden davranış örnekleri bulunmaktadır. Ayrıca dini ve büyüsel törenlerin kaynağının büyük ölçüde OKB'dekine benzer savunma mekanizmalarına dayandığı görülmektedir (Işık, Taner ve Işık, 2008). 15. yüzyıla kadar dini bir olay olarak ele alınan ve şeytanın eline geçen OKB, psikiyatri literatüründe ilk kez 1838 yılında Esquirol tarafından melankoli belirtisi olarak tanımlanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). O dönemde bunalım veya melankoli semptomu şeklinde değerlendirilen rahatsızlık, 20. yüzyılın başlarında ayrı bir klinik sendrom olarak tedavi edilmeye başlanmıştır (Işık, Taner ve Işık, 2008).

Westpahl, 1878 yılında obsesyonları depresyon belirtilerinden ayıran ve sendromu bugünkü tanımına yakın bir şekilde açıklayan ilk hekim olmuştur. Westpahl, bazı düşüncelerin kişinin iradesi dışında bilince geldiğini, kişinin bu düşüncelerin anlamsız ve kendisine yabancı olduğunu bilmesine rağmen durduramadığını ve bu patolojik düşüncelerin normal oluşum düzenini de bozduğunu belirtmiştir (Işık, Taner ve Işık, 2008).

20. yüzyılın ilk yarısında Fransız psikiyatrist Pierre Janet fobileri, obsesyonları ve kompulsiyonları tek başlık altında toplamış ve buna "psikastenî" adını vermiştir. Janet'a göre psikastenî, bireydeki irade gücünün zayıflaması sonucu ortaya çıkmıştır. Freud, fobilerdeki psikolojik neden ve mekanizmaların, obsesif-kompulsif nevrozdaki zihinsel nedenlerden ve psikodinamik mekanizmalardan farklı olduğunu dikkate alarak, fobik nevroz ve obsesif-kompulsif nevrozu ayrı bozukluklar olarak incelemiştir. Obsesif kompulsif nevrozun psikodinamiği ve psikolojik kökenine ilişkin çağdaş görüşler Freud tarafından geliştirilmiştir. 20. yüzyılda öğrenme teorileri ile obsesif kompulsif nevrozun etiyolojisi ve tedavisine önemli katkılar sağlanmıştır. 20. yüzyılın sonlarına doğru bu hastalıkta önemli kalıtsal-nörobiyolojik faktörlerin olası varlığına ilişkin veriler elde edilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

OKB, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-IV-TR'de (DSM-IV-TR) yer alan anksiyete bozuklukları arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sınıflandırmasına göre OKB nevrotik, strese bağlı ve somatoform bozukluklar başlığı altında değerlendirilmektedir (APA, 2013).

DSM-5'te OKB, anksiyete bozuklukları başlığından çıkarılarak "obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar" başlığı altına alınmıştır. Bu bozukluklara "obsesif kompulsif spektrum bozuklukları" da denilmektedir (APA, 2013). Benzer ve örtüşen belirti ve özelliklere sahip olmaları, tekrarlayan davranışları geciktirme veya önlemede eksiklikleri olması, komorbidite olarak yer almaları, aynı ailede görülmeleri ve bazı ortak özelliklere sahip olmaları bu başlık altında yer almalarının nedenleridir. Benzer alışılmadık nörotransmitterlerin işleyişi ve benzer tedavi türlerine yanıt vermesi gibi. DSM-5'te yeni bir kategori olarak obsesif kompulsif spektrum bozuklukları; OKB, istifleme bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, dermatilomani, trikotillomani, madde (hap) kullanımı kaynaklı takıntı-zorlantı bağlantılı rahatsızlık, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluk, başka bir tıbbi duruma, diğer tanımlanmış obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluğa ve tanımlanmamış obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluğa ilişkin tanıları içermektedir (APA, 2013).

2.2.2. OKB'nin DSM-5 Teşhis Ölçütleri

A. Takıntı (obsesyon) ve zorlantı (kompulsiyon) ya da ayrı ayrı ya da birlikte mevcut olmaları iki maddede "obsesyonlar" olarak açıklanmaktadır: 1) Zaman zaman zorla ve istemsiz olarak tecrübe edilen ve belirgin anksiyete ya da çoğu insanda strese yol açan,

tekrarlayan ve devamlılık taşıyan dürtü, fikir ya da görüntüler. 2) Birey söz konusu fikir, dürtü ve imgeleri yok saymaya, bastırmaya gayret eder veya diğer bir fikir, dürtü, imgeleme yoluyla (bir kompulsiyon yaparak) bunların yükünü hafifletmeye çabalar. Sonraki iki maddede ise “kompulsiyonlar” tanımlanmaktadır: 1) Kişinin kendi isteğine yanıt olarak tekrarlayan davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, kontrol etme) veya takıntılı ya da sanki katı kurallara göre hareket etmeye zorlanıyormuş gibi zihnî faaliyetler (örn. dinsel karşılığı bulunan sözcükler söyleme, sayma, sözcükleri kısık sesle tekrarlama). 2) Bu tutumlar veya zihnî faaliyetler, tecrübe edilen anksiyete ve stres düzeyini yükseltmemek, düşürmek veya endişe duyulan bir düşünceden uzaklaşmak amacıyla gerçekleştirilir. Ayrıca bu tipte tutumlar ya da zihnî faaliyetler, etkisiz hale getirilmesi ya da kaçınılması hedeflenen durumlarla gerçekçi bir şekilde ilişkilendirilmemektedir veya açıkça aşırı düzeydedir. Not: Yaşı az olan bireyler bu tutum ya da zihnî faaliyetlerle hedeflediklerini açıklamakta zorlanabilirler.

B. Takıntılar ya da zorlantılar bireyi meşgul eder (örn. günde 1 saati aşacak biçimde zaman alır). Apaçık bir strese; sosyal, meslekî ya da başka önem taşıyan konularda fonksiyonellikte düşüşe sebep olur.

C. Obsesyon ya da kompulsiyon semptomları, olumsuz etkileri olan bir maddenin ya da yaşanan herhangi bir sıhî gerçekliğin fizyolojik tesiriyle ilişkilendirilemez.

D. OKB bir diğer mental rahatsızlığın “örneğin: yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı endişe; vücut dismorfik bozukluğunda olduğu gibi dış görünüşe yoğun odaklanma; istifleme bozukluğunda olduğu gibi eşyaları elden çıkarmada veya onlardan kopmada zorluk” vb. semptomlarıyla tam manasıyla ifade edilemez. Trikotilomanide görüldüğü şekilde “saç yolma, deri yolma bozukluğunda olduğu gibi deri yolma, kalıplaşmış hareket bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar, yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı, maddeyle ilişkili ve bağımlılık bozukluklarındaki gibi madde veya kumar hakkında düşünmeye devam etme; düşünmeyi sürdürmekle birlikte sağlık kaygısında bir hastalığın bulunması; cinsel sapkınlıklarda olduğu gibi cinsel dürtüler veya fanteziler; yıkıcı, dürtü kontrol ve davranış bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; majör depresif bozuklukta olduğu gibi suçlulukla ilgili entelektüel uğraşlar; şizofreni bağlamında olduğu gibi düşünce sokma veya sanrısız arayışlar ve otizm spektrum bozukluğunda olduğu gibi psikoz veya tekrarlayan davranış kalıplarının eşlik ettiği diğer bozukluklar”

Aşağıdaki durumlarla belirtilir:

- İyi veya yeterli içgörüle: birey OKB ile ilgili zihninde oluşturduğu kalıpların katî olarak ya da büyük olasılıkla yanlış olduğunu ya da olabileceğinin farkındadır.
- İçgörüsü zayıf: Birey OKB ile ilgili zihninde oluşturduğu kalıpların yanlış olabileceğine pek ihtimal vermez.
- İçgörünün olmadığı/hayalî inançların olduğu: Birey OKB ile ilgili zihninde oluşturduğu kalıpların katî olarak doğruluğuna emindir.

Aşağıdaki durumlarla belirtilir:

- Tikle ilişkili Obsesif Kompulsif Bozukluk: Bireyin halihazırda ya da eski dönemlerinde mevcut olmuş tik rahatsızlığı geçmişi vardır (APA, 2013).

2.2.3. OKB'nin Epidemiyolojisi

Obsesif kompulsif belirtilerin bireylerce çoğunlukla şikâyet anlamında belirtilmemesi, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısının konulmasını engellemekte, sıklık ve yaygınlığının belirlenmesini zorlaştırmaktadır. 1980'li yılların ortalarına kadar OKB çok nadir görülen bir hastalık olarak kabul edilmiştir (Işık, Taner ve Işık, 2008). Obsesif Kompulsif Bozukluğun güncel epidemiyolojik konumunu öne süren araştırma, 1984'te Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen Epidemiyolojik Saha Çalışması'dır. Söz konusu araştırma Obsesif Kompulsif Bozukluğun “fobiler, madde kullanımı ve majör depresif bozukluk” üçlüsünün ardından en yaygın olarak rastlanan 4. sıradaki psikiyatrik rahatsızlık olduğu rapor edilmiştir. DSM kriterlerine uygun gerçekleştirilen araştırmanın bulguları çerçevesinde Obsesif Kompulsif Bozukluğun hayatsal prevalansı %2,5-3, senelik prevalansı %1,5'tur (Işık, Taner ve Işık, 2008).

İlerleyen dönemlerdeki araştırmalarda da bunlara yakın oranlar bulunmuştur. Kanada'da yürütülen bir araştırmada OKB görülme sıklığı %2,9 bulunmuştur. Ayrıca “ABD, Porto Riko, Kanada, Tayvan, Almanya, Yeni Zelanda ve Kore” ülkelerini kapsayan bir epidemiyolojik araştırmada Weissman ve arkadaşları (1994) Obsesif Kompulsif Bozukluk sıklığını %2 bildirmişlerdir. Ülkemizde DSM-IV kriterleri çerçevesinde Obsesif Kompulsif Bozukluk görülme sıklığı %3'tür (Çilli vd., 2004).

Obsesif Kompulsif Bozukluk genellikle 18-25 yaşları arasında başlamaktadır. Çocukluk döneminde de rastlanabilmesine karşın pek çok açıdan erişkin dönemde görülenlerle benzer özelliklere sahiptir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Kadınlarda erkeklere nazaran geç yaşta başlamaktadır. Rasmussen ve Eisen (1992) Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan iki yüz elli katılımcılı örnekleme Obsesif Kompulsif Bozukluğun başladığı yaşı örnekleme tamamında ortalama 20.9, erkek hastalarda 19,5, kadın hastalarda ise 22,0 şeklinde tespit etmişlerdir. Araştırma neticesinde Obsesif Kompulsif Bozukluğun erkek hastalarda başladığı ortalama yaş kadın hastalara nazaran istatistiklere göre büyük ölçüde daha düşük bulunmuştur. Obsesif Kompulsif Bozukluk oluşmadan evvel hastaların çoğunda fonksiyonelliği tam manasıyla bozmayacak seviyede takıntı ve zorlantı semptomlarının saptandığını bildirmişlerdir (Rasmussen ve Eisen, 1992).

Hastalık başlangıç yaşı 18'den küçük olan OKB'li kişilerin akrabalarında OKB ve obsesif kompulsif belirtilerin görülme oranı, 18 yaşından sonra OKB gelişen kişilerin akrabalarına göre iki kat daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir başka çalışmada OKB başlangıç yaşı 14'ün altında olan hastaların akrabalarında OKB görülme sıklığının, OKB başlangıç yaşı 14'ün üzerinde olan hastaların akrabalarına göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalar ailesel geçişte OKB'nin başlangıç yaşının önemli olduğunu göstermektedir (Nestadt vd., 2000)

Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen araştırmalarda Obsesif Kompulsif Bozukluk yaygınlığı bakımından kadınlar ile erkekler olarak incelendiğinde ciddi bir ayrım görülmediği bildirilmektedir (Sadoçk, Sadoçk ve Ruiz, 2016). DSM 4 teşhis kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk teşhisi konan dört yüz otuz bir kişiden %51'inin cinsiyeti kadın olarak rapor edilmiştir. Yüksek sayıda katılımcı grubunun değerlendirildiği bir epidemiyolojik araştırma, Obsesif Kompulsif Bozukluğun hayat süresince prevalansını cinsiyeti kadın olanlarda fazla olarak tespit etmiştir. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırması kapsamında nüfustal yıllık Obsesif Kompulsif Bozukluk değeri "%0,5" bulunurken, erkeklerde "%0,2" kadınlarda ise 3 misli yani "%0,6" değerleri tespit edilmiştir (Sadoçk, Sadoçk ve Ruiz, 2016).

Obsesif Kompulsif Bozukluk görülme sıklığının genel olarak her iki cinsiyette de yakın olduğu öngörülse dahi cins ayrımının esas anlamında belirti alt türlerinde gözlemlendiği malumdur. Misal olarak kadınlarda "temizlik" alt türünün yaygın olarak tespit edilmesinin yanında, erkeklerde "kontrol" alt türü yaygın olarak saptanmıştır (Rasmussen ve Eisen, 1992). Lensî ve arkadaşları (1996) kadın ve erkek olmanın Obsesif Kompulsif Bozukluk üstündeki etkisini incelemişler ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun ilk görüldüğü dönemin daha geçmiş tarihe dayandığını, bekar olma

düzeşinin yoğunluğunu, erkek hastalarda cinsel obsesyonlara ek olarak simetrik takıntılarının da çokça bulunduğunu ifade etmişlerdir.

Rasmussen ile Eisen (1993), Obsesif Kompulsif Bozukluğu bulunan 475 katılımcılı örneklemede psikotik “şizofreni, sanrısıl bozukluk” ya da psikoza yakın rahatsızlıklarının “şizotipal kişilik bozukluğu” eştanısını incelemişlerdir. Söz konusu araştırmada ruhsal problemi bulunmayan Obsesif Kompulsif Bozukluk kümesinde erkek hasta oranı %44, ruhsal problemi bulunan Obsesif Kompulsif Bozukluk kümesinde ise %85 oranında saptanmıştır. Mevcut oranlar eşzamanlı hastalıklarının cinsiyete göre yayılıma etkiyebileceğini düşündürmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1993).

OKB tanısı alan iki yüz elli birey medenî durumuna göre araştırıldığında “%43'ü evli değil, %52'si evli, %5'i boşanmış” oranları saptanmıştır. Pek çok takip araştırmasında medenî hâl rahatsızlığın gidişatında hâkim konumda olmasa da bir araştırmada yüz yedi Obsesif Kompulsif Bozukluklu birey üzerinde evliliğin kısmen iyileşme ihtimalini ciddî derecede artırdığı rapor edilmiştir (Rasmussen ve Eisen, 1992).

Yapılan araştırmalar Obsesif Kompulsif Bozukluğun farklı coğrafyalarda inanç ve soy ayrımı fark etmeksizin her yaştan bireye tesir edebildiğini göstermiştir.

Yapılan alışmalar Obsesif Kompulsif Bozukluğun sosyo-ekonomik durum açısından herhangi bir farklılık olmaksızın her yaştan bireyi etkilediğini göstermiştir.

OKB'nin klinik görünüme ilişkin mevcut bulguların genelinin ölkemiz hakkında da doğruluğunu onaylayan çalışmalar son yıllarda giderek artmaktadır. Dolayısıyla bu cinsten bulgular rahatsızlığın enternasyonal anlamda klinik açıdan tutarlılığını göstermektedir. Diğer taraftan Obsesif Kompulsif Bozuklukta türlü kültürel farklılıklar da görmek olasıdır. Obsesyonlar bağlamında temaların yaygınlığı üzerinde duran birtakım alışmalar, Meksika'da cinsel takıntılarının, Britanya ve Brezilya'da saldırganlık obsesyonlarının, “Mısır, İsrail, Suudi Arabistan, Katar ve Türkiye” vb. ölkelerde ise dini obsesyonların nispeten daha yaygın olduğunu bildirmektedir. Hatta ölkemizde doğu yönünde ilerlendikçe din temalı obsesyonların fazlalaştığı belirtilmektedir. Ayrıca “hurafeler, dindarlık, ahlak algısı, mükemmeliyetçilik, düşünce bastırma” vb. bir kısım etkenlerde toplumsal farklılıklar bulunduğunu bildiren veriler de mevcuttur (Tek ve Uluğ, 2001).

Yapılan retrospektif araştırmalar neticesinde çocukluk döneminde duygusal sömürü ve bedensel sömürüyle obsesif kompulsif semptomların yanı sıra Obsesif Kompulsif Bozukluk teşhisi dolaylı bir alaka taşımaktadır (Eisen vd., 2006).

Çoğunlukla rahatsızlık meydana geldiğinde stresli hayatsal durumlar da bildirilir. Bunlar “hamilelik, çocuk sahibi olma, işten çıkarılma, yeni bir işe girme ya da işte ilerleme ve ciddi fiziksel rahatsızlıklar” vb. yaşamsal durumlardır ve takıntılar çoğunlukla ilk kıvılcım olan hayat olaylarıyla örtüşür. Ayrıca hastalık sonrası ortaya çıkan bu tip durumların belirtilerin frekansını yükselttiği belirtilmektedir (Eisen vd., 2006).

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının yaklaşık %15-45'inde hastalık öncesi obsesif-kompulsif kişilik özellikleri bulunmuştur. Ancak kişilik özellikleri OKB'nin gelişmesi için ne gerekli ne de yeterlidir (Eisen vd., 2006).

OKB'ye en sık eşlik eden kişilik bozukluklarının C kümesi kişilik bozukluklarına (kaçınma, bağımlı, obsesif-kompulsif) ait olduğu görülmektedir. C-küme kişilik bozukluklarının baskın olması, OKB hastalarının kaygılı kişilik özelliklerine sahip olduklarını, bu kişilik bozukluklarının bireylerde OKB gelişimine yatkınlık oluşturabileceğini ve ortak oluşum süreçlerini taşıyabileceğini düşündürmektedir (Eisen vd., 2006).

Epidemiyolojik çalışmalar, OKB hastalarının en az %50'sinde bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini, bunların arasında en sık görülenlerin anksiyete bozuklukları (%40-60) veya majör depresif bozukluk (%65) olduğunu ortaya koymuştur (Güleç, Köroğlu ve Şenol, 2007).

Majör depresif bozukluk, OKB'de en sık görülen Eksen I komorbiditelerinden birini temsil etmektedir. Majör depresif bozuklukla yaşam boyu birliktelik %65, eş zamanlı birliktelik ise %30 olarak rapor edilmiştir. Bunların yaklaşık %85'i OKB'ye ikincildir (Güleç, Köroğlu ve Şenol, 2007).

OKB hastalarında yaşam boyu diğer anksiyete bozukluklarının yaygınlığının %40-60 olduğu belirtilmektedir. OKB'de basit fobinin %17,7, sosyal fobinin %15,6, yaygın anksiyete bozukluğunun %12,2, panik bozukluğunun ise %9,5 oranında görüldüğü belirtilmiştir. Başka bir çalışmada Obsesif Kompulsif Bozukluğu bulunan bireylerde hayat süresince “fobik bozukluk” yaygınlığının %46, “panik bozukluğu” yaygınlığınsa %13,8 olduğu tespit edilmiştir (Tukel vd., 2002).

OKB'de bipolar bozukluk yaşam boyu birliktelik sıklığı epidemiyolojik çalışmalarda %14-21, klinik çalışmalarda ise %10-35 olarak bulunmuştur. Epizodik prognozlu OKB olgularında bipolar bozukluk eştanısının daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Tukel vd., 2002).

OKB ile şizofreni arasındaki komorbidite %12,9 olarak bulunmuştur. Bazı yazarların şizofreni ile OKB arasında şizoobsesif bozukluk adı verilen bir klinik alt tipin olduğu yönündeki görüşleri günümüzde tartışma konusudur (Tukel vd., 2002).

Ayrıca OKB ile “Sydenham koresi, Tourette sendromu, Parkinson hastalığı ve Huntington hastalığı gibi bazal ganglion (BG) hastalıkları” arasında da ilişki vardır (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016). Hastaların %20-30'unda mevcut veya geçmiş bir tik bozukluğunun olduğu görülmektedir (34). Bunlara ek olarak “diğer obsesif kompulsif spektrum bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu” da OKB'ye eşlik edebilir (APA, 2013).

Eksen II bozuklukları kaçınmacı, bağımlı, histrionik veya şizotipal kişilik bozukluğunu içerir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun OKB ile yakından ilişkili olduğu ve sıklıkla eşlik eden bir hastalık olarak görüldüğü düşünülse de bazı benzer özelliklere rağmen artık az sayıda olguda da birlikte görüldüğü bildirilmektedir (Abramowitz, 2006).

2.2.4. OKB'nin Klinik Özellikleri

OKB'de tipik olarak istemsiz, zihni meşgul eden, tekrarlayan, uygunsuz, tuhaf, ego distonik olarak tanımlanabilecek obsesyonlar ve hâliyle kişide anksiyete ve stres meydana getiren fikir ve görüntüler görülür. Bu tecrübelerden gerçek anlamda stres çeken birey, farklı yöntemlerle söz konusu tecrübeleri denetim altına almaya ya da önlemeye gayret eder. Bu gayret galip gelemediğinde kişi sıklıkla rahatlama obsesyonlarına yanıt olarak tekrarlayan, aşırı ve bazen olağandışı zihinsel veya davranışsal tepkiler olarak tanımlanabilecek kompulsiyonlar sergiler (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bu tanıya özgü önemli kriterler arasında günlük yaşamdaki gerçek olaylarla ilgili basit düzeyin ötesinde kaygılanma, önemli ölçüde zaman alma, kişiyi yavaşlatma, rahatsızlık verme ve işlevselliğini bozma, obsesyonların kendi isteğinin ürünü olduğunu kabul etme gibi belirtiler yer almaktadır. Kendi zihni (düşünce sokmada olduğu gibi başkası tarafından yönlendirilmeme). Ayırıcı tanı açısından bu

belirtilerin başka bir bozukluktan kaynaklanmaması gerektiği vurgulanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

OKB'de kirlenme, zarar verme, cinsel, din ve simetri obsesyonları en sık görülen obsesyon türleri arasında yer alırken, temizleme/yıkama, kontrol etme, tekrarlama, sıralama/düzenleme ve istifleme gibi kompulsiyonlar bunların başında gelmektedir. Klinik bulgular olarak sıklıkla bulaşma obsesyonları ve temizleme/yıkama kompulsiyonları, zarar verme obsesyonları ve kontrol etme kompulsiyonları, biriktirme obsesyonları ve kompulsiyonları gibi obsesif ve kompulsif belirtilerin eşlik etmesi mümkündür. Bu nedenle OKB'de kontrol, temizlik, istifleme gibi özel alt grupları alt tip olarak tanımlamak ve literatürde bu yönde ayrı bilimsel çalışmalara rastlamak da mümkündür. Rahatsızlığı bulunan bireyler genellikle tekil veya çoğul takıntı ve zorlantı bildirirse de saf obsesyon veya kompulsiyonların tek başına gözlemlendiği olgular da az sayıdadır (Rasmussen ve Eisen, 1992).

Dikkate değer çalışmalardan biri Lee ve Kwon'un reaktif ve otojen obsesyonları sınıflandırmasıdır. Otojen obsesyonlar, belirli bir tetikleyici uyaran olmaksızın ego-distonik cinsel, saldırgan ve ahlaksız düşünce ve dürtülerle ilişkilidir. Reaktif obsesyonlar ise tetikleyici uyarıların belirlenebildiği, bulaşma/temizlik, zarar verme/kontrol etme ve simetri/düzenleme türünde olan, nispeten gerçekçi yönü olan ve dolayısıyla tepkinin doğal olarak algılandığı obsesyonlardır (Abramowitz, 2006).

OKB belirtilerinin zaman zaman artması ve azalması, şiddetine ve eşlik eden hastalıklara bağlı olarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu bakımdan yaşam kalitesini olumsuz etkileyen tıbbi durumlar arasında 10. sırada yer almaktadır. Hasta gibi aile üyeleri de benzer şekilde bu durumdan etkilenmektedir ve semptomlara verdikleri tepkiler nedeniyle hastalık üzerinde önemli etkileri olduğundan bu konunun değerlendirme aşamasında ele alınması yararlı olabilir (Eisen vd., 2006).

OKB'nin değerlendirilmesinde, tanıya dayalı değerlendirme sırasında klinisyenin yapacağı detaylı görüşmenin yanı sıra, psikometrik özellikleri desteklenen, uluslararası geçerliliğe sahip bir dizi ölçüm aracından da yardım alınması faydalı olabilir. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5), DSM-5 tanı kriterleri doğrultusunda klinisyen tarafından uygulanan ve derecelendirilen bir değerlendirme aracıdır. Aynı şekilde Y-BOCS da klinisyen tarafından uygulanan bir form olup hem bilimsel araştırmalarda hem de pratikte klinik değerlendirmede sıklıkla kullanılan bir

ölçektir. Bu ölçeğin ayrıca hastanın doldurabileceği bir öz bildirim formu da bulunmaktadır. Bunların dışında Clark-Beck Obsesif-Kompulsif Envanteri, Obsesif-Kompulsif Envanteri-Revize Formu, Maudsley Obsesif-Kompulsif Envanteri, Padua Envanteri-Washington State University Formu ve Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri gibi ölçek ve anketler de bulunmaktadır. Türkçeye uyarlanan, çalışmalarda ve klinik uygulamalarda da kullanılabilen öz bildirim formlarıdır. Tercih edilen terapötik yaklaşıma göre hastaya özel kayıt formları ve standart ölçüm araçları da mevcuttur (OKB'nin bilişsel-davranışçı modeline uygun olarak hazırlanan Obsesif İnançlar Anketi gibi) (Elbir vd., 2019).

2.3. Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsel işlevsellik bireyin sadece psikolojik sağlığı için değil, aynı zamanda partnerlerle olan ilişkinin kalitesi için de oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Kadın ve erkeklerde cinsiyete özgü ya da ortak çeşitli cinsel işlev bozuklukları bulunmaktadır.

2.3.1. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozukluğu

Erkeklerde en sık rastlanan cinsel işlev bozuklukları erken boşalma ve sertleşme bozukluğu olmasının yanı sıra cinsellik ile sünnet arasında da bir bağlantı olduğuna inanılmaktadır. Bu çalışmada erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozuklukları olan erken boşalma ve sertleşme bozukluğu ile genel cinsel tatminsizlik durumu üzerinde durulacaktır.

2.3.1.1. Erken Boşalma

Daha önce de belirtildiği gibi erken boşalma, erkeğin boşalma süresiyle ilişkili bir cinsel işlev bozukluğudur ve erken boşalmanın yaygınlığı bölgeler arasında çeşitlilik göstermektedir. Bunun arkasındaki neden kültürel faktörler olabilir çünkü erken boşalma, kişinin bildirdiği ve değerlendirdiği kavramlardan oluşabilir, dolayısıyla kültür, bireyin erken boşalmasının değerlendirilmesini etkileyebilir. Türkiye, Mısır, Güney Afrika gibi ülkeler erken boşalmanın en düşük yaygınlığa sahip olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni kültürel veya dini inançlar olabilir. Örneğin Müslüman ülkelerde erken boşalmanın anlamı basit bir hastalıktan daha fazlası olabilir. Erken boşalma, erkeğe yönelik bir tehdit olarak algılanabilir ve bunun ifade edilmesini etkileyebilir durumdadır. Orta ve Güney Amerika gibi gelişmiş ülkelerde kadının cinselliği de önem taşımaktadır. Bu nedenle erkeklerde erken boşalma belirtilerinin

görülmesi daha önemli olabilir ve bu da erkeklerde erken boşalmanın yaygınlığını etkileyebilir (Jannini ve Lenzi, 2005). Erken boşalmanın fizyolojik açıklamalarından psikolojik açıklamalarına kadar farklı nedenleri bulunmaktadır. Sünnet bu alanda en çok tartışılan konulardan biridir. Bazı araştırmalar sünnetin erken boşalma üzerinde önemli bir etkisinin olmadığını gösterirken sadece mastürbasyon zevkini olumsuz yönde etkilemekte olduğunu belirtmiştir (Kim ve Pang, 2007). Diğer çalışmalar sünnetin erken boşalma üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığını göstermektedir. Hatta sünnet sonrası bireyler erken boşalma şiddetinde olumlu yönde iyileşme bildirmişlerdir, bu da yetişkin erkek sünnetinin boşalma üzerinde kontrol ve cinsel tatmin sağladığı anlamına gelmektedir. Öte yandan sünnetin etkisinin ötesinde, sünnetin uygulandığı yaş da erken boşalma üzerinde etkili olabilir. Türkiye'de yapılan bir araştırma, 7 yaşından sonra sünnet olan erkeklerin yetişkinlik döneminde, 7 yaşından önce sünnet olan erkeklere göre daha fazla erken boşalma belirtileri gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu yaşta sünnet olmamış olmak, sünnetin toplumdaki önemi gibi kültürel faktörlerden dolayı kaygıya ya da yetersizlik duygusuna yol açabilmektedir (Cüceloğlu vd., 2012). Erken boşalmanın anlamının farklı kültürlerde veya bölgelerde farklı şekilde ifade edildiği bilinmektedir. Ayrıca sünnetin anlamı kültürler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Bu nedenle erken boşalma ile sünnet arasındaki ilişki incelenirken sünnetin o kültürdeki anlam ve önemi, kendisiyle ilgili kavramlar gibi diğer psikolojik ve kültürel kavramların da araştırılması gerekmektedir.

2.3.1.2. Eretil Disfonksiyon

Eretil disfonksiyon ya da sertleşme bozukluğunun fizyolojik ve psikolojik nedenleri vardır. Özellikle kardiyovasküler hastalık ve eretil disfonksiyon semptom şiddeti açısından yüksek korelasyona sahiptir. Öte yandan yaş, eretil disfonksiyon için başka bir risk faktörüdür. Yaşın eretil disfonksiyon ile doğrusal bir ilişkisi vardır. Eretil disfonksiyon için belirlenmiş bir yaş eşiği yoktur ancak 40 veya 50 yaşın üzerinde olmak bir risk faktörü olabilir. Bunun nedeni daha çok kalp-damar hastalıkları, diyabet, idrar yolu semptomları gibi yaşla birlikte ortaya çıkan diğer sağlık sorunlarıyla ilgili olabilir. Öte yandan genç yaşta kendini gösteren sertleşme bozukluğunun performans kaygısı, cinsel deneyimsizlik ve yaşam stresörleriyle ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca genç erkekler, cinsel işlev bozukluklarını ölçen değerlendirme araçlarında cinsel işlev bozukluklarına ilişkin soruları yanıtlama konusunda daha az istekli olabilmektedirler (Kessler vd., 2019). Eretil disfonksiyonun organik

nedenlerinin yanı sıra psikolojik nedenleri de önemlidir. Türkiye'de yapılan araştırmada özellikle 40 yaş altı erkeklerde sertleşme bozukluğunun psikojenik nedenleri olduğu belirtilmiştir. Kültür etkeni bunun bir açıklaması olabilir. Türkiye'de gençler üzerinde cinsellik açısından ciddi bir baskı bulunmaktadır ve bu durum genç erkeklerde performans kaygısına neden olabilmekte ve cinsel işlev bozukluklarını etkileyebilmektedir (Caskurlu vd., 2004). Kültür, cinsel işlev bozukluklarının hem kazanılması hem de sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Kültür cinsel işlev bozukluğunu doğrudan etkileyebilir ancak belirli bir kültürde yapılan ritüeller veya uygulamalar cinsiyetin anlamını, kişisel performans değerlendirmesini, cinsiyete ilişkin bilgileri vb. etkileyebilir. Sünnet de bu kültürel uygulamalardan biridir. Tek sünnet ve sertleşme bozukluğu üzerine yapılan çalışmalar, erken boşalma ve sünnet arasındaki ilişkiye ilişkin sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Her ikisinde de karışık sonuçlar vardır. Bazı çalışmalar sünnetin penis duyarlılığını azalttığını ve ereksiyon fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Bu sonuçların aksine, diğer çalışmalar sünnetli ve sünnetsiz erkekler arasında cinsel işlev açısından anlamlı bir fark olmadığını ve erkeklerin sünnet sonrası cinsel işlevlerde anlamlı iyileşme bildirdiğini göstermektedir (Ahmed ve Bhugra, 2007). Daha önce de belirtildiği gibi yetişkin sünnetinin karışık sonuçları vardır ancak çocukluk sünneti de oldukça yaygın bir süreçtir. Buna rağmen çocukluk çağı sünneti ile erektil disfonksiyon arasındaki ilişkiyi ortaya koyan etkili çalışmalar bulunmamaktadır. Aydur ve arkadaşları (2007), çocukluk çağında sünnetin kaçınma ve iletişim gibi cinsel işlevler alanını etkileyebileceğini, ancak genel cinsel işlevi etkilemediğini belirtmektedir. Ancak daha önce de belirtildiği gibi psikolojik kavramların ve kültürün erken boşalma üzerinde etkisi olabilir ve bu durum sertleşme bozukluğu için de geçerlidir (Aydur vd., 2007).

2.3.1.3. Cinsel Tatminsizlik

Cinsel tatmin, genel refahın ve cinsel sağlığın önemli yönlerinden biridir. Cinsel tatminin çeşitli belirleyicileri vardır. Cinsiyet sıklığı, evlilik doyumu, cinsel işlev bozuklukları, kültürel inançlar, sünnet vb. cinsel doyumla ilişkilendirilebilir. Örneğin daha önceki çalışmalarda cinsiyet miktarı olarak ele alınmaktadır ve cinsel tatmin aynı kavramlardır. Yani birbirleriyle ilişkilidirler. Bireylerin cinsel yaşamlarının kalitesine yönelik bakış açıları, cinsiyet miktarlarına göre belirlenmiştir (Henderson-King ve Veroff, 1994). Daha güncel çalışmalar da evlilik tatminine bakarak bu düşüneyi desteklemektedir, cinsiyet sıklığı ile cinsel tatmin arasında doğru orantılı bir bağlam

tespit edilmiştir (McNulty vd., 2016). Bunun yanı sıra önceki bölümlerde bahsedilen erken boşalma ve sertleşme bozukluğu gibi cinsel işlev bozuklukları da cinsel tatminle ilişkilidir. Bunlar cinsel tatminin önemli belirleyicileridir. Cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireyler aynı zamanda cinsel doyumlarının da daha düşük olduğunu bildirmektedir. Tüm bunlara ek olarak sünnet de cinsel ilişkide memnuniyetin belirleyicilerinden biridir. Ancak araştırmacılar arasında bu konu hakkında bir fikir birliği mevcut değildir. Bazı araştırmalar sünnetin cinsel tatmini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Sünnet sonrası bireyler daha kolay orgazma ulaştıklarını ve penis hassasiyetlerinin arttığını bildirmişlerdir. Üstelik erkek sünnetinin cinsel doyuma olumsuz bir etkisi yoktur. Aslında yetişkin sünnetinin cinsel tatmin üzerinde olumlu bir etkisi vardır. Öte yandan erkek sünneti ile cinsel tatmin arasında anlamlı bir ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur (Morris ve Krieger, 2013). Ancak tüm bu çalışmalar 18 yaşından sonra kendi isteğiyle sünnet olan erkekler üzerinde yapılmıştır. Bebek veya çocukluk döneminde yapılan sünnetin cinsel tatmin üzerindeki etkisi ne yazık ki hala bilinmemektedir. Birkaç çalışma, bebek sünnetinin cinsel tatmini etkileyen olumsuz fiziksel ve psikolojik etkileri olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan bir araştırmada çocukluğunda sünnet olan erkeklerin orgazmlarından daha az tatmin yaşadıkları bulunmuştur (Boyle ve Bensley, 2001). Sünnetin yetişkinlikte sünnet olan erkekleri olumlu etkilerken, çocuklukta sünnet olan erkekleri cinsel doyum açısından olumsuz etkilediği görülmektedir. Çocukluk döneminde sünnet isteğe bağlı bir süreç değildir ve çocuğun sağlıklı kısmı istemsiz olarak kendisinden uzaklaştırılmaktadır (Earp, 2015). Bu açıklama cinsel doyuma ilişkin farklı sonuçların nedeni olabilir. Daha önce de belirttiğimiz gibi bebeklik ve çocukluk döneminde sünnetler birçok bölgede kültürel ve dini nedenlerden dolayı yapılmaktadır. Ayrıca sünnet kültürün önemli bir değeri olarak görülmektedir. Dolayısıyla bu kültürel değerlerle büyümek ve etkileri cinsel işlev bozukluklarının yanı sıra cinsel doyum üzerinde de etkili olabilir. Ancak cinsel doyum üzerindeki bu olumsuz etkinin hangi yaş grubundan kaynaklandığını söylemek zordur.

Şu ana kadarki sonuçlar tartışmalı olsa da sünnet ile cinsel deneyimler arasında bir ilişki olabileceği iddia edilmektedir. Etkinin yönü sünnet yaşına göre belirlenebilmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalarda sünnet ve cinsel deneyimlerle ilişkili olabilecek benlikle ilgili kavramlara dikkat çekilmektedir.

2.3.2. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu

Kadın cinsel işlev bozukluğu, kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, kadın orgazm bozukluğu ve genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu dahil olmak üzere hastalar için sıkıntı verici olabilecek çeşitli cinsel sağlık sorunlarını kapsayan genel bir terimdir. Bu cinsel sağlık sorunları, işleyişte problem yaratmadığı sürece işlev bozukluğu olarak değerlendirilmemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kadınların yaklaşık %12'si cinsel sağlıkla ilgili endişe verici hissettiklerini bildirmektedir. Ancak genel olarak %40'a varan oranlarda cinsel sorunlar bildirilmektedir (Shifren vd., 2008).

Kadın cinselliği üzerine yapılan araştırmalar önemli bir alandır. Çeşitli araştırmalar, kadın cinselliğinin bozulması durumunda sonuçlarının aile içi geçimsizlik ve boşanma olduğunu ve üremenin etkilendiğini ortaya çıkarmıştır. Cinsel işlev bozuklukları yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve çoğu zaman psikopatolojik rahatsızlıkların (anksiyete ve depresif bozukluklar gibi) sorumlusu olabilen tabu bir konudur. Cinsel işlev bozukluğunun kesin prevalansını belirlemek zordur.

2.3.2.1. Kadınlarda Cinsel Uyarılma Bozukluğu

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. baskı (DSM-5), hipoaktif cinsel istek bozukluğu ile kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğunu tek bir bozuklukta birleştirir: kadınlarda cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu (APA, 2013). Cinsel istek, seks yapma motivasyonu iken, cinsel uyarılma “kan akışıyla ilgili vajinal yağlama ve genital sıcaklık” etkenleri de dahil olmak üzere uyarılmanın fizyolojik süreçlerini ifade eder. Kadınlar genellikle bunları aynı sürecin parçası olarak yaşadıklarını bildirmektedir (APA, 2013).

Hastanın arzu veya uyarılma sorununun bir işlev bozukluğu mu yoksa cinsel tepkinin normal bir varyasyonu mu olduğunu belirlemek önemlidir. Örneğin “bir hasta çok az spontan arzu bildiriyor veya hiç spontan arzu hissetmiyor ancak karşılık veren arzu yaşamaya devam ediyor; bir hasta spontan veya tepkisel arzuyu sürdürüyor ancak kendisi ve partneri arasında bir arzu farklılığı olduğunu bildiriyor ya da bir hastada menopozal geçişe bağlı olarak fizyolojik cinsel uyarılmanın azalması (örneğin, vajinal yağlamanın veya genital kan akışının azalması) durumu” vb. cinsel işlev bozukluğu olarak kabul edilmemektedir.

2.3.2.2. Kadınlarda Orgazm Bozukluğu

Kadınlarda orgazm bozukluğu için DSM-5 kriterleri arasında orgazmda belirgin bir gecikme, orgazmın sıklığı veya yokluğu veya cinsel etkileşimlerin %75 ila %100'ünde en az altı ay boyunca daha az yoğun orgazm yer alır (APA, 2013). Orgazmın varlığını belirlemek önemlidir, çünkü pek çok kadın orgazm yaşıyıp yaşamadığını bilememektedir (Graham, 2014). Bir sonraki adım bu sorunların sıkıntı yaratıp yaratmadığının belirlenmesidir. Cinsel aktivite sırasında sürekli olarak orgazma ulaşamayan kadınların yaklaşık yarısı sıkıntı bildirmemektedir (Shifren vd., 2008). Sorun mevcutsa değerlendirme, tedavi planlamasına yardımcı olacak “Bu, cinsel ilişkide bir değişiklik midir? Önceki orgazm işleyişi nasıldı? Bu zorluk kendini uyarma, eşli cinsel aktivite veya her ikisi sırasında mı ortaya çıkıyor? Bu zorluk farklı cinsel aktivitelerde (örn. oral, elle, vajinal penetrasyon) ve farklı seks partnerleriyle mi ortaya çıkıyor?” vb. birkaç anahtar sorunun eklenmesiyle birlikte biyopsikososyal modele göre yapılmaktadır.

Orgazm zorlukları yaşam boyu olabilir (cinsel ilişkiden bu yana mevcut) veya edinilmiş olabilir (işlev bozukluğunun olmadığı bir dönemden sonra başlayabilir). Yaşam boyu anorgazmi, hastanın kendi kendini uyarma veya partneriyle cinsel iletişim konusunda yabancı olduğunu veya bundan rahatsız olduğunu ya da yeterli cinsel eğitimden yoksun olduğunu gösterebilir (Laan, Rellini ve Barnes, 2013). Gecikmiş veya daha az yoğun orgazmlar, yaşlanmayla birlikte doğal olarak ortaya çıkan azalmış genital kan akışı ve genital duyuvarın azalmasıyla ilişkili olabilir. Bu örnekler cinsel işlev bozukluğu olarak değerlendirilmemektedir.

Klinisyen, orgazm zorluklarının yalnızca belirli uyarı türleri, durumlar veya partnerlerle ortaya çıkıp çıkmadığını belirlemelidir. Hasta partnerle cinsel aktivite sırasında zorluk yaşadığını ancak kendini uyarmada zorluk yaşamadığını bildiriyorsa, bu durum yetersiz cinsel uyarının sonucu olabilir (Graham, 2014). Değerlendirme ve tedavi gerektiren biyolojik faktörler arasında tıbbi durumlar ve cinsel işlevi etkileyen ilaçların kullanımı yer almaktadır (Graham, 2014).

2.3.2.3. Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu

DSM-5'te genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğunda vajinismus ve dispareni bir arada görülmektedir. Bu cinsel ağrı bozukluğu, korku veya kaygı, karın ve pelvik kaslarda belirgin kasılma veya gerginlik veya en az altı ay boyunca kalıcı veya

tekrarlayan, vajinal penetrasyonla oluşan gerçek ağrı olarak tanımlanır. Bu, ömür boyu sürebilir veya herhangi bir işlev bozukluğunun olmadığı bir dönemden sonra edinilebilir (APA, 2013). Klinisyen, ağrının ilk vajinal penetrasyonla mı, daha derin penetrasyonla mı yoksa her ikisiyle birden mi ortaya çıktığını belirlemelidir.

2.3.2.4. Kadınlarda Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu

Hipoaktif cinsel istek bozukluğu bağımsız bir klinik antite olarak ilk kez Lief (1977) ve Kaplan (1992) tarafından tanınmıştır. Masters ve Johnson'un (1970) orijinal modeline göre cinsel işlev bozukluğuyla başvuran birçok bireye yeterince tanı konulmadığına dair klinik gözlemlere dayanarak, yeni bir ketlenmiş cinsel istek kategorisi önerilmiştir. Lief (1977) bu tanının özellikle kronik olarak cinsel uyarınları başlatmada veya bunlara yanıt vermede başarısız olan bireylere uygulanmasını önermiştir. DSM-IV tarafından tanımlandığı gibi, hipoaktif cinsel istek, cinsel fantezilerin veya herhangi bir tür cinsel aktiviteye yönelik arzunun kalıcı olarak yokluğu (veya yokluğu) anlamına gelir. Cinsel tikslenme bozukluğu, hipoaktif cinsel istek bozukluğunun bir alt kategorisi olup, cinsel bir partnerle her türlü genital temastan belirgin bir tikslenme ve bundan kaçınma ile karakterizedir. Çoğu durumda hipoaktif cinsel istek bozukluğu, kadınlarda anorgazmi veya erkeklerde erektil disfonksiyon gibi başka bir cinsel işlev bozukluğuna ikincildir. Aynı zamanda çok çeşitli tıbbi ve psikiyatrik bozuklukların yanı sıra partner çatışmaları ve çekim kaybından da kaynaklanabilir (Rosen ve Leiblum, 1995).

Yaygınlık oranları bir çalışmadan diğerine büyük farklılıklar gösterse de hipoaktif cinsel istek bozukluğu genel olarak hem erkeklerde hem de kadınlarda oldukça yaygın bir cinsel bozukluk olarak görülmektedir. ABD'de yapılan nüfusa dayalı ulusal sağlık ve sosyal hayat araştırması çalışmasında, 18 ile 59 yaş arasındaki kadınların %33,4'ünün ve erkeklerin %15,8'inin sürekli düşük cinsel istek şikâyeti bulunmuştur (Laumann vd., 1994). Bu çalışmada siyahi kadınlarda (%44) ve en düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda (%42) daha da yüksek oranlar gözlenmiştir. Bozukluğun her iki cinsiyette de yaşla ilişkili olduğu ve 60 yaşın üzerindeki hem erkek hem de kadınlarda giderek yaygınlaştığı gösterilmiştir (Rosen ve Leiblum, 1995). Aynı zamanda, özellikle kronik hastalıklar ve depresyon gibi eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik bozukluklarla da güçlü bir şekilde ilişkilidir. Ek olarak, libido kaybı antihipertansif veya antidepressan ilaçlar, özellikle de seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) alan erkek ve kadın hastalarda sık görülen bir şikayettir (Rosen ve Leiblum, 1995).

Çoğu çalışma, kadınlarda erkeklerle karşılaştırıldığında daha yüksek hipoaktif cinsel istek bozukluğu oranları bildirmiştir. Klinik örnekler arasında kadın vakaların erkek vakalara oranı tipik olarak yaklaşık 2 kat veya 3 kat daha fazladır. Bir çalışmada, bir cinsel işlev bozukluğu kliniğindeki kadın hastaların %37'sinde birincil tanı hipoaktif arzu iken, erkeklerde bu oran %5'ten azdır (Hawton vd., 1986). Ancak bu çalışmalarda erektil disfonksiyonlu birçok erkek hastaya ikincil hipoaktif cinsel istek bozukluğu tanısı konmuştur. Uyarılma veya orgazm bozuklukları olan kadın hastalara da ikincil bir hipoaktif cinsel istek bozukluğu tanısı konulabilir. Cinsel tikslenme bozukluğunun prevalansı şu anda bilinmemektedir, çünkü bugüne kadar yapılan çalışmaların hiçbiri bu bozukluk için ayrı bir prevalans verisi bildirmemiştir. Klinik literatürde cinsel travma veya istismar öyküsü sıklıkla bu bozuklukla ilişkilendirilmektedir (Rosen ve Leiblum, 1995).

Tıbbi ve psikiyatrik nedenlere ek olarak, ilişki çatışmasının, özellikle kadınlarda hipoaktif cinsel istek bozukluğu için sıklıkla nedensel bir faktör olduğu belirtilmektedir (Rosen ve Leiblum, 1995). Bu çalışmalarda belirlenen spesifik ilişki sorunları arasında güven ve yakınlık eksikliği, güç ve kontrol konusundaki çatışmalar ve partnere karşı fiziksel çekim kaybı yer almaktadır. Yaşları eşleştirilmiş kontrollerle karşılaştırıldığında düşük arzu nedeniyle tedavi arayan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, hipoaktif cinsel istek bozukluğu bulunan kadınların evlilik öncesi cinsel ilişki sıklığının arttığı, evlilik uyumunun daha zayıf olduğu ve partnerleriyle duygusal yakınlık hislerinin azaldığı bulunmuştur (Stuart, Hammond ve Pett, 1987). Düşük arzuya sahip evli erkekler üzerinde yapılan benzer bir çalışmada, kişilerarası bağımlılık cinsel istek düzeyleriyle ters orantılı bulunmuştur. İlişki memnuniyetsizliğinin hipoaktif cinsel istek bozukluğu bulunan kadın hastalar tarafından erkek meslektaşlarına göre daha fazla rapor edildiği saptanmıştır (Trudel, Boulos ve Matte, 1993).

Genel olarak, cinsel istek bozuklukları hem erkeklerde hem de kadınlarda oldukça yaygın ve etiyolojik olarak çeşitli cinsel sorunlar kategorisini oluşturur. Çok az sayıda kavramsal model önerilmiştir ve tanı veya sınıflandırma kriterleri konusunda genel bir fikir birliği yoktur. Bugüne kadarki araştırma bulguları seyrek ve çelişkili olmasına rağmen, hormonal, psikolojik ve kişilerarası faktörlerin tümü neden olarak gösterilmiştir. Çalışmalar arasındaki tutarsız bulgular, büyük ölçüde hipoaktif cinsel istek bozukluğu için standartlaştırılmış tanımların veya değerlendirme kriterlerinin

bulunmamasından kaynaklanıyor olabilir. Bancroft'un belirttiği gibi (1989), "insan cinsel deneyiminin çeşitli yönleri arasında cinsel arzu, klinik veya kavramsal analize en dirençli olanıdır (Bancroft, 1989).

2.4. Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Cinsel İşlev Bozukluğu ile İlgili Araştırmalar

2.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlgili Araştırmalar

Lochner ve arkadaşları (2002) çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif ve trikotilomani üzerindeki etkilerini incelemek için 74 obsesif kompulsif bozukluk ve 36 trikotilomani rahatsızlıkları bulunan bireylerin yanı sıra kontrol amaçlı 31 sağlıklı bireyin de katıldığı bir araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırma bulguları, kontrollerle karşılaştırıldığında hasta gruplarında genel olarak çocukluk çağı travmasının (özellikle de duygusal ihmalin şiddetinin) anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ve hem OKB hem de trikotilomani etiyolojisinde çeşitli faktörler rol oynayabilse de önceki araştırmalarla tutarlı olarak çocukluk çağı travmalarının da bu bozuklukların gelişiminde rol oynayabileceğini göstermiştir.

Matthews, Kaur ve Stein (2008) Çocukluk Travması Anketi, Leyton Obsesyon Envanteri ve Gözden Geçirilmiş NEO Kişilik Envanteri'ni kullanarak 938 üniversite öğrencisinde çocukluk çağı travması, kişilik özellikleri ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Katılımcıların %13 ila 30'u çocukluk çağı travması kriterlerini karşılarken, en çok bildirilen travmatik deneyim ise duygusal ihmal olmuştur. Obsesif-kompulsif belirtiler ve olumsuz çocukluk dönemi deneyimleri, özellikle de duygusal sömürü ve fiziksel ihmal durumlarının düşük seviyede ama anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca duygusal istismar, fiziksel istismar ve yüksek düzeyde obsesif-kompulsif belirtiler ("olası obsesif-kompulsif bozukluk") arasında da bağımsız bir ilişki bulunmuştur. Obsesif-kompulsif belirtiler ile vicdanlılık arasında ve duygusal ihmal ile cinsel istismar ve vicdanlılık arasında da benzer bir ilişki görülmüştür. Bu durum obsesif-kompulsif belirtilerin gelişiminde çocukluk çağı travmasının dolaylı bir rolünün olabileceğini düşündürmektedir.

Demirci (2016) 127'si kız ve 74'ü erkek olmak üzere toplamda 201 üniversite öğrencisi üzerinde, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28), Padua Envanteri (PE) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) yardımıyla çocukluk çağı travmaları ve obsesif

kompulsif semptomlar arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Elde edilen bulgular çerçevesinde özellikle duygusal çocukluk çağı travmaları başta olmak üzere, çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif semptomlarla ilişkili olabileceği görülmüştür.

Ay ve Erbay (2018) araştırmalarında obsesif kompulsif bozukluklarda çocukluk çağı travmaları ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan OKB tanısı alan 67 hasta çalışmaya dahil edilmiş, araştırma verileri Yale Brawn Obsesif Kompulsif Ölçeği (YBOCS), Beck Depresyon (BDS) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Çocukluk Travması Anketi-28 (CTQ-28) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (SPS) kullanılarak toplanmıştır. Çalışmaya dahil edilen 67 hastanın 36'sında CTQ \geq 35 olarak tespit edilmiştir. CTQ \geq 35 olan grupta saldırganlık ($p=0,003$), cinsel ($p=0,007$) ve dini ($p=0,023$) obsesyonlar ve törensel ($p=0,000$) kompulsiyonlar anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmada sonuç olarak çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Destree ve arkadaşları (2021) çocukluk çağı travmalarının, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) dahil olmak üzere bir dizi psikiyatrik bozuklukla ilişkili olmasından yola çıkarak çocukluk çağı travmasının farklı türleri ve bunların obsesif kompulsif belirtilerin farklı türleri ve şiddeti üzerindeki etkisini klinik ve klinik dışı popülasyonlar üzerinde sentezini yapmak için sistematik bir derleme çalışması yapmışlardır. Bu amaçla sistematik incelemeye 24 çalışma dahil edilmiştir. Çoğu çalışmada OKB örnekleri ($k = 16$) kullanıldığı, birkaç çalışmada çeşitli psikiyatrik bozukluklardan oluşan bir örneklem ($k = 6$) ve bazı çalışmalarda ise genel toplum örnekleme ($k = 2$) kullanıldığı öne sürülmüştür. Genel olarak, çocukluk çağı travması ile OKB semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu yönünde destek görülmüştür (OKB klinik örnekleri kullanan 16 çalışmadan 8'i, her iki çalışmada da genel popülasyon örnekleri kullanılmış ve 6 çalışmadan 5'i karışık psikiyatrik örnekler kullanılmıştır). Bu sistematik derlemenin sonucunda klinik ve klinik dışı popülasyonlarda çocukluk çağı travmasına maruz kalma ile OKB semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğuna dair kanıt bulunmuştur. Aynı zamanda sonuçlar tek tip çocukluk çağı travmasının OKB ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Cinsel İşlev Bozukluğu ile İlgili Araştırmalar

Pulverman ve Meston (2020), çocuklukta cinsel istismar öyküsü olan kadınların cinsel işlev bozukluğu açısından daha yüksek risk altında olduğu ve cinsel terapiye, istismar öyküsü olmayan kadınlara göre farklı yanıtlar gösterdiği noktasından yola çıkarak bu farklılıkların altında yatan faktörlerin açıkça ifade edilmesi amacıyla çocuklukta cinsel istismar öyküsü ile cinsel işlev arasındaki ilişkiye dair potansiyel eylem mekanizmalarını incelemişlerdir. Bu amaçla 120 yetişkin kadın katılımcıya kısa bir erotik film izledikleri ve cinsel sağlıkla ilgili bir dizi anketi doldurdıkları tek bir laboratuvar oturumunu tamamlamışlardır. Veriler, kadın grupları arasında karşılaştırmaya olanak sağlayan bir yaklaşım olan yapısal eşitlik modelleme aracılığıyla analiz edilmiştir ve bunun sonucunda cinsel utancın, cinsel istismar öyküsü ile cinsel işlev arasındaki ilişkiye tamamen aracılık ettiği ve bu ilişkiyi diğer aday mekanizmalardan daha iyi açıkladığı bulunmuştur. Çocuklukta cinsel istismar öyküsü olan ve olmayan kadınların cinsel işlevleri arasında çeşitli farklılıklar olduğu kaydedilmiştir. Çocuklukta cinsel istismar öyküsü bulunan kadınların, istismar geçmişi olmayan akranlarına göre cinsel işlev bozukluğu açısından daha yüksek risk altında olduğu tespit edilmiştir. Bulgular, cinsel utançtaki farklılıkların bu gruplar arasındaki cinsel işlev farklılıklarına katkıda bulunduğunu göstermektedir. Cinsel utancı azaltmayı amaçlayan tedavi yaklaşımlarının, cinsel istismar geçmişi olan kadınlarda cinsel işlevi iyileştirebileceği fikrine ulaşılmıştır.

Meydan ve Lahav (2020) çocuklukta cinsel istismardan kurtulanlarda cinsel işlev bozukluğunun artması ve cinsel istismar mağdurları arasında cinsel işlev bozukluğunu inceleyen çalışmaların büyük çoğunluğunun yalnızca kadınlar arasında yürütülmüş olmasından yola çıkarak bu alandaki boşluğu doldurmak için çocuklukta cinsel istismar ile cinsel işlev bozukluğu, TSSB semptomlarının çocuklukta cinsel istismar ile cinsel işlev bozukluğu ve stres arasındaki ilişkilere aracılık edip etmediğini araştırmayı amaçlamışlardır. Çalışma 18-70 yaşları arasındaki 792 İsraili erkek ve kadın arasında çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiş; bunların arasında 367'si çocuklukta cinsel istismar öyküsü bildirmiştir. Sonuçlar, cinsiyetlerine bakılmaksızın, istismara uğramamış katılımcılarla karşılaştırıldığında, çocuklukta cinsel istismar geçmişi olanların yüksek cinsel işlev bozukluğu ve cinsel utanç bildirdiklerini göstermiştir. Ayrıca, TSSB semptomlarının cinsel işlev bozukluğu ve cinsel utanç ile ilişkili olduğu

bulunmuştur ve çocuklukta cinsel istismar öyküsü ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkilere de aracılık ettiği görülmüştür.

Staples, Rellini ve Roberts (2011) çocukluk/ergenlik döneminde cinsel istismar öyküsü olan kadınların yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu yaşamaları, kanıtların aynı zamanda psikopatolojiyle ilişkili muhtemel faktörler olan madde bağımlılığı, ayrışma ve duygusal baskılama gibi kaçınmacı başa çıkma stratejilerini sıklıkla kullandıklarını da göstermesinden ve bu kadınların cinselliğini etkileyen potansiyel psikolojik mekanizmalar hakkında bilgi eksikliği bulunmasından hareketle yürüttükleri çalışmada, 16 yaşından önce cinsel istismar öyküsü olan (N = 34) ve olmayan (N = 22) katılımcılara, cinsel istismarın ciddiyeti, cinsel işlevsellik ve deneyimlerden kaçınma eğilimi ile ilgili anketleri doldurmakla birlikte, üç adımlı hiyerarşik bir regresyon, çocukluk/ergen cinsel istismarı ve kaçınma eğilimlerinin cinsel işlevselliğin farklı yönleri üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Çalışma sonucunda orgazm işlevi için çocukluk/ergen cinsel istismarı ile kaçınma eğilimleri arasında anlamlı bir etkileşim bulunmuştur. Cinsel istismar ve kaçınma eğilimlerinin birleşimi ise daha düşük orgazm işlevini açıklamıştır. Bu bulgular, erken cinsel istismar öyküsü olan kadınlarda kişilerarası yakınlıktan kaçınma ve duygusal katılmadan kaçınma eğiliminin orgazm işleyişini yordadığını göstermektedir.

2.4.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Cinsel İşlev Bozukluğu ile İlgili Araştırmalar

Raisi ve arkadaşları (2015) obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) hastalarında cinsel işlev bozukluğu yaygın bir sorun olmasına rağmen, OKB alt tipleri ile cinsel tepki döngüsünün farklı evreleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az klinik araştırma bulunmasından hareketle gerçekleştirdikleri çalışmada, OKB'si olan bir grup İranlı hastada cinsel işlevi ve bunun farklı aşamalarını değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Tanımlayıcı kesitsel çalışmada katılımcı grubu 18 ila 50 yaşları arasında 56 evli (36 kadın, 20 erkek) Roozbeh Psikiyatri Hastanesi polikliniğine ve Tahran'daki üç özel psikiyatri kliniğine (Eylül 2011'den Şubat 2013'e kadar) sevk edilen OKB hastalarından oluşmaktadır. Kadın Cinsel İşlev Endeksi'nin İran onaylı formu (FSFI), Uluslararası Eretil Fonksiyon Endeksi (IIEF), Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (MOCI), Gözden Geçirilmiş Obsesif Kompulsif Envanter (OCI-R), cinsel işlevin yanı sıra OKB ile ilgili demografik veriler ve diğer ilgili bilgileri sağlayan bir anket olmak üzere beş veri toplama aracı kullanılmıştır. Araştırma kapsamında

kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı %80,6 ve FSFI'nin cinsel istek, cinsel uyarılma, yağlanma, orgazm, tatmin ve cinsel ağrı gibi farklı alt ölçeklerindeki bozuklukların sıklığı %50, %58,3, %36,1, %44,4, Sırasıyla %41,7 ve %52,8 olarak tespit edilmiştir. Erkek OKB hastalarının %25'inde cinsel bozukluk bildirilmiş ve IIEF alt ölçekleri değerlendirildiğinde %10'unda düşük cinsel istek, %20'sinde ereksiyon bozukluğu, %25'inde orgazm bozukluğu, %40'ında cinsel tatminsizlik ve toplam ağrıda %50 azalma görülmüştür. Sonuç olarak OKB ile cinsel bozukluklar arasındaki ilişkiyi doğrular nitelikte, OKB'li kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı yüksek ve erkek cinsel işlev bozukluğu ile OKB arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

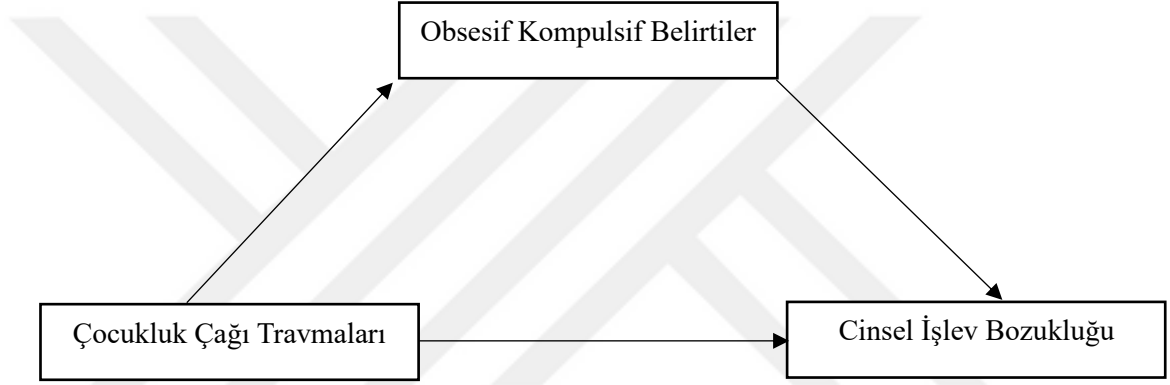
Real ve arkadaşları (2013) yaptıkları araştırmada OKB'de cinsel sağlık, cinsel obsesyonlar, kompulsif cinsel davranış (parafilik ve parafilik olmayan cinsel fenomenler) ve OKB'nin farmakolojik tedavisiyle ilişkili cinsel işlev bozukluğu konularının klinik ve terapötik sonuçlarını gözden geçirmiş ve tartışmışlardır. OKB'de cinsellik, OKB'nin bazı özellikleri ile cinsel işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki olabileceği ihtimaline rağmen, üzerinde çok az çalışılan bir alandır. Araştırma sonucunda OKB'de öne çıkan bazı bilişsel önyargıların cinsel tatmini ve işlevselliği etkileyebileceği, ayrıca, kirlenme takıntıları veya yüksek tikslenme duyarlılığı gibi belirtilerin de cinsel performansı olumsuz etkileyebileceği sonuçlarına ulaşılmıştır. Ayrıca cinsel obsesyonların varlığının etkisi üzerine daha da az çalışma yapılmıştır. İlaç tedavisinin OKB deneklerinin cinsel işlevleri üzerindeki etkisi başka bir kaygı odağı olabilir. OKB hastaları genellikle SSRI'larla diğer bozukluklara göre daha yüksek dozda ve daha uzun süre tedavi edilir ve bu nedenle cinsel işlev bozukluğu yaşama olasılığı artar. Cinsellik, OKB değerlendirmesinde dikkate alınması gereken bir alandır; çünkü bir yandan bu bozukluğa bağlı cinsel işlev bozukluğu, kişi tarafından bildirilmese de sık görülebilmekte, diğer yandan ilaçlara bağlı cinsel işlev bozukluğu da görülebilmektedir. Genellikle uzun süre sürdürülen bir tedaviye uyumu etkilemektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada kullanılan model, ilişkisel tarama desenine dayanan aracılık analizi (Mediator) temelli regresyon modelidir (Büyüköztürk vd., 2016). Oluşturulan aracılık analizi modeli çocukluk çağı travmasının cinsel işlev bozukluğuna olan etkisinde obsesif kompulsif belirtilerin aracılık etkisini test etmektedir. Araştırma sürecinde Şekil 3.1'deki araştırma modeli test edilmektedir.



Şekil 3.1: Araştırma Sürecinde Test Edilecek Olan Aracılık Modeli

Şekil 3.1'deki modelde çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna olan etkisinde obsesif kompulsif belirtilerin aracılık etkisi incelenmektedir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.2.1. Evren

Araştırmanın evreni İstanbul ilidir. İstanbul ilinde ikamet eden 18 yaş ve üzeri tüm bireylerden oluşmaktadır. Bu açıdan araştırmanın İstanbul ilinde yaşayan yetişkin popülasyonu üzerinde yapıldığı söylenilebilir.

3.2.2. Örneklem

Bu çalışma sürecinde araştırma evreninden basit seçkisiz olarak toplanan 288 kişilik araştırma örnekleme ile çalışılmıştır. Örneklem büyüklüğü belirlenirken araştırmacının danışmanı tarafından belirlenen minimum örneklem büyüklüğü sayısı esas alınmıştır. Buna ek olarak veri toplama sürecinden önce İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Beşerî ve Sosyal Bilimler Etik Kurulundan 07.07.2023 tarih ve 2023/06 sayılı etik izin alınmıştır ve araştırmanın bilimsel etiğe uygunluğu sağlanmıştır. Belirtilen izinler sonrasında Tablo 3.1’de detayları verilen araştırma örneklemine ulaşılmıştır.

Tablo 3.1: Araştırma Örneklemi

Değişken		N	%
Cinsiyet	Kadın	227	78.8
	Erkek	61	21.2
Eğitim Durumu	Temel Eğitim	48	16.7
	Yüksek Öğrenim	240	83.3
Sosyoekonomik Düzey	Düşük	31	10.8
	Orta	221	76.7
	Yüksek	36	12.5
Medeni Durum	Evli	137	47.6
	Bekar	151	52.4

Tablo 3.1’deki bulgular incelendiğinde araştırma örnekleminin cinsiyete göre %78.8’inin kadın, %21.2’sinin erkek; eğitim durumuna göre %16.7’sinin temel eğitim mezunu, %83.3’ünün yüksek öğrenim mezunu; sosyoekonomik duruma göre %10.8’inin düşük, %76.7’sinin orta, %12.5’inin yüksek sosyoekonomik düzeyden gelen; medeni duruma göre %47.6’sının evli, %52.4’ünün bekar medeni durumdan olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak araştırma örnekleminin yaş ortalaması 34,08 (SS = 9,26) olarak bulunmuştur. Buna ek olarak araştırma sürecinin temel değişkenlerinden olan cinsel işlev bozukluğu değişkeninin kuramsal tanılmasında tanının cinsel deneyimi olmayan bireylere koyulamayacağı gerçeğinden yola çıkarak araştırma örnekleminde cinsel deneyimi olmayan bireyler örneklemden çıkarılmıştır. Sonuç olarak 288 kişilik araştırma örneklemi ile araştırma yürütülmüştür.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi gibi demografik özelliklerini ölçmek amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulan bir formdur. Bu form, belirlenen özellikleri ölçmek amacıyla tasarlanmış nitel bir veri toplama formudur. Katılımcıların sorulara daha dürüst yanıt vermelerine yardımcı olmak amacıyla bu formda katılımcılara ilişkin herhangi bir kişisel bilgi yer almamaktadır.

3.3.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

“Bernstein” ile arkadaşlarının (1997) meydana getirdiği ölçüm materyalini Türkçeye Şar ve arkadaşları (2012) çevirmiştir. Ölçme aracı beşli likert şeklinde oluşturulmuştur (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sıklıkla, 5=çok sık). Ölçekte “duygusal istismar (3, 8, 14, 18, 25)”, “fiziksel istismar (9, 11, 12, 15, 17)”, “fiziksel ihmal (1, 4, 6, 2, 26)”, “duygusal ihmal (5, 7, 13, 19, 28)” ve “cinsel istismar (20, 21, 23, 24, 27)” alt faktörleri bulunmaktadır. Söz konusu alt faktörlerin toplanmasıyla birlikte çocukluk dönemi travma toplam puanı tespiti yapılmaktadır. Mevcut çalışma “toplam puanlar” kullanılarak yürütülmektedir. Bu ölçekte çok puan, daha çok olumsuz çocukluk dönemi deneyimini yansıtmaktadır. Ayrıca bu materyal travmayı inkâr etmeyi ölçen maddeler “10, 16, 22” içermektedir. Fakat toplam puan hesaplanırken dahil edilmemektedirler. Bu ölçüm aracının orijinal çalışmasında güvenilirlik sonuçları “test-tekrar test” metodundan yararlanılarak tespit edilmiştir. Bu bağlamda “duygusal istismar ($r=0.90$)”, “duygusal ihmal ($r=0.85$)”, “fiziksel istismar ($r=0.90$)”, “cinsel istismar ($r=0.73$)” ve “fiziksel ihmal ($r=0.77$)” ve “travmayı inkâr etme alt etkenlerine ilişkin test tekrar test korelasyon katsayıları ($r=0,71$)” ölçüm aracının güvenilir olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmaya yönelik elde edilen veriler değerlendirildiğinde ölçeklerin alfa güvenilirlik katsayıları “duygusal istismarda 0,89”; “fiziksel istismarda 0,88”; “fiziksel ihmalde 0,85”; “duygusal ihmalde 0,91” ve “cinsel istismarda 0,93” olarak bulunmuştur. Ölçeğe dair geçerlik sonuçlarını araştırmak maksadıyla doğrulayıcı faktör analiz edilmiştir. Analiz sonuçları, ölçüm aracının orijinal etken yapısının “ $\Delta X^2 = 837,9$; $df = 266$; $\Delta X^2/df = 3,15$ ”; “RMSEA = 0,07; CFI = 0,96; GFI = 0,89, AGFI = 0,84” korunduğunu göstermiştir. Söz konusu sonuçlar ölçüm aracının mevcut çalışmada kullanımının güvenli ve geçer olduğunu göstermektedir. Ölçeğin maddeleri toplanarak toplam puan elde edilmiştir. Bu araştırmada ölçek toplam puanları ile çalışılmıştır.

3.3.3. Padua Envanteri

Beşiroğlu ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen bu ölçme aracı beşli likert türünde hazırlanmıştır (Hiç = 0, Çok az =1, Çok =2, Epeyce Çok = 3 ve Aşırı = 4). Her bir test maddesinde yer alan ‘0’ puanı, tanımlanan belirtinin hiç yaşanmaması ya da rahatsız edici olmamasına karşılık gelirken, ‘4’ puanı aşırı derecede yaşanması ya da

rahatsız edici olmasına karşılık gelmektedir. Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları incelendiğinde ölçeğin 4 faktörlü bir yapıdan oluştuğu (sonuçlar 5 faktöre işaret etse de son iki faktör tek faktörde birleştirilmiştir) tespit edilmiştir. Kullanılan ölçme aracında yüksek puanlar yüksek obsesif kompulsif belirti seviyesini göstermektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde ölçeğin 0,96 Alfa Güvenilirlik Katsayısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin geçerlilik sonuçlarını tespit amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi neticesinde ölçeğin orijinal faktör yapısının bu örnekleme de “ $\Delta X^2 = 2808,58$; $df = 722$; $\Delta X^2/df = 3,89$ ”; “ $RMSEA = 0,06$; $CFI = 0,91$; $GFI = 0,85$, $AGFI = 0,81$ ” sağlanabildiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda bu ölçme aracı geçerli ve güvenilir biçimde bu araştırmada kullanılabilir.

3.3.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Soykan (2004) tarafından Türkçeye uyarlanan bu ölçme aracının amacı kadın ve erkeklerde cinsel deneyimlerin düzeyini ölçmek ve cinsel işlev bozukluğuna dair veri toplamaktır. Ölçek 1 ve 6 puan arasında puanlanmaktadır ve her ölçeğin kendine dair cevap maddeleri bulunmaktadır. Ölçek kadınlar ve erkekler için iki ayrı formadan oluşmuştur. Ölçekte alınan yüksek puanlar yüksek cinsel işlev bozukluğuna işaret etmektedir. Ölçek her cinsiyet için 5'er maddeden oluşmaktadır. Her cinsiyete veri toplama sürecinde kendileri için geliştirilen soruları içeren formlar verilmiştir. Bu araştırma için toplanan veriler incelendiğinde kadın ölçeğinin 0,86; erkek ölçeğinin 0,89 Alfa Güvenilirlik Katsayısına sahip olduğu söylenilebilir. Ölçeğin geçerlilik sonuçlarına yönelik Doğrulayıcı Faktör Analizi neticesinde ölçeğin orijinal tek faktör yapısının bu örnekleme de “ $\Delta X^2 = 103,75$; $df = 25$; $\Delta X^2/df = 4,15$ ”; “ $RMSEA = 0,07$ ”; “ $CFI = 0,90$; $GFI = 0,86$ ”, “ $AGFI = 0,83$ ” sağlanabildiği tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre göre bahsi geçen ölçme aracı güvenli ve geçer biçimde bu araştırmada kullanılabilir.

3.4. Veri Analizi

Çalışmaya ait veriler “SPSS 21 ve Lisrel 8” paket programlarından yararlanılarak analiz edilmiştir. Çalışma sırasında 0.05 anlamlılık katsayısı kullanılmıştır. Veri analizi sürecinde değişkenlerin güvenilirlik sonuçlarını test etmek için alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır ve değişkenlerin geçerlilik sonuçları doğrulayıcı faktör analiziyle test edilmiştir. Bu etabın devamında ölçeğin “orijinal puanlama” esasına göre alt etkenler

ile toplam puanlar meydana getirilmiştir. Daha sonra değişkenlerin “çarpıklık” ve “basıklık katsayıları” test edilerek çarpıklık ve basıklık katsayıları +, -1 aralığındaki değişkenlerin normal dağılıma uygun olduğu varsayılmıştır. İkili gruplara göre değişkenlerdeki farklılıkları test etmek için ilişkisiz örneklem t-test; üç veya üzeri gruplara göre değişkenlerdeki farklılıkları belirlemek için “tek yönlü varyans analizi (ANOVA)” yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Araştırma sürecinde aracılık analizlerinin oluşturulabilmesi için Hayes (2009) tarafından önerilen 5000 Bootstrap örnekleme yöntemi temelli aracılık analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem uygulanırken 5000 Bootstrap yöntemi uygulanmıştır. Bu yöntemde veri setinden 5000 defa alt örneklem seçilerek %95 güven düzeyinde alt ve üst sınır değerleri ile değişkenler arası etkinin anlamlılığına bakılmaktadır. Güven aralığı değerlerinin alt sınır (LLCI) ve üst sınır (ULCI) değerlerinin 0 (sıfır) değerini içermemesi değişkenler arası aracı etki düzeyinin anlamlılığını işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2017; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisinde obsesif kompulsif belirtilerin aracı rolünü 372 kişilik örneklem üzerinden inceleyen bu araştırmada ilk olarak veri setinde araştırma sonuçlarını manipüle edebilecek veriler temizlenmiştir. Bu açıdan cinsel işlev bozukluğu tanısının konması için bireylerin cinsel deneyim yaşaması gerekliliği düşünüldüğünde daha önce cinsel deneyimi olmayanlar veri setinden temizlenmiştir. Ek olarak uç değer özelliği gösteren katılımcılar da incelenmiştir. Sonuç olarak araştırma için 288 kişilik örneklem ile çalışılmıştır. Analiz varsayımlarını test etmek amacıyla ilk olarak değişkenlerin betimsel istatistikleri incelenmiştir ve Tablo 4.1’de bulunmaktadır.

Tablo 4.1: Araştırma Değişkenleri İçin Betimsel İstatistikler

		Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı
Çocukluk Çağı Travmaları	Duygusal İstismar	11.274	5.409	0.742	-0.262
	Fiziksel İstismar	7.774	4.403	2.124	4.272
	Duygusal İhmal	15.035	5.551	-0.026	-0.936
	Fiziksel İhmal	13.920	1.694	0.343	0.522
	Cinsel İstismar	8.444	5.078	1.521	1.346
	Toplam Puan	56.448	16.778	0.659	-0.145
Obsesif Kompulsif Belirtiler	79.885	24.702	0.651	0.128	
Cinsel İşlev Bozukluğu	13.901	4.564	0.137	-0.474	

Tablo 4.1’deki bulgulara göre duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, çocukluk çağı travmaları toplam puan, obsesif kompulsif belirtiler ve cinsel işlev bozukluğu değişkenlerinin çarpıklık ve basıklık kat sayıları -1 ve +1 arasındadır. Büyüköztürk ve diğerleri (2016) çarpıklık ve basıklık katsayısı -1 ve +1 arasında olan değişkenlerin normal dağılımdan çok da sapmadığını belirtmiştir. Bu sebeple bu araştırmada veriler analiz edilirken parametrik analiz yöntemleri kullanılacaktır. Ancak fiziksel istismar ve cinsel istismar değişkenlerinin çarpıklık ve basıklık kat

sayısı kabul edilebilir düzeyden daha yüksek olduğu için bu değişkenlerin analizlerinde parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır.

4.1. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri Cinsiyete Göre Farklılaşmaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif belirtiler ve cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşma durumunu saptamak için parametrik yöntemlerden bağımsız örneklem için “t Test” uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2: Cinsiyete Göre t Test Sonuçları

		Grup	N	\bar{X}	σ	t	sd	p
Çocukluk Çağı Travmaları	Duygusal İstismar	Kadın	227	11.542	5.538	1.624	286	0.105
		Erkek	61	10.279	4.807			
	Duygusal İhmal	Kadın	227	15.300	5.540	1.566	286	0.118
		Erkek	61	14.049	5.527			
	Fiziksel İhmal	Kadın	227	13.987	1.726	1.290	286	0.198
		Erkek	61	13.672	1.557			
	Toplam Puan	Kadın	227	57.110	16.714	1.294	286	0.197
		Erkek	61	53.984	16.926			
Obsesif Kompulsif Belirtiler	Kadın	227	81.524	24.877	2.186	286	0.030	
	Erkek	61	73.787	23.230				
Cinsel İşlev Bozukluğu	Kadın	227	14.603	4.504	5.264	286	0.000	
	Erkek	61	11.290	3.795				

Tablo 4.2’deki bulgular doğrultusunda duygusal istismar düzeyinin cinsiyete göre değişiklik göstermediği saptanmıştır (t = 1.624, $p>0.05$).

Duygusal ihmal düzeyinin cinsiyete göre değişiklik göstermediği saptanmıştır (t = 1.566, $p>0.05$).

“Fiziksel ihmal” düzeyinin “cinsiyet karşısında” değişiklik göstermediği saptanmıştır (t = 1.290, $p>0.05$).

“Çocukluk çağı travmaları toplam puan seviyesi”nin cinsiyet etkisiyle değişiklik göstermediği saptanmıştır (t = 1.294, $p>0.05$).

Obsesif kompulsif belirtiler seviyesinin cinsiyete göre değişiklik gösterdiği saptanmıştır ($t = 2.186, p < 0.05$). Bu veriler kadınların ($\bar{X} = 81.524$) obsesif kompulsif belirtiler ortalamasının erkeklerden ($\bar{X} = 73.787$) yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Cinsel işlev bozukluğu seviyesinin cinsiyete göre değişiklik gösterdiği saptanmıştır ($t = 5.264, p < 0.05$). Bu bulgular kadınların ($\bar{X} = 14.603$) cinsel işlev bozukluğu ortalamasının erkeklerden ($\bar{X} = 11.290$) yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Çocukluk çağı travmalarından olan fiziksel istismar ve cinsel istismar değişkenleri normal dağılım özelliği göstermediği için bu değişkenlerin cinsiyete göre farklılaşması parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U Testi kullanılarak yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Cinsiyete Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	p
Fiziksel İstismar	Kadın	227	144.79	32867.00	6858.0	-0.120	0.904
	Erkek	61	143.43	8749.00			
Cinsel İstismar	Kadın	227	148.21	33643.00	6082.0	-1.573	0.116
	Erkek	61	130.70	7973.00			

Tablo 4.3'deki bulgular doğrultusunda fiziksel istismar düzeyinin cinsiyete göre değişiklik göstermediği saptanmıştır ($U = 6858.0, Z = -0.120, p > 0.05$).

“Cinsel istismar seviyesi”nin cinsiyet karşısında değişiklik göstermediği saptanmıştır ($U = 6082.0, Z = -1.573, p > 0.05$).

4.2. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşmaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif belirtiler ve cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin eğitim düzeyine göre farklılaşma durumunu saptamak için parametrik testlerden bağımsız örneklem üzerine “t Test” uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4: Eğitim Düzeyine Göre t Test Sonuçları

		Grup	N	\bar{X}	σ	t	sd	p	
Çocukluk Çağı Travmaları	Duygusal	Temel Eğitim	48	12.333	5.714	1.489	286	0.138	
	İstismar	Yüksek Öğrenim	240	11.063	5.332				
	Duygusal	Temel Eğitim	48	16.792	5.776	2.422	286	0.016	
	İhmal	Yüksek Öğrenim	240	14.683	5.450				
	Fiziksel	Temel Eğitim	48	14.167	1.754	1.105	286	0.270	
	İhmal	Yüksek Öğrenim	240	13.871	1.681				
	Toplam	Temel Eğitim	48	60.875	17.937	2.013	286	0.045	
	Puan	Yüksek Öğrenim	240	55.563	16.433				
	Obsesif	Temel Eğitim	48	83.354	28.846	1.066	286	0.287	
	Kompulsif	Yüksek Öğrenim	240	79.192	23.795				
	Belirtiler								
	Cinsel	Temel Eğitim	48	14.995	5.218	1.391	286	0.165	
	İşlev	Yüksek Öğrenim	240	14.164	4.481				
	Bozukluğu								

Tablo 4.4'teki bulgular çerçevesinde duygusal istismar seviyesinin eğitim durumu doğrultusunda değişkenlik göstermediği saptanmıştır ($t = 1.489, p > 0.05$).

Duygusal ihmal seviyesinin eğitim durumu doğrultusunda değişkenlik gösterdiği saptanmıştır ($t = 2.422, p < 0.05$). Bu sonuçlar temel eğitim düzeyindeki bireylerin duygusal ihmal düzeyinin ($\bar{X} = 16.792$) yükseköğrenimdeki bireylerden ($\bar{X} = 14.683$) yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Fiziksel ihmal seviyesinin eğitim durumu doğrultusunda değişkenlik göstermediği saptanmıştır ($t = 1.105, p > 0.05$).

“Çocukluk çağı travmaları toplam puan” seviyesinin eğitim durumu doğrultusunda değişkenlik gösterdiği saptanmıştır ($t = 2.013, p < 0.05$). Bu sonuçlar temel eğitim düzeyindeki bireylerin çocukluk çağı travmaları toplam puan düzeyinin ($\bar{X} = 60.875$) yükseköğrenimdeki bireylerden ($\bar{X} = 55.563$) yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Obsesif kompulsif belirtiler seviyesinin eğitim durumu doğrultusunda değişkenlik göstermediği saptanmıştır ($t = 1.066, p > 0.05$).

Cinsel işlev bozukluğu seviyesinin eğitim durumu doğrultusunda değişkenlik göstermediği saptanmıştır ($t = 1.391, p > 0.05$).

Çocukluk çağı travmalarından olan fiziksel istismar ve cinsel istismar değişkenleri normal dağılım özelliği göstermediği için bu değişkenlerin eğitim durumuna göre

farklılaşması parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U Testi kullanılarak yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.5’te gösterilmiştir.

Tablo 4.5: Eğitim Durumuna Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	p
Fiziksel	Temel Eğitim	48	165.63	7950.0	4746.0	-2.043	0.041
İstismar	Yüksek Öğrenim	240	140.28	33666.0			
Cinsel	Temel Eğitim	48	145.51	6984.5	5711.5	-0.099	0.921
İstismar	Yüksek Öğrenim	240	144.30	34631.5			

Tablo 4.5’teki bulgular doğrultusunda fiziksel istismar düzeyinin eğitim durumu etkeniyle değişiklik gösterdiği saptanmıştır (U = 4746.0, Z = -2.043, $p < 0.05$). Bu sonuçlar temel eğitim mezunlarının yükseköğrenim mezunlarına göre daha yüksek fiziksel istismar yaşadığına işaret etmektedir.

Cinsel istismar düzeyinin eğitim durumu etkeniyle değişiklik göstermediği saptanmıştır (U = 5711.5, Z = -0.099, $p > 0.05$).

4.3. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri Medeni Duruma Göre Farklılaşmaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif belirtiler ve cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin medeni durum etkisiyle farklılaşma durumunu saptamak için parametrik testlerden bağımsız örneklemeler üzerine “t Test” uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.6’da yansıtılmıştır.

Tablo 4.6: Medeni Duruma Göre t Test Sonuçları

	Grup	N	\bar{X}	σ	t	sd	p	
Çocukluk Çağı Travmaları	Duygusal	Evli	137	11.467	5.359	0.576	286	0.565
	İstismar	Bekar	151	11.099	5.465			
	Duygusal	Evli	137	14.956	5.412	-0.228	286	0.820
	İhmal	Bekar	151	15.106	5.691			
	Fiziksel	Evli	137	13.876	1.660	-0.422	286	0.674
	İhmal	Bekar	151	13.960	1.728			
	Toplam	Evli	137	56.693	16.246	0.236	286	0.813
	Puan	Bekar	151	56.225	17.298			
	Obsesif	Evli	137	82.372	23.273	1.632	286	0.104
	Kompulsif	Bekar	151	77.629	25.800			
	Belirtiler							
	Cinsel	Evli	137	14.014	4.535	0.400	286	0.689
	İşlev	Bekar	151	13.799	4.602			
	Bozukluğu							

Tablo 4.6'daki sonuçlar doğrultusunda duygusal istismar seviyesinin medeni durum etkisiyle değişkenlik göstermediği saptanmıştır ($t = 0.576, p > 0.05$).

Duygusal ihmal seviyesinin medeni durum etkisiyle değişkenlik göstermediği saptanmıştır ($t = -0.228, p > 0.05$).

Fiziksel ihmal seviyesinin medeni durum etkisiyle değişkenlik göstermediği saptanmıştır ($t = -0.422, p > 0.05$).

“Çocukluk çağı travmaları toplam puan” seviyesinin medeni durum etkisiyle değişkenlik göstermediği saptanmıştır ($t = 0.236, p > 0.05$).

Obsesif kompulsif belirtiler seviyesinin medeni durum etkisiyle değişkenlik göstermediği saptanmıştır ($t = 1.632, p > 0.05$).

Cinsel işlev bozukluğu seviyesinin medeni durum etkisiyle değişkenlik göstermediği saptanmıştır ($t = 0.400, p > 0.05$).

Çocukluk çağı travmalarından olan fiziksel istismar ve cinsel istismar değişkenleri normal dağılım özelliği göstermediği için bu değişkenlerin medeni duruma göre farklılaşması parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U Testi kullanılarak yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7: Medeni Duruma Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	p
Fiziksel İstismar	Evli	137	147.05	20146.0	9994.0	-0.526	0.599
	Bekar	151	142.19	21470.0			
Cinsel İstismar	Evli	137	146.24	20035.0	10105.0	-0.365	0.715
	Bekar	151	142.92	21581.0			

Tablo 4.7'deki bulgular doğrultusunda fiziksel istismar düzeyinin medeni durum etkisiyle değişiklik göstermediği saptanmıştır ($U = 9994.0, Z = -0.526, p > 0.05$).

Cinsel istismar düzeyinin medeni durum etkisiyle değişiklik göstermediği saptanmıştır ($U = 10105.0, Z = -0.365, p > 0.05$).

4.4. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri Sosyoekonomik Düzeye Göre Farklılaşmaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif belirtiler ve cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin sosyoekonomik seviye etkisiyle farklılaşma durumunu saptamak için parametrik testlerden “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” yapılmıştır. ANOVA uygulanmadan evvel, varyans homojenliği varsayımını tespit etmek için Levene Testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8: Araştırma Değişkenleri İçin Levene Testi

		Lavene	sd1	sd2	p
		İstatistiği			
Çocukluk Çağı Travmaları	Duygusal İstismar	0.852	2	285	0.428
	Duygusal İhmal	0.444	2	285	0.642
	Fiziksel İhmal	0.874	2	285	0.419
	Toplam Puan	2.329	2	285	0.099
	Obsesif Kompulsif Belirtiler	0.211	2	285	0.810
	Cinsel İşlev Bozukluğu	0.142	2	285	0.868

Tablo 4.8’deki sonuçlar doğrultusunda çocukluk çağı travmaları (alt faktörler ve toplam puan), obsesif kompulsif belirtiler ve cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin sosyoekonomik düzeye göre oluşturulan alt gruplarının varyansları arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. Buy sebeple çoklu karşılaştırmalar yapılırken Tukey Testi kullanılmıştır.

Varyans homojenliği varsayımının testinden sonra çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif belirtiler ve cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin sosyoekonomik düzeye göre farklılaşma durumunu tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) aşamasına geçilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.9’da gösterilmiştir.

Tablo 4.9: Sosyoekonomik Düzey İçin ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p		
Çocukluk Çağı Travmaları	Duygusal İstismar	Gruplar Arası	89.23	2	44.62	1.531	0.218	
		Gruplar İçi	8306.10	285	29.14			
		Toplam	8395.33	287				
		Duygusal İhmal	Gruplar Arası	22.99	2	11.49	0.371	0.690
		Gruplar İçi	8820.67	285	30.95			
		Toplam	8843.65	287				
		Fiziksel İhmal	Gruplar Arası	9.05	2	4.52	1.583	0.207
		Gruplar İçi	814.12	285	2.86			
		Toplam	823.16	287				
		Toplam Puan	Gruplar Arası	560.42	2	280.21	0.995	0.371
		Gruplar İçi	80230.80	285	281.51			
		Toplam	80791.22	287				
	Obsesif Kompulsif Belirtiler	Gruplar Arası	2606.81	2	1303.41	2.153	0.118	
	Gruplar İçi	172518.40	285	605.33				
	Toplam	175125.22	287					
	Cinsel İşlev Bozukluğu	Gruplar Arası	117.43	2	58.71	2.856	0.059	
	Gruplar İçi	5859.86	285	20.56				
	Toplam	5977.28	287					

Tablo 4.9'daki sonuçlar doğrultusunda duygusal istismar seviyesinin sosyoekonomik durumun etkisiyle değişkenlik gösterdiği saptanmıştır ($F_{2, 285} = 1.531, p > 0.05$).

Duygusal ihmal seviyesinin sosyoekonomik durumun etkisiyle değişkenlik gösterdiği saptanmıştır ($F_{2, 285} = 0.371, p > 0.05$).

Fiziksel ihmal seviyesinin sosyoekonomik durumun etkisiyle değişkenlik gösterdiği saptanmıştır ($F_{2, 285} = 1.583, p > 0.05$).

“Çocukluk çağı travmaları toplam puan” seviyesinin sosyoekonomik durumun etkisiyle değişkenlik gösterdiği saptanmıştır ($F_{2, 285} = 0.995, p > 0.05$).

Obsesif kompulsif belirtiler seviyesinin sosyoekonomik düzeye karşısında değişkenlik göstermediği tespit edilmiştir ($F_{2, 285} = 2.153, p > 0.05$).

Cinsel işlev bozukluğu düzeyinin sosyoekonomik düzeye göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($F_{2, 285} = 2.856, p > 0.05$).

Çocukluk çağı travmalarından olan fiziksel istismar ve cinsel istismar değişkenleri normal dağılım özelliği göstermediği için bu değişkenlerin sosyoekonomik düzeye göre farklılaşması parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis-H Testi kullanılarak yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10: Sosyoekonomik Duruma Göre Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

	Grup	N	Sıra Ort.	X^2	sd	p
Fiziksel İstismar	Düşük	31	158.19	1.504	2	0.471
	Orta	221	141.53			
	Yüksek	36	150.94			
Cinsel İstismar	Düşük	31	154.13	1.320	2	0.517
	Orta	221	141.62			
	Yüksek	36	153.86			

Tablo 4.10'daki bulgular doğrultusunda fiziksel istismar düzeyinin sosyoekonomik düzey etkeniyle değişiklik göstermediği saptanmıştır ($X^2 = 1.504, p>0.05$).

Cinsel istismar düzeyinin sosyoekonomik düzey etkeniyle değişiklik göstermediği saptanmıştır ($X^2 = 1.320, p>0.05$).

4.5. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri ile Yaş Arasında Anlamlı İlişki Vardır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Yaş ile çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif belirtiler ve cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla parametrik olmayan testlerden “Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyon Analizi” (r_s)’den yararlanılmıştır. Analiz verileri Tablo 4.11’de yansıtılmıştır.

Tablo 4.11: Yaş ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişki

	Yaş	
Çocukluk Çağı Travmaları	Duygusal İstismar	0.021
	Fiziksel İstismar	0.022
	Duygusal İhmal	0.136*
	Fiziksel İhmal	0.130*
	Cinsel İstismar	0.125*
	Toplam Puan	0.097
	Obsesif Kompulsif Belirtiler	-0.283*
Cinsel İşlev Bozukluğu	0.019	

*= $p<0.05$

Tablo 4.11’deki bulgulara göre yaş ile çocukluk çağına yönelik duygusal ihmal ($r_s = 0.136, p<0.05$), fiziksel ihmal ($r_s = 0.130, p<0.05$) ve cinsel istismar ($r_s = 0.125, p<0.05$) algısı arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak yaş ile obsesif kompulsif belirtiler arasında negatif yönde

düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r_s = -0.283, p < 0.05$). Ancak yaş ile duygusal istismar ($r_s = 0.021, p > 0.05$), fiziksel istismar ($r_s = 0.022, p > 0.05$), çocukluk çağı travmaları toplam puan ($r_s = 0.097, p > 0.05$) ve cinsel işlev bozukluğu ($r_s = 0.019, p > 0.05$) bağlamında anlamlı korelasyon bulunamamıştır.

4.6. “Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyleri Arasında Anlamlı İlişki Vardır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu aşamasında araştırma değişkenleri olan çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif belirtiler ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla korelasyon analizi kullanılmıştır. Ancak normal dağılım özelliği gösteren değişkenler için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi (r), normal dağılım özelliği göstermeyen değişkenler (Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismar) için “Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyon Analizi” (r_s)’den yararlanılmıştır. Analiz verileri Tablo 4.12’de yansıtılmıştır.

Tablo 4.12: Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozukluğu Değişkenleri Arasındaki İlişki

	A	B	C	D	E	F	G	H
A	1							
B	0.676*	1						
C	0.670*	0.515*	1					
D	0.426*	0.379*	0.424*	1				
E	0.457*	0.374*	0.386*	0.289*	1			
F	0.891*	0.738*	0.805*	0.536*	0.665*	1		
G	0.246*	0.235*	0.212*	0.129*	0.109	0.255*	1	
H	0.172*	0.178*	0.206*	0.150*	0.133*	0.221*	0.275*	1

A = Duygusal İstismar, B = Fiziksel İstismar, C = Duygusal İhmal, D = Fiziksel İhmal, E = Cinsel İstismar, F = Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan, G = Obsesif Kompulsif Belirtiler, H = Cinsel İşlev Bozukluğu, * = $p < 0.05$.

Tablo 4.12’deki bulgulara göre duygusal istismar ile fiziksel istismar ($r_s = 0.676, p < 0.05$), duygusal ihmal ($r = 0.670, p < 0.05$) ve çocukluk çağı travmaları toplam puan ($r = 0.891, p < 0.05$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak duygusal istismar ile fiziksel ihmal ($r = 0.426, p < 0.05$) ve

cinsel istismar ($r_s = 0.457, p < 0.05$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Son olarak duygusal istismar ile obsesif kompulsif belirtiler ($r = 0.246, p < 0.05$) ve cinsel işlev bozukluğu ($r = 0.172, p < 0.05$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Fiziksel istismar ile çocukluk çağı travmaları toplam puan ($r_s = 0.738, p < 0.05$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak fiziksel istismar ile duygusal ihmal ($r_s = 0.515, p < 0.05$), fiziksel ihmal ($r_s = 0.379, p < 0.05$) ile cinsel istismar ($r_s = 0.374, p < 0.05$) bağlamında olumlu ve orta seviyede anlamlı korelasyon bulunduğu saptanmıştır. Fiziksel istismar ile obsesif kompulsif belirtiler ($r_s = 0.235, p < 0.05$) ve cinsel işlev bozukluğu ($r_s = 0.178, p < 0.05$) bağlamında pozitif ve düşük seviyede anlamlı korelasyon bulunduğu saptanmıştır.

Duygusal ihmal ile çocukluk çağı travmaları toplam puan ($r = 0.805, p < 0.05$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak duygusal ihmal ile fiziksel ihmal ($r = 0.424, p < 0.05$) ve cinsel istismar ($r_s = 0.386, p < 0.05$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Duygusal ihmal ile obsesif kompulsif belirtiler ($r = 0.216, p < 0.05$) ve cinsel işlev bozukluğu ($r = 0.206, p < 0.05$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Fiziksel ihmal ile çocukluk çağı travmaları toplam puan ($r = 0.536, p < 0.05$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak fiziksel ihmal ile cinsel istismar ($r_s = 0.289, p < 0.05$), obsesif kompulsif belirtiler ($r = 0.129, p < 0.05$) ve cinsel işlev bozukluğu ($r = 0.150, p < 0.05$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Cinsel istismar ile çocukluk çağı travmaları toplam puan ($r_s = 0.665, p < 0.05$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak cinsel istismar ile cinsel işlev bozukluğu ($r_s = 0.133, p < 0.05$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak cinsel istismar ile obsesif kompulsif belirtiler ($r = 0.109, p > 0.05$) arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Çocukluk çağı travmaları toplam puan ile obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.255, p < 0.05$). Buna ek olarak çocukluk çağı travmaları ile cinsel işlev bozukluğu bağlamında olumlu ve düşük seviyeli anlamlı korelasyon bulunduğu saptanmıştır ($r = 0.221, p < 0.05$). Son olarak

obsesif kompulsif belirtiler ile cinsel işlev bozukluğu bağlamında olumlu ve düşük seviyeli anlamlı korelasyon bulunduğ u saptanmıştır ($r = 0.275, p < 0.05$).

4.7. “Çocukluk Çağı Travmaları Obsesif Kompulsif Belirti Düzeyini Yordamamaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif belirti düzeyini yordama durumunu tespit etmek için Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.13’te gösterilmiştir.

Tablo 4.13: Çocukluk Çağı Travmalarının Obsesif Kompulsif Belirti Düzeyini Yordama Durumu

	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	58.694	4.957		11.842	0.000
Çocukluk Çağı Travmaları	0.375	0.084	0.255	4.460	0.000

$R = 0.255, \Delta R^2 = 0.062, F = 19.889, p < .05$

Tablo 4.13’teki bulgular incelendiğinde çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif belirti düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = 4.460, p < 0.05$). Bu sonuçlar çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif belirti düzeyinin varyansının %6’sını açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varyans enflasyon faktörü ($VIF = 1.06$), tolerans değerleri (0.94), Durbin Watson Testi sonuçları (1.66), Cook Distance ($\bar{X} = 0.00$) ve Mahalobis Distance ($\bar{X} = 0.99$) değerleri modelin kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğunu göstermektedir.

4.8. “Çocukluk Çağı Travmaları Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordamaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğu düzeyini yordama durumunu tespit etmek için Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.14’te gösterilmiştir.

Tablo 4.14: Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordama Durumu

	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	10.513	0.924		11.382	0.000
Çocukluk Çağı Travmaları	0.060	0.016	0.211	3.826	0.000

$R = 0.221, \Delta R^2 = 0.045, F = 14.639, p < 0.05$

Tablo 4.14'teki bulgular incelendiğinde çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğu düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = 3.826, p < 0.05$). Bu sonuçlar çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğu düzeyinin varyansının %5'ini açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varyans enflasyon faktörü ($VIF = 1.05$), tolerans değerleri (0.95), Durbin Watson Testi sonuçları (1.83), Cook Distance ($\bar{X} = 0.00$) ve Mahalobis Distance ($\bar{X} = 0.77$) değerleri modelin kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğunu göstermektedir.

4.9. “Obsesif Kompulsif Belirtiler Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordamaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Obsesif kompulsif belirtilerin cinsel işlev bozukluğu düzeyini yordama durumunu tespit etmek için Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15: Obsesif Kompulsif Belirtilerin Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordama Durumu

	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	9.846	0.878		11.212	0.000
Obsesif Kompulsif Belirtiler	0.051	0.011	0.275	4.832	0.000

$R = 0.275, \Delta R^2 = 0.072, F = 23.352, p < 0.05$

Tablo 4.15'teki bulgular incelendiğinde obsesif kompulsif belirtilerin cinsel işlev bozukluğu düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = 4.832, p < 0.05$). Bu sonuçlar obsesif kompulsif belirtilerin cinsel işlev bozukluğu düzeyinin varyansının %7'sini açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varyans enflasyon faktörü ($VIF = 1.07$), tolerans değerleri (0.93), Durbin Watson Testi sonuçları (1.84), Cook Distance ($\bar{X} = 0.00$) ve Mahalobis Distance ($\bar{X} = 0.99$) değerleri modelin kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğunu göstermektedir.

4.10. “Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordamaktadır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Obsesif kompulsif belirtilerin çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğu düzeyini yordama durumunu tespit etmek için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.16'de gösterilmiştir.

Tablo 4.16: Obsesif Kompulsif Belirtilerin ve Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğu Düzeyini Yordama Durumu

	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	7.979	1.099		7.262	0.000
Obsesif Kompulsif Belirtiler	0.043	0.011	0.234	4.020	0.000
Çocukluk Çağı Travmaları	0.044	0.016	0.161	2.771	0.000

$R = 0.316$, $\Delta R^2 = 0.093$, $F = 15.789$, $p < 0.05$

Tablo 4.16'deki bulgular incelendiğinde obsesif kompulsif belirtilerin ($t = 4.020$, $p < 0.05$) ve çocukluk çağı travmalarının ($t = 2.771$, $p < 0.05$) cinsel işlev bozukluğu düzeyini yordadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar obsesif kompulsif belirtilerin ve çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğu düzeyinin varyansının %9'unu açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varyans enflasyon faktörü ($VIF = 1.09$), tolerans değerleri (0.91), Durbin Watson Testi sonuçları (1.84), Cook Distance ($\bar{X} = 0.00$) ve Mahalobis Distance ($\bar{X} = 1.99$) değerleri modelin kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğunu göstermektedir.

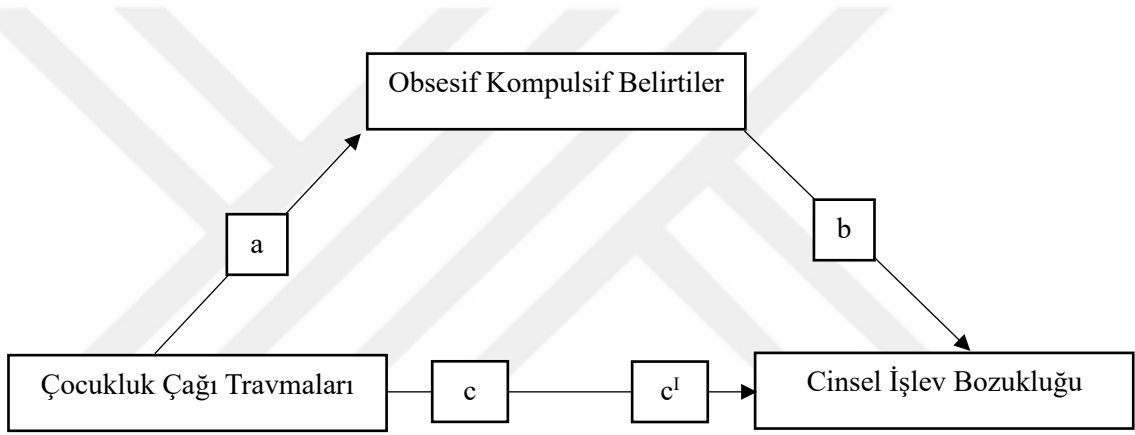
4.11. “Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracılık Rolü Vardır” Hipotezine Yönelik Bulgular

Çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna etkisinde obsesif kompulsif belirtilerin aracılık rolünü tespit etmek amacıyla Hayes'in tarafından geliştirilen Process modellerinden 4. Model kullanılmıştır. Bu modelin kullanılma amacı bir X değişkeninin (Çocukluk Çağı Travmaları) bir Y değişkenine (Cinsel İşlev Bozukluğu) etkisinde bir M değişkeninin (Obsesif Kompulsif Belirtiler) aracı rolünü tespit etmektir. Bu araştırma sürecinde aracı değişken analizinde Hayes (2009) tarafından önerilen 5000 Bootstrap örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde veri setinden 5000 defa alt örneklemler seçilerek %95 güven düzeyinde alt ve üst sınır değerleri ile değişkenler arası etkinin anlamlılığına bakılmaktadır. Güven aralığı değerlerinin alt sınır (LLCI) ve üst sınır (ULCI) değerlerinin 0 (sıfır) değerini içermemesi değişkenler arası aracı etki düzeyinin anlamlılığını işaret etmektedir.

Aracı etkin için anlamlılık olarak belirtilen durumda bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin tümü ya da bir bölümünün aracı değişken aracılığı ile açıklanması beklenmektedir. İlişkinin tamamının aracı değişken tarafından açıklandığı sonuçlar için “Tam Aracılık”, bir bölümünün aracı değişken tarafından açıklandığı sonuçlar için ise “kısmi aracılık” durumu tanımlanmaktadır. Tam aracılığın oluşabilmesi için aracı

değişkenin modele katılması durumunda bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsızlaşması beklenir. Kısacası değişkenler arası bu ilişki aracı değişken ile sağlanmalıdır. Kısmi aracılıkta ise aracı değişkenin modele eklenmesi durumunda bağımlı bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin bir miktar azalması beklenmektedir. Kısmi aracılık durumunda ilişkinin bir kısmı aracı değişken üzerinden açıklamaktadır (Hayes, 2018).

Bu açıdan çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna etkisinde obsesif kompulsif belirtilerin aracılık rolünü belirlemek amacıyla Hayes tarafından oluşturulan Model 4 kullanılarak oluşturulan Şekil 4.1’de bulunan beklenen model test edilmiştir.



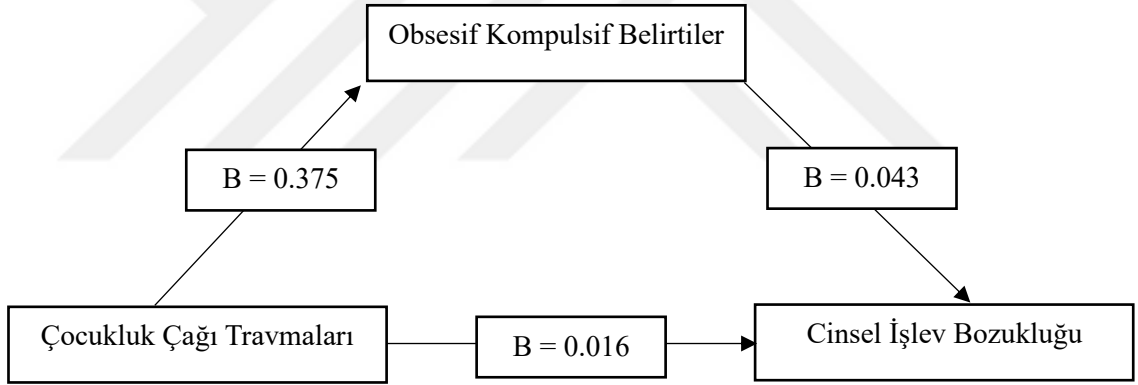
Şekil 4.1: Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracılık Rolü İçin Beklenen Model

Şekil 4.1’de çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif belirtilere olan etkisi (a), obsesif kompulsif belirtilerin cinsel işlev bozukluğuna etkisi (b), çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna direkt etkisi (c) ve çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna etkisinde obsesif kompulsif belirtilerin indirekt etki (c^l) incelenmiştir. Oluşturulan modele dair sonuçlar Tablo 4.17’de gösterilmiştir.

Tablo 4.17: Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracılık Rolü

	B	Standart Hata	β	<i>p</i>	LLCI	ULCI
a	0.375	0.065	0.255	0.000	0.210	0.541
b	0.043	0.011	0.234	0.000	0.022	0.064
c	0.044	0.016	0.161	0.006	0.013	0.075
c ^I	0.016	0.006	0.060	-	0.007	0.029

Tablo 4.17'deki incelendiğinde aracı değişken olan obsesif kompulsif belirtilerin modele eklenince çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna etkisinde dolaylı etkinin (c^I) alt ve üst sınırlarının 0 (sıfır) içermediği tespit edilmiştir ($\beta = 0.060$, $B = 0.016$, LLCI = 0.007, ULCI = 0.029). Elde edilen sonuçlar çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna etkisinde obsesif kompulsif belirtilerin tam aracılık rolüne işaret etmektedir. Elde edilen bulgular çerçevesinde oluşturulan gözlenen model Şekil 4.2'de gösterilmiştir.



Şekil 4.2: Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracılık Rolü İçin Gözlenen Model

Şekil 4.2'deki bulguları elde edilen sonuçları daha net değerlendirmek için Sobel, Aroian ve Goodman Testleri kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.18'de gösterilmiştir.

Tablo 4.18: Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Aracılık Rolü İçin Sobel, Aroian ve Goodman Testi Sonuçları

	Test İstatistiği	Standart Hata	<i>p</i>
Sobel Testi	3.236	0.004	0.001
Aroian Testi	3.203	0.005	0.001
Goodman Testi	3.270	0.004	0.001

Tablo 4.18'deki Sobel ($z = 3.236, p < 0.05$), Aroian ($z = 3.203, p < 0.05$) ve Goodman ($z = 3.270, p < 0.05$) Testi sonuçları çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna etkisinde obsesif kompulsif belirtilerin tam aracılık rolüne işaret etmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma sonucunda ulaşılan bulgular ilgili literatür kapsamında tartışılarak değerlendirilmiştir. Bulgular, alan yazında “çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif bozukluk ve cinsel işlev bozukluğu” kavramlarına ilişkin anlatımlarla desteklenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisinde obsesif kompulsif belirtilerin aracı rolünü incelemek amacıyla 288 kişinin katılımcı olduğu örneklem üzerinden gerçekleştirilen bu araştırmada çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimler, obsesif kompulsif bozukluk ve cinsel işlev bozukluğu değişkenlerinin sosyodemografik değişkenlere göre farklılaştığı görülmüştür.

Araştırma kapsamında ulaşılan sonuçlar değerlendirildiğinde obsesif kompulsif belirtiler düzeyinin cinsiyete göre farklılaştığı görülmüştür. Elde edilen bulgular kadınların erkeklere göre daha fazla obsesif kompulsif bozukluk semptomları gösterdiğini işaret etmektedir. Bu sonuç literatürde de doğrulayıcı karşılık bulmaktadır. Örneğin, Leyton Obsesyon Envanteri Çocuk Versiyonu'nun çocuk ve ergen örneklemelerinde bir tarama aracı olarak kullanıldığı çalışmalarda, kızlar hemen hemen tüm maddelerde erkeklere göre önemli ölçüde daha fazla semptom ve müdahale bildirmişlerdir (Flament vd., 1988; Thomsen, 1993; King vd., 1995; Maggini vd., 2001; Brynska ve Wolanczyk, 2005). Bu nedenle, kızlar erkeklere göre fazla obsesif-kompulsif belirtiler sergilerken, erkeklerin daha tam gelişmiş, şiddetli ve/veya bozulmaya neden olan OKB'ye sahip olmaları akla yatkındır. Ayrıca Fontenelle ve arkadaşları (2004) daha önce yetişkinlerde obsesif kompulsif bozukluk klinik örneklerinin, birkaç istisna dışında pek çok çalışma kadınların baskınlığıyla karakterize edildiğini ve bu özelliğin çoğu epidemiyolojik çalışma tarafından yakından yansıtıldığını bulmuşlardır. Cinsiyetle ilgili verileri bildiren birçok çalışma OKB'si olan yetişkin hastaların epidemiyolojik örneklerinde kadınların baskın olduğunu bildirmiştir (Angst vd., 2004; Bland, Orn ve Newman, 1988; Crino, Slade ve Andrews, 2005; Çilli vd., 2004; Faravelli vd., 2005; Karno vd., 1988; Mohammadi vd., 2004). Ancak literatürde erkek bireylerin OKB semptomları göstermede kadınların önünde yer aldığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Hwu vd., 1989; Faravelli vd., 1989;

Almeida-Filho vd., 1997; Bijl vd., 1998; Andrade vd., 2002). Bununla birlikte Mathews ve arkadaşları (2004), erkek üniversite öğrencilerinin toplam Leyton Obsesyon Envanteri Kısa Formu puanlarının kız öğrencilere göre daha yüksek olduğunu, olası OKB için kesme kriterlerini karşılayan erkek ve kızların oranı arasında anlamlı bir fark bulmadıklarını bildirmiştir (Mathews vd., 2004).

Çalışma doğrultusunda elde edilen bulgulara göre cinsel işlev bozukluğu düzeyinin cinsiyete göre farklılaştığı görülmüştür. Ulaşılan sonuçlar kadınların erkeklere göre daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadıklarını göstermektedir. Literatür bu sonucu destekler niteliktedir. Örneğin bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla olmak üzere çocukluk çağına temas ya da penetrasyon biçiminde gerçekleşmiş bir cinsel istismar öyküsü bulunmasının, cinsel işlev bozukluğu semptomlarının sıklığı ile anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (DiLillo, 2001; Rumstein-McKean ve Hunsley, 2001). Benzer şekilde bir başka çalışmada çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü bildiren kadınların cinsel işlevsellik üzerinde erkeklerden daha olumsuz seviyede etkilendikleri ortaya konmuştur (Najman vd., 2005). Yine destekleyici nitelikte birçok erkek için çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkinin zayıf olduğu veya hiç olmadığı sonucunu taşıyan bulgulara sahip çalışmalar da mevcuttur (Bauserman ve Rind, 1997; Holmes ve Slap, 1998).

Araştırma çerçevesinde ulaşılan sonuçlar değerlendirildiğinde cinsel işlev bozukluğu düzeyinin eğitim durumuna göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Literatür incelenip yapılan araştırmaların ulaştığı sonuçlara bakıldığında, eğitim düzeyinin bu çalışmadaki bulgularla uyuşan ya da uyuşmayan farklı sonuçlara sebep olduğu görülmüştür. Örneğin, yapılan bir çalışmada, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde cinsel işlev bozukluğunun anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Cayan vd., 2004). Bazı çalışmalar gözlemlenen cinsel işlev bozukluğu riski ile düşük eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiş ve bu ilişkinin aile içi ya da dışı şiddet deneyimleri, zayıf aile yapısı, ekonomik ve sosyal faktörlerle bağlantısını göstermiştir (Carreiro vd., 2016; Cerqueira ve Coelho, 2014; Waiselfisz, 2015). Ancak bir başka çalışma katılımcıların eğitim düzeylerini analiz ettiğinde cinsel işlev bozukluğu prevalansı ile anlamlı bir ilişki bulunamadığını öne sürmüştür (Öksüz ve Malhan, 2006).

Araştırma neticesinde elde edilen bulgular göstermektedir ki sosyoekonomik koşullar bireylerin obsesif kompulsif belirtiler düzeyi üzerinde farklılık oluşturacak bir etken konumundadır. Bulgular göstermektedir ki düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki bireylerin obsesif kompulsif belirtiler düzeyleri birbirlerinden farklıdır. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler yüksek düzey obsesif kompulsif belirtiler gösterirken ile orta seviyeli sosyoekonomik koşullardaki bireyler ise düşük düzey obsesif kompulsif belirtiler göstermiştir. Yüksek sosyoekonomik koşullara sahip bireylerin ise obsesif kompulsif belirtiler gösterme bakımından düşük ve orta seviyede sosyoekonomik koşullara sahip bireylerin arasında bir düzeyde konumlandığı görülmektedir. Vurgulanması gereken en büyük farklılık ise düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerdeki obsesif kompulsif belirtilerin orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylerdeki obsesif kompulsif belirtilere nazaran çok daha yüksek bir seviyede olduğu gerçeğidir. Bu sonuçlar literatür ile de desteklenmektedir. Genel popülasyondan 562 çocukla yapılan bir kohort çalışması düşük sosyoekonomik düzey ile obsesif kompulsif bozukluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki tespit etmiştir (Moreso vd., 2013). Literatürden keskin bir şekilde ayrılan Heyman ve arkadaşları (2001), kendi toplumlarındaki OKB'li çocuk ve ergen katılımcıların (hane reisinin mesleği ile tanımlanan) %74'ünün, obsesif kompulsif belirtiler göstermeyen kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %47'sine kıyasla daha düşük sosyoekonomik şartlara sahip olduğunu bulmuşlardır (Heyman vd., 2001). Bunun yanı sıra geniş popülasyona dayalı örneklemelerle yapılan bir başka kesitsel çalışma da düşük sosyoekonomik koşullar ile OKB arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur (Karno vd., 1988). Karşıt görüş olarak da literatürde bazı çalışmalar yer almaktadır. Örneğin bir araştırmada obsesif-kompulsif semptomları olan bireylerin önemli bir kısmının, OKB semptomları göstermeyen bireylere göre daha yüksek sosyal sınıflarda büyüdüğü bulunmuştur (Degonda vd., 2003). Bununla birlikte, çalışmaları OKB'si tam anlamıyla gelişmiş olan yalnızca 5 hastayı kapsadığı sebebiyle, bu örneklemdeki tam sendromun anlamlı bağıntıları olarak sosyo-ekonomik sorunların rolüne ilişkin kesin bir sonuca varılamamıştır. Bu numuneye ilişkin takip verileri ise Angst ve arkadaşları (2004) tarafından sağlanmıştır. Obsesif-kompulsif belirtileri olan ve olmayan bireyler arasında sosyoekonomik sorunlar oranında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Angst vd., 2004).

Araştırmada elde edilen bulgular göstermiştir ki yaş arttıkça bireyde obsesif kompulsif belirtiler düşmektedir. Bu sonuç literatürde de desteklenmektedir. Yetişkinlerde,

yaşlanmanın obsesif-kompulsif belirtilerin (Degonda, Wyss ve Angst, 2003) ve klinik olarak tanınan OKB'nin (Fireman vd., 2001) yaygınlık oranlarında bir azalmaya yol açtığını gösteren bazı epidemiyolojik kanıtlar vardır. Çilli ve arkadaşları (2004) yaş arttıkça OKB belirtilerinin azalmasının özellikle erkekler için geçerli olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Yetişkin OKB'nin 1 yıllık yaygınlığının erkeklerde yaşla ters ilişkili olduğunu, kadınlarda ise yaşla birlikte arttığını bulmuşlardır (Çilli vd., 2004). Crino, Slade ve Andrews (2005), 55 yaşın üstündeki bireylerin OKB'ye sahip olma olasılığının genç yaş gruplarındakilere göre önemli ölçüde daha az olduğunu ortaya koymuştur. Birlikte ele alındığında bu bulgular, ergenlerin OKB geliştirmeye özellikle yatkın olabileceğini, yaşlı bireylerin ise OKB'yi daha az sıklıkla gösterebileceğini göstermektedir. Literatürde karşıt görüş olarak yaş faktörünün epidemiyolojik OKB gelişimiyle önemli bir ilişkisi olabileceği fakat yaşın ilerlemesinin OKB semptomlarını da artıracığı yönünde araştırmalar da bulunmaktadır (Thomsen, 1993; Valleni-Basile vd., 1996; Zohar ve Bruno 1997; Heyman vd., 2001; Maggini vd., 2001; Crino vd., 2005). Valleni-Basile ve arkadaşları (1996), yaşı ilerleyen ergenlerin OKB geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde 5-15 yaş grubundaki çocuklar üzerinde yürütülen bir araştırmada Heyman ve arkadaşları (2001) OKB vakalarını yaş gruplarına ayırmış ve OKB oranının yaşın bir fonksiyonu olarak katlanarak arttığını bulmuşlardır. Bu çalışmada OKB belirtileri taşıyan bireyler hem normal hem de psikiyatrik kontrol grubundakilerden anlamlı düzeyde daha yaşlı olarak tespit edilmiştir (Heyman vd., 2001). Maggini ve arkadaşları (2001), lise öğrencileri arasında yaşın Leyton Obsesyon Envanteri Çocuk Versiyonu'ndaki yüksek puanlarla pozitif ilişkili olduğunu, ayrıca ergenlerdeki semptomların yaşla birlikte arttığını öne sürdüğünü bildirmiştir. Ayrıca literatürde yaş faktörünün OKB için bir belirleyici olmadığını öne süren çalışmalar da mevcuttur (Guerrero vd., 2003; Matthews vd., 2004).

Sonuç olarak çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif bozukluk ve cinsel işlev bozukluğunu yordamaktadır. Literatürdeki pek çok araştırma bunu destekleyici sonuçlar taşımaktadır. Örneğin, çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif üzerindeki etkilerini araştıran Lochner ve arkadaşları (2002) çocukluk çağı travmalarının OKB gelişiminde rol oynayabileceğini öne sürerek çalışmamızı desteklemektedir. Matthews, Kaur ve Stein (2008) de benzer şekilde ulaştığımız sonuca destek niteliğinde obsesif-kompulsif belirtilerin gelişiminde çocukluk çağı

travmasının dolaylı bir rolünün olabileceği sonucuna ulaşmıştır. Demirci'nin (2016) çalışması da çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif semptomlarla ilişkili olabileceği, bilhassa duygusal travmaların etkisinin öne çıktığını vurgulayarak destekleyici nitelik taşımaktadır. Bir başka destekleyici araştırma Ay ve Erbay (2018) çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif belirtilerle ilişkisini saptarken, bir diğer destekleyici nitelikteki araştırma olan Destree ve arkadaşlarının (2021) sistematik derleme çalışması sonucunda klinik ve klinik dışı popülasyonlarda çocukluk çağı travmasına maruz kalma ile OKB semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğuna dair kanıt bulunmuştur.

Dykshoorn (2014) tarafından yapılan bir araştırma litertürde travmatik yaşantı ile obsesif kompulsif bozukluklar arasında bağlantı olduğuna işaret etmektedir. Briggs ve Price (2009) travmatik yaşantıların obsesif kompulsif bozukluklara olan etkisi için çocukluk çağı yaşantılarına odaklanmaktadır. Burada önemli olan ve literatürde sınırlı olarak incelenen konu çocukluk çağı travmalarının neden obsesif kompulsif bozukluklar üzerinde etkili olduğudur. Ayyıldız ve Elkin (2016) tarafından yapılan bir çalışmada çocuklarda olumsuz bazı davranış örüntülerinin duygu ifade tarzları olarak ortaya çıkabileceğidir. Bu durumda obsesif kompulsif bozuklukların da travmatik yaşantılar sonrasında çocukların travmatik duygulara karşı bir ifade yöntemi olabileceğidir. Çünkü bu durum temel olarak travma ile yüzleşme ve ifade edebilme problemi olarak ortaya çıkabilir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, fiziksel istismar ve duygusal istismar deneyimlerinde işlemlenemeyen duygular obsesif kompulsif belirtileri artırmaktadır. Bu konuda yeterince araştırma olmaması yeterince doğru yorum yapmayı zorlaştırmaktadır. Ancak bu araştırma bulguları çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif bozukluk için önemli yordayıcı olduğuna işaret etmektedir. Ancak tam nedeni anlamak için gelecekte yapılacak daha detaylı araştırmalar bu yapının anlaşılmasını kolaylaştırabilir.

Lochner ve diğerleri (2002) bu durumu anlamak için travmatik yaşantının bıraktığı izin bireyde olan etkisine odaklanmıştır. Peki, çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif belirtiler yaratması bir sonuç mudur yoksa sürecin bir ayağıdır? Kısacası obsesif kompulsif bozukluklar bir geçiş durumudur? Ulaştığımız bulgular neticesinde çocukluk çağı travmaları cinsel işlev bozukluğunun bir kısmını açıklarken, obsesif kompulsif belirtilerinin eklenmesi halinde ise cinsel işlev bozukluğunun

düzeşinin arttığı söylenebilir. McCarthy (1990) travmatik yaşantıların cinsel işlev bozukluğu ile sonuçlanabileceğini vurgulamıştır. Buna benzer olarak Sorensen ve diğeri (2008) tarafından yapılan araştırmalar da bu duruma işaret etmektedir. Genel sonuç taravmatik deneyimlerin zaman içerisinde cinsel fonksiyonlarda bozulma yarattığıdır. O'Driscoll ve diğeri (2016) travma sonrası yaşanan cinsel işlev bozukluğunun bir post travmatik stres bozukluğu olabileceğini belirtir. Tüm bu bulgular çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğunu yordadığına işaret etmektedir. Bu durum incelendiğinde çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna etkisinde bir aracı yapının varlığını düşündürmektedir.

Raisi ve diğeri (2015) obsesif kompulsif belirtiler ile cinsel işlev bozukluğu arasında bir bağ olduğuna işaret etmektedir. Pozz ve diğeri (2020) ise bu bağın arasında çeşitli değişkenler ile bir ilişki aramışlardır. Ancak yapı tutarlı olsa da yeterince oturtulamamıştır. Bu sonuçlar teörinin kendisinde bir tutarsızlığa işaret edebilir. Çünkü tek başına obsesif kompulsif davranışların neden olduğunu düşünmek hatalı olacaktır. Bu araştırmada yapılan analizler tam da bu durumu test etmeyi hedeflemiştir. Literatür genel olarak çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif davranışları yordadığını, obsesif kompulsif davranışların cinsel işlev bozukluğunu yordadığını, çocukluk çağı taravmalarının ise cinsel işlev bozukluğunu yordadığına işaret etmektedir. Bu literatür çıktıları araştırmanın hipotezlerinde test edilmiş ve desteklenmiştir. Ancak aracılık bağı literatürde yeterince ele alınmamıştır. Elde edilen sonuçlar çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna etkisinde obsesif kompulsif davranışların aracılığını sorgulatmaktadır. Bu durumda test edilen bu hipotez doğrulanmıştır. Literatüre bu açıdan bakıldığında literatür sınırlı olsa da elde edilen bulgular teorik öngörü ile tutarlıdır.

Literatürde çocukluk çağı travmaları ve cinsel işlev bozukluğu ile ilgili araştırmalar tezimizde ulaşılan çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna yol açabileceği sonucunu destekler niteliktedir. Örneğin Pulverman ve Meston (2020), çocuklukta cinsel istismar öyküsü bulunan kadınların, istismar geçmişi olmayan akranlarına göre cinsel işlev bozukluğu açısından daha yüksek risk altında olduğunu saptamışlardır. Buna ek olarak Meydan ve Lahav (2020) çocuklukta cinsel istismar geçmişi olanların yüksek cinsel işlev bozukluğu ve cinsel utanç bildirdiklerini göstermiştir. Bir başka destekleyen çalışma Staples, Rellini ve Roberts'in (2011)

gerçekleştirmiş olduğu araştırmadır ve neticesinde orgazm işlevi için çocukluk/ergen cinsel istismarı ile kaçınma eğilimleri arasında anlamlı bir etkileşim bulunmuştur.

Bununla birlikte obsesif kompulsif bozukluk ve cinsel işlev bozukluğu ile ilgili olarak Raisi ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada ulaştıkları sonuç OKB ile cinsel bozukluklar arasındaki ilişkiyi doğrular nitelikte, OKB'li kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı yüksek ve erkek cinsel işlev bozukluğu ile OKB arasında anlamlı ilişki tespit ederek çalışmamıza paralellik taşımıştır. Bir başka destekleyici sonuç ise Real ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında OKB'de öne çıkan bazı bilişsel önyargıların cinsel tatmini ve işlevselliği etkileyebileceği, ayrıca, kirlenme takıntıları veya yüksek tikslenme duyarlılığı gibi belirtilerin de cinsel performansı olumsuz etkileyebileceği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğuna etkisi üzerinde obsesif kompulsif bozukluğun bir aracı rol oynadığı tespit edilmiştir. Literatürde bu sonucu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Örneğin Korkmaz ve arkadaşlarının (2020), 32'si kadın, 16'sı erkek olmak üzere toplam 48 obsesif kompulsif bozukluğu olan bireyle yaptığı araştırmada 33 kişide birden çok sayıda çocukluk çağı travmatik deneyimi öyküsü gözlemlenmiştir. 17 bireyde duygusal ihmal, 19 bireyde duygusal istismar, 18 bireyde bedensel istismar ve 3 bireyde de cinsel taciz/cinsel istismar olduğu belirlenmiştir. Örneklem dahilindeki katılımcılarda obsesif kompulsif bozukluk başlangıç yaşıyla travma sayısı arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Ayrıca Korkmaz ve arkadaşlarının çalışmasında (2020) obsesyonlar, otojen ve reaktif olarak ikiye ayrıldığında, otojen obsesyonları olan OKB'li hastaların travma sayısı ve total travma puanları, reaktif obsesyonları olan hastalardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen veriler mevcut çalışmamızı destekler niteliktedir ve çalışmamızdaki bulgularla birlikte değerlendirildiğinde çocukluk çağı travmalarının, özellikle de cinsel istismar türünden travmatik deneyim yaşayan bireyde OKB'nin alt boyutlarından biri olan cinsel obsesyonların oluşumuna ve bireylerin yetişkinlik döneminde cinsel işlev bozukluğu geliştirmelerine ilişkin bir aracılık rolü oynadığı görülmüştür. Bir diğer araştırmada Akpınar ve arkadaşları (2013), 80 OKB hastası üzerinde çalışmışlar OKB tanısı alan katılımcılar arasında cinsel obsesyon görülme sıklığını %15 bulmuşlardır. Duygusal istismar ve ensest öyküsünün, cinsel obsesyonlu OKB ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca cinsel obsesyonların dini, saldırganlık, istifleme

obsesyonları ve istifleme kompulsiyonları, duygusal istismar, ensest ve somatoform bozukluk komorbiditesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bir diğer araştırmada ise Mathews ve arkadaşları (2008) 938 üniversite öğrencisi çapında geniş katılımcılı bir örneklem üzerinde çocukluk çağı travması, kişilik özellikleri ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Obsesif-kompulsif belirtiler ile çocukluk çağı travmaları, özellikle de duygusal istismar ve fiziksel ihmal arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Benzer şekilde Ou ve arkadaşları (2021) yaptıkları araştırmada OKB'de çocukluk çağı travmaları ile klinik semptomatoloji arasındaki ilişkiye ilişkin mevcut kanıtları niceliksel olarak özetlemişlerdir. Özellikle cinsel istismar ile OKB'nin klinik semptomatolojisi arasında yakın bir ilişki saptamakla beraber OKB'nin çocukluk çağı travmaları ile cinsel disfonksiyonellik arasındaki aracı rolüne dikkat çekmişlerdir. Literatürde, travmanın türlerinden cinsel istismar ile obsesyon ve kompulsiyonlar arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer birtakım çalışmalar da cinsel istismarın aracılık rolündeki OKB belirtileriyle ilişkili olduğunu ve cinsel işlev bozukluğuna yol açtığını yansıtacak verilere ulaşmışlardır (Semiz vd., 2014; Çamlı vd., 2012; Grisham ve Fullana, 2011).

Obsesif kompulsif bozukluk çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisinde bir aracı rolü oynamaktadır. Literatürde çocukluk çağı travmalarının cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisinde aracı rol olarak obsesif kompulsif bozukluğu araştırmış bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Çalışmamızda kullandığımız değişkenlerin birbirleri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmesi ile birlikte OKB'nin çocukluk çağı travmaları ile cinsel işlev bozuklukları oluşumu arasında aracı rolünü; hem kendi bedeni hem de partnerinin bedenini tiksintili görme, bedeninin kontrolünü vermekle ilgili endişeler, özellikle cinsel istismar ile ilgili travmatik öykü sonrası kirlendiği düşüncesinin yarattığı obsesyonel kaçınmalar şeklinde açıklanabilir. Bu durum aynı zamanda araştırmanın özgünlüğünü de göstermektedir. Bir aracı rol olarak obsesif kompulsif bozukluğu, çocukluk çağı travmalarının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu vb. psikolojik sorunlar üzerinde araştıran çalışma sayısının artması, konu hakkındaki kanaati daha da kuvvetlendirecek ve literatürü zenginleştirecektir. Ayrıca alanyazında çocukluk çağı travmalarının azaltılmasına yönelik tespit ve müdahale çalışmaları muhtemelen OKB ve cinsel işlev bozukluğunu önleme noktasında faydalı olacağı öngörülmektedir. Cinsel işlev bozukluğunun psikolojik sağaltımı noktasında OKB belirtilerinin türünün tespiti;

kadınlar için kirlenme, temizlik, cinsel ve dini obsesyonları, erkekler için; düzen, kontrol, zarar görme obsesyonlarına yönelik tedavi çalışmalarının düzenlenmesi etkiliği artıracağı düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

- Abramowitz J. S. (2006). “*Understanding And Treating Obsessive-Compulsive Disorder: A Cognitive- Behavioral Approach*”. New York, NY: Routledge; 3-53.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S. & McKay, D. (2009). “Obsessive-compulsive disorder”. *The Lancet*, 374(9688), 491–499.
- Ahmed, K., & Bhugra, D. (2007). “The Role Of Culture in Sexual Dysfunction”. *Psychiatry*, 6(3), 115-120.
- Akpınar A., Bakım B., Alpak G., Çevik M., Yavuz B. G. ve Karamustafalıoğlu O. (2013). Cinsel obsesyonların eşlik ettiği obsesif kompulsif bozukluklarda çocukluk çağı travması, cinsel işlevler, psikiyatrik komorbidite ve sosyodemografik veriler. *Dicle Tıp Dergisi*, 40(2), 183-191.
- Almeida-Filho N., Mari J de J., Coutinho E., Franca J. F., Fernandes J., Andreoli S. B., et al. (1997). Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity. Methodological Features and Prevalence Estimates. *Br J Psychiatry*; 171: 524–9.
- American Psychiatric Association (2013). “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.*” Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V. & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 Mental Disorders in A Catchment Area in the City of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 37:316–25.
- Angst J., Gamma A., Endrass J., Goodwin R., Ajdacic V., Eich D., et al. (2004). Obsessive– Compulsive Severity Spectrum in The Community: Prevalence, Comorbidity, and Course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 254:156–64.
- Aragona, M. (2009). “The Role Of Comorbidity in The Crisis of The Current Psychiatric Classification System”. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 16(1), 1-11.

- Ay, R. ve Erbay, L. G. (2018). Relationship Between Childhood Trauma and Suicide Probability in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research*, 261, 132–136.
- Aydur, E., Güngör, S., Ceyhan, S. T., Tahmaz, L., ve Başer, İ. (2007). “Effects of Childhood Circumcision Age on Adult Male Sexual Functions”. *International Journal of Impotence Research*, 19(4), 424-431.
- Ayyıldız, E., & Elkin, N. (2016). Üniversite öğrencilerinin bağlanma stilleri ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 51-68.
- Bancroft, J. (1989). *“Human Sexuality and Its Problems”*. Oxford: Oxford University Press;71.
- Bauserman, R. ve Rind, B. (1997). Psychological Correlates of Male Child and Adolescent Sexual Experiences With Adults: A Review of the Nonclinical Literature. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 105– 141.
- Berle, D. & Phillips, E. S. (2006). “Disgust and Obsessive–Compulsive Disorder: An Update”. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69(3), 228-238.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., ve Handelsman, L. (1997). Validity of The Childhood Trauma Questionnaire in An Adolescent Psychiatric Population. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340–348.
- Beşiroğlu, L., Ağargün, M. Y., Boysan, M., Eryonucu, B., Güleç, M. ve Selvi, Y. (2005). Obsesif-Kompulsif Belirtilerin Değerlendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 179-189.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zessen, G. (1998). Prevalence of Psychiatric Disorder in the General Population: Results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 33:587–95.
- Bjerggaard, M., Charles, M., Kristensen, E., Lauritzen, T., Sandbæk, A. & Giraldi, A. (2015). Prevalence of Sexual Concerns and Sexual Dysfunction Among Sexually Active and Inactive Men and Women With Screen-Detected Type 2 Diabetes. *Sex Med*; 3:302–310.

- Bland, R. C., Orn, H. & Newman, S. C. (1988). Lifetime Prevalence of Psychiatric Disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl*; 338:24–32.
- Boullier, M., & Blair, M. (2018). “Adverse Childhood Experiences”. *Paediatrics And Child Health*, 28(3), 132-137.
- Boyle, G. J., & Bensley, G. A. (2001). “Adverse Sexual and Psychological Effects of Male Infant Circumcision”. *Psychological Reports*, 88(3), 1105–1106.
- Brynska, A. & Wolanczyk, T. (2005). Epidemiology and Phenomenology of Obsessive– Compulsive Disorder in Non-Referred Young Adolescents: A Polish Perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 14:319–27.
- Briere, J. (1992). “*Child Abuse Trauma. Newbury Park*”, California: Sage Publications Ltd.
- Briggs, E. S., & Price, I. R. (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*, 23(8), 1037-1046.
- Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Furniss, T. (2006). “*Preventing Child Maltreatment: A Guide To Taking Action And Generating Evidence*”. Geneva: World Health Organization
- Büyüköztürk, Ş. (2017). “*Veri Analizi El Kitabı*”. Pegem Akademik Yayıncılık: Ankara.
- Carreiro, A. V., Micelli, L. P., Sousa, M. H., Bahamondes, L., & Fernandes, A. (2016). Sexual Dysfunction Risk and Quality of Life Among Women with a History of Sexual Abuse. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(3), 260–263
- Caskurlu, T., Tasci, A. I., Resim, S., Sahinkanat, T., ve Ergenekon, E. (2004). “The Etiology of Erectile Dysfunction and Contributing Factors in Different Age Groups in Turkey”. *International Journal of Urology*, 11(7), 525-529.
- Cayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D. ve Ulusoy, E (2004). The Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women. *Urol Int*, 72: 52

- Cerqueira, C. & Coelho, D. S. C. (2014). *Rape in Brazil: An X-Ray According To Health Data*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economica Aplicada
- Crino, R., Slade T. & Andrews, G. (2005). The Changing Prevalence And Severity Of Obsessive–Compulsive Disorder Criteria From DSM-III to DSM-IV. *Am J Psychiatry*; 162:876–82.
- Cüceloğlu, E. A., Hoşrik, M. E., Ak, M., ve Bozkurt, A. (2012). “Sünnet Yaşının Erken Boşalma Üzerindeki Etkisi”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 99-107.
- Çilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S. ve Kucur, R. (2004). “Twelve-Month Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder in Konya, Turkey”. *Compr Psychiatry*. 45(5):367-374.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., ve Büyüköztürk, Ş. (2018). “*Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları (Vol. 2)*”. Ankara: Pegem Akademi.
- Degonda, M., Wyss, M. & Angst, J. (2003). The Zurich Study. XVIII. Obsessive–Compulsive Disorders and Syndromes in The General Population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 243:16–22.
- Demirci, (2016). Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi, *Journal of Mood Disorders* 6(1).
- Destrée, L., Brierley, M.-E. E., Albertella, L., Jobson, L., & Fontenelle, L. F. (2021). The Effect Of Childhood Trauma On The Severity Of Obsessive-Compulsive Symptoms: A Systematic Review. *Journal of Psychiatric Research*, 142, 345–360.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal Functioning Among Women Reporting a History of Childhood Sexual Abuse: Empirical Findings And Methodological Issues. *Clinical Psychology Review*, 21, 553–576.
- DuPont, R. L., Rice, D. P., Shiraki, S. & Rowland, C. R. (1995). “Economic Costs Of Obsessivecompulsive Disorder”. *Medical interface*, 8(4), 102-109.
- Dykshoorn, K. L. (2014). Trauma-related obsessive–compulsive disorder: a review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 517-528.

- Earp, B. D. (2015). "Sex and circumcision". *The American Journal of Bioethics*, 15(2), 43-45.
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., et al. (2006). "Impact Of Obsessive-Compulsive Disorder On Quality Of Life". *Compr Psychiatry*. ;47(4):270-275
- Elbir, M., Topbaş Ö. A., Bayad S., vd. (2019). "DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1):51-56.
- Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., & Leboyer, M. (2008). "Beyond Genetics: Childhood Affective Trauma in Bipolar Disorder". *Bipolar Disorders*, 10(8), 867-876.
- Faravelli, C., Guerrini, Degl'Innocenti, B. & Giardinelli, L. (1989). Epidemiology of Anxiety Disorders in Florence. *Acta Psychiatr Scand*; 79:308–12
- Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D'Adamo, D., et al. (2004). The Sesto Fiorentino Study: Background, Methods And Preliminary Results. Lifetime Prevalence Of Psychiatric Disorders in An Italian Community Sample Using Clinical Interviewers. *Psychother Psychosom*; 73:216–25
- Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2010). "The Relationship Of Adverse Childhood Experiences To Adult Medical Disease, Psychiatric Disorders, And Sexual Behavior: Implications For Healthcare. *The Impact Of Early Life Trauma On Health And Disease: The Hidden Epidemic*", 77-87.
- Fireman, B., Koran, L. M., Leventhal, J. L. & Jacobson, A. (2001). The Prevalence Of Clinically Recognized Obsessive–Compulsive Disorder in A Large Health Maintenance Organization. *Am J Psychiatry*; 158:1904–10.
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., et al. (1988). Obsessive Compulsive Disorder in Adolescence: An Epidemiological Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 27:764–71.
- Gibb, B. E., Schofield, C. A., & Coles, M. E. (2009). "Reported History Of Childhood Abuse And Young Adults' Information-Processing Biases For Facial Displays Of Emotion". *Child Maltreatment*, 14(2), 148-156.

- Glaser, J. P., Van Os, J., Portegijs, P. J. M., & Myin-Germeys, I. (2006). "Childhood Trauma And Emotional Reactivity To Daily Life Stress in Adult Frequent Attenders Of General Practitioners". *Journal Of Psychosomatic Research*, 61(2), 229–236.
- Gleaves, D. H., & Hernandez, E. (1999). "Recent Reformulations of Freud's Development and Abandonment of His Seduction Theory: Historical/Scientific Clarification or A Continued Assault On Truth". *History of Psychology*, 2(2), 324-354.
- Graham, C. (2014). "*Orgasm Disorders in Women*. In: Binik YM, Hall KS, Eds. *Principles And Practice Of Sex Therapy*". 5th ed. New York, NY: Guilford Press: 89-111.
- Grisham J. R. & Fullana M. A. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive–compulsive symptom dimensions and obsessive–compulsive disorder. *Psychological Medicine*; 41: 2495-506.
- Guerrero, A. P., Hishinuma, E. S., Andrade, N. N., Bell, C. K., Kurahara, D. K., Lee, T. G., et al. (2003). Demographic And Clinical Characteristics Of Adolescents in Hawaii with Obsessive–Compulsive Disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 157: 665–70
- Güleç, C., Köroğlu, E. ve Şenol, S. (2007). "*Psikiyatri Temel Kitabı*". Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 343.
- Harvey, J. H., & Pauwels, B. G. (2000). "*Post-Traumatic stress theory: Research and application*". Ann Harbor, MI: Sheridan Books.
- Hawton, K. (1982). "The Behavioral Treatment Of Erectile Dysfunction". *Br J Psychiatry*, 140:94–101.
- Henderson-King, D. H., & Veroff, J. (1994). "Sexual Satisfaction And Marital Well-Being in The First Years Of Marriage". *Journal of Social and Personal Relationships*, 11(4), 509- 534
- Herman, J. L., & Schatzow, E. (1987). "Recovery And Verification Of Memories Of Childhood Sexual Trauma". *Psychoanalytic Psychology*, 4(1), 1-14.

- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H. & Goodman, R. (2001). Prevalence Of Obsessive–Compulsive Disorder in The British Nationwide Survey Of Child Mental Health. *Br J Psychiatry*; 179:324–9.
- Holmes, W. C., & Slap, G. B. (1998). Sexual Abuse of Boys: Definition, Prevalence, Correlates, Sequelae, and Management. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1855–1862
- Hwu, H. G., Yeh, E. K. & Chang, L. Y. (1989). Prevalence of Psychiatric Disorders in Taiwan Defined By The Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand*; 79:136–47.
- Işık, E., Taner, E. ve Işık U. (2008). “*Güncel Klinik Psikiyatri*”. İstanbul: Organon:177.
- Iwaniec, D. (1997). “An Overview Of Emotional Maltreatment And Failure-To-Thrive”. *Child Abuse Review*, 6, 370-388.
- Jannini, E. A., & Lenzi, A. (2005). “Epidemiology of Premature Ejaculation”. *Current Opinion in Urology*, 15(6), 399-403.
- Kadri, N., Mchichi Alami, K. H., & Mchakra Tahiri, S. (2002). Sexual Dysfunction in Women: Population Based Epidemiological Study. *Archives of Women’s Mental Health*, 5(2), 59–63.
- Kaplan, H. (1992). “Does The CAT Technique Enhance Female Orgasm?” *J Sex Marital Therapy*, 18:285–302.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The Epidemiology Of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094–1099.
- Kessler, A., Sollie, S., Challacombe, B., Briggs, K., & Van Hemelrijck, M. (2019). “The Global Prevalence of Erectile Dysfunction: A Review”. *BJU International*, 124(4), 587-599.
- Kim, D., & Pang, M. G. (2007). “The Effect Of Male Circumcision On Sexuality”. *BJU International*, 99(3), 619-622.
- King, N. J., Myerson, N. N., Inglis, S., Jenkins, M., Ollendick, T. H. (1995). Obsessive– Compulsive Behaviour in Children and Adolescents: A Cross-Sectional Australian Study. *J Paediatr Child Health*; 31:527–31.

- Korkmaz S., Baykara S., Gürok M. G., Kaya Ş., Taşçı G. ve Atmaca M. (2020). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Travmatik Yaşantılar, *Dicle Tıp Dergisi* 47 (4): 903-910.
- Laan, E., Rellini, A. H. & Barnes, T. (2013). “International Society for Sexual Medicine. Standard Operating Procedures For Female Orgasmic Disorder: Consensus Of The International Society For Sexual Medicine”. *J Sex Med.*; 10(1):74-82.
- Laungani, P. (2002). “Stress, Trauma, And Coping Strategies: Cross-Cultural Variations”. *International Journal Of Group Tensions*, 31(2), 127-154.
- Lief, H. (1977). “Inhibited Sexual Desire”. *Med Aspects Hum Sexual*, 7:94–95
- Lochner, C., L du Toit P., Nompumelelo, Z., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., et al. (2002). Childhood Trauma in Obsessive-Compulsive Disorder, Trichotillomania, and Controls, *Depression And Anxiety* 15:66–68
- Maggini, C., Ampollini, P., Gariboldi, S., Cella, P. L., Peqlizza, L. & Marchesi, C. (2001). The Parma High School Epidemiological Survey: Obsessive–Compulsive Symptoms. *Acta Psychiatr Scand*; 103:441–6.
- Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). “Long-Term Consequences Of Childhood Physical Abuse”. *Psychological Bulletin*, 114(1), 68.
- Marmar, C. R., McCaslin, S., Metzler, T., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J., et al. (2006). “Predictors Of Posttraumatic Stress in Police And Other First Responders”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 1-18.
- Masters, W. H. & Johnson, V. (1970). “*Human Sexual Inadequacy*”. Boston: Little Brown.
- Mathews, C. A., Kaur, N. & Stein, M. B. (2008). “Childhood Trauma And Obsessive-Compulsive Symptoms”. *Depression and Anxiety*; 25:742–751.
- Mathews, C. A., Jang, K. L., Hami, S. & Stein, M. B. (2004). “The Structure of Obsessionality Among Young Adults”. *Depress Anxiety*; 20:77–85.
- McCarthy, B. W. (1990). Treating sexual dysfunction associated with prior sexual trauma. *Journal of sex & marital therapy*, 16(3), 142-146.

- McNulty, J. K., Wenner, C. A., & Fisher, T. D. (2016). “Longitudinal Associations Among Relationship Satisfaction, Sexual Satisfaction, And Frequency Of Sex in Early Marriage”. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 85-97.
- Meydan, A. G. & Lahav, Y. (2020). Sexual Dysfunction and Distress Among Childhood Sexual Abuse Survivors: The Role of Post-Traumatic Stress Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11) 2267–2278.
- Mohammadi, M. R., Ghanizadeh, A., Rahgozar, M., Noorbala, A. A., Davidian, H., Afzali, H. M., et al. (2004). “Prevalence Of Obsessive–Compulsive Disorder in Iran”. *BMC Psychiatry*; 14, 4:2.
- Moreso, N. V., Hernández-Martínez, C., Val, V. A., & Sans, J. C. (2013). “Socio-Demographic and Psychopathological Risk Factors in Obsessive-Compulsive Disorder: Epidemiologic Study of School Population”. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(2), 118–126.
- Morris, B. J., & Krieger, J. N. (2013). “Does Male Circumcision Affect Sexual Function, Sensitivity, Or Satisfaction? — A Systematic Review”. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2644- 2657.
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual Abuse in Childhood and Sexual Dysfunction in Adulthood: An Australian Population-Based Study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(5), 517–526.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M. et al. (2000). “A Family Study Of Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*”. 2000;57(4):358-363.
- (NTCSN). (2000). “Complex Trauma”. Alındığı Site: <http://www.nctsn.org/trauma-types/complex-trauma>
- O'Driscoll, C., & Flanagan, E. (2016). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 351-367.
- Ou, W., Li, Z., Zheng, Q., Chen, W., Liu, J., Liu, B. ve Zhang, Y. (2021) Association Between Childhood Maltreatment and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Front. Psychiatry* 11:612586.

- Öksüz, E. ve Malhan, S. (2006). Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in Turkish Women. *The Journal of Urology*, 175(2), 654–658. doi:10.1016/s0022-5347(05)00149-7
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2015). “*Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*”. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 364-379.
- Pauls, D. L., Alsobrook, J.P., Goodman, W., Rasmussen, S. & Leckman, J. F. (1995). “A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder”. *Arch.Gen.Psychiatry*. 152(1). 76-84.
- Perry, Roy, & Simon (2004). “Gross Overall Psychological Trauma in Relationship to Axes I And Axes II And Overall Functioning”. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12(2), 252-278.
- Piers, C. (1996). “A Return to the Source: Rereading Freud in The Midst Of Contemporary Trauma Theory”. *Psychotherapy*, 33(4), 539.
- Pozza, A., Veale, D., Marazziti, D., Delgadillo, J., Albert, U., Grassi, G., ... & Dèttore, D. (2020). Sexual dysfunction and satisfaction in obsessive compulsive disorder: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9, 1-13.
- Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2020). Sexual Dysfunction in Women With A History Of Childhood Sexual Abuse: The Role Of Sexual Shame. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(3), 291–299.
- Raisi, F., Ghassemzadeh, H., Meysami A., Firoozikhojastefar R., Karamghadiri N., Sorayani M., et al., (2015) Sexual Dysfunction in Obsessive-Compulsive Disorder. *Tehran University Medical Journal*, 73(2), 101-109.
- Real, E., Montejo, A., Alonso P. & Menchon J. M. (2013). Sexuality And Obsessive-Compulsive Disorder: The Hidden Affair. *Neuropsychiatry*, 3(1), 23–31.
- Rosen, R. & Leiblum S. (1995). “Treatment of Sexual Disorders in The 1990’s: An Integrated Approach”. *J Consult Clin Psychology*, 63:877–890.
- Quinodoz, J. M. (2004). “*Reading Freud*”. London & New York: Routledge Taylor & Francis Group.

- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). "The Epidemiology And Clinical Features Of Obsessive Compulsive Disorder". *Psychiatr Clin North Am.* 15(4):743-758.
- Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal And Family Functioning Of Female Survivors Of Childhood Sexual Abuse. *Clinical Psychology Review*, 21, 471-490.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz, P. (2016). "Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri". Bozkurt A, (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 418-424
- Schmittebecher, P. P. (2013). "The Management Of Trauma in Childhood And Adolescence". *European Journal Of Pediatric Surgery*, 23(06), 425-426
- Semiz U. B., Inanc L. ve Bezgin C. H. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 49: 1287-96.
- Shifren J. L., Monz B. U., Russo P. A., Segreti A. & Johannes C. B. (2008). "Sexual Problems And Distress in United States Women: Prevalence And Correlates". *Obstet Gynecol.* 112(5):970-978.
- Sorensen, M. D., Wessells, H., Rivara, F. P., Zonies, D. H., Jurkovich, G. J., Wang, J., & MacKenzie, E. J. (2008). Prevalence and predictors of sexual dysfunction 12 months after major trauma: a national study. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 65(5), 1045-1053.
- Staples, J., Rellini, A. H., & Roberts, S. P. (2011). Avoiding Experiences: Sexual Dysfunction in Women with a History of Sexual Abuse in Childhood and Adolescence. *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 341-350.
- Stein, D. J. (2002). "Obsessive-Compulsive Disorder". *The Lancet*, 360(9330), 397-405.
- Stuart, F., Hammond, D. & Pett, M. (1987). "Inhibited Sexual Desire in Women". *Arch Sex Behav*, 16:91-106.
- Tek, C. ve Uluğ, B. (2001). "Religiosity and Religious Obsessions in Obsessive-Compulsive Disorder". *Psychiatry Res.* 104(2):99-108.

- The National Institute of Mental Health (NIMH). (2016). “*Obsessive-Compulsive Disorder*”. Bethesda: MD.
- Thomsen, P. H. (1993). Obsessive–Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Selfreported Obsessive–Compulsive Behaviour in Pupils in Denmark. *Acta Psychiatr Scand*; 88:212–7
- Tobin, M. (2016). “Changing Minds: *Discussions in Neuroscience, Psychology And Education*”.
- Trudel G., Boulos, L. & Matte, B. (1993). “Dyadic adjustment in couples with hypoactive sexual desire”. *J Sex Edu Ther*;19:31–26
- Tukel, R., Polat, A., Özdemir, O., Aksüt, D. ve Türksoy, N. (2002). “Comorbid Conditions in Obsessive-Compulsive Disorder”. *Compr Psychiatry*. ;43(3):204-209.
- Tutte (2004). “The Concept of Psychological Trauma: A Bridge in Interdisciplinary Space”. *International Journal of Psycho-Analysis*, 85(4), 897-921
- Tyler, S., Allison, K., & Winsler, A. (2006). “Child Neglect: Developmental Consequences, Intervention, And Policy Implications”. *Child & Youth Care Forum*, 35(1),1-20.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Waller J. L., Addy, C. L., McKeown, R. E., Jackson, K. L., et al. (1996). Incidence of Obsessive–Compulsive Disorder in A Community Sample Of Young Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 898–906.
- Van Der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). “Dissociation, Somatization, And Affect Dysregulation: The Complexity Of Adaption To Trauma”. *The American Journal Of Psychiatry*.
- Van der Kolk, B. A. (2003). “The Neurobiology Of Childhood Trauma And Abuse”. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 12, 293-317
- Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A, T. & Boomsma, D. I. (2005). “Twin Studies On Obsessive-Compulsive Disorder: A Review”. *Twin Res Hum Genet*. 8(5). 450-8.

Veltkamp, L. J., & Miller, T. W. (1994). “*Clinical Handbook Of Child Abuse And Neglect*”. Madison, CI: International Universities Press, Inc.

Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da Violência 2015: Homicídio De Mulheres No Brasil*. Brasília: FLACSO.

World Health Organization. (2010). “Child Maltreatment”. Alındığı Site: http://www.who.int/topics/child_abuse/en/.

Zohar, A. H. & Bruno, R. (1997). Normative and Pathological Obsessive–Compulsive Behavior and Ideation in Childhood: A Question of Timing. *J Child Psychol Psychiatry*; 38:993–9.



EKLER

EK 1

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ (CTQ-33)

Her durum için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1)Yeterli yemeğim olurdu.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6) Üst baş açısından bakımsızdım.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7) Sevildiğimi hissediyordum.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11) Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

12) Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14) Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

16) Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

18) Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

19) Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

25) Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

29) Ailemdelikler yaşıtırlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

30) Ailemdelikler her şeyime karıştırdı.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

32) Ailemdelikler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

33) Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırdı.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

EK 2

PADUA ENVANTERİ

Aşağıdaki ifadeler hemen herkesin günlük yaşamında karşılaştığı düşünce ve davranışları tanımlamaktadır. Lütfen her bir ifade için size en uygun görünen ve bu tür davranış ya da düşüncelerin oluşturabileceği rahatsızlık derecesine en uygun olan tek bir seçeneği işaretleyiniz.

		<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Çok</i>	<i>Epeyce Çok</i>	<i>Aşırı</i>
1	Paraya dokunduğumda ellerimi kirlenmiş hissedirim	0	1	2	3	4
2	Vücut salgıları ile (ter, tükürük, idrar, vb. gibi) Hafif bir temasla bile giysilerim kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
3	Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
4	Çöpe veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
5	Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
6	Bulaşıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
7	Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.	0	1	2	3	4
8	Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kapтымını düşünerek derhal yıkanır veya temizlenirim	0	1	2	3	4
9	Bir şeye dokunduğumda "mikrop kapтымını" düşünerek, derhal yıkanır veya temizlenirim.	0	1	2	3	4
10	Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirli hisseder ve derhal yıkanmam veya üstümdeki giysileri değiştirmem gerekir.	0	1	2	3	4
11	Kaygılar ve üzüntüler aklıma geldiğinde, onlar hakkında güvenebildiğim birisiyle konuşmadan rahat edemem.	0	1	2	3	4
12	Konuşurken aynı şeyleri veya aynı cümleleri birkaç kez tekrarlama ihtiyacı duyarım.	0	1	2	3	4

13	İnsanların söyledikleri ilk seferinde anladığım halde birkaç kez tekrar ettirme ihtiyacı duyarım.	0	1	2	3	4
14	Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissederim.	0	1	2	3	4
15	Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.	0	1	2	3	4
16	Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
17	Belirli sayıları nedensiz yere tekrarlama zorunluluğu hissederim.	0	1	2	3	4
18	Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
19	Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.	0	1	2	3	4
20	Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21	Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek uğruna eve geri dönerim.	0	1	2	3	4

		<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Çok</i>	<i>Epeyce Çok</i>	<i>Aşırı</i>
22	Doğru bir şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim.	0	1	2	3	4
23	Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak söndüğünden emin olana kadar geri dönüp bakarım.	0	1	2	3	4
24	Elime para aldığım zaman, üst üste birkaç kez sayarım.	0	1	2	3	4
25	Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim.	0	1	2	3	4
26	Önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum.	0	1	2	3	4
27	Gerçekte bir şeyi yaptığımı bildiğim halde, bazen bundan emin olamam.	0	1	2	3	4
28	Özellikle benimle ilgili önemli konular konuşulurken, bir şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4

29	Bir şeyleri özenli bir şekilde yapsam bile, hala yaptığım işi kötü yaptığım veya eksik bıraktığım izlenimini içimde taşıyorum.	0	1	2	3	4
30	Belirli şeyleri gerektiğinden daha fazla yapmaya devam ettiğim için, bazen geç kalırım.	0	1	2	3	4
31	Yaptığım şeylerin pek çoğuna ilişkin kaygılar ve problemler üretirim.	0	1	2	3	4
32	Belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara takılıp kalırım.	0	1	2	3	4
33	Kendi isteğim dışında, hoş gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
34	Müstehcen veya kötü kelimeler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
35	Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum	0	1	2	3	4
36	Dalgınlığının veya yaptığım küçük hataların felaket sonuçlar doğuracağını düşünürüm.	0	1	2	3	4
37	Birilerine bilmeden zarar verebileceğime ilişkin uzun süre düşünür veya kaygılanırım.	0	1	2	3	4
38	Ne zaman bir felaket haberi duysam, bir şekilde benim hatam olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
39	Bazen kendime zarar verdiğim veya bazı hastalıklarımın olduğuna ilişkin uzun süre sebepsiz yere kaygılanırım.	0	1	2	3	4
40	Bazen hiç nedeni yokken nesnelere saymaya başlarım.	0	1	2	3	4
41	Önemsiz sayıları tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
42	Bir şey okuduğum sırada, en azından iki veya üç defa, önemli bir şeyleri kaçırdığım kaygısıyla geri dönmek ve pasajı yeniden okumak zorunda olduğum izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4
43	Önemsiz şeyleri bütünüyle hatırlayabilmek uğruna kaygılanır ve onları unutmamak için çabalarım.	0	1	2	3	4
44	Bir düşünce veya şüphe aklıma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle gözden geçirmem gerekir ve bu şekilde yapana kadar rahat edemem.	0	1	2	3	4

		0	1	2	3	4
45	Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım.	0	1	2	3	4
		<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Çok</i>	<i>Epeyce Çok</i>	<i>Aşırı</i>
46	Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aşağıya baktığım zaman, kendimi boşluğa bırakacakmış gibi hissederim.	0	1	2	3	4
47	Yaklaşan bir tren gördüğüm zaman, bazen kendimi onun altına atabileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
48	Bazı zamanlar içimden kalabalığın içinde soyunmak gelir.	0	1	2	3	4
49	Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar.	0	1	2	3	4
50	Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve şiddet içeren düşüncelere sürükler.	0	1	2	3	4
51	Bıçakların, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
52	Bazen içimde gerçekten aptalca ve yapmak istemediğim şeyleri bana yaptıran bir şey olduğunu hissediyorum.	0	1	2	3	4
53	Bazen sebepsiz yere bir şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyacı hissederim.	0	1	2	3	4
54	Bazen içimden bir his hiçbir işime yaramadığı halde, başka insanların eşyalarını çalmaya zorlar.	0	1	2	3	4
55	Bazen neredeyse karşı konulmaz bir biçimde süper marketten bir şeyler çalmak içimden geçer.	0	1	2	3	4
56	Bazen savunmasız çocuklara veya hayvanlara aniden zarar verecekmişim gibi gelir.	0	1	2	3	4
57	Belirli hareketleri yapmam veya özel bir şekilde yürümem gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
58	Belirli durumlarda, sonrasında rahatsız olacağımı bildiğim halde aşırı yeme isteği duyarım.	0	1	2	3	4

59	Bir intihar veya bir cinayet haberi duyduğumda, uzun bir süre boyunca üzülürüm ve bu olay üzerinde düşünmekten bir türlü kendimi alamam.	0	1	2	3	4
60	Mikroplar ve hastalıklara ilişkin gereksiz kaygılar üretirim	0	1	2	3	4



EK 3

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) – KADIN FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazmınız tatmin edici midir ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

EK 4

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) – ERKEK FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalırsınız?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

EK 5

ETİK KURUL KARARI



Istanbul
Zaim
Universitesi

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.01.04-2300002131
Konu : Şeyma Boydak Timar Etik Kurul
Kararı

22.08.2023

Sayın Şeyma Boydak Timar
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

"Çocukluk Çağı Travmalarının Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Cinsel İşlev Bozukluğu Üzerindeki Etkileri" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 07.07.2023 tarihli ve 2023/06 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: 31-Şeyma Boydak Timar Etik Onay Belgesi

EK 6

ETİK ONAY BELGESİ

BELGE TARİHİ: 18.08.2023 BELGE SAYISI: 230000856



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

Tarih	07.07.2023
Sayı	2023/06
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	<i>Çocukluk Çağı Travmalarının Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Cinsel İşlev Bozukluğu Üzerindeki Etkileri</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Şeyma BOYDAK TİMAR
Danışman Adı Soyadı	Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)
Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTCU
Üye

(Katıldı)
Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi

Zeyneb Funda TEZ KURTULUŞ

ÖZGEÇMİŞ

Şeyma Boydak

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji, 2024, İstanbul

Yüksek Lisans: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik, 2019, Eskişehir

Lisans: Giresun Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik, 2014, Giresun

Erasmus Öğrenci Değişim Programı: Hogeschool Gent , 2021, Gent

B. PSİKOTERAPİ EĞİTİMLERİ

Davranış Bilimleri Enstitüsü- EMDR Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisi

İstanbul Psikodrama Enstitüsü İstanbul Uluslararası Zerka Moreno Enstitüsü Psikodrama

İstanbul Psikodrama Enstitüsü Çocuk Psikodraması

Psikoterapi Enstitüsü- Bütüncül Psikoterapi Teorik Eğitim

Psikoterapi Enstitüsü- Bütüncül Psikoterapi Vaka Formülasyon

Psikoterapi Enstitüsü- Bütüncül Psikoterapi Süpervizyon

Psikoterapi Enstitüsü- Bütüncül Oyun Terapisi

Duygu Odaklı Çift Terapisi

Otto Kernberg- Aktarım Odaklı Psikoterapi

Timur Harzadın- Bütüncül Psikoterapi

Timur Harzadın- Aktarım Odaklı Terapi

Timur Harzadın- Kayıp ve Yas Terapisi

Salman Akhtar- Psikanalitik Katkıları

C. MESLEKİ DENEYİM

2023-2024 Şeyma Boydak Psikolojik Danışmanlık Merkezi- Psikoterapist

2019-2023 Kadıköy Bilim ve Sanat Merkezi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik

2018-2019 Mimar Sinan İşitme Engelliler Ortaokulu Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik

2014-2018 Mehmet Tuza Pakpen Mtal Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik

