

**T.C.
IŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

Merve Umay CANDAŞ DEMİR

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLİŞKİSİNDE
MENTALİZASYON VE İNTEROSEPSİYONUN
ARACILIK ETKİSİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Buket ÜNVER**

İSTANBUL, Aralık 2025

**T.C.
IŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**Merve Umay CANDAŞ DEMİR
(21PSKO9009)**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLİŞKİSİNDE
MENTALİZASYON VE İNTEROSEPSİYONUN
ARACILIK ETKİSİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Buket ÜNVER**

İSTANBUL, Aralık 2025

T.C.
IŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

Merve Umay CANDAŞ DEMİR
(21PSKO9009)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLİŞKİSİNDE
MENTALİZASYON VE İNTEROSEPSİYONUN
ARACILIK ETKİSİ

Tezin Savunulduğu Tarih: 15.12.2025

Tez Danışmanı :Dr. Öğr. Üyesi Buket ÜNVER/Işık Üniversitesi

Diğer Jüri Üyeleri :

Doç. Dr. Berna AKÇINAR YAYLA/Işık Üniversitesi

Doç. Dr. Kuntay ARCAN/Maltepe Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Meral BOZDEMİR/Maltepe Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KÜÇÜK/Işık Üniversitesi

İSTANBUL, Aralık 2025

ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLİŞKİSİNDE MENTALİZASYON VE İNTEROSEPSİYONUN ARACILIK ETKİSİ

Obsesif Kompulsif Bozukluk, dünya genelinde nüfusun %1 ila %3'ünü etkileyen ve kadınlarda erkeklerden daha sık görülen psikiyatrik bir bozukluktur (Brock vd. 2024; Fawcett vd., 2020; Ruscio vd., 2010). Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının olması hastalığın daha kötü seyri ile ilişkilendirilmiş, psikoterapide travmaları ele almanın önemli olabileceği vurgulanmıştır (Kessler vd., 2010; Kyrios vd. 2018). Literatür, beden psikolojik iyi oluş için önemini, travma alanındaki rolünü ve psikoterapilerde bir güvenlik üssü olarak kullanımına yönelik müdahalelerde kaynak olarak kullanılmasını vurgulamaktadır (Ogden vd., 2006; van der Kolk, 1994). Mentalizasyon ve interosepsiyon ilişkisinde ise literatür kısıtlı olmakla beraber kişinin kendi içsel durumlarına ilişkin anlayışının başkalarının içsel durumlarını anlamaya yardımcı olabileceği belirtilmektedir. Bu çerçevede interosepsiyon ile mentalizasyon arasındaki mekanizmaların aydınlatılmasının, interosepsiyonu destekleyerek mentalizasyonu geliştirmek amaçlı uygulamalara katkı sağlayabileceği vurgulanmıştır (Ondobaka vd., 2017). Bu çalışmada klinik örneklem ve kontrol grubunda çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif bozukluk semptomları ile olan ilişkisinde mentalizasyonun ve interosepsiyonun seri çoklu aracı değişken rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Mayıs 2024-Mayıs 2025 tarihleri arasında NP Feneryolu Tıp Merkezi Psikiyatri Polikliniğine ayaktan tedavi görmekte olan OKB tanısı alan 66 yetişkin hasta ve aynı tarihler içerisinde herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 62 birey araştırmaya dahil

edilmiştir. Demografik Bilgi Formu, İçsel Algılayıcı Farkındalığın Çok Boyutlu Değerlendirmesi Ölçeği II, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Zihinselleştirme Ölçeği, Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği, Akut Stres Belirti Ölçeği-Yetişkin veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS v.21 istatistik analiz programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Yapılan analizler sonucunda hem obsesif kompulsif bozukluk grubunda hem de kontrol grubunda çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkide interosepsiyonun ve mentalizasyonun seri çoklu aracılık rolü anlamlı bulunmamıştır. Buna karşın, modele kontrol değişkeni olarak eklenen akut stres belirtileri, OKB grubunda OKB semptomlarının güçlü bir yordayıcısı olarak ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda akut stresin kontrol grubunda hem mentalizasyon kapasitesini azalttığı hem de OKB belirtilerini anlamlı biçimde artırdığı saptanmıştır. İleride yürütülecek araştırmalar için daha geniş örneklerle çalışılması, interosepsiyon ve mentalizasyonun etkisinin daha net görülebileceği boylamsal çalışmaların gerçekleştirilmesi, interosepsiyonun farklı boyutlarının da ölçülmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Travmaları, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Mentalizasyon, İnterosepsiyon, Polivagal Teori

ABSTRACT

THE MEDIATING ROLE OF MENTALIZATION AND INTEROCEPTION IN THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA AND OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Obsessive-Compulsive Disorder is a psychiatric disorder affecting approximately 1% to 3% of the global population and is more prevalent among women than men (Brock et al., 2024; Fawcett et al., 2020; Ruscio et al., 2010). The presence of childhood traumas in individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder has been associated with a more severe course of the disorder, emphasizing the importance of addressing traumatic experiences within psychotherapy (Kessler et al., 2010; Kyrios et al., 2018). The literature highlights the significance of the body in psychological well-being, its role in trauma, and its use as a resource and a secure base in psychotherapeutic interventions (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 1994). Although research on the relationship between mentalization and interoception is limited, it has been suggested that understanding one's own internal states may facilitate the ability to comprehend the internal states of others. Within this framework, elucidating the mechanisms between interoception and mentalization may contribute to interventions aiming to enhance mentalization by supporting interoceptive awareness (Ondobaka et al., 2017).

The present study aimed to investigate the serial multiple mediation role of mentalization and interoception in the relationship between childhood traumas and obsessive-compulsive disorder symptoms in a clinical sample and a control group. Between May 2024 and May 2025, 66 adult outpatients diagnosed with obsessive-compulsive disorder at NP Feneryolu Medical Center, Department of Psychiatry, and 62 individuals without any psychiatric diagnosis during the same period were included in the study. The data collection instruments comprised the Demographic Information Form, Multidimensional

Assessment of Interoceptive Awareness Scale-II, Childhood Trauma Questionnaire, Mentalization Questionnaire, Dimensional Obsessive-Compulsive Scale, and Acute Stress Symptoms Scale–Adult. The collected data were analyzed using the SPSS v.21 statistical software package.

The analyses revealed that the serial multiple mediation roles of interoception and mentalization in the relationship between childhood traumas and obsessive-compulsive disorder symptoms were not statistically significant in either the obsessive-compulsive disorder or the control group. However, acute stress symptoms—one of the controlled variables in the model—emerged as a strong predictor of obsessive-compulsive disorder symptoms within the obsessive-compulsive disorder group. Furthermore, in the control group, acute stress was found to significantly reduce mentalization capacity and increase obsessive-compulsive disorder symptoms. Future research should consider larger samples, conduct longitudinal studies to better capture the effects of interoception and mentalization, and assess the distinct dimensions of interoception more comprehensively.

Keywords: Childhood Trauma, Obsessive-Compulsive Disorder, Mentalization, Interoception, Polyvagal Theory

TEŞEKKÜR

Bu tez, uzun bir akademik yolculuğun son durağını simgeliyor. Bu süreçte karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmemde yanımda olan herkese teşekkür etmek isterim. İlk olarak tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Buket ÜNVER'e, tez izleme komitemde yer alan Doç. Dr. Berna AKÇINAR'a, Doç. Dr. Kuntay ARCAN'a, savunma jürimde yer alan Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KÜÇÜK'e ve Dr. Öğr. Üyesi Meral BOZDEMİR'e saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışmamda bana cesaret veren NP Beyin Hastanesi psikiyatri koordinatörü Dr. Öğr. Üyesi Semra BARIPOĞLU'na, verilerimi toplama aşamasında desteğini gün gün hissettiren Dr. Cengiz DEMİRSOY ve Doç. Dr. Oğuz TAN'a, tezi yazım sürecinde anlayışı ile alan açan Dr. Psk. Yıldız BURKOVİK'e sonsuz teşekkürler.

Doktora yolculuğuna beraber çıktığımız, her zaman ulaşılabilir olan ve tez sürecinde de bana güç veren değerli arkadaşlarım Yunus İÇER, Can HASATEŐ'e gönülden teşekkürler.

Son olarak ailem Figen CANDAAŐ ve Hakan CANDAAŐ'a, süreç boyu her türlü dalgalanmaları karşılayan, bir dalgakıran görevi üstlenerek güvenli liman olan değerli eşim Emre DEMİR'e sonsuz teşekkürler.

Merve Umay CANDAAŐ DEMİR

İTHAF

Kızıma...

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ONAY SAYFASI.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR	vi
İTHAF	vii
İÇİNDEKİLER	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
BÖLÜM 1.....	1
1. GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	6
BÖLÜM 2.....	8
2. LİTERATÜR.....	8
2.1 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	8
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	8
2.1.2. Epidemiyoloji.....	12
2.1.3. Etiyoloji	13
2.1.4. Tanı Kriterleri ve Alt Tipleri	14
2.1.5. Tedavi ve Prognoz	17
2.2. TRAVMA.....	22
2.2.1. Tanım	22

2.2.2.	Çocukluk Çağı Travmaları	24
2.2.3.	Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri	26
2.2.3.1.	Fiziksel İstismar	26
2.2.3.2.	Fiziksel İhmal	28
2.2.3.3.	Cinsel İstismar	28
2.2.3.4.	Duygusal İstismar	29
2.2.3.5.	Duygusal İhmal	30
2.2.3.6.	Aşırı Koruma ve Kontrol	30
2.3.	ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	31
2.4.	MENTALİZASYON VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	34
2.5.	MENTALİZASYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	37
2.6.	İTEROSEPSİYON	39
2.6.1.	İnterosepsiyonda 3'lü Model	42
2.6.2.	İnteroseptif Doğruluk (Interoceptive Accuracy)	42
2.6.3.	İnteroseptif Duyarlılık (Interoceptive Sensibility)	43
2.6.4.	İnteroseptif Farkındalık (Interoceptive Awareness)	44
2.6.5.	İnterosepsiyon ve Polivagal Teori	44
2.7.	İTEROSEPSİYON VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	45
2.8.	İTEROSEPSİYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	48
2.9.	İTEROSEPSİYON TEMELLİ MÜDAHALELER	50
2.10.	MENTALİZASYON VE İTEROSEPSİYON	52
BÖLÜM 3	55
3.	YÖNTEM	55
3.1.	ÖRNEKLEM	55
3.2.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	56
3.2.1.	Tıbbi ve Demografik Bilgi Formu	56
3.2.2.	İçsel Algılayıcı Farkındalığın Çok Boyutlu	

Değerlendirmesi Ölçeği-II (İAFÇBDÖ-II).....	57
3.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 (ÇTÖ-33)	57
3.2.4. Zihinselleştirme Ölçeği (ZÖ).....	58
3.2.5. Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (BOKÖ) ..	58
3.2.6. Akut Stres Belirti Ölçeği-Yetişkin (ASBÖ-Y)	59
3.3. İŞLEM YOLU	59
3.4. VERİLERİN ANALIZI.....	60
BÖLÜM 4.....	65
4. BULGULAR	65
4.1. BETİMSEL ANALİZLER.....	65
4.1.1. OKB ve Kontrol Grubunun Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	65
4.1.2 OKB ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Travmaları, İntrosepsiyon, Mentalizasyon, OKB ve Akut Stres Belirtileri Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	67
4.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları, İntrosepsiyon, Mentalizasyon, OKB ve Akut Stres Belirtisi Düzeyleri Arasındaki İlişkiler	70
4.1.3.1. OKB Grubu	70
4.1.3.2. Kontrol Grubu	71
4.1.4. Çocukluk Çağı Travmaları ile OKB Arasındaki İlişkide İntrosepsiyon ve Mentalizasyonun Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi	72
4.1.4.1. OKB Grubuna Ait Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi	72
4.1.4.2. Kontrol Grubuna Ait Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi	76
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
KAYNAKLAR	110
EKLER.....	163
ÖZGEÇMİŞ.....	175

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Araştırma kapsamında sınanacak olan seri çoklu aracı değişken analizi modeli (Hayes Model 6).....	7
Şekil 4.1 OKB hastalarının çocukluk çağı travma düzeyleri (X) ile obsesyon-kompulsiyon belirti düzeyleri (Y) arasındaki ilişkide interosepsiyonun (M1) ve mentalizasyonun (M2) seri çoklu aracı rolüne ilişkin modeli (Hayes, Model 6).....	74
Şekil 4.2 Kontrol Grubunun çocukluk çağı travma düzeyleri (X) ile obsesyon-kompulsiyon belirti düzeyleri (Y) arasındaki ilişkide interosepsiyonun (M1) ve mentalizasyonun (M2) seri çoklu aracı rolüne ilişkin modeli (Hayes, Model 6).....	76

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Normal Dağılım Varsayımının Karşılanması.....	61
Tablo 4.1. OKB ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri.....	65
Tablo 4.2. OKB ve Kontrol Grubunun Yaş Ortalamaları	67
Tablo 4.3. OKB ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Travmaları, İntrosepsiyon, Mentalizasyon, OKB ve Akut Stres Belirti Düzeyleri Bağımsız Örnekleme T Testi Bulguları.....	68
Tablo 4.4. OKB Grubu için Çocukluk Çağı Travmaları, İntrosepsiyon, Mentalizasyon, OKB ve Akut Stres Belirtisi Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Analizi Bulguları.....	70
Tablo 4.5. Kontrol Grubu İçin Çocukluk Çağı Travmaları, İntrosepsiyon, Mentalizasyon, OKB ve Akut Stres Belirtisi Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Analizi Bulguları.....	71
Tablo 4.6. Akut Stres Belirtilerinin Kontrol Edildiği, OKB Grubuna Ait Çocukluk Çağı Travma Düzeyleri ile Obsesyon-Kompulsiyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişkide İntrosepsiyonun ve Mentalizasyonun Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi Bulguları.....	74
Tablo 4.7. Akut Stres Belirtilerinin Kontrol Edildiği, Kontrol Grubuna Ait Çocukluk Çağı Travma Düzeyleri ile Obsesyon-Kompulsiyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişkide İntrosepsiyonun ve Mentalizasyonun Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi Bulguları.....	77

KISALTMALAR LİSTESİ

ACE: Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri Çalışması

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

ASBÖ-Y: Akut Stres Belirti Ölçeği-Yetişkin

BOKÖ: Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği

ÇÇT: Çocukluk Çağı Travmaları

ÇTÖ-33: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

EMDR: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme

HPA: Hipotalamus Hipofiz Adrenal

İAFCBD-II: İçsel Algılayıcı Farkındalığın Çok Boyutlu Değerlendirmesi
Ölçeği II

KSTK: Kortiko Striato Talamo Kortikal

MBTÖ: Maruz Bırakma ve Tepki Önleme

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ZÖ: Zihinselleştirme Ölçeği

BÖLÜM 1

1. GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Antik Yunan'dan günümüze beden-zihin ayrımı, Descartes'ın (2020/1637) "Düşünüyorum o halde varım." anlayışı ile öne çıkmış, daha sonra Damasio'nun (2021) "Descartes'ın Yanılgısı" eseri ile başlayan, beden-zihin beraberliğinin vurgulandığı bir noktaya doğru ilerlemiştir (Gültekin, 2022). Bu alandaki çalışmalar, bedenin psikolojik iyi oluş için önemini, travma alanındaki rolünü ve psikoterapilerde bir güvenlik üssü olarak kullanılmasını vurgulamaktadır (Ogden vd., 2006; van der Kolk, 1994).

Beden-zihin beraberliğine dair açıklamalarda ilk durak noktası MacLean (1990) tarafından ortaya atılan Üçlü Beyin Modelidir. Bu model, beyin sapı ve serebellumu içeren sürüngen beyin; amigdala, hipokampus, talamus gibi limbik yapılardan oluşan memeli beyin ve ön oksipital, parietal ve temporal lobları içeren neokorteks olarak üç beyin yapısı tanımlar. Beyin, düzenli bir biçimde daha az karmaşıktan (beyin sapı) en karmaşığa doğru (kortikal alanlar) gelişir (MacLean, 1990). Bu model günümüzde travmatik anıların sürüngen ve memeli beyinde kaydolduğuna yönelik saptamaları nedeniyle önemlidir (Cantor ve Price, 2007; van der Kolk, 1994).

Son dönem bedensel belirtileri okumaya dair önemli bir beceri olan, literatürde (görme, tatma, dokunma, işitme, koklama, vestibüler ve propriosepsiyondan sonra) 8. duyu olarak geçen interosepsiyon kavramına dair çalışmalar hızla artmaktadır (Craig, 2002; Khalsa vd., 2018; Zhou vd., 2021). İnterosepsiyon ile bedenden beyne gelen aynı şekilde beyinden de bedene giden sinyaller çeşitli patolojiler için belirleyicidir. Kalp atışı, tansiyon, kan şekerinin düşmesine fazlaca odaklanıldığında bu durum kaygı düzeyini artırabilir, ancak bunlar hiç dikkate alınmadığında da sağlık için önemli olan bedensel belirtiler

göz ardı edilebilir görüşünde olan MacCormack ve Lindquist'e (2019) göre, bedensel belirtilere aşırı yoğunlaşmak ya da tam tersi bedene dair farkındalığın olmaması aynı noktada zarar vericidir. Güncel literatür interosepsiyon ile yeme bozuklukları, depresyon, anksiyete, şizofreni, alkol kullanım bozukluğu ilişkisine dair veriler ortaya koymakta, hatta gelişimsel çerçevede bağlanma stillerini etkileyebileceğine dair hipotezler sunmaktadır (Ardizzi vd., 2016; Çöl vd., 2016; Fissler vd., 2016; Oldroyd vd., 2019; Preyde vd., 2016; Pollatos vd., 2008; Schultchen vd., 2021). Bazı çalışmalar, interosepsiyonun psikopatoloji gelişimi için genel bir risk faktörü olduğunu ve tanılarıüstü değerlendirilebileceğini iddia etmektedir (Brewer vd., 2021; Caspi vd., 2014).

Sosyal etkileşim ve güvenlik duygusunun oluşumuna ilişkin literatürde, Porges (2003) tarafından geliştirilen Polivagal Teori önemli bir kuramsal çerçeve olarak yer almaktadır. Bu teori, otonom sinir sisteminin evrimsel olarak üç katmanlı bir yapıya sahip olduğunu ve bireylerin tehdit ya da güven durumlarında farklı fizyolojik tepkiler verdiğini ileri sürmektedir. Porges (2003), bu kuramsal çerçeveden yola çıkarak, bireylerin tehlikeler karşısında yakın sosyal bağlar aracılığıyla başa çıkma stratejileri geliştirdiklerini ve bu stratejilerin sinir sisteminin ventral vagus dalı tarafından desteklendiğini belirterek Sosyal Bağlılık Sistemi'ni (Social Engagement System) ortaya koymuştur. Başka bir deyişle, Sosyal Bağlılık Sistemi, Polivagal Teori'nin güvenli sosyal etkileşim durumuna karşılık gelen bileşenidir ve bireyin sosyal etkileşim yoluyla fizyolojik olarak "güvende" hissetmesini sağlar. Bu sistemde ön plana çıkan, bedenin iç organlar ile bağını vurgulayan interosepsiyon becerilerinin bozulması ise bireyin bedeniyle olan bağlantısını zayıflatmakta ve genel sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir (Porges, 2003).

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), pek çok yönü ile erişkin psikopatoloji için risk faktörüdür (Massullo vd., 2023; McKay vd., 2021). ÇÇT'nin yetişkin beden ve ruh sağlığı üzerindeki etkileri, alandaki ilk büyük ölçekli araştırma olan Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri Çalışması (Adverse Childhood Experiences, ACE) ile ortaya konmuş ve bu çalışma önemli gelişmelerin başlangıcını oluşturmuştur (Felitti vd., 1998). Literatürde ÇÇT ve psikiyatrik

tanılarla ilgili pek çok çalışma mevcuttur (Agorastos vd., 2019; Reinhardt vd., 2020; Schmitz vd., 2023; Teicher ve Samson 2016). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının olması hastalığın daha kötü seyri ile ilişkilendirilmiş, psikoterapilerde ÇÇT'nin etkisini ele almanın önemli olabileceği vurgulanmıştır (Kessler vd., 2010; Kyrios vd. 2018). Nitekim klinik ve klinik olmayan örneklemle yapılan çalışmalarda OKB semptom şiddeti ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın yakından ilişkili olduğu görülmektedir (Boger vd., 2020; Destree vd., 2021). Araştırmalar OKB-ÇÇT ilişkisine kaçınma (Kroska vd., 2018), uyumsuz başa çıkma (Kadivari vd., 2023), ruminasyon, duygu regülasyon güçlükleri, travma sonrası stres belirtilerinin (Boger vd., 2020) aracılık etkisinin olabileceğini bildirmektedir.

Mentalizasyon, bireyin duygu, düşünce, arzu ve inanç gibi zihinsel durumlarını değerli bulma, anlama, ifade etme ve başkalarının zihin durumlarını da benzer biçimde kavrayabilme kapasitesini tanımlamaktadır (Fonagy vd., 1991). Öte yandan erken dönem travmaların etkisiyle mentalizasyon kapasitesi sağlıklı biçimde gelişmemekte ve bu durum erişkinlik döneminde çeşitli psikopatolojilerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Smits vd., 2002).

Nitekim araştırmalar mentalizasyon kapasitesinin geliştirilmesinin koruyucu bir faktör olduğunu göstermektedir (Chiesa ve Fonagy, 2014; Wagner-Skacel vd., 2022). Bu nedenle, ÇÇT ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkide mentalizasyonun aracı rolüne odaklanılması ve OKB'de tedavi hedeflerine ulaşmak için mentalizasyonun standart değerlendirmelere dahil edilmesi önerilmektedir (Sloover vd., 2022). Güncel bir çalışmada ÇÇT'nin OKB semptomları ile ilişkisinde mentalizasyonun aracı rolünün sağlıklı bir örnekleme incelendiği görülmektedir (de Rossi vd., 2024). Ancak bilinen hiçbir çalışma klinik ve sağlıklı örnekleme çocukluk çağı travmaları, mentalizasyon ve OKB arasındaki ilişkiyi incelememiştir. Bu sebeple mevcut çalışmada klinik örneklem ve kontrol grubunun karşılaştırılması amaçlanmıştır. Klinik olmayan örnekleme yapılan çalışma sonuçlarının klinik örnekleme genellenmesine dair sınırlar vardır. İlk olarak klinik OKB örnekleme, ÇÇT yaygınlığı ve semptomların yoğunluğu açısından genel popülasyondan farklılık gösterebilir

(Destré vd., 2021; Ou vd., 2021). İkinci olarak OKB tanılı bireylerle yapılan çalışmalar, tedavide mentalizasyonu değerlendirme ve mentalizasyonun geliştirilmesini hedeflemeye dair çıkarımlar sağlayabilir (Wagner-Skacel vd., 2022). Bu nedenle mentalizasyon becerilerinin rolünün doğrudan klinik örnekleme de sınanması önerilmektedir (de Rossi vd., 2024).

OKB tanılı bireyler ile yapılan çalışmalarda genellikle kompulsiyonlara bir obsesyonun yol açtığı, öte yandan da takıntılı davranışı ortaya çıkarmanın takıntılı düşünceler değil duyuşsal fenomen (sensory phenomenon) olarak adlandırılan rahatsız edici öznel deneyim olduğu belirtilmektedir (Prado vd., 2008). Duyuşsal fenomen, OKB tanılı bireylerde görülen bedensel duyular, içsel gerginlik hissi, “henüz tamam değil” yaşantısı, tamamlanmamışlık deneyimini kapsayan rahatsız edici duygular ile giden klinik bir semptomdur (Miguel vd., 2000). OKB tanılı bireylerin %70’i duyuşsal fenomen yaşamaktadır (Ferrao vd., 2012; Shavitt vd., 2014). Aynı zamanda duyuşsal temelli OKB semptomlarının interoseptif duyarlılıkla ilgili olabileceği düşünülmektedir (Eng vd., 2020). Çalışmalar, interosepsiyonun çocukluk çağı travmaları sonrası psikopatoloji oluşumunu açıklayan bir aracı değişken olabileceğini bildirmiştir (Khalsa vd. 2018; Schaan vd., 2019). Literatürde, interoseptif becerilerin birçok psikiyatrik belirtiyile ilişkili olabileceği ve klinik tanı almış bireylerde bu becerilerin bozulmuş olma olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, özellikle klinik popülasyonda interoseptif süreçlerin işleyişini inceleyen çalışmalara duyulan gereksinimin arttığı vurgulanmaktadır (Brewer vd., 2021).

Mentalizasyon ve interosepsiyonun ilişkisinde ise literatür kısıtlı olmakla beraber (Cook vd., 2013) kişinin kendi içsel durumlarına ilişkin anlayışının başkalarının içsel durumlarını anlamaya yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Shah vd., 2017). Bu çerçevede interosepsiyon ile mentalizasyon arasındaki mekanizmaların aydınlatılmasının, interosepsiyonu destekleyerek mentalizasyonu geliştirmek amaçlı uygulamalara katkı sağlayabileceği vurgulanmıştır (Ondobaka vd., 2017).

Literatür OKB için altın standart terapilerin sıklıkla Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (MBTÖ) yöntemlerinden oluştuğunu göstermektedir (Steketee vd., 1998). Üçüncü dalga terapiler olarak adlandırılan Temel Beden Farkındalığı Terapisi (Basic Body Awareness Therapy), Azaltılmış Çevresel Stimülasyon Terapisi (Reduced Environmental Stimulation Therapy), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), İnteroseptif Maruz Kalma ile Bilişsel Davranışçı Terapi (Cognitive Behavioral Therapy with Interoceptive Exposure) gibi müdahalelerin uygulandığı 31 çalışmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasında interosepsiyona dayalı müdahalelerin otizm spektrum bozukluğu, kronik ağrı, yeme bozukluğu, fibromiyalji, irritabl bağırsak sendromu, majör depresif bozukluk, madde kullanım bozukluğu tanı gruplarında kullanıldığı ve bu müdahalelerin interoseptif becerileri destekleyerek etkili olduğu belirtilmiştir (Heim vd., 2023). Ek olarak psikoterapi yaklaşımlarında, bedenin bir güvenlik üssü ve içsel kaynak olarak kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Ogden vd., 2006; van der Kolk, 1994). Bu bağlamda, bedensel farkındalığı yansıtan interosepsiyon değişkeninin incelenmesinin önemli olabileceği düşünülmektedir. Blakey ve Abramowitz (2018), bedenin güvenli bir yer olarak deneyimlenmemesinin hastaların rahatsız edici duyuları işlevsel olmayan otomatik düşünceleri destekleyici kanıt olarak kullandıklarını belirtmektedir. Bu sürecin ise bilişsel davranışçı terapilerin etkinliğini potansiyel olarak engelleyebileceği bildirmiştir. Hastaların rahatsız edici fiziksel duyular için başa çıkma mekanizması olarak interoseptif duyarlılığın alt boyutlarından olan dikkat dağıtmayı kullanma eğilimi, MBTÖ seansını başarıyla tamamlamak için gereken sıkıntıya katlanma olasılığını azaltabilir (Abramowitz vd., 2018).

Özetle çalışmanın amacı klinik örneklem ve kontrol grubunda çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif bozukluk semptomları ile olan ilişkisinde mentalizasyonun (zihinselleştirme) ve interosepsiyonun (iç algı) seri çoklu aracılık rolünü incelemektir. Psikopatoloji açısından problemin hangi yollarla oluştuğunu anlamak amacıyla seri çoklu aracılık rollerinin incelenmesinin, mentalizasyon ve interosepsiyon becerilerini destekleyecek psikoterapötik

müdahale programlarının oluşturulmasına ve önleyici ruh sağlığı çalışmaları ile halk sağlığı sorunlarının azaltılmasına katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmada 2 değişkenli seri çoklu aracı değişken analizi modeli test edilecektir. Araştırma kapsamında test edilen hipotezler aşağıda sunulmuştur.

H1a: Çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif bozukluk semptomları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır.

H1b: Çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif bozukluk semptomlarını anlamlı düzeyde yordar.

H2a: Çocukluk çağı travmaları ile interosepsiyon kapasitesi arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

H2b: Çocukluk çağı travmaları, interosepsiyon kapasitesini anlamlı düzeyde yordar.

H3a: İnterosepsiyon kapasitesi ile mentalizasyon becerileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır.

H3b: İnterosepsiyon kapasitesi, mentalizasyon becerilerini anlamlı düzeyde yordar.

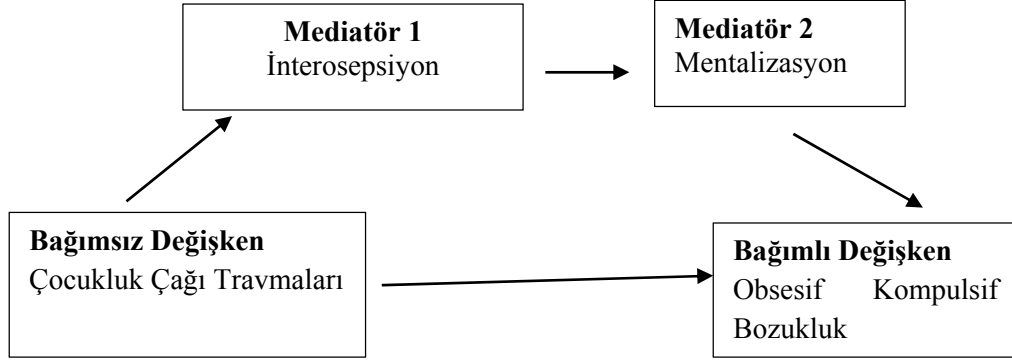
H4a: Mentalizasyon becerileri ile obsesif kompulsif bozukluk semptomları arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

H4b: Mentalizasyon becerileri, obsesif kompulsif bozukluk semptomlarını anlamlı düzeyde yordar.

H5. Mentalizasyon kapasitesi, çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif bozukluk semptomları arasındaki ilişkide aracı bir rol oynar.

H6. İnterosepsiyon becerileri, çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif bozukluk semptomları arasındaki ilişkide aracı bir rol oynar.

H7. Çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif bozukluk semptomları arasındaki ilişkide, mentalizasyon ve interosepsiyonun anlamlı seri çoklu aracılık rolü vardır.



Şekil 1. Araştırma kapsamında sınanacak olan seri çoklu aracı değişken analizi modeli (Hayes Model 6)

BÖLÜM 2

2. LİTERATÜR

2.1 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tanımıyla OKB, duygusal açıdan sıkıntıya neden olan, obsesyon ve kompulsiyonlarla ilerleyen hem sosyal hem mesleki yaşantıda işlevsellik kaybına yol açan, kişinin ve/veya çevresindekilerin yaşam kalitesini ciddi düzeyde bozan bir psikiyatrik bozukluktur. DSM-5'e (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2013) göre obsesyonlar, bireyin istemi dışında zihninde beliren, tekrarlayıcı nitelikte olan, rahatsız edici düşünce, imge ya da dürtüler olup genellikle belirgin bir anksiyete ya da sıkıntıya yol açar. "Obsesyon" terimi, Latince *obsidere* (kuşatmak) kökünden türemiştir ve bireyin bilişsel alanının bu düşünceler tarafından "kuşatılması" durumunu yansıtmaktadır. Kompulsiyonlar ise obsesyonların yol açtığı sıkıntıyı azaltmak amacıyla yinelenen davranışsal ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanır (APA, 2013). Terim, Latince *compellere* (zorlamak veya baskı altında yapmak) sözcüğünden türemiştir. Kompulsif davranışlar, kısa vadede anksiyeteyi azaltabilse de uzun vadede obsesif döngünün sürdürülmesine yol açmaktadır (Abramowitz vd., 2003).

Tekrarlayan düşünceler, dürtüler veya eylemler günlük hayatın bir parçasıdır. Birey bir kapıyı kilitletiğini ve ışığı kapattığını kontrol etmek için geri dönüp bakabilir. Bazen bir sonraki hafta için planlanan stresli olayı düşünmeyi bırakamayabilir. Kirlenme ihtimalinin düşük olduğunu bilse bile yere düşen bir kaşıkla yemek yemeyebilir. Tüm bu olaylar, düşünce ve eylemler arasındaki normal geri bildirim ve kontrol döngüsünün bir parçasıdır ve evrimsel süreçle beraber gelen biyolojik bir hayatta kalma tutumudur. Bu düşünce, dürtü ve davranışlar sık, yoğun, kaçınılmaz olduğunda, bireyin gündelik yaşam akışını

ve işlevselliğini bozduğunda OKB olarak tanımlanır (Fawcett vd., 2020).

OKB tarihçesinde erken dönem kayıtlar tıbbi literatürden çok dini kaynakları işaret etmektedir. 15. yüzyılda rahip Heinrich Kramer tarafından cadılıkla suçlanan kişileri tespit etmek için yazılan *Malleus Maleficarum* kitabında cadılık korkusu ile sürekli olarak kendilerini günahkâr hisseden bireylerin, dini ritüellere sık sık başvurduğuna dair bilgiler bulunmaktadır (Fornaro vd., 2009; Zitterl vd., 1990). 17. yüzyılda suçluluk duygusundan kaynaklanan takıntılar ve el yıkama ritüelleri Shakespeare'in ünlü eseri *Macbeth*'de görülür (Shakespeare, 1606/2015). OKB, 19. yüzyılda Esquirol tarafından "monomani" olarak tanımlanmış, daha sonra Fransız psikiyatrist Bénédict Augustin Morel tarafından 1866 yılında "délire émotif" (duygusal hezeyan) olarak adlandırılmıştır (Simpson ve Reddy, 2014). Bu dönemden itibaren uzun bir süre boyunca OKB semptomları, psikoz ve depresyona özgü olarak ele alınmış; 1878'de klinisyen Westphal, bireyin düşüncelerinin anlamsız ve mantıksız olduğunun farkında olmasını temel alarak bu durumu "mental tikler" şeklinde tanımlamıştır (Oberbeck ve Steinberg, 2015). 1900'lerin başına geldiğinde OKB literatürüne önemli katkı sağlayan Pierre Janet, hastalığın semptomlarını "psikastenî" başlığı altında ele alarak "kuşku hastalığı" adını vermiştir (Berrios, 1989; Pitman, 1987). Sigmund Freud ise, OKB'yi "obsesif nevroz" olarak tanımlamış ve bu durumu regresyon, bastırılmış cinsel veya saldırgan dürtülerle açıklamıştır (Freud, 1909/2022). Freud'un (1909/2022) bir obsesif nevroz vakası olan "Fare Adam" vakasını yayımlamasıyla obsesif ve kompulsif eylemlerin bilinçdışı çatışmalar olarak bireyin farkında olmadığı ve kontrol edemediği süreçlerin ürünü olduğu bildirilmiştir. Freud'a (1909/2022) göre, bu dürtülerle başa çıkmak için ego, entelektüelleştirme, izolasyon, yapma-bozma ve tepki oluşturma gibi savunma mekanizmalarını devreye sokar. Bu savunma mekanizmaları yetersiz kaldığında, kişi psikoseksüel gelişim döneminden pre-ödüpal aşamaya gerileyerek obsesyon ve kompulsiyon geliştirir. Freud, aynı zamanda, bu bozukluğun temelinde ambivalansın bulunduğu belirtilmiştir. Birey, bir yandan içgüdüsel dürtüler, arzular ve istekler yaşarken; öte yandan bunları engelleyen bir inhibisyon durumu içindedir. Bu iki tarafın

çatışması, OKB semptomlarına yol açmaktadır (Csigó, 2023). Freud'a göre obsesif nevrozun özü, egonun ve süperegonun kilit roller oynadığı sürekli bir içsel çatışma halidir. Sürekli bir bastırma ihtiyacı vardır, oysa gelişimsel süreçte olması gereken bastırmanın yavaş yavaş geri çekilmektedir. OKB, egonun id ile süperego arasında arabuluculuk işlevini yeterince yerine getirememesi sonucu ortaya çıkan yoğun bir içsel çatışmanın ürünüdür (Freud, 1909/2022). Freud'un ardından Ferenczi, OKB'yi açıklarken Freud'un (1909/2022) ileri sürdüğü psikoseksüel gelişim dönemlerindeki regresyon kavramı yerine, gerçeklik algısının gelişiminde meydana gelen gerilemeyi temel faktör olarak öne sürmüştür (Ferenczi, 1913/1994). Ferenczi'ye göre bireyin dış dünyayı algılama ve içsel temsilleriyle ayırt etme kapasitesi, büyüsel düşünme aşaması, yansıtılmalı aşama ve mantıksal düşünme aşaması olarak üç kademedен oluşur. Ferenczi'nin tanımladığı büyüsel düşünme, çocuğun düşüncelerinin ve arzularının dış dünyada doğrudan etkiler yaratabileceğine inandığı bilişsel bir dönemdir. Bu aşamada çocuk, içsel imgeleriyle dışsal gerçekliği birbirinden ayıramaz; düşünce ve eylem arasında nedensel bir bağ bulunduğunu varsayar. Piaget (1932) ve daha sonra Frazer (1922) gibi araştırmacılar da benzer biçimde, büyüsel düşünmenin çocuklukta görülen benmerkezci ve tümgüçlülük eğilimleriyle yakından ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. OKB'nin psikanalitik açıklamasında bu düşünme biçiminin kalıntılarının erişkinlikte sürdüğü ve obsesif bireylerin zihinsel süreçlerinde bu ilkel nedensellik anlayışının hâlâ etkin olduğu öne sürülür (Rachman, 1993). Bu aşamadan sonra gelişen yansıtılmalı aşama, çocuğun kendi zihinsel içeriklerini dış dünyaya yansıtarak anlamlandırdığı bir dönemi temsil eder. Ferenczi'ye (1913/1994) göre bu aşamada çocuk, düşüncelerinin ve algılarının dış dünyada istemsiz biçimde var olduğunu deneyimler. Bu nedenle dışsal gerçekliği sürekli kontrol etme ihtiyacı duyar; bu durum şüphecilik, kararsızlık ve sürekli doğrulama arayışı gibi özelliklerle karakterizedir. Son aşama olan mantıksal düşünme döneminde ise birey, içsel düşüncelerle dışsal gerçekliği ayırt etme kapasitesini kazanır. Bu aşama, benliğin gerçeklik ilkesiyle uyumlu işlev görmeye başlamasını ve dış dünyanın nesnel kurallarıyla düşünsel süreçler arasında sağlıklı bir sınırın

kurulmasını temsil eder (Ferenczi, 1913/1994). Ferenczi'ye göre (1913/1994) OKB'de bu gelişimsel sürecin tam olarak tamamlanamaması, bireyin büyüsel ve yansıtımlı düşünce biçimlerine kısmen takılı kalmasına yol açar. Böylece düşüncelerine aşırı anlam atfetme, kontrol ihtiyacı ve zihinsel ritüeller biçiminde kendini gösteren obsesif-kompulsif örüntüler ortaya çıkar. Bu örüntüler, bireyin gerçeklikten uzaklaşarak "büyülü düşünce" evresine regresyonunu yansıtır. Bu durum, çocuğun çevresini kontrol etme çabasıyla bağlantılıdır ve obsesif-kompulsif semptomların temelini oluşturur (Csigó, 2023). Öte yandan Ferenczi, obsesif nevrozun ikili doğasına dikkat çekerek, bilincin bir bölümünün arzunun eylemle aynı kabul edildiği çocukluk düzeyinde sabitlenmiş olduğunu, diğer bölümünün ise normal gelişim seyrini sürdürdüğünü ifade etmektedir (Gabbard, 2001; Koritar, 2022). Normal gelişim seyrini sürdüren bölüm, gerçeklik ilkesine kısmen uyum sağlasa da ilkel düşünce biçimlerinden tam olarak kurtulamaz; böylece bireyde hem mantıksal hem de büyüsel düşünme süreçleri eşzamanlı olarak varlığını sürdürür. Sonuç olarak obsesif birey, düşüncelerinin saçma olduğunun farkında olsa bile, onların potansiyel sonuçlarından kaygı duymaya devam eder (Csigó, 2023; Rachman, 1993). Bu içsel bölünme, Ferenczi'nin (1913/1994) tanımladığı gibi, nevrotik çatışmanın sürekliliğini ve kompulsif davranışların tekrarlayan doğasını açıklamaktadır. Ferenczi'nin tanımladığı bu içsel çatışma, aynı zamanda bilişsel kuramda "düşünce-eylem füzyonu" olarak adlandırılan olgunun psikanalitik bir ifadesi olarak değerlendirilmektedir (Abramowitz vd., 2003; Csigó, 2023).

1950'lere gelindiğinde davranışçı terapinin yükselişiyle birlikte, fobik bozuklukların kavramsallaştırılması ve tedavisinde yardımcı olduğu kanıtlanmış olan öğrenme teorileri OKB semptomlarına uygulandı (Fornaro vd., 2009). OKB, 1960'ların ortalarına kadar hem psikanalitik psikoterapi hem de ilaç tedavisine dirençli olarak kabul edildi. Devamında OKB semptomlarının gelişimi ve sürdürülmesi hakkında Dollard ve Miller (1950) OKB'de korku/endişe ve kaçınmanın gelişimini ve sürdürülmesini açıklamak için Mowrer (1960)'ın iki aşamalı teorisini benimsedi. Bu teoriye göre nötr bir uyarının (koşullu uyarın) doğası gereği acı/sıkıntıya neden olan bir olayla

(koşulsuz uyarı) tekrar tekrar birlikte eşleştiginde korkuya neden olmaktadır. Koşullu uyarı, bir düşünce gibi zihinsel bir olay ve/veya banyo veya çöp kutuları gibi fiziksel bir nesne olabilir. Koşullu uyarıya karşı korku/endişe/sıkıntı geliştikten sonra, kaygıyı azaltmak için kaçma veya kaçınma davranışları görülür. OKB'de, davranışsal kaçınma ve kaçış, tekrarlayan zorlantılar veya ritüeller şeklini alır. Diğer kaçınma davranışları gibi, zorlantılar da sıkıntıyı azalttıkları için sürdürülür (Dollard ve Miller, 1950; Mowrer, 1960). Ancak devam eden yıllarda bilişsel model ön plana çıkarak OKB'nin hatalı bilişlerle karakterize yapısına dair açıklamalar davranışçı açıklamaların yerini almıştır. Buna göre OKB tanılı bireyler görece güvenli durumlara yüksek düzeyde bir tehlike atfederler ve başlarına gelebilecek kötü olayların ciddiyetini gerçeklikten uzak değerlendirme eğiliminde olurlar (Rothbaum ve Shahar, 2000).

2.1.2. Epidemiyoloji

Genel nüfusun yaklaşık %50'sinde belirli düzeyde ritüelleştirilmiş davranışlar, %80'inde ise müdahaleci, hoş olmayan ya da istenmeyen düşünceler görülmektedir; ancak bu durumların tümü OKB ile ilişkili değildir (Salkovskis ve Harrison, 1984). OKB, dünya genelinde nüfusun yaklaşık %1 ila %3'ünü etkileyen ve kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur (Brock vd., 2024). Yapılan meta-analizlerde, kadınların OKB yaşama olasılığının erkeklerden yaklaşık 1,6 kat daha yüksek olduğu; yaşam boyu yaygınlık oranlarının ise kadınlarda %1,5, erkeklerde ise %1,0 düzeyinde olduğu bildirilmiştir (Fawcett vd., 2020). Bununla birlikte, hafif düzeyde seyreden olgularda klinik başvuruların sınırlı olması nedeniyle OKB'nin gerçek yaygınlığının tam olarak saptanamadığı belirtilmektedir (Fawcett vd., 2020; Ruscio vd., 2010). Ayrıca, peripartum ve postpartum dönemler, kadınlar için OKB açısından artan risk dönemleri olarak tanımlanmaktadır (Fairbrother vd., 2021).

OKB'nin başlangıç yaşı genellikle 22-35 yaş aralığında bildirilmekle beraber, OKB'den muzdarip bireyler doğru tanı ve tedavi için ortalama 17 yıl kadar beklemektedirler (Angst vd., 2005; Jenike, 2004). Ayrıca OKB'si olan bireylerin %69'unda yaşam boyu duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları veya nörogelişimsel bozukluklar gibi psikiyatrik komorbiditelerin mevcut olduğunu bilinmektedir (Sharma vd., 2021).

2.1.3. Etiyoloji

OKB'nin etiyojisinde genetik, nörobiyolojik, psikolojik ve sosyal pek çok faktörün rol oynadığı kabul edilmektedir (Calamari vd., 2012). Son yıllarda yapılan çalışmalarda, OKB'nin etiyojisinin hâlâ tam olarak aydınlatılmadığı; ancak bu bağlamda kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) devrelerini temel alan nörobiyolojik teorilerin, korku edinimi ve söndürülmesini vurgulayan öğrenme temelli teorilerin ve hatalı inançların oluşumunu açıklayan bilişsel teorilerin öne çıktığı belirtilmektedir (Jalal vd., 2023).

Nörogörüntüleme çalışmaları, OKB'de orbitofrontal korteks, ön singulat korteks, kaudat çekirdek, amigdala, akumbens çekirdeği, talamik çekirdekler, beyaz cevher ve hipokampus gibi bölgelerde ince yapısal ve işlevsel anormallikler bulunduğunu göstermektedir (Schiepek vd., 2007; Yuste, 2015). Özellikle orbitofrontal korteks, striatum ve ön singulat korteksi içeren, "duygusal devre" olarak da tanımlanan KSTK sisteminin işlev bozuklukları, OKB'nin nörobiyolojik temelleri açısından odak noktasıdır (Graybiel ve Rauch, 2000). Bu sistem prosedürel öğrenme, alışkanlık kazanımı, uygun davranış seçimi ve başlatılması ile davranışın durdurulması ve dürtü kontrolü gibi işlevlerden sorumludur (Baxter vd., 1996; Fineberg vd., 2018). KSTK döngüsünün OKB semptomları üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada, OKB tanılı bireylerin kontrol grubuna kıyasla sol subtalamik çekirdek ile sol dış globus pallidus arasında artmış aktivasyon gösterdiği bildirilmiştir (Calzà vd., 2019). Ayrıca, nörobiyolojik açıdan yapılan incelemelerde OKB tanılı bireylerin bazal gangliyonlarında dopamin düzeylerinin artmış olduğu saptanmıştır (Grant vd., 2021).

Genetik faktörlerde ise ikiz çalışmalarında yaklaşık %48 oranında genetik aktarım söz konusudur (Goodman vd., 2021). Aile çalışmaları birinci dereceden akrabalarda OKB riskinin normal popülasyona göre 3-12 kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (Nestadt vd., 2000).

OKB'nin altında yatan psikopatolojik mekanizmalar ise hala net değildir (Ölmez, 2020). Bununla birlikte, birkaç psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, bozulmuş zihinselleştirme yeteneklerinin etiyopatogenetik bir faktör olabileceği öne sürülmüştür (Sloover vd., 2022). ÇÇT'nin OKB etyolojisinde önemli bir rol oynadığına dair çalışmalarda, erken dönemde yaşanan travmatik deneyimlerin prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, striatum ve amigdala gibi OKB'nin nörobiyolojik temeliyle ilişkili beyin bölgelerinde yapısal ve işlevsel değişikliklere yol açtığı bildirilmektedir (Shin vd., 2014). Ayrıca travmaların hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksında kronik bir aşırı uyarılmaya neden olarak kortizol düzeylerinde düzensizlikler oluşturduğu ve bu durumun OKB semptomlarını şiddetlendirebileceği öne sürülmektedir (Heim ve Nemeroff, 2001). Nörogörüntüleme çalışmalarında, travma öyküsü olan OKB hastalarında özellikle amigdala hiperaktivitesi ve prefrontal kontrol mekanizmalarında zayıflama gözlenmiştir; bu da obsesif düşüncelerin bastırılmasında güçlük yaratabilmektedir (Marinova ve Maercker, 2015). Dolayısıyla çocukluk çağı travmaları hem beyin yapısı hem de nörokimyasal işleyiş üzerinde kalıcı etkiler yaratarak OKB'nin gelişiminde biyolojik bir yatkınlık zemini oluşturabilmektedir.

2.1.4. Tanı Kriterleri ve Alt Tipleri

OKB tanı kriterleri ilk olarak 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-III'de yayımlanmıştır (APA, 1980). Devam eden yıllarda OKB tanısı “Anksiyete Bozuklukları” başlığı altında kendine yer bulmuştur. DSM-IV-TR, OKB'yi kişinin iradesi dışında, durdurmakta zorlandığı, yinelenen düşünce, imge ve dürtülerle karakterize bir bozukluk olarak tanımlamaktadır (APA, 2000). OKB, DSM-5'te (2013) ise “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” tanı kümesinin içinde ayrı bir başlık olarak ilan edilmiştir

(APA, 2013). Bu başlık altında OKB ile beraber aynı zamanda Beden Dismorfik Bozukluğu, Deri Yolma Bozukluğu, Saç Yolma Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Başka Hastalıklara Bağlı OKB, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Obsesif Kompulsif İlişkili Bozuklukluğu şeklinde alt psikopatolojiler yer almaktadır (APA, 2013). O

KB tanılı bireylerde obsesyon ve kompulsiyonların içeriği farklılık göstermekle birlikte, alt tipleri ilk olarak kirlenme korkuları ve kompulsif temizlik; ikinci olarak zarar verme konusunda obsesif düşünceler ve kompulsif kontrol ritüelleri; üçüncü olarak simetri ve kompulsif düzenleme takıntıları ve dördüncü olarak işe yaramaz nesnelere toplama takıntıları ve kompulsif biriktirme şeklinde sıralanabilir (Abramowitz vd., 2010; Stein, 2020). Biriktirme obsesyonları ile ilgili yapılan çalışmalarda OKB'nin diğer alt tiplerinden farklı bir etiyojolojiye sahip olabileceği düşünülerek DSM-5'de ayrı bir başlık olarak tanımlanmıştır (APA, 2013). OKB alt tiplerin yoğunluğunun araştırıldığı bir çalışmada hastaların %76'sında bulaşma, %68'inde simetri, %44'ünde saldırganlık, %26'sında dini, %17'sinde bedensel, %16'sında cinsel ve %34'ünde ise diğer OKB alt tipleri olduğu saptanmıştır. Vakaların %21'inde bir, %29'unda iki, %50'sinde üç veya daha fazla belirtinin görüldüğü belirtilmiştir. Başka bir deyişle hastaların büyük çoğunluğu birden fazla OKB alt tipi ile kliniğe başvurmaktadır (Emekdas, 2022).

OKB tanılı bireyler çoğunlukla takıntıların mantıksız ve irrasyonel olduğunun farkındadırlar, ancak sıkıntı verici duyguları azaltmak veya önlemek ya da korkulan bazı felaket sonuçlarını engellemek için kompulsiyonları yapmak zorunda hissederler. Tekrarlayıcı yapıları nedeniyle, takıntılar ve zorlantılar aşırı miktarda zaman alırken (günde en az bir saat), sosyal ve mesleki işlevsellikte önemli sıkıntıya yol açmaktadır (APA, 2013). Öte yandan bazen kompulsif yeme, kumar oynama, alışveriş yapma veya sapkın cinsel davranışlar OKB formları gibi görünse de bu aktivitelerden bir miktar zevk alındığı için genellikle bu bozukluklar OKB olarak sınıflandırılmaz ve kişi obezite, ekonomik güçlükler, riskli davranışların sonuçları gibi ikincil sorunlar dışında bunları durdurmak istemez (Jenike, 2004).

OKB tanısı klinik değerlendirmeye dayanır ve DSM-5'e göre (APA, 2013) tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da dşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (rn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (rn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (rneğin günde 1 saatten fazla zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebep olur.

C. Obsesif kompulsif belirtiler, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) veya başka bir tıbbi durumun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Bu maddelere ek olarak, içgörüsü iyi ya da oldukça iyi, içgörüsü kötü ve içgörüsü yok/sanrısız inanışlar şeklinde belirteçler belirlenmiştir (APA, 2013).

2.1.5. Tedavi ve Prognoz

OKB'nin tedavisi genellikle antidepresanlar, antipsikotikler ve anksiyolitikler içeren farmakolojik tedavi, elektrokonvulsif terapi, cerrahi müdahaleler ve psikoterapiler ile birlikte kombine tedavileri içerir (Bandelow, 2008; Koran ve Simpson, 2013). Fluoksetin, paroksetin, sertralin ve fluvoksamin dahil olmak üzere seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), OKB için birinci basamak farmakolojik tedavilerdir (Issari vd., 2016). Öte yandan OKB'deki farmakolojik tedaviler üzerine yapılan bir incelemede, hastaların yalnızca %50'sinin SSRI grubu ilaçlara yanıt verdiği öne sürülmektedir (Pittenger, 2021; Sijercic vd., 2020). Buna karşın OKB hastalarının yaklaşık %70'inin psikoterapi tedavilerinden olan BDT'ye yanıt verdiği ve sadece farmakoterapi tedavisi alan hastalara göre daha düşük nüks oranları ve daha az yan etki yaşadıkları bildirilmiştir (Abramowitz vd., 2017; Simpson vd., 2013). Özellikle MBTÖ tekniğinin kullanıldığı psikoterapilerin etkinlik düzeyinin SSRI grubu ilaçlarla karşılaştırılabilir bir düzeyde etkinlik gösterdiği ortaya konulmaktadır (Rector vd., 2019; Skapinakis vd., 2016).

OKB'nin psikoterapisinde psikanalitik terapilerin ardından, alternatif ve yenilikçi yaklaşımların geliştirilmesine yönelik araştırmalar sürdürülmüştür (Salzman ve Thaler, 1981). Ellis ve Beck'in öncülüğünde geliştirilen Bilişsel ve Davranışçı Terapiler, psikiyatrik bozuklukların çarpık ya da işlevsel olmayan biliş ve algılardan kaynaklandığını; bu durumun da duygular ve davranışlar üzerinde belirgin etkiler yarattığını vurgulamaktadır (Kahl vd., 2012). Özellikle fobilerin tedavisinde kullanılan sistematik duyarsızlaştırma tekniği OKB tedavisine de uyarlanmıştır. Bu tedavi yaklaşımı, kaygı uyandıran uyaranlardan oluşan bir hiyerarşi listesi oluşturmayı, hastayı gevşeme teknikleri konusunda

eğitmeyi ve sonrasında hasta rahatlamış bir durumdayken hiyerarşi listesindeki maddelerin kademeli olarak daha az kaygı uyandırandan daha fazla kaygı uyandıranına doğru ele alınmasını içermektedir (Ruso, 2022). Bu bağlamda MBTÖ ile BDT, OKB için kanıta dayalı birinci basamak psikoterapi yöntemleri olarak kabul edilmiştir (Olatunji vd., 2013; Reid vd., 2021; Stein vd., 2019). BDT yaklaşımı, terapötik ilişkinin oluşturulması, psikoeğitim verilmesi, gevşeme eğitimi, çarpık/işlevsel olmayan otomatik düşüncelerin keşfi ve yeniden çerçeveselendirilmesi, maruz bırakma ve tepki önleme aşaması için hazırlık, maruz bırakma ve tepki önleme, ev çalışmaları verme ve takip seansları ile nüskü önleme basamaklarını içerir (Ruso, 2022). BDT yaklaşımının en kritik ögesi olan MBTÖ tekniğinde verilen psikoeğitim sonrasında, obsesyonların neden olduğu kompulsiyonlar bireyin rahatsızlık düzeyine göre hiyerarşik bir biçimde sıralanır. Obsesyona neden olan duruma maruz bırakılan bireyin, sonrasında kompulsif davranışları gerçekleştirmesi engellenir (Abramowitz vd., 2010; Craske vd., 2014).

MBTÖ ile yürütülen 13 araştırmada, OKB tanılı bireylerin %83'ünün orta veya belirgin düzeyde iyileşme gösterdiği; terapi sürecinin sonlandırılmasından iki yıl sonra bile %76'sının iyilik halini sürdürdüğü bildirilmiştir (Rothbaum ve Shahar, 2000). Toplam 1113 hasta ile gerçekleştirilen 21 çalışmayı kapsayan bir meta-analizde, MBTÖ'nün ilaç tedavisi ile birlikte kullanımının OKB semptomları üzerindeki etkisi incelenmiş ve ilaç ile beraber MBTÖ'nün dahil edildiği tedavinin tek başına ilaç tedavisine kıyasla daha anlamlı sonuçlar verdiği belirlenmiştir (Mao vd., 2022). Öte yandan OKB tedavisinde BDT ve MBTÖ'ye yanıtızlık oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu noktada, **Üçüncü Kuşak Terapilerin** psikoterapi çalışmalarında giderek daha fazla yer aldığı görülmektedir (Castle vd., 2023; Manjula ve Sudhir, 2019).

BDT'yi temel alan **Üçüncü Kuşak Terapilerin** gelişmesiyle dile ve biliş yapılıan vurgu korunmuş, hatalı bilişlerin ve işlevsel olmayan inançların yol açtığı rahatsız edici deneyimlere yönelik **yargısız ve kabul edici bir tutum geliştirme** üzerine yoğunlaşmıştır. Bu bağlamda, OKB belirtilerini azaltmaya ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik tekniklerin geliştirilmesi ön plana

çıkmiştir (Hayes, 2011; Herbert ve Forman, 2014). Bu psikoterapiler, farkındalık odaklı, kabul temelli ve maruz bırakma tekniklerini içeren BDT şemsiyesi altında yer alan Kabul ve Kararlılık Terapisi, Mindfulness Odaklı Bilişsel Terapiler, Şefkat Odaklı Terapiler, Şema Terapi, Metakognitif Terapi gibi psikoterapi yaklaşımlarını kapsamaktadır (Brown vd., 2011; Karaca vd., 2020). OKB tedavisinde Üçüncü Kuşak Terapilerin etkinliğini inceleyen bir derleme çalışmasında, etkinliği en sık araştırılan terapi yönteminin Mindfulness Odaklı Bilişsel Terapi olduğu belirtilmiştir (Oneral, 2021).

OKB semptomları ile çocukluk çağında yaşanan olumsuz yaşam olayları arasındaki anlamlı ilişki göz önüne alındığında (Murayama vd., 2020) travma odaklı bir terapi olan Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) ön plana çıkmaktadır. EMDR ile BDT'nin etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, tedaviyi tamamlayan hastaların %30'unun OKB semptomlarında anlamlı bir azalma elde edildiği; ancak EMDR'nin BDT'ye üstünlüğünü gösteren bir bulguya rastlanmadığı bildirilmiştir (Marsden vd., 2018). Buradan hareketle, EMDR'nin tek başına OKB tedavisi olarak önerilmesi için yeterli kanıt bulunmadığı ifade edilmektedir (Castle vd., 2023).

Öte yandan, OKB'nin genellikle geç dönemde tanı alabildiği ve tedavi edilmediği durumlarda ise semptomların kalıcılık gösterebildiği, tedavi sürecinin güçleşebildiği ve nökslerin ortaya çıkabildiği bildirilmektedir (Fineberg vd., 2019). Bu açıdan OKB tedavisinde süreklilik kritik önem taşımaktadır. Oysa literatürde hastaların %15'inden fazlasının BDT'yi reddettiği ve yaklaşık %16'sının tedaviyi yarıda bıraktığı bildirilmektedir (Leeuwerik vd., 2019). Psikoterapilere ilişkin maliyet, seanslara katılım zorluğu ve kaygı uyandıran egzersizler, BDT'yi başlatma ve sürdürme konusundaki temel engeller olarak karşımıza çıkmaktadır (Mancebo vd., 2011; Russo, 2022). Özellikle psikoterapi süresince bireyin kaygı yönetimini kolaylaştırmak amacıyla **gevşeme egzersizlerinin** terapilere entegre edildiği dikkati çekmektedir (Çataloluk ve Karaaziz, 2023; Twohig vd., 2010).

Gevşeme egzersizlerinin temel amacı, bireyin kaygısını fark etmesini ve kaygısı üzerinde kontrol geliştirmesini sağlamaktır (Manzoni vd., 2008;

Muhammad Khir vd., 2024). Doğu felsefesinden günümüze uzanan nefes teknikleri ve gevşeme egzersizleri, sinir sistemi üzerindeki etkileriyle psikoterapilerin önemli bir parçası haline gelmiştir. Literatürde bu egzersizlerin bireye tedavi sürecinde özyeterlilik hissi kazandırdığı (Whittel ve McLean, 1999), terapistle uyum sürecini destekleyerek psikoterapiye olan motivasyonu artırdığı (Twohig vd., 2010) ve gerginlik ile kaygı üzerinde kontrol sağlamaya katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Patel vd., 2007). Tüm bu etkin tedavi tekniklerine rağmen, BDT'ye erişim zorlukları, seanslara katılım güçlükleri ve kaygı uyandıran egzersizler nedeniyle bireylerin daha çok ilaç tedavisine yöneldikleri bildirilmektedir (Fineberg vd., 2018; Mancebo vd., 2011).

OKB tedavisinde, yarıda bırakma ve nüks oranlarının özellikle MBTÖ gibi tekniklerin kullanımında ortaya çıkan kaygı hassasiyeti ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Ong vd., 2016; Timpano vd., 2016). Söz konusu kaygı hassasiyeti, bedensel duyuların tehlikeli olduğuna dair yanlış inançları içermekte; bu inançlar MBTÖ sırasında fizyolojik uyarılmayı artırarak tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir (Blakey vd., 2017; Laposa vd., 2015; Robinson ve Freeston, 2014). Kaygı hassasiyeti, hem fiziksel ("Kalbim çarpıyorsa kalp krizi geçirebilirim."), hem davranışsal ("Araba kullanırken başım dönerse birine çarpabilirim.") hem de sosyal ("Eğer bıçak tutarken elim titirse insanlar beni tehlikeli biri sanır.") düzeylerde OKB semptomlarını artırabilmektedir (Salkovskis, 1991). Örneğin, sevdiklerini bıçaklama obsesyonuna sahip bir birey, MBTÖ seansı sırasında bıçağa maruz kaldığında yaşadığı kalp çarpıntısını, obsesyonunu gerçekleştireceğine dair bir işaret olarak yorumlayabilir (Blakey ve Abramowitz, 2018). Bu nedenle literatürde, OKB'ye yönelik maruziyet öncesi, panik bozukluk tedavilerinde olduğu gibi, sinir sistemine dair psikoeğitim verilmesi, tehdit algısının kaç-savaş yanıtıyla ilişkisinin açıklanması ve interoseptif maruziyet listesi hazırlanarak bedensel egzersizlerin uygulanması önerilmektedir (Blakey ve Abramowitz, 2018). Bu kapsamda son dönemde, interoseptif maruziyet içeren yöntemlerin literatürde önem kazandığı, ancak bu yöntemlerin uygulamalarda sıklıkla göz ardı edildiği belirtilmektedir (Blakey ve Abramowitz, 2018).

İnteroseptif maruziyet, bireyin kaygı veya korku tepkisine yol açan bedensel duyuları bilinçli ve kontrollü biçimde yeniden deneyimlemesini sağlayan bir bilişsel-davranışçı tekniktir. Bu yaklaşım, kişinin bedensel duyuları “tehlike” olarak yorumlamasını değiştirmeyi ve bedensel farkındalıkla ilişkili kaygı hassasiyetini azaltmayı amaçlar (Craske vd., 2014). Özellikle panik bozukluğu, OKB ve sağlık anksiyetesi gibi rahatsızlıklarda etkili olduğu gösterilmiştir (Deacon ve Abramowitz, 2006). Terapötik sürecin başlangıcında danışana psikoeğitim verilmekte; bunu takiben bireyden, hızlı nefes alma, baş dönmesi veya kalp çarpıntısı gibi bedensel duyuları kontrollü bir biçimde yeniden oluşturması istenmektedir. Bu uygulama sayesinde danışan, söz konusu bedensel duyuların zararsız olduğunu deneyimleyerek bunlara yönelik korku tepkisini azaltmaktadır (Boswell vd., 2013). Psikoeğitim aşamasında özellikle şu noktalar vurgulanmalıdır (Abramowitz vd., 2019):

1. Hepimizin "gürültülü bedenleri" vardır; bu, vücudun içsel dengeyi (homeostazı) koruma eğiliminin doğal bir sonucudur.
2. Tehdit algısı, sempatik sinir sistemini uyararak çeşitli fizyolojik değişikliklere (örneğin bulanık görme, mide bulantısı) yol açar,
3. Fizyolojik korku tepkisi zamanla azalır ve zararlı değildir.
4. Bu tür semptomlar, genellikle tehlikeli veya dayanılmaz olarak yanlış yorumlandığında şiddetlenir ve süresi uzar.

Psikoeğitim sonrasında, bireyin OKB semptom içeriğine göre interoseptif maruziyet egzersizleri planlanır. Örneğin, ellerinin titremesini “bebeğine zarar vereceğine dair bir işaret” olarak yorumlayan bir bireyde, bu titremeyi tetikleyici bir sınav pozisyonunda durma egzersizi uygulanabilir; ardından bireye bebeğine dokunma veya yıkama görevi verilir (Blakey ve Abramowitz, 2018).

Literatürde, interoseptif maruziyet egzersizlerinin BDT’ye eklendiği çalışmalarda, özellikle tiksinti tepkilerinin önlenmesinde BDT’nin tek başına yetersiz kaldığı; bu nedenle duyuşal boyutu güçlü OKB vakalarında interosepsiyonu destekleyen yaklaşımların umut verici olduğu belirtilmektedir

(Olatunji vd., 2007; Smits vd., 2002). Nitekim, interoseptif maruziyet egzersizlerinin ardından fiziksel kaygı duyarlılığında belirgin düşüşler bildirilmektedir (Blakey ve Abramowitz, 2018; Boswell vd., 2013). Ancak yalnızca sınırlı sayıda çalışmanın interoseptif maruziyet egzersizlerini ele aldığı akılda tutulmalıdır (Hipol ve Deacon, 2013; Sars ve van Minnen, 2015).

2.2. TRAVMA

2.2.1. Tanım

Travma kelimesi, köken olarak Yunanca “*τραύμα*” sözcüğünden gelmekte olup “yara” anlamında kullanılır (Kolaitis ve Olf, 2017).

DSM-5’e göre travma; kişinin yaşamını, bedensel bütünlüğünü tehdit eden, ölüm ya da ciddi yaralanma riski içeren olayları ifade eder. Travmatik deneyimlere savaş, terör saldırıları, alkonulma, işkence, fiziksel veya cinsel saldırı, istismar, aile içi şiddet, kazalar ve doğal afetler örnek gösterilebilir. Birey bu olaylara doğrudan maruz kalabileceği gibi, başkalarının travmatik deneyimlerine tanıklık ederek de dolaylı biçimde etkilenebilir (APA, 2013).

Travmatik deneyimlerin yaygınlığını inceleyen Dünya Ruh Sağlığı Anketi, altı kıtada 24 ülkeden 68.894 yetişkini kapsayan geniş bir örnekleme yürütülmüştür. Araştırmada, katılımcıların %70,4’ünün yaşamları boyunca en az bir travmatik olay deneyimlediği, %30,5’inin ise dört veya daha fazla travmaya maruz kaldığı saptanmıştır (Benjet vd., 2016). Dünya genelinde bireylerin yaklaşık %70’inin yaşamları boyunca potansiyel olarak travmatik bir olayla karşılaştığı, ancak bunların yalnızca %5,6 ila %10’unun klinik düzeyde TSSB geliştirdiği bildirilmektedir (Charlson vd., 2019; Kessler vd., 2017; Koenen vd., 2017).

Travma, bireyin yalnızca anlık psikolojik durumunu değil, aynı zamanda nörobiyolojik gelişimini ve kişilik yapılanmasını da etkileyebilmektedir. Travmatik deneyimler stresin yoğun olarak hissedildiği ve bireyin başa çıkma becerilerini aşan durumları kapsamaktadır (Zhang vd., 2020). Özellikle çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler, bireyin duygu düzenleme

kapasitesi, güvenli bağlanma becerileri ve benlik algısı üzerinde kalıcı etkiler bırakabilmektedir (van der Kolk, 2005). Bu erken dönemde maruz kalınan örseleyici yaşantılar, beynin gelişimsel açıdan en hassas dönemine denk geldiği için stres yanıt sistemlerinde kalıcı değişikliklere yol açabilmektedir (Morelli ve Villodas, 2022).

Biyolojik düzeyde stres, HPA eksenini aracılığıyla düzenlenir. HPA ekseninin temel işlevi, tehdidi algılayıp uygun davranışsal yanıtı başlatmak ve tehdit ortadan kalktığında bu yanıtı sonlandırmaktır (Bevans vd., 2005). Stresle başa çıkabilmek için “korku dedektörü” işlevi gören amigdala ile “gözetleme kulesi” olarak tanımlanan medial prefrontal korteks arasındaki dengenin korunması kritik bir önem taşımaktadır (van der Kolk, 2019). Bu noktada prefrontal korteks, HPA ekseninin “kapatma vanası” olarak işlev görür. Ancak travmatik stres durumlarında bu işlev bozulabilir (Wilson vd., 2011). Bu denge bozulduğunda prefrontal korteks tehdidi uygun şekilde değerlendiremez ve birey travmatik uyarıcılara aşırı duyarlı hale gelir (Shin vd., 2006; van der Kolk, 2019). Benzer şekilde, çocukluk çağı travmaları sonrasında da bireyin tehdit sinyallerini abartılı biçimde algıladığı ve psikopatoloji geliştirmeye yatkın hale geldiği görülmektedir (Weber ve Reynolds, 2004).

Travma kavramı ile yakından ilişkili bir tanı kategorisi olan Travma sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanı kriterlerinin oldukça dar bir kapsamda ele alınmasından dolayı tartışmalara açık hale gelmiştir (Pai vd., 2017). Özellikle kronik çocuk istismarı ve ihmalinin yaygın ve gelişimsel etkilerinin TSSB açısından yeterince dikkate alınmadığı öne sürülmektedir (Morelli ve Villodas, 2022). TSSB için travma “gerçek ya da tehdit edici ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet” olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Bu tanımlama biçimi, bireyin yaşamında önemli etkiler yaratabilen boşanma, iş kaybı veya uzun süreli duygusal ihmal gibi psikososyal stresörlerin travma kapsamı dışında kalmasına yol açmaktadır (Pai vd., 2017).

Bu bağlamda, van der Kolk ve çalışma arkadaşları (2005), çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ortaya çıkan, bireyin deneyimlerini bütünleştirme kapasitesini zedeleyen ve gelişimini olumsuz etkileyen olayları tanımlamak

amacıyla “gelişimsel travma” kavramını önermişlerdir. Gelişimsel travma, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde meydana gelen, bireyin deneyimlerini bütünleştirme kapasitesini bozan ve psikolojik gelişimini olumsuz etkileyen travmatik yaşantılar için kullanılan bir kavram olarak tanımlanmıştır (van der Kolk, 2005; van der Kolk vd., 2019). Bu tür travmalara maruz kalan çocuklar genellikle sürekli tehdit, kötü muamele veya ihmal koşulları altında büyüdüğü ve yeterli sosyal ya da duygusal destekten yoksun kaldıkları için yalnızca TSSB belirtileri değil; aynı zamanda kaygı, depresyon, dissosiyatif belirtiler ve obsesif-kompulsif belirtiler de gösterebilmektedirler (van der Kolk vd., 2019). Bu nedenle Ulusal Çocuk Travmatik Stres Ağı tarafından söz konusu örseleyici yaşantıların özgün doğasını ve gelişimsel etkilerini tanımlamak amacıyla “Gelişimsel Travma Bozukluğu” adı altında yeni bir tanı kategorisi önerilmiştir. Ancak bu öneri, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından kabul edilmemiştir (van der Kolk, 2005; van der Kolk vd., 2019).

2.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları, bireyin yaşamın erken evrelerinde fiziksel, duygusal veya cinsel istismara maruz kalması ya da duygusal ve fiziksel olarak ihmal edilmesi ile karakterize olumsuz yaşantılardır. Aile içi şiddet, ebeveynlerin madde bağımlılığı veya ruh sağlığı sorunlarına sahip olması gibi durumlar travmatik yaşantılardan sayılmakta ve erişkinlikte hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerinde kalıcı etkiler bırakabilmektedir (Felitti vd., 1998; WHO, 2022). Bu tür olumsuz yaşantılar, özellikle erken çocukluk döneminde meydana geldiğinde, etkileri genellikle çok boyutlu, süreğen ve karmaşık bir nitelik kazanmaktadır. Bu yaşantıların bir ya da birden fazlasının tekrarlayıcı biçimde, kaçınılması güç ve çoğunlukla bakım verenle ilişkili örseleyici olayları içermesi ise karmaşık travmaya zemin hazırlamaktadır (Cook vd., 2013; Herman, 1992). Bu doğrultuda, travmatik yaşantılar bireyin benlik algısını, duygu düzenleme becerilerini ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek, yaşam boyu psikopatoloji geliştirme riskini de artırmaktadır (Cloitre vd., 2009; van der Kolk, 2019). Söz konusu psikopatoloji riskinin gelişiminde travmatik yaşantının

zamanlaması, süresi ve şiddeti belirleyici rol oynamaktadır. Yani, erken yaşta başlayan ve uzun süre devam eden travmatik yaşantılar, sonraki yaşam dönemlerinde ortaya çıkan ruhsal bozukluklar açısından daha fazla olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Dunn vd., 2018; Lippard ve Nemeroff, 2020; Teicher ve Samson, 2016). Bu travmatik yaşantılar, gelişimsel süreçlerin en kritik dönemlerinde ortaya çıktığında bireyin stresle başa çıkma kapasitesini bozmakta ve kronik stres yanıtının sürekli olarak etkinleşmesine yol açmaktadır (van der Kolk, 2005). Dolayısıyla, çocukluk çağı travmalarının yarattığı stresin etkileri uzun süreli ve kalıcı niteliktedir (Schaan vd., 2019).

Çocukluk çağı travmalarının erişkin sağlığı üzerindeki uzun dönemli etkilerini sistematik biçimde ortaya koyan ilk geniş ölçekli çalışma ACE çalışmasıdır (Felitti vd., 1998). Bu çalışma kapsamında, olumsuz çocukluk deneyimleri istismar (fiziksel, duygusal, cinsel), ihmal (fiziksel, duygusal) ve aile içi işlevsizlik (ebeveynin ruhsal hastalığı, hapse girmesi, boşanması, annenin şiddete maruz kalması vb.) olmak üzere üç ana kategori altında incelenmiştir. Çalışmanın bulguları, çocukluk döneminde yaşanan travmatik olayların, bireyin yaşam boyu fiziksel (örneğin kalp-damar hastalıkları, diyabet, KOAH) ve ruhsal hastalıklara (örneğin depresyon, anksiyete, TSSB, bağımlılık) yakalanma riskini anlamlı düzeyde artırdığını göstermektedir (Felitti vd., 1998). ACE çalışmasından elde edilen bu bulgular, geçmişten günümüze kadar literatürdeki kapsamlı çalışmalar için de zemin oluşturmuştur.

Literatürde yer alan güncel bir çalışmada, 205.000'in üzerinde yetişkin örneklemiyle çalışılmış, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerin somatik hastalıklara (örneğin kanser, felç, diyabet) göre daha yüksek oranda ruhsal bozukluk tanısı aldığına ulaşılmıştır (Klinger-König vd., 2024). Dahası, çocukluk çağı travmalarının sayısı arttıkça yetişkinlikte psikopatoloji görülme sıklığının da doğrusal biçimde arttığı ortaya konmuştur (Hughes vd., 2017; Merrick vd., 2017). Nitekim, dört veya daha fazla olumsuz çocukluk deneyimi yaşayan bireylerde depresyon, madde kullanımı, intihar girişimi ve kronik hastalık görülme oranlarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Mersky vd., 2013; Nanni vd., 2012). Epidemiyolojik araştırmalar ise her bir

çocukluk çağı travması türünün, bireyin yaşam boyu TSSB tanısı alma olasılığını yaklaşık %25–30 oranında artırdığını ortaya koymaktadır (da Silva vd., 2024).

Sucich ve arkadaşları (2023) tarafından, toplum ruh sağlığı merkezlerinde tedaviye başlayan 856 katılımcı ile bir çalışma yürütülmüştür. Elde edilen bulgular, katılımcıların %40'ının dört veya daha fazla olumsuz çocukluk deneyimi yaşadığını göstermiştir. Bu doğrultuda, travmanın toplum genelinde de yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmüştür (Sucich vd., 2023). Bu noktadan hareketle yapılan araştırmalar, çocukluk çağı travmalarının yalnızca travmayı yaşayan bireyleri değil, sonraki kuşakları da etkileyebildiğini göstermiştir. Özellikle, ebeveynlerdeki travma öyküsünün, çocuklarda artmış stres duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve bağlanma sorunları ile ilişkili olduğuna ulaşılmıştır (Schechter vd., 2017). Tüm bunlar, travmatik yaşantıların epigenetik mekanizmalar üzerinden bireyin stresle başa çıkma sisteminde kalıcı değişikliklere yol açabileceğini ve söz konusu değişikliklerin bir kuşaktan diğerine aktarılabilceğini göstermektedir (Perroud vd., 2014; Serpeloni vd., 2017).

Sonuç olarak, çocukluk çağı travmaları bireysel düzlemde ortaya çıkabileceği gibi hem biyolojik hem de psikolojik kodların aktarımı ile toplumsal boyutta da etkisini sürdürebilmektedir. Kuşaklararası aktarım mekanizmaları da göz önüne alındığında, çocukluk çağı travmalarının çıktıkları toplum ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (Sexton vd., 2015). Dolayısıyla, kapsamlı biçimde ele alınması hem bireysel hem de toplumsal ruh sağlığı sisteminin anlaşılmasına katkı sunacaktır.

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri

Yaşamın erken dönemlerinde maruz kalınan çocukluk çağı travmaları, çocuğa yönelik farklı nitelikteki davranışları içermektedir. Bu davranışlar, niyetten bağımsız olarak hem istismar hem de ihmal kapsamında değerlendirilmektedir (Glaser, 2017). Kelime olarak istismar, “işletmek, birinin

iyi niyetini kötüye kullanmak, sömürmek” anlamına gelmektedir (TDK, 2025). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2022) çocuğa yönelik istismarı, çocuğun yaşamını sürdürmesini, genel sağlık durumunu ve gelişimsel sürecini tehlikeye atan ya da kesintiye uğratan bir eylem veya eylemsizlik hali olarak tanımlamaktadır.

İhmal ise kelime olarak “gereken ilgiyi göstermeme, önem vermeme, boşlama, savsaklama” anlamına gelirken (TDK, 2025); Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2022), bakım verenlerin çocuğun sağlık, eğitim, barınma ve güvenli yaşam koşullarına ilişkin gereksinimlerini karşılamamasını ihmal olarak tanımlamaktadır.

Özetle, istismar çocuğa aktif biçimde zarar verme davranışına, ihmal ise eylemsizlik yoluyla zarar verme durumuna işaret etmektedir (Aktay, 2020). Bu çerçevede, çocukluk çağı travmaları fiziksel, cinsel ve duygusal istismar, fiziksel ve duygusal ihmal ile aşırı koruma ve aşırı kontrol olmak üzere altı başlık altında incelenmektedir (Şar, 2018).

2.2.3.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük bir çocuğun ebeveyni veya bakım veren kişi tarafından el ya da herhangi bir nesne kullanılarak vurulması, itilmesi, sarsılması, bıçaklanması, ısırılması gibi yollarla fiziksel zarar görmesine ve yaralanmasına neden olan davranışları kapsar (WHO, 2022). Bu istismar biçimi, çocuğun bedeninde görülebilir yaralar bırakma olasılığı nedeniyle istismar türleri arasında teşhisi görece daha kolay olarak algılansa da pratikte gizli, tekrarlayıcı veya özenle kamufle edilmiş biçimde de görülebilir. UNICEF’in (2017) raporu, 2-4 yaş aralığındaki yaklaşık 250 milyon çocuğun ev ortamında fiziksel istismara maruz kaldığını göstermektedir.

UNICEF’in (2024) son dönem verileri ise, 5 yaş altı çocukların yaklaşık %60’ının ebeveynleri tarafından fiziksel ya da psikolojik şiddete maruz kaldığını ve bunların yaklaşık 330 milyonunun fiziksel ceza biçiminde olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda fiziksel istismar yalnızca çocuğa bedensel zarar vermekle kalmaz; nörobiyolojik faktörlerden stres düzenleyici sistemlerin işleyişini bozabilir ve beyin gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir (Vizard vd.,

2022). Ayrıca depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, davranışsal bozukluklar ve madde kullanımı gibi psikiyatrik risklerin yükselmesi ile ilişkilidir. (Li vd., 2023). Dahası fiziksel istismarın, eğitimde başarısızlık, istihdamda güçlük, düşük sosyoekonomik statü, artan sağlık maliyetleri gibi yaşam boyu süren olumsuz etkileri olabilir (Milner vd., 2022).

Özetle, fiziksel istismar yalnızca bedensel zarar açısından değil; çocuğun psikolojik, sosyal ve biyolojik bütünlüğü açısından da önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle erken tespit, disiplinlerarası müdahale ve travma odaklı yaklaşımlar kritik öneme sahiptir.

2.2.3.2.Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, 18 yaşından küçük çocukların barınma, güvenli yaşam, beslenme, giyinme, sağlık ve hijyen gereksinimlerinin yetersiz biçimde karşılanması ya da tamamen karşılanmaması durumunu ifade etmektedir (WHO, 2022). Bu istismar türü çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru açısından ciddi bir risk faktörüdür (Daley vd., 2025; Zeanah vd., 2018). Ayrıca fiziksel ihmal, yaralanma veya ölümle sonuçlanmadığı sürece diğer travma türlerine kıyasla göz ardı edilme olasılığı daha yüksek olan bir ihmal biçimidir (Kara vd., 2004).

Fiziksel ihmalin etkileri fiziksel ihtiyaçların giderilmemesiyle sınırlı kalmaz. Aynı zamanda gelişimsel, duygusal ve davranışsal düzeyde de yaygın ve kalıcı sonuçlar doğurabilir. Gelişimsel olarak, duygusal ve bilişsel gelişim hızında gecikmeler, dil gelişiminde aksama, okul başarısında düşüş ve düşük benlik algısı gibi etkiler görülebilir (Young-Southward vd., 2020). Uzun vadede, fiziksel ihmal deneyimi yaşamış bireylerde psikiyatrik bozukluklar, madde kullanımına yatkınlık, sosyal uyumda zorluklar gibi riskler artmaktadır (Daley vd., 2025).

2.2.3.3.Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuğun rızası olmaksızın ya da rıza gösterebilecek yaşta ve zihinsel kapasitede olmadan fiziksel temas, teşhircilik, pornografik materyale maruz bırakma ve diğer yasa dışı cinsel eylemler yoluyla sömürülmesi biçiminde

tanımlanmaktadır (WHO, 2022). Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi'ne (1989) göre, rıza için yasal reşit olma yaşının gerekli olması nedeniyle bir yetişkin ile reşit olmayan bir çocuk arasındaki tüm cinsel eylemler, çocuğun rızası bulunsa dahi, tanımı gereği cinsel istismar kapsamına girmektedir. Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan bireyler yaşam boyu kaygı bozuklukları, depresyon, TSSB gibi psikopatolojilere ek olarak öfke, suçluluk, utanç gibi duygusal zorluklara daha yatkın olmaktadır (Nanni vd., 2012). Ayrıca, bu bireylerde intihar düşünceleri ve girişimleri, madde kullanımı ve rastgele cinsel ilişkilere girme davranışları sonucunda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma riski artmaktadır (Brown vd., 2009)

2.2.3.4. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun hareket alanının sınırlandırılması, küçümsenmesi, tehdit edilmesi, alay edilmesi, ayrımcılığa maruz bırakılması, korkutulması veya suçlanması gibi fiziksel olmayan düşmanca tutumlarla, bakım verenin çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli duygusal ortamı sağlayamaması durumudur (WHO, 2022). Bu istismar türü, sürekli eleştirme, reddetme, aşağılama, görmezden gelme, sevgiyi koşullu hale getirme, kardeşler arasında ayrımcılık yapma veya aşırı koruyuculuk ve kontrol gibi davranışlarla ortaya çıkabilir (Iwaniec, 2006). Duygusal istismar, çocuğun benlik saygısının zedelenmesi, aidiyet ve güven duygusunun bozulması ve değersizlik ile çaresizlik hislerinin yaşanmasına yol açabilir (Glaser, 2002). Gündelik yaşamda oldukça yaygın olmasına rağmen, gözle görülebilir fiziksel belirtilerinin olmaması nedeniyle duygusal istismarın tespiti güçleşmektedir. Etkileri ise genellikle uzun bir zaman diliminin sonunda ortaya çıkmaktadır (Segal, 1992). Araştırmalar, çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalan bireylerde depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı, bağlanma sorunları, davranış bozuklukları, yeme bozuklukları ve intihar düşüncelerine daha fazla rastlandığını göstermektedir (Taillieu vd., 2016). Yanı sıra, bu bireylerde yetişkinlik döneminde kişilerarası ilişkilerde güven sorunları, duygu düzenleme güçlükleri ve kronik stres belirtileri görülme olasılığı da artmaktadır (Norman

vd., 2012).

2.2.3.5.Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, yaşamın ilk birkaç yılından itibaren, bakım verenin mesafeli tutum takınarak, çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına karşılık vermemesi, çocuğa sevgi, şefkat, yakınlık ve ilgi gösterememesi olarak tanımlanmaktadır (Şar, 2018). Duygusal ihmale maruz kalan çocuklar, duygusal dünyalarının görünmez, duyulmaz ve önemsiz olduğu mesajını alabilirler (Şıkel ve Harmancı, 2022). Araştırmalar, duygusal ihmalin diğer çocukluk çağı travmalarına kıyasla daha sık görüldüğünü göstermektedir (Brassard vd., 2000). Nitekim, bir meta-analiz çalışması, dünya genelinde duygusal ihmal prevalansını %18.4 olarak bildirmekte ve bu oranın fiziksel ihmal ve cinsel istismardan daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Gama vd., 2021). Bu bulgular, duygusal ihmalin yaygınlığını ve önemini vurgulamaktadır. Fiziksel travma türlerinden farklı olarak, etkilerinin gözle görülebilir olmaması erken dönemde fark edilerek müdahale edilmesini güçleştirmektedir (Berthelot vd., 2019). Böylece, depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı ve kişilerarası ilişki sorunları duygusal ihmale uprayan bireylerin karşılaştığı problemler arasında yer almaktadır (Riggs, 2010). Yapılan çalışmalar da duygusal ihmalin bağlanma stillerini etkilediğini ve psikopatoloji riskini artıran önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (Kumari, 2020; Zhong ve Zhou, 2025).

2.2.3.6.Aşırı Koruma ve Aşırı Kontrol

Duygusal ihmal, yaşamın ilk birkaç yılından itibaren, bakım verenin mesafeli tutum takınarak, çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına karşılık vermemesi, çocuğa sevgi, şefkat, yakınlık ve ilgi gösterememesi olarak tanımlanmaktadır (Şar, 2018). Duygusal ihmale maruz kalan çocuklar, duygusal dünyalarının görünmez, duyulmaz ve önemsiz olduğu mesajını alabilirler (Şıkel ve Harmancı, 2022). Araştırmalar, duygusal ihmalin diğer çocukluk çağı travmalarına kıyasla daha sık görüldüğünü göstermektedir (Brassard vd., 2000). Nitekim, bir meta-analiz çalışması, dünya genelinde duygusal ihmal prevalansını

%18.4 olarak bildirmekte ve bu oranın fiziksel ihmal ve cinsel istismardan daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Gama vd., 2021). Bu bulgular, duygusal ihmalin yaygınlığını ve önemini vurgulamaktadır. Fiziksel travma türlerinden farklı olarak, etkilerinin gözle görülebilir olmaması erken dönemde fark edilerek müdahale edilmesini güçleştirmektedir (Berthelot vd., 2019). Böylece, depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı ve kişilerarası ilişki sorunları duygusal ihmale uğrayan bireylerin karşılaştığı problemler arasında yer almaktadır (Riggs, 2010). Yapılan çalışmalar da duygusal ihmalin bağlanma stillerini etkilediğini ve psikopatoloji riskini artıran önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (Kumari, 2020; Zhong ve Zhou, 2025).

2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Çocukluk çağı, bireyin sosyal, duygusal ve bilişsel işlevselliğin temellerinin atıldığı en önemli dönem olmakla birlikte, yaşam boyu işlevselliğini bozabilecek çevresel etkenlere karşı oldukça kırılgan bir süreçtir (Massullo vd., 2023). Dolayısıyla, bu dönemde yaşanan ihmal ve istismar gibi travmatik olayların etkileri hem nörobiyolojik hem de psikolojik olarak kalıcı hasarlara yol açabilmektedir (McKay vd., 2021). Bireyin günlük yaşam işlevselliğini büyük oranda bozan ve kalıcı olabilen OKB'nin etiyolojisi de nörobiyolojik, psikolojik ve çevresel pek çok faktörün etkileşimine dayanmaktadır (Calamari vd., 2012). Bu bağlamda, çocukluk çağı travmaları gibi çok bileşenli faktörlerin incelenmesi, OKB semptomlarının gelişim mekanizmalarının anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

ÇÇT ile OKB arasındaki ilişkinin sistematik biçimde incelenmeye başlanması, 2000'li yılların başına dayanmaktadır (Cromer vd., 2007). Bu dönemde yapılan çalışmalar, erken dönem travmatik yaşantıların yalnızca psikolojik değil, nörobiyolojik düzeyde de OKB semptomlarıyla ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (Brown vd., 2021; Wang vd., 2021) Özellikle ÇÇT ile erişkin dönemdeki stres düzeyi birlikte ele alındığında, inflamasyon

belirteçlerindeki artışın talamus ve kortikal bağlantılar üzerinden OKB semptom şiddetiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Nitekim, OKB grubunun kontrol grubuna kıyasla daha yüksek ÇÇT skorlarına, stres ve inflamasyon düzeylerine sahip olduğu; ayrıca talamus alt bölgeleri ile dorsolateral prefrontal korteks arasındaki bağlantı azalmasının OKB semptom şiddetiyle negatif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Shao vd., 2025). Bu bulgular, çocuklukta travmatik yaşantıların nörobiyolojik işleyişe müdahale ederek OKB'nin gelişimini ve seyrini etkileyebileceğini göstermektedir.

OKB'nin gelişimsel mekanizmasını nörobiyolojik açıdan ele alan çalışmalar ile klinik gözlemlerden elde edilen bulgular birbiriyle paralellik göstermektedir. OKB tanılı bireylerle yürütülen bir araştırmada, katılımcıların %61'inin hastalık başlangıcından önce stresli yaşam olaylarına maruz kaldığı, %57'sinin ise başlangıçtan en az bir ay önce travmatik deneyimler yaşadığı bildirilmiştir (Murayama vd., 2020). Ek olarak, akut travmatik olayların (örneğin savaş, doğal afet veya terör saldırıları) yeni başlayan ya da mevcut OKB semptomlarını şiddetlendirebileceği yönündeki bulgular da bu ilişkiyi desteklemektedir. Örneğin, 7 Ekim 2023 tarihinde İsrail'de meydana gelen saldırıların ardından yapılan bir çalışmada, travmaya doğrudan maruz kalan bireylerde, OKB semptomlarının ilk kez ortaya çıktığı ya da mevcut semptomların anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (Kalanthoff vd., 2025). Tüm bu bulgular, OKB'nin çevresel faktörlerden bağımsız değerlendirilemeyeceğine işaret etmektedir.

Mevcut literatür, travmatik deneyimlerin oluşumunda en yakın çevresel faktörlere örnek olarak ebeveyn ve aile sistemini işaret etmektedir. Krebs ve arkadaşları (2019) tarafından yürütülen boylamsal bir çalışma cezalandırıcı ebeveyn tutumları ile stresli yaşam olaylarının, OKB semptomlarının gelişiminde belirleyici rol oynadığını göstermiştir. Yanı sıra, aşırı koruyucu veya reddedici ebeveynlik biçimleri de OKB gelişiminde çevresel risk faktörleri olarak değerlendirilmiştir (Brander vd., 2016). Dahası, çocukluk çağı travmalarına ek olarak, ebeveynlik stilleri ve aile içi uyumun mevcut OKB semptomlarının şiddetiyle de ilişkili olduğu görülmüştür (Xu ve Zhu, 2023).

Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olayların, bireyin yaşam boyu ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği konusunda klinik ve akademik çalışmalar hemfikirdir. Bununla birlikte, OKB gibi kalıcı ve belirgin psikopatolojilerin gelişimi ile seyri, travmatik yaşantıların sayısı, sıklığı ve türüyle ilişkilidir. Bir başka deyişle, travmatik olayların niteliğine bağlı olarak yetişkinlikte OKB geliştirme riski belirgin biçimde artmaktadır. Nitekim, birden fazla travmatik olaya maruz kalmanın, tek bir olaya oranla OKB geliştirme riskini artırdığı ortaya konmuştur (Kessler vd., 2010; Park vd., 2023). Benzer olarak, OKB tanılı bireylerin %54'ünün yaşamları boyunca en az bir travmatik olaya maruz kaldığı bildirilmiştir (Cromer vd., 2007). Bu bulgular, travmatik deneyimlerin yalnızca varlığının değil, aynı zamanda sıklığının ve yoğunluğunun OKB'nin işleyişi üzerindeki etkisine işaret etmektedir (Benedetti vd., 2013). Güncel bir meta-analiz çalışmasında, çocukluk çağı travmalarının türü, şiddeti, tekrarı ve zamanlamasının OKB üzerinde farklı düzeylerde etkili olduğuna ulaşılmıştır. Söz konusu çalışmada, özellikle duygusal ihmal ile duygusal istismarın OKB semptom şiddeti ve belirli obsesyon temalarıyla (örneğin dini, ahlaki veya saldırganlık içerikli obsesyonlar) daha güçlü ilişki gösterdiğine ulaşılmıştır (Baldini vd., 2025). Aynı çalışmada, ÇÇT'nin tedaviye dirençli OKB vakalarında daha sık görülmesinden dolayı travmaya duyarlı tedavilerin klinik müdahale programlarına dahil edilmesinin giderek artan önemine de değinilmiştir. Benzer yönde, üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da ÇÇT ile OKB semptomları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; özellikle duygusal ihmalin OKB semptomlarıyla güçlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (Mathews vd., 2008). Ayrıca, OKB tanılı bireylerde saldırganlık temalı obsesyonlar ile duygusal istismar arasında da anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Kart ve Türkçapar, 2019). Bununla birlikte, ÇÇT'nin obsesyonlardan çok kompulsiyonlarla ilişkili olabileceği de ileri sürülmüştür (Miller ve Brock, 2017). Caspi ve arkadaşları (2014) ise OKB tanılı bireylerde çocukluk çağı cinsel istismar öyküsünün kontrol grubuna kıyasla fazla görüldüğünü ve ÇÇT'nin OKB'nin seyrini olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte, ÇÇT'nin OKB üzerindeki etkilerinin dolaylı

yollarla da ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Nitekim, travmatik yaşantıların bireyin anksiyete ve depresyon düzeylerini artırarak OKB semptomlarını şiddetlendirdiği görülmektedir (Çoban ve Tan, 2020).

Literatürdeki genel eğilim, ÇÇT ile OKB arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu desteklemekle beraber bu ilişkinin tutarlı olmadığına dair veriler de mevcuttur. Bazı çalışmalarda çocukluk istismar/ihmalinin OKB semptom şiddetiyle pozitif ancak küçük-orta büyüklükte bir ilişki bildirmektedir (Fontenelle vd., 2011; Ou vd., 2021). Ayrıca erken dönem travmanın OKB'ye özgü bir nedensel rolü olduğuna dair kanıtlar sınırlı olup, çoğunlukla retrospektif çalışmalar şeklinde yürütülen araştırmaların hatırlama yanlılığına açık olması, örneklemelerin klinik olması ve dolayısıyla seçim yanlılığı içermesi, travma türlerinin heterojen tanımlanması nedeniyle mevcut bulguların yorumlanması dikkat gerektirmektedir. Travma türleri ile OKB'nin alt tipleri (örneğin temizlik, kontrol, simetri veya saldırganlık obsesyonları) arasındaki ilişkinin doğası henüz tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır (Destree vd., 2021; Miller, 2006). Bu nedenle, güncel literatür, OKB ve ÇÇT ilişkisinin değerlendirilmesinin giderek artan önemine vurgu yapmaktadır (Badour vd., 2012; Demirci, 2016).

2.4. MENTALİZASYON VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Mentalizasyon, bireyin hem kendine hem de başkalarına ilişkin duygu, düşünce, istek ve niyet gibi zihinsel durumları anlama ve anlamlandırma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Fonagy vd., 1991; Fonagy vd., 1994). Bu kavram, 1978 yılında tanımlanan “Zihin Kuramı” (theory of mind) ile yakından ilişkilidir. Zihin Kuramı, bireyin hem kendi hem de başkalarının davranışlarını, duygularını, inançlarını ve niyetlerini algılayıp anlamlandırabilme becerisini ifade etmektedir (Bateman ve Fonagy, 2004).

Fonagy ve arkadaşlarına (2007) göre ise mentalizasyon yalnızca bilişsel bir anlama süreci değil, aynı zamanda duygusal ve kişilerarası bağlamı da kapsayan daha geniş bir yapıdır. Bu nedenle mentalizasyon, zihin kuramını da içine alan, çok boyutlu bir kapasite olarak ele alınmaktadır. Mentalizasyon

kapasitesi, bireyin sosyal etkileşimlerde bulunmasını, kişilerarası ilişkilerde uyum geliştirmesini ve psikolojik iyi oluş düzeyini korumasını sağlayan temel bir bilişsel-duygusal işlev olarak kabul edilmektedir (Sharp ve Fonagy, 2008).

Mentalizasyon kapasitesinin gelişim mekanizması çoğunlukla bağlanma kuramı temelinde açıklanmaktadır. Buna göre, erken dönem ebeveyn-çocuk ilişkisinin niteliği, mentalizasyon kapasitesinin gelişiminde belirleyici bir rol oynamaktadır (Fonagy vd., 2007). Bowlby (1969/1982), bireyin hem dış dünyayı hem de kendi iç dünyasını sağlıklı biçimde keşfedebilmesi için güvenli bağlanmanın önemine vurgu yapmıştır. Winnicott'un görüşleri de bu yaklaşımı desteklemekte; bakım verenin yüz ifadeleri, duygusal tepkileri ve aynalayıcı tutumları aracılığıyla çocuğun ihtiyaçlarına duyarlılık göstermesinin, çocuğun zihinsel durum farkındalığını ve dolayısıyla mentalizasyon kapasitesini desteklediğini öne sürmektedir (Fonagy ve Target, 1997). Bu bağlamda, güvenli bağlanma geliştiremeyen ve yeterli duygusal aynalanma deneyimi yaşamayan çocukların, ilerleyen dönemlerde hem kendilerine hem de başkalarına dair zihinsel temsillerinde eksiklik ve mentalizasyon becerisinde yetersizlik geliştirme olasılıklarının arttığı belirtilmektedir (Fonagy ve Target, 1997). Nitekim, Yücel (2023) tarafından OKB tanı grubuyla yürütülen bir çalışmada, kendilik temelli zihinselleştirme ile anneden algılanan duygusal sıcaklık arasında pozitif; reddedicilik düzeyiyle ise negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgu, ebeveynlik tutumlarının yetişkinlikteki mentalizasyon kapasitesi üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir.

Mentalizasyon becerisi, otomatik/kontrollü kendine yönelik/başkasına yönelik, içsel/dışsal özelliklere dayalı ve bilişsel/duygusal mentalizasyon olmak üzere dört temel boyutta değerlendirilmektedir (Luyten vd., 2024). Bu boyutlar, mentalizasyonun hem bireyin içsel süreçlerini düzenleme hem de dış dünyayla ilişkilerini yapılandırma işlevine sahip çok yönlü bir mekanizma olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, mentalizasyon empati, farkındalık, aleksitimi, içgörü ve psikolojik farkındalık gibi kavramları kapsayan bir "şemsiye kavram" olarak da değerlendirilmektedir (Choi-Kain ve Gunderson, 2008). Diğer yandan, mentalizasyon becerisini işlevsellik bakımından değerlendirmek de

mümkündür. Bu durumda, bilişsel esneklik, empati, alçakgönüllülük, mizah duygusu ve zihinsel durumların fiziksel gerçekliğin temsilleri olduğuna dair farkındalık etkili bir mentalizasyon becerisi olarak görülmektedir. Buna karşın, bireyin kendisi ve diğerleri hakkında katı, empatik olmayan ve esnekliği düşük düşünce kalıplarına sahip olması etkisiz yani zayıf mentalizasyon becerisine işaret etmektedir (Luyten vd., 2024). Fonagy ve arkadaşlarına (2006) göre başarılı bir mentalizasyon kapasitesi, yalnızca bilişsel farkındalığı değil, aynı zamanda düşüncelerle duygular arasındaki bağlantıların kavranmasını kapsamaktadır. Tüm bu becerilerin eksikliği ise bireyin işlevselliği bilişsel ve duygusal mekanizmasını bozmakta ve psikopatolojik yapılanmalara zemin hazırlamaktadır (Luyten vd., 2024).

Son yıllarda yürütülen çalışmalarda, OKB’de gözlemlenen bazı bilişsel ve duygusal mekanizmaların mentalizasyon becerileriyle yakından ilişkili olabileceği vurgulanmaktadır. Örneğin, OKB’de sıklıkla gözlemlenen ruminatif düşünme eğiliminin, bireyin dikkatini içsel süreçlerine yoğunlaştırarak sosyal ipuçlarını yakalama kapasitesini azaltmaktadır. Bu durum, başkalarının zihin durumlarını fark etme ve anlamlandırma becerisini zayıflatmakta; dolayısıyla mentalizasyon kapasitesinin azalmasına ve OKB semptomlarının sürmesine yol açmaktadır (Hawley vd., 2024). Benzer şekilde, OKB’de sıkça görülen duygu düzenleme güçlükleri, bireyin tehdit algısını artırmakta ve empati kurma ile niyet okuma becerilerini zayıflatmaktadır (Bischof vd., 2024; Ferrández-Mas vd., 2023). Ayrıca, belirsizliği tehdit olarak algılama eğilimi ve kesinlik arayışı da bireyin başkalarının niyetlerine ilişkin tek bir olasılığa saplanmasına ve alternatif zihinsel durumları fark edememesine yol açmaktadır (Knowles ve Olatunji, 2023; Näsling vd., 2024). Bunun yanı sıra, OKB’nin belirgin özelliklerinden olan bilişsel esnekliğin kaybı ve set değiştirme güçlükleri, bireyin “başkası farklı bir niyet taşıyor olabilir” bakış açısına geçişini zorlaştırarak mentalizasyon sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Frota Lisboa Pereira de Souza ve Fineberg, 2024). Sloover ve arkadaşlarının (2022) 26 araştırmayı içeren meta-analiz çalışmasında, OKB hastalarında kontrol gruplarına kıyasla mentalizasyon becerilerinde orta düzeyde ve anlamlı bir

bozulma saptandığı bildirilmiştir. Bu bulgular, OKB tanılı bireylerde mentalizasyon kapasitesinin azalmasında rol alan bilişsel ve duygusal mekanizmaların önemini vurgulamaktadır (Sloover vd., 2022). Dolayısıyla, OKB'nin tedavisinde bilişsel ve duygusal mekanizmaların arasındaki etkileşimi kuvvetlendirmek için mentalizasyon temelli yaklaşımlardan (örneğin Mentalizasyon Temelli Terapi) yararlanılabileceği düşünülmektedir (Sayın vd., 2010).

Sonuç olarak, literatürde yer alan bulgular, mentalizasyon becerilerindeki bozulmaların sadece OKB'nin sürmesinde değil, bozukluğun gelişiminde de önemli rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, mentalizasyonun sadece bir tedavi hedefi olarak ele alınmasının ötesinde, OKB'ye yatkınlığı azaltabilecek önleyici bir ruh sağlığı değişkeni olarak da çalışılması önerilmektedir.

2.5. MENTALİZASYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Zihinsel durumların doğrudan gözlemlenemeyen yapısı nedeniyle, bireyin bir diğersinin davranışlarını anlamlandırabilmesi için karşıdakinin ne düşünüyor ya da hissediyor olabileceğine dair fikir yürütmesi gerekmektedir (Fonagy ve Target, 2006). Bu durum mentalizasyon becerisindeki kişiye özgü farklılıkların temelini oluşturmaktadır. Özellikle, duygusal açıdan stresli durumlar karşısında mentalizasyon becerisinin etkin biçimde kullanılabilmesi, kişinin hem kendi duygusal tepkilerini hem de başkalarının niyetlerini doğru biçimde değerlendirebilmesi açısından kritik önem taşımaktadır (Bateman ve Fonagy, 2016). Yani, bireyin kişisel deneyimleri hem genel hem de duruma özgü zihinsel çıkarımların şekillenmesinde rol oynamaktadır.

Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler, güvenli bağlanmanın kurulamaması, bakım verenin duygusal olarak yetersiz ya da tutarsız tepkileri, çocuğun mentalizasyon becerisinin sağlıklı biçimde gelişmesini engelleyebilmektedir. Bu durum, erişkinlikte kişilerarası ilişkilerde zorluklara, empati kurma güçlüklerine ve duygu düzenleme sorunlarına yol açabilmektedir

(Smits vd., 2002; Yang ve Huang, 2024). Fonagy ve Bateman (2006), çocukluk çağı travmalarının mentalizasyonu nasıl etkilediğini açıklarken “fobik kaçınma” modeline dikkat çekmektedir. Modele göre, travmatik deneyimler yaşayan çocuklar, travmanın yarattığı olumsuz duygulardan korunabilmek için zihinsel durumların farkına varma becerilerinden kısmen vazgeçebilmektedirler. Başkalarının düşünce ve duygularını algılamak, çocuğu ebeveynlerinin kötü niyetli veya tehditkâr zihinsel durumlarına maruz bırakabileceğinden, çocuk mentalizasyon kapasitesini bilinçdışı biçimde sınırlandırarak kendini bu potansiyel tehlikelerden korumaya çalışmaktadır (Bateman ve Fonagy, 2016). Bu durum, mentalizasyon becerisindeki bozulmaların yalnızca psikolojik etkilerle sınırlı olmadığını, aynı zamanda nörobiyolojik değişimlerle de açıklanabileceğini göstermektedir.

Çocukluk çağı travmaları, kronik stres yoluyla HPA ekseninin işleyişini değiştirmekte ve bu durum prefrontal korteks, hipokampus ve amigdala gibi beyin bölgelerinin gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu tür yapısal ve işlevsel değişikliklerin, bireyin sosyal ipuçlarını tehdit olarak yorumlama eğilimini artırdığı ve hem kendine hem de başkalarına ilişkin zihinsel temsilleri bağlama yerleştirmede güçlük yarattığı gösterilmiştir (Teicher ve Samson, 2016; Thijssen vd., 2024). Aynı zamanda, bireyin içsel süreçlerine odaklanmasını, duygularını düzenlemesini ve sosyal etkileşimlere hazırlanmasını destekleyen Varsayılan Mod Ağı'nın (default mode network) travma sonrası işlevsel bütünlüğünün bozulabileceği öne sürülmektedir. Bu da mentalizasyon süreçlerinde bozulmaya ve başkalarının zihinsel durumlarını anlama kapasitesinin zayıflamasına yol açabilmektedir (Azarias vd., 2025; Chiesa ve Fonagy, 2014). Nitekim çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada, mentalizasyonun bu ilişkiye tam aracılık ettiği bulunmuştur (Wagner-Skacel vd., 2022). Tüm bu bulgular, travmanın bireyin zihinsel işleme kapasitesi üzerindeki olumsuz etkilerine ışık tutmaktadır.

Sonuç olarak, mevcut literatür, çocukluk çağı travmalarının mentalizasyon kapasitesi üzerinde hem gelişimsel hem de nörobiyolojik düzeyde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, mentalizasyonun

çocukluk çağı travmaları ile erişkinlikte ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkide aracı bir mekanizma olarak rol oynayabileceği ve bu noktada daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (Berthelot vd., 2019).

2.6. İNTEROSEPSİYON

Beden, hiç durmadan hem dış dünyadan hem de iç organlardan gelen duyuşal uyanları işlemekte ve bu sayede sistemler arasındaki dengeyi sürdürmektedir. Dış dünyadan alınan duyuşal girdiler ekstrosepsiyon (görme, koklama, tatma, dokunma, işitme), iç organlardan gelen duyuşal sinyaller ise interosepsiyon yoluyla elde edilmektedir (Mehling vd., 2009). Özellikle interosepsiyonun genel sağlık üzerinde belirgin bir etkisi olduğu bilinmektedir (Craig, 2009; Khalsa vd., 2018; Tsakiris ve Critchley, 2016). Bu yolla gelen sinyallerin doğru yorumlanması, homeostaz ve allostazın sürdürülmesine de katkıda bulunmaktadır (Price ve Hooven, 2018; Quigley vd., 2021).

İnterosepsiyon (iç algı), sinir sisteminin vücuttan gelen sinyalleri algılama, yorumlama ve bütünleştirme süreci olarak ifade edilmektedir (Quigley vd., 2021). İlk olarak, Nobel ödüllü nörofizyolog Charles Sherrington tarafından, “bedenin iç organlardan gelen duyumları” olarak tanımlanmıştır (Sherrington, 1906). Tıp, psikoloji, felsefe, antropoloji gibi farklı alanlarda beden farkındalığı (body awareness), somatik farkındalık (somatic awareness) ya da iç algı farkındalığı (interoceptive awareness) kavramlarıyla birlikte kullanılmakta ve çoğu zaman örtüşmektedir (Mehling vd., 2012). İnteroseptif becerilerin gelişiminde bireyin erken dönemde bakım vereniyle arasındaki ilişkinin destekleyici bir rol oynadığı öne sürülmektedir. Nitekim, erken dönemde bakım veren-bebek ilişkisinin interosepsiyon üzerindeki rolünün incelendiği bir çalışmada, kaçınan bağlanma stiline sahip bireylerin interosepsiyon düzeylerinin düşük, kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (Oldroyd vd., 2019).

İnterosepsiyon, kalp atışı, solunum, açlık, tokluk gibi bedensel duyumların yanı sıra, otonom sinir sisteminin ürettiği kaç-savaş-dona kal yanıtlarının

bilinçdışı olarak algılandığı bir süreçtir (Barrett vd., 2015; Cameron, 2001; Craig, 2002). Bu sürecin bilinçli yanı ise genellikle interoseptif farkındalık olarak tanımlanmaktadır ve bireyin bedensel duyularını fark etme, doğru biçimde yorumlama ve bu farkındalığı üstbilişsel düzeyde yansıtma kapasitesini ifade etmektedir (Garfinkel vd., 2015). Bu noktada, interosepsiyonun çeşitli işlevlerle ilişkili bir süreç olduğu dikkat çekmektedir. Nitekim, interosepsiyonun duygusal, bilişsel ve davranışsal düzenleme süreçlerinin temeli olduğu, benlik deneyiminin biçimlenmesinde ve sosyal ilişkilerin işlevselliğinde kritik rol üstlendiği belirtilmektedir (Oldroyd vd., 2019; Tsakiris ve Critchley, 2016).

İnterosepsiyon süreçlerinde yaşanan bozulmalar ise psikopatolojiye zemin hazırlamaktadır. Nitekim, 18 nicel araştırmayı içeren bir meta-analiz çalışmasında, şizofreni, OKB, depresyon, fibromiyalji, alkol-madde bağımlılığı ve Parkinson gibi psikopatolojilerde interoseptif doğruluk, hassasiyet ve farkındalık düzeyinde bozulmalar saptanmıştır. Buna karşın, interoseptif farkındalığı daha yüksek olan bireylerde semptom şiddeti ve sıklığının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Locatelli vd., 2023). Ayrıca interosepsiyonun anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, yeme bozuklukları ve somatizasyon gibi çeşitli psikopatolojilerin seyrinde de rol sahibi olduğu gösterilmiştir (Kaye vd., 2009; Paulus vd., 2009). Ek olarak, interosepsiyon ile duygu düzenleme becerileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu; depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları gibi duygu düzenleme zorluklarıyla karakterize patolojilerde ise bu ilişkinin belirginleştiği bildirilmektedir (Craig, 2009; Farb vd., 2015; Paulus ve Stein, 2010).

Literatürde, interosepsiyon ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, anoreksiya nervoza vakalarında interoseptif işlev bozukluğu görülmektedir. Bozulmuş interoseptif geri bildirim, yiyecek alımını düzenleyen sinyallerin yanlış yorumlanmasına ve uygunsuz yeme davranışlarının gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Adams vd., 2022). Ek olarak, anoreksiya nervoza tanılı bireylerde yapılan çalışmalarda interoseptif farkındalık düzeylerinin düşük olduğu ve bu bozulmanın beden algısı ile duygusal farkındalık süreçlerini olumsuz etkilediği bulunmuştur (Pollatos vd.,

2008; Preyde vd., 2016). Depresyon ve anksiyete ile interosepsiyon arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Pollatos ve arkadaşları (2009) tarafından yürütülen bir çalışmada, interoseptif doğruluğun anksiyete ile pozitif, depresyon ile ise negatif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir. Depresyon tanı grubuyla yapılan araştırmada ise tanı grubunun kontrol grubuna kıyasla daha düşük interoseptif doğruluk düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Schultchen vd., 2021). Anksiyete düzeyi yüksek bireylerin ise interoseptif sinyalleri olumsuz yönde değerlendirdikleri ve bedensel sinyallere aşırı odaklandıkları bildirilmiştir. Özellikle, panik bozukluğu olan bireylerde interoseptif duyarlılık ile panik semptomları arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (Clemente vd., 2024). Depresyonda görülen anhedoni, interoseptif sinyallerin zayıf işlenmesiyle ilişkili olabilir. Bu durum, duygulara ilişkin içsel geri bildirim mekanizmalarını bozarak uygun duygu düzenleme stratejilerinin etkin biçimde kullanılmasını engelleyebilir (Jenkinson vd., 2024). Ayrıca, depresyonda hem interoseptif becerilerde azalma hem de bozulmuş beden farkındalığı rapor edilmiştir. İnterosepsiyonun duygudurum düzenleme kapasitesiyle olan ilişkisinin depresyonda belirleyici bir rol oynadığı da ortaya konmuştur (Jenkinson vd., 2024).

İnterosepsiyon duygu düzenleme süreçlerinin önemli bir parçası olarak görülmektedir. Bu durum, TSSB dahil birçok psikopatolojide tanılar üstü müdahale hedefi olarak değerlendirilebileceğini ortaya koymaktadır (Brewer vd., 2021; Pinna ve Edwards, 2020; Zamariola vd., 2019). Nitekim, TSSB’de travmatik yaşantıların bireyin duygusal ve duyusal farkındalığını zayıflattığı, nöropsikolojik süreçlerde kalıcı değişimlere yol açtığı ve bu nedenle interoseptif farkındalığa yönelik psikoterapötik müdahalelerin önemi vurgulanmaktadır (Porges, 2011; Reinhardt vd., 2020; Taylor vd., 2011). Bazı TSSB çalışmalarında interoseptif süreçler, travma sonrası beden sinyallerine aşırı duyarlılık ve tetiklenme (ör. kalp atışına aşırı odaklanma), bazı çalışmalarda ise travmaya bağlı dissosiyasyon nedeniyle içsel duyumlara karşı kopukluk olarak tanımlanmaktadır. İnteroseptif duyumların travmatik anıların tetiklenmesinde hem koşullanma hem de takip eden kaçınma/uyumsuz düzenleme

davranışlarıyla ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Joshi vd., 2023). Travmatik deneyim anında oluşan güçlü beden-hafıza bağlantısı, yeniden yaşantı kaçınma ve dissosiyatif belirtilere yol açabilmektedir. Bu durum, TSSB tedavisinde interoseptif sinyallerin güvenli biçimde işlenmesinin önemini göstermektedir (Joshi vd., 2023). Travma odaklı müdahalelere interoseptif düzenleme tekniklerinin (ör. yavaş, kontrollü beden farkındalığı egzersizleri, travmaya duyarlı yoga) eklenmesi, semptomların ve bedensel tetiklenmenin azalmasına katkı sağlayabilmektedir. Ancak, hangi semptomlarda hangi tekniklerin etkili olduğuna ilişkin daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır (Joshi vd., 2023).

Sonuç olarak, mevcut literatür birçok psikopatolojide ortak olarak interosepsiyon süreçlerinde bozulma görüldüğüne işaret etmektedir. Ancak, söz konusu bozulmanın çıktıları her bir psikopatolojide farklılık göstermektedir. Bu nedenle, interoseptif süreçlerin kendi içinde ve psikopatoloji özelinde ayrı olarak ele alınması semptomların gelişimini ve sürdürülmesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi için kritiktir. Nitekim, interosepsiyon hem kuramsal araştırmalarda hem de müdahale ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesinde önemli ve umut vadeden tanı ötesi bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

2.6.1. İnterosepsiyonda 3'lü Model

İnterosepsiyonun değerlendirilmesine yönelik farklı yaklaşımlar ve ölçüm araçları bulunmaktadır. Garfinkel ve arkadaşları (2015) interosepsiyonun tutarlı biçimde kavramsallaştırılabilmesi için üç boyutlu bir model önermişlerdir. Bu üç boyutlu modele göre interosepsiyon; interoseptif doğruluk (interoceptive accuracy), interoseptif duyarlılık (interoceptive sensibility) ve interoseptif farkındalık (interoceptive awareness) olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır.

2.6.2. İnteroseptif Doğruluk (Interoceptive Accuracy)

İnteroseptif doğruluk, bireyin bedensel duyularını nesnel olarak ne ölçüde doğru algılayabildiğini ifade etmektedir. Bu kavram, genellikle kalp atışlarını doğru biçimde algılama becerisini ölçen Kalp Atışı Takip Görevi (heartbeat tracking task) aracılığıyla değerlendirilmektedir (Herbert vd., 2012;

Schandry, 1981). Ölçüm esnasında katılımcılardan gözlerini kapatarak dört farklı zaman aralığında (25, 35, 45 ve 55 saniye) kalp atış sayılarını tahmin etmeleri istenmektedir. Gerçek kalp atış sayıları ise bir nabız ölçer cihazıyla kaydedilmektedir.

İnteroseptif doğruluk boyutunun temel sorusu, “Kalbinizin ne zaman attığını doğru bir şekilde biliyor musunuz?” şeklinde ifade edilmektedir (Garfinkel vd., 2015). İnteroseptif doğruluk, bireyin duygularını deneyimleme ve düzenlenme süreçleriyle yakından ilişkilidir. Çalışmalar, düşük interoseptif doğruluk düzeyine sahip bireylerin stres etmenlerine karşı daha fazla olumsuz duygusal tepkiler verdiklerini göstermiştir (Kindermann ve Werner, 2014).

2.6.3. İnteroseptif Duyarlılık (Interoceptive Sensibility)

İnteroseptif duyarlılık, bireyin içsel bedensel duyularına yönelik öznel farkındalığını ve bu duyulara ne ölçüde dikkat ettiğine dair algısını ifade etmektedir. Bu duyarlılık, genellikle bireyin öz bildirimine dayanan ölçekler aracılığıyla değerlendirilmektedir. Bu kapsamda, Beden Algısı Ölçeği (Porges, 1993), İnteroseptif Duyarlılık ve Dikkat Anketi (Bogaerts vd., 2022) ve İnteroseptif Karışıklık Anketi (Brewer vd., 2016) sıklıkla kullanılmaktadır. Günümüz çalışmalarında en yaygın kullanılan ölçüm araçları ise Çok Boyutlu İnteroseptif Farkındalık Değerlendirmesi ve Beden Algısı Ölçeği'dir (Cabrera vd., 2018). Beden Algısı Ölçeği daha çok kaygı kaynaklı hipersensitivite ve somatizasyona yönelik değerlendirmelerde kullanılmakta ve olumsuz fiziksel duyulara aşırı dikkat eğilimini yansıtmaktadır (Cerritelli vd., 2021; Vig vd., 2022). Buna karşın, Çok Boyutlu İnteroseptif Farkındalık Değerlendirmesi, beden-zihin bütünlüğü içinde bedensel duyuların farkına varma, yorumlama ve düzenleme becerilerini ölçmektedir. Bu yönüyle daha uyumlu interoseptif süreçleri değerlendirmeye yönelik kapsamlı bir ölçüm aracıdır (Mehling vd., 2012). Ayrıca, yalnızca deneysel araştırmalarda değil; aynı zamanda beden-zihin temelli terapilerde bireyin kişisel farkındalık deneyimlerini değerlendirmek amacıyla da işlevsel bir ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır (Fiskum vd., 2023).

2.6.4. İnteroseptif Farkındalık (Interoceptive Awareness)

İnteroseptif farkındalık, bireyin kendi interoseptif doğruluğuna ilişkin üstbilişsel farkındalığını temsil etmektedir (Garfinkel ve Critchley, 2013). Bazı çalışmalarda, interosepsiyonun tüm yönlerini kapsayan bir şemsiye kavram da olarak kullanılmaktadır (Khalsa vd., 2018). İnteroseptif farkındalık, bireyin objektif interosepsiyon performansı (interoseptif doğruluk) ile performansla dair farkındalığı arasındaki ilişki üzerinden ölçülmektedir (Gabriele vd., 2022). Birey, “Kalp atış hızımı doğru mu yoksa yanlış mı değerlendirdiğimin farkında mıyım?” sorusuna ne ölçüde yanıt verebiliyorsa, interoseptif farkındalığı da aynı ölçüde yüksektir (Garfinkel ve Critchley, 2013).

2.6.5. İnterosepsiyon ve Polivagal Teori

İnsanın varlığını sürdürebilmesi ve psikolojik bütünlüğünü koruyabilmesi için güvenli sosyal bağlara ihtiyacı vardır. Söz konusu bağların kurulmasında otonom sinir sistemi düzenleyici olarak temel bir rol oynamaktadır (Dana, 2021). Bu mekanizmanın işleyişi ise Polivagal Teori tarafından, klasik “kaç-savaş-don” tepkilerinin ötesine geçerek, sosyal bağlılık sistemini de kapsayan evrimsel bir çerçevede açıklanmaktadır (Porges, 2003). Nörosepsiyon, hiyerarşi ve ortak düzenleme olmak üzere teorisinin üç temel bileşeni bulunmaktadır (Porges, 2022). Teoriye göre otonom sinir sistemi, çevreden ve iç organlardan gelen duyuları sürekli olarak değerlendirmekte ve ortamın güvenli, tehdit edici ya da tehlikeli olup olmadığına dair sinyalleri algılamaktadır. Bilinçdışı işleyen bu süreç ise nörosepsiyon olarak adlandırılmaktadır (Porges, 2003; Porges, 2004). Nörosepsiyon, hem interoseptif (iç algı) hem de ekstroseptif (dış algı) girdileri içeren, sözsüz ve otomatik bir süreçtir. Bu sistem, bireyin farkındalık düzeyinde düşünmeden riskleri değerlendirmesini ve organizmanın refleksif biçimde hayatta kalmasını sağlamaktadır (Porges, 2022). Ek olarak memelilerin, yalnızca tehditlere değil, aynı zamanda güvenlik sinyallerine de yanıt verebilen geniş bir nöroseptif ağına sahip olduğu bilinmektedir (Porges, 2022).

Otonom sinir sistemi, çevresel uyarılara verilen yanıtları üç temel düzeyde işlemektedir. Bunlar, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile kaç-savaş tepkileri ve parasempatik sinir sisteminin dorsal vagal yolu üzerinden gerçekleşen donma tepkisidir (Porges, 2003). Polivagal Teori, bu iki klasik savunma tepkisine ek olarak, ventral vagal sistemin etkinliğine dayanan Sosyal Bağlılık Sistemini (Social Engagement System) tanımlamaktadır. Bu sistem, psikolojik ve fiziksel yakınlığın tehdit algısını azaltarak sosyal bağlanmayı kolaylaştırmaktadır. Böylece, insanın biyolojik olarak “sosyal bir varlık” olmasını desteklemektedir (Porges, 2009; Porges, 2022). Sistemin işleyişinde rol alan mekanizmalardan biri ise “vagal fren”dir. Vagal fren, ventral vagal sistemin aktivasyonu yoluyla bireyin kendini sakinleştirebilme kapasitesini ve sosyal etkileşimlere katılım becerisini tanımlamaktadır (Porges, 2001; Porges, 2007). Bu mekanizma sayesinde birey, çevresel tehditlere karşı fizyolojik uyarılma düzeyini dengede tutarak, sosyal etkileşimlere açık olma halini sürdürebilmektedir. Örneğin, karşılıklı yardım, işbirliği ve ortak düzenleme gibi sosyal davranışların ortaya çıkması, bireyin tehdit karşısındaki tepkilerini düzenleme ve kendini sakinleştirebilme kapasitesine bağlıdır (Porges, 2022). Polivagal Teori ise tüm bu süreçlerin biyolojik temellerini açığa kavuşturmaktadır. Bir başka ifadeyle, insan ilişkilerindeki güvenin ve sosyal etkileşimin mekanizmasına ışık tutmaktadır.

2.7. İNTEROSEPSİYON VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize bir bozukluk olan OKB, çoğunlukla bilişsel ve davranışsal düzlemde ele alınmaktadır (Khalsa vd., 2018). Ancak bu yaklaşım, OKB'nin bedensel bileşenlerini göz ardı ederek bozukluğun bütüncül olarak değerlendirilmesini sınırlandırmaktadır. Oysa, OKB hastalarında gözlemlenen kompulsiyonların yalnızca obsesyonlara değil, aynı zamanda “duyusal fenomen” olarak adlandırılan rahatsız edici öznel deneyimlere de bağlı olduğu bildirilmektedir (Prado vd., 2008). Duyusal fenomenler, içsel gerginlik, “henüz tamam değil” hissi ve tamamlanmamışlık yaşantısı gibi bedensel duyularla ilişkilidir. OKB hastalarının yaklaşık

%70'inde bu tür duyusal fenomenlerin gözlemlendiği belirtilmektedir (Ferrao vd., 2012; Miguel vd., 2000; Shavitt vd., 2014). Bu bağlamda, kompulsiyonların bedensel duyumlardan kaynaklanan gerginliği yatıştırmaya yönelik bir işleve de sahip olduğu görülmektedir (Lazarov vd., 2014). Dolayısıyla, bireyin bu duyumları algılama ve yorumlama biçiminin OKB semptomlarının gelişiminde ve seyirinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Nitekim, duyusal temelli semptomların bireyin bedeninden gelen içsel sinyalleri algılama ve yorumlama becerisi olan interoseptif duyarlılıkla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Eng vd., 2020).

Literatürde, interosepsiyon ve OKB arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmaların sınırlı sayıda olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin, Eng ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen bir çalışmada, 81 kişiden oluşan OKB tanı grubu ve 76 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular, uyumsuz interoseptif duyarlılığın OKB semptom şiddetiyle pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada, OKB tanı grubunun acı veren ya da rahatsız edici bedensel duyumlar karşısında dikkatlerini daha zor dağıttıkları, bu duyumlara ilişkin endişelerinin arttığı ve bedenlerini daha güvensiz algıladıkları saptanmıştır. Ayrıca, interosepsiyonun farkına varma alt boyutunun, OKB'nin simetri ve sorumluluk semptomlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. İnterosepsiyonun rahatsız edici duyumları karşısında bireyin endişelenme eğiliminin ise OKB'nin kirlenme ve sorumluluk alt boyutlarıyla anlamlı biçimde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, interosepsiyonun OKB semptomlarının sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Eng vd., 2020). Bununla birlikte, interosepsiyon ve OKB arasındaki ilişkiye dair bulgular arasında dikkate değer tutarsızlıklar da bulunmaktadır (Bragdon vd., 2021). Örneğin, bazı araştırmalar OKB hastalarının interoseptif doğruluk düzeylerinin sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu (Yoris vd., 2017), bazıları ise bu düzeyin belirgin biçimde azaldığını göstermektedir (Demartini vd., 2021; Schultchen vd., 2019). Söz konusu tutarsızlıkların, interosepsiyonun ölçüm yöntemlerindeki farklılıklardan ve kavramın farklı boyutlarının (örneğin doğruluk, farkındalık, duyarlılık) yeterince ayrıştırılmadan ele alınmasından

kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Garfinkel ve Critchley, 2013; Murphy vd., 2020). Nitekim, interosepsiyonun kalp atışı takip göreviyle ölçüldüğü bir çalışmada OKB hastalarında interoseptif duyarlılığın arttığı rapor edilirken, kas gerginliği tahmin görevi kullanılarak yapılan ölçümlerde interoseptif doğruluğun azaldığı saptanmıştır (Lazarov vd., 2014). Ayrıca, bu durumun kullanılan ölçüm aracının yalnızca belirli bir fizyolojik sistemi (örneğin kardiyovasküler ya da somatik kas sistemleri) temsil etmesi ve bu sistemlerin OKB’de farklı biçimlerde etkilenebilmesiyle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Bragdon vd., 2021; Khalsa vd., 2020). Bu bağlamda, interosepsiyon ve OKB arasındaki ilişkinin çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu dikkat çekmektedir. Söz konusu yapının önemli bir yönünü ise interosepsiyonun nörobiyolojik temelleri ile OKB arasındaki bağlantılar oluşturmaktadır.

Bedenin iç sinyallerini algılama, duygularla bütünleştirme ve dış uyaranlarla arasında köprü kurma gibi interoseptif süreçlerden, insula ve singulat korteks gibi temel beyin bölgeleri sorumludur (Menon, 2025). Bu doğrultuda yapılan çalışmalar, singulat korteksin OKB’nin bilişsel kontrol süreçlerinde kritik bir rol oynadığını göstermektedir (Craig, 2002; Pollatos vd., 2009; Robbins vd., 2019). Güncel bir araştırmada, Bria ve arkadaşları (2023) OKB hastalarının singulat korteksinde glutamat düzeyinin daha yüksek, GABA düzeyinin ise daha düşük olduğunu bildirmiştir. Bu nörokimyasal dengesizlik ise hem bilişsel kontrol hem de duygu düzenleme süreçlerindeki aksaklıklarla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, varsayılan mod ağı ve insula birlikte çalışarak bedensel sinyalleri benlikle ilişkili bilişsel içeriklere entegre etmektedir. Böylece hem bedensel farkındalık hem de benlik algısı şekillenmektedir (Nogueira vd., 2025). Bu süreçte yaşanan aksaklıkların ise OKB’de interoseptif becerilerin bozulması, bedensel sinyallere aşırı önem verme ve “tam değil” hissini kronikleşmesi ile sonuçlanmaktadır (Schimmelpfennig vd., 2023). Bu durumda, varsayılan mod ağının baskılanmasında yaşanan güçlük, bireyin aşırı içe dönük izleme ve değerlendirme döngüsüne hapsolmasına yol açmaktadır.

Bu nörobiyolojik bulgular, klinik düzeyde interoseptif sinyalleri hedefleyen terapötik müdahalelerin önemine dikkat çekmektedir. Özellikle,

MBTÖ seanslarına eklenen güvenli maruz bırakma çalışmaları, beden taraması ve meditasyon temelli farkındalık egzersizlerinin, insula ile varsayılan mod ağı dengesizliğini düzenleyerek tedavi verimini artırabileceği öne sürülmektedir (Abramowitz, 2018; Blakey vd., 2017; Wilson vd., 2025). Bu tür uygulamaların aracılığıyla bireyin bedensel duyularıyla kurduğu ilişki yeniden yapılandırarak kompulsif döngülerin kırılması desteklenebilir.

Sonuç olarak, mevcut literatür OKB ve interosepsiyon arasındaki ilişkiye dair önemli veriler sunmaktadır. Ancak, bu mekanizmanın tam olarak anlaşılabilmesi için interosepsiyonun farklı boyutlarının (doğruluk, farkındalık, duyarlılık) ayrı ayrı incelendiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu da görülmektedir (Bragdon vd., 2021).

2.8. İNTEROSEPSİYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin, yetişkinlik döneminde hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerinde kalıcı etkiler bıraktığı uzun süredir bilinmektedir. Son yıllarda, bu etkilerin altında yatan psikofizyolojik mekanizmalar giderek artan bir ilgiyle araştırılmaktadır (Elwenspoek vd., 2020). Bu bağlamda dikkat çeken süreçlerden biri de interosepsiyondur. İnterosepsiyon, homeostazın ve allostazın sürdürülmesinde, duygu düzenleme süreçlerinde ve beden-benlik bütünlüğünün oluşumunda merkezi bir rol oynamaktadır (Schmitz vd., 2023). Bu nedenle, çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin interoseptif süreçleri olumsuz yönde etkileyerek psikolojik işlevselliği bozabileceği ve hasara yol açabileceği öne sürülmektedir (Smith vd., 2022).

Travma literatüründe interoseptif süreçlerin rolü iki temel mekanizma üzerinden açıklanmaktadır. Birinci mekanizma, travmatik olay sırasında ortaya çıkan güçlü bedensel belirtilerin (örneğin hızlanmış kalp atışı, nefes değişiklikleri) koşullanma yoluyla belleğe kaydolması ve gelecekte benzer içsel ya da dışsal uyanlarla karşılaşıldığında bu bedensel tepkilerin yeniden tetiklenmesidir. İkinci mekanizma ise travmaya bağlı dissosiyatif süreçlerin, interoseptif sinyallerin anlamlandırılmasını bozarak hatalı üstbilişsel değerlendirmelere yol açmasıdır (Joshi vd., 2023). Travma sonrası bireylerde

bedensel ve duygusal uyarılma düzeyinin hızla artması, bu içsel sinyallerin genellikle “tehdit” olarak yorumlanmasına yol açmaktadır. Özellikle, çocukluk döneminde yaşanan travmatik stres, bu mekanizmalar aracılığıyla erişkinlikteki stres tepkilerini kalıcı biçimde değiştirebilmektedir (Elwenspoek vd., 2020; Wilson vd., 2011). Bu süreçte, HPA eksenini ve sempatik-adreno-medüller sistemin kronik aktivasyonu, stres hormonlarının uzun süreli salınımına yol açarak hem psikolojik hem de fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Juster vd., 2010; Padgett ve Glaser, 2003).

Nörogörüntüleme çalışmaları, ÇÇT öyküsü bulunan bireylerde insula ve singulat korteksin, duygusal uyarımlarla karşılaştıklarında interoseptif sinyallere aşırı veya düzensiz yanıt verdiğini göstermiştir (Hosseini-Kamkar vd., 2023; Schmitz vd., 2023). Başka bir ifadeyle, travma öyküsü olan bireylerde bedensel duyumlar ve duygusal deneyimler arasında uyumsuz bir eşleşme meydana gelmekte; bu durum da duygu düzenleme güçlüklerini beslemektedir. Bu süreçlerin işleyişinde erken dönemde bakım verenle kurulan ilişkinin önemli bir rolü bulunmaktadır. Özellikle, bakım verenin ihmal ve istismarı ile karakterize travmatik yaşantılar, güvenli bağlanma gelişimini sekteye uğratmakta ve bireyin bedensel sinyallerine odaklanma kapasitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Smith vd., 2022). Bununla birlikte, ÇÇT öyküsü olan ve duygu düzenleme zorluğu yaşayan bireylerin kontrol grubuna kıyasla daha düşük interoseptif farkındalık sergiledikleri görülmektedir. Özellikle akut stres deneyimi sonrasında interoseptif doğruluğun azalması, stres altındaki bedensel sinyal algısının bozulmasına yol açmaktadır. Böylece uygun duygu düzenleme tepkileri de kısıtlanmaktadır (Schmitz vd., 2023). Schaan ve arkadaşlarının (2019) 66 katılımcıyla yürüttükleri çalışmada, çocukluk çağı travmaları arttıkça yetişkinlikte interoseptif doğruluk düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise interoseptif farkındalık ve bilişsel esnekliğin travma sonrası uyum ve psikolojik büyüme süreçlerinde kritik rol oynadığı gösterilmiştir (Sattari, 2022). Bu bulgular, çocukluk çağı travmalarının otonom sinir sistemi düzenlenmesi (örneğin kalp hızı değişkenliği) ve interoseptif işleyiş üzerinde uzun süreli etkileri olabileceğini göstermektedir (Schaan vd., 2019).

Tüm bu bulgular, çocukluktaki travmatik deneyimlerin interosepsif süreçler üzerinde süregelen etkilerinin olduğunu ve bu etkilerin farklı düzlemlerde kendini gösterdiğini işaret etmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar, interosepsiyonun terapötik müdahalelerde hedeflenen bir mekanizma olarak ele alınabileceğini göstermektedir. Nitekim, travmaya duyarlı beden odaklı uygulamalar (örneğin travmaya duyarlı yoga, kontrollü bedensel farkındalık egzersizleri, somatik deneyimleme protokolleri) üzerine yapılan ön çalışmalar, interoseptif farkındalıkta artış ve travma belirtilerinde azalma sağlandığını göstermektedir. Ancak, bu etkilerin travma türüne, terapist-danışan arasındaki güven ilişkisine ve müdahalenin travma dostu biçimde uyarlanmasına bağlı olduğu da vurgulanmaktadır (Shatrova vd., 2024). Dolayısıyla, geliştirilecek müdahalelerde geliştirilmesinde hedeflenen interosepsiyon türünün (doğruluk, duyarlılık, farkındalık) açıkça tanımlanması ve travma türlerine göre uyarlanması kritik öneme sahiptir (Shatrova vd., 2024).

2.9. İNTEROSEPSİYON TEMELLİ MÜDAHALELER

İnterosepsiyon temelli müdahaleler, bireyin bedensel deneyimlerini fark etme, duygusal ifadelerini düzenleme ve bedensel sinyalleri daha doğru biçimde yorumlama becerilerini geliştirmektedir. Böylece, bireyin homeostatik dengesi korunmakta ve duygu düzenleme becerileri güçlenmektedir (Heim vd., 2023; Herbert vd., 2012; Loizzo, 2016; Putica vd., 2024). Bu bağlamda, Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (Karanassios vd., 2021), İnteroseptif Maruz Kalma ile Bilişsel Davranışçı Terapi (Schultchen vd., 2019), Somatik Deneyimleme (Payne vd., 2015) ve EMDR (Putica, 2024) gibi psikoterapötik yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bireylerin bedensel duyularını fark etmeleri, bu duyulara yönelik tolerans geliştirmeleri ve düşünce-duygu-davranış döngüsünü daha işlevsel biçimde düzenlemeleri ise bu yaklaşımların temel hedefleridir. Ek olarak beden farkındalığına dayalı üçüncü dalga terapiler (örneğin kabul ve kararlılık terapisi, farkındalık temelli terapiler) de interoseptif süreçleri düzenlemede etkilidir (Kuyken vd., 2016; Sala vd., 2020).

İnterosepsiyon temelli müdahaleler, OKB başta olmak üzere birçok psikopatolojide semptomların azaltılmasına katkı sağlayabilecek potansiyel tedavi bileşenleri olarak değerlendirilmektedir (Farris vd., 2025; Tanzer vd., 2025; Todd ve Aspell, 2022; Yurdakul vd., 2025). Özellikle, panik bozukluk tedavisinde bedensel sinyallerin yanlış yorumlanmasına odaklanan klasik bilişsel model, interoseptif süreçleri hedefleyen müdahalelerin öncüsü olmuştur. Bu doğrultuda, karbondioksit inhalasyonu gibi yöntemler yanlış yorumlanan bedensel sinyalleri doğrudan hedef alan ilk klinik uygulamalardan biridir (Griez vd., 1986). Travmatik deneyimlere sahip bireylerde ise bedensel ve duygusal değişimlere yönelik farkındalığın artırılması, kalp atışı gibi bedensel sinyallerin daha doğru biçimde ayırt edilmesini kolaylaştırmaktadır (Schaan vd., 2019). Ek olarak, otizm spektrum bozukluğu, kronik ağrı, yeme bozuklukları, fibromiyalji, irritabl bağırsak sendromu, majör depresif bozukluk ve madde kullanım bozukluğu gibi çok çeşitli klinik alanlarda da interosepsiyon temelli müdahaleler uygulanmaktadır (Heim vd., 2023).

İnterosepsiyon temelli yaklaşımlar yalnızca psikoterapötik modellerle sınırlı kalmamaktadır. Biofeedback, Travmaya Duyarlı Yoga (Trauma Sensitive Yoga), Travma Bilgili Yoga (Trauma Informed Yoga), Temel Beden Farkındalığı Terapisi (Basic Body Awareness Therapy) ve Azaltılmış Çevresel Uyarım Terapisi (Reduced Environmental Stimulation Therapy) gibi bedensel farkındalığa dayalı yöntemlere de dahil edilmektedir (Emerson vd., 2009; Gerge, 2020; Heim vd., 2023; Nguyen-Feng vd., 2019; West vd., 2017). Bu uygulamalar, bireyin beden algısı ile duygusal tepkileri arasındaki bağlantıyı güçlendirerek hem psikolojik dayanıklılığı hem de fizyolojik düzenleme kapasitesini artırmaktadır. Ayrıca, çocukluk çağı travmaları ve TSSB üzerine yapılan araştırmalar, geleneksel tedavilere ek olarak Hatha Yoga ve Travmaya Duyarlı Yoga gibi yaklaşımların tamamlayıcı terapiler olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir (van der Kolk vd., 2014). Nitekim, literatürde travma odaklı yoga ve meditasyon gibi yaklaşımların interosepsiyon becerilerini artırabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, fiziksel şiddete maruz kalmış 46 kadınla yürütülen bir araştırmada, altı haftalık Travma

Odaklı Yoga programı sonrasında interoseptif farkındalık düzeylerinde anlamlı bir artış olduğu görülmüştür (Shatrova vd., 2024). Benzer biçimde, meditasyonun özellikle solunuma odaklanan formlarının, solunum algısında belirgin iyileşmeler sağladığı, interoseptif becerileri geliştirdiği (Boccia vd., 2015; Daubenmier vd., 2013; Farb vd., 2015) ve bedene yönelik güven hissini güçlendirdiği gösterilmiştir (Bornemann vd., 2015; Khalsa vd., 2008). TSSB tanılı 31 kişiyle yürütülen nitel bir çalışmada, on haftalık Travmaya Duyarlı Yoga programı sonrasında TSSB semptomlarında azalma ve kişisel gelişimde artış gözlenmiştir (West vd., 2017). Bu bulgular, interosepsiyon becerileri geliştikçe bireyin bedensel duyularını tehdit yerine bilgi kaynağı olarak değerlendirme eğiliminin arttığını göstermektedir.

Sonuç olarak, interosepsiyonun çeşitli psikoterapötik yaklaşımlara entegrasyonu, özellikle travma temelli psikopatolojilerin nörofizyolojik temellerinin anlaşılmasına katkı sunacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, interosepsif süreçlere yönelik tedavilerin duygu düzenleme ve bedensel farkındalığın geliştirilmesindeki rolü, tedavi etkinliğinin artırılması açısından önemli bir araştırma alanı olarak değerlendirilmektedir.

2.10. MENTALİZASYON VE İTEROSEPSİYON

Kişinin kendine ve diğerlerine ait zihin durumlarını anlama ve anlamlandırabilme becerisi olarak tanımlanan mentalizasyon hem bireysel işlevselliğin sürdürülmesinde hem de kişilerarası ilişkilerin düzenlenmesinde önemli bir bileşendir (Ondobaka vd., 2017). Bununla birlikte, kişinin bedensel sinyallerini algılama ve yorumlama biçimi de sosyal ve duygusal işlevselliğin sürdürülmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Cook vd., 2013). Bireyin kendi içsel süreçlerine yönelik farkındalığının, başkalarının içsel ve zihinsel durumları hakkında çıkarımda bulunma kapasitesini de güçlendirdiği bilinmektedir (Ondobaka vd., 2017). Diğer bir deyişle, kişinin interosepsif süreçlerine dair farkındalığından, diğerlerinin zihinsel süreçlerine doğru uzanan bir yol bulunmaktadır. Bu durumda, interosepsiyonun bedensel farkındalığın ötesinde sosyal çıkarımların oluşumunda belirleyici bir rol oynadığı görülmektedir.

İnterosepsiyonun sosyal çıkarımların oluşumundaki rolü, literatürde yer alan çalışmalarla da desteklenmektedir. Cook ve arkadaşlarının (2013) yürüttüğü bir çalışmada, başkalarının duygularını yüz ifadelerinden tanıma becerisinin, bireyin kendi içsel duyularını doğru biçimde algılama yetisiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Benzer olarak, 72 sağlıklı yetişkinle yürütülen başka bir çalışmada, interoseptif doğruluk ile karşıdakinin duygusunu doğru biçimde tahmin etme becerisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Shah vd., 2017). Ek olarak, interosepsiyon ile sosyal beceriler arasındaki ilişkiyi inceleyen öncü çalışmalardan biri, otizm spektrum bozukluğu kapsamında Quattrocki ve Friston (2014) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, bebeklik döneminde yüzle ilişkili interoseptif ipuçlarını algılamakta güçlük yaşayan bireylerin yüz ifadelerini öğrenmede zorlanabileceği ve bunun da sosyal motivasyonu olumsuz etkileyebileceği öne sürülmüştür. Benzer şekilde, Trevisan ve arkadaşları (2017) da otizm spektrumunda gözlemlenen sosyal beceri eksikliklerinin interosepsiyonla ilişkili olduğunu ortaya koyarak, sosyal bilişsel süreçlerin bedensel farkındalıkla bağlantılı olabileceğine dikkat çekmiştir.

Yapılan araştırmalar, interosepsiyon ve mentalizasyon süreçlerinin çok katmanlı bir biçimde etkileşimde olabileceğini göstermektedir (Duquette ve Ainley, 2019). Nörobiyolojik düzlemde, bu iki sürecin ortak sinirsel alt yapıya dayandığı öne sürülmektedir. Özellikle insula, singulat korteks ve medial prefrontal korteks hem bedensel sinyallerin hem de zihinsel durumların fark edilmesinde temel rol oynayan beyin bölgeleri olarak tanımlanmaktadır (Lombardo vd., 2010). İnsulanın interoseptif sinyalleri öznel farkındalık düzeyine taşıyarak benlik duygusunun oluşumunda kritik rol oynadığı ve medial prefrontal korteksin ise bu sinyalleri sosyal bağlamda yorumlayarak mentalizasyon süreçlerine entegre ettiği belirtilmektedir (Brewer vd., 2021; Duquette ve Ainley, 2019). Bu bulgular, interosepsiyonun bireyin kendilik ve sosyal biliş süreçlerine doğrudan katkı sunduğunu göstermektedir.

Tüm bu bulgular, interosepsiyonun sosyal biliş ve mentalizasyon süreçlerinde önemli bir aracı mekanizma olabileceğini ortaya koymaktadır.

Dolayısıyla, interosepsiyon ile mentalizasyon arasındaki etkileşim mekanizmalarının daha iyi anlaşılması önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, mentalizasyon becerilerinin geliştirilmesinde, interoseptif farkındalığı destekleyen uygulamalardan yararlanılabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, interosepsiyonun sosyal becerilerle olan ilişkisi ve bu ilişkinin mentalizasyon üzerindeki etkisine dair nedensel düzeyde açıklık getirebilmek için, özellikle klinik popülasyonlarda yürütülecek daha fazla ampirik araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Brewer vd., 2021). İnterosepsiyonun bireyin içsel durumlarını algılama kapasitesi, mentalizasyonun ise bu durumları anlamlandırma süreciyle ilişkili olduğu düşünüldüğünde, iki yapının doğal bir ardışıklık içinde çalıştığı varsayılmaktadır (Brewer vd., 2021; Duquette ve Ainley, 2019). Bu nedenle mevcut çalışmada ÇÇT ile OKB arasındaki ilişkinin hem bedensel sinyallerin işlenmesi (interosepsiyon) hem de sosyal-bilişsel süreçlerin düzenlenmesi (mentalizasyon) üzerinden, sıralı bir mekanizma oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir.

BÖLÜM 3

3. YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışma, Mayıs 2024-Mayıs 2025 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan NP Feneryolu Tıp Merkezi Psikiyatri Polikliniğine ayaktan tedavi görmekte olan OKB tanısı almış 66 yetişkin hasta (yaş ort.=33.20; ss=9.845) ve aynı tarihler içerisinde OKB tanısı dahil herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 62 kontrol (yaş ort.=33.77; ss=9.546) ile yapılmıştır. Klinikte ayaktan tedavi gören örnekleme daha önce uzman bir psikiyatrist tarafından muayene edilmiş ve DSM-5 kriterlerine göre OKB teşhisi konulan hastalar dahil edilmiştir. Ölçekler OKB grubuna Google Formlar aracılığıyla iletilmiştir. Uygun örnekleme yolu (Shaughnessy vd., 2021) ile seçilmiş kontrol grubuna ise sosyal medya (Instagram, LinkedIn) üzerinden ulaşılmış olup ölçekler Google Formlar aracılığıyla iletilmiştir.

OKB grubu için işleme kriterleri; psikiyatri uzmanı tarafından gerçekleştirilen psikiyatri muayenesinde DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanı ölçütlerini karşılıyor olmak, 18-60 yaş aralığında olmak, okuma-yazma biliyor olmak ve entelektüel olarak uygulanan testler ve ölçeklere uyum sağlayabilecek düzeyde olmak, internet erişiminin bulunması olarak belirlendi. OKB grubu için dışlama kriterleri ise; psikiyatri uzmanı tarafından gerçekleştirilen psikiyatrik muayenede DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanı ölçütlerini karşılamıyor olmak, DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, alkol-madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı tanısı almış olmak, okuma-yazma bilmemek, entelektüel olarak uygulanan ölçeklere uyum sağlayabilecek düzeyde olmamak, 18 yaşından küçük ve 60 yaşından büyük olmak, internet erişiminin olmaması olarak belirlendi.

Kontrol grubu için işleme kriterleri; verilen tıbbi ve demografik bilgi formunda yer alan ‘‘Son 3 aydır herhangi bir psikiyatrik tanınız mevcut mu?’’ sorusuna ‘‘hayır’’ yanıtını vermiş olmak, 18-60 yaş aralığında olmak, okuma-yazma biliyor olmak ve entelektüel olarak uygulanan testler ve ölçeklere uyum sağlayabilecek düzeyde olmak, internet erişiminin bulunması olarak belirlendi. Kontrol grubu için dışlama kriterleri; verilen tıbbi ve demografik bilgi formu aracılığıyla elde edilen son 3 ayda herhangi bir psikiyatrik tanı almadığına dair kişisel beyan, okuma-yazma bilmemek, entelektüel olarak uygulanan ölçeklere uyum sağlayabilecek düzeyde olmamak, 18 yaşından küçük ve 60 yaşından büyük olmak, internet erişiminin olmaması olarak belirlendi. Tıbbi ve demografik bilgi formunda yer alan ‘‘Son 3 aydır herhangi bir psikiyatrik tanınız mevcut mu?’’ sorusuna ‘‘evet’’ yanıtını veren 37 katılımcı çalışma dışı bırakılmıştır.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada ilk olarak yazar ve tez danışmanı tarafından oluşturulan tıbbi ve demografik bilgi formu kullanılmıştır. Ardından sırasıyla; İçsel Algılayıcı Farkındalığın Çok Boyutlu Değerlendirmesi Ölçeği II (İAFÇBD-II), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 (ÇTÖ-33), Zihinselleştirme Ölçeği (ZÖ), Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (BOKÖ), Akut Stres Belirti Ölçeği-Yetişkin (ASBÖ-Y) kullanılmıştır.

3.2.1. Tıbbi ve Demografik Bilgi Formu

Yazar ve tez danışmanı tarafından oluşturulan tıbbi ve demografik bilgi formu ile katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin yanında tıbbi öykülerine dair bilgilerin alınması amaçlanmıştır. Bu amaçla formda cinsiyet, doğum tarihi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, ailede OKB tanısı olması durumu, psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı bilgileri alınmıştır (Ek A).

3.2.2. İçsel Algılayıcı Farkındalığın Çok Boyutlu Değerlendirmesi Ölçeği-II (İAFÇBDÖ-II)

İçsel Algılayıcı Farkındalığın Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği- I, interoseptif farkındalığı ölçmek için geliştirilen 8 alt boyutlu 32 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (Mehling vd., 2012). Ölçeğin psikometrik özelliklerinin iyileştirilmesi ve yeni örneklem gruplarında test edilmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda yine 8 alt boyutlu 37 maddelik ikinci versiyonu yayımlanmıştır (Mehling vd., 2018). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında 6 alt boyut ve 32 madde yer almaktadır (Özpinar vd., 2021). Alt boyutlar, 'Farkına Varma' (Rahatsız edici, rahat ve nötr vücut hislerine dair farkındalık), 'Dikkat Dağıtmama' (Acı veya rahatsızlık hislerini görmezden gelmeme veya dikkatini dağıtmama eğilimi), 'Endişelenmeme' (Acı veya rahatsızlık hissine rağmen endişelenmeme veya duygusal sıkıntı yaşamama eğilimi), 'Dikkat Düzenleme' (Vücut duyularına dair dikkati sürdürme ve kontrol etme yeteneği), 'Duygusal Farkındalık' (Beden duyuları ve duygusal durumlar arasındaki bağlantıya dair farkındalık), ve 'Güvenme' (Kişinin vücudunun güvenli ve güvenilir olduğu deneyimi) olarak adlandırılmıştır (Özpinar vd., 2021). Ölçeğin toplam puan Cronbach alfa değeri .72 iken Duygusal Farkındalık 1, Dikkat Düzenleme .84, Farkına Varma 1, Dikkat Dağıtmama .92, Güvenme .63 ve Endişelenmeme .99 olarak bulunmuştur (Özpinar vd., 2021). Mevcut çalışmada İAFÇBDÖ-II toplam puan Cronbach alfa değeri .89 iken alt boyutlarda Duygusal Farkındalık .85, Dikkat Düzenleme .86, Farkına Varma .54, Dikkat Dağıtmama .57, Güvenme .80, Endişelenmeme .59 olarak hesaplanmıştır (Ek B).

3.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 (ÇTÖ-33)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, çocukluk çağı travmalarını ölçmek amacıyla geliştirilen 5 alt boyutlu, 28 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (Bernstein vd., 1994). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında 6 alt boyut ve 33 madde yer almaktadır (Şar vd., 2021). Alt boyutlar Emsoyonel İstismar, Emosyonel İhmal, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Cinsel İstismar ve Aşırı Koruma /

Kontrol olarak adlandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan ise 150 olup, artan puanlar artan çocukluk çağı travmalarına işaret etmektedir. Ölçeğin adaptasyon çalışmasına göre toplam puan Cronbach alfa katsayısı .87 iken Duygusal İstismar .88, Fiziksel İstismar .81, Duygusal İhmal .89, Fiziksel İhmal .77, Cinsel İstismar .90, Aşırı Koruma / Kontrol .84 olarak hesaplanmıştır (Şar vd., 2021). Mevcut çalışmada ölçeğin toplam puan Cronbach alfa katsayısı .89 iken alt boyutlarda Duygusal İstismar .19, Fiziksel İstismar .86, Duygusal İhmal .88, Fiziksel İhmal .75, Cinsel İstismar .90, Aşırı Koruma / Kontrol .84 olarak hesaplanmıştır (Ek C).

3.2.4. Zihinselleştirme Ölçeği (ZÖ)

Zihinselleştirme Ölçeği, zihinselleştirme kapasitesini ölçmek amacıyla geliştirilen 3 alt boyut ve 25 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Dimitrijević vd., 2018). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında da 3 alt boyut ve 25 madde yer almakta, alt boyutlar Kendilik Temelli Zihinselleştirme, Ötekiler Temelli Zihinselleştirme ve Zihinselleştirmeye Güdülenme olarak adlandırılmıştır (Törenli Kaya vd., 2021). Ölçekten alınan yüksek puanlar zihinselleştirme kapasitesinin yüksekliğine karşılık gelmektedir. Ölçeğin adaptasyon çalışmasına göre toplam Cronbach alfa katsayısı .84 iken alt boyutların Cronbach alfa katsayısı Kendilik Temelli Zihinselleştirme için .78, Ötekiler Temelli Zihinselleştirme için .80 ve Zihinselleştirmeye Güdülenme için .79 olarak belirtilmiştir. Mevcut çalışmada ölçeğin toplam puan Cronbach alfa katsayısı .88, alt boyutlarda ise Kendilik Temelli Zihinselleştirme için .75, Ötekiler Temelli Zihinselleştirme için .88 ve Zihinselleştirmeye Güdülenme için .81 olarak hesaplanmıştır (Ek D).

3.2.5. Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (BOKÖ)

Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği, 4 farklı obsesyon kompulsiyon belirti boyutunu değerlendirmek için geliştirilmiş her bir belirti boyutu için 5 madde içeren toplam 20 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (Abramowitz vd. 2010). BOKÖ Türkçe uyarlamasında bu alt boyutlar bulaş,

zarar verme ve hata yapma hakkında sorumluluk, simetri ve sıralama, kabul edilemez düşünceler olarak adlandırılmıştır (Şafak vd., 2018). Ölçeğin adaptasyon çalışmasına göre toplam Cronbach alfa katsayısı .87 iken alt boyutlarda Bulaş .93, Zarar Verme ve Hata Yapma Hakkında Sorumluluk .93, Simetri ve Sıralama .95 ve Kabul Edilemez Düşünceler .92 olarak belirtilmiştir (Şafak vd., 2018). Mevcut çalışmada ölçeğin toplam puan Cronbach alfa katsayısı .91 iken alt boyutlarda Bulaş .85, Zarar Verme ve Hata Yapma Hakkında Sorumluluk .87, Simetri ve Sıralama .90, Kabul Edilemez Düşünceler .87 olarak hesaplanmıştır (Ek E).

3.2.6. Akut Stres Belirti Ölçeği-Yetişkin (ASBÖ-Y)

Akut Stres Belirti Ölçeği Yetişkin formu, hastalarla ilk görüşme ve tedavi sürecini değerlendirmek amacıyla DSM-5 kriterlerine uygun olarak geliştirilen 7 maddelik tek boyutlu bir öz bildirim ölçeğidir (APA, 2013). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında da 7 madde bulunmakla beraber ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 (sıfır) en yüksek puan ise 28 olup alınan toplam puan yükseldikçe akut stres belirtilerinin de yükseldiği bildirilmiştir (Aşçıbaşı vd., 2017). Ölçeğin adaptasyon çalışmasına göre toplam puan Cronbach alfa katsayısı .95 olarak saptanmıştır. Mevcut çalışmada ise ölçeğin toplam puan Cronbach alfa katsayısı .88 olarak hesaplanmıştır (Ek F).

3.3. İŞLEM YOLU

Çalışma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığına NİSAN-2024-86 No'lu dosya olarak başvurulmuş, 30/04/2024 tarihinde 61351342/020-86 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. İlgili etik kurul yazısı ektedir (Ek G).

OKB tanılı katılımcılar psikiyatri muayenesi sonrası çalışma için araştırmacıya sevk edilmiş olup kişilerle yüz yüze görüşülerek çalışmanın amacı anlatılmış, katılmayı bu aşamada kabul eden bireylere Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek H) online olarak verilmiştir. Gerekli ölçekler çalışmaya katılmayı

kabul eden OKB tanılı katılımcılara Google Formlar ile online ortamda iletilmiştir. Kontrol grubunda ise aynı işlem yolu uygulanmış olup her iki gruba da sırasıyla Tıbbi ve Demografik Bilgi Formu, ÇTÖ-33, ZÖ, İAFÇBDÖ-II, BOKÖ, ASBÖ-Y formu iletilmiştir.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada toplanan veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v.21 istatistik analiz programı ile analize tabi tutulmuştur. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin betimsel analizlerde ortalama, standart sapma, frekans dağılımı ve yüzdeler hesaplanmıştır. İstatistiksel analizlere geçilmeden önce katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadıkları incelenmiştir. Mevcut çalışmada değişkenlerin normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadığını değerlendirmek amacıyla çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Literatürde normal dağılım için kabul edilen sınırlar farklı kaynaklarda değişmekle birlikte, en geniş ve yaygın kabul gören ölçütler Kline (2011) ile West, Finch ve Curran (1995) tarafından önerilmiştir. Bu çalışmalara göre çarpıklık değerlerinin ± 3 , basıklık değerlerinin ise ± 10 sınırları içinde kalması durumunda dağılımın parametrik analizler için kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir. Daha katı ölçütler olarak ± 2 sınırları da önerilmekle birlikte, özellikle klinik örneklem ve psikolojik ölçümler için ± 3 ve ± 10 sınırları yaygın olarak kullanılmaktadır.

Tablo 3.1’de katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlara ilişkin minimum maksimum puanlar, ortalamalar, standart sapmalar ve çarpıklık-basıklık değerleri verilmiştir.

Tablo 3.1. Normal Dağılım Varsayımının Karşılanması

	Grup	N	ORT	SS	Min.	Max.	Skewness	Kurtosis
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	OKB	66	56.76	16.191	34	110	.866	.591
	Kontrol	62	50.29	14.763	34	90	1.098	.546
	Toplam	128	53.63	15.792	34	110	.949	.506
Duyusal İstismar	OKB	66	11.59	2.940	8	20	1.184	.660
	Kontrol	62	10.79	2.644	8	19	1.676	2.430
	Toplam	128	11.20	2.818	8	20	1.376	1.219
Fiziksel İstismar	OKB	66	6.86	3.654	5	24	3.059	10.745
	Kontrol	62	6.05	2.505	5	17	3.046	8.803
	Toplam	128	6.47	3.165	5	24	3.225	12.078
Fiziksel İhmal	OKB	66	8.17	3.877	5	18	1.121	.090
	Kontrol	62	6.81	2.547	5	14	1.417	1.175
	Toplam	128	7.51	3.358	5	18	1.394	1.089
Duyusal İhmal	OKB	66	11.97	4.933	5	24	.530	-.462
	Kontrol	62	10.79	4.883	5	22	.509	-.882
	Toplam	128	11.40	4.925	5	24	.506	-.652
Cinsel İstismar	OKB	66	5.94	2.082	5	16	2.878	9.174
	Kontrol	62	6.10	2.890	5	17	3.051	8.480
	Toplam	128	6.02	2.497	5	17	3.104	9.561
Aşırı Koruma/Kontrol	OKB	66	12.23	4.923	5	24	.543	-.528
	Kontrol	62	9.76	4.464	5	22	1.010	.273
	Toplam	128	11.03	4.849	5	24	.729	-.317
Travmanın İnkârı	OKB	66	.44	.844	0	3	2.020	3.274
	Kontrol	62	.73	1.074	0	3	1.151	-.171
	Toplam	128	.58	.969	0	3	1.517	.991
İçsel Algılayıcı Farkındalığı Toplam Puan	OKB	66	19.76	2.990	13	28	.194	.016
	Kontrol	62	20.98	3.170	12	27	-.402	-.362
	Toplam	128	20.35	3.126	12	28	-.079	-.432
Farkına Varma	OKB	66	3.32	.539	2	5	-.198	.220
	Kontrol	62	3.53	.546	2	5	-.114	-.425
	Toplam	128	3.42	.550	2	5	-.140	-.104
Dikkat Dağıtmama	OKB	66	3.25	.711	1	5	-.070	.137
	Kontrol	62	3.33	.668	2	5	.663	.207
	Toplam	128	3.29	.689	1	5	.236	.199
Endişelenmeme	OKB	66	3.61	.858	2	5	-.045	-.641
	Kontrol	62	3.10	1.055	1	5	-.069	-.634
	Toplam	128	3.36	.990	1	5	-.207	-.455
Dikkat Düzenleme	OKB	66	2.99	.948	1	5	.174	-.386
	Kontrol	62	3.52	1.006	1	5	-.491	-.304
	Toplam	128	3.25	1.008	1	5	-.112	-.653
Duyusal Farkındalık	OKB	66	3.24	.688	1	5	-.045	.583
	Kontrol	62	3.72	.828	1	5	-.694	.410
	Toplam	128	3.47	.793	1	5	-.232	-.037
Güvenme	OKB	66	3.34	.917	1	5	-.367	-.534
	Kontrol	62	3.79	.868	2	5	-.118	-.926
	Toplam	128	3.56	.919	1	5	-.270	-.500
Zihinselleştirme Toplam Puan	OKB	66	91.21	14.371	49	121	-.212	.353
	Kontrol	62	96.08	13.587	67	122	-.181	-.777
	Toplam	128	93.57	14.154	49	122	-.215	-.131
Zihinselleştirmeye Güdülenme	OKB	66	30.88	5.484	11	40	-.798	1.463
	Kontrol	62	31.19	5.260	19	40	-.439	-.462
	Toplam	128	31.03	5.358	11	40	-.631	.574

Ötekiler Temelli Zihinselleştirme	OKB	66	34.47	7.154	12	45	-.886	.880
	Kontrol	62	36.92	4.983	25	45	-.417	-.605
	Toplam	128	35.66	6.295	12	45	-.948	1.322
Kendilik Temelli Zihinselleştirme	OKB	66	25.86	6.549	13	40	.155	-.731
	Kontrol	62	27.97	7.360	14	39	-.325	-1.008
	Toplam	128	26.88	7.006	13	40	-.062	-.991
Obsesyon-Kompulsiyon Toplam Puan	OKB	66	26.97	12.863	0	58	.160	-.329
	Kontrol	62	20.97	13.615	0	57	.572	-.331
	Toplam	128	24.06	13.520	0	58	.308	-.520
Mikroplar ve Kirlenme(Bulaşma) Hakkındaki Endişeler	OKB	66	6.47	5.030	0	18	.473	-.642
	Kontrol	62	6.47	4.100	0	18	.447	-.210
	Toplam	128	6.47	4.585	0	18	.466	-.441
Zarardan, Yaralanmadan veya Talihsizlikten Sorumlu Olma Konusundaki Endişeler	OKB	66	7.42	4.765	0	18	.164	-.657
	Kontrol	62	5.16	3.960	0	16	.430	-.560
	Toplam	128	6.33	4.521	0	18	.363	-.554
Kabul Edilemez Düşünceler	OKB	66	8.73	5.348	0	20	-.074	-.832
	Kontrol	62	5.24	4.861	0	17	.805	-.396
	Toplam	128	7.04	5.389	0	20	.325	-.978
Simetri, Eksiksizlik ve Bir Şeylerin Tam Olması Gereksinimiyle İlgili Endişeler	OKB	66	4.35	4.193	0	14	.584	-.820
	Kontrol	62	4.10	4.132	0	15	.975	.216
	Toplam	128	4.23	4.149	0	15	.760	-.390
Akut Stres Belirtileri Toplam Puan	OKB	66	15.30	7.205	0	28	-.332	-.706
	Kontrol	62	12.10	7.213	0	26	-.005	-1.064
	Toplam	128	13.75	7.358	0	28	-.160	-.944

ÇÇT toplam puanı için her iki grupta ve toplam örneklemede çarpıklık (.87–1.10) ve basıklık (.51–.59) değerlerinin ± 3 ve ± 10 sınırları içinde kaldığı görülmektedir. Benzer şekilde duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma/kontrol alt boyutlarında çarpıklık ve basıklık değerleri kabul edilebilir sınırlar içerisindedir. Fiziksel istismar ve cinsel istismar alt boyutlarında çarpıklık değerlerinin 3'e yakın olduğu ve basıklık değerlerinin yükseldiği görülmekle birlikte (özellikle fiziksel istismar için basıklık >8), bu değerler ± 10 sınırını aşmadığından normal dağılım varsayımını ihlal edecek düzeyde kabul edilmemiştir. Travmanın inkârı değişkeninde de çarpıklık ve basıklık değerleri geniş sınırlar içinde yer almaktadır.

İşsel algılayıcı farkındalık (interosepsiyon) toplam puanı ve tüm alt boyutları (farkına varma, dikkat dağıtmama, endişelenmeme, dikkat düzenleme, duygusal farkındalık ve güvenme) için hem OKB hem de kontrol grubunda çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1 aralığında olduğu görülmektedir. Bu durum, interosepsiyon değişkenlerinin normal dağılıma oldukça yakın bir yapı sergilediğini göstermektedir.

Zihinselleştirme toplam puanı ile zihinselleştirmeye güdülenme, ötekiler temelli zihinselleştirme ve kendilik temelli zihinselleştirme alt boyutlarında çarpıklık ve basıklık değerleri her iki grupta da ± 3 ve ± 10 sınırları içerisinde kalmaktadır. Bu bulgular, zihinselleştirme değişkenleri için normal dağılım varsayımının sağlandığını göstermektedir.

Obsesyon-kompulsiyon toplam puanı ve alt boyutları (mikroplar ve kirlenme, zarardan sorumlu olma endişesi, kabul edilemez düşünceler, simetri/eksiksizlik gereksinimi) incelendiğinde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin tüm değişkenlerde kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu görülmektedir. Her ne kadar bazı alt boyutlarda sağa çarpık dağılım eğilimi gözlemlense de, bu değerler parametrik analizleri engelleyecek düzeyde değildir.

Akut stres belirtileri toplam puanı için hem OKB hem de kontrol grubunda çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1 aralığında olduğu ve dağılımın normal dağılıma yakın olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, çalışmada yer alan tüm değişkenler için çarpıklık ve basıklık değerleri literatürde belirtilen en geniş kabul edilebilir sınırlar ($|\text{skewness}| \leq 3$, $|\text{kurtosis}| \leq 10$) içerisinde kalmaktadır. Bu bulgular, araştırmada kullanılan değişkenlerin normal dağılım varsayımını karşıladığını ve parametrik istatistiksel analizlerin uygulanmasının uygun olduğunu göstermektedir.

Analizlerin ilk aşamasında OKB ve kontrol grubunun demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi yürütülmüştür. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkilerin hesaplanması amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yürütülmüştür. Korelasyon analizinde anlamlılık $p < .05$ ve $p < .01$ alınmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesine yönelik aracı değişken analizleri Hayes'in (2013) Process Macro SPSS uzantısı ile yapılmıştır. Aracı değişken analizleri yürütülürken mevcut veri setinden çok büyük veri setleri üretmek üzerine yeniden örnekleme yapmayı sağlayan (Sacchi, 1998) Bootstrap yöntemi kullanılmıştır. Takma ve Atıl'ın (2006) bildirdiğine göre Bootstrap yöntemi, bilinen istatistiksel yöntemlerin ve bunlara ilişkin varsayımların yetersiz kaldığı durumlarda güvenilir sonuçlar vermektedir, ayrıca Efron ve

Tibshirani'nin (1993) bildirdiğine göre güven aralıkları hipotez testi ve regresyon analizinde kullanılabilir. Aracı değişken analizleri yürütülürken Bootstrap N=5000 alınarak yeniden örnekleme yapılmıştır. Bootstrap yöntemi kullanıldığından sınanan modellerin anlamlılığı %95 güven aralıkları ile değerlendirilmiş ve raporlanmıştır.

BÖLÜM 4

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlerin sonuçları verilmiştir.

4.1. BETİMSSEL ANALİZLER

4.1.1. OKB ve Kontrol Grubunun Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Bu bölümde Tablo 4.1’de OKB ve Kontrol grubunun demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeler arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.1. OKB ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri

		OKB		Kontrol		χ^2	P
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	31	47.0	32	51.6	.276	.599
	Erkek	35	53.0	30	48.4		
Medeni Durum	İlişkisi var	37	56.1	43	69.4	2.411	.121
	İlişkisi yok	29	43.9	19	30.6		
Eğitim Düzeyi	Ön lisans ve altı	11	16.7	11	17.7	3.072	.215
	Lisans	43	65.2	32	51.6		
	Lisansüstü	12	18.2	19	30.6		
Aktif Çalışma	Evet	42	63.6	46	74.2	1.658	.198
	Hayır	24	36.4	16	25.8		
Çocuk	Evet	20	30.3	26	41.9	1.879	.170
	Hayır	46	69.7	36	58.1		
Ailede OKB öyküsü	Evet	16	24.2	11	17.7	.812	.368
	Hayır	50	75.8	51	82.3		
Ailede OKB yakın	Anne/baba	7	50.0	5	45.5	2.848	.416
	Hala/amca	0	0.0	2	18.2		
	Teyze/dayı	5	35.7	3	27.3		
	Büyükanne/büyükbaba	2	14.3	1	9.1		

Psikiyatrik ilaç kullanımı	Evet	62	93.9	—	—	—	—
	Hayır	4	6.1	—	—	—	—

*p<.05

OKB grubu (n = 66) ile kontrol grubunun (n = 62) demografik özellikleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = .276, p = .599$). OKB grubunun %47.0'ı kadın ve %53.0'ı erkeklerden oluşurken, kontrol grubunun %51.6'sı kadın ve %48.4'ü erkektir.

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 2.411, p = .121$). OKB grubunda ilişkisi olan bireylerin oranı %56.1 iken, bu oran kontrol grubunda %69.4'tür.

Eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmada da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 3.072, p = .215$). Her iki grupta da en yüksek oran lisans mezunlarından oluşmakta olup, lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerin oranı kontrol grubunda %30.6 OKB grubuna %18.2'dir.

Aktif çalışma durumuna ilişkin analizlerde, OKB ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($\chi^2 = 1.658, p = .198$). OKB grubunun %63.6'sı aktif olarak çalışırken, bu oran kontrol grubunda %74.2'dir.

Çocuk sahibi olma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 1.879, p = .170$). OKB grubunda çocuk sahibi olanların oranı %30.3 iken, kontrol grubunda bu oran %41.9'dur.

Ailede OKB öyküsünün bulunma durumuna göre yapılan analizde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = .812, p = .368$). OKB grubunda ailede OKB öyküsü bulunan bireylerin oranı %24.2, kontrol grubunda ise %17.7'dir.

Ailede OKB öyküsü bulunan katılımcılar arasında, OKB yakınının kim olduğu açısından yapılan karşılaştırmada da gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2 = 2.848, p = .416$). Her iki grupta da OKB öyküsünün en sık anne veya babada görüldüğü dikkat çekmektedir.

Psikiyatrik ilaç kullanımını yalnızca OKB grubunda değerlendirilmiş olup, bu grubun %93.9'unun psikiyatrik ilaç kullandığı, %6.1'inin ise kullanmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda psikiyatrik ilaç kullanımını bulunmadığından, bu değişken için gruplar arası istatistiksel karşılaştırma yapılmamıştır.

Genel olarak, OKB ve kontrol grupları demografik özellikler açısından büyük ölçüde benzerlik göstermekte olup, incelenen demografik değişkenlerin hiçbirini açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.2'de OKB ve Kontrol grubunun yaş ortalamaları, standart sapmaları ve ortalamalar arasındaki farka ilişkin bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.2. OKB ve Kontrol Grubunun Yaş Ortalamaları

	OKB (n=66)		Kontrol (n=62)		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
Yaş	33.20	9.845	33.77	9.546	.336	.737

*p<.05

OKB ve kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (t=.336; p=.737).

4.1.2 OKB ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Travmaları, İntrosepsiyon, Mentalizasyon, OKB ve Akut Stres Belirtileri Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.3'de OKB ve Kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları, instrosepsiyon, mentalizasyon, OKB ve akut stres belirti düzeylerine ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.3. OKB ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Travmaları, İnstroepsiyon, Mentalizasyon, OKB ve Akut Stres Belirti Düzeyleri Bağımsız Örneklem T Testi Bulguları

	Kontrol (n=62)		OKB (n=66)		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	50.29	14.763	56.76	16.191	-2.357	.020*
Duygusal İstismar	10.79	2.644	11.59	2.940	-1.616	.109
Fiziksel İstismar	6.05	2.505	6.86	3.654	-1.463	.146
Fiziksel İhmal	6.81	2.547	8.17	3.877	-2.330	.021*
Duygusal İhmal	10.79	4.883	11.97	4.933	-1.358	.177
Cinsel İstismar	6.10	2.890	5.94	2.082	.355	.723
Aşırı Koruma / Kontrol	9.76	4.464	12.23	4.923	-2.966	.004*
Travmanın İnkârı	.73	1.074	.44	.844	1.683	.095
İşsel Algılayıcı Farkındalığı Toplam Puan	20.98	3.170	19.76	2.990	2.240	.027*
Farkına Varma	3.53	.546	3.32	.539	2.103	.037*
Dikkat Dağıtmama	3.33	.668	3.25	.711	.608	.544
Endişelenmeme	3.10	1.055	3.61	.858	-3.048	.003*
Dikkat Düzenleme	3.52	1.006	2.99	.948	3.056	.003*
Duygusal Farkındalık	3.72	.828	3.24	.688	3.568	.001*
Güvenme	3.79	.868	3.34	.917	2.869	.005*
Zihinselleştirme Toplam Puan	96.08	13.587	91.21	14.371	1.967	.051
Zihinselleştirmeye güdülenme	31.19	5.260	30.88	5.484	.331	.741
Ötekiler temelli zihinselleştirme	36.92	4.983	34.47	7.154	2.235	.027*
Kendilik temelli zihinselleştirme	27.97	7.360	25.86	6.549	1.711	.090
Obsesyon-Kompulsiyon Toplam Puan	20.97	13.615	26.97	12.863	-2.565	.012*
Mikroplar ve kirlenme(bulaşma) endişesi	6.47	4.100	6.47	5.030	-.002	.998
Zarardan, yaralanmadan veya talihsizlikten sorumlu olma endişesi	5.16	3.960	7.42	4.765	-2.912	.004*
Kabul edilemez düşünceler	5.24	4.861	8.73	5.348	-3.850	.000*
Simetri, eksiksizlik ve bir şeylerin tam olması gereksinimi endişesi	4.10	4.132	4.35	4.193	-.342	.733
Akut Stres Belirtileri Toplam Puan	12.10	7.213	15.30	7.205	-2.515	.013*

*p<.05

OKB grubunun çocukluk çağı travmaları toplam puan ortalaması (ort = 56.76) kontrol grubunun ortalamasından (ort=50.29) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t =2.357; p=.020).

OKB grubunun fiziksel ihmal puan ortalaması (ort=8.17) kontrol grubunun ortalamasından (ort = 6.81) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 2.330; p = .021). OKB grubunun aşırı koruma/kontrol puan ortalaması (ort = 12.23) kontrol grubunun ortalamasından (ort = 9.76) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 2.966; p = .004). Kontrol grubunun travmanın inkârı puan ortalaması (ort = .73) OKB grubunun ortalamasından (ort = .44) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 1.683; p = .095).

Kontrol grubunun içsel algılayıcı farkındalık toplam puan ortalaması (ort = 20.98) OKB grubunun ortalamasından (ort = 19.76) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 2.240; p = .027).

Kontrol grubunun farkına varma alt boyutu puan ortalaması (ort = 3.53) OKB grubunun ortalamasından (ort = 3.32) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 2.103; p = .037).

OKB grubunun endişelenmeme puan ortalaması (ort = 3.61) kontrol grubunun ortalamasından (ort = 3.10) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 3.048; p = .003).

Kontrol grubunun dikkat düzenleme puan ortalaması (ort = 3.52) OKB grubunun ortalamasından (ort = 2.99) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 3.056; p = .003).

Kontrol grubunun duygusal farkındalık puan ortalaması (ort = 3.72) OKB grubunun ortalamasından (ort = 3.24) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 3.568; p = .001).

Kontrol grubunun güvenme puan ortalaması (ort = 3.79) OKB grubunun ortalamasından (ort = 3.34) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 2.869; p = .005).

Kontrol grubunun ötekiler temelli zihinselleştirme puan ortalaması (ort = 36.92) OKB grubunun ortalamasından (ort = 34.47) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 2.235; p = .027).

Kontrol grubunun obsesyon-kompulsiyon toplam puan ortalaması (ort = 20.97) OKB grubunun ortalamasından (ort = 26.97) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (t = 2.565; p = .012).

OKB grubunun zarardan, yaralanmadan veya talihsizlikten sorumlu olma endişesi puan ortalaması (ort = 7.42) kontrol grubunun ortalamasından (ort = 5.16) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 2.912; p = .004).

OKB grubunun kabul edilemez düşünceler puan ortalaması (ort = 8.73) kontrol grubunun ortalamasından (ort = 5.24) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t = 3.850; p < .001).

OKB grubunun akut stres belirtileri toplam puan ortalaması (ort = 15.30) kontrol grubunun ortalamasından (ort = 12.10) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t = 2.515$; $p = .013$).

Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları, İnterosepsiyon, Mentalizasyon, OKB ve Akut Stres Belirtisi Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

4.1.3.1.OKB Grubu

Tablo 4.4’de OKB grubu için çocukluk çağı travmaları, interosepsiyon, mentalizasyon, OKB ve akut stres belirtisi düzeyleri arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.4. OKB Grubu için Çocukluk Çağı Travmaları, İnterosepsiyon, Mentalizasyon, OKB ve Akut Stres Belirtisi Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Analizi Bulguları

OKB Grubu	1	2	3	4	5
1. Çocukluk Çağı Travmaları	1				
2. İçsel Algılayıcı Farkındalığı (İnterosepsiyon)	-.237	1			
3. Zihinselleştirme (Mentalizasyon)	-.123	.497**	1		
4. Obsesyon-Kompulsiyon	.077	-.034	.027	1	
5. Akut Stres Belirtileri	.183	-.140	.026	.396**	1

** $p < .01$

OKB grubunda interosepsiyon ile mentalizasyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = .497$; $p = .000$). OKB grubunda introseopsiyon arttıkça mentalizasyon artmaktadır.

OKB grubunda obsesyon-kompulsiyon belirtileri ile akut stres belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = .396$; $p = .001$). OKB grubunda obsesyon-kompulsiyon belirtileri arttıkça akut stres belirtileri artmaktadır.

OKB grubunda diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

4.1.3.2. Kontrol Grubu

Tablo 4.5’de Kontrol grubu için çocukluk çağı travmaları, interosepsiyon, mentalizasyon, OKB ve akut stres belirtisi düzeyleri arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.5. Kontrol Grubu İçin Çocukluk Çağı Travmaları, İnterosepsiyon, Mentalizasyon, OKB ve Akut Stres Belirtisi Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Analizi Bulguları

Kontrol Grubu	1	2	3	4	5
1. Çocukluk Çağı Travmaları	1				
2. İçsel Algılayıcı Farkındalığı (İnterosepsiyon)	-.230**	1			
3. Zihinselleştirme (Mentalizasyon)	-.205*	.490**	1		
4. Obsesyon-Kompulsiyon	.198*	-.144	-.197*	1	
5. Akut Stres Belirtileri	.362**	-.238**	-.245**	.574**	1

*p<.05; **p<.01

Kontrol grubunda çocukluk çağı travmaları ile içsel algılayıcı farkındalık (interosepsiyon) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.230$; $p < .01$). Buna göre, kontrol grubunda çocukluk çağı travma düzeyi arttıkça interosepsiyon düzeyi azalmaktadır.

Kontrol grubunda çocukluk çağı travmaları ile zihinselleştirme (mentalizasyon) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -.205$; $p < .05$). Bu bulgu, çocukluk çağı travma düzeyi arttıkça mentalizasyon düzeyinin azaldığını göstermektedir.

Kontrol grubunda çocukluk çağı travmaları ile obsesyon-kompulsiyon belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .198$; $p < .05$). Buna göre, çocukluk çağı travma düzeyi arttıkça obsesyon-kompulsiyon belirtileri de artmaktadır.

Kontrol grubunda çocukluk çağı travmaları ile akut stres belirtileri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r =$

.362; $p < .01$). Bu sonuç, çocukluk çağı travma düzeyi arttıkça akut stres belirtilerinin de arttığını göstermektedir.

Kontrol grubunda interosepsiyon ile mentalizasyon arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .490$; $p < .01$). Buna göre, interosepsiyon düzeyi arttıkça mentalizasyon düzeyi de artmaktadır.

Kontrol grubunda interosepsiyon ile akut stres belirtileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -.238$; $p < .01$). Bu bulgu, interosepsiyon düzeyi azaldıkça akut stres belirtilerinin arttığını göstermektedir.

Kontrol grubunda mentalizasyon ile obsesyon-kompulsiyon belirtileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.197$; $p < .05$). Buna göre, mentalizasyon düzeyi azaldıkça obsesyon-kompulsiyon belirtileri artmaktadır.

Kontrol grubunda mentalizasyon ile akut stres belirtileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -.245$; $p < .01$). Bu sonuç, mentalizasyon düzeyi düştükçe akut stres belirtilerinin arttığını göstermektedir.

Kontrol grubunda obsesyon-kompulsiyon belirtileri ile akut stres belirtileri arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .574$; $p < .01$). Buna göre, obsesyon-kompulsiyon belirtileri arttıkça akut stres belirtileri de artmaktadır.

4.1.4. Çocukluk Çağı Travmaları ile OKB Arasındaki İlişkide İnterosepsiyon ve Mentalizasyonun Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi

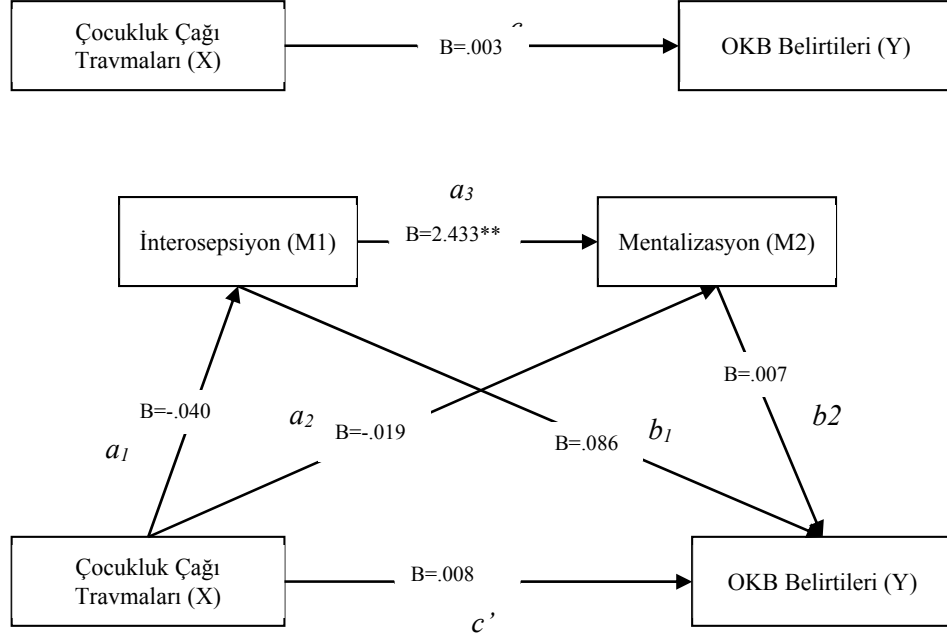
4.1.4.1.OKB Grubuna Ait Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi

ÇÇT ve OKB ile ilişkisinde interosepsiyon ve mentalizasyonun aracılık rollerinin araştırılması için Hayes (2017) tarafından geliştirilen Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi yürütülmüştür. Çalışmada yordayıcı değişken ÇÇT; yordanan değişken OKB, aracı değişkenler ise sırasıyla interosepsiyon ve mentalizasyon olarak belirlenmiştir. Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi sayesinde birbiriyle ilişkili birden fazla aracı değişken tek seferde analize dahil edilebilmektedir.

Yordayıcı ve yordanan değişkenler ve iki aracı değişken ile Model 6 (Hayes, 2017) kullanılmıştır.

Literatürde akut stresin interoepsiyon üzerinde olumsuz etkisini bildiren çalışma mevcuttur, çocukluk çağı travması olan grubun akut stres müdahalesinden sonra interoepsiyon düzeyinin düşütünü ortaya koymuştur (Schaan vd., 2019). Buradan yola çıkarak mevcut çalışmaya akut stres belirtileri kovaryant olarak dahil edilmiştir. Bu tercih, katılımcıların yakın dönemde yaşadığı stresli yaşam olaylarının interoepsiyon, mentalizasyon ve OKB semptomları üzerindeki geçici etkilerini kontrol altına almayı amaçlamaktadır. Akut stres yanıtları, özellikle bedensel farkındalık (interoepsiyon) ve zihin okumaya yönelik bilişsel süreçler (mentalizasyon) üzerinde anlık etkiler yaratabileceğinden, bu değişkenin istatistiksel olarak kontrol edilmesi, çocukluk çağı travmalarının bu yapılar üzerindeki uzun vadeli etkilerini değerlendirmeyi mümkün kılmıştır.

OKB grubunun çocukluk çağı travma düzeyleri (X) ile obsesyon-kompulsiyon belirti düzeyleri (Y) arasındaki ilişkide interoepsiyonun (M1) ve mentalizasyonun (M2) seri çoklu aracı değişken analizi Şekil 4.1'de verilen kavramsal model sınanmıştır (Tablo 4.6).



Şekil 4.1. OKB hastalarının çocukluk çağı travma düzeyleri (X) ile obsesyon-kompulsiyon belirti düzeyleri (Y) arasındaki ilişkide interosepsiyonun (M1) ve mentalizasyonun (M2) seri çoklu aracı rolüne ilişkin modeli (Hayes, Model 6) ve standardize olmayan beta katsayıları
 $**p < .01$

Tablo 4.6. Akut Stres Belirtilerinin Kontrol Edildiği, OKB Grubuna Ait Çocukluk Çağı Travma Düzeyleri ile Obsesyon-Kompulsiyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişkide İnterosepsiyon ve Mentalizasyonun Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi Bulguları

Etki	Bootstrap Katsayısı	Standart Hata	t	p	Alt Limit	Üst Limit
Toplam Etki	.003	.093	.037	.971	-.183	.190
Doğrudan Etki	.008	.097	.079	.937	-.187	.202
Dolaylı Etki (X-M1-Y)	-.003	.034			-.090	.056
Dolaylı Etki (X-M2-Y)	.000	.017			-.042	.029
Dolaylı Etki (X-M1-M2-Y)	-.001	.018			-.042	.032
Karşılaştırma (M1→M2)	-.003	.045			-.120	.079
Karşılaştırma (M2-M1→M2)	-.003	.039			-.089	.073
Karşılaştırma (M1-M1→M2)	-.001	.023			-.051	.049

Yapılan seri çoklu aracı değişken analizi sonucunda, akut stres belirtileri kovaryant olarak kontrol edilmiştir. Modelde çocukluk çağı travmaları (ÇÇT; X) ile obsesyon-kompulsiyon belirtileri (OKB; Y) arasındaki ilişkide, interosepsiyon (M1) ve mentalizasyon (M2) seri çoklu aracı değişkenler olarak test edilmiştir.

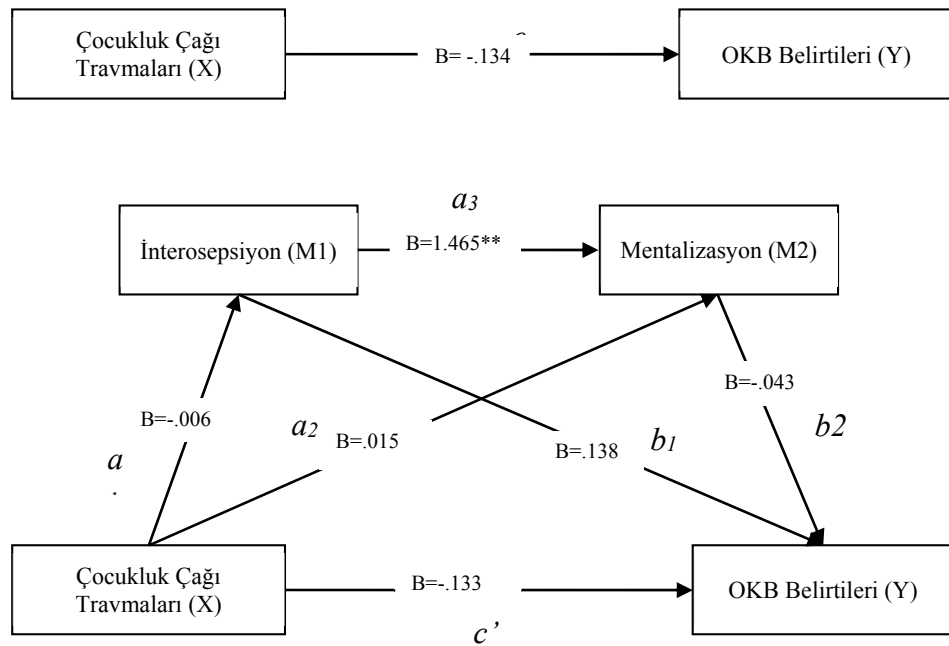
Model sonuçları incelendiğinde, ÇÇT'nin OKB belirtileri üzerindeki toplam etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür ($B = .003$, $SE = .093$, $t = .037$, $p = .971$, %95 GA $[-.183, .190]$). Benzer şekilde, doğrudan etki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($B = .008$, $SE = .097$, $t = .079$, $p = .937$, %95 GA $[-.187, .202]$). Bu sonuç, ÇÇT'nin OKB belirtileriyle ilişkisinin bu grupta doğrudan ya da güçlü bir biçimde açıklanamadığını göstermektedir. Dolaylı etkiler incelendiğinde ise interosepsiyon aracılığıyla OKB belirtilerine giden yol ($X \rightarrow M1 \rightarrow Y$) anlamlı bulunmamıştır (BootB = $-.003$, BootSE = $.034$, %95 GA $[-.090, .056]$). Benzer şekilde, mentalizasyon aracılığıyla etki ($X \rightarrow M2 \rightarrow Y$) (BootB = $.000$, BootSE = $.017$, %95 GA $[-.042, .029]$) ve seri çoklu aracılık etkisi ($X \rightarrow M1 \rightarrow M2 \rightarrow Y$) (BootB = $-.001$, BootSE = $.018$, %95 GA $[-.042, .032]$) de anlamlı değildir. Karşılaştırmalı analizlerde, dolaylı etkiler arasındaki farkların da anlamlı olmadığı görülmüştür ($M1 \rightarrow M2$ yolu ile diğer yollar karşılaştırıldığında güven aralıkları sıfır değerini kapsamaktadır). İlk aracı değişken interosepsiyon ikinci aracı değişken mentalizasyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir (a_3 yolu; $B=2.433$; $SE=.519$; $t=4.548$; $p=.000$; %95 CI $[1.324; 3.401]$).

Bununla birlikte, akut stres belirtileri kovaryant olarak kontrol edildiğinde, bu değişkenin OKB belirtilerinin güçlü bir yordayıcısı olduğu görülmektedir ($B = .709$, $SE = .216$, $t = 3.284$, $p = .002$, %95 GA $[.277, 1.141]$). Bu bulgu, ÇÇT'nin etkilerinin zayıf olmasının aksine, akut stres düzeylerinin OKB semptomlarını açıklamada merkezi bir role sahip olduğunu göstermektedir. Başka bir deyişle, OKB grubunda çocukluk çağı travmalarının etkisi çok

düşükken, semptomların şiddeti esasen akut stres düzeyi tarafından belirlenmektedir.

4.1.4.2.Kontrol Grubuna Ait Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi

Akut stres belirtilerinin kontrol edildiği, kontrol grubunun çocukluk çağı travma düzeyleri ile obsesyon-kompulsiyon belirti düzeyleri arasındaki ilişkide interosepsiyonun ve mentalizasyonun seri çoklu değişken analizi bulgularına ilişkin olarak Şekil 4.2’de verilen kavramsal model sınanmıştır (Tablo 4.7).



Şekil 4.2. Kontrol Grubunun çocukluk çağı travma düzeyleri (X) ile obsesyon-kompulsiyon belirti düzeyleri (Y) arasındaki ilişkide interosepsiyonun (M1) ve mentalizasyonun (M2) seri çoklu aracı rolüne ilişkin modeli (Hayes, Model 6) ve standardize olmayan beta katsayıları

**p<.01

Tablo 4.7. Akut Stres Belirtilerinin Kontrol Edildiği Kontrol Grubuna Ait Çocukluk Çağı Travma Düzeyleri ile Obsesyon-Kompulsiyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişkide İnterosepsiyon ve Mentalizasyonun Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi Bulguları

Etki	Bootstrap Katsayısı	Standart Hata	t	p	Alt Limit	Üst Limit
Toplam Etki	-.134	.096	-1.385	.171	-.327	.059
Doğrudan Etki	-.133	.098	-1.352	.182	-.329	.064
Dolaylı Etki (X-M1-Y)	-.001	.015	—	—	-.044	.021
Dolaylı Etki (X-M2-Y)	.000	.006	—	—	-.006	.021
Dolaylı Etki (X-M1-M2-Y)	-.001	.017	—	—	-.056	.026
Karşılaştırma (M1→M2)	-.001	.018	—	—	-.058	.022
Karşılaştırma (M2-M1→M2)	.000	.022	—	—	-.046	.044
Karşılaştırma (M1-M1→M2)	.001	.020	—	—	-.028	.069

Not: (X) Bağımsız değişken Çocukluk Çağı Travmaları; (M1) 1. Aracı Değişken İnterosepsiyon; (M2) 2. Aracı Değişken Mentalizasyon; (Y) Sonuç Değişkeni OKB Belirtileri

Yapılan seri çoklu aracı değişken analizi sonucunda akut stres belirtileri kovaryant olarak kontrol edilmiştir. Modelde, çocukluk çağı travmaları (ÇÇT; X) ile obsesyon-kompulsiyon belirtileri (OKB; Y) arasındaki ilişkide interosepsiyon (M1) ve mentalizasyon (M2) seri çoklu aracı değişkenler olarak test edilmiştir.

Sonuçlar incelendiğinde, ÇÇT'nin OKB belirtileri üzerindeki toplam etkisi (c yolu) incelenmiştir. Bulgular, akut stres belirtileri kontrol edildiğinde ÇÇT'nin OKB belirtileri üzerindeki toplam etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ($B = -.134$, $SE = .096$, $t = -1.385$, $p = .171$, %95 GA $[-.327, .059]$). Aracı değişkenler ve kovaryant modele dâhil edildiğinde, ÇÇT'nin OKB belirtileri üzerindeki doğrudan etkisinin (c' yolu) de anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($B = -.133$, $SE = .098$, $t = -1.352$, $p = .182$, %95 GA $[-.329, .064]$). Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının OKB belirtilerini bu model kapsamında ne doğrudan ne de dolaylı olarak açıkladığını göstermektedir.

Çocukluk çağı travmalarının aracı değişkenler üzerindeki etkileri incelendiğinde, ÇÇT'nin interosepsiyon üzerindeki etkisinin (a \square yolu) anlamlı olmadığı görülmüştür ($B = -.006$, $SE = .031$, $t = -.179$, $p = .859$, %95 GA

[-.068, .057]). Benzer şekilde, ÇÇT'nin mentalizasyon üzerindeki doğrudan etkisi (a□ yolu) de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (B = .015, SE = .113, $t = .128$, $p = .899$, %95 GA [-.212, .241]). Buna karşın, interosepsiyonun mentalizasyonu yordadığı yol (a□ yolu) pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlıdır (B = 1.465, SE = .473, $t = 3.099$, $p = .003$, %95 GA [.519, 2.411]).

Aracı değişkenlerin OKB belirtileri üzerindeki etkileri değerlendirildiğinde, interosepsiyonun OKB belirtileri üzerindeki etkisinin (b□ yolu) anlamlı olmadığı saptanmıştır (B = .138, SE = .441, $t = .313$, $p = .755$, %95 GA [-.746, 1.022]). Benzer şekilde, mentalizasyonun OKB belirtileri üzerindeki etkisi (b□ yolu) de istatistiksel olarak anlamlı değildir (B = -.043, SE = .114, $t = -.378$, $p = .707$, %95 GA [-.270, .185]).

Dolaylı etkiler bootstrap güven aralıkları kullanılarak incelenmiştir. ÇÇT'nin interosepsiyon aracılığıyla OKB belirtileri üzerindeki dolaylı etkisi (X → M1 → Y) anlamlı değildir (BootB = -.001, BootSE = .015, %95 GA [-.044, .021]). Mentalizasyon aracılığıyla olan dolaylı etki (X → M2 → Y) de anlamlı bulunmamıştır (BootB = -.001, BootSE = .017, %95 GA [-.056, .026]). Ayrıca, interosepsiyon ve mentalizasyonun birlikte yer aldığı seri çoklu aracılık yolu (X → M1 → M2 → Y) da istatistiksel olarak anlamlı değildir (BootB = .000, BootSE = .006, %95 GA [-.006, .021]). Toplam dolaylı etki de anlamlı bulunmamıştır (BootB = -.001, BootSE = .022, %95 GA [-.058, .036]). Dolaylı etkiler arasındaki karşılaştırmaların (Ind1-Ind3) da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Kovaryant olarak modele dâhil edilen akut stres belirtilerinin etkileri incelendiğinde, bu değişkenin interosepsiyon üzerindeki etkisinin negatif yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (B = -.112, SE = .064, $t = -1.758$, $p = .084$). Buna karşın, akut stres belirtilerinin mentalizasyon üzerinde negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmaktadır (B = -.761, SE = .238, $t = -3.197$, $p = .002$, %95 GA [-1.237, -.284]). Ayrıca, akut stres belirtilerinin OKB belirtileri üzerinde pozitif yönde ve güçlü bir etkisi olduğu görülmüştür (B = 1.455, SE = .223, $t = 6.516$, $p < .001$, %95 GA [1.008, 1.902]).

Genel olarak bu bulgular, akut stres belirtileri kontrol edildiğinde çocukluk çağı travmalarının obsesyon-kompulsiyon belirtileri üzerinde ne doğrudan ne de interosepsiyon ve mentalizasyon aracılığıyla dolaylı bir etki gösterdiğini ortaya koymaktadır. Buna karşılık, akut stres belirtilerinin mentalizasyonu anlamlı biçimde azalttığı ve OKB belirtilerini güçlü biçimde artırdığı görülmektedir. Bu sonuçlar, kontrol grubunda obsesif-kompulsif belirtilerin gelişimsel travmatik yaşantılardan ziyade bireyin mevcut stres düzeyiyle daha yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Analizler sonucunda hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda interosepsiyon ve mentalizasyonun seri çoklu aracılık etkisinin bulunmadığı görülmüştür. Buna karşılık, kontrol değişkenlerinden olan akut stresin hem OKB hem de kontrol grubunda OKB semptomlarını güçlü biçimde yordadığı saptanmıştır. Ayrıca, özellikle kontrol grubunda akut stresin interosepsiyon ve mentalizasyon üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Özetle akut stresin sonuç değişkeni olan OKB semptomlarını belirleyici bir rolde olduğu görülmektedir.

Bu bölümde söz konusu bu bulgular literatür çerçevesinde tartışılarak açıklanmaya çalışılmıştır. Sonuç değişkeninin diğer değişkenlerle arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ardından, seri çoklu aracı değişken analizine dair bulguların tartışmasına yer verilmiştir. Ayrıca çalışmanın sınırlılıklarına ve güçlü yönlerine de değinilmiş, gelecek çalışmalar için öneriler eklenmiştir.

OKB ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Travmaları, İntrosepsiyon, Mentalizasyon, OKB Düzeylerinin Karşılaştırılmasının Değerlendirmesi

Bu bölümde OKB ve kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları, interosepsiyon, mentalizasyon, OKB ve akut stres belirti düzeylerine ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulgularının literatür ışığında tartışılması hedeflenmiştir.

Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada OKB grubunun çocukluk çağı travmaları “toplam puan” ortalaması kontrol grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumludur. Alanda bilinen ilk çalışma olan ACE çalışması ve sonrasında, OKB gelişiminde erken dönem yaşantıların etkili olabileceğine dair veriler mevcuttur (Baldini vd., 2025; Boger vd., 2020; Çoban

ve Tan, 2020; Destree vd., 2021; Felitti vd., 1998; Murayma vd., 2020; Ou vd., 2021; Şar vd., 2021; Zhang vd., 2024).

Yapılan meta-analiz çalışmaları, özellikle duygusal ihmal ve istismar gibi travmatik yaşantıların OKB belirtilerinin şiddetiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Mathews vd., 2008). Bu doğrultuda, travmatik çocukluk yaşantılarının bireyin bilişsel ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyerek OKB semptomlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği öne sürülmektedir (Destree vd., 2021; Kessler vd., 2010). Ek olarak çocuklukta birden fazla travmatik olaya maruz kalmanın, çocuklukta tek bir travmatik olay yaşayan bireylere kıyasla yetişkin dönemde OKB gelişme riskini artırdığı bilinmektedir (Park vd., 2023). Çocukluk çağı travmalarına birden fazla kez maruz kalmanın, gelecekte OKB geliştirme riski taşıyan bireylerin belirlenmesinde önemli bir klinik belirteç olabileceği ve farklı tipteki çocukluk çağı travmalarına maruziyetin hastalığın gidişatını etkileyebileceği belirtilmiştir (Benedetti vd., 2013). Ayrıca, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerde tehdit algısının artması, güvenliğin sağlanmasına yönelik kompulsif davranışların gelişmesi kolaylaştırabilmektedir (Marmorstein, 2007). ÇÇT ile OKB ilişkisinde ÇÇT'nin anksiyete ve depresyon aracılığıyla OKB şiddetini artırdığı, OKB tanılı hastalarda ÇÇT öyküsünün OKB semptomlarını öngördüğü ve ÇÇT öyküsü olanlarda, olmayanlara göre daha yüksek düzeyde anksiyete, depresyon, çocukluk çağı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna ek olarak erişkin dönemde de DEHB görüldüğü belirtilmiştir (Çoban ve Tan, 2020). Özetle elde edilen bulgular, OKB'li bireylerin değerlendirilmesinde çocukluk çağı yaşantılarının dikkate alınmasının klinik önemini vurgulamaktadır.

Mevcut çalışmada OKB grubunun ÇTÖ-33 “duygusal istismar” ortalaması kontrol grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuklukta duygusal istismar ile OKB belirtileri arasındaki ilişkiyi destekleyen literatürde önemli çalışmalar bulunmaktadır (Baldini vd., 2025; Kart ve Türkçapar 2019; Ou vd., 2021). 160 OKB tanılı bireyin dahil edildiği obsesif kompulsif semptomlar ile depresyon ve anksiyetenin mediatör rolüne odaklanan bir çalışmada “saldırganlık obsesyonları” ile “duygusal istismar” alanlarında

anlamli iliŒki saptanmiŒtır (Kart ve Türkçapar, 2019). Ou ve arkadaŒları (2021) ocuklukta maruz kalınan duygusal istismarın OKB semptomlarının Œiddetiyle anlamli Œekilde iliŒkili olduğuna dair alıŒmalar olduğunu belirtmektedir. Ou ve arkadaŒlarına (2021) göre duygusal istismar, çocuğun duygusal olarak zarar görmesine yol açan reddedici, aŒađılayıcı, duygusal olarak yoksun bırakıcı veya korkutucu tüm sözel ve davranıŒsal eylemleri kapsar. Bu tür erken dönem deneyimler, bireyde olumsuz benlik algısı, yetersizlik hissi, suçluluk ve kontrol ihtiyaçı gibi psikolojik örüntüleri güçlendirerek OKB geliŒimiyle iliŒkili olabilmektedir. Benzer biçimde duygusal istismarın, OKB semptom Œiddetini artırdığı ve tedaviye dirençli vakaların özellikle çocukluk ağı travmaları olan grupta bulunduğu bildirilmektedir (Baldini vd., 2025). Sonuç olarak mevcut alıŒmanın bulguları, çocuklukta yaŒanan duygusal istismarın OKB geliŒiminde bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir.

Mevcut alıŒmada OKB grubunun T-33 “fiziksel ihmal” alt boyut ortalaması kontrol grubunun ortalamasından anlamli düzeyde yüksek bulunmuŒtur. Bu bulgu çocuklukta yaŒanan fiziksel ihmalin bireylerde güven arayıŒı ve dıŒ dünyaya karŒı aŒırı Œphecilik yaratabileceği ile iliŒkili olabilir (Boger vd., 2020). Bu durum, OKB'nin temel özelliklerinden biri olan kontrol ihtiyaçı ile rtŒmektedir. Çocuklukta fiziksel ihmalin, bireylerin çevrelerine karŒı güven duygularını zedelediğini ve bunun sonucunda kontrol odaklı davranıŒların geliŒebileceđini bildirilmektedir (Boger vd., 2020). Fiziksel ihmalin, bireylerin kendilik değerini sorgulamalarına ve dıŒ dünya karŒısında sürekli bir korunma ihtiyaçı hissetmelerine yol açabileceği vurgulanmaktadır (Briere, 2004).

Mevcut alıŒmada OKB grubunun T-33 “aŒırı koruma/kontrol” alt boyut ortalaması kontrol grubunun ortalamasından anlamli düzeyde yüksek bulunmuŒtur. Bu bulgu, OKB ve T aŒırı koruma ve kontrol alt boyutu üzerinden ele alan literatürle tutarlı bir sonuçtur (Baldini vd., 2025; Krebs vd., 2019). AŒırı korumacı ve kontrolcü ebeveyn tipi, bireyde tehdit algısını artırarak, kaygı ve kontrol etme davranıŒlarını pekiŒtirebilir (Baldini vd., 2025). OKB geliŒiminde çevrenin ve genlerin etkisini araŒtıran boylamsal bir alıŒmaya göre

stresli yaşam olaylarına ve cezalandırıcı ebeveyn tutumuna maruz kalmanın OKB semptomlarının gelişiminde etkili olduğunu belirtmektedir (Krebs vd., 2019). OKB tanısı için en kritik çevresel risk faktörünün aşırı koruma ve reddetmeye dair uyumsuz ebeveyn tutumları olduğu vurgulanmaktadır (Brander vd., 2016). Nitekim aşırı koruma ve kontrolün, bireylerin başa çıkma becerilerini sınırlayarak, kaygıyla baş etme yollarını genellikle zorlaştırdığı ve bunun sonucunda OKB semptomlarının şiddetinin arttığı belirtmektedir (Baldini vd., 2025).

ÇTÖ-33 “duygusal ihmal” alt boyutuna dair mevcut çalışmada OKB grubunun çocukluk çağı travmaları alt boyutu duygusal ihmal ortalaması ile kontrol grubunun ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde özellikle bazı çalışmalar çocukluk çağı duygusal ihmalinin OKB semptomlarıyla ilişkili olabileceğini öne sürse de bu ilişkinin tutarsız ya da düşük düzeyde olduğu da belirtilmektedir (Ou vd., 2021). Öte yandan 938 kişilik üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada ÇÇT ile OKB semptomlarının anlamlı ilişki içinde olduğu özellikle duygusal ihmal kategorisindeki çocukluk çağı travması ile obsesif kompulsif belirtilerin artış gösterdiği bildirilmektedir (Mathews vd., 2008). Yapılan bir diğer çalışmada duygusal ihmalin OKB üzerindeki etkisinin bilişsel şemalar, duygu düzenleme becerileri ya da başa çıkma stilleri gibi aracı değişkenler üzerinden ortaya çıktığı öne sürülmektedir (Kadivari vd., 2023). Duygusal ihmalin, duygusal istismar kadar belirgin ve doğrudan bir travmatik deneyim olarak algılanmaması, bireyin travmatik yaşantıyı fark etmesinde veya hatırlamasında güçlük yaşamasına yol açabilir (Şar vd., 2021). Bu durumda duygusal ihmalin retrospektif olarak değerlendirilmesini zorlaştırmakta ve ölçüm duyarlılığını sınırlayabilmektedir (Şar vd., 2021).

ÇTÖ-33 “fiziksel istismar” alt boyutuna dair mevcut çalışmada OKB grubunun çocukluk çağı travmaları alt boyutu fiziksel istismar ortalaması ile kontrol grubunun ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde, bazı araştırmalar, fiziksel istismarın OKB gelişiminde etkili olabileceğini, çünkü bu tür travmaların bireyde kaygı, güvensizlik ve aşırı kontrol etme ihtiyaçlarını artırabileceğini belirtmektedir (Boger vd., 2020; Fares-Otero vd., 2025). Ancak

mevcut çalışmada bu yönde anlamlı bir ilişki saptanmamış olması, fiziksel istismar değişkeninin dağılımının normal olmamasından kaynaklanabilir. Ayrıca, katılımcı grubunda fiziksel istismar düzeyinin genel olarak düşük olması ya da bireylerin bu tür yaşantıları hatırlamakta veya paylaşmakta güçlük yaşamaları da bu sonucu etkilemiş olabilir. Literatürde benzer şekilde bazı çalışmalar da fiziksel istismar ile OKB arasında belirgin bir ilişki saptamamıştır (Baldini vd., 2025).

ÇTÖ-33 “cinsel istismar” alt boyutuna dair mevcut çalışmada OKB grubunun çocukluk çağı travmaları alt boyutu cinsel istismar ortalaması ile kontrol grubunun ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde, cinsel istismarın bireylerde güven duygusunun zedelenmesine, kimlik karmaşasının ortaya çıkmasına ve başa çıkma mekanizmalarının zayıflamasına neden olarak OKB’nin temel bileşenlerinden biri olan aşırı kontrol ihtiyacını artırdığı ve bunun sonucunda çeşitli kompulsif davranışların gelişebileceği belirtilmektedir (Barzilay vd., 2019; Caspi vd., 2014; Dykshoorn, 2014). Özellikle kirlenmeye dair temizlik obsesyonları ve kompulsiyonları sıklıkla cinsel travmalar ile ilişkilendirilmiştir (Fairbrother vd., 2021; Ojserkis vd., 2018). Cinsel travma deneyiminden sonra kirlenme endişelerinin, gerçek bir temas olmaksızın kalıcı bir zihinsel kirlenme obsesyonuna, ardından temizlenme kompulsiyonlarına yol açabileceği bildirilmektedir (Fairbrother vd., 2021). Zihinsel kirlenme genellikle imgeler, düşünceler, anılar, duygular tarafından tetiklenmektedir (Badour vd., 2023). Bu durumun bireylerin cinsel travma sebebiyle algıladıkları ihlalden ve travmatik olay anında vücut sıvıları gibi kirleticilerle temas etmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Badour vd., 2023; Mathes vd., 2019). Bununla birlikte, bu tür travmaların etkisi bireyler arasında farklılık gösterebilir. Ayrıca, cinsel istismar gibi hassas konuların değerlendirilmesinde öz-bildirim ölçeklerinin bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Katılımcılar, yaşadıkları deneyimleri hatırlamakta veya paylaşmakta güçlük yaşayabilir ya da sosyal onay kaygısı nedeniyle bu tür travmatik yaşantıları bildirmekten kaçınabilirler (Fergusson vd., 2000; Hardt ve Rutter, 2004; Pinto Pereira vd., 2021). Bu durum, cinsel istismar sıklığının çalışmalarda olduğundan

daha düşük raporlanmasına ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin tespit edilememesine yol açabilmektedir.

Bireylerin psikolojik dayanıklılığı, sosyal destek düzeyi ve kişisel başa çıkma stratejileri, cinsel istismarın OKB semptomları üzerindeki etkilerini belirleyebilir (Li vd., 2021; Zalta vd., 2021; Wang vd., 2021). Bu bağlamda mevcut çalışmada elde edilen sonuç, cinsel istismarın etkisinin her bireyde farklı şekilde ortaya çıkabileceğini gösteriyor olabilir. Daha geniş örnekleme yürütülen araştırmalarla, cinsel istismarın OKB üzerindeki etkilerini anlamak, tedavi yaklaşımlarının etkinliğini artırmak açısından önemli olabilir.

OKB Düzeylerinin Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi

Beklendiği şekilde mevcut çalışmada OKB grubunun BOKÖ ile ölçülen obsesyon-kompulsiyon toplam puan ortalaması kontrol grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Abramowitz vd., 2010).

Mevcut çalışmada OKB grubunun BOKÖ alt boyutu “zarardan, yaralanmadan veya talihsizlikten sorumlu olma konusundaki endişeler” ortalaması kontrol grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, literatürde bildirilen OKB’nin bilişsel açıklamasında yer alan “Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli” ile uyumludur (Salkovskis, 1996). Bu modele göre obsesif düşüncelerin kronikleşmesinde kişilerin aşırı sorumluluk alma eğilimlerinin temel rol oynadığını belirtilmektedir. Özellikle zarara sebebiyet vermekten kaçınma çabası, tekrar eden kontrol davranışlarını tetikleyerek kompulsiyonların sürmesine yol açmaktadır (Salkovskis, 1996). BOKÖ alt boyutlarının klinik OKB örnekleminde spesifik olarak hangi kompulsiyonlarla ilişkili olduğunu incelendiğinde özellikle kontrol etme davranışlarının altında yatan sorumluluk ve tehdit algısının önemini vurgulamaktadır (Reuman vd., 2016; Tolin vd., 2008).

Mevcut çalışmada OKB grubunun BOKÖ alt boyutu “kabul edilemez düşünceler” puanının ortalaması kontrol grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, bireylerin obsesif düşüncelere aşırı anlam yüklemesi, bu düşüncelerin kontrol edilebileceğine dair güçlü inançlar

taşıması ve düşünce-eylem kaynaşması gibi bilişsel model açıklamaları ile uyumludur (Hellberg vd. 2020; Myers vd., 2008). Bu bağlamda, çalışma bulgularınız OKB grubunda “kabul edilemez düşünceler” puanının yüksek çıkmasının bilişsel kuramsal beklentiyle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Mevcut çalışmada, OKB grubunun BOKÖ alt boyutu “simetri, eksiksizlik ve bir şeylerin tam olması gereksinimi endişesi” puanları ile kontrol grubunun puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öte yandan literatürde simetri obsesyonlarının, OKB alt grupları arasında en yaygın olanlardan biri olduğu bazı çalışmalarda vakaların %30–50’si bu temayı içerdiği belirtilmektedir (Lochner vd., 2015). Simetri ve eksiksizlikle ilişkili obsesyonların temelinde, davranışsal tekrarlardan çok, bireyin “henüz tam değil” veya “eksik” olarak nitelediği öznel bir içsel deneyimler yer almaktadır (Coles vd., 2005). Bu deneyimler, bilişsel olarak anlamlandırılmayan ancak güçlü bir duyuşsal rahatsızlık ve tatminsizlik hissiyle karakterizedir (Hellberg vd., 2020). Öte yandan mevcut çalışmada OKB ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmaması her OKB tanılı bireyde bu OKB tipinin bulunmadığı gibi, toplumsal ve kültürel örnekleme farklı düzeylerde bulunması bakımından değişkenlik gösterebilir (Lochner vd., 2015). Mevcut çalışmadaki OKB örnekleminde elde edilen BOKÖ simetri, eksiksizlik ve bir şeylerin tam olması gereksinimi endişesi alt boyutu puanı düşük ve kontrol grubu ile benzer düzeydedir.

Mevcut çalışmada, OKB grubunun BOKÖ alt boyutu “mikroplar ve kirlenme (bulaş) endişesi” puanları ile kontrol grubunun puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatürde bu OKB tipinin genellikle OKB’nin en sık görülen alt boyutlarından biri olduğu vurgulanmaktadır (Jacek Januszewski vd., 2024). Öte yandan kirlenme temalı obsesyonların aynı zamanda travmatik deneyimler ya da enfeksiyon geçmişi gibi belirli psikolojik ve çevresel süreçlerle de ilişkili olduğu belirtilmektedir (Murayama vd., 2020). Bu durum, mevcut çalışmadaki kontrol grubunun da OKB grubu ile benzer çevresel riskleri paylaşması halinde mikroplar ve kirlenme (bulaş) endişesi düzeylerinde benzer puanların elde edileceğini göstermektedir. Nitekim sağlıklı bireylerin de mikroplar ve kirlenme konusundaki obsesyonel düşünceler

yaşayabileceğini, ancak bu düşüncelerin OKB’li bireylerdeki kadar yoğun ve işlevselliği etkileyici olmadığı bildirilmiştir (Vickers vd., 2017). Mevcut çalışmadaki örnekleme söz konusu alt boyut puanlarının OKB ve kontrol grubunda birbirine çok yakın olduğu görülmektedir.

İnterosepsiyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada kontrol grubunun interosepsiyon düzeyi toplam puan ortalaması OKB grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatüre baktığımızda OKB’li bireylerin içsel bedensel duyumlara yönelik farkındalıklarının sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğu yönündeki bulgular, bu çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir (Yoris vd., 2017). OKB’li bireylerin kalp atışlarını algılama görevinde sağlıklı bireylere göre daha düşük doğruluk gösterdikleri belirtilmektedir (Schultchen vd., 2019). Ek olarak literatürde bahsi geçen duysal fenomen kavramı ile OKB hastalarında bedensel duyumlar, içsel gerginlik hissi, “henüz tamam değil” yaşantısı, tamamlanmamışlık deneyimini kapsayan rahatsız edici duygular ile giden klinik durumdur (Miguel vd., 2000). Nitekim OKB tanılı hastalarının %70’inin duysal fenomen yaşadığı bildirilmektedir (Ferrao vd., 2012; Shavitt vd., 2014). Aynı zamanda duysal temelli OKB semptomlarının interoseptif duyarlılıkla ilgili olacağı düşünülmektedir (Eng vd., 2020). Nitekim interoseptif duyarlılık ve OKB arası ilişkiyi ele alan ilk kesitsel çalışmada 81 OKB hastası ve 76 sağlıklı kontrol ele alınmış interoseptif duyarlılığın İAFÇBDÖ-II ile ölçümü yapılmış, OKB düzeyinin BOKÖ ile ölçümü yapılmış, daha yüksek ve uyumsuz interoseptif duyarlılığın daha yüksek OKB semptom düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Eng vd., 2020).

Mevcut çalışmada interosepsiyonun “farkına varma” alt boyutuna dair kontrol grubunun ortalaması OKB grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İAFÇBDÖ-II ölçeğinden elde edilen yüksek puanlar, bireyin bedensel duyumları daha bilinçli ve düzenli bir şekilde fark ettiği yönünde yorumlanabilir (Özpınar vd., 2021). Literatürde OKB’de bedensel duyumların çoğu zaman tehdit veya kontrol kaybı algısı ile ilişkilendirildiği ve

bu nedenle farkına varmanın sınırlı olabileceği ifade edilmektedir (Duran vd., 2024). Bu bulgular, mevcut çalışmadaki farkına varma alt boyutunun düşüklüğünün, OKB'ye özgü bilişsel süreçlerin bedensel duyuların açık bir şekilde tanınmasını zorlaştırabileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, farkına varma alt boyutunda elde edilen düşük puanlar, OKB grubunda bedensel farkındalığın yeterince gelişmediğini ortaya koymakta ve interoseptif farkındalığın bu bozukluğun klinik değerlendirmesinde ele alınabileceğini düşündürmektedir.

Mevcut çalışmada interosepsiyon düzeyi “endişelenmeme” alt boyutuna dair OKB grubunun ortalaması kontrol grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Mehling ve arkadaşlarının (2012) geliştirdiği İAFÇBDÖ ölçeğinde bu alt boyut, interoseptif farkındalığın duygusal boyutunu yansıtmaktadır. Literatürde dirençli OKB'de kompulsiyonların bir tür anksiyeteyi yönetme aracı olarak işlev gördüğü ve zamanla bedensel sıkıntının etkisini azalttığı öne sürülmektedir (Roh vd., 2023; Wilson vd., 2025).

Mevcut çalışmada kontrol grubunun interosepsiyon düzeyi “dikkat düzenleme” alt boyut ortalaması OKB grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eng ve arkadaşları (2020) 81 OKB hastası ile 76 sağlıklı bireyi karşılaştırdıkları çalışmada, OKB grubunun Dikkat Düzenleme, Kendini Düzenleme ve Bedenine Güvenme alt ölçeklerinde belirgin düşüş bildirmiştir. Yakın tarihli bir sistematik derlemede OKB'de “maladaptif interoseptif profil” içinde özellikle dikkati bedenden uzaklaştıramama ve bedensel duyularını düzenleyememe temaları vurgulanmıştır (Wilson vd., 2025). Benzer şekilde OKB'de fonksiyonel görüntüleme çalışmaları, ön singulat ve insula ağlarında “dikkatin iç uyaranlara aşırı kilitlenmesi” ile ilişkili hiperaktivite bildirmektedir (Bragdon vd., 2021). Bu bulgular dikkate alındığında, OKB tedavilerinde yalnızca obsesif içeriklere maruziyet değil, bedensel duyulara yönelik esnek dikkat eğitiminin (bedene dönük farkındalık egzersizleri, beden taraması) protokollere eklenmesi önerilebilir (Schultchen vd., 2019). Böylece dikkatin bedene güvenli biçimde yönlendirilmesi, hem

kompulsiyonlara zemin hazırlayan “henüz tamamlanmadı” döngüsünü kırabilir hem de duygu düzenlemeyi kolaylaştırabilir.

Mevcut çalışmada kontrol grubunun interosepsiyon düzeyi “duygusal farkındalık” ortalaması OKB grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde interoseptif farkındalık düzeylerinin anksiyete bozukluklarında ve OKB’de düşebileceği, bunun da hem duygu düzenleme hem de kompulsif davranışlarla baş etme eğilimini olumsuz etkileyebileceği vurgulanmıştır (Domschke vd., 2010; Paulus ve Stein, 2010). Özellikle duygusal farkındalık, bireylerin bedenlerinde ortaya çıkan fizyolojik duyuları anlama ve bunları duygusal durumlarla bağdaştırma becerisini yansıtır (Mehling vd., 2012). Bu bulgular, kompulsif belirtiler ve zayıf duygusal farkındalık arasındaki ilişkinin, OKB’de semptomların sürdürülmesinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu, OKB tanılı bireylerin yalnızca bilişsel düzeyde değil, aynı zamanda bedensel duyular ve duygular arasındaki bağlantıyı kurmada da belirgin güçlükler yaşadığını ortaya koymaktadır.

Mevcut çalışmada kontrol grubunda interosepsiyon düzeyi “güvenme” alt boyutunun ortalaması OKB grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İnterosepsiyonun İAFÇBDÖ-II ile ölçümünde güvenme alt boyutu, kişinin kendi bedensel duyularını güvenilir bilgi kaynağı olarak değerlendirmesiyle ilgilidir. Örneğin kalp atışını, mide aktivitesini, kas gerginliğini doğru yorumlayıp buna uygun davranabilme becerisi olarak belirtilir (Garfinkel vd., 2015; Mehling vd., 2012). OKB literatüründe, bireylerin genellikle kararsızlık, belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrar tekrar kontrol etme eğilimi gösterdikleri vurgulanır (Moulding vd., 2008; Tolin vd., 2003). Bu durum, bedensel ya da bilişsel deneyimlerine duyulan güvenin azalmasıyla yakından ilişkilendirilebilir. Bu bireylerde sıklıkla “Acaba bu düşünce gerçek mi?” veya “Bu hissime güvenebilir miyim?” türünde kuşkular yaşanır ve bu kuşkular özellikle kontrol etme kompulsiyonlarını pekiştirebilir (Phillipou vd., 2022). Literatürde interosepsiyonun yeme bozuklukları, intihar, stres düzeyi, depresyon, kronik ağrı gibi ruh sağlığı sorunlarının gelişiminde ve sürmesinde önemli rol oynadığı ve özellikle rahatsız edici bedensel duyulardan kaçınma

ve bedensel sinyallere güvensizlik olmasının semptomları güçlendirdiği belirtilmektedir (Smith vd., 2002). Buradan hareketle interosepsiyon becerilerinden “güvenme” boyutunda düşüklük, OKB’nin fizyolojisinde önemli bir mekanizma olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte OKB semptomları ile interoseptif becerilerin karşılaştırılmasına dair daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Yoris vd., 2017).

Mevcut çalışmada interosepsiyon “dikkat dağıtmama” alt boyutunda kontrol grubunun ortalaması OKB grubunun ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu alt boyut, acı veya rahatsızlık hisleri karşısında dikkatini dağıtamama eğilimini ifade etmektedir (Özpınar vd., 2021). Literatürde OKB tanılı bireylerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu ve bu kaygının bedensel duyularla (örneğin kalp atışı, terleme) ilgili aşırı farkındalığa yol açtığı belirtilmiştir (Shapiro ve Maxfield, 2002). İnterosepsiyon ile ilgili yapılan bazı çalışmalar, OKB tanılı bireylerin içsel duyuları algılamada daha yüksek farkındalık gösterdiklerini ancak bu duyularla başa çıkmakta zorlandıklarını ve farkındalığın kaygıyı azaltmak yerine artırdığını ortaya koymaktadır (Shapiro ve Maxfield, 2002). Diğer bir çalışma ise, OKB tanılı bireylerin dikkatlerini daha etkili bir şekilde dışsal faktörlere yönlendirebildiklerini ve bu nedenle interoseptif becerilerinin sağlıklı bireylerle benzer seviyede olduğunu ileri sürmüştür (Stren, 2014). Bununla beraber OKB tedavisinde kullanılan BDT ve MBTÖ gibi müdahalelerin, bireylerin dikkatlerini kaygı uyandıran düşüncelerden ve bedensel duyulardan başka yönlere kaydırabilme becerilerini geliştirerek bu duyularla baş etmelerine yardımcı olduğu belirtilmektedir (Reid vd., 2021). Bu çalışmada ise klinik örneklemin BDT tedavisi alıyor olması, mevcut bulgular ışığında bu bireylerin bedensel duyularla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine katkı sağlamış olabilir.

Mentalizasyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada kontrol grubunun ZÖ toplam puan ortalaması, OKB grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Araştırmalar, mentalizasyonun anksiyete spektrumunda bozulabildiğini ortaya koymuştur

(İnanç ve Altıntaş, 2018). Psikopatolojilerde mentalizasyon becerisine yönelik bir meta-analiz çalışmasında 26 çalışmanın 11'inin OKB ile ilgili olduğu, hasta grubunda kontrollere göre mentalizasyonun anlamlı ve orta düzeyde bozuk olduğu gösterilmiştir (Sloover vd., 2022). Nitekim mentalizasyon becerilerinde bozulmanın psikopatolojiye yatkınlığa yol açabildiği, dolayısıyla mentalizasyonun psikoterapide değişimin aracısı olabileceği ve tedaviyi kolaylaştırabileceği bildirilmiştir (Lutyen vd., 2024).

Mevcut çalışmada ZÖ “ötekiler temelli zihinselleştirme” alt boyutunda kontrol grubunun ortalamasının, OKB grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Mentalizasyonun önemli bir boyutu, bireyin başkalarının zihinsel durumlarını tanıma ve bunları anlamlandırma becerisidir (Fonagy ve Bateman, 2006). Literatürde OKB tanılı bireylerde gözlenen ruminasyonların, başkalarının zihin durumlarına yönelik dikkati azaltarak ötekiler temelli zihinselleştirme becerisinin azalmasına yol açabileceği belirtilmektedir (İnanç, 2018). OKB'ye eşlik eden obsesif düşünceler ve kompulsif davranışlar, bilişsel kaynakların büyük bir kısmını tüketerek sosyal/öteki odaklı bilgi işleme olanaklarını kısıtlayabilmektedir (Jansen, 2020). Mevcut çalışma OKB'de zihnin kendi iç dünyasına aşırı yatırım yaparak ötekilere dönük zihinselleştirmenin azalmasına yönelik literatürü destekleyen sonuçlar ortaya koymaktadır (Jansen, 2020). Bu sonuç, OKB tedavisinde özellikle diğerlerinin zihinsel durumlarını anlama ve buna yönelik motivasyonun değerlendirilmesinin ve gerekirse müdahale hedefi olarak ele alınmasının önemli olduğunu düşündürmektedir.

Mevcut çalışmada ZÖ “kendilik temelli zihinselleştirme” alt boyutunda kontrol grubunun ortalaması, OKB grubunun ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kendilik temelli zihinselleştirme, bireyin kendi duygu, düşünce ve motivasyonlarını ayırt edebilme, bunları geçici zihinsel durumlar olarak kavrayabilme kapasitesini ifade eder (Fonagy vd., 1991). Bu kapasite, duygusal regülasyonun ve içgörünün temel belirleyicilerinden biridir. OKB'de bu süreçler bozulabilir. Çünkü birey, düşüncelerini zihinsel bir olay olarak değil, gerçekliğin kendisi ve/veya tehlikenin kanıtı olarak yorumlar. Bu durum

düşünce-eylem füzyonu, abartılı sorumluluk algısı ve kendi zihinsel süreçlerine dair esnek olmayan yorumlama biçimlerini de içermektedir (Abramowitz vd., 2009). Bu bilişsel örüntüler, bireyin düşüncelerini nesnel şekilde gözleme kapasitesini sınırlayarak, kendilik Nitelik OKB’li bireylerin içsel deneyimlerine yönelik aşırı önem atfetme ve tehdit algılama eğilimlerinin öz-farkındalık düzeyini düşürdüğü, buna karşılık ortaya çıkan kaygıyı regüle etmek için kompulsif davranışlara başvurdukları gösterilmektedir (Lieberman vd., 2023). Bu durum, zihinselleştirme kapasitesinin kendilik odaklı boyutunda önemli sınırlılıklara işaret etmektedir (Lieberman vd., 2023). Lieberman ve arkadaşları (2023), OKB hastalarının kendi içsel durumlarını tanımlama, duygularını adlandırma ve bu içsel süreçleri dışsal olaylardan ayırma konusunda güçlük yaşadıklarını bildirmiştir. Benzer şekilde, araştırmalar bireyin düşüncelerindeki katılık ve aşırı kontrol çabasının da kendilik temelli zihinselleştirme becerileriyle negatif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir (Morrison ve Wells, 2007; Wells, 2002).

Mevcut çalışmada ZÖ “zihinselleştirmeye güdülenme” alt boyutunda OKB grubu ve kontrol grubunun puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Zihinselleştirmeye güdülenme, bireyin hem kendi hem de başkalarının zihinsel durumlarını anlama yönündeki içsel motivasyonunu ifade etmektedir (Törenli Kaya vd., 2021). Bu yönüyle bu alt boyutun, daha çok bireyin kişilik özellikleri, sosyal öğrenme süreçleri ve yaşam deneyimlerinden etkilenmesi beklenen bir eğilimdir (Fagerbakk vd., 2023). Mevcut çalışmadan elde edilen bulgu zihinselleştirmeye yönelik motivasyonun klinik belirtilerden bağımsız olarak işlev görebileceğini düşündürmektedir.

Çocukluk Çağı Travmaları, İnterosepsiyon, Mentalizasyon, OKB Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin OKB ve Kontrol Grubunda Değerlendirilmesi

Bu bölümde OKB ve kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları, interosepsiyon, mentalizasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin Pearson Korelasyon Analizi bulguları ile değerlendirilmesine yer vermek amaçlanmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları ve OKB Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada OKB grubunda ÇÇT ile OKB semptomları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Öte yandan kontrol grubunda ÇÇT ile OKB arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmalarının bireyde güvenli bağlanma örüntülerini bozarak, dışsal kontrol arayışını ve tehlike algısını artırabileceği ve bunun da kompulsif davranışlara eğilimi besleyebileceği ifade edilmektedir (Sharafi vd., 2025; Fonagy vd., 2017). Travmatik deneyimlerin özellikle bilişsel çarpıtmalar, belirsizliğe tahammülsüzlük, tehdit algısında artış ve aşırı sorumluluk hissi gibi OKB ile ilişkili bilişsel süreçleri tetikleyebileceği öne sürülmektedir (Cromer vd., 2007). Özellikle duygusal ihmal ve duygusal istismar gibi görünürde daha “sessiz” travma türlerinin içsel kontrol ihtiyacını artırarak obsesyonları tetikleyebileceği vurgulanmaktadır (Dostal vd., 2023). Benzer şekilde bireyler için bildirilmesi zor bir travma türü olan cinsel istismarın da OKB gelişiminde rol oynayabileceği ileri sürülmektedir (Kılıç vd., 2025; Mathews vd., 2008; Song vd., 2025). Literatürde özellikle klinik örnekleme yapılan çalışmalarda ÇÇT ile OKB arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (Cromer vd., 2007; Gershuny vd., 2003). Destrée ve arkadaşlarının (2021) meta-analiz çalışmasında klinik ve klinik olmayan örneklemlerin dahil edildiği çalışmalar taranmış, ÇÇT ile OKB arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu meta-analiz çalışmasında özellikle tek bir travma türünden ziyade birden çok travmatik deneyimin OKB ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır. Benzer şekilde OKB tanılı 68 kişiden oluşan örnekleme yapılan çalışmada özellikle duygusal istismar ile OKB semptom şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (Boger vd., 2020). OKB ve ÇÇT alt tiplerinin birbiri ile ilişkisini inceleyen çalışma sayısı kısıtlı olmakla beraber duygusal, fiziksel, cinsel istismar gibi farklı travma alt tiplerinin kirlenme, simetri, saldırganlık, cinsel ve dini takıntılar gibi spesifik OKB tipleri ile anlamlı ilişki içinde olduğu da saptanmıştır (D’Angelo vd., 2024; Kadivari vd., 2023). Ayrıca ÇÇT’nin yalnızca tanı almış bireylerde değil, sağlıklı bireylerde de eşikaltı düzeyde OKB semptomlarının

ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği belirtilmektedir (Fontenelle vd., 2011).

Bazı çalışmalar ise ÇÇT-OKB arasında doğrudan bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (Briggs ve Price 2009; Grabe vd., 2007; Özer, 2015). Karakaya (2023) tarafından yapılan bir çalışmada, OKB hastalarında ÇÇT düzeyleri ile OKB semptom düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır; yalnızca duygusal ihmal ile OKB semptomları arasında negatif bir ilişki bildirilmiştir. Benzer şekilde Avan (2023), OKB hastalarında obsesyon türleri ile travma geçmişi arasındaki ilişkileri incelediği araştırmasında, travma düzeylerinin toplam OKB belirti şiddetini anlamlı biçimde yordamadığını bildirmiştir.

Bununla birlikte, OKB ile travma arasındaki ilişkinin ancak belirli aracı değişkenler ile anlam kazandığı; örneğin bağlanma stili, bilişsel çarpıtmalar, dissosiyasyon eğilimi gibi değişkenlerin bu ilişkiyi şekillendirdiği gösterilmektedir (Berman vd., 2018; Ferreira vd., 2020; Sharafi vd., 2025). Carpenter ve Cheung Chung (2011) tarafından yürütülen çalışmada OKB tanısı alan 82 kişi ve kontrol grubu olarak seçilen 92 kişiden oluşan bir örnekleme OKB düzeyleri ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkide doğrudan bir ilişki saptanmamış ancak bağlanma biçimi ve aleksitimi ile dolaylı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu anlamda travmanın OKB semptomlarına olan etkisi doğrudan değil, aracı değişkenler (örneğin, impulsivite, anksiyete, depresyon) üzerinden gerçekleşebildiği öne sürülmektedir (Kart ve Türkçapar, 2019). Bu yaklaşımı destekleyen güncel bir çalışmada, ÇÇT'nin OKB üzerinde doğrudan etkisinin anlamlı olmadığı ancak impulsivitenin aracı rolü üzerinden anlamlı bir ilişki saptandığı belirtilmiştir (Ünsal Mavi vd., 2025). Dolayısıyla mevcut çalışmada klinik grupta ÇÇT-OKB arasında doğrudan ilişki bulunmaması travmanın OKB semptomları üzerindeki etkisinin dolaylı mekanizmalarla açıklanması olabilir. Diğer yandan mevcut çalışmadaki klinik örneklemin aktif psikoterapi ve ilaç tedavisi alıyor olmalarının da sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Travmatik deneyimlerin etkileri uygun psikososyal destek ve tedavi ile zaman içinde azalmış ya da semptom düzeyinde görünür olmaktan çıkmış olabilir (Fonagy vd., 2017). Son olarak klinik grupta ÇÇT ile OKB

semptomları arasında anlamlı korelasyon bulunmaması, örneklem gücü kaynaklı bir sınırlılık olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Çocukluk Çağı Travmaları ve İnterosepsiyonun Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda ÇÇT ile interosepsiyon becerileri arasında negatif ve düşük düzeyde ilişki olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde çocukluk çağı travmalarının kronik stres tepkilerini tetikleyerek interosepsiyonun bütüncül işlevini bozabileceği ifade edilmektedir (Fonzo vd., 2016). Özellikle erken dönem travmatik deneyimlerin laboratuvar ortamında ölçülen interoseptif doğruluk düzeyiyle negatif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (Schaan vd., 2019; Schäfer vd., 2012). Travmaya maruz kalan bireylerin aynı zamanda, bedensel duyuları tehdit olarak algılayıp bu duyuları bastırma ya da görmezden gelme eğiliminde oldukları ve interosepsiyon becerilerinin zayıf olabileceği de vurgulanmaktadır (Price ve Hooven, 2018). Buradan hareketle erken dönem travmaların disosiyatif eğilimleri artırarak içsel duyulara yabancılaşmaya yol açabileceği ifade edilmektedir (Mehling vd., 2018; Schulz ve Vögele, 2015). Özellikle duygular ile bedensel belirtiler arasında bağ kurulamamasının, travma sonrası gelişebilen bir savunma mekanizması olarak değerlendirildiği görülmektedir (Price ve Hooven, 2018).

Bununla birlikte mevcut çalışmanın bulguları literatürde yer alan erken dönem travmaların interoseptif süreçleri etkileyebileceği yönündeki verileri desteklememektedir. Bunun olası nedenleri arasında ilk olarak mevcut çalışmada gruptaki travmanın şiddetinin düşük olması sayılabilir. Literatürde, özellikle ağır veya kronik çocukluk çağı travmalarının interosepsiyonla ilişkisinin daha belirgin olduğu bildirilmiştir (Atanasova vd., 2021; Schaan vd., 2019; Schulz vd., 2022). İkinci olarak interosepsiyonun ölçüm boyutlarının sınırlılıkları mevcut sonuçları etkilemiş olabilir. Mevcut çalışmada interosepsiyonun tek bir boyutu, öz bildirim ölçeği ile değerlendirilmiştir ancak literatür interosepsiyonun değerlendirilmesinde doğruluk, farkındalık ve duyarlılık olmak üzere üç boyutlu yaklaşım önerilmektedir (Desmedt vd., 2022;

Garfinkel vd., 2015; Murphy vd., 2019). Son olarak örneklem büyüklüğünün de interosepsiyon becerileri ile ÇÇT arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıkmamasını açıklayabileceği düşünülmüştür. Bu doğrultuda literatür küçük örneklemli çalışmalarda rastlantısal varyansın görülebileceğini, bu nedenle bazı küçük çalışmaların travma-interosepsiyon ilişkisini ortaya koymada kısıtlı olabileceğini vurgulamaktadır (Pinna ve Edwards, 2020; Desmedt vd., 2022). Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalarda hem daha büyük örneklemlemlerle hem de interosepsiyonun farklı ölçümleri ile ayrıntılı biçimde ele alan kapsamlı analizlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Çocukluk Çağı Travmaları ve Mentalizasyonun Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda ÇÇT'nın mentalizasyon becerileri ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler, güvenli bağlanmanın kurulamaması, bakım verenin duygusal olarak yetersiz ya da tutarsız tepkileri, çocuğun mentalizasyon becerisinin sağlıklı biçimde gelişmesini engelleyebilmektedir. Bu durum, erişkinlikte kişilerarası ilişkilerde zorluklara, empati kurma güçlüklerine ve duygu düzenleme sorunlarına yol açabilmektedir (Smits vd., 2002). Araştırmalar, erken dönem travmaların bireyin sosyal bilişsel işlevlerini ve özellikle mentalizasyon kapasitesini olumsuz etkileyebileceğini öne sürmektedir (Fonagy ve Luyten, 2009). Ensink ve arkadaşları (2015) çocukluk çağı travmalarını değerlendirdikleri örneklemelerinde travma öyküsü olan bireylerin hem kendine yönelik hem de başkalarına yönelik mentalizasyon kapasitelerinde zayıflıklar gösterdiğini bildirmiştir. Benzer şekilde bir meta-analiz çalışmasında ÇÇT ile mentalizasyon becerileri arasındaki negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu gösterilmiştir (Yang ve Huang, 2024). Öte yandan bazı çalışmalar ÇÇT ve mentalizasyon ilişkisinin örneklem türüne (klinik-kontrol), ölçüm aracına (klinikyeni tarafından uygulanan, öz bildirim ölçeği), travma alt tipine (duygusal ihmal, fiziksel/ cinsel istismar vb.) bağlı olarak önemli ölçüde değişkenlik gösterdiğini, ÇÇT ile mentalizasyon arasındaki ilişkilerin anlamlı

çıkılabileceğini raporlamıştır (Garon-Bissonnette vd., 2023; van Rensburg vd., 2024).

Bununla birlikte literatürde ÇÇT ile mentalizasyon ilişkisinde bireysel farklılıkların belirleyici rol oynadığı da vurgulanmaktadır. Örneğin, bazı bireylerin erken dönem travmalara rağmen telafi edici sosyal ilişkiler ve destek sistemleri aracılığıyla mentalizasyon becerilerini koruyabildikleri belirtilmiştir (Bateman ve Fonagy, 2016). Araştırmalar hem psikoterapötik müdahalelerin hem de farmakolojik tedavilerin, bireylerin zihinselleştirme becerileri üzerinde olumlu etkiler yaratabildiğini göstermektedir. Özellikle mentalizasyon temelli terapiler, BDT ve psikodinamik yaklaşımlar, bireyin kendisi ve başkalarının zihinsel durumlarını anlama kapasitesini geliştirmeyi amaçlamaktadır (Bateman ve Fonagy, 2004; Jańczak vd., 2025). Hayden ve arkadaşları (2021) hastaların yatarak veya ayaktan psikoterapi alırken mentalizasyonel becerilerinde anlamlı artışlar olduğunu raporlamıştır. Dolayısıyla mevcut çalışmada özellikle OKB grubunda çocukluk çağı travmalarına rağmen mentalizasyon becerilerinde belirgin bir düşüklük gözlenmemesi, terapi ve ilaç tedavisinin sağaltıcı etkisi ile açıklanabilir.

İnterosepsiyon ve Mentalizasyonun Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda interosepsiyon ile mentalizasyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. İnterosepsiyon, sinir sisteminin vücuttan gelen sinyalleri algılama, yorumlama ve bütünleştirme süreci olarak ifade edilmektedir (Critchley ve Garfinkel, 2017; Quigley vd., 2021). Mentalizasyon ise bireyin hem kendine hem de başkalarına ilişkin duygu, düşünce, istek ve niyet gibi zihinsel durumları anlama ve anlamlandırma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Fonagy vd., 1991; Fonagy vd., 1994). Bununla birlikte bireyin kendi içsel süreçlerine yönelik farkındalığının, başkalarının içsel ve zihinsel durumları hakkında çıkarımda bulunma kapasitesini de güçlendirdiği bilinmektedir (Ondobaka vd., 2017). Diğer bir deyişle, kişinin interosepsif süreçlerine dair farkındalığından, diğerlerinin zihinsel süreçlerine doğru uzanan bir yol bulunmaktadır. Bu

durumda, interosepsiyonun bedensel farkındalığın ötesinde sosyal çıkarımların oluşumunda, mentalizasyon becerilerinde belirleyici bir rol oynadığı görülmektedir (Fotopoulou ve Tsakiris, 2017). Gilead ve arkadaşları (2016), zihinsel durumlara ilişkin çıkarımların bedensel duyularla etkileşim içinde olması, beden-zihin bütünlüğünün sağlıklı bireylerde de sosyal bilişsel işleyişin temel bir bileşeni olduğunu göstermekte ve mentalizasyonun interoseptif sinyallerden etkilendiğini öne sürmektedir. Benzer şekilde bireyin kendisi üzerine düşünme becerisinin öncelikli olarak “şu anki” bedensel sinyallere odaklanmasıyla başlayacağı belirtilmektedir (Duquette ve Ainley 2019).

İnterosepsiyonun sosyal çıkarımların oluşumundaki rolü, literatürde yer alan çalışmalarla da desteklenmektedir. Cook ve arkadaşlarının (2013) yürüttüğü bir çalışmada, başkalarının duygularını yüz ifadelerinden tanıma becerisinin, bireyin kendi içsel duyularını doğru biçimde algılama yetisiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. 72 sağlıklı örnekleme yürütülen başka bir araştırmada, interoseptif doğruluk ile karşıdakinin duygusunu doğru biçimde tahmin etme becerisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Shah vd., 2017). Benzer şekilde bir meta-analiz çalışmasında interosepsiyon becerilerinin geliştirilmesinin psikopatolojilerde iyileştirici etkiler doğurabileceği bildirilmektedir (Khoury vd., 2018). Literatürle uyumlu olarak mevcut çalışmanın bulguları, interoseptif farkındalığın yalnızca klinik örneklemlerde değil, aynı zamanda sağlıklı bireylerde de mentalizasyon kapasitesiyle bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, mentalizasyon becerilerinin geliştirilmesinde, interoseptif farkındalığı destekleyen uygulamalardan yararlanılabileceği düşünülmektedir.

İnterosepsiyon ve OKB Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada hem OKB grubunda hem kontrol grubunda interosepsiyon ile OKB arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çoğunlukla bilişsel ve davranışsal düzlemde ele alınan OKB’de özellikle kompulsyonların bedensel duyulardan kaynaklanan gerginliği yatıştırmaya yönelik bir işleve de sahip olduğu görülmektedir (Prado vd., 2008; Shavitt vd.,

2014). Bireyin bu duyuları algılama ve yorumlama biçiminin OKB semptomlarının gelişiminde ve seyirinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Nitekim, duyuşal temelli semptomların bireyin bedeninden gelen içsel sinyalleri algılama ve yorumlama becerisi olan interoseptif duyarlılıkla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Eng vd., 2020).

Literatürde, interosepsiyon ve OKB arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (Bragdon vd., 2021). Eng ve arkadaşları (2020) tarafından yürütölen bir çalışmada, 81 kişiden oluşın OKB hastası tanı grubu ve 76 kişiden oluşın sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular, uyumsuz interoseptif duyarlılığın OKB semptom şiddetiyle pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada, OKB tanı grubunun acı veren ya da rahatsız edici bedensel duyular karşısında dikkatlerini daha zor dağıttıkları, bu duyulara ilişkin endişelerinin arttığı ve bedenlerini daha güvensiz algıladıkları saptanmıştır.

Bununla birlikte, interosepsiyon ve OKB arasındaki ilişkiye dair bulgular arasında dikkate değer tutarsızlıklar da görülmektedir (Bragdon vd., 2021). Örneğın, bazı araştırmalar OKB hastalarının interoseptif doğruluk düzeylerinin sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu (Yoris vd., 2017), bazıları ise bu düzeyin belirgin biçimde azaldığını göstermektedir (Demartini vd., 2021; Schultchen vd., 2019). Söz konusu tutarsızlıkların, interosepsiyonun ölçüm yöntemlerindeki farklılıklardan ve kavramın farklı boyutlarının (örneğin doğruluk, farkındalık, duyarlılık) yeterince ayrıştırılmadan ele alınmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Garfinkel ve Critchley, 2013; Murphy vd., 2020). Nitekim, interosepsiyonun kalp atışı takip göreviyle ölçüldüğü bir çalışmada OKB hastalarında interoseptif duyarlılığın arttığı rapor edilirken, kas gerginliği tahmin görevi kullanılarak yapılan ölçümlerde interoseptif doğruluğun azaldığı saptanmıştır (Lazarov vd., 2014). Ayrıca, bu durumun kullanılan ölçüm aracının yalnızca belirli bir fizyolojik sistemi (örneğin kardiyovasküler ya da somatik kas sistemleri) temsil etmesi ve bu sistemlerin OKB’de farklı biçimlerde etkilenebilmesiyle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Bragdon vd., 2021; Khalsa vd., 2018). Bu bağlamda, mevcut çalışmada elde

edilen bulgunun anlamlı olmaması interosepsiyonun çok boyutlu bir yapı olması (örneğin; dikkat, farkındalık, duygusal tepkisellik gibi bileşenler içermesi) ve bu yapıların ölçümlerinin de farklılık göstermesi ile açıklanabilir (Mehling vd., 2012). Öte yandan bazı çalışmalar OKB hastalarında interosepsiyonun belirli alt boyutlarının bozulduğunu (örneğin, bedensel sinyallere yönelik güven veya bedensel sinyallerin tehdit olarak yorumlanması) bildirirse de bu farklılıkların her zaman doğrudan OKB semptom şiddeti ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Deacon ve Abramowitz, 2006). Özellikle bilişsel düzeydeki obsesyonların ya da zihinsel ritüellerin baskın olduğu OKB alt tiplerinde, interoseptif süreçlerin OKB'nin temel belirleyici bileşeni olmayabileceği vurgulanmaktadır (Yoris vd., 2017). Özetle, interosepsiyon becerileri ile OKB arasında hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Mentalizasyon ve OKB Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada OKB grubunda mentalizasyon ile OKB belirtileri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise mentalizasyon ile OKB semptomları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Mentalizasyon arttıkça obsesyon-kompulsiyon belirtileri azalmaktadır.

Fonagy ve arkadaşlarına (2002) göre başarılı bir mentalizasyon kapasitesi, yalnızca bilişsel farkındalığı değil, aynı zamanda düşüncelerle duygular arasındaki bağlantıların kavranmasını kapsamaktadır. Tüm bu becerilerin eksikliği ise bireyin işlevselliğini, bilişsel ve duygusal mekanizmasını bozmakta ve psikopatolojik yapılanmalara zemin hazırlamaktadır (Luyten vd., 2024). Son yıllarda yürütülen çalışmalarda, OKB'de gözlemlenen bazı bilişsel ve duygusal mekanizmaların mentalizasyon becerileriyle yakından ilişkili olabileceği vurgulanmaktadır. Örneğin, OKB'de sıklıkla gözlemlenen ruminatif düşünme eğiliminin, bireyin dikkatini içsel süreçlerine yoğunlaştırarak sosyal ipuçlarını yakalama kapasitesini azaltabileceği belirtilmektedir (Hawley vd., 2024). Bu durum, başkalarının zihin durumlarını fark etme ve anlamlandırma becerisini zayıflatmakta; dolayısıyla mentalizasyon kapasitesinin azalmasına ve OKB semptomlarının sürmesine yol açmaktadır (Hawley vd., 2024). Benzer şekilde,

OKB’de sıkça görülen duygu düzenleme güçlükleri, bireyin tehdit algısını artırmakta ve empati kurma ile niyet okuma becerilerini zayıflatmaktadır (Bischof vd., 2024; Ferrández-Mas vd., 2023). Ayrıca, belirsizliği tehdit olarak algılama eğilimi ve kesinlik arayışı da bireyin başkalarının niyetlerine ilişkin tek bir olasılığa saplanmasına ve alternatif zihinsel durumları fark edememesine neden olmaktadır (Knowles ve Olatunji, 2023; Näsling vd., 2024). Bunun yanı sıra, OKB’nin belirgin özelliklerinden olan bilişsel esnekliğin kaybı ve set değiştirme güçlükleri, bireyin “başkası farklı bir niyet taşıyor olabilir” bakış açısına geçişini zorlaştırarak mentalizasyon sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Frota Lisboa Pereira de Souza ve Fineberg, 2024). Sloover ve arkadaşlarının (2022) 26 araştırmayı içeren meta-analiz çalışmasında, OKB hastalarında kontrol gruplarına kıyasla mentalizasyon becerilerinde orta düzeyde ve anlamlı bir bozulma saptandığı bildirilmiştir. Bu bulgular, OKB tanılı bireylerde mentalizasyon kapasitesinin azalmasında rol alan bilişsel ve duygusal mekanizmaların önemini vurgulamaktadır (Sloover vd., 2022). Sonuç olarak mentalizasyonun OKB üzerindeki etkisine dair literatürdeki çalışmalarda hasta gruplarında kontrollere göre mentalizasyonun anlamlı ve orta düzeyde bozuk olduğu bildirilmiştir (İnanç ve Altıntaş, 2018; Sloover vd., 2022).

Öte yandan literatürde mentalizasyonun, özellikle borderline kişilik bozukluğu, depresyon ve TSSB gibi çeşitli psikiyatrik durumlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Fonagy ve Luyten, 2009). Ancak OKB özelinde bu ilişki daha sınırlı olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalar, OKB tanılı bireylerde sosyal biliş ya da zihin kuramı işlevlerinde zayıflıklar görüldüğünü belirtmekle birlikte, bu zayıflıkların her zaman semptom şiddetiyle doğrudan ilişkili olmadığını göstermiştir (Sayın vd., 2010). OKB’de görülen zihinsel durumlara yönelik belirsizliğe tahammülsüzlük, düşünce-eylem kaynaşması ve aşırı sorumluluk algısı gibi semptomların mentalizasyonun etkisini gölgeleyebileceğini belirtilmektedir (Jansen vd., 2020; Pinciotti vd., 2021).

Mevcut bulgular, mentalizasyon kapasitesinin OKB semptomlarını doğrudan şiddetinden ziyade, OKB’ye eşlik eden bilişsel-duygusal süreçler (belirsizlik intoleransı, ruminasyon, duygu düzenleme güçlüğü) üzerinden

dolaylı olarak etkilendiği görüşünü desteklemektedir (Babl vd., 2022). Bu nedenle mentalizasyon, OKB bağlamında primer bir belirleyici olmaktan çok, daha genel bir psikososyal işlevsellik göstergesi ve potansiyel bir koruyucu faktör olarak değerlendirilebilir (Taubner vd., 2008). Kontrol grubunda gözlemlenen mentalizasyon ile OKB belirtileri arasındaki negatif ilişki, bu kapasitenin bir tampon işlevi görebileceğini düşündürmüştür.

Çocukluk Çağı Travmaları ile OKB Arasındaki İlişkide İnterosepsiyonun ve Mentalizasyonun Seri Çoklu Aracı Değişken Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

ÇÇT ile OKB arasındaki ilişkide interosepsiyon ve mentalizasyonun seri çoklu aracı rolü hem klinik hem de kontrol grubunda test edilmiştir. Akut stres belirtileri her iki modele de kontrol değişkeni olarak dahil edilmiştir. Buna göre, OKB grubunda, ÇÇT'nin OKB semptomları üzerindeki toplam ve doğrudan etkisi anlamlı bulunmamıştır. Ek olarak, söz konusu ilişkide interosepsiyon ve mentalizasyonun aracılığıyla kurulan dolaylı ilişkiler de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Benzer şekilde, kontrol grubunda ÇÇT'nin OKB semptomları üzerindeki toplam ve doğrudan etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür. İnterosepsiyon ve mentalizasyon aracılığıyla kurulan dolaylı etkilerin de anlamlı olmadığına ulaşılmıştır. Ayrıca, her iki örneklem grubunda ÇÇT ile OKB arasında interosepsiyon ve mentalizasyonun seri aracılık etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu noktada, aracılık analizinin çalışmamasının yalnızca kuramsal çerçeveye değil, aynı zamanda örneklemin özellikleri, ölçüm sınırlılıkları ve istatistiksel güç gibi metodolojik unsurlarla da ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Mevcut çalışmada hem klinik hem de kontrol grubunda ÇÇT'den OKB'ye giden yolda interosepsiyonun aracı rolünün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Literatürde ÇÇT ile interosepsiyon arasındaki ilişkiye dair çeşitli bulgular yer almaktadır. Örneğin, bir meta-analiz çalışmasında, ÇÇT ile interosepsiyonun alt tipleri arasındaki ilişkiler incelenmiş, ÇÇT ile interosepsiyonun alt tipleri olan interoseptif doğruluk, duyarlılık ve farkındalıkla arasında tutarlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Ditzer vd., 2025). Bir diğer

çalışmada, travma ile interosepsiyon arasında karmaşık bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Buna göre interosepsiyon bazı alt boyutları ile travma arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ancak mevcut çalışma ile paralel olarak interosepsiyon toplam puan üzerinden değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişkinin saptanmadığı raporlanmıştır. (Schmitz vd., 2023). Schaan ve arkadaşları (2019) tarafından yürütülen bir çalışmada ise katılımcılara soğuk pres testi ile akut stresör uygulandıktan sonra ÇÇT öyküsünün interoseptif doğruluk üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu belirtilmiştir. Ek olarak, ÇÇT ve öz bildirim yoluyla ölçülen interosepsiyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ÇÇT arttıkça interosepsiyon becerilerinin düştüğü bildirilmektedir (Benavides ve Brindle, 2025).

Literatürde ÇÇT'nin interoseptif süreçleri olumsuz yönde etkileyerek kişinin psikolojik işlevselliğini bozduğu öne sürülmektedir (Smith vd., 2023). Dahası, ÇÇT'nin interosepsiyon düzeyinde yol açtığı bu bozulmaların da OKB'de görülen bedensel duyuların yanlış yorumlanmasına ve kompulsif davranışlarla bu duyuları kontrol etme eğilimine yol açabileceği belirtilmektedir (Eng, 2020; Schmitz vd., 2023). Ancak, mevcut çalışmadan elde edilen bulguların literatürdeki çalışmalarla büyük oranda örtüşmediği dikkat çekmektedir. Söz konusu farklılığın olası nedenlerinden biri olarak, bazı OKB hastalarında bedensel duyulardan çok bilişsel içerikli semptomların (örneğin sorumluluk algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük) baskın olabileceği, bu durumun ise interosepsiyonun OKB semptomları üzerindeki olası aracı etkisinin görülmesini engellemiş olabileceği düşünülmektedir (Schultchen vd., 2019). Diğer yandan, mevcut çalışmada genel olarak interosepsiyon düzeylerinin düşük seyretmesi, travma ile OKB semptomları arasındaki ilişkinin bu mekanizma üzerinden kurulmasını sınırlayan bir faktör olarak değerlendirilebilir. Ayrıca hem OKB hem de kontrol grubunda interosepsiyon puanlarının dağılımı incelendiğinde varyansın düşük olduğu görülmektedir. Buna bağlı olarak da interosepsiyon aracılığıyla kurulan ilişkilerin istatistiksel gücünde zayıflama olabileceği düşünülmektedir. Ek olarak, çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarına bağlı olarak da elde edilen bulgular farklılaşabilmektedir. Nitekim,

öz-bildirime dayalı interosepsiyon ölçeklerinin, yapının derinliğini ve işlevselliğini tam olarak yansıtamayabileceği bilinmektedir (Khalsa vd., 2018). Örneğin, İçsel Algı Farkındalığının Çok Boyutlu Değerlendirmesi Ölçeği-Genç Formu'nun (İAFÇBDÖ-Genç Formu) Türkçeye uyarlama çalışmasında, bazı alt boyutlarda (Duygusal Farkındalık, Farkına Varma) puanların uluslararası normlara kıyasla düşük olduğu dikkat çekmiştir (Onat vd., 2025). İAFÇBDÖ-II'nin de Türkçe versiyonunda orijinalinden farklı alt boyutlar ve maddeler eklenmiş ve kültürlerarası farklılıklar öne çıkmıştır (Özpinar vd., 2021). Bu durum, aracılığın ortaya çıkmamasını yalnızca teorik bir farklılık olarak değil, aynı zamanda ölçüm sınırlılığı olarak da yorumlamayı gerektirmektedir.

Yürütülen analizlerde hem OKB hem de kontrol grubunda ÇÇT'den OKB'ye giden yolda mentalizasyonun aracı rolünün anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu yönde yapılan çalışmalar sınırlı olmakla beraber literatürde mentalizasyonun, ÇÇT ile psikopatoloji arasında anlamlı bir aracı role sahip olmadığı; etkisinin örneklem, ölçüm aracı, klinik durum ve spesifik psikopatolojik çıktı türüne göre değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir (Camerlynck, 2023). Mentalizasyon gibi üstbilişsel yapılar, bazı çalışmalarda OKB ile ilişkili bulunsa da (Fergus ve Bardeen, 2016), bu ilişkinin aracılık yoluyla kurulması her zaman mümkün olmamaktadır. Travmatik deneyimlerin bazı bireylerde üstbilişsel süreçlere uğramadan doğrudan semptomlara yansıdığı, yani bu mekanizmaları adeta 'bypass ettiği' bir etki yaratabilmektedir (Brewin, 2011; van der Kolk, 2014). Nitekim, travma sonrası ortaya çıkan bazı bilişsel ve duygusal tepkilerin, üstbilişsel filtrelerden geçmeden obsesif düşüncelere ve kompulsif davranışlara yansıdığı bildirilmiştir (Cloitre vd., 2009; Ferreira vd., 2021; Li ve Liang, 2023). Öte yandan mevcut bulgular literatürde önerilen teorik çerçeve ile bazı noktalarda çelişkili görünmektedir (Fonagy ve Luyten, 2009; Schimmenti ve Caretti, 2016). Örneğin, klinik olmayan örneklemle yapılan bir çalışmada ÇÇT'nin mentalizasyon kapasitesini düşürerek OKB'ye yol açabileceği görülmektedir (de Rossi vd., 2024). Bir başka ifadeyle, sağlıklı örneklemde çocukluk çağı travmalarının OKB semptomları üzerindeki etkileri mentalizasyon aracılığıyla ortaya çıkmaktadır. Bir başka çalışmada,

yüksek ÇÇT puanlarının daha düşük mentalizasyon kapasitesi ile ilişkili olduğu ve bunun da artan OKB semptomlarıyla bağlantılı bulunduğu raporlanmıştır (Borelli vd., 2024). Mevcut çalışmada mentalizasyonun aracılık rolünün anlamlı çıkmamasının bir diğer olası açıklaması da ÇÇT'dan mentalizasyona ve mentalizasyondan OKB'ye giden yolların her iki örnekleme de yeterince güçlü olmamasıdır. Aracılık analizlerinde dolaylı etkinin ortaya çıkması için bu yolların belirgin bir kovaryans üretmesi gerekmektedir. Mevcut bulgularda bu yolların zayıf olmasının, dolaylı etkiyi teknik olarak baskılayabileceği düşünülmektedir.

Yapılan analizlerde akut stres belirtileri değişkeni modele kovaryant olarak eklenmiştir. Modele kontrol değişkeni olarak dahil edilen akut stresin kontrol grubunda mentalizasyon kapasitesi ile negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanları ile yürütülen bir çalışmada COVID-19 pandemisi dönemindeki stres düzeyleri ile mentalizasyon kapasiteleri arasında negatif ilişki bulunmuştur (Safiye vd., 2023). Akut stresin bilişsel kontrol mekanizmalarını özellikle bilişsel esnekliği zayıflattığını, bu durumun ise mentalizasyon kapasitesini olumsuz etkileyebileceği görülmektedir (Arabadzhiev vd., 2024; Knauft vd., 2021; Wessa vd., 2024). Tüm bu bulgular, akut stresin mentalizasyon kapasitesi ile arasındaki negatif yönlü mevcut çalışma bulgularını desteklemektedir. Buradan hareketle, mentalizasyonun koruyucu ve düzenleyici bir psikolojik mekanizma olarak işlev görebileceği de düşünülmektedir. Nitekim, özellikle sağlıklı bireylerde mentalizasyonun akut stresle başa çıkmada bilişsel bir tampon görevi gördüğüne dair çalışmalar da literatürde yer almaktadır (Schwarzer vd., 2022; Schwarzer vd., 2024). Öte yandan, OKB grubunda modele kontrol değişkeni olarak dahil edilen akut stresin mentalizasyon kapasitesi ile ilişkili olmadığı görülmektedir. Literatürde mentalizasyonun duygu düzenleme ve stresle başa çıkma süreçleriyle ilişkili olduğu belirtilmekle birlikte (Fonagy ve Luyten, 2009), bu ilişkinin özellikle kronik duygusal zorlanmalar ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Doba vd., 2022; Schwarzer vd., 2024). Akut stres ise doğası gereği ani, zamanla sınırlı ve fizyolojik tepkilerin ön planda olduğu bir tablo sunmaktadır (APA, 2013). Bu

nedenle, mentalizasyon gibi üst düzey sosyal bilişsel işlevlerin, akut stresin anlık semptomları üzerinde doğrudan bir etki yaratmaması beklenebilir. Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, modele eklenen akut stres değişkeninin özellikle kontrol grubunda güçlü bir yordayıcı olarak işlev görmesi, travma ve üstbilişsel süreçlerin etkisini istatistiksel olarak gölgelemiş olabilir. Bu durum, dolaylı yolların anlamlı çıkmamasını açıklayan ek bir metodolojik unsur olarak değerlendirilebilir.

Seri çoklu aracı etki analizinin ön koşulu olarak (Hayes, 2017) modelde aracı değişkenler olarak ele alınan interosepsiyon ve mentalizasyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu doğrultuda, interosepsiyonun mentalizasyon üzerinde yordayıcı etkisi olduğu görülmüştür. Bu bulgu, literatürdeki çalışmalarla uyumlu olarak, interosepsiyon düzeyinin mentalizasyon kapasitesini etkileyebileceğini ve bireyin kendisi üzerine düşünme becerisinin bedensel sinyallere odaklanarak başladığını desteklemektedir (Duquette ve Ainley 2019; Fotopoulou ve Tsakiris, 2017; Schulz ve Tsakiris, 2022). Devamında, ÇÇT ile OKB semptomları arasında interosepsiyon ve mentalizasyonun seri çoklu aracı etkisi test edilmiştir. Elde edilen bulgular hem klinik hem de kontrol grubunda seri aracılık etkisinin olmadığını göstermiştir. Özellikle OKB grubunda interosepsiyon ve mentalizasyon puanlarının görece düşük ve varyansın dar olması, “taban etkisi” yaratarak aracılık etkisinin ortaya çıkmasını sınırlamış olabileceği düşünülmektedir (Andrade, 2021). Ayrıca OKB grubunda interosepsiyon ve mentalizasyon düzeylerinin genel olarak düşük seyretmesi, bu mekanizmaların travma etkisinden bağımsız olarak bozulmuş olabileceğini ve dolayısıyla aracı etkilerin ortaya çıkmasını sınırlayabileceğini düşündürmektedir. (Bragdon vd., 2021). Buna ek olarak, ÇÇT’nin OKB semptomları üzerindeki toplam ve doğrudan etkisinin her iki grupta da anlamlı olmaması, aracılık etkisinin istatistiksel olarak ortaya çıkması için gereken temel koşullardan birini zayıflatmaktadır. Aracılık yapısının çalışabilmesi için ÇÇT ile OKB arasında anlamlı bir ilişki bulunması gerekmektedir. Mevcut bulgular bu koşulun sağlanmadığını göstermektedir.

Aynı zamanda, modele kontrol değişkeni olarak eklenen akut stresin OKB semptomlarını belirlemede rol oynadığına işaret etmektedir. Mevcut çalışmada hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda OKB belirtileri ile akut stres belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. 7 Ekim 2023 tarihinde İsrail’de meydana gelen saldırıların ardından yapılan bir çalışmada, travmaya doğrudan maruz kalan bireylerde, OKB semptomlarının ilk kez ortaya çıktığı ya da mevcut semptomların anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (Kalanthoff vd., 2025). Bu sonuçlar akut stres tepkisinin bazı durumlarda kronik travmatik geçmişin etkilerine kıyasla daha güçlü etkiler gösterebileceği düşüncesini destekler (Destrée vd., 2020; Ferreira vd., 2021; Homayuni, 2023; Rab vd. 2024). Bu bağlamda OKB grubunda semptom şiddetinin esas olarak akut stres düzeyi ile ilişkili olabileceğini, geçmiş travmaların ise doğrudan belirleyici bir faktör olmayabileceğini düşündürmektedir. Nitekim güncel klinik kılavuzlar, stres regülasyonunu hedefleyen müdahalelerin OKB semptomları üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğine işaret etmektedir (Dykshoorn vd., 2014; Salkovskis, 1985). Dolayısıyla, OKB tedavi protokollerine akut stres tepkilerini hedefleyen müdahalelerin sistematik olarak entegre edilmesi, semptom şiddetinin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Tüm bu bulgular bir arada ele alındığında, seri çoklu aracılık modelinin çalışmamasının yalnızca kuramsal uyumsuzlukla değil; düşük varyans, ölçüm kısıtlılıkları, zayıf bağımlı-bağımsız değişken etkisi ve akut stresin baskın rolü gibi birden fazla metodolojik etkenle ilişkili olduğu görülmektedir.

Çalışmanın Güçlü Yönleri, Kısıtlılıkları ve Öneriler

Bu çalışma, ÇÇT ve OKB arasındaki ilişkide interosepsiyon ve mentalizasyon süreçlerinin seri çoklu aracı etkisini inceleyen bilinen ilk çalışma olması nedeniyle literatüre önemli bir katkı sunmaktadır. Sağlıklı ve klinik grupların karşılaştırılması, ÇÇT’nin interosepsiyon ve mentalizasyon üzerindeki etkilerinin psikopatolojiye özgü mü yoksa genel bir psikolojik işleyiş biçimi mi olduğunu değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Bu yaklaşım, psikopatolojinin gelişimsel basamaklarını anlamak açısından da büyük önem taşımaktadır

(Cicchetti ve Rogosch, 2002; McLaughlin, 2020). Böylece elde edilen bulgular hem klinik uygulamalara hem de önleyici ruh sağlığı hizmetlerine katkı sunarak çok yönlü işlev göstermektedir. Tüm bunlar mevcut çalışmanın güçlü yönlerini işaret etmektedir. Buna karşın, çalışmanın bazı sınırlılıkları da mevcuttur.

Mevcut araştırmanın önemli kısıtlılıklarından biri, özellikle OKB grubunun örneklem sayısının düşük olmasıdır. Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplanmıştır (Faul vd., 2007). Bu noktada, gruplar arasındaki orta büyüklükteki farkların tespit edilebilmesi amacıyla orta etki büyüklüğü esas alınmıştır. Olası örneklem kaybı da gözetilerek hedeflenen örneklem büyüklüğünün %15 fazlası olan 123 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Ancak çalışmada klinik örneklem 66, kontrol grubu ise 62 katılımcıyla sınırlı kalmıştır. Bu durum elde edilen bulguların yorumlanmasını sınırlamakta ve istatistiksel analizlerin gücünü azaltmaktadır. Gelecek çalışmalarda daha büyük örneklem grupları ile araştırmanın tekrarlanmasının, elde edilen sonuçların doğruluğunu ve güvenilirliğini artırabileceği düşünülmektedir.

Bir diğer kısıtlılık klinik örnekleme oluşturan katılımcıların tamamının hâlihazırda psikoterapi sürecine devam ediyor olmalarıdır. Bu çerçevede terapi türünün ne olduğu, süresi ve ilaç tedavisinin ne olduğuna dair bilgi alınmamış olması araştırmanın bir kısıtlılığıdır. Terapötik müdahaleler sonucunda psikopatolojiye özgü bozulmaların kısmen düzelmiş olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, değişkenler arasındaki ilişkilerin tam anlamıyla gösterilemediğinin ihtimali de göz önünde bulundurulmaktadır. Ayrıca, klinik örneklemin orta-üst sosyoekonomik düzeye sahip özel bir hastanede tedavi gören katılımcılardan oluşması, araştırma bulgularının farklı sosyoekonomik kesimlere genellenebilirliğini sınırlamaktadır.

Sonuç olarak, bulguların genellenebilirliğini ve istatistiksel gücünü artırmak amacıyla, gelecekteki çalışmaların daha geniş ve heterojen örneklem ile yürütülmesi önerilmektedir. Bu bağlamda heterojenlik, yalnızca örneklem büyüklüğünün artırılmasını değil; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum gibi demografik özelliklerin yanı sıra, klinik ve klinik olmayan grupları kapsayan, farklı psikolojik örüntülerin temsil edildiği bir örneklem yapısını ifade

etmektedir. Bu tür bir örnekleme yapısı, elde edilen sonuçların farklı alt gruplar için geçerliliğinin sınanmasına ve bulguların daha geniş popülasyonlara genellenebilmesine olanak sağlayacaktır. Bunun yanı sıra, interosepsiyon ve mentalizasyonu etkilediği bilinen aleksitimi, duygu regülasyonu gibi mekanizmaların dahil edilmesiyle modelin genişletilmesi yararlı olacaktır. Ancak mevcut çalışmanın kesitsel deseni, değişkenler arasındaki ilişkiler hakkında nedensel çıkarımlar yapılmasını sınırlamaktadır. Bu nedenle, gelecekteki araştırmalarda boylamsal tasarımların veya deneysel müdahaleleri içeren çalışmaların planlanması önerilmektedir. Son olarak, interosepsiyonun çok boyutlu yapısının daha iyi anlaşılabilmesi için, öz-bildirim temelli ölçümlerin yanı sıra davranışsal ve fizyolojik ölçüm araçlarının birlikte kullanılması, alan yazına önemli katkılar sunacaktır.

KAYNAKLAR

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., ... & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment, 22*(1), 180.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Cahill, S. P. (2003). Approaches to common obstacles in the exposure-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*(1), 14-22.
- Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L., & Buchholz, J. L. (2018). New directions in the cognitive-behavioral treatment of OCD: Theory, research, and practice. *Behavior Therapy, 49*(3), 311-322.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. (2019). *Exposure therapy for anxiety: Principles and Practice*. Guilford Publications.
- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Storch, E. A. (Eds.). (2017). *The Wiley Handbook Of Obsessive Compulsive Disorders*. John Wiley & Sons.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet, 374*(9688), 491-499.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Lynam, D., & Kalsy, S. (2003). Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder?: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research And Therapy, 41*(9), 1069-1079.
- Adams, K. L., Murphy, J., Catmur, C., & Bird, G. (2022). The role of interoception in the overlap between eating disorders and autism:

Methodological considerations. *European Eating Disorders Review*, 30(5), 501-509.

Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Baker, D. G. (2019). Developmental trajectories of early life stress and trauma: a narrative review on neurobiological aspects beyond stress system dysregulation. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 118.

Aktay, M. (2020). İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 169-184.

Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., ... & Brugha, T. S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 299-306.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı (DSM-5)* (E. Köroğlu, Çev.). Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013).

Amerikan Psikiyatri Birliği. (1980). *Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı (DSM-III)* (3. baskı). Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2000). *Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı (DSM-IV-TR)* (4. baskı, revize). Hekimler Yayın Birliği.

Andrade, C. (2021). The ceiling effect, the floor effect, and the importance of active and placebo control arms in randomized controlled trials of an investigational drug. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(4), 360-361.

Avan, E. (2023). *Obsesif kompulsif bozukluk hastalarının obsesyon türleri ile psikodinamik kişilik organizasyonu ve travmatik yaşantı arasındaki ilişkinin incelenmesi*.

- D'Angelo, M., Valenza, M., Iazzolino, A. M., Longobardi, G., Di Stefano, V., Visalli, G., ... & Steardo Jr, L. (2024). Exploring the interplay between complex post-traumatic stress disorder and obsessive–compulsive disorder severity: implications for clinical practice. *Medicina*, *60*(3), 408.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Hantouche, E., Goodwin, R., Ajdacic, V., ... & Rössler, W. (2005). Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *255*, 65-71.
- Arabadzhev, Z., & Paunova, R. (2024). Complexity of mentalization. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1353804.
- Ardizzi, M., Ambrosecchia, M., Buratta, L., Ferri, F., Peciccia, M., Donnari, S., ... & Gallese, V. (2016). Interoception and positive symptoms in schizophrenia. *Frontiers in Human Neuroscience*, *10*, 379.
- Aşçibasi, K., Çökmüş, F. P., & Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 Akut Stres Belirti Siddeti Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *18*, 38.
- Atanasova, K., Lotter, T., Reindl, W., & Lis, S. (2021). Multidimensional assessment of interoceptive abilities, emotion processing and the role of early life stress in inflammatory bowel diseases. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 680878.
- Azarias, F. R., Almeida, G. H. D. R., de Melo, L. F., Rici, R. E. G., & Maria, D. A. (2025). The Journey of the Default Mode Network: Development, Function, and Impact on Mental Health. *Biology*, *14*(4), 395.
- Babl, A., Berger, T., Decurtins, H., Gross, I., Frey, T., Caspar, F., & Taubner, S. (2022). A longitudinal analysis of reflective functioning and its association

with psychotherapy outcome in patients with depressive and anxiety disorders. *Journal of Counseling Psychology*, 69(3), 337.

Badour, C. L., Bown, S., Adams, T. G., Bunaciu, L., & Feldner, M. T. (2012). Specificity of fear and disgust experienced during traumatic interpersonal victimization in predicting posttraumatic stress and contamination-based obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 590-598.

Badour, C. L., Tipsword, J. M., Jones, A. C., McCann, J. P., Fenlon, E. E., Brake, C. A., ... & Adams Jr, T. G. (2023). Obsessive-compulsive symptoms and daily experiences of posttraumatic stress and mental contamination following sexual trauma. *Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorders*, 36, 100767.

Baldini, V., Gnazzo, M., Varallo, G., De Ronchi, D., & Fiorillo, A. (2025). Exploring the impact of childhood trauma on obsessive-compulsive disorder: A systematic review focused on adult populations. *International Journal of Social Psychiatry*, 00207640251339510.

Bandelow, B. (2008). The medical treatment of obsessive-compulsive disorder and anxiety. *CNS Spectrums*, 13(S14), 37-46.

Barrett, L. F., & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(7), 419-429.

Barzilay, R., Patrick, A., Calkins, M. E., Moore, T. M., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2019). Association between early-life trauma and obsessive compulsive symptoms in community youth. *Depression and Anxiety*, 36(7), 586-595.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Baxter Jr, L. R., Saxena, S., Brody, A. L., Ackermann, R. F., Colgan, M., Schuartz, J. M., ... & Phelps, M. E. (1996). Brain Mediation of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: Evidence From Functional Brain Imaging Studies in the. In *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 1(1), 32-47.
- Benavides, S. V., & Brindle, R. C. (2025). Exposure to Adverse Childhood Experiences (ACEs) is Related to Poor Self-Reported Interoceptive Accuracy. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1-10.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... & Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343.
- Berman, N. C., Shaw, A. M., Curley, E. E., & Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation and obsessive-compulsive phenomena in youth. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 44-49.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Berrios, G. E. (1989). Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 283-295.
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a

mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104065.

Bevans, K., Cerbone, A. B., & Overstreet, S. (2005). Advances and future directions in the study of children's neurobiological responses to trauma and violence exposure. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 418-425.

Biria, M., Banca, P., Healy, M. P., Keser, E., Sawiak, S. J., Rodgers, C. T., ... & Robbins, T. W. (2023). Cortical glutamate and GABA are related to compulsive behaviour in individuals with obsessive compulsive disorder and healthy controls. *Nature Communications*, 14(1), 3324.

Birleşmiş Milletler. (1989). *Çocuk haklarına dair sözleşme*. <https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>

Bischof, C., Hohensee, N., Dietel, F. A., Doebler, P., Klein, N., & Buhlmann, U. (2024). Emotion regulation in obsessive-compulsive disorder: An ecological momentary assessment study. *Behavior Therapy*, 55(5), 935-949.

Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2018). Interoceptive exposure: an overlooked modality in the cognitive-behavioral treatment of OCD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 145-155.

Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Reuman, L., Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2017). Anxiety sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 113-117.

Blanco-Vieira, T., Radua, J., Marcelino, L., Bloch, M., Mataix-Cols, D., & do Rosário, M. C. (2023). The genetic epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 13(1), 230.

- Bogaerts, K., Walentynowicz, M., Van Den Houte, M., Constantinou, E., & Van den Bergh, O. (2022). The Interoceptive Sensitivity and Attention Questionnaire: Evaluating aspects of self-reported interoception in patients with persistent somatic symptoms, stress-related syndromes, and healthy controls. *Biopsychosocial Science and Medicine*, *84*(2), 251-260.
- Boger, S., Ehring, T., Berberich, G., & Werner, G. G. (2020). Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1753942.
- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior Therapy*, *44*(3), 417-431.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed., 1982). Basic Books.
- Bragdon, L. B., Eng, G. K., Belanger, A., Collins, K. A., & Stern, E. R. (2021). Interoception and Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of Current Evidence and Future Directions. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 686482.
- Brander, G., Perez-Vigil, A., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for obsessive-compulsive disorder: a proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *65*, 36-62.
- Brassard, M. R., Hart, S. N., & Glaser, D. (2020). Psychological maltreatment: An international challenge to children's safety and well being. *Child Abuse & Neglect*, *110*(Pt 1), 104611.
- Brewer, R., Cook, R., & Bird, G. (2016). Alexithymia: a general deficit of interoception. *Royal Society Open Science*, *3*(10), 150664.

- Brewer, R., Murphy, J., & Bird, G. (2021). Atypical interoception as a common risk factor for psychopathology: A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *130*, 470–508.
- 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.
- Brock, H., Rizvi, A., & Hany, M. (2024). Obsessive-compulsive disorder. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing.
- Brown, L. A., Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2011). Investigating the similarities and differences between practitioners of second-and third-wave cognitive-behavioral therapies. *Behavior Modification*, *35*(2), 187-200.
- Brown, A. S., Gray, N. S., & Snowden, R. J. (2009). Implicit measurement of sexual associations in child sex abusers: Role of victim type and denial. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, *21*(2), 166–180.
- Cabrera, A., Kolacz, J., Pailhez, G., Bulbena-Cabre, A., Bulbena, A., & Porges, S. W. (2018). Assessing body awareness and autonomic reactivity: Factor structure and psychometric properties of the Body Perception Questionnaire-Short Form (BPQ-SF). *International Journal of Methods In Psychiatric Research*, *27*(2), e1596.
- Calamari, J. E., Chik, H. M., Pontarelli, N. K., & DeJong, B. L. (2012). Phenomenology and epidemiology of obsessive compulsive disorder. D.F. Tolin (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (2.Bask1), (11-40), Oxford University Press.

- Calzà, J., Gürsel, D. A., Schmitz-Koep, B., Bremer, B., Reinholz, L., Berberich, G., & Koch, K. (2019). Altered Cortico-Striatal Functional Connectivity During Resting State in Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 319.
- Camerlynck, M. F. (2023). *The Role of Mentalizing in the Association between Childhood Trauma and Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder* (Unpublished Doctoral dissertation), UCL (University College London).
- Cantor, C., & Price, J. (2007). Traumatic entrapment, appeasement and complex post-traumatic stress disorder: Evolutionary perspectives of hostage reactions, domestic abuse and the Stockholm syndrome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 41*(5), 377-384.
- Carpenter, L., & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*(4), 367-388.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders?. *Clinical Psychological Science, 2*(2), 119-137.
- Castle, D., Feusner, J., Lapsa, J. M., Richter, P. M., Hossain, R., Lusicic, A., & Drummond, L. M. (2023). Psychotherapies and digital interventions for OCD in adults: What do we know, what do we need still to explore?. *Comprehensive Psychiatry, 120*, 152357.
- Cerritelli, F., Galli, M., Consorti, G., D'Alessandro, G., Kolacz, J., & Porges, S. W. (2021). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Italian version of the Body Perception Questionnaire. *PLoS One, 16*(5), e0251838.

- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, *394*(10194), 240-248.
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health*, *8*(1), 52-66.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*(9), 1127-1135.
- Clemente, R., Murphy, A., & Murphy, J. (2024). The relationship between self-reported interoception and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *167*, 105923.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(5), 399-408.
- Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O., & Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(2), 153-167.
- Cook, R., Brewer, R., Shah, P., & Bird, G. (2013). Alexithymia, not autism, predicts poor recognition of emotional facial expressions. *Psychological Science*, *24*(5), 723-732.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, *3*(8), 655-666.

- Craig, A. D. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*(1), 59-70.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, *58*, 10-23.
- Critchley, H. D., & Garfinkel, S. N. (2017). Interoception and emotion. *Current Opinion in Psychology*, *17*, 7-14.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(7), 1683-1691.
- Csigó, K. (2023). Obsessive position: the new psychoanalytic approach of obsessive-compulsive disorder. *Current Psychology*, *42*(7), 5407-5414.
- Çataloluk, A., & Karaaziz, M. (2023). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımı ile Tedavisi: Olgu Sunumu. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, *6*(6), 781-793.
- Çoban, A., & Tan, O. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, anxiety, and depression symptoms mediating the relationship between childhood trauma and symptoms severity of obsessive-compulsive disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, *57*(1), 37.
- Ateş Çöl, I., Sönmez, M. B., & Vardar, M. E. (2016). Alkol Bağımlısı Olan Hastalarda İçsel Farkındalığın Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. *53*(1), 17.
- D'Angelo, M., Valenza, M., Iazzolino, A. M., Longobardi, G., Di Stefano, V., Visalli, G., ... & Steardo Jr, L. (2024). Exploring the interplay between complex post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder severity: implications for clinical practice. *Medicina*, *60*(3), 408.

- da Silva, H. C., Vilete, L., Coutinho, E. S. F., Luz, M. P., Mendlowicz, M., Portela, C. M., ... & Berger, W. (2024). The role of childhood cumulative trauma in the risk of lifetime PTSD: An epidemiological study. *Psychiatry Research*, *336*, 115887.
- Damasio, A. R. (2021). *Descartes'in Yanılgısı: Duygu-Akıl ve İnsan*. ODTÜ Yayıncılık.
- Dana, D. (2021). *Terapide Polivagal Teori*. Psikonet Yayıncılık.
- de Rossi, E., Imperatori, C., Sciancalepore, F., Prevete, E., Maraone, A., Canevelli, M., ... & Bersani, F. S. (2024). Childhood trauma, mentalization and obsessive compulsive symptoms in a non-clinical sample: a mediation analysis study. *Clinical Neuropsychiatry*, *21*(3), 195.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*(7), 837-857.
- Demirci, K. (2016). Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi. *Journal of Mood Disorders*, *6*(1).
- Descartes, R. (2020). *Yöntem üzerine konuşmalar*. (M. Erşen, Çev.). İş Bankası Kültür Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1637).
- Desmedt, O., Heeren, A., Corneille, O., & Luminet, O. (2022). What do measures of self-report interoception measure? Insights from a systematic review, latent factor analysis, and network approach. *Biological Psychology*, *169*, 108289.
- Destrée, L., Albertella, L., Torres, A. R., Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Miguel, E. C., & Fontenelle, L. F. (2020). Social losses predict a faster onset and greater severity of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *130*, 187-193.

- Destree, 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.
- Ditzer, J., Woll-Weber, C. F. J., Burger, C., Ernst, A., Boehm, I., Garthus-Niegel, S., & Zietlow, A. L. (2025). *Child maltreatment and interoception: A meta-analytic review*.
- Doba, K., Saloppé, X., Choukri, F., & Nandrino, J. L. (2022). Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect, 132*, 105815.
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy; an analysis in terms of learning, thinking, and culture*.
- Domschke, K., Stevens, S., Pfleiderer, B., & Gerlach, A. L. (2010). Interoceptive sensitivity in anxiety and anxiety disorders: an overview and integration of neurobiological findings. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 1-11
- Donaghy, R., Shinskey, J., & Tsakiris, M. (2024). Maternal interoceptive focus is associated with greater reported engagement in mother-infant stroking and rocking. *Plos One, 19*(6), e0302791.
- Doron, G., Derby, D. S., & Szepsenwol, O. (2014). Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): A conceptual framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*(2), 169-180.
- Dostal, A. L., & Pilkington, P. D. (2023). Early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 336*, 42-51.

- Dunn, E. C., Nishimi, K., Gomez, S. H., Powers, A., & Bradley, B. (2018). Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: Are there sensitive periods when trauma is most harmful?. *Journal of Affective Disorders*, *227*, 869-877.
- Dykshoorn, K. L. (2014). Trauma-related obsessive–compulsive disorder: a review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, *2*(1), 517-528.
- Elwenspoek, M. M., Hengesch, X., Leenen, F. A., Sias, K., Fernandes, S. B., Schaan, V. K., ... & Turner, J. D. (2020). Glucocorticoid receptor signaling in leukocytes after early life adversity. *Development and Psychopathology*, *32*(3), 853-863.
- Emerson, D., Sharma, R., Chaudhry, S., & Turner, J. (2009). Trauma-sensitive yoga: Principles, practice, and research. *International Journal of Yoga Therapy*, *19*(1), 123-128.
- Eng, G. K., Collins, K. A., Brown, C., Ludlow, M., Tobe, R. H., Iosifescu, D. V., & Stern, E. R. (2020). Dimensions of interoception in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *27*, 100584.
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, *33*(2), 203-217.
- Fagerbakk, S. A., Sørhøy, S. H., Nilsen, T., & Laugen, N. J. (2023). Does clinical training improve mentalization skills in future therapists? A comparison of first and last year students of clinical psychology and of engineering. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1066154.

- Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, A. Y., Challacombe, F. L., Thordarson, D. S., Woody, S. R., & Janssen, P. A. (2021). High prevalence and incidence of obsessive-compulsive disorder among women across pregnancy and the postpartum. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *82*(2), 30368.
- Farb, N., Daubenmier, J., Price, C. J., Gard, T., Kerr, C., Dunn, B. D., ... & Mehling, W. E. (2015). Interoception, contemplative practice, and health. *Frontiers in Psychology*, *6*, 763.
- Fares-Otero, N. E., Carranza-Neira, J., Womersley, J. S., Stegemann, A., Schalinski, I., Vieta, E., ... & Seedat, S. (2025). Child maltreatment and resilience in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *55*, e163.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191.
- Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: a meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *81*(4), 13075.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258.
- Ferenczi, S. (1913). (1994) *First Contributions to Psycho-analysis* (1st ed.). Routledge.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine*, *30*(3), 529-544.
- Ferrández-Mas, J., Moreno-Amador, B., Marzo, J. C., Falcó, R., Molina-Torres, J., Cervin, M., & Piqueras, J. A. (2023). Relationship between Cognitive Strategies of Emotion Regulation and Dimensions of Obsessive-Compulsive Symptomatology in Adolescents. *Children (Basel, Switzerland)*, *10*(5), 803.
- Ferreira, S., Couto, B., Sousa, M., Vieira, R., Sousa, N., Picó-Pérez, M., & Morgado, P. (2021). Stress influences the effect of obsessive-compulsive symptoms on emotion regulation. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 594541.
- Ferreira, S., Pêgo, J. M., & Morgado, P. (2020). A systematic review of behavioral, physiological, and neurobiological cognitive regulation alterations in obsessive-compulsive disorder. *Brain Sciences*, *10*(11), 797.
- Fineberg, N. A., Apergis-Schoute, A. M., Vaghi, M. M., Banca, P., Gillan, C. M., Voon, V., ... & Robbins, T. W. (2018). Mapping compulsivity in the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: cognitive domains, neural circuitry, and treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *21*(1), 42-58.
- Fineberg, N. A., Baldwin, D. S., Drummond, L. M., Wyatt, S., Hanson, J., Gopi, S., ... & Wellsted, D. (2018). Optimal treatment for obsessive compulsive disorder: a randomized controlled feasibility study of the clinical-effectiveness and cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy, selective serotonin reuptake inhibitors and their combination in the management of obsessive compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, *33*(6), 334-348.

- Fiskum, C., Eik-Nes, T. T., Abdollahpour Ranjbar, H., Andersen, J., & Habibi Asgarabad, M. (2023). Interoceptive awareness in a Norwegian population: psychometric properties of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) 2. *BMC Psychiatry*, 23(1), 489.
- Fissler, M., Winnebeck, E., Schroeter, T., Gummersbach, M., Huntenburg, J. M., Gaertner, M., & Barnhofer, T. (2016). An investigation of the effects of brief mindfulness training on self-reported interoceptive awareness, the ability to decenter, and their role in the reduction of depressive symptoms. *Mindfulness*, 7(5), 1170-1181.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83–101.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. ve Target, M. (1994). The Emanuel Miller memorial lecture 1992 the theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 231-257.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218.
- Fonagy, P. ve Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fontenelle, L. F., Cocchi, L., Harrison, B. J., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2011). Role of stressful and traumatic life events in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatry*, 1(1), 61.

- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., & Versiani, M. (2004). Trans-cultural aspects of obsessive–compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *Journal of Psychiatric Research*, *38*(4), 403-411.
- Fornaro, M., Gabrielli, F., Albano, C., Fornaro, S., Rizzato, S., Mattei, C., ... & Fornaro, P. (2009). Obsessive-compulsive disorder and related disorders: a comprehensive survey. *Annals of General Psychiatry*, *8*(1), 13.
- Fotopoulou, A., & Tsakiris, M. (2017). Mentalizing homeostasis: The social origins of interoceptive inference. *Neuropsychanalysis*, *19*(1), 3-28.
- Freud, S. (2022). *Bir takıntı vakası analizi* (Z. Dilek, Çev.). Tutku Yayınevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 1909).
- Frota Lisboa Pereira de Souza, A.M., Pellegrini, L., & Fineberg, N.A. (2024). Cognitive inflexibility, obsessive-compulsive symptoms and traits and poor post-pandemic adjustment. *Neuroscience Applied*, *3*.
- Gabbard, G. O. (2001). Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, *21*(2), 208-221.
- Gabriele, E., Spooner, R., Brewer, R., & Murphy, J. (2022). Dissociations between self-reported interoceptive accuracy and attention: Evidence from the Interoceptive Attention Scale. *Biological Psychology*, *168*, 108243.
- Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2013). Interoception, emotion and brain: new insights link internal physiology to social behaviour. Commentary on: “Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety” by Terasawa et al.(2012). *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *8*(3), 231-234.

- Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology, 104*, 65-74.
- Garon-Bissonnette, J., Dubois-Comtois, K., St-Laurent, D., & Berthelot, N. (2023). A deeper look at the association between childhood maltreatment and reflective functioning. *Attachment & Human Development, 25*(3-4), 368-389.
- Gerge, A. (2020). What neuroscience and neurofeedback can teach psychotherapists in the field of complex trauma: Interoception, neuroception and the embodiment of unspeakable events in treatment of complex PTSD, dissociative disorders and childhood traumatization. *European Journal of Trauma & Dissociation, 4*(3), 100164. (10), 1355.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Radomsky, A. S., Wilson, K. A., & Jenike, M. A. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. *Behaviour Research and Therapy, 41*(9), 1029-1041.
- Gilead, M., Katzir, M., Eyal, T., & Liberman, N. (2016). Neural correlates of processing "self-conscious" vs. "basic" emotions. *Neuropsychologia, 81*, 207-218.
- Glaser D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect, 26*(6-7), 697-714.
- Glaser, D. (2017). Child maltreatment. *Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Clinical Training and Practice*, 175-185.
- Goodman, W. K., Storch, E. A., & Sheth, S. A. (2021). Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry, 178*(1), 17-29.

- Gönner, S., Leonhart, R., & Ecker, W. (2008). The obsessive–compulsive inventory-revised (OCI-R): validation of the German version in a sample of patients with OCD, anxiety disorders, and depressive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 734-749.
- Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Spitzer, C., Josepeit, J., Ettelt, S., Buhtz, F., ... & Freyberger, H. J. (2007). Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology*, 41(2), 129-134.
- Grant, J. E., Hook, R., Valle, S., Chesivoir, E., & Chamberlain, S. R. (2021). Tolcapone in obsessive-compulsive disorder: a randomized double-blind placebo-controlled crossover trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 36(5), 225–229.
- Graybiel, A. M., & Rauch, S. L. (2000). Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Neuron*, 28(2), 343-347.
- Gültekin, A. (2022). Zihin Felsefesinde Zihin Kavramının Serencamı: Antik Yunandan Günümüze Ruh Kavramından Zihin Kavramına Tarihsel Perspektif. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(1), 17-32.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology And Psychiatry*, 45(2), 260-273.
- Hawley, L. L., Lisi, D. M., Richter, M. A., Selchen, S., & Rector, N. A. (2024). The Relationship of Rumination, Worry and OCD Symptoms During Technology Supported Mindfulness Therapy for OCD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(4), e3018.
- Hayden, M. C., Müllauer, P. K., Beyer, K. J., Gaugeler, R., Senft, B., Dehoust, M. C., & Andreas, S. (2021). Increasing mentalization to reduce maladaptive defense in patients with mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 637915.

- Hayes, F. A. (2017). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach Second Edition*. Guilford Press.
- Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023–1039.
- Heim, N., Bobou, M., Tanzer, M., Jenkinson, P. M., Steinert, C., & Fotopoulou, A. (2023). Psychological interventions for interoception in mental health disorders: A systematic review of randomized-controlled trials. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 77(10), 530-540.
- Hellberg, S. N., Buchholz, J. L., Twohig, M. P., & Abramowitz, J. S. (2020). Not just thinking, but believing: Obsessive beliefs and domains of cognitive fusion in the prediction of OCD symptom dimensions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(1), 69-78.
- Herbert, B. M., Muth, E. R., Pollatos, O., & Herbert, C. (2012). Interoception across modalities: on the relationship between cardiac awareness and the sensitivity for gastric functions. *PloS One*, 7(5), e36646.
- Herbert, J. D. & Forman, E. M. (2014). Mindfulness and acceptance techniques. In S. G. Hofmann, D. J. A. Dozois, W. Rief, & J. A. J. Smits (Eds.), *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy* (131-156). Wiley-Blackwell.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.

- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *158*(10), 1568-1578.
- Hipol, L. J., & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of evidence-based practices for anxiety disorders in Wyoming: A survey of practicing psychotherapists. *Behavior Modification*, *37*(2), 170-188.
- Hollander, E., Greenwald, S., Neville, D., Johnson, J., Hornig, C. D., & Weissman, M. M. (1996). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depression and Anxiety*, *4*(3), 111–119.
- Homayuni A. (2023). Investigating the correlation between perceived stress and health anxiety with obsessive-compulsive disorder and quality of life during COVID-19 pandemic. *BMC Psychology*, *11*(1), 54.
- Hosseini-Kamkar, N., Farahani, M. V., Nikolic, M., Stewart, K., Goldsmith, S., Soltaninejad, M., ... & Leyton, M. (2023). Adverse life experiences and brain function: a meta-analysis of functional magnetic resonance imaging findings. *JAMA Network Open*, *6*(11), e2340018-e2340018.
- Issari, Y., Jakubovski, E., Bartley, C. A., Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2016). Early onset of response with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *77*(5), 21133.
- Iwaniec, D. (2006). *The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment and intervention*. John Wiley & Sons.
- İnanç, L., & Altıntaş, M. (2018). Are mentalizing abilities and insight related to the severity of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Investigation*, *15*(9), 843.

- Jalal, B., Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain and Behavior, 13*(6), e3000.
- Jańczak, M. O., Górska, D., Jurek, P., & Taubner, S. (2025). Self-other mentalizing and attachment insecurity in the dimensional model of personality disorders: From research to clinical practice. *medRxiv, 2025-01*.
- Jansen, M., Overgaauw, S., & De Bruijn, E. R. (2020). Social cognition and obsessive-compulsive disorder: a review of subdomains of social functioning. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 118.
- Januszewski, J., Forma, A., Kłodnicka, K., Brachet, A., & Baj, J. (2024). Microbiological bases of obsessivecompulsive disorder—the role of viruses, bacteria, and parasites in the onset and progression of OCD. *Acta Neurobiologiae Experimentalis, 84*(3), 230-242.
- Jenike, M. A. (2004). Obsessive–compulsive disorder. *New England Journal of Medicine, 350*(3), 259-265.
- Jenkinson, P. M., Fotopoulou, A., Ibañez, A., & Rossell, S. (2024). Interoception in anxiety, depression, and psychosis: a review. *EClinicalMedicine, 73*, 102673.
- Joshi, S. A., Aupperle, R. L., & Khalsa, S. S. (2023). Interoception in Fear Learning and Posttraumatic Stress Disorder. *Focus (American Psychiatric Publishing), 21*(3), 266–277.
- Juster, R. P., McEwen, B. S., & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35*(1), 2-16.

- Kadivari, F., Najafi, M., & Khosravani, V. (2023). Childhood adversity affects symptomatology via behavioral inhibition in patients with obsessive-compulsive disorder. *Current Psychology*, 42(16), 13560-13570.
- Kahl KG, Winter L, Schweiger U (2012) The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry*, 25:522-528.
- Kalanthroff, E., Berebbi, S., David, M., & Simpson, H. B. (2025). Acute Trauma and Obsessive Compulsive Disorder: Evidence from October 7th, 2023. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1–12. Advance online publication.
- Kara, B., Biçer, Ü. & Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.
- Karakaya, B. (2023). *Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması yüksek ve düşük olan bireylerin psikodinamik açıdan değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi). Antalya Bilim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Karanassios, G., Schultchen, D., Möhrle, M., Berberich, G., & Pollatos, O. (2021). The effects of a standardized cognitive-behavioural therapy and an additional mindfulness-based training on interoceptive abilities in a depressed cohort. *Brain Sciences*, 11.
- Kart, A., & Türkçapar, H. (2019). The effects of childhood emotional abuse on aggressive obsessions among patients with obsessive compulsive disorder may be mediated by symptoms of depression and anxiety. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 411-417.
- Kasalova, P., Prasko, J., Ociskova, M., Holubova, M., Vanek, J., Kantor, K., ... & Barnard, L. (2020). Marriage under control: Obsessive compulsive disorder and partnership. *Neuroendocrinology Letters*, 41(3), 134-45.

- Kaye, W. H., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*(8), 573-584.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... & Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, *8*(sup5), 1353383. Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup5), 1353383.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry*, *197*(5), 378-385.
- Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., ... & Zucker, N. (2018). Interoception and mental health: a roadmap. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*, *3*(6), 501-513.
- Khalsa, S. S., Moseman, S. E., Yeh, H. W., Upshaw, V., Persac, B., Breese, E., ... & Feinstein, J. S. (2020). Reduced environmental stimulation in anorexia nervosa: an early-phase clinical trial. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2534.
- Khoury, N. M., Lutz, J., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Interoception in psychiatric disorders: A review of randomized controlled trials with interoception-based interventions. *Harvard Review of Psychiatry*, *26*(5), 250.
- Kılıç, BSSP, Çelikel, F. Ç., Karaköse, S., & Kavakçı, Ö. (2025). Obsesif Kompulsif Semptomlar, Çocukluk Çağı Travmaları ve Dissosiyatif Deneyimler Arasındaki İlişki: Obsesif Kompulsif Semptomlar, Çocukluk

Çağı Travmaları ve Dissosiyatif Deneyimler Arasındaki İlişki. *Türk Travmatik Stres Dergisi*, 1 (2), 69-80.

Kindermann, N. K., & Werner, N. S. (2014). Cardiac perception enhances stress experience. *Journal of Psychophysiology*.

Klinger-König, J., Erhardt, A., Streit, F., Völker, M. P., Schulze, M. B., Keil, T., Fricke, J., Castell, S., Klett-Tammen, C. J., Pischon, T., Karch, A., Teismann, H., Michels, K. B., Greiser, K. H., Becher, H., Karrasch, S., Ahrens, W., Meinke-Franze, C., Schipf, S., Mikolajczyk, R., ... Grabe, H. J. (2024). Childhood Trauma and Somatic and Mental Illness in Adulthood. *Deutsches Arzteblatt International*, 121(1), 1–8.

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Guilford Press.

Knauft, K., Waldron, A., Mathur, M., & Kalia, V. (2021). Perceived chronic stress influences the effect of acute stress on cognitive flexibility. *Scientific Reports*, 11(1), 23629.

Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2023). Intolerance of Uncertainty as a Cognitive Vulnerability for Obsessive-Compulsive Disorder: A Qualitative Review. *Clinical psychology: a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 30(3), 317–330.

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., Degenhardt, L., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274.

- Kolaitis, G., & Olf, M. (2017). Psychotraumatology in Greece. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup4), 135175.
- Koran, L. M. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 509-517.
- Koran, L. M., & Simpson, H. B. (2013). *Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive–Compulsive Disorder*. American Psychiatric Association.
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 153(6), 783–788.
- Koritar, E. (2022). Ferenczi’s Researches in Technique. *Am J Psychoanal* 82, 210–221
- Kroska, E. B., Miller, M. L., Roche, A. I., Kroska, S. K., & O’Hara, M. W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 225, 326-336.
- Kumari V. (2020). Emotional abuse and neglect: time to focus on prevention and mental health consequences. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 217(5), 597–599.
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L., & Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal Of Anxiety Disorders*, 33, 8-14.
- Lazarov, A., Liberman, N., Hermesh, H., & Dar, R. (2014). Seeking proxies for internal states in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(4), 695–704.

- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2019). Patient adherence to cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Anxiety Disorders*, *68*, 102135.
- Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Ye, L., Zheng, X., ... & Chen, X. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 16.
- Li, Y., & Liang, Y. (2023). The effect of childhood trauma on complex posttraumatic stress disorder: the role of self-esteem. *European Journal of Psychotraumatology*, *14*(2), 2272478.
- Liberman, N., Lazarov, A., & Dar, R. (2023). Obsessive-compulsive disorder: The underlying role of diminished access to internal states. *Current Directions in Psychological Science*, *32*(2), 118-124.
- Lippard, E. T. C., & Nemeroff, C. B. (2020). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *177*(1), 20–36.
- Lochner, C., McGregor, N., Hemmings, S., Harvey, B. H., Breet, E., Swanevelder, S., & Stein, D. J. (2015). Symmetry symptoms in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *38*, 17-23.
- Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., Bullmore, E. T., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., Suckling, J., ... & Baron-Cohen, S. (2010). Shared neural circuits for mentalizing about the self and others. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *22*(7), 1623-1635.

- Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88-105.
- Luyten, P., Campbell, C., Moser, M., & Fonagy, P. (2024). The role of mentalizing in psychological interventions in adults: Systematic review and recommendations for future research. *Clinical Psychology Review*, 102380.
- MacCormack, J. K., & Lindquist, K. A. (2019). Feeling hangry? When hunger is conceptualized as emotion. *Emotion*, 19(2), 301.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. Springer Science & Business Media.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Dyck, I. R., & Rasmussen, S. A. (2011). Patient utilization of cognitive-behavioral therapy for OCD. *Behavior Therapy*, 42(3), 399-412.
- Manjula M, Sudhir PM (2019) New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: moving toward integrated behavioral therapies, *Indian J Psychiatry*, 61,104-113.
- Mao L, Hu M, Luo L, Wu Y, Lu Z and Zou J (2022) The effectiveness of exposure and response prevention combined with pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Front. Psychiatry*, 13, 973838.
- Marinova, Z., & Maercker, A. (2015). Biological correlates of complex posttraumatic stress disorder—State of research and future directions. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 25913.

- Marmorstein, N. R. (2007). Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(3), 420-432.
- Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S., & Delgadillo, J. (2018). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(1), e10-e18.
- Massullo, C., De Rossi, E., Carbone, G. A., Imperatori, C., Ardito, R. B., Adenzato, M., & Farina, B. (2023). Child maltreatment, abuse, and neglect: An umbrella review of their prevalence and definitions. *Clinical Neuropsychiatry, 20*(2), 72.
- Mataix-Cols, D., Nakatani, E., Micali, N., & Heyman, I. (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(7), 773-778.
- Mathes, B. M., McDermott, K. A., Okey, S. A., Vazquez, A., Harvey, A. M., & Coughle, J. R. (2019). Mental contamination in obsessive-compulsive disorder: associations with contamination symptoms and treatment response. *Behavior Therapy, 50*(1), 15-24.
- Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety, 25*(9), 742-751.
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., ... & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 143*(3), 189-205.

- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M., & Weissman, D. G. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*, *18*, 1-11.
- Mehling, W. E., Acree, M., Stewart, A., Silas, J., & Jones, A. (2018). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2). *PloS one*, *13*(12), e0208034.
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., & Stewart, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PloS one*, *4*(5), e5614.
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PloS one*, *7*(11), e48230.
- Menon, V. (2025). *Insular cortex: A hub for saliency, cognitive control, and interoceptive awareness*.
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, *69*, 10–19.
- Mersky, J. P., Topitzes, J., & Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the US. *Child Abuse & Neglect*, *37*(11), 917-925.
- Mısırlı, M., & Kaynak, G. K. (2023). Relationship obsessive compulsive disorder: A systematic review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *15*(4), 549-561.
- Miguel, E. C., do Rosário-Campos, M. C., Prado, H. S., do Valle, R., Rauch, S. L., Coffey, B. J., Baer, L., Savage, C. R., O'Sullivan, R. L., Jenike, M. A.,

- & Leckman, J. F. (2000). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61*(2), 150–157.
- Morelli, N. M., & Villodas, M. T. (2022). A systematic review of the validity, reliability, and clinical utility of Developmental Trauma Disorder (DTD) symptom criteria. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *25*(2), 376-394.
- Morriss, J., Goh, K., Hirsch, C. R., & Dodd, H. F. (2023). Intolerance of uncertainty heightens negative emotional states and dampens positive emotional states. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1147970.
- Moulding, R., Doron, G., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive checking: An extension to clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(8), 1472-1479.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and the symbolic processes*.
- Murayama, K., Nakao, T., Ohno, A., Tsuruta, S., Tomiyama, H., Hasuzawa, S., ... & Kanba, S. (2020). Impacts of stressful life events and traumatic experiences on onset of obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 561266.
- Murphy, J., Brewer, R., Plans, D., Khalsa, S. S., Catmur, C., & Bird, G. (2020). Testing the independence of self-reported interoceptive accuracy and attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *73*(1), 115-133.
- Murphy, J., Catmur, C., & Bird, G. (2019). Classifying individual differences in interoception: Implications for the measurement of interoceptive awareness. *Psychonomic Bulletin & Review*, *26*(5), 1467-1471.
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with

- obsessive–compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 475-484.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141-151.
- Näsling, J., Åström, E., Jacobsson, L., & Ljungberg, J. K. (2024). Effect of psychotherapy on intolerance of uncertainty: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(4), e3026.
- Nazeer, A., Latif, F., Mondal, A., Azeem, M. W., & Greydanus, D. E. (2020). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Translational Pediatrics*, 9(Suppl 1), 76–93.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., LaBuda, M., ... & Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(4), 358-363.
- Nguyen-Feng, V. N., Morrissette, J., Lewis-Dmello, A., Michel, H., Anders, D., Wagner, C., & Clark, C. J. (2019). Trauma-sensitive yoga as an adjunctive mental health treatment for survivors of intimate partner violence: A qualitative examination. *Spirituality in Clinical Practice*, 6(1), 27.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.
- Oberbeck, A., & Steinberg, H. (2015). Sind die aktuellen Konzepte der Zwangsstörung ein Novum?. *Der Nervenarzt*, 86(9), 1162-1167.

- Ogden, P., Minton, K. ve Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. Norton & Company.
- Ojserkis, R., McKay, D., & Lebeaut, A. (2018). Associations between mental contamination, disgust, and obsessive-compulsive symptoms in the context of trauma. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 17*, 23-30.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research, 47*(1), 33-41.
- Olatunji, B. O., Smits, J. A., Connolly, K., Willems, J., & Lohr, J. M. (2007). Examination of the decline in fear and disgust during exposure to threat-relevant stimuli in blood–injection–injury phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(3), 445-455.
- Oldroyd, K., Pasupathi, M., & Wainryb, C. (2019). Social antecedents to the development of interoception: Attachment related processes are associated with interoception. *Frontiers in Psychology, 10*, 712.
- Onat, M., Konuksever, D., Avcı, H., Tanış, B. E., Çöp, E., Dinç, G. Ş., & Özaydın, E. (2025). Gençlerde Çok Boyutlu İnteroseptif Farkındalık Değerlendirmesinin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi, 62*, 164–171.
- Ou, W., Li, Z., Zheng, Q., Chen, W., Liu, J., Liu, B., & Zhang, Y. (2021). Association Between Childhood Maltreatment and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 612586.
- Ölmez, C. (2020). *Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almış bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzı ile obsesif*

kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerdeki çocukluk çapı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzının karşılaştırılması (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özer, S. (2015). *The Relationship Between Patients with Different Subtypes of Obsessive and Compulsive Disorder and Childhood Traumas* (Unpublished Master Thesis). Uskudar University.

Özpinar, S., Dunder, E., Demir, Y. ve Akyol, M. (2021). Multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA 2): psychometric properties of the Turkish version. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 4(2), 132-136.

Padgett, D. A., & Glaser, R. (2003). How stress influences the immune response. *Trends in Immunology*, 24(8), 444-448.

Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 7(1), 7.

Park, J. Y., Lee, C. W., Jang, Y., Lee, W., Yu, H., Yoon, J., ... & Myung, W. (2023). Relationship between childhood trauma and resilience in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 323, 162-170.

Patel, S. R., Carmody, J., & Simpson, H. B. (2007). Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 375-380.

Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Interoception in anxiety and depression. *Brain Structure and Function*, 214(5), 451-463.

Paulus, M. P., Potterat, E. G., Taylor, M. K., Van Orden, K. F., Bauman, J., Momen, N., ... & Swain, J. L. (2009). A neuroscience approach to

- optimizing brain resources for human performance in extreme environments. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(7), 1080-1088.
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 124489.
- Pérez-Vigil, A., de la Cruz, L. F., Brander, G., Isomura, K., Jangmo, A., Feldman, I., ... & Mataix-Cols, D. (2018). Association of obsessive-compulsive disorder with objective indicators of educational attainment: a nationwide register-based sibling control study. *JAMA Psychiatry*, 75(1), 47-55.
- Phillipou, A., Rossell, S. L., Castle, D. J., & Gurvich, C. (2022). Interoceptive awareness in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 148, 84-87.
- Pinciotti, C. M., Riemann, B. C., & Abramowitz, J. S. (2021). Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 102417.
- Pinna, T., & Edwards, D. J. (2020). A systematic review of associations between interoception, vagal tone, and emotional regulation: Potential applications for mental health, wellbeing, psychological flexibility, and chronic conditions. *Frontiers in Psychology*, 11, 1792.
- Pinto Pereira, S. M., Rogers, N. T., & Power, C. (2021). Adult retrospective report of child abuse and prospective indicators of childhood harm: a population birth cohort study. *BMC Medicine*, 19(1), 286.
- Pitman, R. K. (1987). Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903): Review and commentary. *Archives of General Psychiatry*, 44(3), 226-232.

- Pittenger, C. (2021). Pharmacotherapeutic strategies and new targets in OCD. The neurobiology and treatment of OCD. *Accelerating progress*, 331-384.
- Pollatos O, Traut-Mattausch E, Schandry R. (2009). Differential effects of anxiety and depression on interoceptive accuracy. *Depress Anxiety*, 26(2), 167–73.
- Pollatos, O., Kurz, A. L., Albrecht, J., Schreder, T., Kleemann, A. M., Schöpf, V., ... & Schandry, R. (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 9(4), 381-388.
- Porges, S. (1993). *Body perception questionnaire*. Laboratory of Developmental Assessment, University of Maryland.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146.
- Porges, S. W. (2003). Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008(1), 31-47.
- Porges, S. W. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Zero to Three (j)*, 24(5), 19-24.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143.
- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(Suppl 2), S86.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.

- Porges, S. W. (2022). Polyvagal theory: a science of safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience, 16*, 27.
- Prado, H. S., Rosário, M. C., Lee, J., Hounie, A. G., Shavitt, R. G., & Miguel, E. C. (2008). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders: a review of the literature. (5), 425-432. .
- Preyde, M., Watson, J., Remers, S., & Stuart, R. (2016). Emotional dysregulation, interoceptive deficits, and treatment outcomes in patients with eating disorders. *Social Work in Mental Health, 14*(3), 227-244.
- Price, C. J., & Hooven, C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Frontiers in Psychology, 9*, 798.
- Putica, A., Argus, A., Khanna, R., Nursey, J., & Varker, T. (2024). Interoceptive interventions for posttraumatic stress: A systematic review of treatment and interoception outcomes. *Traumatology*.
- Quattrocki, E., & Friston, K. (2014). Autism, oxytocin and interoception. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 47*, 410–430.
- Quigley, K. S., Kanoski, S., Grill, W. M., Barrett, L. F., & Tsakiris, M. (2021). Functions of interoception: From energy regulation to experience of the self. *Trends in Neurosciences, 44*(1), 29-38.
- Rab, S. L., Simon, L., Amit Bar-On, R., Richter-Levin, G., & Admon, R. (2024). Behavioural profiling following acute stress uncovers associations with future stress sensitivity and past childhood abuse. *European Journal of Psychotraumatology, 15*(1), 2420554.
- Rector, N. A., Richter, M. A., Katz, D., & Leybman, M. (2019). Does the addition of cognitive therapy to exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder enhance clinical efficacy? A randomized

controlled trial in a community setting. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 1-18.

Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive Psychiatry*, 106, 152223.

Reinhardt, K. M., Zerubavel, N., Young, A. S., Gallo, M., Ramakrishnan, N., Henry, A., & Zucker, N. L. (2020). A multi-method assessment of interoception among sexual trauma survivors. *Physiology & Behavior*, 226, 113108.

Reuman, L., Jacoby, R. J., & Abramowitz, J. S. (2016). Cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive beliefs as predictors of obsessive-compulsive symptom dimensions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(4), 313-326.

Robbins, T. W., Vaghi, M. M., & Banca, P. (2019). Obsessive-compulsive disorder: puzzles and prospects. *Neuron*, 102(1), 27-47.

Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 256-271.

Roh, D., Jang, K. W., & Kim, C. H. (2023). Clinical advances in treatment strategies for obsessive-compulsive disorder in adults. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 21(4), 676.

Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F., Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 197(3), 259-264.

- Rothbaum, B. O., & Shahar, F. (2000). Behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder in a naturalistic setting. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*(3), 262-270.
- Ruscio A.M., Stein D.J., Chiu W.T., Kessler R.C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry, 15*(1), 53-63.
- Ruso, K. (2022). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkinliği Üzerine İnceleme: Bir Derleme Çalışması. *International Journal of SU-AY Development Association, 1*(2), 96-116.
- Safiye, T., Gutić, M., Dubljanin, J., Stojanović, T. M., Dubljanin, D., Kovačević, A., ... & Milidrag, A. (2023). Mentalizing, resilience, and mental health status among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(8), 5594.
- Salzman, L., & Thaler, F. H. (1981). Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. *The American Journal of Psychiatry, 138*(3), 286-296.
- Santelices, M. P., & Cortés, P. A. (2022). Mentalization and parental stress: How do they predict mother–child interactions?. *Children, 9*(2), 280.
- Sars, D., & van Minnen, A. (2015). On the use of exposure therapy in the treatment of anxiety disorders: a survey among cognitive behavioural therapists in the Netherlands. *BMC Psychology, 3*, 1-10.
- Sattari, S., (2022). *Investigation of the Relationship Between Interoception, Cognitive Flexibility, and Posttraumatic Growth*. Walden Dissertations and Doctoral Studies. 13756.

- Sayın, A., Oral, N., Utku, C., Baysak, E., & Candansayar, S. E. L. Ç. U. K. (2010). Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls. *European Psychiatry, 25*(2), 116-122.
- Schaan, V. K., Schulz, A., Rubel, J. A., Bernstein, M., Domes, G., Schächinger, H., & Vögele, C. (2019). Childhood trauma affects stress-related interoceptive accuracy. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 750.
- Schandry, R. (1981). Heart beat perception and emotional experience. *Psychophysiology, 18*(4), 483-488.
- Schiepek, G., Tominschek, I., Karch, S., Mulert, C., & Pogarell, O. (2007). Neuroimaging and the neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 57*(9-10), 379-394.
- Schimmelpfennig, J., Topczewski, J., Zajkowski, W., & Jankowiak-Siuda, K. (2023). The role of the salience network in cognitive and affective deficits. *Frontiers in Human Neuroscience, 17*, 1133367.
- Schmitz, M., Back, S. N., Seitz, K. I., Harbrecht, N. K., Streckert, L., Schulz, A., ... & Bertsch, K. (2023). The impact of traumatic childhood experiences on interoception: disregarding one's own body. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 10*(1), 5.
- Schultchen, D., Schneider, C., Berberich, G., Zaudig, M., Erle, T. M., & Pollatos, O. (2021). On the relationship of interoceptive accuracy and attention: a controlled study with depressed inpatients and a healthy cohort. *Frontiers in Psychology, 11*, 597488.
- Schultchen, D., Zaudig, M., Krauseneck, T., Berberich, G., & Pollatos, O. (2019). Interoceptive deficits in patients with obsessive-compulsive disorder in the time course of cognitive-behavioral therapy. *PLoS One, 14*(5), e0217237.

- Schulz, A., & Tsakiris, M. (2022). Interoception and the mentalization of bodily states. In *The Routledge Handbook of Bodily Awareness* (259-276). Routledge.
- Schulz, A., & Vögele, C. (2015). Interoception and stress. *Frontiers in Psychology*, *6*, 993.
- Schulz, A., Deuter, C. E., Breden, I. H., Vögele, C., Wingenfeld, K., Otte, C., & Kuehl, L. K. (2022). Noradrenergic activation induced by yohimbine decreases interoceptive accuracy in healthy individuals with childhood adversity. *Development and Psychopathology*, *34*(3), 1013-1024.
- Schwarzer, N. H., Heim, N., Gingelmaier, S., Fonagy, P., & Nolte, T. (2024). Mentalizing as a predictor of well-being and emotion regulation: Longitudinal evidence from a community sample of young adults. *Psychological Reports*, 00332941241261902.
- Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2022). Self-rated mentalizing mediates the relationship between stress and coping in a non-clinical sample. *Psychological Reports*, *125*(2), 742-762.
- Segal, U. A. (1992). Child abuse in India: An empirical report on perceptions. *Child Abuse and Neglect*, *16*(6), 887-908.
- Sexton, M. B., Hamilton, L., McGinnis, E. W., Rosenblum, K. L., & Muzik, M. (2015). The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *Journal of Affective Disorders*, *174*, 562-568.
- Shah, P., Catmur, C., & Bird, G. (2017). From heart to mind: Linking interoception, emotion, and theory of mind. *Cortex. A journal devoted to the study of the nervous system and behavior*, *93*, 220.

- Shakespeare, W. (2015). *Macbeth* (B. Bozkurt, Çev.). Remzi Kitabevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 1606).
- Shao, C., Zhao, X., Chen, G., Wu, Y., Zhang, X., Sun, Y., Li, J., Zhang, X., Jiang, W., & Liu, N. (2025). The effects of childhood trauma and adult stress on obsessive-compulsive symptoms: the role of inflammation markers and thalamic functional connectivity. *Journal of Psychiatric Research*, *189*, 343–351.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(8), 933-946.
- Sharafi, A., Hasani, J., Shahabi, M., & Abdolloahi, M. H. (2025). The relationship between childhood trauma and obsession is mediated by emotional schema and reappraisal. *Acta Psychologica*, *254*, 104860.
- Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., Lu, C., Garg, K., Thomas, T. L., Au, A. C. L., Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., & Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 703701.
- Sharp, C. & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psycho- pathology. *Social Development*, *17*(3), 737-754.
- Shatrova, D., Cáncer, P. F., & Caperos, J. M. (2024). The role of interoception in reducing trauma-associated distress: a feasibility study. *European Journal of Psychotraumatology*, *15*(1), 2306747.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B. ve Zechmeister, J. S. (2021). *Psikolojide araştırma yöntemleri*. Nobel Akademik Yayıncılık.

- Shavitt, R. G., de Mathis, M. A., Oki, F., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., Torres, A. R., ... & Simpson, H. B. (2014). Phenomenology of OCD: lessons from a large multicenter study and implications for ICD-11. *Journal of Psychiatric Research*, *57*, 141-148.
- Sherrington CS (1906). *Sinir Sisteminin Bütünleştirici Eylemi*. Yale Üniversitesi Yayınları.
- Shin, L. M., Rauch, S. L., & Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1071*(1), 67-79.
- Shin, N. Y., Lee, T. Y., Kim, E., & Kwon, J. S. (2014). Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *44*(6), 1121–1130.
- Sijercic I, Whitfield KM, Cassin SE, Antony MM (2020) A systematic review of cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, *26*,100532.
- Simpson, H. B., & Reddy, Y. C. (2014). Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers. *Revista brasileira de psiquiatria*, *36* (Suppl 1), 3–13.
- Simpson, H. B., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Huppert, J. D., Cahill, S., Maher, M. J., ... & Campeas, R. (2013). Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *70*(11), 1190-1199.
- Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., ... & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive

- disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 730-739.
- Sloover, M., van Est, L. A., Janssen, P. G., Hilbink, M., & van Ee, E. (2022). A meta-analysis of mentalizing in anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, and trauma and stressor related disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 92, 102641.
- Smith, S. D., Nadeau, C., Sorokopud-Jones, M., & Kornelsen, J. (2022). The relationship between functional connectivity and interoceptive sensibility. *Brain Connectivity*, 12(5), 417-431.
- Smits, J. A. J., Telch, M. J., & Randall, P. K. (2002). An examination of the decline in fear and disgust during exposure-based treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 40(11), 1243-1253.
- Song, LL, Peel, AJ, Veale, D., Eley, TC ve Krebs, G. (2025). Travmaya maruz kalmış ve kalmamış bireylerde beden dismorfik ve obsesif-kompulsif semptomların bir ağ analizi. *Duygusal Bozukluklar Dergisi*, 376 , 206-215.
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360(9330), 397-405.
- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 52.
- Stein, D. J., Harris, M. G., Vigo, D. V., Tat Chiu, W., Sampson, N., Alonso, J., Altwajri, Y., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., Cia, A., Ciutan, M., Degenhardt, L., Gureje, O., Karam, A., Karam, E. G., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Mneimneh, Z., Navarro-Mateu, F., Posada-Villa, J., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2020). Perceived helpfulness of treatment for posttraumatic stress disorder: Findings from the World Mental Health Surveys. *Depression and Anxiety*, 37(10), 972–994.

- Steinhausen, H. C., Bisgaard, C., Munk-Jørgensen, P., & Helenius, D. (2013). Family aggregation and risk factors of obsessive-compulsive disorders in a nationwide three-generation study. *Depression and Anxiety, 30*(12), 1177-1184.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(6), 525-537.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Riedel-Heller, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2007). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: the different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathology, 40*(5), 282-289.
- Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. (2012). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*, 2035-2043.
- Sucich, J., Breitbart, V., Williams, S., Sanichar, N., Candelaria-Arce, E., Frankle, W. G., & Davison-Duffy, S. (2023). Prevalence of Childhood Trauma in a Community-Based Mental Health Clinic. *Community Mental Health Journal, 59*(6), 1136-1149.
- Suga, A., Naruto, Y., Maulina, V. V. R., Uraguchi, M., Ozaki, Y., & Ohira, H. (2022). Mothers' interoceptive sensibility mediates affective interaction between mother and infant. *Scientific Reports, 12*(1), 6273.
- Şafak, Y., Öcal, D. S., Özdel, K., Kuru, E., & Örsel, S. (2018). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Boyutsal Yaklaşım: Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Türkçe'nin Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi, 29*(2), 122-30.
- Şar, V. (2018). Çocukluk ve travma: psikotarihsel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics, 4*(3), 12-17.

- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih, P., & Türk-Kurtça, T. (2021). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 35-51.
- Şıkel, Ç., & Harmancı, H. (2022). Çocuklarda Duygusal İstismarın Kimlik Oluşumunda Etkisi. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1-12.
- Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1–12.
- Taubner, S. (2008). Entsteht Einsicht im Täter-Opfer-Ausgleich? Eine empirische Studie am Beispiel adoleszenter Gewaltstraftäter. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 91(4), 281-294.
- Taylor, S. E., Way, B. M., & Seeman, T. E. (2011). Early adversity and adult health outcomes. *Development and Psychopathology*, 23(3), 939-954.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(3), 241–266.
- Thijssen, S., Xerxa, Y., Norbom, L. B., Cima, M., Tiemeier, H., Tamnes, C. K., & Muetzel, R. L. (2024). Early childhood family threat and longitudinal amygdala-mPFC circuit development: Examining cortical thickness and gray matter-white matter contrast. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 70, 101462.

- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(2), 233-242.
- Tolin, D. F., Brady, R. E., & Hannan, S. (2008). Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 30*, 31-42.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., ... & Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry, 163*(11), 1978-1985.
- Tsakiris, M., & Critchley, H. (2016). Interoception beyond homeostasis: affect, cognition and mental health. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 371*(1708), 20160002.
- Türk Dil Kurumu. (2025). *İhmal* [Çevrim içi sözlük]. Türk Dil Kurumu. [<https://sozluk.gov.tr/?ara=ihmal>]
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 705.
- Ünsal Mavi, C., Yalım, E., & Varlı, M. R. (2025). The Mediating Role of Impulsivity in The Relationship Between Childhood Traumas and Symptoms Severity in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: The Mediating Role of Impulsivity in The Relationship Between Childhood Traumas and Symptoms Severity in OCD. *Turkish Journal of Traumatic Stress, 1*(2), 98-108.

- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- van der Kolk, B. A. (2005) Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- van der Kolk, B., Ford, J. D. ve Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562841.
- van der Kolk, B.A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), e559-e565.
- van Passel, B., Danner, U. N., Dingemans, A. E., Broekman, T. G., Sternheim, L. C., Becker, E. S., ... & Cath, D. C. (2025). Remediating cognitive inflexibility in obsessive compulsive disorder and anorexia nervosa neither moderates nor mediates treatment effects: an exploratory study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1456890.
- van Rensburg, E. J., Woolard, A., Hill, N. T., Reid, C., Milroy, H., Ohan, J. L., ... & Chamberlain, C. (2024). The effect of childhood maltreatment on adult survivors' parental reflective function, and attachment of their children: A systematic review. *Development and Psychopathology*, 36(3), 1166-1180.
- van Roessel, P. J., Grassi, G., Aboujaoude, E. N., Menchón, J. M., Van Ameringen, M., & Rodríguez, C. I. (2023). Treatment-resistant OCD: Pharmacotherapies in adults. *Comprehensive Psychiatry*, 120, 152352.

- Vickers, K., Ein, N., Koerner, N., Kusec, A., McCabe, R. E., Rowa, K., & Antony, M. M. (2017). Self-reported hygiene-related behaviors among individuals with contamination-related obsessive-compulsive disorder, individuals with anxiety disorders, and nonpsychiatric controls. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 14*, 71-83.
- Vig, L., Köteles, F., & Ferentzi, E. (2022). Questionnaires of interoception do not assess the same construct. *PloS One, 17*(8), e0273299.
- Wagner-Skacel, J., Riedl, D., Kampling, H., & Lampe, A. (2022). Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific Reports, 12*(1), 6809.
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 603-613.
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review, 85*, 101998.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. John Wiley & Sons.
- Wessa, M., Sandner, M., Rimpel, J., & Schönfelder, S. (2024). The influence of acute stress exposure on cognitive reappraisal: a psychophysiological study. *Stress, 27*(1), 2329663.
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (56–75). Sage.

- West, J., Liang, B., & Spinazzola, J. (2017). Trauma Sensitive Yoga as a complementary treatment for posttraumatic stress disorder: A Qualitative Descriptive analysis. *International Journal of Stress Management*, 24(2), 173.
- Williams, B. M., & Levinson, C. A. (2021). Intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism as maintenance factors for eating disorders and obsessive-compulsive disorder symptoms. *European Eating Disorders Review*, 29(1), 101-111.
- Wilson, K. R., Hansen, D. J., & Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 87-97.
- Wilson, L. A., Scarfo, J., Jones, M. E., & Rehm, I. C. (2025). The relationship between sensory phenomena and interoception across the obsessive-compulsive spectrum: a systematic review. *Bmc Psychiatry*, 25(1), 162.
- World Health Organization. (2022). *Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals*. World Health Organization.
- Xu, Z., & Zhu, C. (2023). Effect of Adverse Childhood Experiences, Parenting Styles, and Family Accommodation on Patients Diagnosed with Obsessive-Compulsive Disorder. *Alpha psychiatry*, 24(6), 261–269.
- Yang, L., & Huang, M. (2024). Childhood maltreatment and mentalizing capacity: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106623.
- Yoris, A., García, A. M., Traiber, L., Santamaría-García, H., Martorell, M., Alifano, F., ... & Sedeño, L. (2017). The inner world of overactive monitoring: neural markers of interoception in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 47(11), 1957-1970.

- Yuste R. (2015). From the neuron doctrine to neural networks. *Nature reviews. Neuroscience, 16*(8), 487–497.
- Zalpuri, I., Matzke, M. ve Joshi, SV (2025). Çocuklarda ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk: Birincil Bakım Ortamlarında Erken Tespit. *Pediatric, 155* (3), e2024069121.
- Zalta, A. K., Tirone, V., Orłowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. R., Adkins, E., & Dent, A. L. (2021). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 147*(1), 33–54.
- Zamariola, G., Frost, N., Van Oost, A., Corneille, O., & Luminet, O. (2019). Relationship between interoception and emotion regulation: New evidence from mixed methods. *Journal of Affective Disorders, 246*, 480–485.
- Zhang, M., Wu, C., Lu, S., Wang, Y., Ma, R., Du, Y., ... & Fang, J. (2024). Regional brain activity and connectivity associated with childhood trauma in drug-naive patients with obsessive–compulsive disorder. *Scientific Reports, 14*(1), 18111.
- Zhang, S., Lin, X., Yang, T., Zhang, S., Pan, Y., Lu, J., & Liu, J. (2020). Prevalence of childhood trauma among adults with affective disorder using the Childhood Trauma Questionnaire: A metaanalysis. *Journal of Affective Disorders, 276*, 546–554.
- Zhong, X., Li, S., & Zhou, W. (2025). Childhood emotional neglect and depression in emerging adults: Exploring the roles of rumination and resilience. *Acta Ppsychologica, 258*, 105272.
- Zhou, P., Critchley, H., Garfinkel, S., & Gao, Y. (2021). The conceptualization of emotions across cultures: a model based on interoceptive neuroscience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 125*, 314–327.

Zitterl, W., Lenz, G., Mairhofer, A., & Zapotoczky, H. G. (1990). Obsessive-Compulsive Disorder: Course Interaction with Depression: A Review of the Literature. *Psychopathology*, 23(2), 73-80.

EKLER

EK A: TIBBİ VE DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet: Kadın Erkek
2. Doğum tarihi:.....
3. Eğitim düzeyi İlköğretim Lise Üniversite Lisansüstü
4. Halen çalışıyor mu? Evet Hayır
5. Medeni durum:
 Evli Bekar/İlişkisi yok Boşanmış/İlişkisi yok Bekar/İlişkisi var
6. Çocuğunuz var mı? Evet Hayır
7. Hiç tedavi almanızı gerektirecek psikiyatrik bir tanı aldınız mı?: Evet Hayır
Varsa tanı:..... Ne kadar süredir tanınız mevcut? ... 1 yıldan az 1-2 yıl... 3-5 yıl ..5+
8. Psikiyatrik tedaviniz ne kadar süredir devam ediyor? ...ay. yıl
9. Ailenizde bilinen OKB tanısı almış bireyler var mı? Evet Hayır
Varsa yakınlık derecesi?
 Anne ve/veya Baba Anneanne ve/veya Babaanne-Dede Hala ve/veya Amca
 Teyze ve/veya Dayı
10. Son 3 aydır herhangi bir aktif psikiyatrik tanınız ve ilaç kullanımınız mevcut mu?
 Evet Hayır
11. Şu an psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet Hayır

EK B: İÇSEL ALGILAYICI FARKINDALIĞIN ÇOK BOYUTLU DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ II

Lütfen, Aşağıdaki ifadelerin günlük hayatta sizin için ne sıklıkta olduğunu belirtiniz.

(Her satırdaki sayıyı daire içine alın)

	İfadeler	Asla					Daima
1	Bedenimde rahatsızlık olduğunda bunu fark ederim.	0	1	2	3	4	5
2	Bedenimin rahat olan bölgelerini fark ederim.						
3	Fiziksel gerginliğimi ve rahatsızlığımı, daha şiddetli oluncaya kadar görmezden gelirim.						
4	Bedenimde hoş olmayan bir hissi endişe duymadan fark edebilirim.						
5	Rahatsızlık ve ağrı hissettiğimde endişelenmeden sakin kalabilirim.						
6	Ağrı ve rahatsızlık hissettiğimde bunu aklımdan çıkaramam						
7	Etrafımda olan şeylerden etkilenmeksizin nefesime dikkat edebilirim.						
8	Etrafımda çok fazla şey olsa bile içsel bedensel hislerimin farkındalığını koruyabilirim.						
9	Birisiyle sohbet ederken duruşuma dikkat edebilirim.						
10	Ağrı ve rahatsızlık hissettiğimde onunla baş etmeye çalışırım.						
11	Ağrıyı görmezden gelmeye çalışırım.						
12	Bir şeye odaklanarak rahatsızlık hissinden uzaklaşıyorum.						
13	Bedenimde rahatsızlık hissettiğimde, bunları hissetmemek için kendimi başka bir şeyle meşgul ederim						
14	Duygusal durumum hakkında bedenimden gelen bilgilere kulak veririm.						
15	Fiziksel ağrı(acı) hissettiğimde üzülürüm						
16	Herhangi bir rahatsızlık hissettiğimde, bir şeylerin yanlış gittiğinden endişelenmeye başlarım.						
17	Bedenimin bir bölgesinde acı veya rahatsızlık olsa bile, tüm bedenimin farkındalığını koruyabilirim.						
18	Bir bütün olarak bedenime bilinçli olarak odaklanabilirim						
19	Üzgün olduğumda, bedenimin nasıl hissettiğini anlamak için zaman ayırırım.						
20	Ne yapmam gerektiği konusunda bilgi edinmek için bedenimi dinlerim.						
21	Kızgın olduğumda bedenimin nasıl değiştiğini fark ederim.						
22	Hayatımda bir şeyler yanlış olduğunda bunu bedenimde hissedebilirim.						
23	Huzur verici bir deneyimden sonra bedenimin farklı hissettiğini fark ederim.						
24	Rahat hissettiğimde nefes alıp vermenin özgür ve kolay hale geldiğini fark ederim.						
25	Mutlu / neşeli hissettiğimde bedenimin nasıl değiştiğini fark ederim						
26	Kendimi bunalmış hissettiğimde içimde sakin bir yer bulabilirim.						
27	Gerginliğimi azaltmak için nefesimi kullanabilirim.						

28	Düşüncelere daldığımda bedenime/nefesime odaklanarak zihnimi sakinleştirebilirim.								
29	Bedenimin güvenli bir yer olduğunu hissediyorum.								
30	Bedenimin hislerine güvenirim.								
31	Nefesimde yavaşlama ya da hızlanma gibi değişiklikleri fark ederim.								
32	Bedenimin farkına vardığımda sakin hissedirim.								

EK C: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ-33

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz: <i>Çocukluğumda ya da ergenliğimde...</i>	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1. Yeterli yemeğim olurdu.					
2. Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.					
3. Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.					
4. Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.					
5. Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.					
6. Üst baş açısından bakımsızdım.					
7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.					
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.					
14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.					
21. Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermeye tehdit eden biri vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Ailemdelikiler bana karşı suçlayıcıydı.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					

27. Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
29. Ailemdelikiler yaşitlarım ve arkadaşlarımın görüşmemi kısıtlardı.					
30. Ailemdelikiler her şeyime karışırdı.					
31. Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verilerdi.					
32. Ailemdelikiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.					
33. Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.					

EK D: ZİHİNSELLEŞTİRME ÖLÇEĞİ

Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun seçeneği 1 ile 5 arasında işaretleyiniz.

1	2	3	4			5	
Tamamen yanlış	Çoğunlukla yanlış	Hem doğru hem yanlış	Çoğunlukla doğru			Tamamen doğru	
1. Davranışlarıma yol açan nedenleri anlamayı önemserim.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Başkalarının kişilik özellikleri hakkında karar verirken ne söyleyip ne yaptıklarını dikkatlice gözlerim.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Başkalarının duygularını tanıyabilirim.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Çoğunlukla başkaları ve onların davranışları üzerine düşünürüm.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Genellikle insanları neyin rahatsız ettiğini ayırt edebilirim.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Başkalarının duygularını paylaşabilirim (örn. acısını/sevincini paylaşmak gibi).			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Birisi beni sınırladığında neden o şekilde tepki verdiğimi anlamaya çalışırım.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Kendimi kötü hissettiğimde üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumdan emin olamam.*			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Başkalarının davranışlarını anlamaya çalışarak vaktimi harcamayı sevmem.*			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Başkalarının düşünce ve duygularını bildiğimde davranışları hakkında doğru tahminlerde bulunabilirim.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Çoğu kez kendime bile neden öyle bir şey yaptığımı izah edemem.*			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Bazen bir başkasının duygularını o bana henüz bir şey söylemeden anlayabilirim.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Yakın olduğum insanlarla ilişkilerimde ne olup bitiğini anlamayı önemserim.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Kendimle ilgili hoşuma gitmeyecek bir şeyi keşfetmek istemem.*			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Yakın olduğum insanlarla sık sık duygular hakkında konuşurum.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Üzülüğümü, incindiğimi ya da korktuğumu kendime itiraf etmeyi güç bulurum.*			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Sorunlarım hakkında düşünmekten hoşlanmam.*			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

18. Yakın olduğum insanların belirgin özelliklerini doğru ve ayrıntılı biçimde tarif edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Tam olarak nasıl hissettiğim konusunda sıklıkla kafam karışıktır.*	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Duygularımı ifade etmek konusunda uygun sözcükleri bulmak benim için zordur.*	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. İnsanlar bana kendilerini anladığımı ve akıllıca tavsiyeler verdiğimi söyler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. İnsanların neden belirli şekillerde davrandıkları hep ilgimi çekmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Ne hissettiğimi kolayca tanımlayabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. İnsanlar kendi duyguları ve ihtiyaçları hakkında konuşurlarken aklım başka şeylere kayar.*	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Hepimiz hayat şartlarına tabi olduğumuz için başkalarının niyetlerini veya isteklerini düşünmek anlamsızdır.*	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK E: BOYUTSAL OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ÖLÇEĞİ

Bu anket sizin 4 farklı konudaki (sizin yaşadığınız veya yaşamadığınız) endişelerinizle ilgili sorular sormaktadır. Her bir tip için; o tipe özgü düşüncelerin (bazen obsesyon olarak adlandırılır) ve davranışların (bazen ritüel ya da kompulsiyon olarak adlandırılır) tanımı vardır. Tanımların ardından bu düşünce ve davranışlarla ilgili sizin yaşadıklarınız hakkında 5 soru gelmektedir. Lütfen her açıklamayı dikkatlice okuyun ve her kategorideki sorulara son bir ay içerisindeki yaşantılarınıza dayanarak cevap verin.

Kategori 1: Mikropolar ve kirlenme (bulaşma) hakkındaki endişeler

Örnekler...

- > Belirli bir nesne ya da kişi ile temas ettiğiniz (ya da yakın olduğunuz) zaman kirlendiğiniz şeklindeki düşünce veya hisleriniz.
- > Belirli bir yerde (banyo gibi) bulunduğunuzdaki kirlenme hissiniz.
- > Mikropoların, hastalığın ya da kirliliğin yayılma olasılığı hakkındaki düşünceleriniz.
- > Kirlenme ile ilgili endişelerinizden dolayı el yıkama, el dezenfektanı kullanma, banyo yapma, kıyafetlerinizi değiştirme ya da nesnelere yıkama gibi davranışlarınız.
- > Kirlenme nedeniyle belli bir düzeni takip etmeniz (ör.; banyoda, giyinirken).
- > Kirlenme nedeniyle belli insanlardan, nesnelere ya da yerlerden kaçınmanız.

Bundan sonra gelecek sorular son bir ay içinde kirlilikle ilişkili düşünce ve davranışlarınız hakkındadır. Yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın:

Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını kirlenme hakkında düşünerek ve kirlilikten dolayı yıkama veya temizleme davranışları ile meşgul olarak geçirirsiniz?

- 0 Hiç
- 1 Her gün bir saatten az
- 2 Her gün 1 ila 3 saat arasında
- 3 Her gün 3 ila 8 saat arasında
- 4 Her gün için 8 saat ya da daha fazla

Kirlenme hakkındaki endişelerinizi önlemek için ya da yıkama, temizleme veya duş almaya zaman harcamak zorunda kalmamak için bu durumlardan ne ölçüde kaçınırsınız?

- 0 Hiç kaçınmam
- 1 Biraz kaçınıyorum
- 2 Orta derecede kaçınıyorum
- 3 Çok kaçınıyorum
- 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınıyorum

Kirlenme hakkında düşünceleriniz olsaydı ama yıkama, temizleme veya duş alma (veya başka şekilde kirlere temizleme) davranışlarını yapmasaydınız, ne kadar sıkıntılı veya kaygılı-endişeli olurdu?

- 0 Hiç sıkıntılı/endişeli olmam
- 1 Hafif sıkıntılı/endişeli olurum
- 2 Orta derecede sıkıntılı/endişeli olurum
- 3 Çok sıkıntılı/endişeli olurum
- 4 İleri derecede sıkıntılı/endişeli olurum

Kirlenme kaygıları ve aşırı derecede temizleme, yıkama, duş alma ya da kaçınma davranışları nedeniyle günlük işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne ölçüde bozulmuştur?

- 0 Hiç bozulmadı.
 - 1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
 - 2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
 - 4 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlüklerle idare ediyorum.
- Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.

Sizin için kirlenme ile ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve yıkama, duş alma, temizleme ve diğer arınma davranışlarını yapmayı bırakmak ne kadar zordur?

- 0 Hiç zor değil
- 1 Biraz zor
- 2 Orta derecede zor
- 3 Çok zor
- 4 Aşırı derecede zor

Kategori 3: Kabul Edilemez Düşünceler
Örnekler...
> Cinsellik, ahlaksızlık veya şiddetle ilgili isteğiniz dışında zihninize gelen rahatsız edici düşünceler.
> Gerçekte yapmak istemediğiniz çirkin, uygunsuz veya utandırıcı şeylerle ilgili düşünceler.
> Kötü bir düşünceden dolayı özel bir rutini uygulamak veya bir eylemi tekrar etmek.
> İstenmeyen veya rahatsız edici bir düşünceden kurtulmak için zihinsel olarak belli işlemleri gerçekleştirmek veya dua etmek.
> İstenmeyen veya rahatsız edici düşünceleri tetikleyen belli kişilerden, yerlerden veya durumlardan kaçınmak.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde aklınıza istemeden gelen düşünceleri ve bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranışları değerlendirmek için hazırlanmıştır. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını istenmeyen, rahatsız edici düşüncelerle ve bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranışsal veya zihinsel eylemlerle geçirirsiniz?

- 0 Hiç
- 1 Her gün bir saatten az
- 2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
- 3 Her gün 3 ile 8 saat arasında
- 4 Her gün 8 saat ya da daha fazla

İstenmeyen ve rahatsız edici düşünceleri tetikleyen durumlar, yerler, nesnelere ve diğer hatırlatıcılardan (sayılar, kişi) ne ölçüde kaçınırsınız?

- 0 Hiç kaçınmam
- 1 Biraz kaçınıyorum
- 2 Orta derecede kaçınıyorum
- 3 Çok kaçınıyorum
- 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınıyorum

İradeniz dışında aklınıza istenmeyen ve rahatsız edici düşünceler geldiğinde ne kadar sıkıntı ya da kaygı-endişe yaşarsınız?

- 0 Hiç sıkıntı / endişe yaşamam
- 1 Biraz sıkıntı / endişe yaşarım
- 2 Orta derecede sıkıntı / endişe yaşarım
- 3 Çok sıkıntı / endişe yaşarım
- 4 Aşırı sıkıntı / endişe yaşarım

İstenmeyen rahatsız edici düşünceler ve bu düşüncelerle başa çıkma, kaçınma çabaları yüzünden günlük rutin işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?

- 0 Hiç bozulmadı.
- 1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
- 2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
- 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlükle idare ediyorum.
- 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.

İstenmeyen rahatsız edici düşüncelere aldırış etmemek veya bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranış ya da zihinsel eylemleri kullanmaktan vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?

- 0 Hiç zor değil
- 1 Biraz zor
- 2 Orta derecede zor
- 3 Çok zor
- 4 Aşırı derecede zor

Kategori 4: Simetri, eksiksizlik ve Bir Şeylerin "Tam Olması" Gereksinimiyle İlgili Endişeler
Örnekler...
➤ Simetri, düzgünlük, eşitlik veya kesinlik ihtiyacı.
➤ Bir şeylerin "tam" olmadığı hissi.
➤ "Tam" veya "eşit" olduğunu hissedene kadar belli bir eylemi tekrarlamak.
➤ Anlamsız şeyleri saymak (örn., tavan panelleri, bir cümledeki kelimeler).
➤ Gereksiz yere eşyaları "düzenlemek".
➤ "Tam doğru" hissettirene kadar bir şeyleri tekrar tekrar aynı şekilde söylemek.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde bir şeylerin tam olmadığı ile ilgili hisleriniz ve simetri, düzen ve eşitlik sağlamak üzere yaptığınız davranışlarınız hakkındadır. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını simetri, düzen veya eşitlik ile ilgili istenmeyen düşüncelerle ve simetri, düzen, eşitlik sağlamak amacıyla yaptığınız davranışlarla geçirirsiniz?

- 0 Hiç
- 1 Her gün bir saatten az
- 2 Her gün 1 ila 3 saat arasında
- 3 Her gün 3 ila 8 saat arasında
- 4 Her gün 8 saat ya da daha fazla

Bazı şeylerin simetrik veya tam doğru olmadığını hissettiren nesne, durum ve yerlerden ne derecede kaçınırsınız?

- 0 Hiç kaçınmam
- 1 Biraz kaçınıyorum
- 2 Orta derecede kaçınıyorum
- 3 Çok kaçınıyorum
- 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınıyorum

Bazı şeylerin "tam doğru" olmadığı ile ilgili hisleriniz olduğu zaman ne kadar sıkıntılı ve kaygılı-endişeli olursunuz?

- 0 Hiç sıkıntılı/ endişeli olmam
- 1 Biraz sıkıntılı/ endişeli olurum
- 2 Orta derecede sıkıntılı/ endişeli olurum
- 3 Çok sıkıntılı/ endişeli olurum
- 4 Aşırı sıkıntılı/ endişeli olurum

Bir şeylerin "tam doğru" olmadığı hissi nedeniyle ve tam olarak doğru olması için düzeltme ve sıraya koyma çabaları nedeniyle günlük rutin işleriniz (iş, okul, özbakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?

- 0 Hiç bozulmamıştır
- 1 Biraz bozulmuştur fakat çoğunlukla işlevselliğim iyidir.
- 2 Birçok şey bozulmuştur fakat hala idare edebilirim.
- 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve çok sıkıntılı idare ediyorum.
- 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.

Simetri ve düzenin olmadığıyla ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve düzenlemekten veya belli davranışları tekrarlamaktan vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?

- 0 Hiç zor değil
- 1 Biraz zor
- 2 Orta derecede zor
- 3 Çok zor
- 4 Aşırı derecede zor


EK F: AKUT STRES BELİRTİ ŞİDDETİ-YETİŞKİN

Talimatlar: İnsanlar bazen stresli olaylardan veya deneyimlerden sonra sorunlar yaşarlar. SON YEDİ (7) GÜN boyunca aşırı stresli bir olay veya deneyim sonrası oluşan yada daha da kötüleşen aşağıdaki problemler sizi ne kadar rahatsız etti? **Lütfen her satırdaki soruyu bir kutucuğu işaretleyerek (✓ veya x) cevaplayınız.**

						Klinisyen kullanımı	
		Hiç	Biraz	Orta	Oldukça çok	Aşırı	Madde puanı
1.	Geçmişteki stresli bir deneyimi herşey tekrardan oluyormuş gibi davrandığınız ya da yaşadığınız (örneğin, stresli deneyimin kısımlarını görerek, işiterek, kokusunu alarak veya deneyimin kısımlarını fiziksel olarak hissederek yeniden deneyimleme gibi), geçmişe dönüşler (flashback) oluyor mu?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
2.	Stresli deneyiminizi hatırlatan bir şey olduğunda duygusal olarak çok üzgün hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
3.	Kendinizden, bedeninizden, fiziksel çevrenizden veya anılarınızdan uzaklaşmış ya da ayrılmış hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
4.	Stresli deneyiminizi hatırlatan bir şey olduğunda, düşüncelerinizden, duygularınızdan veya fiziksel duyularınızdan kaçınmaya çabalar mısınız?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
5.	Aşırı tetikte, savunmada olur musunuz? Ya da tehlikeyi sürekli kollar mısınız?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
6.	Beklemediğiniz bir ses duyduğunuzda yerinizden sıçrar ya da kolaylıkla irkilir misiniz?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
7.	Başka insanlara bağırarak, onlarla kavga edecek ya da eşyalara zarar verecek kadar tahammülsüz veya aşırı öfkeli olur musunuz?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
Toplam/Kısmi Ham Puan:							
Eşit Dağıtılmış Toplam Ham Puan: (eğer 1 madde cevaplanmadıysa)							
Ortalama Toplam Puan:							

Kilpatrick DG, Resnick HS, Friedman, MJ. Copyright © 2013 American Psychiatric Association. All rights reserved. This measure can be reproduced without permission by researchers and by clinicians for use with their patients.

EK G: ETİK KURUL ONAY YAZISI

 www.uskudar.edu.tr
Altunizade Mahallesi Üniversite Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: 61351342/020-86
KONU:NİSAN 2024-86 No.lu Dosyanın Onay Yazısı 30/04/2024

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Buket ÜNVER
(Merve Umay CANDAŞ DEMİR)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 26/04/2024 tarihinde yapılan 04 No.lu toplantısında "Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisinde Mentalizasyonun ve İnterosepsiyonun Aracılık Etkisi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Cümhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

607 001 0711 Bulaşıcı No: 0115 02 201971

EK H: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisinde Mentalizasyonun ve İnterosepsiyonun Aracılık Etkisi” Başlıklı Tez Araştırması İçin

Katılımcı için Bilgiler:

Bu çalışma, Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Merve Umay Candaş Demir'in doktora tezi çalışması olarak planlanmış olup Dr. Öğretim Üyesi Buket Ünver danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif bozukluk semptomları ile olan ilişkisinde mentalizasyonun ve interosepsiyonun aracı rolünü incelemektir incelenmesidir.

Çalışma için Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 30/04/2024 tarihinde 61351342/020-86 No'lu etik onay alınmıştır. Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Araştırmadan geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edilebilmesi için tüm soruları samimi ve dürüst bir şekilde cevaplamanız ve hiçbir maddeyi boş bırakmamanız oldukça önemlidir. Çalışmanın yaklaşık 20 dk. Sürmesi beklenmektedir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu araştırmada ve konu ile ilgili bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Çalışma hakkında herhangi bir sorunuz olursa Klinik Psikoloji Doktora öğrencisi Merve Umay Candaş Demir (e-posta: *** cep tel no: ***) ile iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesebileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum.

Evet ...

ÖZGEÇMİŞ