



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUK VE ERGENLERDE TEDAVİNİN İNTERNET
KULLANIMI ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. Yunus KILLI
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Fevziye TOROS

MERSİN-2015



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUK VE ERGENLERDE TEDAVİNİN İNTERNET
KULLANIMI ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. Yunus KILLI
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Fevziye TOROS

MERSİN-2015

TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince asistanı olmaktan gurur duyduğum, bilgi birikimi ve deneyimleriyle eğitimime harcadığı büyük emeklerin yanında anne Őefkati gibi samimi ve güven veren yaklaşımı sayesinde kendimi aile ortamımda hissettiren, umutsuzluğa kapıldığımda özgüven aŐılayan, insani ve akademik yönlerini elimden geldiğince örnek almaya çalıştığım, desteğini her zaman hissettiğim, anabilim dalımızın kurucusu ve tez danışmanım, idolüm, çok değerli hocam, ablam, manevi annem Prof. Dr. Fevziye Toros'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimim boyunca klinik deneyimlerini ve bilgi birikimlerini benden esirgemeyen, hocam olmalarının ötesinde bana akademik ve hayata dair her konuda 'abilik' yapan çok değerli hocalarım ve abilerim Doç. Dr. Özalp Ekinci ve Yrd. Doç. Dr. Veli Yıldırım'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Psikiyatri rotasyonum sırasında emeği geçen ve tecrübelerinden faydalandığım, psikiyatri dünyasında bana yeni ufuklar açan, bana kendi bölümümdeki rahatlığı ve samimiyeti aratmayan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. M. Kemal Yazıcı, Prof. Dr. Aylin Ertekin Yazıcı, Prof. Dr. Őenel Tot Acar, Doç. Dr. AyŐe Devrim BaŐterzi'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Rotasyonum sırasında birlikte çalışma fırsatım olmasa da bilgi ve deneyimleriyle yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Gamze Özçürümez Bilgili ve Yrd. Doç. Dr. Eda Aslan ÜçkardeŐ'e teŐekkür ederim.

Çocuk Nöroloji rotasyonum süresince insani ve akademik yönüne hayran kaldığım, deneyimlerini ve desteğini içtenlikle paylaşan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Çetin Okuyaz'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım değerli meslektaşlarım Berna, Nazlı, Canan, Recep, Gülen, Sevgi, Halenur, Nuran, Gamze, Dicle, Fatma, Merve, Pelin ve Muhammet arkadaşlarıma; birlikte çalışma fırsatımız olmasa da samimiyetlerini her karşılaşmamızda hissettiren uzmanlarımız Özge, Özlem ve Satı ablalarıma; Psikiyatri rotasyonum süresince birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma; bölüm sekreterlerimiz Müjgan, Tuğba ve Meryem'e teŐekkür ederim.

Hayatımın her anında bana emek veren ve desteklerini bir an olsun esirgemeyen, maddi - manevi her konuda yanımda olan, bugünlere gelebilmemde kuşkusuz en çok payı olan, hekimlik mesleğini tercih etmemde en çok rolü olan, sevgi ve fedakarlıklarıyla beni ben yapan, ferdi olmaktan onur duyduğum canım aileme sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Yunus KILLI

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa No |
|--------------------------------|-----------------|
| ÖZET | 5 |
| İNGİLİZCE ÖZET | 6 |
| GİRİŞ VE AMAÇ | 7 |
| GENEL BİLGİLER | 9 |
| GEREÇ ve YÖNTEM | 53 |
| BULGULAR | 58 |
| TARTIŞMA | 77 |
| SONUÇ ve ÖNERİLER | 83 |
| KAYNAKLAR | 88 |
| SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ | 123 |
| TABLolar DİZİNİ | 125 |
| EKLER | 127 |

ÖZET

Obsesif kompulsif bozukluk, klinik olarak obsesyon ve kompulsiyonların sıklıkla birlikte görüldüğü, bireyde işlevsellik kaybına neden olan bir bozukluktur. Problemlerli internet kullanımı ise; genel olarak internetin aşırı kullanılması isteğinin önüne geçilememesi, kişinin iş, sosyal ve diğer önemli alanlarda işlevselliğinin giderek bozulmasına neden olabilen bir durum olarak tanımlanmaktadır.

Problemlerli internet kullanımı olanlarda duygu durum bozuklukları, kaygı bozuklukları, özkıym düşünceleeri ve obsesif kompulsif bozukluk arasında ilişki olduğı bildirilmiştir. Problemlerli internet kullanımı ile OKB arasındaki ilişki, literatürde kabul görmüş obsesif kompulsif bozukluk tedavilerinin problemlerli internet kullanımı üzerinde olumlu etki yaratabileceğı yönündedir.

Bu çalışmada Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğı'ne son 2 yıl içerisinde başvurmuş olan (Eylül 2012- Eylül 2014), DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş ve buna yönelik uygun psikotrop ilaç tedavisi uygulanmış çocuk ve ergen hastalara, Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğı ve İnternette Bilişsel Durum Ölçeğı kullanılarak, obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde tedavinin internet kullanımı üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya alınan çocuk ve ergen olguların, psikotrop ilaçlar ile tedavi öncesindeki ve tedavinin 3. ayındaki ölçek puanları karşılaştırıldı. Rutin olarak doldurulan sosyodemografik form aracılığıyla sosyodemografik veriler toplandı. Çalışmanın sonucunda obsesif kompulsif bozukluğu olan olguların tedavi sonrasında obsesif kompulsif belirtilerinde azalma görülürken, buna paralel olarak problemlerli internet kullanımının da azaldığı bulunmuştur.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenler, taşıdıkları risk nedeniyle, internetin olumsuz etkilerinden özellikle korunmalıdır. Bu olguların ruh sağlığı değerlendirilirken, problemlerli internet kullanımlarının sorgulanmasının rutin bir uygulama şeklinde ele alınması koruyucu olabilir.

Anahtar sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, internet kullanımı, çocuk ve ergen

ABSTRACT

Obsessive compulsive disorder (OCD) is a disorder that often contains clinical obsessions and compulsions together and causes functionality lose. Problematic internet use (PIU) is failure of preventing excessive internet usage desires in general and defined as a condition may cause increasing impairment in a occupational, social or other important areas of functioning.

It is reported that there are a relationship between PIU patients and mood disorders, anxiety disorders, suicide thoughts and OCD. The relationship between PIU and OCD shows evidence based treatment of OCD can positively affect on PIU.

This study aimed to investigate the effects of OCD treatments on problematic internet use by using Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Children and Online Cognition Scale on patients applied to Mersin University Medical Faculty Child And Adolescent Psychiatry Clinic between september 2012- september 2014 and had been diagnosed as OCD according to DSM-IV-TR diagnostic classification and took psychotropic treatment

The scale scores of patients before psychotropic treatment and three months later from treatment starting has been compared. Sociodemographic datas has been collected by routinely used sociodemographic form . Results showed that while OCD sypmtoms were reducing by treatment of OCD at the same time PIU symptoms also decreased.

The children and adolescents with OCD, because of their risk factors, must be protected from negative effects of internet especially. The questioning of the PIU during the mental health evaluation of this patients, may be preventive.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, internet use, child and adolescent

GİRİŞ ve AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), klinik olarak obsesyon ve kompulsiyonların sıklıkla birlikte görüldüğü, ancak tanı koymak için obsesyon ya da kompulsiyonlardan birinin varlığının yeterli olduğu, bireyde yeti kaybına neden olan bir bozukluktur. Bu bozuklukta ortaya çıkan obsesyonlar, kişide anksiyete oluşturan inatçı, tekrarlayıcı ve rahatsız edici düşünce, imge veya dürtülerdir. Obsesyonlar zihne zorla girer, kaygı uyandırır ve genellikle korkutucu imgeleri ya da agresif dürtüleri içerirler. Kompulsiyonlar ise bu rahatsız edici düşüncelerin oluşturduğu kaygıyı azaltmak ya da korkulan sonuçlardan korunmak veya kaçınmak için yapılan tekrarlayıcı davranış veya zihinsel eylemlerdir.^{1,2,3}

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen yapıya sahip bir bozukluktur. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre OKB'nin, bireylerin işlevselliğini olumsuz olarak etkileyen fiziksel ve ruhsal bozukluklar içerisinde ilk on içinde yer alması, son yıllarda bu bozukluğa olan ilginin artmasına sebep olmuştur.^{4,5}

Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen veriler, daha önceki genel kabullenmelere zıt olacak şekilde, OKB' nin çocuk ve ergenlerde nadir görülen bir durum olmadığını ortaya koymaktadır. OKB' nin yaygınlığının arka arkaya yapılan alan çalışmalarında, önceden sanıldığından çok daha yüksek bulunması, dikkatlerin bu bozukluk üzerine yoğunlaşmasına yol açmıştır. Erişkin olgularla klinik özellikleri, başlangıç yaşı, prognozu, eştanılarına ilişkin çok sayıda araştırma yapılmasıyla birlikte, yüksek oranlarda ailesel geçiş olduğu anlaşılmış, erişkin olguların 1/2-1/3'ünde bozukluğun çocukluk ve ergenlik döneminde başladığı belirlenmiştir. Bu bulgularla, çocukluk ve ergenlik dönemi araştırmacıların dikkatini çekmeye başlamış ve çalışmalar ivme kazanmıştır. Araştırmalar OKB' nin yaşam boyu prevalansının %3, bir yıllık prevalansının ise %0.5-2.1 arasında olduğunu göstermektedir. Bu oranlar çocuk, ergen ve erişkinler için benzer bulunmuştur.^{6,7,8}

İnternet sözcüğü 'International Network' sözcüğünden oluşmuş 'uluslararası ağ' anlamına gelen bir terimdir. İnternet milyonlarca alt ağdan oluşan ve ağlar

içerisinde aktif olarak bulunan insanların tümünü yazılı, görsel ve işitsel olarak bir araya getirip etkileşim halinde bulunmasını sağlayan bir ağ protokolüdür.⁹

İnternet, çocukların dünyayı keşfetmeleri, öğrenmeleri ve eğlenmeleri için de mükemmel bir ortamdır. Erişkinler için olduğu kadar çocuklar için de büyük bir eğlence, iletişim ve eğitim kaynağı olan internete erişim ve kullanımı her geçen gün hızla yaygınlaşmaktadır. Ülkemizde 3-18 yaş grubu çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada ailelerin %35.7' sinin evinde bilgisayar ve %21.7' sinin evinde internet olduğu görülmüştür.^{10,11}

İnternetin öneminin ve çevrimiçi kullanma miktarının dikkate değer şekilde artmasıyla da internete olan bağımlılığının toplumdaki sıklığı artmıştır. Cengizhan' ın yazdığı derleme makalesine göre özellikle okul çağındaki gençlerde oldukça sık görülen aşırı internet kullanımı; onların psikolojik ve bedensel gelişimleri ile sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek, akademik başarılarını düşürmektedir.¹⁰

Yukarıda anlatılan bilgiler de göz önüne alındığında, bizim çalışmamızda Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne son 2 yıl içerisinde başvurmuş olan (Eylül 2012- Eylül 2014), DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konmuş ve buna yönelik uygun psikotrop ilaç tedavisi uygulanmış çocuk ve ergen hastalara, Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve İnternette Bilişsel Durum Ölçeği kullanılarak, Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde tedavinin internet kullanımı üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Tarihçe ve Tanım

OKB' ye bağlı yakınmalar tıbbi literatürde 300 yıl öncesine dayanmaktadır. OKB yeni bir fenomen olmayıp paramedikal literatürde de bahis konusu edilmiştir. Ünlü İngiliz şair ve yazar Shakespear' in Macbeth adlı eserindeki Macbeth karakteri bu duruma bir örnek teşkil etmektedir. Charles Darwin ve John Bunyan gibi ünlü kişilerde de bu bozukluğun olduğundan söz edilmektedir. Erken dönemde yapılan tanımlamalar Anglosakson literatüründe obsesyonların dini içeriklerine, Alman literatüründe düşüncelerin akıldışı içerikleriyle bağlantılı ve psikotik olarak da değerlendirilebilecek niteliğine gönderme yapılırken, Fransız literatüründe ise kuşku ve kendilik değerinin kaybı üzerinde durulmuştur. Zamanla obsesyonların, kişilerin dönemsel olarak sahip oldukları kültür ve bilgidен etkilendiği anlaşılmıştır.^{12,13}

Freud 1895 yılında, obsesyonların agresif veya cinsel dürtülerden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bu dürtülerin, aşırı anksiyeteye neden olduğunu fakat depresyon ve reaksiyon, formasyon gibi ego savunma mekanizmaları tarafından bu anksiyetenin giderilmeye çalışıldığını ileri sürmüştür. 1960'lı yıllara kadar obsesyonel bozuklukların prognozu olumsuz olarak kabul edilmekteydi. Ayrıca bu dönemde uzun dönem hastane yatışları, destekleyici tedavi ve hatta cerrahi girişimlerin gerekliliğinden de söz edilmiştir.¹⁴

OKB, tekrarlayıcı davranışlara neden olan ve zorla araya girici (intruziv) belirgin sıkıntı yaratan düşünceler, imajlar veya duygularla belirli; erken başlangıçlı, kronik seyirli, mesleki ve sosyal işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan, yaygın bir nöropsikiyatrik bozukluktur. OKB' nin tanımlanmasında son dönemde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Hem DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health, Text Revision, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) hem de ICD-10 (International Classification of Disease, Hastalıkların Uluslararası Tanı Sınıflandırması) OKB' nin kendine has tipik belirtilerine dayanarak tanımlarlar.

DSM-IV ile birlikte bozukluk epizodu sırasında kişinin obsesyonlarını ve/veya kompulsiyonlarını aşırı ya da anlamsız olarak değerlendirmedeği durumda “içgörüsü az olan” alt tip sınıflandırmaya girmiştir.¹⁵

OKB, yapılandırılmış sınıflandırmalara 1980’de yayınlanan DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) ile girmiştir. DSM-III-R’de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health 3rd Edition Revised, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) ise günlük yaşamı kesintiye uğratan en az bir saat süren obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmış ve “obsesif kompulsif nevroz” terimleri ile adlandırılmıştır. Daha sonra da DSM-IV ve DSM-IV-TR’de “Obsesif Kompulsif Bozukluk” terimi kullanıma girmiştir.^{16,17}

OKB, Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) yayınladığı ICD–10 ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırmasında F–42 kodu ile yer almıştır.¹⁸

ICD–10 OKB’ li bir kişide obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin de olması gerektiğini belirtir. Belirtiler en az iki haftadan beri ve günlerin çoğunda var olmalıdır. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar şu özelliklerin tümünü taşırlar:

1- Hasta bunların kendi zihninin bir ürünü olduğunu ve dışarıdan yerleştirilmediğini kabul eder. Bu OKB’ yi şizofrenideki düşünce sokulmasından ayırır.

2- Obsesyonlar ve kompulsiyonlar tekrarlayıcı olmalıdır.

3- En azından bir obsesyonun aşırı veya anlamsız olduğunun hasta tarafından kabul edilmesi gerekir.

4- Hasta obsesyonların davetsiz şekilde zihnine girişine ve kompulsiyonları gerçekleştirmeye karşı direnmelidir. Ancak çok uzun süreden beri var olan obsesyonlara karşı çok az direnilebileceği unutulmamalıdır. Tanı için, en azından bir tane, başarısız şekilde de olsa direnilen obsesyon veya kompulsiyon gereklidir.

5- Obsesif düşünce veya kompulsif eylem anksiyeteden kurtulmayı sağlamalı ama haz vermemelidir.

6- Belirtiler sıkıntı vericidir ve hastanın bireysel veya sosyal işlevselliğini genellikle zaman kaybına uğratacak şekilde etkilemelidir.¹⁹

Bu son madde ile ilgili olarak ICD-10, sıkıntı seviyesinin veya zaman kaybının miktarı için bir ölçü vermemektedir. Ayrıca ICD-10, obsesyonların ve kompulsiyonların şizofreninin veya duygudurum bozukluklarının bir sonucu olarak da ortaya çıkabileceklerini ayırt etmemizi sağlayan bir ipucu taşımamaktadır. Dolayısıyla ICD-10 kriterlerinin, OKB' de bir miktar belirsizlik taşıdıkları düşünülebilir.

Obsesif-kompulsif bozuklukta, DSM-IV-TR ölçütleri, ICD-10 ölçütlerine göre bozukluğa daha iyi bir tanımlama getirmektedir. DSM-IV-TR'ye göre obsesyonları, kompulsiyonları veya her ikisi birlikte olan olgu OKB olarak adlandırılır. Obsesyonlar tekrarlayıcı veya devamlıdır, davetsiz gelip, intruzif (zorla araya girici) bir nitelik taşırlar ve belirgin bunaltı ve sıkıntıya neden olurlar. Olgu obsesyonunu bastırmaya, ona önem vermemeye veya başka bir düşünce ya da eylemle yansızlaştırmaya (nötralize etmeye) uğraşır. Obsesyonel düşünce, dürtü ya da imge olgunun kendi zihninden kaynaklanır. Kompulsiyonlar, obsesyonlara yanıt olarak ortaya konan, kişinin gerçekleştirmek zorunda hissettiği, katı kurallar içerisinde yapılan tekrarlayıcı hareketler veya zihinsel eylemler olarak tanımlanır. Kompulsiyonların amacı sıkıntıyı azaltmak, önlemek veya korkulan bir olay veya durumun önünü almaktır. Ancak kompulsiyonlar kişi için ya açıkça aşırıdır ya da yansızlaştırmaya veya engellemeye çalıştıkları şeyle gerçekçi bir bağlantı içinde değildirler. Olgunun obsesyonlarının veya kompulsiyonlarının aşırı veya saçma olduğunun farkında olması gerekir. Obsesyonlar veya kompulsiyonlar belirgin sıkıntıya yol açmalı, günde bir saatten fazla zaman almalı veya olgunun işlevselliğini ciddi bir şekilde etkilemelidir. Böylelikle DSM-IV-TR, ICD-10'a göre tanı için biraz daha yüksek bir eşik belirlemektedir. DSM-IV-TR, ICD-10'a göre dışlama açısından da daha nettir.

Obsesyonların veya kompulsiyonların içeriği tamamen başka bir birinci eksen bozukluğu ile sınırlıysa OKB tanısı konmaz. Örneğin duygudurum bozukluğu süresince gözlenen bir obsesyon varsa OKB tanısı konmaz.¹⁵

DSM-IV-TR de ise aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

-Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3), (4) ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

3. Kişi, bu düşüncelerine, dürtülerine ya da düşlemlerine önem vermemeye, bunları baskılamaya çalışır veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

4. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğı gibi değildir).

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

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemlerdir (örn. 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. Bu bozukluğun gidişi sırasında kimi zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. (Not: Bu çocuklar için geçerli değildir).

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde bir saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma, bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa Belirtiniz

İçgörüsü az olan: O sıradaki epizotta kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.²

Epidemiyoloji

OKB 1980' lere kadar klinik örneklemelere dayanılarak nadir bir bozukluk (%0,05-1,0) olarak düşünülse de duyarlı değerlendirme ölçülerinin geliştirilmesiyle ve topluma dayalı sıklık çalışmaları yapıldığında anlamlı olarak yüksek oranlar saptanmıştır. 1984' te ilk topluma dayalı sıklık çalışması ABD' de (Amerika Birleşik Devletleri) yapılmış ve % 2,5 olarak saptanan OKB dördüncü sıklıkta psikiyatrik bozukluk olarak bulunmuştur. ABD' de bu çalışmayı takip eden toplum örneklemleri OKB sıklık çalışmalarında % 1,94-3,29 oranları saptanmıştır. Aynı yöntemsel çalışma dizaynı ile farklı ülkelerde toplum OKB sıklık çalışmasında % 1,9-2,5

oranları saptanmıştır. Bu çalışmalar erişkin örneklemler OKB oranlarını yansıtmakta idi.¹⁹⁻³⁰

İlk çocuk obsesif kompulsif bulgulu hasta Janet tarafından 1903' te bildirilmiştir. Bundan sonraki yetmiş yıl içinde çocukluk/ergenlik obsesif kompulsif nörozu birkaç klinisyence ve az sayıda hasta içeren (altı yada daha az) klinik serilerde bildirilmiştir. İlk yayınlanan çoklu sayıda araştırma, on beş yıllık zaman içinde toplanan kırk dokuz kişilik obsesif kompulsif nörozlu çocuk/ergen serisiydi. Hollingsworth ve ark.(1980) on altı yıllık 8400 ayaktan veya yataklı çocuk/ergen olgunun geriye dönük incelemesinde on yedi kişide (% 0,2) obsesif kompulsif nöroz saptamışlardır. Bu on yedi hastanın çocuk/ergenin fiziksel şikayeti, ebeveynin ciddi psikiyatrik/tıbbi bozukluk sebebiyle başvurdukları belirlenmiştir. ABD'de toplumda erişkinlerdeki yüksek oranlı OKB sıklığı çalışması dikkatleri ergenlere yöneltmiş ve bununla birlikte ilk ergenlik dönemindeki toplum çalışması Flament ve ark. tarafından 1988'de yapılmış olup şimdiki OKB oranını % 1±0,5 ve yaşam boyu sıklığını % 1,9 ±0,7 olarak saptamıştır. Bu çalışma ardından günümüzde yapılan toplum değerlendirmeli sıklık çalışmalarında ergenlerde % 0,2-4 oranında OKB saptanmıştır. Ancak bazı çalışmalar çok daha yüksek sıklık oranları belirtmektedir. Andrade ve ark. % 13.8, Assarian ve ark. % 8.9, Omid (klinik ortamda) % 5 olarak bildirmişlerdir.^{23,26,31-47}

Klinik ortam ile topluma dayalı sıklık çalışmasındaki fark sürpriz değildir. OKB' li hastalar yoğun sıkıntı duyduğunda ya da işlevselliği önemli ölçüde bozulduğunda klinik başvurusu yapmaktadır. Ergen OKB' lerde belli bir süre bulgular ebeveyn veya kardeşler tarafından da gizlenebilmekte ve bulgular, ergen veya ailesi tarafından çekilmez bir hale geldiğinde klinik başvurusu yapılmaktadır.^{48,49}

Subklinik OKB; Sıkıntı düzeyinin, işlevsellik bozulmasının olmadığı ve iç görünümün olmaması ile birlikte görülen obsesif kompulsif bulgular olarak tanımlanmaktadır. Zohar ve ark. % 1.25, Valeni-Basile ve ark. % 19 olarak saptamışlardır. Subklinik OKB'de kızlarda daha çok subklinik obsesyonların, erkeklerde ise daha çok subklinik kompulsiyonların olduğunu bildirmişlerdir.^{36,42,50}

Psikiyatride OKB sıklık oranlarını saptamada çeşitli faktörler etkili olmaktadır. Özellikle bozulma düzeyi kriteri (işlevsellik, belirgin sıkıntı düzeyi) anksiyete ve psikotik bozuklukların sıklık oranlarını etkileyebilmektedir. Çoğu yaygınlık değerlendiricileri, özellikle klinik (ayaktan, yataklı ünite) değerlendirmelerini ön planda tutmaktadır. Bu durum daha az yanlış pozitif sonuç ortaya çıkmasına yol açsa da toplumda çeşitli sebeplerle başvurmayanları, dolayısıyla bozukluğun gerçek oranlarının bilinmesine, hastalığın genel şiddetini anlamada yetersiz kalacaktır. Epidemiyolojik çalışmalarda, saptanan psikopatolojinin şiddeti daha hafif ve kişinin bulgularının farkındalığında olma düzeyinin daha az olduğu saptanmıştır. Bulguların farkında olunmadığı ya da normalleştirildiği ve erişkinlerde % 35' ten ve ergenlerde % 25' ten azının profesyonel yardım arama girişiminde olduğu saptanmıştır. OKB' li olguların belirtiler başladıktan sonra profesyonel yardım arama süresi ortalama 10 yıl gibi uzun bir süre almaktadır.⁵⁰⁻⁵⁴

OKB Etiyolojisi

Psikososyal Kuramlar

Psikoanalitik Yaklaşım

Freud' a göre obsesif kompulsif bozukluk, nörozların prototipi ve psikanalizin en ilgi çekici ve verimli alanlarından biridir. Freud, obsesyonel nevrozda anal döneme saplanma ve gerileme görülmesi, yer değiştirme, yalıtma, yapma-bozma gibi kendine özgü savunma mekanizmalarının ve ego ile süper ego arasındaki sadomazoşistik ilişki gibi gözlemlerini bir araya getirerek bu nevrozun özgün bir bozukluk olduğunu öne sürmüştür. Psikanalitik kurama göre obsesyonel nevrozu olan bir hastanın dürtüsel örgütlenmesinin gelişimi anal sadistik dönemdeki bir çocuğunkine benzer. Anal dönemden geçerken yaşanan sorunlar, özellikle tuvalet eğitimi sırasında yaşanan güçlükler anal sadistik döneme saplanmayı kolaylaştırır. Tuvalet eğitimi, çocuğun egosu ile dürtüleri arasındaki ilişkinin gelişmesinde önemlidir. Bu eğitim, çevrenin dikkate alınması ile çocuğun dürtü doyumunu geriye bırakmayı veya ondan vazgeçmeyi öğrenip öğrenemeyeceği ilk durumdur. Tuvalet

eğitimi ile dđrtđlerinin anında tatmininin engellenmesi çocukta kızgınlık ya da annesinin cezalandırma ihtimaline karşı korku duygularının gelişmesine yol açar, bunun sonucunda çocuk ya dışkısını boşaltarak protesto eder ya da korkarak dışkısını boşaltmaktan kaçınır. Eğer anne çok keskin bir tutumla çocuğu suçlar ve cezalandırırsa çocuk suçluluk duyguları ve itaat etme zorunluluğu ile öfke ve karşı koyma isteği arasında bocalamaya başlar. Tuvalet eğitimi çevresindeki çatışmaların, anal karakter özelliklerinin oluşmasında etkili olduğu kabul edilmektedir.^{55,56,57}

Freud' tan sonraki dönemde OKB ile ilgili psikanalitik çalışmalar onun görünlerinin bir miktar genişletilmesinden öteye gitmemiştir. Anna Freud, karşıt tepki oluşturma benzeri özgül savunmaların, bu bozukluğu, tekrarlayıcı davranışlar gösteren diğer bozukluklardan ayırdığını savunur. Ayrıca Anna Freud, nesne ilişkilerindeki başarısızlık ile anal özelliklerin artışı arasında bir ilişki olduğu gibi varsayımlar öne sürer. Malinge ve Salzman, obsesiflerin, yaşamlarının her alanında kontrol ihtiyacının hakim olduğunu vurgulamışlardır. Malinge, bozukluğun belirtilerinin kontrol çabası yetersiz kaldığında ortaya çıktığını ve bu obsesif kontrol çabasının altında güçsüzlük korkularının yattığını savunmuştur. Gelişimsel bakış açısından, kontrol ihtiyacına, çocuğun ana babasının devamlılığından ve güvenilirliğinden emin olmadığında, tehlike algısının sonucu olarak ortaya çıktığı gözüyle bakılabilir.^{58,59}

Salzman, OKB' nin dinamiğinde öfkeden ziyade utanç, onur kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıktığını önleme çabalarının olduğunu öne sürmüştür. Leib, OKB olgularının analizinde anne çocuk ilişkisinin incelenmesinin çok önemli olduğunu ve bu olguların çoğunda omnipotan, despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin bozukluğun gelişiminde rol oynadığını tespit etmiştir.^{60,61}

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Carr, 1974 yılında OKB' nin ilk bilişsel teorilerinden birisini ortaya atmıştır. Carr' a göre, obsesif kişiler, istenmeyen sonuçların oluşma olasılığını, abartılı bir

öznel değerlendirmeye tabii tutmakla karakterizelerdi ve kompulsif ritüeller, istenmeyen bir sonucun öznel olasılığını azaltma işlevi gören, tehdit azaltıcı aktiviteler şeklinde geliyordu. Salkovskis ise OKB' de artmış sorumluluk inancına vurgu yaparken; Rachman, intruzif düşüncelere kişilerin kattıkları yanlış yorumların "artmış sorumluluk" inancıyla sınırlandırılmayacağı, intruzif düşüncelere "kişisel anlamlılık" katmanın, düşünceleri 'tehditkar' görmenin, 'felaketleştirici' yorumlamanın önemli katkıları olduğunu belirtmiştir.^{62,63,64}

OKB' de davranışçı görüş ise köklerini, öğrenme kuramlarından alır. Obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır. Göreceli olarak nötral bir uyaran, zararlı ya da bunaltı oluşturuşu bir olayla eşlenir ve böylelikle önceleri nötral olan nesnelere ve düşüncelere, bunaltı oluşturuşu koşullanmış uyaranlar haline gelir. Kişi, obsesyonel düşünceye bağılı bunaltının, belirli bir eylem ile azaldığını keşfettiğinde kompulsiyonlar şeklindeki aktif kaçınma stratejileri bunaltıyı kontrol etmek üzere gelişmiş olur.⁶⁵

Genetik

OKB' de genetik araştırmalar aile ve ikiz çalışmaları, segregasyon çalışmaları, bağlantı (linkage) ve moleküler genetik çalışmaları şeklindedir. OKB' de ailesel geçiş 1930'lardan bu yana araştırılan bir konudur. Aile çalışmaları genel olarak gözden geçirildiğinde daha çok erken başlangıçlı olan ve tik bozukluğu ile birlikte giden OKB olgularında genetik geçişi destekleyen sonuçlar elde edildiği görülür.^{66,67,68}

Lenane ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada OKB' li çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında %20-25 oranında genetik geçiş saptanmıştır. Bu sonuç örneklemin ortalama yaşının düşük olmasına bağılı olarak obsesif kompulsif bozuklukta erken başlangıcın daha fazla ailesel yükümlülikle ilişkili olabileceğini göstermiştir. Nestdat ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada ise OKB olgularının birinci derece yakınlarında kontrol grubuna göre yaklaşık 5 kat daha fazla OKB tanısı olduğu görülmüştür.^{69,70}

OKB' de genetik etkiler ikiz çalışmaları ile de gösterilmiştir. İkiz gruplarında yapılan araştırmalarda tek yumurta ikizlerinde OKB için eş hastalanma (konkordans) oranı çift yumurta ikizlerine göre oldukça yüksek bulunmuştur. Carey ve Gottesman, 30 ikiz çifti üzerinde yaptıkları çalışmada tek yumurta ikizlerinin %87' sinde, çift yumurta ikizlerinin ise %47 'sinde eş hastalanma oranı belirlemiştir. Segregasyon çalışmaları potansiyel olarak otozomal olan bir majör genin OKB' nin geçişinde rol oynayıp oynamadığını tanımlamak amacı ile yapılmaktadır. Bu çalışmalar, daha yüksek olasılıkla otozomal dominant ve kadınlarda daha belirgin bir majör gen lokusunun varlığının söz konusu olabileceğini göstermektedir. Bu verilerle OKB' de inkomplet penetranslı otozomal dominant bir genetik geçişin rol oynadığı sonucuna varılabilir. Aile ve segregasyon çalışmaları ayrıca OKB ile Tourette sendromu arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Tourette sendromu olan olguların birinci derece akrabalarında OKB görülme oranı %6-26 olarak bildirilmiştir. Öte yandan OKB' li olguların yakınlarında genel populasyona göre daha fazla oranda Tourette sendromu ve kronik motor tik bozukluğu görülmektedir.⁷¹⁻⁷⁶

OKB olguları ile yapılmış bağlantı (linkage) çalışmalarında 9. Kromozomun uzun kolunda birden fazla noktada bağlantı bulguları saptanmakla birlikte özellikle 9p24 üzerinde bir aday bölgenin daha ileri araştırmalar ile incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır. OKB ile ilgili yapılan moleküler genetik araştırmalarında serotonin taşıyıcısı ile ilişkili kromozom 17 üzerindeki gen promotör bölgesinin, 5HT1DB, 5HT2A,5HT2B reseptör genlerinin, COMT, MAO-A ve opioid mü reseptör genlerinin OKB kalıtımı ile ilişkili olabileceğine yönelik çalışmalar mevcuttur.^{77,78,79}

Nöroanatomi

OKB' nin nörolojik temelli ilk tanımı, ciddi influenza enfeksiyonları sırasında bazal ganglionlarda yapısal hasar oluşan olgularda görülen kompulsif tarzda motor tikler ve ritüel benzeri davranış paterni sonucunda oluşturulmuştur. Bunlarla birlikte OKB olgularının belirgin bir kısmında 'nörolojik silik belirtilerin' görülmesi, özellikle bazal ganglionları tutan Sydenham koresi, bilateral globus pallidus nekrozu,

Tourette sendromu gibi bozukluklarla OKB' nin birlikte görülmesi bu bölgedeki bir patolojinin OKB gelişiminde etkili olabileceğini göstermektedir.^{80,81}

Bazal ganglionlar, motor davranışların düzenlenmesinin yanı sıra bilişsel işlevlerin yürütülmesinde de önemli rol oynamaktadır. Belirli motor, duyuşsal ya da bilişsel uyarılar, bazal ganglionlarda ya filtre edilir ya da algısal ve davranışlar değişikliklere dönüştürülürler. OKB' de, bazal ganglionların, uygun olmayan uyarıları yeterince filtre edememeleri sonucu korteks-kaudat çekirdek-globus pallidus-talamus korteks döngüsü, aşırı bir aktivite kazanmakta ve obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bazal ganglionlarda serotonin reseptörleri yoğun bir şekilde bulunmaktadır, OKB tedavisinde kullanılan serotonin geri alım inhibitörleri bu döngüdeki aktivite artışını bloke etmektedir. OKB olgularıyla yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) çalışmalarında beyin atrofisinin bir göstergesi olan ventrikül-beyin oranında artma ve kaudat çekirdekte hacim değişiklikleri saptanmıştır.^{81,82}

Manyetik rezonans (MR) görüntüleme çalışmalarında ise OKB olgularında, kontrol grubuna göre sol orbitofrontal korteks, sol superior temporal girus, sol inferior parietal korteks, sol talamus ve bilateral hipotalamus gri cevher hacminde artma, küneus ve serebellumda ise gri cevher hacminde azalma bildirilmiştir. Normalde sol kaudat çekirdek, sağ kaudattan hacimce daha büyüktür ve bu normal bir asimetri olarak değerlendirilir. Yapılan MR çalışmalarında, OKB olgularında, sağ kaudatta hacim artışıyla bu asimetrinin kaybolduğu gösterilmiştir. İşlevsel görüntüleme çalışmalarında, istirahat halinde yapılan pozitron emisyon tomografisi (PET) ve tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) ile yapılan araştırmalarda orbitofrontal ve anterior singulat kortekste bölgesel beyin aktivitesinin arttığı görülmüştür. Talamusta aktivite artışı ve kaudat çekirdekte bölgesel aktivite değişikliği de saptanan bulgular arasındadır. İşlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ve PET gibi görüntüleme çalışmalarında anterior lateral orbitofrontal korteks, anterior singulat ve kaudat çekirdekte beyin aktivitesinin arttığı gösterilmiştir.^{83,84,85}

Nörokimya

Serotonin

OKB' de serotoninin rolünün olduğu teorisi, serotonin geri alımını inhibe eden antidepressanların belirgin anti obsesyonel etkinliklerinin görülmesiyle ortaya atılmıştır. Serotonerjik nöronlar, nöronal şebekede koordine edici ve düzenleyici bir rol oynarlar. Serotonerjik nöronlar, cevap verme latansını (dürtüselliği) düzenlerler, duygudurum ve özsaygıyı dengede tutarlar ve uygunsuz agresyonu bastırarak sosyal davranışları kolaylaştırırlar. Ön beyindeki serotonerjik aktivitenin azalması; artmış huzursuzluk, dalgalı duygudurum, strese başa çıkma yetisinde azalma, heyecan arama ve risk alma davranışı ve kendine ve dışarıya yönelik öfkeyle ilişkilidir.^{86,87}

Leonard ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada klomipramin ve fluoksetinin yalnızca noradrenalin geri alımını bloke eden desipramin ile yapılan karşılaştırmalarında, desipraminin etkisi plasebodan farksız bulunmuş ve anti obsesyonel etki için serotonin transportunun inhibisyonunun gerekli olduğu anlaşılmıştır. OKB' de serotonin düzeyleriyle ilgili yapılan çalışmalarda kan serotonin düzeyleri normal bulunurken, platelet serotonin gerialım ve platelet [3H] imipramin ve [3H] paroksetin başlanma çalışmalarında açık bir sonuca ulaşılamamıştır. Yapılan beyin omurilik sıvısı (BOS) çalışmalarında, serotonin metaboliti olan 5 hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeyleri OKB olgularında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca klomipramin tedavisi sırasında, OKB belirtilerinin azalmasıyla birlikte BOS 5-HIAA düzeylerinde de paralel bir azalmanın olduğu bildirilmiştir. OKB' de serotonin rolü ile ilgili yapılan yakın zamandaki araştırmalarda serotonin taşıyıcı proteinin, orbitofrontal kortekste serotonerjik sistemlerin ve 5-HT1D gibi otoreseptörlerin etkilerine odaklanılmaktadır.⁸⁸⁻⁹³

Dopamin

Yüksek doz stimulan uygulanmasını takiben obsesif kompulsif belirtilerin oluşması ve sonrasında anti dopaminerjik ilaçlarla bu belirtilerin düzeldiğinin gözlenmesi patogeneizde dopaminin rolü olduğu tezini kuvvetlendirmektedir. Stimulan kullanılan çalışmalarda, obsesif kompulsif davranışlarla ilgili psikolojik gerginlik izlenmemesi tekrarlayıcı düşünce ve davranışların dopaminerjik aktivasyona bağlı olabileceği ancak ego-distonisite için serotonin işlev bozukluğunun daha önemli olduğu yönünde spekülasyona neden olmuştur. Obsesif kompulsif bozuklukta birincil serotonin azlığı, normal dopaminerjik aktivitenin baskılanamaması ile sonuçlanır; sabit hareket paterni uygunsuz biçimde artar, obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkar. Bununla birlikte bazal ganglionlarda dopamin ve serotonin sistemleri arasında işlevsel bağlantıların bulunması ve bu bölgeyi etkileyen dejeneratif veya enfeksiyöz hastalıklarda obsesif kompulsif belirtiler gözlenmesi OKB' de dopaminin rolünün destekleyen bulgulardır. Genel olarak dopaminin prefrontal korteks ile amigdala arasındaki ilişkiyi düzenlemedeki etkinliğinin obsesif kompulsif belirtilere aracılık ettiği düşünülmektedir.^{80,85,94}

Glutamat

Kortikostriatal glutamatın, kaudat çekirdekte serotonin salınımını azalttığı ve serotonerjik nöronların glutamaterjik aktarımda rol aldığı bilinmektedir. On bir pediatrik OKB olgusunun kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, iki grup arasında glutamat konsantrasyonu bakımından oksipital kortekste fark bulunamazken, kaudat çekirdek glutamat konsantrasyonunun kontrol grubuna göre arttığı ve 12 haftalık paroksetin tedavisi ile glutamat konsantrasyonunun düştüğü gözlemlenmiş ve kaudat çekirdek glutamat konsantrasyonundaki düşme ile obsesif kompulsif belirti şiddetindeki azalma arasında pozitif korelasyon belirlenmiştir.^{81,95}

Nöroimmunoloji

Streptokok infeksiyonları ve çocuklarda OKB gelişimi ile ilgili olası bağlantılar OKB gelişiminde nöroimmunolojinin de etkisinin olabileceğini düşündürmektedir.

PANDAS (Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediyatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluk), A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonun takiben, duygusal dalgalanma, ayrılma anksiyetesi, dikkat bozukluklarının yanı sıra obsesif kompulsif belirtilerin görüldüğü otoimmün bir bozukluktur. Bu bozuklukta, antikor aracılığı ile olan enflamasyon bazal ganglionlarda büyümeye, kaudat çekirdek, putamen ve globus pallidusda hacim artışına yol açar. Putamen ve globus pallidus hacmindeki artış, yüksek Anti Streptolizin O (ASO) antikor titresi ile ilişkili bulunmuştur. A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının romatizmal ateşe yol açtığı bu hastaların, % 10- 30' unda Sydenham koresi geliştiği bilinmektedir. Hem Sydenham koresi hem de OKB' de orbitofrontal-striatal döngüde işlev bozukluğu olduğuna ilişkin bulgular mevcuttur. Sydenham koresi olan çocukların %70' den fazlasında, nörolojik belirtiler başlamadan 2-4 hafta önce obsesif kompulsif belirtilerin başladığı bildirilmiştir. Obsesyon ve kompulsiyonlar, nörolojik bulgular ile benzer yoğunlukta ve eşzamanlı artış gösterir. Bu belirtilerin antibakteriyel veya steroid tedavisiyle düzelme göstermesi OKB ve immunoloji arasındaki ilişkiye işaret etmektedir.^{80,96,97}

OKB'de Klinik Özellikler ve Tanı

OKB, karakteristik belirti ve yeti kayıplarıyla 6-7 yaşlarında gözlenebilmekle beraber ileri yaşlarda da ilk kez ortaya çıkabilir. Tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. Başlangıç yaşı genellikle yirmili yaşların başlarına denk gelmektedir. OKB' li erişkinlerin % 30-50' si başlangıcın çocuklukta olduğunu, üçte ikisi ise belirtilerin 15 yaşından önce başladığını bildirmişlerdir. Erkeklerde, hastalığın kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığı düşünülmektedir. Özellikle erkeklerde sık görülen juvenil başlangıç daha fazla ailesellik ve tik bozukluğu bulunması ile ilişkilendirilmiştir. Cinsiyet açısından bakılacak olursa; bazı çalışmalar, erken başlangıçlı OKB ve geç başlangıçlı OKB için cinsiyetler arasında fark bulamazken, çocuklarla yapılan birçok çalışmada ise arada az bir farkla erkeklerde daha sık görülen bir bozukluk olduğu gösterilmiş, ortalama erkek/kız oranı 3/2 olarak bulunmuştur. Erişkin OKB vakaları ile yapılan bazı çalışmalarda ise, OKB' nin az bir farkla kadınlarda daha sık görüldüğü gösterilmiştir. Hanna, OKB' nin erkeklerde 10 yaşından önce, kızlarda ise 10

yaşından sonra başlamasının daha kötü bir prognoz anlamına geldiğini bildirmiştir.⁹⁸⁻¹⁰⁸

OKB sıklıkla çocukluk çağının sonlarında ve ergenlikte ortaya çıkar ve yaşam boyunca devamlılık gösterebilir. Erişkin hastaların en az üçte birinin 15 yaşından önce ve en az yarısının 20-23 yaşından önce başladığı bildirilmiştir. OKB' de başlangıç yaşı saptamaları çoğunlukla geriye dönük yapılmıştır. Flament ve ark. 12.3 yaş, Zohar ve ark. 11.3 yaş, Honjo ve ark. 11.6 yaş, Riddle ve ark. 10.1, Heyman ve ark. 12.6, Koloda ve ark. 10-19 yaş arası, Rasmussen ve Eisen; erkeklerde 10 ve 13 yaş, kızlarda 19 yaş ortalama başlangıç yaşları belirtmişlerdir. Anksiyete semptomlarında ve anksiyete bozukluklarında 14-19 yaş ergenlerde kızlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü, kızlarda ortalama anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. OKB' de yapılan cinsiyet bildirimli çalışmalarda genel kanı ergenlik öncesi ve çocukluk döneminde erkek baskınlığı olduğu, yaş büyüdükçe benzer oranlara ulaşıldığıdır. Bu durumun erkeklerde başlangıç yaşının daha erken olmasının sebep olduğunu vurgulayan çalışmalar mevcuttur.¹⁰⁹⁻¹¹⁸

OKB nadir olarak kendiliğinden iyileşme gösteren, kronik seyirli bir bozukluktur. OKB başlangıcının tipik bir modeli yoktur. OKB' nin doğal seyrine ilişkin kesin sonuçlara varmak zordur, yine de olguların çoğunluğunda bozukluk başlangıçlarının erken olduğu, ancak ergenlik ya da erken erişkinlikte sinsi olarak başlayan semptomların stres oluşturan yaşam olaylarının devreye girmesiyle belirginleştiği, göreceli olarak durağan hayat akışının olduğu dönemlerde dindiği söylenebilir. Semptomlardaki bu artan-azalan seyir belirtilerin ciddi seviyeye ulaşip olgunun tedavi arayışlarına kalkıştığı döneme dek yıllar boyunca sürebilir.²³

Klinik görünüm temel olarak yaşam boyunca aynıdır. Bazı semptomlar çocukluk ve ergenlikten erişkinliğe değişmeksizin devam eder. OKB' deki klinik semptomatolojinin erişkinlerle benzer olduğu bulunmuştur. OKB sıklıkla hem obsesyon hem de kompulsiyon birlikteliği içindedir. Bununla birlikte Zohar ve ark. ergenlerin % 50' sinde sadece obsesyon varlığı bildirmiştir. Valeni-Basile ve ark. sadece obsesyon % 19, sadece kompulsiyon % 26 bildirmiştir.^{121,122-125}

OKB'de erken başlangıcın ayırt edici bir özellik olduğu düşünülmektedir. Erken ve geç başlangıçlı erişkin olgular arasında obsesyon-kompulsiyon belirtilerin sayısı, dağılımı ve şiddeti açısından farklılıkların olduğu bildirilmiştir. Araştırmalarda, erken başlangıçlı OKB olgularında geç başlangıçlılara göre, kompulsiyonların obsesyonlardan daha önce ortaya çıktığı; obsesyon ve kompulsiyonların sayısının daha fazla, obsesyon- kompulsiyon belirti şiddetinin daha yüksek olduğu; tik bozukluklarının ve öğrenme güçlüklerinin daha sık görüldüğü; tedaviye yanıtın daha kötü olduğu belirlenmiştir.¹¹⁰⁻¹¹⁴

Obsesyon (saplantı) istemsiz olarak gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyeteye neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir. Kompulsiyon (zorlantı) ise, obsesyonlara tepki olarak gelişen ya da yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (el yıkama, sıraya koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemlerdir. Kişilerde hem obsesyon hem de kompulsiyonlar birlikte görülebildiği gibi, sadece obsesyonlar ya da sadece kompulsiyonlar da bulunabilir. Obsesyon ve kompulsiyonların şekli ve içerikleri kültürden kültüre değişmese de yaygınlıkları arasında bazı farklılıklar saptanmaktadır. Özellikle dini değer ve yaşantıların yoğunluğu ile farklılıkların gözlemlendiği belirtilmektedir.¹²⁶⁻¹³²

Olgularda sık görülen obsesyon çeşitleri şunlardır:

Bulaşma (kontaminasyon) obsesyonları: En sık görülen obsesyon türü olup olguların yaklaşık olarak %45-55' inde görülmektedir. Kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes vb. şeylerin bulaşacağına dair endişe yaşanır. Anksiyete, korku ve utanç duygusu da sıklıkla olabilir. Bu kirlenme ve bulaşma obsesyonlarına karşı sık ve tekrarlayıcı el yıkamalar, uzun süreli banyo yapma, eşyaları aşırı temizleme gibi temizleme kompulsiyonları ya da kaçınma davranışları oluşmaktadır. Çocuklarda temizlik ve kontaminasyon obsesyonları en yaygın temadır ve sıklığı %45-55 arasında değişir. Ülkemizde de, çocuk ve ergen OKB' li olgularla yapılan bir çalışmada, en sık obsesyon temizlik ve kontaminasyon obsesyonu olarak bulunmuştur.^{78,84,85,119,133}

Kuşku obsesyonları: İkinci en sık görülen obsesyon türüdür. Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumudur. Kişilerde, bir şeyi unutmaktan ya da bir nedenle çevreye zarar veriyor olmaktan dolayı kendini suçlayıcı düşünceler vardır. Bu obsesyon genellikle bir tehlikeyi işaret ettiği için, güvenliği sağlamakla ilgili olarak kontrol etme kompulsiyonları gelişir. Verhaak ve Haan tarafından gerçekleştirilmiş olan araştırmaya göre, 13-18 yaş aralığındaki ergenlerde bu tür obsesyonların şiddeti, abartılı tehdit algısıyla ilgilidir. Çocuk ve ergenlerde kuşku obsesyonu %20-50 arası oranlarda bildirilmiştir. Çocuklarda, özellikle kendi güvenlikleri veya sevdiklerinin güvende olması ile ilgili endişeler sık olarak görülmektedir. Bir süre sonra çocuklar bu korkuyla ilgili olarak kendilerine işkence etmeye başlarlar. Ailesinden birinin trafik kazasında öleceğini, doğal afet olacağını ve yakınlarını kaybedeceği olasılığını düşünmekten kendilerini alıkoyamazlar. Örneğin, çocuk eğer babasına her sabah evden çıkmadan tam yedi kez kemerini takmasını söylemezse babasının kaza olup öleceğini düşünür.^{31,78,134,135}

Saldırganlık obsesyonları: Bu obsesyonların yaygınlığı %10-20 arasındadır. Kişinin kendine, eşine, çocuğuna veya çevresindeki başka birine zarar verme, öldürme ve şiddet içeren korkutucu imgeler, utanılacak bir şeyi yapmaktan korkma, dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar vermekten korkma ile ilgili obsesyonlardır.¹³⁶

Cinsel obsesyonlar: Görülme sıklığı %13-26 arasındadır. Tanıdık ya da yabancı biri ile ilgili istenmeyen cinsel düşüncelere sahip olma, çocukları içeren cinsel düşünceler, eşcinsellik ile ilgili cinsel düşüncelerin olduğu obsesyonlardır.¹³⁷

Dini obsesyonlar: Görülme sıklığı %11-42 arasında değişmektedir. Tanrıya küfretme, varlığına inanmama gibi düşüncelere sahip olmaktan endişe duyma, dini değerlere küfür etme ve bundan dolayı ceza almaktan korkma gibi durumları içeren obsesyonlardır. Dini, cinsel ve saldırganlık obsesyonlarında kompulsiyon yoktur. Bazen kendisini polise ihbar etmek gibi davranışlar yapılabilir, ancak bunu kompulsif olarak tekrarlamadıkları için kompulsiyon olarak kabul edilmez.^{5,132}

Somatik obsesyonlar: Kişilerin kanser, AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome, Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu) gibi tedavisi zor olan bir hastalığa yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu tür obsesyonlara karşı bozuklukla ilgili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrolü, onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar geliştirirler.⁵

Simetri, düzen obsesyonları: Nesnelerin tam istedikleri düzende, mükemmel veya tam bir simetrisi olması gerektiğini düşünürler. Bu obsesyonları diğerlerinden farklı olarak ego-distonik olarak yaşantılamazlar. İstedikleri düzeni sağlayamadıkları zaman anksiyeteden çok hoşnutsuzluk duyarlar. Büyüsel düşüncesi ön planda olan hastalar ise hayali bir tehlikeyi önlemek amacıyla düzene ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle yapma-bozma ve sayma ritüellerini kullanırlar. Çocuk ve ergenlerde simetri ve düzen obsesyonları, %8-17 arasındaki oranlarında görülmektedir.¹³⁸⁻¹⁴⁰

Biriktirme/saklama kompulsiyonları: Gerçekte maddi ya da manevi bir değeri olmayan şeylerin, saklanıp biriktirildiği, gereksinim duyulmadığı halde satın alındığı durumlardır.¹⁴¹

En sık görülen kompulsiyon yıkamadır ve bunu kontrol etme, sayma, onaylanma ihtiyacı, simetri ve düzenleme kompulsiyonları izler. Çocuklarda ise en sık görülen semptom, erişkinlere benzer şekilde temizlik kompulsiyonudur. Tekrarlayıcı ritüelistik davranışlar ikinci sıklıkta gözlenmektedir. Tek başına obsesyona (%4.5) ve tek başına kompulsiyona (%2) klinikte nadir rastlanılmaktadır. Sadece obsesyona olduğu düşünülen olguların tanımlanmamış mental kompulsiyonları olabileceği söylenmektedir. Özellikle 6–8 yaş arası çocuklarda, tek başına kompulsiyon olabileceği bildirilmektedir.^{24,142}

Pollock ve Carter, çocuklarda görülen kompulsiyonların, obsesyonları yansızlaştırma görevi görmelerine rağmen, obsesyonlarla anlam olarak bir ilişkisi olmadığına dikkat çekmişlerdir. Ayrıca, sadece obsesyona olduğu düşünülen çocuk olguların, tanımlanmamış mental kompulsiyonları olabileceği düşünülmektedir. Basit kompulsiyonlara obsesyonlar eşlik etmiyorsa, bu kompulsiyonlar kompleks tikler ile karışabilmektedir. OKB' deki kompulsiyonların amaca yönelik ve istemli olduğu,

buna karşılık tiklerin, amaçsız ve istemsiz olduğu şeklinde bir ayırım yapılmaktadır.^{143,144,145}

DSM-5'te 'Biriktiricilik Bozukluğu' adıyla Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yeni bir tanımlama yapılmıştır.¹⁴⁶

Obsesif-kompulsif bozukluk olgularında görülen birkaç belirti grubu vardır. Birinci grupta kirlenme ile ilgili obsesyonların olduğu ve kirlilik düşüncesine dayalı yıkama ve kirli objelerden sakınma kompulsiyonlarının olduğu grup yer alır. İkinci grupta patolojik sayma ve kompulsif kontrol etme vardır. Üçüncü grupta ise kompulsif bulgusu olmayan sadece obsesyonu olan olgular bulunur. Bu olguların temel semptomu yavaşlıktır. Obsesyonel yavaşlık denen bu durumda hastalar her gün yıkanmak, giyinmek, ödevlerini yapmak için saatler harcayabilirler ve yaşamları son derece yavaş seyreder.¹⁴⁷

Çocuk ve ergenlere OKB tanısını koyabilmek için en kritik aşama, klinik olarak değerlendirme aşamasıdır. Çocuklar, takıntılarını ve zorlantılarını biriyle paylaşırlarsa gerçekleşeceğinden korkabilirler. Kendilerine deli deneceğini düşünüp utanırlar ve belirtileri aileleriyle, arkadaşlarıyla paylaşamazlar. Bir hekim olarak, çocuk ve ergenlerin güvenini kazanmak zaman alacaktır. Çocuk ve ergenler, onların meydan okumasına direnecek, onu olduğu gibi kabul edecek, gizliliğe önem verecek birine sırlarını, onları köşeye sıkıştıran takıntı ve zorlantılarını anlatabileceklerdir.^{110,115}

Bireyler, muayene sırasında, saplantı ve zorlantılarının kendilerini çok bunalttığını ifade ederler, kaygılı halleri muayene sırasında da gözlenebilir. Bunun yanı sıra, bireylerden öykü alınırken bir travmatik olayı duygulardan yalıtılmış bir şekilde, sanki kendisi değil de bir başkasının başından geçen olaymış gibi duygusuz, künt bir şekilde anlattığı da gözlenebilir. Bazı çocuklar, zorlayıcı düşüncelerini veya duygularını kaygıyla değil de tikslenme, rahatsızlık ya da "bir şeyler tam değil" gibi belirsiz duygularla ilişkilendirerek tanımlayabilirler.^{116,117}

OKB' li olguların düzenli, titiz hali dikkat çekicidir. Ellerini kirleneceği düşüncesiyle, muayene odasında oturduğu koltuğa koymaması, oturmadan önce mendille sandalyesini silmesi, kapı kolunu mendille tutması ya da ellerinde çok yıkamaktan dolayı oluşmuş kızarıklık, maserasyon gibi dermatit belirtileri muayenenin başında gözleyebileceğimiz bulgular olabilir. Olguların görüşme sırasında, konuşmalarında oldukça denetimli, ayrıntıcı olduğu, sözcükleri titizlikle seçtiği ve oldukça açıklayıcı cümleler kullandığı gözlenebilir. Resim çizdirme, çocuklarda bize birçok ruhsal bozuklukta ipuçları verdiği gibi OKB' de de çok değerli bilgiler verebilir. Çocukların resimlerinde, simetrik, düzgün çizim yapmak ve boyamaları dışına taşırmamak için çok titiz çalışmaları, renk uyumuna aşırı şekilde önem vermeleri dikkat çekebilir. Çocukların ailelerini ritüellerine katma şekilleri, aynı sorunun cevabını almak için tekrar, tekrar sormaları şeklinde görülmektedir. Bu davranışları, görüşme sırasında da gözlenebilir. Tekrar, tekrar sorulan soruların amacı, onaylanma ihtiyacı ve bunaltının giderilmesi olabilir, hekim bu konuda sabırlı davranmalıdır.^{66,143,148}

Olgular, obsesif kompulsif belirtilerin aşırı ya da anlamsız olduğuna ilişkin tam bir içgörüyeye sahip olabilirler ya da değişen derecelerde böyle bir farkındalık halinden yoksun olabilirler. İçgörünün düzeyi belirtilerin saçma olduğunun tam olarak farkında olunması durumundan, bireyin korkularını gerçek olarak kabul ettiği ve bunun sonucunda yaptığı davranışları savunduğu sanrısız bir duruma kadar uzanabilir. İçgörü düzeyi, her olguda farklı olabilmekle birlikte, bozukluk seyri esnasında da değişebilmektedir. Ravi-Kishore ve arkadaşları ise, zayıf içgörünün, erken başlangıçlı OKB olgularında görüldüğünü ve zayıf içgörünün, bozukluğun daha uzun süre devam etmesine neden olduğunu ve bu olgularda daha ciddi obsesyon ve kompulsiyonlar görüldüğünü bildirmişlerdir. Yine bu grupta, OKB' ye eşlik eden eştanılara daha sık olarak rastlanmıştır. DSM-IV-TR tanı ölçütleri, çocuk olgulardaki farklılığın altını çizerek, "Birey,obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı mantıksız olduğunu bilir." tanı ölçütünün çocuklar tarafından karşılanamayabileceğini bildirilmiştir.^{6,15,23}

Olgular, bir düşünceye sahip olmayı, yapmakla aynı şey olarak görürler. "Eğer bunu düşünüyorsam, olmasını istiyorum demektir." gibi bir düşünce içerikleri,

düşüncenin önemsenmesi olarak açıklanmaktadır. Rachman' a göre, düşüncelere aşırı önem verilmesi, OKB' de kritik bir rol oynamaktadır. Libby ve arkadaşları, düşüncenin önemsenmesinin, 11-18 yaş grubundaki ergenler arasında oldukça yaygın olduğunu belirtmektedirler.^{134,135,149}

OKB semptomları açısından kontrol etme erkeklerde, temizlik kompulsiyonlarının ise kızlarda daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Minichiello ve ark; erkeklerde esas olarak obsesyonların ön planda olduğu, kızlarda erkeklere göre daha yüksek oranda kompulsiyon bulunduğunu bildirmiştir. En sık obsesyonların kirlenme, saldırganlık en sık kompulsiyonların düzenleme, sayma, toplama ve temizleme olduğu saptanmıştır.^{26,131,150,151}

Erken başlangıçlı OKB' de yönetici işlevlerin incelendiği çalışmaların sonuçları arasında farklılıklar bulunmakla birlikte, tepki ketlemesi ve motor ketleme türü işlevlerde belirgin bir azalma olduğu görülmektedir. Ancak perseverasyon, kurulumu değiştirme, akıcılık gibi diğer yönetici işlevler konusundaki araştırma bulguları arasında çelişkiler bulunmaktadır.¹⁵²

İlk çocuk olmak, kardeş sahibi olmamak ile ergenlik OKB' si arasında pozitif yönde korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Geçmiş dönemde yapılan epidemiyolojik çalışmaların yalnız bir çalışmada Y-BOCS puanı belirtilmiştir. Bu çalışmada örneklem grubu 18 yaş ve üstündedir. 18 yaşın altındaki epidemiyolojik çalışmalarda Y-BOCS puanını belirten bir araştırmaya rastlanmamıştır. Stein ve ark. epidemiyolojik çalışmasında OKB saptananların YBOCS ortalama puanı $19 \pm 4,6$ olarak belirtilmiştir. Ülkemizde erişkinlerde yapılan çalışmalarda ise yaşam boyu yaygınlığı % 2.5-6.2, 12 aylık yaygınlığı % 0.5-5.6 arasında tespit edilmiştir. Diler ve arkadaşlarının klinik ortamda 9-15 yaş arasında olanlarda sıklık çalışmasında % 2.7 olarak saptamıştır.¹⁵³⁻¹⁶⁰

OKB' de semptom temsili, çok daha çeşitli, bireysel niteliklere özgü ve kişinin yaşadığı hayat deneyimleriyle ilintilidir. Yine de zaman ve kültürlerin ötesinde obsesif-kompulsif semptom alt tiplerinin sayısı sınırlandırılabilir.¹⁶¹

Beyinde bilgi işlenişinin dinamik ve karmaşık doğası, yüksek düzeyli bilişsel işlevleri tanımlamada yönetici işlevler kavramını ortaya çıkarmıştır. Yönetici işlevler; ilgili bilgi ve işlemlere dikkatin odaklanması ve ilgisiz bilgi ve işlemlerin ketlenmesi, odaklanmış dikkatin kaydırılmasını gerektiren görevlerde işlemlerin tanımlanması, belli amaçları gerçekleştirmede alt görevlerin sırasını planlama, ardışık görevlerin bir sonraki basamağını belirlemede çalışma belleği içeriğinin kontrolü ve izlenmesi, çalışma belleğinde temsillerin kodlanmasıdır. Bu bilgiler, ketleme ve dikkatin yanısıra çalışma belleğinin de yönetici işlevlerdeki önemli rolünü ortaya koymaktadır. Çocuklarda, yönetici işlevlerin problem çözümü sırasında düşünce ve davranışlar üzerinde düzenleyici kontrol sağladığı belirtilmektedir. Frontal korteks ve onun striatal bağlantıları, yönetici işlevler için en önemli nöroanatomik yapılar olarak kabul edilmektedir. Yönetici işlevlerde yaşa bağlı etkinlik artışında, frontal lobların anatomik ve işlevsel olgunluğa en son erişen yapılar oluşu ve bu yapılardaki miyelinizasyonun ileri adolesan döneme dek sürmesinin rolü üzerinde durulmaktadır. Birçok çalışmada, OKB olgularında yönetici işlevlerde sorun olduğu vurgulanmaktadır.¹⁶¹⁻¹⁶⁷

Bellek, en önemli bilişsel yetilerdendir, bireyin hemen şimdiki anda, yakın ve uzak geçmişte yaşadığı deneyimlerini doğru olarak yeniden aklına getirme, anımsayabilme yetisidir. Bellek konusundaki bulgular, OKB' li olgularda belleğin bozulmamış olduğuna işaret etmektedir, ancak bellek performansında ve görsel-uzaysal algılama yeteneği açısından, diğer bireylerle karşılaştırıldığında OKB' li olgularda, işlevsel olmayan farklı bir tür işleyişin olduğu düşünülmektedir. Buna göre, erken başlangıçlı OKB olgularıyla yapılan çalışmaların sonuçları, OKB' de belleğin ve dikkatin azalmış ya da bozulmuş olduğunu değil, OKB' de yanlı ya da seçici bir bellek ve dikkat işleyişinin olduğunu destekler niteliktedir. Sözü edilen bellek ve dikkat yanlılığının, obsesyon veya kompulsyonlarla ilişkili, kaygı verici ya da tehdit edici uyaranlara yönelik olduğu görülmektedir. Ayrıca OKB' de algı ve yönelim bozukluğu da görülmemektedir.^{152,168}

OKB'de Komorbidite

Ruhsal bozukluklar nadiren tek başınadır. Yaşam boyu prevalans çalışmalarında hastaların %15' inden daha azının pür OKB tanısını aldığı anlaşılmaktadır. Klinik çalışmalarda, OKB hastalarının %50–75'inin en az bir ek hastalık tanısı aldıkları saptanmıştır. Major depresif bozukluk ya da distiminin OKB' de eş tanı olarak varlığı, %30–50 gibi çok yüksek oranlardadır. Depresif belirtiler, sıklıkla OKB' ye ikincil olarak ortaya çıkar. Depresyonun varlığı, hastalığın alevlenmesine katkıda bulunur. Böylelikle duygu durumundaki olası düzelleme obsesif–kompulsif semptomlar üzerinde olumlu bir etki yaratabilmektedir. Şiddetli depresif belirtiler tedaviye düşük yanıtla ilişkiliyken, hafif–orta dereceli depresif belirtilerin tedavinin kazanımlarını temel olarak etkilemediği saptanmıştır. Temel tanısı OKB olan birçok olguya, anksiyete belirtileri ya da anksiyete bozuklukları eşlik edebilir. Bunların içinde sosyal anksiyete bozukluğu, en yüksek oranda birliktelik gösteren anksiyete bozukluğu olup (%36–42), onu özgül fobi takip etmektedir (%20–30). Panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğuyla ilgili çalışmalar birbirleriyle tutarsız olarak, OKB' ye eşlik eden panik bozukluk (%12–54) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%12–41) oranını geniş bir aralıkta göstermektedirler.^{169,170,171}

Obsesif–kompulsif (OK) spektrum bozuklukları; somatoform bozukluklar (vücut dismorfik bozukluğu, hipokondriazis), yeme bozuklukları (anoreksiya ve bulimia), dürtü kontrol bozuklukları (trikotilomani, patolojik kumar, kleptomani), parafililer ve parafilik olmayan cinsel bağımlılıklar (cinsel kompulsyonlar) ve hareket bozukluklarını (tikler, Tourette sendromu (TS)) içerir. Çalışmalarda OKB' li olgulara, OK spektrum bozuklukları içinde somatoform bozuklukların en sık eşlik ettiği gözlenmiştir. OKB' li hastaların %15–37'sinde vücut dismorfik bozuklukla birliktelik saptanmıştır. Hipokondriazisin de OKB ile yaşam boyu komorbidite oranı yaklaşık %13–15 civarındadır. Ayrıca kontrollere göre göreceli olarak OKB örneğinde yeme bozuklukları daha sık olarak bulunur. Özellikle OKB' li çocuk ve ergenlerde, TS' yi de içeren tik bozuklukları göreceli olarak yüksek oranda bulunur, TS' li ergenlerin %30–40'ında obsesif ve kompulsif semptom deneyimleri mevcuttur. Çalışmalarda, OKB' de bir eksen II bozukluk komorbiditesi oranının %8,7–87,5 gibi

geniş bir aralıkta sunulması, eksen II bozukluklarının ölçümünde kullanılan metodolojik farklılıklardan kaynaklanmaktadır.¹⁶⁹

OKB' de en sık gözlenen kişilik bozukluklarının, bağımlı ve kaçınan kişilik bozuklukları olduğu, beklenenin aksine obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun (OKKB), OKB' ye çok daha az eşlik ettiği saptanmıştır. Yine de OKB' li klinik örneklerde OKKB özelliklerini yüksek düzeyde bulan çalışmalar mevcuttur. OKKB özellikleri, şüphe, kontrol gibi bazı obsesif-kompulsif semptom alt tipleriyle diğer semptomlara göre daha yakın ilişkili olabilmektedir. OKKB' nin mükemmeliyetçilik gibi bazı karakteristikleri de diğer özelliklerine göre OKB ile daha fazla örtüşebilmektedir. OKB' ye eşlik eden şizotipal kişilik özelliklerinin de tedaviye düşük yanıtla birlikteliğini gösteren birçok çalışma mevcuttur. Erken dönem çalışmalarında araştırmacılar, obsesyonel düşünce ve şizofrenide görülen düşünce bozukları arasında bir ilişki olduğunu düşünmüşlerdir. Ancak, OKB' li hastaların küçük bir bölümü (%15–20) psikozun bazı semptomlarını gösterir, bu grup özellikle iç görüsü az ve obsesyonlarına direnci olmayan hasta topluluğudur. OKB' li hastaların çok az bir kısmında, obsesyonel düşüncelerin sanrı ölçütlerini karşıladığı görülür. Ancak OKB' li olguların, hastalıklarının şizofreniye ilerleme oranı diğer anksiyete bozukluklarından yüksek değildir.^{169,172}

Ayırıcı Tanı

Çocuğun gelişim süreci içinde gösterdiği, uyku, yemek, okula gidiş zamanı yaptığı ritüeller, günlük birçok aktivitede gözlenebilmektedir. Bu ritüellerin içerikleri, zamanlamaları ve en önemlisi işlevselliğe etkileri değerlendirilerek, OKB ritüellerinden ayrımları yapılmalıdır.

Ayırıcı tanıda önemli bozukluklardan biri, tik bozukluklarıdır. Bu bozukluğun başlangıcı 18 yaşından önce olmaktadır. Sıklığı tüm çocuklarda, 10/10.000 olarak bildirilmiştir. Hacettepe Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine, 1993 yılında ilk defa başvuran vakalar arasında, tüm tik bozukluklarının görülme oranı ise %3 olarak bildirilmiştir.^{2,173,174}

OKB' li çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalar TB' yi %18-25 oranlarında bildirmiştir. Özellikle OKB' li çocuk ve ergenlerde, TB' yi de içeren tik bozuklukları göreceli olarak yüksek oranda bulunduğu, TB olan ergenlerin %30-40'ında obsesif ve kompulsif semptomlar olduğu da saptanmıştır. Bu ilişki iki yönlü gibi görünmektedir. TB olan çocukların %20-60'ı OKB tanı ölçütlerini karşılarken, OKB'si olan çocukların %20-38'inde komorbid tikler bildirilmiştir. TB ve OKB' nin beraber bulunduğu olgularda, bulgular OKB' ye göre daha erken başlar ve bu birliktelik erkek çocuklarda daha sık görülür. Ivarsson ve arkadaşları, çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği (CBCL, Child Behavior Check List) kullanarak yaptıkları bir çalışmada, OKB ve TB' nin beraber görüldüğü gençlerde, OKB' nin tek başına görüldüğü gençlere nazaran daha sık davranış problemleri görüldüğünü bildirilmişlerdir.^{103,109,110,171,175-180}

Leonard ve arkadaşları, OKB ile TB arasındaki ilişkiyi anlamak için yaptıkları takip çalışmasında, primer OKB tanısı almış 54 çocuğu, 2-7 yıl boyunca takip etmişler, olguların 32'sinde (%59) yaşam boyu devam eden tik hikayesi saptamışlardır. Bu 32 çocuk arasında, 8 erkek çocuğunda TB tanı ölçütlerini karşıladığı görülmüştür. OKB' li çocuklarla yapılan bu çalışmalarda bildirilen tik bozukluklarının sıklıkları, genel toplumda yaşam boyu görülme sıklığı %0,01 ile %0,04 arasında olan TB ve yine yaşam boyu görülme sıklığı %1 ile %13 arasında olan tiklerin üzerinde bir orandadır.¹⁸¹⁻¹⁸⁵

Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB), erken çocukluk döneminde belirti veren, gelişimin değişik alanlarında ciddi ve kalıcı bozulmalara neden olan bozukluklardır. Alışılmışın dışında ilgi alanları, el parmak vücut hareketleri, ritüeller ve stereotipik özellikli davranışlar gözlenmektedir. Bu çocukların, sözel gelişimlerinin kısıtlı oluşu, stereotipilerini ve ritüellerini OKB semptomlarından ayrılmasında güçlük yaratmaktadır. OKB' de gözlenen kompulsiyonların obsesyonel bir düşünceyi takiben oluşması ve öncesinde görülen belirgin kaygı durumunun bu olgularda bulunmayışıyla ayırıcı tanıya gidilmelidir.^{25,47,177}

Diğer bir ayırıcı tanı ise, çocuklardaki önemli alopesi nedenlerinden biri olan Trikotillomanidir. Erken çocukluk (2-6 yaş) ve erken ergenlik (11-13 yaş)

dönemlerinde, daha sık görülmektedir. Klinik semptomları, saçları çekmeden önce artan gerilim hissi, saç koparıldıktan sonra haz, doyum ve rahatlama şeklindedir. Özellikle saçlar, kirpikler, kaşlar yolunur ama vücudun herhangi kıl olan bir bölgesindeki kıllar da yolunabilir. Hatta bazen halı, kazak, oyuncak bebek, evdeki evcil hayvanlarında kılları da yolunabilmektedir. Çocuklarda cinsiyet dağılımı eşitken; erişkin olgularda ise kadınlarda daha sık görülmektedir. %5-8'lik aile öyküsü, genetik yatkınlığı veya süregen bir ailesel psikososyal yanıtı düşündürmektedir.^{6,186}

Obsesyonlar pek çok mental bozuklukta ortaya çıkabilmektedir. Ancak diğer bozukluklarda kompulsiyonlar çok sık eşlik etmez. Klinik pratikte endişe ile obsesyonu ayırmak her zaman kolay değildir. Otuz yaşından sonra başlamış olgularda, Sydenham koresi, Huntington hastalığı gibi bazal ganglionları etkileyen hastalıklar başta olmak üzere nörolojik hastalıklarla ayırıcı tanı yapmak gerekir. Fobilerde genelde dış bir nesne ya da durumdan zarar geleceği korkusu vardır ve bunlardan kaçınılarak korku denetim altına alınmaya çalışılır. OKB' de ise başkalarına ve kendine zarar verme korkusu vardır ve kompulsiyonlarla kontrol altına alınmaya çalışılır. Fobilerde kaçınma sınırlı ve belli koşullara bağlıdır. Panik bozuklukta hastanın korkusu ataklarla sınırlı ve hissettiği bedensel belirtilerle ilgili yaşadığı duygudur. OKB' de ise korku objesi bedensel olmayıp bilişsel düzeydedir.¹⁸⁷⁻¹⁹⁰

Yaygın anksiyete bozukluğunda ritüellere pek rastlanmaz. Major depresyonda da ruminatif düşünceler görülebilir ancak bu düşünceler hastalık öncesinde yoktur ve depresyon düzelince ortadan kalkar. Psikotik bozukluklarda da obsesif kompulsif belirtiler görülebilir ve içgörüsü az olan OKB' den ayırıcı tanısı oldukça zor olabilir. OKB' de düşünce ne kadar garip olsa da kişi kendi düşüncesi olduğunun her zaman farkındadır ve çoğu zaman da bu düşünce mantıksız bulunur. Psikotik hastalar OKB' de görülmeyen karakteristik semptomlara sahiptir.^{184,187,188,190}

Beden dismorfik bozukluğunda kişinin ilgisi ve uğraşısı, kusurlu olarak düşündüğü beden bölgesiyle ilgilidir ve genellikle düşüncelerini anlamsız ve saçma

görmez. Tourette sendromunda tikler kompulsiyona göre daha az karmaşıktır, amaçsız ve istemsizdir. Kompulsiyonlar da ise olmasından korkulan durumu önleme ve anksiyeteyi giderme amacı vardır. Ciddi bir hastalığa yakalanma korkusunun görüldüğü somatik obsesyonlar hipokondriazisle karışabilir. Hipokondriak olgular sağlıklarını kontrol amacı ile ritüel de geliştirirler ve ayırıcı tanı daha da güç hale gelebilir. Ancak olguda o anda veya daha önce başka obsesyon ve kompulsiyonların bulunması OKB lehinedir.^{187,189}

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu aşırı kaygı, mükemmeliyetçilik ve diğer benzer kişilik özellikleri ile OKB' ye benzerlik gösterir. Kişilik bozukluğunda obsesyon ve kompulsiyonlar genelde yoktur varsa da egosintonik olarak değerlendirilir. OKB, tanım olarak bakıldığında, olguların belirtilerine yönelik iç görülerinin iyi olduğu bir bozukluk olarak ifade edilmektedir. Ancak, OKB' li hastaların belirli bir bölümünde, belirtilere yönelik iç görünümün değişen derecelerde bozulduğu, kişinin obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ve anlamsız olduğunu kabul etmediği gözlenmekte, obsesyonlara yönelik iç görünümün değişken olduğu bildirilmektedir.^{187,188,192}

OKB olgularında iç görünümün bir spektrum içinde değerlendirilmesi uygun olabilir. Bu spektrumun bir ucunda iç görünümün tam olduğu olgular, diğer ucunda ise iç görünümün tamamen kaybolduğu "obsesif kompulsif psikozlar" yer almaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda da, OKB olgularının % 15-36'unda içgörü azlığı olduğu bildirilmiştir. OKB olgularında içgörü derecesi ile tedavi yanıtı ilişkisi konusunda elde edilen bulgular ise çelişkilidir. Bazı çalışmalarda tedavi öncesi içgörü düzeyi ile ilaç tedavisine yanıt arasında bir ilişki bulunmazken; bazı çalışmalarda içgörü azlığının ilaç tedavisine kötü yanıt ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.^{169,193-198}

OKB'de Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Görüntüleme yöntemlerinde son yıllarda kaydedilen ilerleme ile pek çok psikiyatrik bozuklukta, beyinde, yapısal ya da işlevsel normalden sapmaların bulunduğu ortaya konmuştur. OKB' si olan olgularda da benzer bulgular elde edilmiştir. Beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen bu bulgular olguların

patofizyolojisini anlamamızı kolaylaştırmaktadır. Özellikle işlevsel beyin görüntüleme çalışmaları ile OKB' de belirli frontal-subkortikal beyin devrelerinde anormal bir işleyişin söz konusu olduğunu göstermişlerdir.

OKB' de beyinde anormalliklerin varlığına yönelik ilk veriler bilgisayarlı tomografi çalışmalarından elde edilmiştir. Insel ve arkadaşları OKB olguları ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları görüntüleme çalışmalarında iki grup arasında beyin atrofisinin bir göstergesi olan ventrikül-beyin oranı açısından bir farklılık saptamamışlardır. Buna karşın, Behar ve arkadaşları olgularda sağlıklı kontrollere göre ventrikül-beyin oranının arttığını saptamışlardır.^{199,200}

Garber ve arkadaşları' nın MRI çalışmalarında morfolojik yapılar llmemişse de, olgularda yapısal anormallik olmadığı sonucuna varılmıştır. Araştırmacılar aile öyküsü olan OKB olgularını, olmayanlarla ve normal kontrollerle karşılaştırmışlar; ilk grupta T1 ağırlıklı MRI'da anterior singulat girusta daha fazla anormallik görüldüğünü bildirmişlerdir. Bu grupta belirtilerin Şiddeti ile orbitofrontal korteks sağ - sol T1 asimetrisi arasında pozitif bir korelasyon belirlemişlerdir. Birçok MRI alışmasında OKB olgularının kaudat çekirdek hacminde anormallikler gösterilmiştir. Ancak çalışmalarda bu anormalliğin niteliği açısından tutarlılık bulunamamıştır. Sol kaudat, sağ kaudattan hacimce daha büyüktür ve bu durum normal asimetri olarak değerlendirilir. Scarone ve arkadaşları OKB grubunda kontrollere göre sağ kaudat başının hacminde artış olduğunu ve normal asimetrinin kaybolduğunu göstermişlerdir. Jenike ve arkadaşları da benzer Şekilde asimetri kaybı, ayrıca hasta grubunda kontrollere göre total serebral, serebellar beyaz maddede azalma; total serebral kortikal hacimde artma izlemişlerdir. OKB' de manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) alışması da yapılmıştır. MRS' de beyinde nöronal kayıp veya hasarın bir göstergesi olan N-asetil-aspartat seviyeleri ölçülür.²⁰¹⁻²⁰³

OKB' nin patofizyolojisini ortaya koymak için işlevsel görüntüleme çalışmaları da kullanılabilir. 3 farklı yöntemle kullanılan işlevsel görüntüleme çalışmaları; olguların normal kontroller ile karşılaştırılması, tedavi yanıtına uyan metabolik değişiklikleri ölçmek için olguların tedavi öncesinde ve sonrasında

değerlendirilmesi ya da olguların istirahat durumunda ve belirtileri uyarıldığında veya bilişsel faaliyet gösterilen bir ödev sırasında görüntülediği aktivasyon çalışmaları şeklindedir.²⁰⁴

Tedavi Yaklaşımları

OKB kronik ama tedavi edilebilir bir durum olup, bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve farmakolojik tedavilerin kombinasyonu bugün için çocukluk çağı başlangıçlı OKB' de optimum tedavi yöntemi olarak önerilmektedir. Buna karşın Fischer ve arkadaşları, psikotrop ilaçlara ilişkin tutumları, genel olarak ruhsal bozukluklar için yardım arama davranışını engelleyen, en önemli engel olarak tanımlamışlardır. OKB' si olan olguların, %25' i de bu gerekçe ile psikiyatriste başvuruda bulunmadıklarını ifade etmiştir. Kohn ve arkadaşları ise, OKB' si olan bireylerin % 59,5' inin hiçbir şekilde tedavi arayışının olmadığını belirlemiştir. Ülkemizde, OKB vakalarının %33' ü sağlık yardımı arama davranışı içinde, doktor dışı (hoca, cinci ya da üfürükçü gibi) kişilere başvurduğunu ifade etmiştir.²⁰⁵⁻²⁰⁹

Bilişsel Davranışçı Terapi

BDT' nin, özellikle de 'maruz bırakma ile birlikte yanıt önlemenin' etkinliği özellikle son 10 yılda çocuk ve ergenlerde gözden geçirilmiş ve çalışılmıştır. SSRI' ların etkinliğine rağmen, "hafif ve orta şiddette" OKB' si olan çocuklarda, BDT' nin ilk tedavi seçeneği olması gerektiği savunulmaktadır. Özellikle yüzleştirmeye dayalı duyarsızlaştırma ve benzeri teknikler faydalı olmaktadır. Gevşeme eğitimi, nefes kontrolü eğitimi ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi tekniklerin çocuklukta diğer anksiyete bozukluklarında da etkinliği kanıtlanmış olsa da, obsesyon ve kompulsiyonlara doğrudan etki ediyor gibi görünmemektedir. Fakat gevşeme ve benzeri diğer teknikler çocukların maruz bırakma ile yanıt önleme ödevleri sırasında ortaya çıkan yüksek anksiyeteleri ile başa çıkmalarına yardımcı olmak için uygulanır.^{141,144,146,147}

OKB' nin tedavi planında yer alması gereken önemli bir diğer yaklaşım da, aile danışmanlığıdır. Özellikle belirtiler yönünden, ailenin tepkilerinin düzenlenmesi,

aşırı müdahaleci tutumlarının azaltılması yönünde eğitim verilmelidir. OKB' si olan, 48 çocuk ve ergende, bireysel ve grup bilişsel davranışçı aile terapisinin etkinliğini karşılaştıran bir çalışmada; 12-18 aylık izlem sonunda bireysel terapi alanların %70' inin, grup terapisi alanların ise %84' ünün belirtilerinin tamamen geçtiği saptanmıştır. Çocuk ve ergenlerdeki OKB' nin tedavisinde bireysel terapi ve grup bilişsel davranışçı aile terapisinin etkin yöntemler olduğu belirtilmiştir.^{146,210}

Farmakoterapi

OKB' nin ilaçlarla olan tedavisi, büyük ölçüde antidepresan ilaçlarla yapılmaktadır. Sistematik çalışmalar, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) çocuk ve ergenlerde OKB belirtilerini tedavi etmekte etkili olduğunu göstermiştir. Şu anda Amerika Birleşik Devletleri'nde FDA (Food and Drug Administration, Gıda ve İlaç İdaresi) tarafından OKB için onaylanmış endikasyonu olan ilaçlar arasında; klomipramin (10 yaş ve üzerindeki çocuklar), fluoksetin (8 yaş ve üzerindeki çocuklar), sertralin (6 yaş ve üzerindeki çocuklar), paroksetin (erişkinler) ve fluvoksemin (8 yaş ve üzerindeki çocuklar) yer alır. Ancak burada unutulmaması gereken, her antidepresan ilacın antiobsesyonel özelliği olmadığıdır. Yapılan çalışmalar OKB tedavisinde serotoninergic ilaçların etkin olduğunu ve noradrenergik ilaçların ise etkili olmadığını göstermektedir. Ailede, diğer bir bireyin fayda gördüğü ilaç türünün ilk tercih olması akılcı olacaktır.²¹¹

Trisiklik Antidepresanlar

OKB' de etkin bulunan ilk ilaç klomipramindir. Klomipramin, serotoninergic etkisinin fazla olması ile diğer trisiklik antidepresanlardan ayrılmaktadır. Klomipraminin, obsesif kompulsif belirtilerde düzelmeye oluşturduğunu, ilk kez 1967'de Fernande de Cordoba ve Lopez Ibor göstermişlerdir. Klomipramin, OKB' deki etkinliği nedeniyle Amerika Birleşik Devletleri'nde FDA (Food and Drug Administration, Gıda ve İlaç İdaresi) tarafından "altın standart" ilaç olarak kabul edilmiştir. 23 çocuk vakayla yapılan, 10 haftalık çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada 5. haftada klomipraminin, OKB belirtilerini azaltmada, plaseboya üstün olduğu ve belirtilerdeki azalmanın, ortalama 3.haftada görülmeye başladığı

saptanmıştır. Çalışmayı tamamlayan 19 çocuktan %75' inde, çalışma sonunda belirgin düzeyde düzelme olduğu tespit edilmiştir. OKB' li ergenlerle yapılan çok merkezli bir çalışmada da, klomipraminin plaseboya üstünlüğü gösterilmiştir.²¹²⁻²¹⁵

Geller ve arkadaşları çocuk OKB olgularında, erişkinlere benzer olarak tüm SSRI' ların etkin olduğunu, ancak klomipraminin SSRI' lardan az da olsa daha üstün bulunduğunu bildirmişlerdir. Ancak, yan etki profili nedeniyle çocuklarda klomipraminin ilk seçenek ilaç olmadığını vurgulamışlardır. Klomipraminin antikolinergik, antihistaminik etkileri vardır. Kardiyak yan etkileri açısından dikkatli olunmalıdır. Doza bağlı olarak epileptik eşiği düşürebileceği unutulmamalıdır.^{212,216}

Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

Patogeneizde serotoninin rolünün anlaşılması ile araştırmalar serotonerjik etkili ilaçların OKB tedavisindeki etkinliğine yönelmiştir. Aynı zamanda klomipraminin olumsuz yan etki profili de bu araştırmalara hız kazandırmıştır. SSRI' lar; fluoksetin, sertralin, fluvoksamin, paroksetin, sitalopram ve S-sitalopram' dır. SSRI' lar, OKB' de, diğer bozukluklardan daha yüksek dozda ve daha uzun sürede etkili olmaktadır. Bu süre, bazı vakalarda haftalar olurken bazı vakalarda, çok daha uzun olabilmektedir. Yan etkileri en aza indirmek ve klinik belirtilerdeki değişimleri izlemek için ilaçlara düşük dozda başlanması, doz artışlarının kademeli olarak yapılması önerilmektedir. Doz değişikliği için, 12 hafta kadar beklenilmesi ve ilaçların en az 2 yıl kullanılması önerilmektedir. İlaç tedavisinin sonlandırılması ise en az 3 haftalık bir süre içinde, tedrici doz azaltması biçiminde olmalıdır. OKB' li çocuk ve ergenlerde, sertralin ve fluvoksaminle yapılan çok merkezli çalışmalar sonucunda, bu ilaçların çocuk ve ergenlerde kullanım için FDA onayı alınmıştır. Çift kör araştırmalar, fluoksetinin, gerek OKB, gerekse OKB ve TB' nin beraber görüldüğü çocuk ve ergenlerde etkili olduğunu göstermektedir.²¹⁷⁻²²⁰

Pigott ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada, bozukluğun nüksünün, %90 oranında olduğunu göstermişlerdir. Bu durum, ilaç tedavisinin kesilmesini zorlaştırmaktadır. Tedaviye kötü yanıt ile belirtilerin erken yaşta başlaması, komorbid tik bozukluğu olması, dini ve somatik obsesyonlar, biriktirme

kompulsiyonlarının olması ve zayıf iç görü arasında yakın ilişki belirlenmiştir.^{213,217,221}

Güçlendirme Tedavileri

OKB' de 8-10 haftalık maksimum tedaviye rağmen yanıt alınamıyorsa diğer bir SSRI' ye geçilmeli veya klomipramin tedavisi düşünülmelidir. Biri klomipramin olmak üzere, en az üç ilaç ile yeterli doz ve süre tedavi edilmesine karşılık, tedaviden fayda görmemiş olan olguya "farmakoterapiye dirençli vaka" denebilir. Bazı hastalarda tedaviye kısmi yanıt söz konusu olabilir. Bu durumda güçlendirme tedavilerinin yararlı olabileceği vurgulanmaktadır. Güçlendirme teknikleri, çocuklarda sistematik biçimde çalışılmamış olsa da, erişkin verilerinden yola çıkılarak, serotonerjik ajana risperidon gibi yeni nesil bir antipsikotik eklenmesinin etkin olabileceği belirtilmektedir. Çocuklarda tedaviye haloperidol eklemenin yararlı olduğunu söyleyen olgu sunumları bulunmaktadır.²²²

Klonazepam güçlendirme tedavisinde, erişkinlerin yanı sıra çocuklarda da yararı bulunmuş, ancak sedasyon ve davranışsal inhibisyon oluşturması nedeniyle kullanımı kısıtlanmıştır. Çalışmalarla, anksiyolitik etki gösteren, azopiron grubu ilaçlar geliştirilmiştir. Bu grubun öncüsü olan buspiron, bir 5-HT_{1A} agonisti olup, sinaptik aralıkta serotonin düzeyini arttırmaktadır. Araştırmalar buspironun, OKB tedavisinde kullanılan serotonin gerilim inhibitörlerine yanıtı arttırdığına işaret etmektedir.²²²

OKB tanısı alan 6 ergenle yapılan bir çalışmada, SSRI tedavisine, 5-60 mg/gün dozlarında buspiron eklenmesinin, olguların 5' in de obsesif kompulsif belirtileri azalttığı saptanmıştır. Yine bir başka çalışmada, tedaviye dirençli, özellikle kronik tik bozukluğu ya da şizotipal kişilik bozukluğu olan OKB vakalarında, SSRI' lara haloperidol ve pimozid eklendiğinde, vakalarda düzelme görülmüştür. Zhang ve arkadaşları, sıçanlarda, olanzapin ve fluoksetin kombinasyonunun sinerjik olarak prefrontal kortekste hücre dışı, dopamin ve norepinefrin seviyelerini yükseltebileceğini göstermişlerdir. Denys ve arkadaşları ise, ketiapin ve

fluvoksamininin sinerjik olarak prefrontal korteks ve talamusta dopamin artışına yol açtığını ortaya koymuşlardır.²²³⁻²²⁷

İnternet

Tanım

İnternet, dünya kapsamında birçok bilgisayar sistemini TCP/IP (Transmission Control Protocol/ Internet Protocol) protokolü ile birbirine bağlayan ve gittikçe büyüyen bir iletişim ağıdır. TCP/IP, bilgisayarlar ile veri iletme/alma birimleri arasında organizasyonu sağlayan, böylece bir yerden diğerine veri iletişimini olanaklı kılan pek çok veri iletişim protokolüne verilen genel addır. İnternet, ingilizce Interconnected Networks' un (kendi aralarında bağlantılı ağlar) kısaltmasıdır.²²⁸

Dünyada 400 milyona yakın bilgisayarın internete bağlı olduğu ve 100 milyon civarında da web sitesi olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de de internet kullanımının her geçen gün arttığı ve oldukça yüksek sayılabilecek bir seviyeye ulaştığı bilinmektedir. 2012 yılının ilk çeyreğinde gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, evlerin % 52'sinde bilgisayar, % 41'inde ise internet bağlantısı bulunmaktadır.²²⁹

Kişilerin değişik konularda fikirlerini serbestçe söyleyebilecekleri ortamlar barındıran bir demokrasi platformu olmakla birlikte internet; evden alış-veriş, bankacılık hizmetleri, radyo-televizyon yayınları, günlük gazete servisleri vb gibi uygulamaları ile aslında internet aynı zamanda bir hayat kolaylaştırıcıdır.²³⁰

Tarihçe

Günümüzde tüm dünyayı saran internetin temeli, ABD ve Sovyet Rusya arasındaki rekabete dayanmaktadır. 1957' de Sovyetlerin ilk yapay dünya uydusu olan Sputnik' i fırlatmaları üzerine ABD Savunma Bakanlığı, bilim ve teknolojinin orduya en iyi şekilde uygulanması için ARPA projesini başlatmıştır. Amerikan Hava Kuvvetleri 1962 yılında ABD' ye yapılabilecek olası bir nükleer saldırıdan sonra bir

kısmı hasar görse de çalışmaya devam edecek olan ve tüm ülkeye yayılabilecek bir askeri bilgisayar ağı tasarlamıştır. Daha sonra proje ARPANET adını almıştır. İlk bilgisayar ağı 1969'da California' da kurulmuştur. Güney Amerika' da bulunan dört büyük bilgisayar bir kontratla birleştirilmiştir.^{231,232}

Daha sonra 1973 yılında farklı ağların aralarında veri iletimi sağlayabilmeleri için ortak bir dil oluşturularak birleştirilmeleri kararlaştırılmıştır. Bu amaçla geliştirilen TCP/IP (Transmission Control Protocol/Inter net Protocol) Internet üzerinde yer alan farklı özellikteki bilgisayarların ve ağların birbirleriyle sağlıklı bir şekilde iletişim kurabilmelerini sağlayan ortak bir dil olarak geliştirilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır.²³³

1991 yılında Minnesota Üniversitesi tarafından, internet kaynaklarına erişimde büyük kolaylık sağlayan GOPHER kullanıma girdi. GOPHER, internet içinde çeşitli konularda arama yapmayı sağlayan bir istemci (client) programıdır. Sağladığı en önemli avantaj, internet kaynaklarını menüler halinde sunması ve kullanıcının arzu ettiği kaynak menüden seçilince, bu kaynağın internet adresi bilmeksizin de o kaynağa erişme imkanını sağlamasıdır.²³⁴

1991'de Tim Barnes Lee, World Wide Web' i (www) icat etmiştir. Bu sistem "Hypertext" denen daha görsel bir temele dayanıyordu ve araştırmaların, bilgilerin paylaşımını kolaylaştırmak amacını taşıyordu. 'WWW" in ortaya çıkması aynı zamanda ticari çevreleri de motive etmiş bu tarihte kullanıcı sayısı 617.000' e ulaşmış ve bilgisayar ağı bugün ki "internet" adını almıştır.²³¹

1993 yılında Beyaz Saray (White House), online olarak internete bağlandı. 1994 yılında, Web üzerinde işlem yapmayı sağlayan Mosaic yazılımı piyasaya sürüldü ve kullanım kolaylığı nedeniyle çok yaygınlaştı. Ayrıca Amazon.com' da ilk kitap satıldı. E-mail yoluyla pazarlama ve reklam keşfedildi. 1995 yılında ise Web üzerinde işlem yapan Netscape yazılımı kullanılabilir hale geldi. Yahoo' da ilk arama yapıldı.²³⁴

Türkiye’de İnternetin Gelişimi

Türkiye’ de, internete ilk bağlantı 1993 Nisan ayında ODTÜ’ den gerçekleştirilmiştir. 1994 yılında Ege Üniversitesi internete bağlanmıştır. TR-NET kelimesi Türkiye’ yi ifade eden TR ve ağ anlamına gelen NET kelimelerinden oluşturulmuştur. TR-NET ülkemizin internet bağlantısını gerçekleştirmek ve yaymak için Tübitak ve ODTÜ tarafından oluşturulmuş bir proje ve buna bağlı yapılanmanın ismidir.²³⁴

Ülkemizde de interneti kullanma oranı yıllara göre artış göstermiştir. Türkiye İnternet Ölçümler Araştırması' na göre Türkiye' de 24 milyon internet kullanıcısı bulunmaktadır. Kullanıcıların % 84' üne ulaşılan araştırmada Kasım 2010 verilerine göre ulaşılan 20 milyon kullanıcının % 85' i her gün internete bağlanırken, % 48'i gazete ve haber okumaktadır. Türkiye' deki kullanıcıların çoğunluğunu % 57 oranla erkekler, % 43 oranla kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada yer alan kitlenin % 30' u ilkökul, % 25' i orta öğretim, % 30' u lise mezunu, % 15' i üniversite mezunudur.²³⁵

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından gerçekleştirilen Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım araştırması sonuçlarına göre 2007 yılında hanelerin %19,7' si internet erişimi imkanına sahipken, bu oran 2012 yılında %47,2' dir. 2011 yılında 16–74 yaş grubundaki bireylerde bilgisayar ve İnternet kullanım oranları sırasıyla %46,4 ve %45 iken, bu oranlar 2012 yılında %48,7 ve %47,4' dür. Yine bu araştırmaya göre 2012 yılı ilk üç ayında (Ocak-Mart 2012) 16-74 yaş grubundaki tüm bireylerin %37,8' si İnterneti düzenli olarak (hemen hemen her gün veya haftada en az bir defa) kullandığı görülmektedir.²³⁶

TÜİK (2011) araştırma verilerine göre Bilgisayar ve İnternet kullanım oranlarının en yüksek olduğu yaş grubu 16-24 yaş grubudur. Ayrıca bilgisayar ve İnternet kullanımı tüm yaş gruplarında erkeklerde daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemi internetin en yoğun olarak kullanıldığı yaşlardır.²³⁷

Türkiye İstatistik Kurumu' nun, 'Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım' araştırmasına göre 2004 yılında 16-24 yaş arasında internet kullanım oranı %26.6 iken bu oran 2013 yılında %68.7' ye yükselmiştir. Aynı araştırma sonucunda, 2013 verilerine göre ilköğretim, ortaöğretim ve üniversite düzeyinde internet kullanım oranları sırasıyla %59.4, %74.5 ve %91.7 olarak bulunmuştur. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça, internet kullanımının arttığı görülmektedir.²³⁸

Problemlili İnternet Kullanımı

İnternet, bireyleri bir araya getirme yeteneği gibi, benzer ilgi alanlarına sahip diğer kişilerle konuşmak ve aile üyeleri ile iletişime geçmek gibi çok sayıda avantajı olmasının yanında, aşırı kullanımı sonucunda ve kötüye kullanıma ile bağımlılık oluşturma olasılığını artırmaktadır. Son zamanlarda yapılan araştırmalar, aşırı internet kullanımının iş, aile, akademik ve sosyal zorunluluklar gibi günlük hayatın pek çok önemli bileşenlerinin ihmali ile ilgili olduğunu ve insanları finansal zorluklarla, fiziksel komplikasyonlarla ve yalnızlıkla karşı karşıya bıraktığını göstermektedir. Aynı zamanda aşırı internet kullanıcılarının yüksek düzeyde depresyon, uyku yoksunluğu ve egzersiz azlığı, cinsel zorluklar ve düşük özgüven sorunlarını yaşadığı rapor edilmektedir.²³⁹

Problemlili internet kullanımı; genel olarak internetin aşırı kullanılması isteğinin önüne geçilememesi, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kalındığında aşırı sinirlilik hali ve saldırganlık olması ve kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatının giderek bozulması olarak tanımlanmaktadır.²⁴⁰

İnternet kullanım süresinin yukarıda bahsedilen sorunlara neden olacak düzeyde fazla olması, çoğunlukla internet bağımlılığı kavramıyla açıklanmaktadır. Genel olarak internet bağımlılığı, "bilgisayar başında internete bağlı olarak gereğinden fazla zaman geçirme problemi" olarak tanımlanmaktadır.²⁴¹

İnternet bağımlılığı kavramı, internetin patolojik boyutunu tam olarak karşılamadığı için, bunun yerine bazı çalışmalarda "problemlili internet kullanımı" kavramı kullanılmıştır.²⁴²

Caplan' a göre, problemlı internet kullanımı; sosyal, akademik/mesleki negatif sonuçlar doğuran bilişsel ve davranışsal belirtilerden meydana gelmiş çok boyutlu bir sendromdur. Young ise bu durumu; akademik, sosyal ve mesleki zararlara yol açması yönleriyle madde veya alkol bağımlılığına benzetmiştir.^{241,242}

Problemlı internet kullanımı kavramı, bireylerin internet kullanımından dolayı yaşamlarının aile ve iş gibi önemli boyutlarında yaşanan bozulmalar, sürekli olarak kullanımı kontrol etmede yaşanan başarısızlık ve kompülsif kullanım ile tanımlanmaktadır.²⁴³

Uzun süreli internet kullanımının, yalnızlık, depresyon, toplumsal ilişkilerde zayıflama ve yakın arkadaş ilişkilerinde azalmayla beraber sosyal ortamlardan uzaklaşma gibi bazı sorunlara neden olduğu birçok araştırmayla belirlenmiştir.²⁴⁴⁻²⁴⁸

Yalnızlığın temelinde, yaşanan sosyal ilişkilerin yetersizliği ve bu ilişkilerden alınan doyum düzeyinin düşüklüğü bulunmaktadır. Yalnızlık ile problemlı internet kullanımı arasındaki ilişkiye dikkati çeken birçok araştırma mevcuttur.²⁴⁹⁻²⁵²

Bazı araştırmacılar problemlı internet kullanımı yalnızlık düzeyini arttırmadığını, yalnızlık sonucunda problemlı internet kullanımının ortaya çıktığını belirtirken, bazı araştırmacılar ise yalnızlığın problemlı internet kullanımının bir sonucu olduğunu öne sürmektedirler.^{247,250,253,254,255}

Problemlı internet kullanımı ile sosyal destek arasında negatif bir ilişki bulunurken, düşük sosyal desteğin de problemlı internet kullanımı açısından risk faktörlerinden biri olabileceği görüşü ortaya koyulmuştur.^{256,257}

Kratzer ve Hegerl problemlı ve sağlıklı internet kullanıcılarını karşılaştırdıkları bir çalışmada, problemlı internet kullanımı olan 30 kişinin 27' sinde; öte yandan 31 sağlıklı internet kullanıcısının sadece 7' sinde bir psikiyatrik bozukluk olduğunu bildirmişlerdir.²⁵⁸

Patolojik ya da problemli internet kullanımını tanılamada birçok araştırmacı, kişilerin internette zaman harcama süresini önemli bir ölçüt olarak değerlendirirken, bazı araştırmacılar konuyla ilgili ölçekler geliştirmişlerdir.²⁵⁹

Cinsiyet ve İnternet

Araştırma sonuçlarına bakıldığında: bazı araştırmalarda: erkek internet kullanıcılarının kız internet kullanıcılarına göre daha problemli internet kullandıkları bazı çalışmalarda ise cinsiyetler arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir.^{241,244,260-265}

İnternet ve Çocuk/Ergen/Genç Erişkin Yaş grubu

ABD’ de 12-18 yaş arası 3237 kişiyle yapılan epidemiyolojik bir çalışmada internet bağımlılığı sıklığının %2 ile %4 arasında değiştiği görölmektedir. Problemli internet kullanımı sıklığı ise %10 civarında bulunmuştur.²⁶⁶

Türkiye’ de internet kullanıcılarının yaş grubu son derece dikkat çekicidir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun verilerine göre interneti en sık kullanan bireyler 16–24 yaşları arasında olan gençler ve genç yetişkinlerdir. Bu yaş grubundaki bireyler problemli internet kullanımı için bir risk grubu olarak kabul edilebilir.^{267,268}

Bilgi Ağları İstatistiksel Araştırması (Knowledge Networks Stistical Research) tarafından yapılan “Çocuklar teknolojiyi nasıl kullanıyorlar?” başlıklı çalışma ABD’ deki 6-17 yaş grubundaki 17.000 öğrenci üzerinde yürütölmüştür. Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin altıda birinin bilgisayarını bulduğu, bunların da % 84’ ünün internet bağlantısının olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin interneti sırasıyla oyun, e-posta, web’ ten bilgiye ulaşma ve sohbet amaçlı kullandıkları belirlenmiştir.²⁶⁹

Başka bir araştırmada çocukların internet başında günde ortalama bir buçuk saat zaman geçirdikleri ve çalışmaya katılan öğrencilerin sırasıyla sohbet, oyun ve bilgiye ulaşma amacıyla interneti kullandıkları belirlenmiştir. Okul çalışmaları için öğrencilerin % 52’ si interneti haftada bir kez, % 28’ i de ayda bir kez kullandıkları

belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 48' i evinden, % 27' si okuldan, % 22' si evden ve okuldan, diğerlerinin de kütüphane, arkadaş evi gibi yerlerden internete bağlanmaktadır.²⁷⁰

Amerikan Ulusal Okul Kurulu Vakfı'nın "Çocukların internet kullanımı" başlıklı araştırmasında ulusal çapta, 12-17 yaş arasında çocukları bulunan 17350 aileye ulaşılarak çocukların interneti hangi amaçlarla ve nasıl kullandığı, internetin çocuklarının yaşamındaki yeri gibi sorular sorulmuş, çalışmaya katılan ailelerin 9-17 yaş arasındaki çocuklarına da benzer sorular sorulmuştur. Çalışmada, 9-17 yaş arasındaki çocukların % 61' nin internet kullandığı, bunların % 73' ünün ortalama günde bir saat internette olduğu, % 43' ünün yalnızca evden, % 23' ünün okuldan ve diğerlerinin okuldan ve evden internete bağlandığı, çocukların genel olarak interneti sırasıyla iletişim (e-posta, sohbet), oyun ve eğitim amaçlı kullandığı saptanmıştır. Ancak 13-17 yaş arasındaki çocukların % 32' si interneti eğitim amaçlı kullandıklarını belirtmişlerdir. Aileler ise internetin risklerine (on-line izolasyon, şiddet, pornografi, tüketim alışkanlıkları gibi) rağmen, çocuklarına daha fazla yararı olduğuna inandıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte ailelerin sadece % 28' i çocuklarının interneti nerede ve nasıl kullandıklarını izleyebildiklerini belirtmişlerdir.²⁷¹

Chisholm, 8–18 yaş arası çocukların ve gençlerin günde ortalama 8 saat bilgisayar ve internet kullandıklarını belirterek internet kullanıcılarının büyük bölümünün ergenlik dönemindeki bireylerden oluştuğunun düşünülmesini sağlamıştır.²⁷²

Ergenlik dönemi ise, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik gelişimlerin sürdüğü bir dönem olması nedeniyle oldukça önem taşımaktadır.²⁷³

Nitekim yapılan çalışmalar, internet kullanım süresinin artmasına bağlı olarak yalnızlık, sosyal yalıtım, saldırganlık gibi duygusal ve davranışsal bozuklukların, genel sağlık sorunlarının ve depresyon belirtilerinin arttığını göstermektedir.^{274,275}

İnternet bağımlılığının ve problemlili internet kullanımının pek çok yetişkin gibi bazı ergenler için de önemli bir tehdit olduğu bir gerçektir. Bu nedenle ergenlik döneminin en temel gelişimsel ihtiyaçlarından olan bir kimlik kazanılmasında internet bağımlılığının önemli bir rol oynadığının farkında olunmalıdır.²⁷⁶

İnternetin; ailenin ve arkadaşların yerini alması, gençlerin gelecekteki yaşamlarına yönelik olumsuzluklara ve gerçek dünyayı yanlış kaynaklardan öğrenmesine neden olabilir. Selnow, bilgisayar ve internetin artık çocukların arkadaşlarının yerini aldığını “elektronik arkadaş” hipoteziyle açıklamış ve elektronik arkadaşlıkları gerçek arkadaşlıklara tercih eden çocukların sosyal ilişkilerinin zayıf olduğunu belirtmiştir.²⁷⁷

Özellikle okul çağındaki ergenlerde görülen, internet ve bilgisayarın aşırı kullanımı, ergenlerin hem akademik hem de kişisel gelişimini olumsuz yönde etkilemekte, problemlili internet kullanımı kişiyi bağımlı hale getirebilmektedir.²⁷⁸

Suhail ve Bergees tarafından 200 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada ise interneti gereğinden fazla kullanan öğrencilerin kişiler arası ilişkilerde güçlük çektikleri, giderek yalnızlaştıkları sonucuna ulaşılmıştır.²⁷⁹

Bayraktar, internetin ergen gelişimindeki rolünü inceleyip, internetin yanlış kullanımıyla ilişkili sorunlara dikkat çekmek amacıyla KKTC’ de 12-17 yaşları arasındaki 686 ilköğretim ve lise öğrencisinin katılımıyla bir araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırma sonucunda ergenlerin % 1,1’ lik kısmının internet bağımlısı olduğu, % 11’ lik bir kısmının da sınırlı belirti gösterdiği bulgularına ulaşmıştır.²⁸⁰

Başka bir çalışmada; 11-18 yaş arası çocukların % 18,3’ ünün patolojik internet bağımlısı olduğu ortaya konmuştur.²⁶²

İnternet Ve Psikiyatrik Durumlar

İnternet, kolaylıkla sosyal iletişim kurabilme olanağı sunması nedeniyle özellikle de sosyal kaygısı olan kişilerde faydalı olabilmekle birlikte; internet aracılığıyla iletişim kurmanın depresif belirtiler ve yalnızlık hissinde azalma sağladığı bildirilmiştir. İnternet ortamında harcanan zaman arttıkça kişiler arası iletişim ve sosyal becerilerdeki bozulmanın ve gerçek sosyal ortamlarda hissedilen kaygının ağırlaştığı belirlenmiştir. Bu bozucu etkinin zaten sosyal kaygısı olan kişilerde daha da belirgin olduğu düşünülmektedir. Aşırı televizyon izleme, video oyunu oynama, internet kullanımı ve alkol bağımlılığı gibi sorunların bir arada görülmesinin anlamlı sıklıkta olduğu bildirilmiştir. Bu örnekten yola çıkarak, diğer bağımlılık davranışlarına benzer olarak İB' nin (internet bağımlılığı) de öz denetim sistemlerinde yetersizlikle ilişkili olduğu fikri yaygındır.²⁸¹⁻²⁹¹

Bazı bilim adamları, internet bağımlılığının gerçekten var olup olmadığını sorgulamıştır. 2000 yılında Mitchell, Lancet dergisinde "internet bağımlılığının" bir hastalığın semptomu mu yoksa ayrı bir hastalık mı ayırımı yapılamadığından birçok bilim adamının bu kavrama inanmadığını belirtmiştir. Özellikle internetin insanların hayatına nasıl girdiğini tam olarak incelemeyen bu ayırımın yapılmasının mümkün olmayacağını iddia etmiştir. Buna ek olarak internet bağımlılığı ile ilgili uzun kapsamlı çalışmaların sonuçları açıklanmamıştır. İnternet aşırı kullanımı ve kötüye kullanımının davranış biçimleri çok değişiktir ve net olarak belli değildir. Fakat internetin kompulsif ve aşırı biçimde kullanılmasının kötü sonuçlara yol açacağı fikri genel olarak kabul görmüştür.²⁹²

13588 internet kullanıcısı ile yapılan bir araştırmada problemlili internet kullanımı olan bireyler incelenmiştir. Bu kişilerin insan ilişkilerindeki hayal kırıklıklarına karşı aşırı duyarlı oldukları, yabancılarla iletişime girmenin bu kişilerdeki anksiyete düzeylerini belirgin derecede arttırdığı saptanmıştır. Aynı araştırmada kontrol grubuyla karşılaştırıldığında problemlili internet kullanımı olanların depresyon düzeylerinin ve kompulsif eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.²⁹³

Black ve ark.'nın 16 kadın ve 16 erkekle ABD'de yaptıkları bir çalışmada problemlili internet kullanımı olan insanlarla yüz yüze görüşülerek psikiyatrik hastalıkları sorgulanmıştır. Bu insanlar arasında duygudurum ve anksiyete bozuklukları topluma göre daha sık görülmüştür. Ayrıca Shapira ve ark.'nın ABD' de 20 internet bağımlısı kişiyle (11 erkek, 9 kadın) yaptıkları bir çalışmada bu kişilerin tamamında hayatları boyunca yakalandıkları bir psikiyatrik hastalık bulunduğ ve %70' inde bipolar bozukluk bulunduğ görülmüştür. 20 internet bağımlısı ile yüz yüze yaptıkları görüşmelerde bu kişilerin davranışlarının DSM-IV' deki dürtü bozuklukları tanı kriterlerini de karşıladığını fark etmişlerdir. Buna karşılık bu 20 kişiden sadece üçünün davranışları obsesif kompulsif bozukluğın tanı kriterlerini karşılamıştır. Bu çalışmalarda problemlili internet kullanımının, aynı zamanda aşırı stres ve işgücü kaybıyla birlikte olduğ görülmüştür. Bu yüzden, bu patolojik davranışın başka bir hastalığın yelpazesinde mi olduğ yoksa ayrı bir hastalık mı olduğ hala belirsizdir.^{284,294}

Problemlili internet kullanımı ve internet bağımlılığı olanlarda psikiyatrik eş tanıların araştırıldığı çalışmalarda; PİK ve İB ile duygu durum bozuklukları, kaygı bozuklukları, özkıyım düşünceleri ve OKB arasında ilişki olduğ bildirilmiştir. Problemlili internet kullanımı olan bireylerin yaşam boyu en az bir DSM-IV Eksen-1 tanısı da aldıkları ileri sürülmektedir.²⁹⁵⁻²⁹⁹

Grohol, İnternet bağımlılığından çektiğini söyleyen insanların çoğunun depresyon, anksiyete gibi başka bir sorunla yüzleşmek yerine kendilerini internete verdiklerini, çok az sayıda kullanıcının kompulsif aşırı kullanımdan rahatsız olduğunu; bunların da bilinen bağımlılık tedavi yöntemleri ile tedavi edilmesi gerektiğini söylemektedir.³⁰⁰

İnsanlar interneti e-mail, chat, dosya transferi, "surf", çok-kışili (multiplayer) oyunlar gibi değışik aktiviteler için kullanırlar ve bu aktivitelere duyarlı kişiler "bağımlı" veya "kompulsif" olabilir. Stein ve ark. tarafından ABD' de yazılan bir olgu sunumunda hiperseksüalite sorunlarının internet bağımlılığı ile birlikte olabileceğini vurgulamışlardır. Hatta Griffiths yazdığı derleme makalesinde "internet sex bağımlılığının", "internet bağımlılığının" bir alt grubu olduğunu iddia etmiştir.^{301,302}

Greenberg ve ark. (34) ABD'de 129 kadın ve 129 erkekle yaptığı çalışmasında davranışsal bağımlı kişilerin alkol, sigara, internet kullanımı, kumar oynama, egzersiz ve televizyon izleme gibi genel bağımlılıklara eğilimlerinin olduğunu göstermiştir.²⁹⁰

Praterelli ve ark. 1999 yılında ABD' de 341 üniversite öğrencisiyle (163 erkek, 178 kadın) 94 maddelik faktör analizi kullanarak yaptığı çalışmasında internet bağımlısı olan kişilerin bilgisayarlarını obsesif bir şekilde kullandıklarını, online ilişkileri tercih ettiklerini, interneti depresyon hislerini azaltmak amacıyla kullandıklarını ileri sürmüştür.^{255,303-305}

Ergenlik sürecine bakıldığında; değişen duygusal yapı ve duyguları üç boyutlarda yaşamaya yönelik eğilim, durumu daha sancılı bir hale getirmektedir. Bireylerin yaşayabilecekleri uyum problemlerine karşı bir takım başa çıkma stratejisi geliştirmeleri gayet olağandır. Ergenlerdeki uyum problemleri ile başa çıkma stratejisi olarak problemlerle internet kullanımı ilerleyebilmektedir. İnternet ve bilgisayar oyunlarının aşırı kullanımının, ödüllendirici bir davranış olarak görülmesi ve dolayısıyla oluşan negatif duygularla (korku, huzursuzluk ve hayal kırıklığı) mücadele etmeye yarayan bir strateji olarak kullanılması internete olan yönelmeyi artırmaktadır.^{255,304,305}

Chak ve Leung internet kullanımı ile utangaçlık ve netteki tecrübe arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çin'de yapılan araştırmada 12 ila 26 yaş aralığındaki 722 denek Chak Leung' un internet sitesindeki anketi doldurmuştur. Bu deneklerin %36' ı erkek, %64' ü bayan olarak kaydedilmiştir. Sonuç olarak kişi ne kadar utangaç ise o kadar fazla internet kullanımı olduğu görülmüştür.³⁰⁶

İnternet bağımlılığını etkileyen faktörleri anlamak için değişik çalışmalar yapılmıştır. Tayvan'da 2293 kişi (1179 erkek, 1114 kız) ile yapılan 2 yıllık prospektif bir çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, depresyon ve sosyal fobinin internete bağımlı olmada önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Sosyal fobi ve yalnızlığın internet bağımlılığı ile ilişkisini inceleyen bir çalışma ABD' de Caplan tarafından yapılmıştır. Bu çalışma 367 üniversite öğrencisi (270 bayan 116 erkek)

ile yapılmıştır. Sosyal fobi ve yalnızlık ile internet bağımlılığı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Tayvan'da 174 online oyun oynayan lise öğrencisiyle yapılan bir başka araştırmada ise, bu öğrencilerin sosyal anksiyete ve yalnızlık düzeyi normal öğrencilere göre fazla çıkmıştır. Dolayısıyla komorbid olarak sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin bir kaçınma aracı olarak internet aşırı kullanımına eğilim gösterdikleri düşünülebilir.^{251,305,307}

Ha ve arkadaşlarının 452 adolesan ile yaptıkları çalışmada; internet bağımlılığı ile depresyon/ obsesif-kompulsif belirtiler arasında önemli düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur.²⁹⁸

Yoo ve arkadaşları İB' li kişileri karşılaştırdıkları çalışmalarında, DEHB' ye (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) sahip olmanın daha yüksek bağımlılık puanları ile ilişkili olduğunu ve DEHB' liler arasında İB ve PİK' in (Problemlili İnternet Kullanımı) daha sık olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca DEHB' nin İB ve PİK olanlarda en sık eş tanı olduğu bildirilmektedir. Cinsiyet açısından ise; İB ve DEHB birlikteliğinin erkeklerde, İB ve sosyal fobi birlikteliğinin kızlarda daha sık olduğu görülmüştür.³⁰⁸⁻³¹¹

DEHB' nin hem dikkatsizlik hem de hareketlilik/dürtüsellik belirti şiddetlerinin problemlili internet kullanımı ile belirgin bir ilişki gösterdiği; günde bir saatten fazla video oyunu oynamanın DEHB' liler arasında daha ciddi dikkatsizlik belirtisi ile sonuçlandığı bildirilmiştir. İB olan çocuk ve ergenler arasında bilgisayar oyunlarının diğer kullanımlardan daha fazla tercih edildiği, çevrimiçi oyunların en fazla bağımlılık riski taşıyan internet kullanım biçimlerinden biri olduğu yapılan araştırmaların diğer bir sonucudur.^{308,312,313,314}

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma öncesinde Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul komitesinden, 12 Mart 2015 Tarihli toplantıda (karar sayısı: 90) etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışma Grubunun Seçimi

Bu çalışmanın örnekleme için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne son 2 yıl içerisinde başvurmuş olan (Eylül 2012- Eylül 2014) klinik görüşme ve psikometrik testlerin incelenmesi neticesinde DSM-IV-TR tanı ölçütleri esas alınarak Obsesif Kompulsif Bozukluğu (OKB) tanısı konmuş ve buna yönelik uygun psikotrop ilaç tedavisi almış olguların dosyaları arşivden geriye dönük olarak (retrospektif) tarandı.

Retrospektif arşiv taraması sonucunda; çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan ve herhangi bir eş tanısı olmayan çocuk ve ergen olgulardan; uygun psikotrop ilaçlar ile yeterli süre (3 ay) ve etkin dozda tedavi edilmiş, tedaviye uyum sağlamış, poliklinik kontrollerine düzenli gelmiş ve ölçekleri eksiksiz doldurulmuş olan 43' ü çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1- Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne son 2 yıl içerisinde başvurmuş olan (Eylül 2012- Eylül 2014) Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı konmuş ve uygun psikotrop ilaçlar ile yeterli süre (3 ay) ve etkin dozda tedavi görmüş çocuk ve ergen olgular

2- Hastaların 7-18 yaş arasında olması

3- Hastalara konulan Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısının DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision) kriterlerine göre konulmuş olması

4- Kontrollere düzenli gelmiş, tedaviye uyum sağlamış ve ölçekleri tam doldurulmuş kişiler

5- Obsesif Kompulsif Bozukluk haricinde herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişiler

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1- Mental Retardasyon

2- Kronik sistemik hastalığı olanlar

3- Ruhsal hastalığı olanlar (Obsesif Kompulsif Bozukluk hariç)

4- 7 yaş altı / 18 yaş üstü kişiler

5- Herhangi bir psikotrop ilaç kullanımı olan kişiler (Obsesif kompulsif bozukluk tedavisi hariç)

Yöntem

Çalışmaya alınan çocuk ve ergen olguların ölçekler puanları hesaplanarak, psikotrop ilaçlar ile tedavi öncesindeki ve tedavinin 3. ayındaki ölçek puanları karşılaştırıldı. Rutin olarak doldurulan sosyodemografik form aracılığıyla sosyodemografik veriler toplandı.

Çocuk ve ergenler olguların semptomlarını değerlendirmek amacıyla, Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (toplam 19 soru) ve İnternette Bilişsel Durum Ölçeği (toplam 36 sorudan) kullanıldı. Çocuk , ergen ve klinisyen tarafından tedavi öncesi ve tedavi sonrası doldurulan Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve İnternette Bilişsel Durum Ölçeği retrospektif olarak değerlendirildi.

Gereçler

Sosyodemografik Veri Formu

Polikliniğimize başvuran her çocuk ve ergen için kullanılan bilgi formunda çocuk ve ergen (yaş, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, yürüme-konuşma-tuvalet eğitimi zamanı, doğum seyri ve komplikasyonları, fiziksel hastalık, fiziksel şiddete maruziyet) ve ebeveynlere (yaş, eğitim düzeyi, meslek, ruhsal ve fiziksel hastalık, ailenin yapısı ve durumu, fiziksel şiddet) ait sosyodemografik bilgiler sorgulanmaktadır (EK-1).

Çocuklar için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Ç-YBOCS)

Sağlıklı bireyler ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilen, görüşmeci tarafından yarı yapılandırılmış bir şekilde doldurulan, obsesif kompulsif belirtilerin türünü ve şiddetini ölçmeye yarayan bir ölçektir. Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması Karamustafaloğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^{7,196}

Ölçek obsesyonları ve kompulsiyonları sorgulayan iki bölümden oluşur. Obsesyon veya kompulsiyonların sıklığı, yaşamı etkilemesi, rahatsızlık hissi, gösterilen direnç ve kontrolün derecesi puanlanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ancak toplam puanın saptanması sırasında yalnızca ilk 10 madde (madde 1b ve madde 6b dışında) kullanılmaktadır. Madde 1b, 6b ve 11-16 'nın psikometrik özellikleri hakkında yeterince veri olmadığı için, bu maddeler deneysel kabul edilmelidir. Ayrıca ölçeğin yanında, Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi bulunmaktadır ve o anki semptomların tanınmasına yardımcı olur. Buna göre Hedef Semptomlar formu üzerine kayıt edilir. Toplam puanın saptanması sırasında yalnızca ilk 10 madde (madde 1b ve madde 6b dışında) kullanılmaktadır. Toplam Y-BOCS puanı madde 1-10' un (1b ve 6b dışında) toplamıdır. Türkiye' de yapılan çalışmalarda kesme puanı hesaplanmamıştır.¹⁹⁶

İnternette Bilişsel Durum Ölçeği

İnternette Bilişsel Durum Ölçeği (İBDÖ); internetle ilişkili düşünceleri değerlendiren, Davis tarafından problemlı internet kullanımını değerlendirmek üzere geliştirilen bir ölçektir. Problemlı internet kullanımını dört alt boyutta değerlendiren, yedili likert tipi (“Kesinlikle Katılmıyorum” dan –“Kesinlikle Katılıyorum” a doğru değişen), 36 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirmesi, toplam puanı ve alt grup puanları hesaplanarak yapılmaktadır. Ölçeğin puan hesaplamasında “kesinlikle katılmıyorum” dan “kesinlikle katılıyorum” a doğru değişen ifadelerin puanları 1’ den 7’ ye doğru sıralanmakta, sadece 12. madde ters çevrilerek puanlanmaktadır. (Örneğin 1 puan= 7 puan, 2 puan=6 puan). Puanın yüksek olması “problemlı kullanım” olarak değerlendirilmektedir. Davis’ in gerçekleştirdiği geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında; Ölçeğin güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0.93$ olarak bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizine göre 4 alt boyut belirlenmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği $r = 0.87$ olarak bulunmuştur. Hem klinik hem de organizasyonel örneklerde geçerliği test edilmiştir. Ölçeğin Türkçe adaptasyonu Özcan tarafından yapılmıştır.^{252,256}

Problemlı internet kullanımıyla ilişkisi olduğu düşünölen değişkenlerle (internet kullanım saati, internet kullanımıyla ilişki olarak yaşanan iş / akademik sorunlar, yalnızlık, dürtüsellik, depresyon, işleri erteleme vb.) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.²⁵⁶

Ölçeğin Alt Boyutları; Yalnızlık-Depresyon, Azalmış Dürtü Kontrolü, Sosyal Destek ve Dikkat Dağıtma’ dır.

Yalnızlık-Depresyon alt ölçeğinde; problemlı internet kullanımıyla ilgili olarak değersizlik ve yalnızlıkla ilgili depresif düşünceler değerlendirilir.

Azalmış Dürtü Kontrolü alt ölçeğinde; internet kullanımıyla ilgili azalmış dürtü kontrolü, internet kullanımının azaltılmak istenmesine rağmen azaltılamaması değerlendirilir. Azalmış dürtü kontrolü, risk alma ve tehlikeli davranışlarda bulunma ile ilişkilidir. İnternet üzerindeki riskli ve tehlikeli davranışlar; internette kumar oynama, virüs gönderme, başkalarının bilgi ağları üzerinden ajanlık yapma ya da zarar verme gibi eylemlerdir.

Sosyal destek alt ölçeği değerlendirmeleri; adaptif bir durumu tanımlamakla birlikte, internet kullanımının gerçek yaşam ilişkilerinin önüne geçtiği durumlarda patolojik bir süreç olarak da tanımlanabilmektedir. Pek çok araştırmacı yalnız bireylerin sosyal destek aramak amacıyla ya da sosyal ret edilmeye karşı aşırı duyarlı bireylerin, sosyal ret yaşamamak amacıyla internet kullandığından bahsetmektedir.²⁵⁶

Dikkat Dağıtma alt ölçeği; yapılması gereken bir aktiviteden kaçmak amacıyla internet kullanımını değerlendirir. Bazı görevlerden, stres faktörlerinden ve zihni meşgul eden düşüncelerden uzaklaşmak için internet kullanımının tercih edilmesini inceler. Okul ya da işyerinde, işlerin ertelenmesi amacıyla internet kullanımına dikkat çekilmektedir.²⁵⁶

İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Dağılım varsayımı sağlandığı durumda sürekli değişkenler ortalama± standart sapma, dağılım varsayımı sağlanmadığı durumda sürekli değişkenler medyan [min.-max.] şeklinde özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. Dağılım varsayımı sağlanmadığından iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testinden, ikiden fazla grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. İki sürekli ölçüm arasındaki ilişki için Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Tedaviden önce ve sonra ölçek puanlarının karşılaştırılması amacıyla Wilcoxon testinden yararlanılmıştır. Analizler SPSS v.11.5 ve MedCalc v.12.3.0 programları ile yapılmıştır. $P < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik Verilere İlişkin Bulgular

Çalışmamıza dahil ettiğimiz çocuk ve ergen olguların yaş ortalaması $13.04 \pm 2,68$ (7-17 yaş) bulundu. Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında 43 olgunun %55,8' i kız (n=24), %44,2' si erkek (n=19) olduğu görüldü. Olguların, % 62,8' inin ilkokul ve ortaokul (ilköğretim) öğrencisi (n=27) olduğu, %37,2' sinin ise lise öğrencisi (n=16) olduğu belirlendi. Olguların genellikle ailelerinin birinci (n=21, %48,8) ya da ikinci çocuğu (n=16, %37,2) olduğu; üçüncü, dördüncü ve daha fazla olduğu çocuk sayısının 6 (%13,9) olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Olguların yaş ve cinsiyete göre dağılımlarının, eğitim durumlarının, kaçınıcı çocuk olduklarının değerlendirilmesi

| | Kız | Erkek | Toplam |
|------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| n** | 24 (%55,8) | 19 (%44,2) | 43 (%100) |
| Yaş* | $12,8 \pm 2,55$ | $13,2 \pm 2,88$ | $13,0 \pm 2,68$ |
| Eğitim Durumu** | İlkokul | 9(%21) | 43(%100) |
| | Ortaokul | 18(%41,8) | |
| | Lise | 16(%37,2) | |
| Kaçınıcı Çocuk** | 1. Çocuk | 21(%48,8) | |
| | 2. Çocuk | 16(%37,2) | |
| | 3. Çocuk | 5(%11,6) | |
| | 4. Çocuk ve Üzeri | 1(%2,3) | |

* Ort±SS

** n ve Yüzde

Olguların en sık aileleri ve kendi istekleriyle başvurdukları (%81,4, n=35), %4,7' sinin eğitim kurulu tarafından yönlendirildiği (n=2) belirlendi. Başka bir doktorun önerisi ve diğer bir anabilim dalı konsültasyon önerisi ile gelen olgu sayısı 4 (%9,3) iken, bir erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine yönlendirilen olgu sayısı 1 (%2,3) ve adli makam tarafından polikliniğimize yönlendirilen olgu sayısı 1 (%2,3) bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların kliniğe başvuru şekillerinin değerlendirilmesi

| | | | |
|------------------|-----------------|-----------|----------|
| Başvuru Biçimi** | Kendisi | 35(%81,4) | 43(%100) |
| | Doktor | 4(%9,3) | |
| | Eğitim Kuruluşu | 2(%4,7) | |
| | Konsültasyon | 0(%0) | |
| | Psikiyatrist | 1(%2,3) | |
| | Adli Makam | 1(%2,3) | |

**n ve Yüzde

Olguların babalarının yaş ortalamasının $45,4 \pm 6,42$, annelerinin yaş ortalamasının ise $41,5 \pm 6,02$ olduğu; annelerin %53,5'inin (n=23), babaların ise %62,8'inin (n=27) lise ve üniversite mezunu olduğu belirlendi. Annelerin, %74,4'ü (n=32), babaların ise %2,3'ü (n=1) çalışmıyordu (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların anne ve babalarının yaşları, eğitim durumları, işlerinin değerlendirilmesi

| | | Anne | Baba |
|-----------------|-----------|------------|------------|
| Yaş* | | 41,5±6,02 | 45,4±6,42 |
| Eğitim Durumu** | Eğitimsiz | 1 (%2,3) | 1(%2,3) |
| | İlkokul | 18 (%41,9) | 12 (%27,9) |
| | Ortaokul | 1 (%2,3) | 3(%7) |
| | Lise | 14 (%32,6) | 16(%37,2) |
| | Yüksek | 9 (%20,9) | 11 (%25,6) |
| İş** | Var | 11(%25,6) | 42(%97,7) |
| | Yok | 32(%74,4) | 1 (%2,3) |

* Ort±SS

** n ve Yüzde

Annelerin %95,3' ünün (n=41) normal bir gebelik dönemi geçirdiği, %97,7' sinin (n=42) miadında doğum yaptığı, %95,4' ünün (n=41) ise doğum yaparken herhangi bir komplikasyon yaşamadıkları belirlendi. Olguların %67,4' ü (n=29) normal spontan vajinal doğumla, %32,6' sı (n=14) sezaryen doğumla doğduğu belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların doğum ile ilgili özelliklerinin değerlendirilmesi

| | | |
|----------------------------|---|-----------|
| Gebelik Seyri** | Normal | 41(%95,3) |
| | Sorunlu | 2(%4,7) |
| Doğum Şekli** | Normal spontan vajinal doğum | 29(%67,4) |
| | Sezaryen doğum | 14(%32,6) |
| | Müdahaleli (vakum, forseps) vajinal doğum | 0 (%0) |
| Doğum Süresi ** | Miadında | 42(%97,7) |
| | Erken Doğum | 1(%2,3) |
| | Geç Doğum | 0(%0) |
| Doğumda Komplikasyon ** | Var | 2(%4,6) |
| | Yok | 41(%95,4) |

** n ve Yüzde

Olguların %90,7'sinin (n=39) anne sütü ile beslenmiş olduğu belirlendi. Olguların gelişimsel özelliklerini yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimi yönünden değerlendirdiğimizde, gelişimlerinin normal sınırlarda olduğu belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların anne sütü almalarının ve gelişimsel özelliklerinin değerlendirilmesi

| | |
|--------------------------------|------------|
| Yürüme Ayı* | 12,3±2,11 |
| Konuşma Ayı* | 18,1±4,65 |
| Tuvalet Eğitimi Tamamlama Ayı* | 26,6±4,90 |
| Anne Sütü Almış** | 39 (%90,7) |
| Anne Sütü Almamış** | 4(%9,3) |

* Ort±SS ** n ve Yüzde

Olguların %93' ünün (n=40) anne ve babası ile birlikte yaşadığı, %4,7' sinin (n=2) anne babasının boşanmış olduğu, %20,9' unun (n=9) en az bir kez göç ettiği, %20,9' unun (n=9) anne ve babası arasında akrabalık olduğu belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6. Ailenin yapısının, anne baba arasında akrabalık olup olmadığının, göç öyküsünün değerlendirilmesi

| | | |
|-------------------|------------------------|-----------|
| Ailenin Yapısı ** | Anne Baba ile Birlikte | 40 (%93) |
| | Boşanmış | 2(%4,7) |
| | Parçalanmış | 1(%2,3) |
| Akrabalık ** | Var | 9(%20,9) |
| | Yok | 34(%79,1) |
| Göç ** | Var | 9(%20,9) |
| | Yok | 34(%79,1) |

** n ve Yüzde

Klinik Verilere İlişkin Bulgular

Olguların %16,3' ünde (n=7) fiziksel istismar öyküsünün olduğu, ebeveynlerinin ise %7' sinde (n=3) şiddet öyküsünün olduğu belirlendi (Tablo 7). Ayrıca olguların babalarında alkol kullanım öyküsünün %11,6 olduğu (n=5) belirlendi.

Tablo 7. Olguların ve ebeveynlerinin fiziksel istismara maruz kalmalarının değerlendirilmesi

| | | |
|---------------------|-----|------------|
| Fiziksel İstismar** | Var | 7(%16,3) |
| | Yok | 36 (%83,7) |
| Ebeveyn Şiddet** | Var | 3(%7) |
| | Yok | 40(%93) |

** n ve Yüzde

Olgularının annelerin %18,6' sında (n=8), babalarının ise %16,3' ünde (n=7) bedensel hastalık olduğu belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8. Anne ve babalarda bedensel hastalık öyküsünün değerlendirilmesi

| | | Anne | Baba |
|---------------------|-----|-----------|-----------|
| Bedensel Hastalık** | Var | 8(%18,6) | 7(%16,3) |
| | Yok | 35(%81,4) | 36(%83,7) |

** n ve Yüzde

Olguların annelerin %20,9' unda (n=9), babalarının %2,3' ünde ve soygeçmişinde %34,9 (n=15) en az bir ruhsal bozukluk tanısı olduğu belirlendi (Tablo 9).

Tablo 9. Anne ve babalardaki ruhsal bozukluk öyküsünün değerlendirilmesi

| | | Anne | Baba | Aile |
|-------------------|-----|-----------|-----------|-----------|
| Ruhsal Bozukluk** | Var | 9 (%20,9) | 1 (%2,3) | 15(%34,9) |
| | Yok | 34(%79,1) | 42(%97,7) | 28(%65,1) |

** n ve Yüzde

Olguların annelerinin %93' ünün (n=40) gebelik süresince doktor kontrollerine düzenli gittiği, %93' ünün (n=40) doğum eyleminin hastanede gerçekleştiği, %95,3' ünün (n=41) bebeğinin ilk sağlık durumunun normal olduğu belirlendi (Tablo 10).

Tablo 10. Bebeğin İlk durumu, gebelikte doktor kontrolü ve doğum yeri öyküsünün değerlendirilmesi

| | | |
|------------------------------|------------------|-----------|
| Bebeğin İlk Durumu ** | Normal | 41(%95,3) |
| | Mor ve Ağlamıyor | 1 (%2,3) |
| | Küvezde Bakım | 1 (%2,3) |
| Gebelikte Doktor Kontrolü ** | Var | 40(%93) |
| | Yok | 3(%7) |
| Doğum Yeri** | Evde | 3(%7) |
| | Hastanede | 40(%93) |

** n ve Yüzde

Olguların annelerinin %93' ünde (n=40) daha önceden herhangi bir düşük öyküsünün olmadığı, olguların %97,7' sinde (n=42) ise kardeş ölüm öyküsünün olmadığı belirlendi (Tablo 11).

Tablo 11. Olguların kardeş ölümü ve annede düşük öyküsünün değerlendirilmesi

| | | |
|-----------------|-----|-----------|
| Kardeş Ölümü ** | Var | 1 (%2,3) |
| | Yok | 42(%97,7) |
| Düşük Öyküsü ** | Var | 3 (%7) |
| | Yok | 40 (%93) |

** n ve Yüzde

Olguların özgeçmişleri değerlendirildiğinde; 9 olguda (%20,9) geçirilmiş önemli bir hastalık öyküsü bulunurken, 1 olguda da (%2,3) konvülzyon öyküsü mevcuttu (Tablo 12).

Tablo 12. Olguların geçirdiği önemli hastalık ve konvülzyon öyküsünün değerlendirilmesi

| | | |
|------------------------------|-----|------------|
| Geçirilen Önemli Hastalık ** | Var | 9 (%20,9) |
| | Yok | 34(%79,1) |
| Konvülzyon Öyküsü ** | Var | 1 (%2,3) |
| | Yok | 42 (%97,7) |

** n ve Yüzde

Olguların %7' sinin (n=3) hiç kardeşi yoktu, %18,6' sının (n=8) bir kardeşi, %39,5' inin (n=17) iki kardeşi, %32,6' sının (n=14) üç kardeşi, %2,3' ünün ise dört veya daha fazla sayıda kardeşi vardı. Ayrıca olguların %39,5' inin (n=17) en az bir tane kendi cinsinden kardeşi bulunmaktaydı (Tablo 13).

Tablo 13. Olguların kardeş sayıları ve kendi cinsinden kardeş durumları

| | | |
|---------------------------|-------------------|-----------|
| Kardeş Sayısı ** | Hiç Yok | 3(%7) |
| | 1 Kardeş | 8(%18,6) |
| | 2 Kardeş | 17(%39,5) |
| | 3 Kardeş | 14(%32,6) |
| | 4 Kardeş ve Üzeri | 1(%2,3) |
| Kendi Cinsinden Kardeş ** | Var | 26(%60,5) |
| | Yok | 17(%39,5) |

** n ve Yüzde

Olguların aile yapısı incelendiğinde; %88,4' ü (n=38) çekirdek aile, %7' si (n=3) geniş aile yapısındaydı ve olguların %2,3' ü (n=1) baba yanında, %2,3' ü (n=1) de anne yanında yaşıyordu. Olguların %69,8' i (n=30) apartman dairesinde yaşarken %30,2' si (n=13) müstakil evde yaşıyordu. Olguların %86' sının (n=37) kendisine ait bir odası varken %14' ünün (n=6) yoktu, %95,3' ünün (n=41) kendisine ait ayrı bir yatağı varken %4,7' sinin (n=2) yoktu (Tablo 14).

Tablo 14. Olguların aile yapısı, konut, ayrı oda ve ayrı yatak durumunun değerlendirilmesi

| | | |
|----------------|------------------|-----------|
| Aile Yapısı ** | Çekirdek | 38(%88,4) |
| | Geniş | 3(%7) |
| | Anne Yanında | 1(%2,3) |
| | Baba Yanında | 1(%2,3) |
| Konut ** | Apartman Dairesi | 30(%69,8) |
| | Müstakil Ev | 13(%30,2) |
| Ayrı Oda ** | Var | 37(%86) |
| | Yok | 6(%14) |
| Ayrı Yatak ** | Var | 41(%95,3) |
| | Yok | 2(%4,7) |

** n ve Yüzde

Ölçek Verilerine İlişkin Bulgular

YBOCS kompülsiyon alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,001$). Tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulundu (Tablo 15).

YBOCS obsesyon alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,001$). Tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulundu (Tablo 15).

YBOCS total tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,001$). Tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulundu (Tablo 15).

İBDÖ total ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,001$). Tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulundu (Tablo 15).

İBDÖ sosyal destek alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,001$). Tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulundu (Tablo 15).

İBDÖ yalnızlık ve depresyon alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,001$). Tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulundu (Tablo 15).

İBDÖ dürtüsellik alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,001$). Tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulundu (Tablo 15).

İBDÖ dikkat dağıtma alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,001$). Tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulundu (Tablo 15).

Tablo 15. Tedavi öncesi ve sonrası YBOCS ve İBDÖ total ve alt ölçek skorlarının değerlendirilmesi

| | Medyan [min.-Max.] Önce | Medyan [min.-Max.] Sonra | p |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------|
| YBOCS Kompulsiyon Alt Ölçeği | 13,0[4,0-20,0] | 5,0[0,0-10,0] | <0,001 |
| YBOCS Obsesyon Alt Ölçeği | 13,0[4,0-19,0] | 5,0[1,0-11,0] | <0,001 |
| YBOCS Total | 25,0[8,0-39,0] | 10,0[1,0-21,0] | <0,001 |
| İBDÖ total | 121,0[42,0-236,0] | 76,0[43,0-163,0] | <0,001 |
| İBDÖ Sosyal Destek Alt Ölçeği | 45,0[13,0-89,0] | 30,0[13,0-65,0] | <0,001 |
| İBDÖ Yalnızlık-Depresyon Alt Ölçeği | 16,0[6,0-40,0] | 12,0[6,0-28,0] | <0,001 |
| İBDÖ Dürtüsellik Alt Ölçeği | 31,0[10,0-65,0] | 19,0[10,0-52,0] | <0,001 |
| İBDÖ Dikkat Dağıtma Alt Ölçeği | 25,0[7,0-48,0] | 16,0[7,0-35,0] | <0,001 |

YBOCS kompulsiyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki bulundu ($r=-0,389$, $p=0,010$) (Tablo 16).

YBOCS obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki bulundu ($r=-0,353$, $p=0,020$) (Tablo 16).

YBOCS total skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki bulundu ($r=-0,384$, $p=0,011$) (Tablo 16).

YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların anne yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile anne yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Olguların yaşı, anne yaşı ve baba yaşı ile tedavi öncesi ve sonrası ölçek fark değerleri arasındaki ilişki

| | | Yaş | Anne yaşı | Baba yaşı |
|---|---|-------|-----------|-----------|
| YBOCS Kompulsiyon Alt Ölçeği*** | r | -,172 | -,236 | -,389* |
| | p | ,271 | ,128 | ,010 |
| | N | 43 | 43 | 43 |
| YBOCS Obsesyon Alt Ölçeği*** | r | -,182 | -,276 | -,353* |
| | p | ,244 | ,073 | ,020 |
| | N | 43 | 43 | 43 |
| YBOCS Total*** | r | -,191 | -,278 | -,384* |
| | p | ,219 | ,071 | ,011 |
| | N | 43 | 43 | 43 |
| İBDÖ Total*** | r | ,229 | ,045 | ,007 |
| | p | ,140 | ,775 | ,965 |
| | N | 43 | 43 | 43 |
| İBDÖ Sosyal Destek Alt Ölçeği*** | r | ,272 | ,100 | ,088 |
| | p | ,078 | ,525 | ,576 |
| | N | 43 | 43 | 43 |
| İBDÖ Yalnızlık Alt Ölçeği*** | r | ,149 | -,040 | -,161 |
| | p | ,341 | ,801 | ,303 |
| | N | 43 | 43 | 43 |
| İBDÖ Dürtüsellik Alt Ölçeği*** | r | ,215 | ,082 | -,054 |
| | p | ,165 | ,600 | ,731 |
| | N | 43 | 43 | 43 |
| İBDÖ Dikkat Dağıtma Alt Ölçeği*** | r | -,116 | -,195 | -,230 |
| | p | ,459 | ,211 | ,138 |
| | N | 43 | 43 | 43 |

***Korelasyon katsayısı (r), İstatistiksel Anlamlılık Değeri (p), Populasyon sayısı (N)

YBOCS kompulsiyon alt ölçeği skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri bakımından kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,324$) (Tablo 17).

YBOCS obsesyon alt ölçeği skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri bakımından kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,546$) (Tablo 17).

YBOCS total skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri bakımından kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,345$) (Tablo 17).

İBDÖ total skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri bakımından kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,741$) (Tablo 18).

İBDÖ sosyal destek alt ölçeği skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri bakımından kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,704$) (Tablo 18).

İBDÖ yalnızlık-depresyon alt ölçeği skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri bakımından kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,883$) (Tablo 18).

İBDÖ dürtüsellik alt ölçeği skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri bakımından kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,695$) (Tablo 18).

İBDÖ dikkat dağıtma alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası skorları fark değerleri bakımından kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,364$) (Tablo 18).

Tablo 17. Olguların cinsiyetleri ile YBOCS total, kompulsiyon, obsesyon alt ölçekleri tedavi öncesi ve sonrası fark değerleri arasındaki ilişki

| | | YBOCS Kompulsyon Alt Ölçeği | YBOCS Obsesyon Alt Ölçeği | YBOCS Total |
|-----------|--------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------|
| Kız | Ortanca | 8,00 | 8,00 | 15,50 |
| | En Düşük | 1,00 | 2,00 | 3,00 |
| | En Yüksek | 13,00 | 12,00 | 25,00 |
| Erkek | Ortanca | 6,00 | 6,00 | 12,00 |
| | En Düşük | 2,00 | 1,00 | 3,00 |
| | En Yüksek | 11,00 | 12,00 | 23,00 |
| P Değeri* | | 0,324 | 0,546 | 0,345 |

* İstatistiksel Anlamlılık Değeri

Tablo 18. Olguların cinsiyetleri ile İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik, dikkat dağıtma alt ölçekleri tedavi öncesi ve sonrası fark değerleri arasındaki ilişki

| | | İBDÖ Total | İBDÖ Sosyal Destek Alt Ölçeği | İBDÖ Yalnızlık Depresyon Alt Ölçeği | İBDÖ Dürtüsellik Alt Ölçeği | İBDÖ Dikkat Dağıtma Alt Ölçeği |
|-----------|--------------|---------------|---|---|--------------------------------------|--|
| Kız | Ortanca | 23,50 | 10,00 | 2,00 | 4,00 | 3,00 |
| | En Düşük | -22,00 | -16,00 | -4,00 | -3,00 | -6,00 |
| | En Yüksek | 189,00 | 72,00 | 32,00 | 50,00 | 38,00 |
| Erkek | Ortanca | 22,00 | 10,00 | 3,00 | 7,00 | 7,00 |
| | En Düşük | -10,00 | -23,00 | -4,00 | -6,00 | -1,00 |
| | En Yüksek | 147,00 | 61,00 | 18,00 | 33,00 | 40,00 |
| P Değeri* | | 0,741 | 0,704 | 0,883 | 0,695 | 0,364 |

* İstatistiksel Anlamlılık Değeri

YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların annelerinin çalışıyor olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) .

İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların annelerinin çalışıyor olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) .

YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 19).

YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların annelerinin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 19).

YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların babalarının eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Olguların, annelerinin ve babalarının eğitim düzeyleri ile YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçekleri tedavi öncesi ve sonrası fark değerleri arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılık düzeyleri (p değerleri)

| | YBOCS Kompulsyon Alt Ölçeği | YBOCS Obsesyon Alt Ölçeği | YBOCS Total |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------|
| Olguların Eğitim Düzeyi | 0,099* | 0,086* | 0,067* |
| Annelerin Eğitim Düzeyi | 0,179* | 0,215* | 0,180* |
| Babaların Eğitim Düzeyi | 0,275 | 0,351* | 0,343* |

* İstatistiksel Anlamlılık Değerleri

İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 20).

İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların

annelerinin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 20).

İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların babalarının eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Olguların, annelerinin ve babalarının eğitim düzeyleri ile İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik, dikkat dağıtma alt ölçekleri tedavi öncesi ve sonrası fark değerleri arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılık düzeyleri (p değerleri)

| | İBDÖ Total | İBDÖ Sosyal Destek Alt Ölçeği | İBDÖ Yalnızlık Depresyon Alt Ölçeği | İBDÖ Dürtüsellik Alt Ölçeği | İBDÖ Dikkat Dağıtma Alt Ölçeği |
|-------------------------------|---------------|---|---|--------------------------------------|--|
| Olguların Eğitim Düzeyi | 0,111* | 0,095* | 0,121* | 0,080* | 0,203* |
| Annelerin Eğitim Düzeyi | 0,566* | 0,662* | 0,248* | 0,488* | 0,253* |
| Babaların Eğitim Düzeyi | 0,909* | 0,904* | 0,065* | 0,831* | 0,448* |

* İstatistiksel Anlamlılık Değerleri

YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların aile durumları (anne-baba birlikte, boşanma, parçalanma) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların aile

durumları (anne-baba birlikte, boşanma, parçalanma) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların kardeş sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların kardeş sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Çağımızın en önemli buluşu internet, hayatımızın bir parçası haline gelmiş fakat aşırı ve kontrolsüz kullanımı, problemlili internet kullanımı adında yeni bir rahatsızlık türünün çıkmasına neden olmuştur. İnternetin yaygınlaşmasıyla problemlili internet kullanımının artışı paralel seyretmektedir. Teknolojinin ucuz ve kolay ulaşılabilir olduğu ülkelerde internet bağımlılığı ve problemlili internet kullanımı önemli bir konu haline gelmesine rağmen ülkemizde bu konuda yayınlanmış araştırma sayısı henüz yeterli değildir.³¹⁵

Ülkemizde de son yıllarda internet hızla yaygınlaşmaktadır. Türkiye nüfusunun %45' i internet kullanmaktadır. Buna bağlı olarak son yıllarda ülkemizde de klinisyenlerin problemlili internet kullanımına sahip olgularla karşılaşma sıklığında artış bulunmaktadır. Ayrıca internet ya da bilgisayar kullanımında sorun yaşayan bireylerin yüksek oranda depresif belirtiler gösterdiği belirlenmiştir. Bu bireylerin çoğunlukla yalnız oldukları ve sosyal izolasyon yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca birçoğunda dürtü kontrol bozukluğu ve/veya obsesif-kompulsif bozukluk belirtilerinin olduğu tespit edilmiştir. Fakat bilgisayar ve internetin aşırı kullanımının mı söz konusu psikolojik rahatsızlıklara neden olduğu ya da söz konusu psikolojik rahatsızlıkların mı kişileri internete ya da bilgisayara bağımlı hale getirdiği konusunda henüz kesin bir bilgi bulunmamaktadır. Kesin olan tek şey bilgisayarın aşırı kullanımıyla sözü geçen psikolojik rahatsızlıklar arasında yüksek bir ilişkinin veya etkileşimin mevcut olduğudur. Diğer bir deyişle bilgisayar-interneti aşırı kullanmak bazı psikolojik rahatsızlıkların işareti ve habercisi olabileceği gibi; bazı psikolojik rahatsızlıklara sahip olmak da bilgisayar-internet bağımlılığı riskini yükseltebilir.³¹⁶⁻³²³

Buradan yola çıkarak çocuk ve ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk ile internet kullanımı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmamız literatüre değerli katkılarda bulunmanın yanı sıra yeni çalışmalar planlanırken de çıkış noktaları sunacaktır.

Çalışmamıza cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında 43 OKB olgusunun %55.8' i kız , %44,2' si erkek oluşturmakla birlikte, kız/erkek oranı 5/4 bulunmuştur. Literatürde ise, Apter ve Thomsen'in çalışmalarında erken başlangıçlı OKB ve geç

başlangıçlı OKB için cinsiyetler arasında fark bulamazken, çocuklarla yapılan birçok çalışmada arada az bir farkla erkeklerde daha sık görülen bir bozukluk olduğu gösterilmiş, Anderson ve Rasmussen'in çalışmalarında da benzer şekilde ortalama erkek/kız oranı 3/2 olarak bulunmuştur (100-113). Çalışmamızda erkek/kız oranının daha düşük çıkması, bahsi geçen çalışmaların örnekleminin toplum kaynaklı, bizim çalışmamızın ise klinik örneklem olması ve örneklem sayısının az olması ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızda OKB' li olguların problemlili internet kullanımının tedavi öncesi ve tedavi sonrası YBOCS ve İBDÖ kullanılarak hesaplanan puanlarının cinsiyet ile arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında ise normal popülasyonda problemlili internet kullanımının erkeklerde kızlardan 2 veya 3 kat daha fazla olduğu ifade edilirken Young' ın araştırmasında kızların erkeklere göre daha çok internet kullanımının olduğu; Lee ve diğerleri' nin araştırmalarında ise kızlarla erkekler arasında problemlili internet kullanımı açısından fark olmadığı belirtilmiştir.^{24,39,55,98-108,324-326}

Çalışmamıza dahil ettiğimiz çocuk ve ergen olguların yaş ortalaması 13.04 ± 2.68 (7-17 yaş) bulundu. Bu olguların problemlili internet kullanımının tedavi öncesi ve tedavi sonrası YBOCS ve İBDÖ kullanılarak hesaplanan puanlarının yaş ile arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir farkın olmadığı görüldü. Yaş ile farkın olmaması son yıllarda internet kullanımının küçük yaşlarda da belirgin olarak arttığını düşündürmektedir. Literatüre bakıldığında, ülkemizde 3-18 yaş grubu çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, çocukların yaşlarının arttıkça bilgisayar ve internet kullanma sürelerinin arttığı saptanmıştır.³²⁷

Olguların, % 62,8'inin (n=27) ilkokul ve ortaokul (ilköğretim) öğrencisi olduğu, %37,2'sinin (n=16) ise lise öğrencisi olduğu; %48,8' inin (n=21) ailelerinin birinci, %37,2'sinin (n=16) ikinci çocuğu olduğu; üçüncü, dördüncü ve daha fazla olduğu çocuk sayısının 6 (%13,9) olduğu belirlendi. Bu olguların problemlili internet kullanımının tedavi öncesi ve tedavi sonrası YBOCS ve İBDÖ kullanılarak hesaplanan puanlarının, eğitim durumları ve kaçınıcı çocuk olduklarıyla arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir farkın olmadığı görüldü.

Çalışmamızda olguların annelerinin %53,5'inin, babalarının ise %62,8'inin lise ve üniversite mezunu olduğu belirlendi. Annelerin, %74,4'ü (n=32), babaların ise

%2,3'ü (n=1) çalışmıyordu. Çalışmamızda problemlili internet kullanımının tedavi öncesi ve tedavi sonrası YBOCS ve İBDÖ kullanılarak hesaplanan puanlarının olguların anne ve babalarının, eğitim durumları, işlerinin değerlendirilmesi ile arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Literatürde ise problemlili internet kullanımını anne-baba eğitim düzeyine göre değerlendiren çok fazla araştırma bulunmamasına rağmen, Büyükşahin-Çevik ve Çelikkaleli yaptıkları çalışmada annesi "lise mezunu" olan ergenlerin internet bağımlılık puan ortalamasının, annesi "okur-yazar olmayan" ve "ilköğretim mezunu" olan ergenlerin internet bağımlılık puan ortalamasından anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ergenlerin problemlili internet kullanımının anne eğitim düzeyine göre değişmesi, ülkemizde çocuk eğitimiyle annenin daha fazla ilgili olmasına bağlanabilir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan annelerin, çocuklarına internet kullanımı ile ilgili daha çok imkan sunmaya meyilli olduklarını düşündürebilir. Yine bu çalışmada problemlili internet kullanımının baba eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı sonucu bulunmuştur. Bir başka çalışmada Chiu ve Huang 495 lise öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada ailenin öğrenim durumunun internet kullanım davranışlarında farklılık yarattığı fakat problemlili internet kullanımı konusunda anlamlı bir farklılık yaratmadığını ifade etmiştir. . Diğer bir çalışmada ise öğrencilerin anne ve baba öğrenim durumlarına göre problemlili internet kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.^{237,328,329}

Olguların %93'ünün (n=40) anne ve babası ile birlikte yaşadığı, %4,7'sinin (n=2) anne babasının boşanmış olduğu, %20,9'unun (n=9) en az bir kez göç ettiği, %20,9'unun (n=9) anne ve babası arasında akrabalık olduğu belirlendi. Bu olguların problemlili internet kullanımının tedavi öncesi ve tedavi sonrası YBOCS ve İBDÖ kullanılarak hesaplanan puanlarının, ailenin yapısı, anne baba arasında akrabalık olup olmadığı ve göç öyküsüyle arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir farkın olmadığı görüldü.

Çalışmamızda olguların natal özgeçmişine bakıldığında annelerinin %95,3'ünün (n=41) normal bir gebelik dönemi geçirdiği, %97,7' sinin (n=42) miadında doğum yaptığı, %95,4' ünün (n=41) ise doğum yaparken herhangi bir komplikasyon yaşamadıkları belirlendi. Olguların %67,4' ü (n=29) normal spontan vajinal doğumla, %32,6' sı (n=14) sezaryen doğumla doğduğu belirlendi. Ayrıca olguların %90,7'sinin

(n=39) anne sütü ile beslenmiş olduğu belirlendi. Olguların gelişimsel özelliklerini yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimi yönünden değerlendirdiğimizde, gelişimlerinin normal sınırlarda olduğu belirlendi. Bu olguların problemleri internet kullanımının tedavisi öncesi ve tedavi sonrası YBOCS ve İBDÖ kullanılarak hesaplanan puanlarının, olguların doğum ile ilgili özelliklerinin, anne sütü almalarının ve gelişimsel özelliklerinin arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir farkın olmadığı görüldü.

Olguların annelerinin %93'ünde (n=40) daha önceden herhangi bir düşük öyküsünün olmadığı, olguların %97,7'inde (n=42) ise kardeş ölüm öyküsünün olmadığı görüldü. Olguların özgeçmişleri değerlendirildiğinde; 9 olguda (%20,9) geçirilmiş önemli bir hastalık öyküsü bulunurken, 1 olguda da (%2,3) konvülsyon öyküsü mevcuttu, %7'sinin (n=3) hiç kardeşi yoktu, %18,6'sının (n=8) bir kardeşi, %39,5'inin (n=17) iki kardeşi, %32,6'sının (n=14) üç kardeşi, %2,3'ünün ise dört veya daha fazla sayıda kardeşi vardı. Ayrıca %39,5'inin (n=17) en az bir tane kendi cinsinden kardeşi bulunmaktaydı. Bu olguların problemleri internet kullanımının tedavisi öncesi ve tedavi sonrası YBOCS ve İBDÖ kullanılarak hesaplanan puanlarıyla, olguların kardeş ölümü ve annede düşük öyküsü, olguların geçirdiği önemli hastalık ve konvülsyon öyküsü, olguların kardeş sayıları ve kendi cinsinden kardeş durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir farkın olmadığı görüldü.

Olguların aile yapısı incelendiğinde; %88,4'ü (n=38) çekirdek aile, %7'si (n=3) geniş aile yapısında ve olguların %2,3'ü (n=1) baba yanında, %2,3'ü (n=1) de anne yanında yaşıyordu. Olguların %69,8'i (n=30) apartman dairesinde yaşarken %30,2'si (n=13) müstakil evde yaşıyordu. Olguların %86'sının (n=37) kendisine ait bir odası varken %14'ünün (n=6) yoktu, %95,3'ünün (n=41) kendisine ait ayrı bir yatağı varken %4,7'sinin (n=2) yoktu. Bu olguların problemleri internet kullanımının tedavisi öncesi ve tedavi sonrası YBOCS ve İBDÖ kullanılarak hesaplanan puanlarının, eğitim durumları ve kaçınıcı çocuk olduklarıyla arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir farkın olmadığı görüldü.

Olguların %16,3'ünde (n=7) fiziksel istismar öyküsünün olduğu, ebeveynlerinin ise %7'inde (n=3) şiddet öyküsünün olduğu belirlendi. Ayrıca olguların babalarında alkol kullanım öyküsünün %11,6 olduğu (n=5), olguların annelerinin %18,6'sında (n=8), babalarının ise %16,3'ünde (n=7) bedensel hastalık

olduğu görüldü. Bu olguların problemlili internet kullanımının tedavi öncesi ve tedavi sonrası YBOCS ve İBDÖ kullanılarak hesaplanan puanlarının, olguların ve ebeveynlerinin fiziksel istismara maruz kalmalarının ve anne-babalarda bedensel hastalık öyküsünün arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir farkın olmadığı görüldü.

Literatürde; problemlili internet kullanımı ve internet bağımlılığı olan olguların psikiyatrik eş tanılarının araştırıldığı çalışmalarda; PİK ve İB ile duygu durum bozuklukları, kaygı bozuklukları, özkıyım düşünceleri ve OKB arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Ha ve arkadaşlarının 452 adolesan ile yaptıkları çalışmada; internet bağımlılığı ile depresyon/ obsesif-kompulsif belirtiler arasında önemli düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur.²⁹⁸

13588 internet kullanıcısı ile yapılan bir başka çalışmada ise problemlili internet kullanımı olan bireyler incelenmiş, aynı çalışmada kontrol grubuyla karşılaştırılma yapıldığında problemlili internet kullanımı olanların depresyon düzeylerinin ve kompulsif eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.^{307,311-315,328}

Literatür çalışmalarından da anlaşılacağı gibi problemlili internet kullanımı ve internet bağımlılığı ile OKB arasındaki bu ilişki, literatürde kabul görmüş OKB tedavilerinin aslında PİK ve İB üzerinde olumlu etki yaratabileceği yönünde olumlu yorumlar yapılmıştır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde tedavinin internet kullanımı üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmamızda; OKB olgularının YBOCS total ölçeği, kompülsiyon alt ölçeği ve obsesyon alt ölçeğinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerlerine bakıldığında literatür ile uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüş ($p<0,001$), bununla birlikte tedavi sonrası değerlerinin Öztürk ve ark (2008), Riddle ve ark (1998) ve Geller ve ark (2001) çalışmalarını destekler nitelikte olup anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur.^{217,218,219}

Ayrıca OKB olgularının internette bilişsel durum ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerlerinin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki bulunmuş; İBDÖ sosyal destek, yalnızlık ve depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağınıma

alt puanlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerlerine bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p<0,001$) olduğu görülüp tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Literatürde şimdiye kadar internet bağımlılığının gerek farmakoterapisi gerek bilişsel davranışçı tedavisinin etkinliği ile ilgili uzunlamasına yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamakla birlikte; Türkçapar ve ark (2012), Roiş ve ark (2012), Young ve ark (1999), Khazaal ve ark (2012) çalışmalarından çıkan sonuçlar, problemlı internet kullanımına yönelik müdahalelerin bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer nitelikte olduğunu işaret etmektedir.^{322,330,331,332}

Sonuç olarak problemlı internet kullanımı olan olguların yakın takibi ve tedavideki eş ruhsal bozuklukların ele alınmasının bozukluğun gidişatını olumlu olarak etkileyeceğı kanaatindeyiz.

SONUÇ VE ÖNERİLER

OKB tanısı olan 43 olgunun verilerine yer verdiğimiz “Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Tedavinin İnternet Kullanımına Etkileri” adlı çalışmamızdan çıkarılan sonuçlar ve bunlara yönelik öneriler aşağıda sıralanmıştır;

1. Çalışmamıza dahil ettiğimiz çocuk ve ergen olgulara cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında %55,8' i kız, %44,2' si erkek ve Kız/Erkek oranı ise 5/4 olarak bulunmuştur.
2. Çalışmamıza dahil ettiğimiz çocuk ve ergen olguların yaş ortalaması $13.04 \pm 2,68$ (7-17 yaş), kızların yaş ortalaması $12,8 \pm 2,55$ ve erkeklerin yaş ortalaması $13,2 \pm 2,88$ olarak bulunmuştur.
3. Olguların, % 62,8' inin ilkokul ve ortaokul (ilköğretim) öğrencisi olduğu, %37,2' sinin ise lise öğrencisi olduğu gözlenmiştir.
4. Çalışmamıza dahil ettiğimiz çocuk ve ergen olguların kliniğimize en sık aileleri ve kendi istekleriyle başvurdukları (%81.4) görülmüştür.
5. Olguların babalarının yaş ortalamasının $45,4 \pm 6,42$, annelerinin yaş ortalamasının ise $41,5 \pm 6,02$ olduğu gözlenmiştir.
6. Olguların annelerinin %53,5'inin, babalarının ise %62,8'inin lise ve üniversite mezunu olduğu; annelerinin %74,4'ünün, babalarının ise %2,3'ünün çalışmıyor olduğu gözlenmiştir.
7. Çalışmamıza dahil ettiğimiz çocuk ve ergen olguların annelerin %95,3' ünün normal bir gebelik dönemi geçirdiği, %97,7' sinin miadında doğum yaptığı, %95,4' ünün ise doğum yaparken herhangi bir komplikasyon yaşamadıkları bulunmuştur.
8. Olguların %90,7' sinin anne sütü ile beslenmiş olduğu; gelişimsel özelliklerini yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimi yönünden değerlendirildiğinde gelişimlerinin normal sınırlarda olduğu görülmüştür.
9. Olguların %93' ünün anne ve babası ile birlikte yaşadığı; %20,9' unun en az bir kez göç ettiği; %20,9' unun anne ve babası arasında 1. ya da 2. dereceden akrabalık bulunduğu gözlenmiştir.
10. Olguların annelerin %20,9' unda, babalarının %2,3' ünde ve soygeçmişlerinde %34,9 oranında en az bir ruhsal bozukluk tanısı olduğu görülmüştür.

11. Olguların %7' sinin hiç kardeşinin olmadığı, %18,6' sının bir kardeşi, %39,5' inin iki kardeşi, %32,6' sının üç kardeşi, %2,3' ünün ise dört veya daha fazla sayıda kardeşinin olduğu gözlenmiştir.
12. YBOCS kompülsiyon alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0,001$) tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.
13. YBOCS obsesyon alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0,001$) tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.
14. YBOCS total tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0,001$) tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.
15. İBDÖ total ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0,001$) tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.
16. İBDÖ sosyal destek alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0,001$) tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.
17. İBDÖ yalnızlık-depresyon alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0,001$) tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.
18. İBDÖ dürtüsellik alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0,001$) tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.
19. İBDÖ dikkat dağıtma alt ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0,001$) tedavi sonrası değerleri anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.
20. YBOCS kompülsiyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p=0,010$).
21. YBOCS obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p=0,020$).

22. YBOCS total skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p=0,011$).
23. YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
24. YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların anne yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
25. İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların yaşı, anne yaşı ya da baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
26. YBOCS total, kompulsiyon alt ölçeği ve obsesyon alt ölçeği skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri bakımından kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
27. İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri bakımından kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
28. YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların annelerinin çalışıyor olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
29. İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların annelerinin çalışıyor olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
30. YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
31. YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların annelerinin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

32. YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların babalarının eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
33. İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
34. İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların annelerinin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
35. İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların babalarının eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
36. YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların aile durumları (anne-baba birlikte, boşanma, parçalanma) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
37. İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların aile durumları (anne-baba birlikte, boşanma, parçalanma) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
38. YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların kardeş sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
39. İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik ve dikkat dağıtma alt ölçek skorları tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark değerleri ile olguların kardeş sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

OKB' li çocuk ve ergenler, taşıdıkları risk nedeniyle, internetin olumsuz etkilerinden özellikle korunmalıdır. OKB' li çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı değerlendirilirken, problemleri internet kullanımlarının sorgulanmasının rutin bir

uygulama şeklinde ele alınması koruyucu olabilir. Ülkemizde OKB' li olgulara ve ailelerine yönelik uygulanan eğitimlerin sıklığı arttırılmalıdır ve bu eğitimlere internetin olası riskleri ve olumsuz kullanım biçimleri ile ilgili bilgilerin de eklenmesi uygun bir yaklaşım olabilir. Öğrenim düzeyi ne olursa olsun tüm ebeveynlere yönelik internet kullanımı ve bağımlılığı konusunda TV programları, broşür yayınlama, konferans, rehberlik faaliyetleri gibi bilinçlendirici etkinliklerin düzenlenmesi önerilir. Problemlili internet kullanımı olan grubun özellikle öğrenciler olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu etkinliklerin öğrencilere yönelik olarak da düzenlenmesi ve sistemli olarak rehber öğretmenlerin bu konuda kılavuzluk etmeleri oldukça önemlidir. İnternette geçirilen fazla sürenin azaltılabilmesi için öğrencilerin boş zamanlarını değerlendirmelerine yönelik çeşitli sosyal, sanatsal ve spor etkinliklerine yönlendirilmelerinin daha uygun olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Press. Washington DC, 2000.
2. DSM-IV: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders IV. American Psychiatric Association, Washington DC. 1994.
3. Insel TR, Donnelly EF, Lalakea ML. Neurobiological and neuropsychological studies of patients with obsessive-compulsive disorder. Biological Psychiatry 1983; 18:741-751.
4. Hemmings SM, Kinnear CJ, Niehaus DJ at al. Investigating the role of dopaminergic and serotonergic bcandidate genes in obsessive compulsive disorder. Eur Neuropsychopharmacol 2003; 13: 93-98.
5. World Health Organization. The “newly defined” burden of mental problems. Geneva, WHO, 1999.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR) Cilt 2 Köroğlu E. (Çeviri Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 662.
7. Goodman WL, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C. The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): validity. Archives of General Psychiatry 1989; 46, 1012– 1016.
8. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use (PIU). Computers in Human Behavior 2001; 17: 187–195.
9. Gürol M, Sevindik T. “İnternet Tabanlı Uzaktan Eğitim Uygulamaları”, İnet-tr 2001 İstanbul.

10. Şahin F. İnternet ve çocuk istismarı. Sosyal Pediatri Günleri “Basın Yayında Çocuk Sağlığı Sempozyumu”, Bildiri Özetleri. <http://www.rtuk.org.tr/sayfalar/> Erişim tarihi: 7 Mayıs 2015.
11. Arnas AY. 3-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin interaktif iletişim araçlarını kullanma alışkanlıklarının değerlendirilmesi, The Turkish Online J Educational Technology 2005; 4(4):59-66.
12. Okasha A. Obsessive-Compulsive Disorder WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry 2000; 4: 1-21.
13. Salkovskis P, Kirk J. Cognitive Behavioral Therapy for Psychiatric Problems A Practical Guide Oxford University Press, “Obsessional Disorders” 2003; Sf:129-168.
14. Freud S. Notes on case of obsessional neuroses, in Collected papers, Basic Books 1959; 3.
15. Bebbington PE. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. Br J Psychiatry 1998; 173(35):2-6.
16. DSM-III: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders III. American Psychiatric Association, Washington DC. 1980.
17. DSM-III-R: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders III-R American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.
18. Dünya Sağlık Örgütü. ICD–10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Çev. Öztürk O, Uluğ B, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1992.
19. Black A. THA natural history of obsessional neurosis. In Obsessional States.ed. H.R. Beech. London: Methuen. 1974.
20. Ingram IM. Obsessional illness in mental hospital patients. J Ment. Science 1961; 107:382-402.

21. Goodwin DW, Guze SB, Robins E. Follow-up studies in obsessional neurosis. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 20:182-187.
22. Heri EH, Price JS, Slater ETO. Fertility in obsessional neurosis. *Br J Psychiatry* 1972; 121:197-205.
23. Hollingsworth CE, Tanquay PE, Grossman LP at al. Long-term outcome of obsessive compulsive disorder in childhood. *J Em Acad Child Psychiatry* 1980; 19: 134-144.
24. Karno M, Golding JM, Sorenson SB at al. The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094–1099.
25. Karno M, Golding JM. Obsessive-compulsive disorder, in *Psychiatric Disorders in America*. Edited by Robins LN, Regier DA. New York Free Press, 1991, pp 204– 219.
26. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL at al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988; 27, 764 -771.
27. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM at al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 949–958.
28. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Feb suppl):10–13.
29. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(April suppl):4–10.
30. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ at al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(March suppl):5–10.

31. John SM, Karen M. Psychology American Journal of Orthopsychiatry 1998; 63(1), 103-112.
32. Canals J, Domenech E, Carbajo G at al. Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. Acta Psychiatrica Scandinavica 1997; 98: 287 -294.
33. Hall MB. Obsessive compulsive states in childhood: their treatment. Arch Dis Child. 1935; 10: 49-59.
34. Berman L. Obsessive compulsive neurosis in children J Nerv Ment Dis 1942; 95: 26-39.
35. Berez JM. Phobias of childhood: Etiology and treatment. Psychological Bulletin, 1968; 70: 694-720.
36. Zohar AH. Ratzoni G, Binder M at al. An epidemiological study of obsessive compulsive disorder and anxiety disorders in Israeli adolescents. Psychiatric Genetics 1993; 176-184.
37. Heyman I, Fombonne E, Simmons H at al. Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nation wide survey of child mental health 2001; 179, 324-329.
38. Costello EJ, Angold A, Burns BJ at al. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. Archives of General Psychiatry 1996; 63, 1129 -1136.
39. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R at al. Obsessive compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1995; 34, 1424 -1431.

40. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts, RE at al. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 102, 133 -144.
41. Maina G, Albert U, Bogetto F at al. Obsessive compulsive syndromes in older adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100, 447 -450.
42. Reinherz HZ, Giaconia RM, Lefkowitz ES at al. Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32, 369 -377.
43. Verhulst FC, Van der Ende J, Ferdinand RF at al. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54, 329-336.
44. Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL at al. An epidemiological study of obsessive compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31, 1057 -1061.
45. Andrade NN, Hishinuma ES, McDermott JF at al. Prevalence of mental disorders in Native Hawaiian adolescents. Paper presented at: Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2001, Hawaii.
46. Assarian F, Biqam H, Asqarnejad A. An epidemiological study of obsessivecompulsive disorder among high school students and its relationship with religious attitudes. *Arch Iran Med* 2006 Apr; 9(2):104-7.
47. Omid A. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Kahan City, 1986.
48. Zohar A. The Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents. 1999; 8: 3 445-460.
49. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M at al. Family accommodation in obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:441-446.

50. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D at al. Uncommon troubles in young people. Arch Gen Psychiatry, 1990; 47: 487-496.
51. Costello, EJ, Burns BJ, Angold A at al. How can epidemiology improve mental health services for children ve adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1993; 32: 1106-1113.
52. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, at al. Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent popülation. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 487-49.
53. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychological Medicine 1998; 28: 109-126.
54. Kashani JH, Orvaschel H: A community study of anxiety in children ve adolescents. Am J Psychiatry 1990; 147:313-320.
55. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W at al. A family study of obsessive compulsive disorder. Am J Psychiatry 1995;152: 76-84.
56. Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. Klinik Psikiyatri 2003; 6: 46-50.
57. Freud S. Kişilik ve anal erotizm. Cinsellik Üzerine Üç Deneme, Budak S. (Çeviri Ed.), Ankara: Öteki Yayınları, 1997; 199- 209.
58. Freud S. Bir saplantı nevrozu olgusu üzerine notlar "Sıçan Adam". Olgu Öyküleri 2, Eğrilmez A. (Çev Ed.), İstanbul: Payel Yayınları,1996; 29-111.
59. Mallinger A. The obsessive myth of control. J Am Acad Psychoanal 1984; 12: 147-165.

60. Odağ C. Nevrozlar-2. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, İzmir, 2001; 54.
61. Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 222-242.
62. Carr, Anthony T. Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin* 1974;81(5):311-318.
63. Salkovskis PM. Obsessive compulsive problems: A cognitive behavioral analysis behaviour research and therapy 1985; 25: 571-583.
64. Rachman SJ, De Silva P. Abnormal and normal obsessions: Behaviour Reserach and Therapy 1978; 16: 233-238.
65. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları cilt-1. Yenilenmiş 11. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. şti, Ankara, 2008; 480.
66. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W et al. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 512: 76-79.
67. Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GE, Cohen DJ. Gilles dela Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 1180-1182.
68. Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Hum Genet* 1991; 48: 154-163.
69. Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 1990; 29: 407-412.

70. Nestadt G, Samuels J, Riddle M at al. A family study of obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 358-363.
71. McGuffin P, Mawson D. Obsessive compulsive neurosis: Two identical twin pairs. *Br J Psychiatry* 1980;137:285-287.
72. Rasmussen SA, Tsuang MT. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 450-457.
73. Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive-compulsive disorder. In Klein D, Rabkin J (editors). *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York, NY: Raven Press, 1981, 117-136.
74. Cavallini MC, Pasquale L, Bellodi L, Smeraldi E. Complex segregation analysis for obsessive compulsive disorder and related disorders. *Am J Med Genet* 1999; 88: 38-43.
75. Grad LR, Pelcovitz D, Olson M, Matthews M, Grad JL. Obsessive compulsive symptomatology in children with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry* 1989; 26: 69-73.
76. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapoport JL. Tics and Tourette's disorder: A 2 to 7 years follow-up of 54 obsessive compulsive children. *Am J Psychiatry* 1992;149:1244-1251.
77. Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J at al. Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. *Am J Hum Genet* 2004; 75: 508-513.
78. Vardar E. Obsesif kompulsif bozukluğun genetiği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 10: 153-159.

79. Urraca N, Camarena B, Gómez-Caudillo L, Esmer MC, Nicolini H. Mu opioid receptor gene as a candidate for the study of obsessive compulsive disorder with and without tics. *Am J Med Genet* 2004; 127: 94-96.
80. Karslıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2007;10(3):3-13
81. Eşel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 46-55
82. Özmansur EN, Obsesif kompulsif bozukluk ve cerrahi tedavisi. *COPD* 2010; 3(4).
83. Rosenberg DR, Hanna GL. Genetic and imaging strategies in obsessive compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry* 2000,48:1210-1222.
84. Topçuoğlu V, Aksoy A, Cömert B. Obsesif kompulsif bozuklukta beyin görüntüleme çalışmaları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003; 13: 151-160.
85. Crespo-Facorro B, Cabranes JA, López-Ibor Alcocer MI at al. Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients with and without a chronic tic disorder. A SPECT study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:156-161.
86. Alptekin K, Degirmenci B, Kivircik B at al. Tc-99m HMPAO brain perfusion SPECT in drug-free obsessive-compulsive patients without depression. *Psychiatry Res* 2001; 107: 51-56.
87. Lopez-Ibor JJ. The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. *Br J Psychiatry* 1988,153 (Suppl. 3):26-39.
88. Baumgarten HG, Grozdanovic Z. Role of serotonin in obsessive compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173(Suppl 35):13-20.

89. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL et al. Treatment of obsessive compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1088-1092.
90. Moret C, Briley M. Platelet 3H-paroxetine binding to the serotonin transporter is insensitive to changes in central serotonergic innervation in the rat. *Psychiatry Res* 1991; 38: 97-104.
91. Flament MF, Rapoport JL, Murphy DL, Berg CJ, Lake CR. Biochemical changes during clomipramine treatment of childhood obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 219-225.
92. Insel TR, Mueller EA, Alterman I, Linnoila M, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder and serotonin: is there a connection? *Biol Psychiatry* 1985; 20: 1174-1185.
93. Altemus M, Pigott T, Kalogeras KT et al. Abnormalities in the regulation of vasopressin and corticotropin releasing factor secretion in obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 9-20.
94. Mundo E, Richter MA, Zai G et al. 5HT1D beta receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive compulsive disorder: further evidence from a family based association study. *Mol Psychiatr.* 2002; 7: 805-809.
95. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiat* 2004;65(Suppl.14):11-7.
96. Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsiv disorder patients taking paroxetine. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1096-1103.

97. Giedd JN, Rapoport JL, Garvey MA, Perlmutter S, Swedo SE. MRI assessment of children with obsessive compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *Am J Psychiatry*, 2000;157:281-283.
98. Allen AJ, Lenard HL, Swedo SE. Case study: a new infection-triggered autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 307-311
99. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21: 112-7
100. Apter A, Fallon TJ, King RA et al. Obsessive-compulsive characteristics: from symptoms to syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 907-12.
101. Erkmén H. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Spektrum bozuklukları: Işık E, Taner E, Işık U (eds). *Güncel Klinik Psikiyatri*. 2. baskı. İstanbul: Golden Print, 2008: 179-188.
- .
102. Thomsen PH. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Self-reported obsessive-compulsive behaviour in pupils in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 212-7.
103. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 69-76.
104. Delorme R, Golmard JL, Chabane N, et al. Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 2005; 35: 237-43.
105. Millet B, Kochman F, Gallarda T, et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord* 2004; 79: 241-6.

106. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1899-903.
107. Sobin C, Blundell ML, Karayiorgou M. Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 373-9.
108. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 90-6.
109. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 19-27.
110. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 353-70.
111. Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G, Ronchi P, Smeraldi E. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1992; 42: 111-20.
112. Rasmussen SA and Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE (eds). *Obsessive compulsive disorders: Diagnosis and Treatment*. 3rd edition. Littleton MA: Mosby Inc.1998: 12-43.
113. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:317-22.
114. Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rapoport JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1050-6.
115. Aslan H, Ünal M. *Anksiyete Monografaları Serisi 3. 1.baskı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1995:101-134.

116. Towbin KE, Riddle MA. Obsessive-compulsive disorder. In: Martin A, Volkmar FR (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry, A comprehensive Textbook*. 4th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams&Wilkins, 2007:548-66.
117. Öztürk O, Uluşahin A. Saplantı Zorlantı Bozukluğu. In: Öztürk O, Uluşahin A (eds). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 1.cilt. 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2008: 480-511.
118. Piacentini J, Langley AK. Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol* 2004; 60: 1181-94.
119. Black A. *THA natural history of obsessional neurosis*. In *Obsessional States*.ed. H.R. Beech. London: Methuen. 1974
120. Burke KC, Burke JD Jr, Regier DA at al. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 Jun;47(6):511-8
121. Zohar AH, Ratzoni G, Binder M at al. An epidemiological study of obsessive compulsive disorder and anxiety disorders in Israeli adolescents. *Psychiatric Genetics* 1993; 176-184.
122. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H at al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989 Apr;46(4):335-41.
123. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM at al. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1991; Feb;158:260-3.
124. Allsopp M, Verduyn C.J Adolescents with obsessive-compulsive disorder: a case note review of consecutive patients referred to a provincial regional adolescent psychiatry unit. *J Adolesc*. 1990 Jun;13(2):157-69.

125. Valleni-Basile LA, Garrison, CZ, Jackson KL at al. Frequency of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994; 33, 782 -791.
126. Honjo S, Hirano C, Murase S, et al: Obsesive Compulsive Symptoms in Children and Adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80:83, 1989
127. Rasmussen SA, Eisen JL: Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Feb suppl):10–13
128. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Obsesive Compulsive Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl* 376:24, 1994
129. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Lewinsohn M at al. Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents, *J Abnorm Psychol* 1998; Feb;107(1):109-117.
130. Heri EH, Price JS, Slater ETO. Fertility in obsessional neurosis. *Br J Psychiatry* 1972; 121:197-205
131. Verhulst FC, Van der Ende J, Ferdinand RF at al. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54, 329-336.
132. Sayin A. Dopamin Reseptörleri ve Sinyal İletim Özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11: 125-34
133. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994; 32: 343-53.
134. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997; 35: 793-802.

135. Libby S, Reynolds S, Derisley J, Clark S. Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 1076-84.
136. Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults" *J Clin Invest* 2009;119:737-46.
137. Hyman SE, Nestler EJ. *The Molecular Foundations of Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1993.
138. Bergman L. Obsessive Compulsive Neurosis in Children. *J Nerv Ment Disease* 1942; 95: 26-39.
139. Wever C, Rey JM. Juvenile obsessive-compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31: 105-13.
140. Rapoport JL, Swedo S. Obsessive-compulsive disorder. In: Rutter M, Taylor E (eds). *Child and Adolescent Psychiatry*. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2003:571-92.
141. Meisenzahl EM, Schmitt GJ, Scheuerecker J, Moller HJ. The role of dopamine for the pathophysiology of schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19: 337-45.
142. Elia J, Dell ML, Friedman DF, et al. PANDAS with catatonia: a case report. Therapeutic response to lorazepam and plasmapheresis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 1145-50.
143. March SJ, Benton MB. *Talking Back To OCD*. New York: The Guilford Press, 2006.
144. Pollock RA, Carter AS. The familial and developmental context of obsessive-compulsive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1999; 8: 461-79.
145. Öner P, Aysev A. Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *STED* 2001; 10: 409-11.

146. Işık U, Şener Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluk. In: Soykan Aysev A, Işık Taner Y (eds).Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. İstanbul: Golden Print. 2007: 507-519.

147. Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJ, et al. Cerebrospinal fluid neurochemistry in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 29-36.

148. Towbin KE, Riddle MA. Obsessive-compulsive disorder. In: Martin A, Volkmar FR (eds). Lewis's Child and Adolescent Psychiatry, A comprehensive Textbook. 4th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams&Wilkins, 2007:548-66.

149. Clark DA. Obsesyonlar ve onların nötrleştirilmesi için bilişsel davranışçı terapi. I. Klinik Psikoloji Sempozyumu, 11-12 Mart 2009, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, Türkiye.

150. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM at al. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. Br J Psychiatry 1991; Feb;158:260-3.

151. Minichiello WE, Baer L, Jenike MA at al. Age of onset of major subtypes of obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disorders 4: 147-150.

152. Irak M, Flament F. Çocukluk Dönemi Başlangıçlı Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Nöropsikolojik Profili. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18: 293-301.

153. Kaylon L, Borge GF. Birth order and obsessive compulsif character. Arch Gen Psychiatry 1967; 17: 751-754

154. Snowdon S. Family size and birth order in obsessional neurosis. Acta Psychiatrica Scandinavica 1979; 60: 121-128

155. Stein MB, Forde DR, Anderson G at al. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. Am J Psychiatry 1997 Aug;154(8):1120-6.
156. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Simşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, Eksen Tanıtım Ltd. Sti. 1998.
157. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G ve ark. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Dilek Matbaası, Sivas, 1995.
158. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R at al. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. Comp Psychiatry 2004; 45: 367-374.
159. Kırpınar B, Özer H, Coşkun B ve ark. Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. 3P Dergisi, 1997;5: 253-265.
160. Diler RS, Avcı A, Tamam L ve ark. Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk: Sosyodemografik, Klinik Özellikler ve Eştanılar, Türk Psikiyatri dergisi, 1999; 10(4): 294-304.
161. Smith EE, Jonides J. Storage and executive processes in the frontal lobes. Science 1999;283:1657-61.
162. Kılıç B. Yönetici İşlevler ve Dikkat Süreçlerine İlişkin Kuramsal Modeller ve Nöroanatomi. Klinik Psikiyatri 2002; 5: 105-10.
163. Petrides M. Frontal lobes and behaviour. Curr Opin Neurobiol 1994; 4: 207-11.
164. Mercugliano M. What is attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatric Clin North Am 1999; 46: 831-43.
165. Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. Biol Psychol 2004; 65: 185-236.

166. Moritz S, Fricke S, Wagner M, Hand I. Further evidence for delayed alternation deficits in obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:562-4.
167. Cox C. Neuropsychological abnormalities in obsessive compulsive disorder and their assessments. *Int Rev Psychiatry* 1997; 9: 45-59.
168. Öztürk O, Uluşahin A. Ruhsal Durum Muayenesi. In: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1.cilt. 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2008: 155-180.
169. Crino, R. D., Andrews, C., Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 37-46, 1996.
170. Antony, M. M, Downie, E, Swinson, R. P. Diagnostic Issues and Epidemiology in Obsessive-Compulsive Disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, M. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford, 1998.
171. Clark, D. A. *Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder*. London: Guilford Pres, 2004.
172. Pinto, A. Mancebo, M. C. Eisen, J. L, Pagano, M. E. Rasmussen, S. A. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5): 703- 711, 2006.
173. Semerci B. Tik Bozuklukları. In: Soykan Aysev A, Işık Taner Y (eds).*Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı*. İstanbul: Golden Print. 2007.
174. Baysal B, Öktem F, Ünal F, Pehlivan B. Son 10 yılda çocuk psikiyatrisine yapılan başvuru, tanı dağılımı ve tedavi yöntemlerindeki değişim. 5. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, 1995.
175. Fireman B, Koran LM, Leventhal JL, Jacobson A. The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. *Am J Psychiatry* 2001;158:1904-10.

176. Leonard HL, Freeman J, Garcia A, Garvey M, Snider L, Swedo SE. Obsessive-compulsive disorder and related conditions. *Pediatr Ann* 2001; 30: 154-60.
177. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 335-41
178. Riddle MA, Scahill L, King R, et al. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 766-72.
179. Coffey BJ, Biederman J, Smoller JW, et al. Anxiety disorders and tic severity in juveniles with Tourette's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 562-8.
180. Ivarsson T, Melin K, Wallin L. Categorical and dimensional aspects of comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 20-31.
181. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapoport JL. Tics and Tourette's disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry* 1992;149:1244-51.
182. Apter A, Pauls DL, Bleich A, et al. An epidemiologic study of Gilles de la Tourette's syndrome in Israel. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 734-8.
183. Leckman JF, Peterson BS, Pauls DL, Cohen DJ. Tic disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 839-61.
184. Steingard R, Dillon-Stout D. Tourette's syndrome and obsessive compulsive disorder. Clinical aspects. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 849-60.

185. Towbin KE, Cohen DJ. Tic disorders. In: Wiener JM (ed). Diagnosis and psychopharmacology of childhood and adolescent disorders. 2nd edition. New York: Wiley, 1996:350-74.
186. Aydemir E. Kendine Zarar Verme. *Türkderm* 2010; 44: 41-5.
187. Şahin AR, Böke Ö. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Güleç C, Köroğlu E. (Editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007: 343–52.
188. Pine DS, McClure EB. Anksiyete Bozuklukları: Klinik Özellikleri. Sadock BJ, Sadock VA(editörler). Aydın H, Bozkurt A(çev. ed.) *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Ankara. Sekizinci basım. Güneş Kitabevi. 2007: 1768-80.
189. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları 2006: 278-98.
190. Işık E, Işık Taner Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinde Anksiyete Bozuklukları. 1.baskı. İstanbul: Golden Print, 2006: 239-85.
192. Busatto GF, Zamignani DR, Buchpiguel CA, Garrido GE, Glabus M at al. A voxel-based investigation of regional cerebral blood flow abnormalities in obsessive compulsive disorder using single photon emission computed tomography (SPECT). *Psychiatry Res* 2000; 10, 99: 15–27.
193. Alptekin K, Değirmenci B, Kıvırcık B at al. Tc-99m HMPAO brain perfusion SPECT in drug-free obsessive-compulsive patients without depression. *Psychiatry Res* 2001;1,107: 51–56.
194. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS. Caudat cerebral glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 681–9.

195. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (Suppl 10): 15-27.
196. Karamustafalıoğlu O, Karamustafalıoğlu N. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Komorbid Durumlar. *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5: 62–67.
197. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A at al. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord* 1997; 46: 15-23.
198. Hecht H, Von Zerssen D, Krieg C, Possl J, Wittchen HU. Anxiety and depression: comorbidity, psychopathology and social functioning. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 420-33.
199. Insel TR, Donnelly EF, Lalakea ML. Neurobiological and neuropsychological studies of patients with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 1983; 18:741-751.
200. Behar D, Rapoport JL, Berg CJ. Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1984; 141:363-369.
201. Garber HJ, Ananth JV, Chiu LC. Nuclear magnetic resonance study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1001-1005.
202. Scarone S, Colombo C, Livian S. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Research* 1992; 45:115-121.
203. Jenice MA, Breiter HC, Baer L. Cerebral structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder: A quantitative morphometric magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 625-632.

204. Saxena S, Brody AI, Schwartz JM, Baxter LR. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173 (Suppl 35): 26S-37S.
205. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401.
206. Fischer W, Goerg D, Zbinden E et al. Determining factors and the effects of attitudes towards psychotropic medications. In: Guimon J, Fischer W, Sartorius N (eds). *The Image of Madness: The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Basel: Karger, 1999:162-86.
207. Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, et al. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 1997; 2: 16-25.
208. Kıran U. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda obsesyonların bilinçli olarak saklanması. *Uzmanlık Tezi, Van*. 2004.
209. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 858-66.
210. Barrett P, Farrell L, Dadds M, Boulter N. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 1005-14.
211. Erkmen H. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Spektrum bozuklukları. In: Işık E, Taner E, Işık U (eds). *Güncel Klinik Psikiyatri*. 2. baskı. İstanbul: Golden Print, 2008: 179-188.
212. Bayraktar E. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* 1997; 1: 25-32.
213. Pigott TA, Seay SM. A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 101-6.

214. Flament MF, Rapoport JL, Berg CJ et al. Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. A double-blind controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 977-83.
215. DeVeugh-Geiss J, Moroz G, Biederman J et al. Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder-a multicenter trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 45-9.
216. Geller DA, Biederman J, Stewart SE, et al. Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160:1919-28.
217. Öztürk O, Uluşahin A. Saplantı Zorlantı Bozukluğu. In: Öztürk O, Uluşahin A (eds).*Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 1.cilt. 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2008: 480-511.
218. Riddle M. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Br J Psychiatry Suppl* 1998: 91-6.
219. Geller DA, Hoog SL, Heiligenstein JH, et al. Fluoxetine treatment for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a placebo-controlled clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 773-9.
220. Riddle MA, Scahill L, King RA, et al. Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1062-9.
221. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1899-903.
222. Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 202-8.

223. Thomsen PH, Mikkelsen HU. The addition of buspirone to SSRI in the treatment of adolescent obsessive-compulsive disorder. A study of six cases. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8: 143-8.
224. McDougle CJ, Goodman WK, Price LH, et al. Neuroleptic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:652-4.
225. Zhang W, Bymaster FP. The in vivo effects of olanzapine and other antipsychotic agents on receptor occupancy and antagonism of dopamine D1, D2, D3, 5HT2A and muscarinic receptors. *Psychopharmacology (Berl)* 1999;141:267-78.
226. Zhang W, Perry KW, Wong DT, et al. Synergistic effects of olanzapine and other antipsychotic agents in combination with fluoxetine on norepinephrine and dopamine release in rat prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology* 2000; 23: 250-62.
227. Denys D, Klompmakers AA, Westenberg HG. Synergistic dopamine increase in the rat prefrontal cortex with the combination of quetiapine and fluvoxamine. *Psychopharmacology (Berl)* 2004;176:195-203.
228. İnternet nedir? <http://www.cc.boun.edu.tr/training/internettur.pdf> _ Erişim tarihi: 10 Mayıs 2015.
229. Türk Telekom. [http://www.turktelekom.com.tr/tt/portal/Guncel/Detay/Turk-Telekom- Türkiye-nin-İnternet-Kullanlm-Haritasını-Çıkardı](http://www.turktelekom.com.tr/tt/portal/Guncel/Detay/Turk-Telekom-Turkiye-nin-İnternet-Kullanlm-Haritasını-Çıkardı). Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2015
230. Erturgut, R. İnternet Temelli Uzaktan Eğitimin Örgütsel, Sosyal, Pedagojik ve Teknolojik Bileşenleri. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 2, 79-85.
231. Arısoy, Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 2009(1), 55–67.

232. TÜBİTAK. (2001). İnternet, (Çev. Selma İKİZ). Ankara: TÜBİTAK.
233. Sevindik, F. Fırat üniversitesi öğrencilerinde problemlı internet kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
234. Çakır, H. Geleneksel gazetecilik karşısında internet gazeteciliği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 22 (1), 123–149.
235. Türkiye İnternet Ölçümlenme Araştırması <http://www.ufukkilic.com.tr/2011/01/iab-turkiyeden-turkiye-internetolcumleme-arastirmasi/> . Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2015.
236. TÜİK. TÜİK'ten dev araştırma: Türkiye'de bilgisayar ve internet kullanımı. <http://www.internetbilgisi.com/2012/08/bilisim-teknolojileri-kullanimi-arastirmasi.html>. Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2015.
237. Büyükşahin-Çevik, G. ve Çelikkaleli, Ö. Ergenlerin arkadaş bağlılığı ve internet bağımlılığının cinsiyet, ebeveyn tutumu ve anne-baba eğitim düzeylerine göre incelenmesi. Ç. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 19 (3), 225–240.
238. Türkiye İstatistik Kurumu. Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması sonuçları: Son üç ay içinde bireylerin yaş grubu ve eğitim düzeyine göre bilgisayar ve internet kullanım oranları. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028. Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2015.
239. Kelley, K. Gruber, E. Psychometric properties of the Problematic Internet Use Questionnaire. Computers in Human Behavior; 26(6), 1838-1845.
240. Arısoy Ö. İnternet bağımlılığı. Tamam L. (Ed.), Dürtü Kontrol Bozuklukları, Ankara: HYB yayınları; 343-402.
241. Young, K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. CyberPsychology & Behavior 1996; 3, 237-244.

242. Tutgun, A. Öğretmen adaylarının problemlı internet kullanımlarının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
243. Kim, H. K.&Davis, K. E. Toward a comprehensive theory of problematic internet use: Evaluating the role of self-esteem, anxiety, flow, and the self-rated importance of internet activities. *Computers in Human Behavior* 2009; 25, 490-500.
244. Morahan-Martin J, Schumacher P. Incidence and correlates of pathological internet use among college students. *Computers in Human Behavior* 2000; 16, 13-29.
245. Sanders CE, Field TM, Diego M, Kaplan M. The relationship of internet to depression and social isolation among adolescents. *Adolescence* 2000; 35 (138), 237-242.
246. Pawlak C. Correlates of internet use and addiction in adolescents. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities&Social Sciences* 2002; 63(5-A), 1727.
247. Rotunda R, Kass SJ, Sutton MA at al. Internet use and misuse: Preliminary findings from a new assesment instrument. *Behaviour Modification* 2003; 27, 484-504.
248. Ceyhan A, Ceyhan E. Loneliness, depression, and computer self-efficacy as predictors of problematic internet use. *CyberPsychology and Behavior* 2008; 11(6), 699–701.
249. Caplan SE. Problematic internet use and psychosocial well-being: Development of a theory based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behaviour* 2002; 18, 553-575.
250. Morahan-Martin J, Schumacher P. Loneliness and social uses of the internet. *Computers in Human Behavior* 2003; 19(6), 659-671.

251. Caplan SE. Relations among loneliness, social anxiety, and problematic internet use. *CyberPsychology&Behavior* 2006; 10 (2), 234-242.
252. Özcan NK, Buzlu S. Internet use and its relation with the psychosocial situation for a sample of university students. *Cyberpsychology and Behaviour* 2007; 10, 767-772.
253. Amichai-Hamburger Y, Ben-Artzi E. Loneliness and internet use. *Computers in Human Behavior* 2003; 19, 71–80.
254. Morahan-Martin J. The relationship between loneliness and internet use and abuse. *CyberPsychology and Behavior* 1999; 2, 431–440.
255. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukopadhyay T, Scherlis W. Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and Psychological well-being. *American Psychologist* 1998; 53, 1017–1031.
256. Özcan NK, Buzlu S. An assistive tool in determining problematic internet use: validity and reliability of the “online cognition scale” in a sample of university students. *Journal of Dependence* 2005; 6, 19–26.
257. Chen X, Li FH, Long LL. Prospective study on the relationship between social support and internet addiction. *Chinese Mental Health Journal* 2007; 21(4), 240-243.
258. Kratzer S, Hegerl U. Is "Internet Addiction" a disorder of its owna study on subjects with excessive internet use. *Psychiatry Prax* 2008; 35: 80-3.
259. Davis RA, Flett GL, Besser A. Validation of a new scale for measuring problematic internet use; implications for preemployment screening. *Cyberpsychol Behav* 2002; 15: 331-347.
260. Çelik ÇB, Odacı H. Kendilik Algısı ve Benlik Saygısının Problemlı İnternet Kullanımı Üzerindeki Yordayıcı Rolü. The Predictive Role of Self-Esteem and Self-

Perception on Problematic Internet Use. 5th International Computer & Instructional Technologies Symposium 2011, Fırat University, Elazığ.

261. Chou C, Hsiao MC. Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: the Taiwan college students' case. *Computers and Education* 2000; 35(1) 65-80.

262. Niemz K, Griffiths MD, Banyard P. Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, GHQ and disinhibition. *CyberPsychology & Behaviour* 2005; 8, 562-570.

263. Scherer K. College life on-line: Healthy and unhealthy Internet use, *The Journal of College Student Development* 1997; 38, 655-665.

264. Brenner V. Psychology of computer use. Parameters of internet use, abuse and addiction: The first 90 days of the internet usage survey. *Psychological Reports* 1997; 80, 679-882.

265. Ceyhan A. Problemlı internet kullanım düzeyi üzerinde kimlik statüsünün, internet kullanım amacının ve cinsiyetin yordayıcılığı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* 2010; 10(3), 1323-1355.

266. Johansson A, Gotestam KG. Problems with computer games without monetary reward: similarity to pathological gambling. *Psychol Rep* 2004; 95: 641 -50.

267. Şahin M. The relationship between the cyberbullying/cybervictimization and loneliness among adolescents. *Children and Youth Services Review* 2012; 34, 834-837.

268. TÜİK (Turkish Statistical Institute). Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırması 2007. [Information technology usage survey house holds]. <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2015.

269. Bilgi Ağları İstatiksel Araştırması (Knowledge Networks Stastical Research). (2002). How children use media technology. Westfield.
270. Jackson LA , Von EA, Biocca FA, Barbetsis G, Zhao Y, Fitzgerald HE. "Children and internet use: Findings from the HomeNet Too projects". IT & Society 2003; 1(5), 219 – 244.
271. Amerikan Ulusal Okul Kurulu Vakfı (National School Boards Foundation). "Research and guidelines for children's use of the internet." <<http://www.nsbf.org/safesmart/fullreport.htm>> . Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2015.
272. Chisholm JF. Cyberspace violence against girls and adolescent females. Annals New York Academy of Sciences 2006; 1087, 74-89.
273. Kulaksızoğlu A. Ergenlik psikolojisi (4. Baskı).İstanbul: Remzi Kitapevi, 2002.
274. Kerber CS. Problem and pathological gambling among college athletes. Ann Clin Psychiatry 2005; 17 (4), 243-247.
275. Kubey RW, Lavin MJ, Barrows JR. Internet use and collegiate academic performance decrements: Early findings. Journal of Communication 2001; 366-382.
276. Ceyhan E .Ergen ruh sağlığı açısından bir risk faktörü: İnternet bağımlılığı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2008; 15 (2), 109-116.
277. Selnow GW. Playing video games: The electronic friends. Journal of Communication 1984; 34, 148-156.
278. Doğan H, Işıklar A, Eroğlu SE. Ergenlerin problemlı internet kullanımının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi 2008; 18, 106-124.
279. Suhail K, Bargees Z. Effects of excessive internet use on under graudate students in Pakistan. CyberPsychology & Behavior 2006; 9 (3), 297-307.

280. Bayraktar F. İnternet kullanımının ergen gelişimindeki rolü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001, İzmir.
281. Aydın B. Çocuk ve ergen gelişimi. Ankara: Nobel Yayın ve Dağıtım; 2005.
282. Lim J, Bae Y, Kim S. A learning system for internet addiction prevention. Proceedings of the IEEE International Conference on Advanced Learning Technologie, 2004.
283. Tacyıldız O. Lise öğrencilerinin internet bağımlılığı düzeylerinin bazı değişkenlere göre yordanması, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi 2010, Ege Üniversitesi, İzmir.
284. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE et al. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. J Affect Disord 2000; 57: 267-72.
285. Peris R, Gimeno MA, Pinazo D et al. Online chat rooms: virtual spaces of interaction for socially oriented people. Cyberpsychol Behav 2002; 5: 43-51.
286. Young K. Psychology of computer use: Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. Psychol Rep 1996; 79: 899-902.
287. Whang LSM, Lee S, Chang G. Internet over-users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on Internet addiction. Cyberpsychol Behav 2003; 6: 143-50.
288. Shepherd RM, Edelman RJ. Reasons for internet use and social anxiety. Pers Individ Dif 2005; 39: 949-58.
289. Grusser SM, Thalemann R, Albrecht U et al. Excessive computer usage in adolescents--results of a psychometric evaluation. Wien Klin Wochenschr 2005; 117:173-5.

290. Greenberg JL, Lewis SE, Dodd DK. Overlapping addictions and self-esteem among college men and women. *Addict Behav* 1999; 24: 565-71.
291. LaRose RL, Lin CA, Eastin MS. Unregulated Internet Usage: Addiction, Habit, or Deficient Self-Regulation. *Media Psychol* 2003; 3: 225-53.
292. Mitchell P. Internet addiction: Genuine diagnosis or not? *Lancet* 2000;355: 632.
293. Whang LS, Lee S, Chang G. Internet over-users' psychological profiles: A behavior sampling analysis on internet addiction. *Cyberpsychol Behav* 2003; 6: 143-50.
294. Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 839-44.
295. Ko CH, Yen JY, Chen CS et al. Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. *CNS Spectr* 2008; 13: 147-53.
296. Ryu EJ, Choi KS, Seo JS et al. The relationships of Internet addiction, depression, and suicidal ideation in adolescents. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004; 34: 102-10.
297. Te Wildt BT, Putzig I, Zedler M et al. Internet dependency as a symptom of depressive mood disorders. *Psychiatry Prax* 2007; 34: 318-22.
298. Ha JH, Kim SY, Bae SC et al. Depression and Internet addiction in adolescents. *Psychopathology* 2007; 40: 424-30.
299. Morgan C, Cotten SR. The relationship between Internet activities and depressive symptoms in a sample of college freshmen. *Cyberpsychol Behav* 2003; 6: 133-42.

300. Ekinçi A. Aziz Antonius'un Baştan Çıkarılması: Bir Kötü Alışkanlık Olarak İnternet, COGİTO Dergisi Sayısı 2002.
301. Stein DJ, Black DW, Shapira NA, Spitzer RL. Hypersexual disorder and preoccupation with internet pornography. *Am J Psychiatry* 2001;158: 1590-4.
302. Griffiths MD. Sex on the internet: Observations and implications for internet sex addiction. *J Sex Res* 2001;38: 331-51.
303. Praterelli ME, Browne BE, Johnson K. The bits and the bytes of computer/Internet addiction: A factor analytic approach. *Behav Res Methods Instrum Comput* 1999;31: 305-14.
304. Anderson KJ. Internet use among college students: an exploratory study. *J Am Col Health*, 2001; 50: 21-6.
305. Lo SK, Wang CC, Fang W. Physical Interpersonal Relationships and Social Anxiety among Online Game Players. *Cyberpsychol Behav* 2005; 8: 15-22.
306. Chak K, Leung L. Shyness and locus of control as predictors of internet addiction and internet use, *Cyberpsychol Behav* 2004;7: 559-70.
307. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Yeh YC, Yen CF. Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163: 959-60.
308. Yoo HJ, Cho SC, Ha J et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 487-94.
309. Leung L. Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction. *Cyberpsychol Behav* 2004; 7: 333-48
310. Gau SSF, Chong MY, Chen THH et al. A 3-year panel study of mental disorders

among adolescents in Taiwan. Am J Psychiatry 2005; 162:1344-50.

311. Polman P, De Castro BO, Van Aken MAG. Experimental Study of the Differential Effects of Playing Versus Watching Violent Video Games on Children's Aggressive Behavior. Aggress Behav 2008; 34: 256-64.

312. Chan P, Rabinowitz T. A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. Ann Gen Psychiatry 2006; 5: 16.

313. Blum K, Braverman ER, Holder JM et al. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. J Psychoactive Drug 2000; (suppl32):1-112.

314. Wan CS, Chiou WB. Why Are Adolescents Addicted to Online Gaming? An Interview Study in Taiwan. Cyberpsychol Behav 2006; 9: 762-6.

315. Morahan-Martin J, Schumacher P. Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. Computer in Human Behavior 2000; 16: 13-29.

316. Cengizhan C. Bilgisayar ve İnternet Bağımlılığı, Marmara Üniv. , İstanbul.

317. Deangelis T. Is Internet Addiction Real?, Monitor on Psychology 2000; Volume 31, No: 4.

318. Ekinci, Armağan. Aziz Antonius'un Baştan Çıkarılması: Bir Kötü Alışkanlık Olarak İnternet, Cogito Dergisi 2002 Kış Sayısı.

319. Gönül A. Patolojik İnternet Kullanımı (İnternet Bağımlılığı/Kötüye Kullanımı), Yeni Symposium 2002; 40 (3): 105-110, İstanbul.

320. Mark G. Does Internet and Computer "Addiction" Exist? Some Case Study Evidence, CyberPsychology & Behavior 2000; 3(2): 211-218.

321. Jerald J, Block MD. Issues for DSM-V: Internet Addiction, American Journal of Psychiatry 2008; 165:306-307.
322. Young KS, Internet Addiction: Symptoms, Evaluation And Treatment. Innovations in Clinical Practice (Volume 17), T. L. Jackson (Eds.), Sarasota, FL: Professional Resource Press.
323. Sayar K. Psikolojik Mekan Olarak Siberalan, Yeni Symposium 2002; 40 (2): 60-67.
324. Ozturk O, Odabaşioğlu G, Eraslan D, Genc Y, Kalyoncu A. İnternet bağımlılığı: Kliniği ve tedavisi. Bağımlılık Dergisi 2007; 8(1), 36- 41.
325. Young K. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Cyberpsychology & Behavior 1998; 1 (3), 237–244.
326. Lee MS, Ko YH, Song HS at al. Characteristics of internet use in relation to game genre in Korean adolescents. Cyberpsychology ve Behavior 2007; 10(2), 278-285.
327. Arnas A. 3-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin interaktif iletişim araçları kullanma alışkanlıklarının değerlendirilmesi. TOJET 2005; 4(4): 59-66.
328. Yıldız İ. Ergenlerin problemlili internet kullanımları ile uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi 2010; Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
329. Chiu S, Huang D. Study on relationship of parent's education model, secondary school student's internet use and addiction in Taiwan. 2nd International Multi-Conference on Engineering and Technological Innovation 2009; Orlando, Florida, USA.
330. Türkçapar MH. Bilişsel terapi, 6. Baskı, Ankara: HYB Yayıncılık; 2012.

331. Roij AJ, Zinn M, Schoenmakers TM, Mheen D. Treating internet addiction with cognitive-behavioral therapy: A thematic analysis of the experiences of therapists. *International Journal of Mental Health Addiction* 2012; 10, 69–82.

332. Khazaal Y, Xirossavidou C, Khan R, Edel Y, Zebouni F, Zullino D. Cognitive-behavioral treatments for “internet addiction.” *The Open Addiction Journal* 2012; 5, 30-35.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|------------------|--|
| OKB | : Obsesif Kompulsif Bozukluk |
| DSM-IV-TR | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health, Text Revision, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı |
| ICD-10 | : International Classification of Disease, Hastalıkların Uluslararası Tanı Sınıflandırması |
| WHO | : World Health Organization, Dünya Sağlık Örgütü |
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| COMT | : Katekolamin-O-Metil-Transferaz |
| MAO-A | : Mono Amin Oksidaz |
| BT | : Bilgisayarlı Tomografi |
| MR | : Manyetik Rezonans |
| PET | : Pozitron Emisyon Tomografisi |
| SPECT | : Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi |
| FMRI | : Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme |
| BOS | : Beyin Omurilik Sıvısı |
| 5-HIAA | : 5 hidroksi indol asetik asit |
| ASO | : Anti Streptolizin O |
| AIDS | : Acquired Immune Deficiency Syndrome, Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu |
| OK | : Obsesif-Kompulsif |
| TS | : Tourette Sendromu |

| | |
|----------------|---|
| OKKB | : Obsesif–Kompulsif Kişilik Bozukluğu |
| MRS | : Manyetik Rezonans Spektroskopi |
| BDT | : Bilişsel Davranışçı Terapi |
| SSRI | : Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors, Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri |
| FDA | : Food and Drug Administration, Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi |
| TCP/IP | : Transmission Control Protocol/ Internet Protocol, Transmisyon Kontrol Protokolü / İnternet Protokolü |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| İB | : İnternet Bağımlılığı |
| DEHB | : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu |
| PİK | : Problemlı İnternet Kullanımı |
| Ç-YBOCS | : Çocuklar için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği |
| İBDÖ | : İnternette Bilişsel Durum Ölçeği |

TABLolar DİZİNİ

| | | Sayfa No |
|-----------------|--|----------|
| Tablo 1 | Olguların yaş ve cinsiyete göre dağılımlarının, eğitim durumlarının, kaçınıcı çocuk olduklarının değerlendirilmesi | 58 |
| Tablo 2 | Olguların kliniğe başvuru şekillerinin değerlendirilmesi | 59 |
| Tablo 3 | Olguların anne ve babalarının yaşları, eğitim durumları, işlerinin değerlendirilmesi | 60 |
| Tablo 4 | Olguların doğum ile ilgili özelliklerinin değerlendirilmesi | 61 |
| Tablo 5 | Olguların anne sütü almalarının ve gelişimsel özelliklerinin değerlendirilmesi | 61 |
| Tablo 6 | Ailenin yapısının, anne baba arasında akrabalık olup olmadığının, göç öyküsünün değerlendirilmesi | 62 |
| Tablo 7 | Olguların ve ebeveynlerinin fiziksel istismara maruz kalmalarının değerlendirilmesi | 63 |
| Tablo 8 | Anne ve babalarda bedensel hastalık öyküsünün değerlendirilmesi | 63 |
| Tablo 9 | Anne ve babalardaki ruhsal bozukluk öyküsünün değerlendirilmesi | 63 |
| Tablo 10 | Bebeğin İlk durumu, gebelikte doktor kontrolü ve doğum yeri öyküsünün değerlendirilmesi | 64 |
| Tablo 11 | Olguların kardeş ölümü ve annede düşük öyküsünün değerlendirilmesi | 64 |

| | | |
|-----------------|--|----|
| Tablo 12 | Olguların geçirdiği önemli hastalık ve konvülzyon öyküsünün değerlendirilmesi | 65 |
| Tablo13 | Olguların kardeş sayıları ve kendi cinsinden kardeş durumları | 65 |
| Tablo 14 | Olguların aile yapısı, konut, ayrı oda ve ayrı yatak durumunun değerlendirilmesi | 66 |
| Tablo 15 | Tedavi öncesi ve sonrası YBOCS ve İBDÖ total ve alt ölçek skorlarının değerlendirilmesi | 68 |
| Tablo 16 | Olguların yaşı, anne yaşı ve baba yaşı ile tedavi öncesi ve sonrası ölçek fark değerleri arasındaki ilişki | 70 |
| Tablo 17 | Olguların cinsiyetleri ile YBOCS total, kompulsiyon, obsesyon alt ölçekleri tedavi öncesi ve sonrası fark değerleri arasındaki ilişki | 72 |
| Tablo 18 | Olguların cinsiyetleri ile İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik, dikkat dağıtma alt ölçekleri tedavi öncesi ve sonrası fark değerleri arasındaki ilişki | 73 |
| Tablo 19 | Olguların, annelerinin ve babalarının eğitim düzeyleri ile YBOCS total, kompulsiyon ve obsesyon alt ölçekleri tedavi öncesi ve sonrası fark değerleri arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılık düzeyleri (p değerleri) | 74 |
| Tablo 20 | Olguların, annelerinin ve babalarının eğitim düzeyleri ile İBDÖ total, sosyal destek, yalnızlık-depresyon, dürtüsellik, dikkat dağıtma alt ölçekleri tedavi öncesi ve sonrası fark değerleri arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılık düzeyleri (p değerleri) | 75 |

EKLER

EK-1: Sosyodemografik Veri Formu



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

| | | |
|--|--|--|
| Hastanın adı soyadı: | Annenin yaşı: | Baba alkol kullanıyor mu? Kullanıyorsa ne sıklıkta? |
| Başvuru şekli: Mersin içi Mersin dışı | Üvey anne: 1. Var 2. Yok | Ailenin durumu: 1. Anne baba birlikte 2. Boşanmış 3. Parçalanma |
| Gönderen: 1. Kendileri 2. Eğitim kuruluşu 3. Psikiyatris 4. Özel Dr. 5. Adli makam 6. Konsültasyon | Annede hastalık: 1. Geçici 2. Süreğen | Ailede ruhsal hastalıklar: |
| Yaş: | Annede Ruhsal Hastalık 1. Nöros 2. Psikoz 3. Bağımlılık 4. Zeka Geriliği 5. Kişilik Bozukluğu 6. Diğer | Anne baba arasında akrabalık: 1. Var 2. Yok |
| Kardeş sayısı: | Baba: 1. Var 2. Yok | 1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Anne ile 4. Baba ile 5. Üvey anne ya da baba ile 6. Akriba ile 7. Korucu ile 8. Evlat edinilmiş 9. Kurumda (Anne baba ile görüşüyor) 10. Kurumda (Anne baba ile görüşmüyor) |
| Kaçıncı Çocuk: | Baba eğitimi: 1. Yok 2. Okur-Yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.O | Ailenin konut standardı: 1. Apartman dairesi 2. Müstakil ev 3. Gecekondu 4. Köy evi 5. Diğer |
| Kendi cinsinden kardeşi: | Baba işi: 1. Çalışmıyor 2. Düzensiz (Evde) 3. Düzensiz (Dışarıda) 4. İşçi 5. Memur 6. Serbest 7. Yönetici 8. Sağlık Mesubu 9. Emekli 10. Asker | Ayrı odası: 1. Var 2. Yok |
| Eğitimi: 1. Okula hiç gitmemiş 2. Anaokulu-Kreş 3. Özel Eğitim 4. Anasınıfı 5. Özel alt sınıf 6. İlk 1 7. İlk 2 8. İlk 3 9. İlk 4 10. İlk 5 11. İlkokul bitirmiş okumuyor 12. Orta 1 13. Orta 2 14. Orta 3 15. Lise 1 | Baba yaşı: | Ayrı yatağı: 1. Var 2. Yok |
| Anne: 1. Var 2. Yok | Üvey baba: 1. Var 2. Yok | Çocuğun doğumundan bu yana il dışı yaşanan göç: 1. Var 2. Yok |
| Annenin eğitimi: 1. Yok 2. Okur yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.O | Babada hastalık: 1. Geçici 2. Süreğen | Annenin Doğurduğu yaşı: |
| Annenin işi: 1. Ev Hanımı 2. Düzensiz (Evde) 3. Düzensiz (Dışarıda) 4. İşçi 5. Memur 6. Serbest 7. Yönetici 8. Sağlık memuru 9. Emekli | Babada ruhsal hastalık: 1. Nöros 2. Psikoz 3. Bağımlılık 4. Zeka geriliği 5. Kişilik bozukluğu 6. Diğer | Kardeş ölümü: 1. Var 2. Yok |



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Düşük-Kürtaş:
1. Var
2. Yok

Gebeliğin seyri:
1. Normal
2. Düşük tehdidi
3. İlaç kullanımı
4. Sistemik hastalık
5. Dayak
6. TORCH
7. Anemi

Gebelikte doktor kontrolü:
1. Var
2. Yok

Doğum:
1. Evde
2. Hastanede

Doğum süresi:
1. Miadında
2. Erken doğum
3. Geç doğum

Doğum şekli:
1. Normal
2. Aletle
3. Sezeryan

Doğumda komplikasyon:
1. Ters geliş
2. Kordon dolanması
3. Anoksi
4. Uzanmış travay
5. Makonyum sapirasyonu

Bebelin doğumundan sonraki ilk durumu:
1. Normal
2. Mor ve ağlıyor
3. Mor ve ağlamıyor
4. Küvezde bakım

İkiz ise:
1. Teki yaşıyor
2. Ölü

Beslenme (ilk 6 ay) :
1. Anne sütü
2. Mama
3. Birlikte
4. Diğer

Kundaklama:
1. Var
2. Yok

Varsa Süre:

Yürüme ayı (Desteksiz)
Konuşma ayı (Cümle kurma)
Tuvalet eğitimi (Gece-gündüz)

Bakan kişi:
1. Anne
2. Baba
3. Anneanne, babaanne
4. Bakıcı
5. Diğer

Anneden ayrılık(6 haftadan fazla)
1. Var
2. Yok

Ayrılık yaşı:

Geçirdiği önemli hastalık:
1. Var
2. Yok

Konvizisyon
1. Ateşli
2. Ateşsiz
3. Yok

Menarji:
1. Var
2. Yok

Sünnet:
1. Var
2. Yok

Çocuğunuzu döver misiniz?
1. Evet
2. Hayır

Ne sıklıkta?

Kim tarafından?

Ebeveyn dayak yiyor mu?

1. Evet
2. Hayır

Ne sıklıkta?

Kim tarafından?

Tanı:
1.
2.
3.

Belirti
1.
2.
3.

Organik:
1.
2.
3.

EK-2: Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

ÇOCUKLAR İÇİN YALE BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

HASTA ADI:..... Y-BOCS TOPLAM PUANI: (Madde 1-10 toplamı).....
PROTOKOL:..... TARİH:
HEKİM :.....

| | | | | | | |
|-----|--|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| 1 | OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN | Yok 0 | Hafif 1 | Orta 2 | Ciddi 3 | İleri 4 |
| 1b. | OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alt toplamlara eklemeyiniz) | Semptom Yok 0 | Ortalama uzun 1 | Uzun 2 | Çok kısa 3 | Kısa 4 |
| 2 | OBSESYONLARDAN ETKİLENME | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | OBSESYONLARA KARŞI DİRENME | Sürekli Direnme 0 | 1 | 2 | 3 | Tam Teslimiyet 4 |
| | | Tam Kontrol 0 | Yeterli Kontrol 1 | Orta Kontrol 2 | Az Kontrol 3 | Kontrol Yok 4 |
| 5 | OBSESYONLARIN KONTROLÜ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

OBSESYON ALTTOPLAMI (madde 1-5 Toplamı)

| | | | | | | |
|-----|---|----------------------|----------------------|--------------------|-----------------|---------------------|
| 6 | KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN | Yok 0 | Hafif 1 | Orta 2 | Ciddi 3 | İleri 4 |
| 6b. | KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alt toplamlara eklemeyiniz) | Semptom Yok 0 | Uzun 1 | Ortalama uzun 2 | Kısa 3 | Çok kısa 4 |
| 7 | KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME | Sürekli Direnme 0 | 1 | 2 | 3 | Tam Teslimiyet 4 |
| | | Tam Kontrol 0 | Yeterli Kontrol 1 | Orta Kontrol 2 | Az Kontrol 3 | Kontrol Yok 4 |
| 10 | KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

KOMPULSİYON ALTTOPLAMI (madde 1-5 Toplamı)

| | | | | | | | | |
|----|--|---------------|-------|--------|---------|----------|---|---|
| 11 | OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ | Mükemmel 0 | 1 | 2 | 3 | Yok 4 | | |
| 12 | KAÇINMA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 13 | KARARSIZLIK | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 14 | PATOLOJİK SORUMLULUK | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 15 | YAVAŞLAMA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 16 | PATOLOJİK KUŞKU | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 17 | GLOBAL CİDDİYET | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | GLOBAL DÜZELME | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | GÜVENİLİRLİK | MÜKEMMEL=0 | İYİ=1 | ORTA=2 | ZARIF=3 | | | |

EK-3: İnternette Bilişsel Durum Ölçeği

İNTERNETTE BİLİŞSEL DURUM ÖLÇEĞİ

YÖNERGE : Bu anket sizin internet hakkındaki düşünceleriniz, tutumlarınız ve inançlarınızla ilgilidir. Her bir soruyu size uygunluk derecesine göre “1” den “7” ye kadar numaralandırıp (x) işareti koyarak belirleyebilirsiniz. Katıldığınız için teşekkürler...

| | Kesinlikle katılmıyorum | | | Kesinlikle katılıyorum | | | |
|--|-------------------------|---|---|------------------------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1- Kendimi en çok internetteyken rahat hissediyorum | | | | | | | |
| 2-İnternette tanıştığım insanların dışında çok az insan beni seviyor | | | | | | | |
| 3-Kendimi en çok internetteyken güvende hissediyorum | | | | | | | |
| 4-Çoğu zaman internette çıkmamın üzerinden uzun süre geçtikten sonra bile internetteyken yaşadıklarımı düşünüyorum | | | | | | | |
| 5-İnternetteyken çoğu zaman bir “telaş” veya duygusal bir yoğunluk hissediyorum | | | | | | | |
| 6-İnsanları internet yoluyla , şahsen olduğundan daha iyi tanımak mümkün | | | | | | | |
| 7-İnternette olmak bana çoğu zaman huzur veriyor | | | | | | | |
| 8-İnternetteyken kendim olabiliyorum | | | | | | | |
| 9-İnternetteyken “gerçek hayatta” olduğundan daha fazla saygı görüyorum | | | | | | | |
| 10-Ben interneti kullanmam gerekenden daha sık kullanıyorum | | | | | | | |
| 11-İnsanlar interneti çok fazla kullanmamdan şikayet ediyorlar | | | | | | | |
| 12-Asla planladığımdan daha uzun süre internette kalmıyorum | | | | | | | |
| 13-İnsanlar internette beni olduğum gibi kabul ediyorlar | | | | | | | |
| 14-İnternet üzerinde kurulan ilişkiler günlük hayattaki ilişkilerden daha tatmin edici olabiliyor | | | | | | | |
| 15-İnternette olmadığım zaman, çoğunlukla interneti düşünüyorum | | | | | | | |
| 16-İnternette olduğum zaman en iyi halimde oluyorum | | | | | | | |
| 17-Günlük yaşam internette yapılabileceklerle orana daha az heyecan verici | | | | | | | |
| 18-Arkadaşlarım ve ailemin, internetteki insanların benimle ilgili görüşlerini bilmelerini isterdim | | | | | | | |
| 19-İnternet gerçek hayattan daha “gerçek” | | | | | | | |
| 20-İnternetteyken sorumluluklarımı düşünmüyorum | | | | | | | |
| 21-İnternet aklımdan hiç çıkmıyor | | | | | | | |
| 22-İnternetteyken kendimi daha az yalnız hissediyorum | | | | | | | |
| 23-Uzun süre internette uzak kaldığımı hayal bile edemiyorum | | | | | | | |
| 24-İnternet hayatımın önemli bir parçasını oluşturuyor | | | | | | | |
| 25-İnternete girmediğimde kendimi çaresiz hissediyorum | | | | | | | |
| 26-İnternette gerçek hayatta asla yapamayacağım şeyleri söylüyor ve yapıyorum | | | | | | | |
| 27-Yapacak daha iyi bir işim olmadığında internete giriyorum | | | | | | | |
| 28-Yapmam gereken başka bir iş olduğunda internete daha fazla girdiğimi fark ediyorum | | | | | | | |
| 29-İnternetteyken günlük hayatın sorunlarını düşünmek zorunda olmuyorum | | | | | | | |
| 30-İnterneti bazen yapmam gereken bir işi ertelemek için bahane olarak kullanıyorum | | | | | | | |
| 31-İnternetteyken kaygılarımdan uzaklaşabiliyorum | | | | | | | |
| 32-İnterneti çoğu zaman hoş olmayan işlerle uğraşmaktan kaçınmak amacıyla kullanıyorum | | | | | | | |
| 33-İnterneti kullanmam gereken ama aslında yapmak istemediğim şeyleri unutmamın bir yolu | | | | | | | |
| 34-Zaman zaman istememe rağmen, internet kullanımımı azaltmıyorum | | | | | | | |
| 35-İnterneti bu kadar çok kullanmayı bırakamamam beni rahatsız ediyor | | | | | | | |
| 36-İnternet kullanımım zaman zaman denetimden çıkmış gibi görünüyor | | | | | | | |

EK- 4: Etik Kurul Onayı

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

| Karar Tarihi | Toplantı Sayısı | Karar Sayısı |
|--------------|-----------------|--------------|
| 12/03/2015 | 5 | 90 |

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Fevziye TOROS'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Obsesif Kompulsif Bozukluğu (OKB) Olan Çocuk ve Ergen Hastalarda Tedavinin İnternet Kullanımı Üzerine Etkileri" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 11/03/2015 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürütülükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir

(Katılmadı)

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza

Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan Yardımcısı

İmza

Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Raportör

İmza

Prof. Dr. Hasan Erdal DORUK
Üye

İmza

Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza

Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ
Üye

(Katılmadı)

Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza

Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ
BİLGİLİ
Üye

İmza

Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

(Katılmadı)

Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER
Üye

İmza

Yrd. Doç Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılmadı)

Yrd. Doç Dr. Özden VEZİR
Üye

İmza

Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

İmza

Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

(Katılmadı)

Lale DAĞLI
Üye

Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan V.
ASLI GİBİDİR

ASLI GİBİDİR
B.T. 15/03/2015
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|----------------------------------|--|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Obsesif Kompulsif Bozukluğu (OKB) Olan Çocuk ve Ergen Hastalarda Tedavinin İnternet Kullanımı Üzerine Etkileri |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | --- |

| | | |
|----------------------|------------------|--|
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu |
| | AÇIK ADRESİ: | Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsü Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi, 33343, Yenişehir/Mersin |
| | TELEFON | 0 324 361 00 01 / 4847 |
| | FAKS | --- |
| | E-POSTA | meukaek@gmail.com |

| | | | | | |
|---|--|--|--------------------------|--------------------------|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Prof. Dr. Fevziye TOROS | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi | | | |
| | VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI | --- | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | --- | | | |
| | PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için) | --- | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | --- | | | |
| | ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ | FAZ 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 3 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 4 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Gözlemsel ilaç çalışması | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Tıbbi cihaz klinik araştırması | <input type="checkbox"/> | | |
| | | İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları | <input type="checkbox"/> | | |
| İlaç dışı klinik araştırma | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Diger ise belirtiniz – Dosya kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taraması | | | | | |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ | <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ | <input type="checkbox"/> | |
| | ULUSAL | <input type="checkbox"/> | ULUSLARARASI | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Prof. Dr. Uğur HALLIOĞLU KILINÇ
Etik Kurulu Başkan V.
İmza:

ASLI GİBİDİR
B.T. 15/05/2015
Prof. Dr. Bahadır TOROS

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|----------------------------------|--|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Obsesif Kompulsif Bozukluğu (OKB) Olan Çocuk ve Ergen Hastalarda Tedavinin İnternet Kullanımı Üzerine Etkileri |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | --- |

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------|------|--|------------------------------------|--------------------------------|
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | 24/02/2015 | --- | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | OLGU RAPOR FORMU | 24/02/2015 | --- | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ | | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı | Açıklama | | | | | |
| | SİGORTA | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| | BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | DİĞER: GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| | ARAŞTIRMACILARIN ÖZ GEÇMİŞİ | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 3 ADET LİTERATÜR | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: <u>2015-90</u> | Tarih: <u>12.03.2015</u> | | | | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. | | | | | | |

| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU | |
|----------------------------------|--|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu |
| BAŞKAN V. UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilgili | | Katılım * | İmza |
|---------------------------------|-------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--|------------------|
| Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN | Farmakoloji | MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji ABD | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Hallioğlu</i> |
| Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>Hallioğlu</i> |
| Doç. Dr. Nimet KARAGÖLLE | Biyomühendislik | MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>Hallioğlu</i> |
| Prof. Dr. Hasan Erdal DORUK | Üroloji | MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Üroloji ABD | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>Hallioğlu</i> |
| Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN | Mikrobiyoloji | MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji ABD | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | <i>Hallioğlu</i> |

Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Etik Kurul Başkanı V.
İmza:

ASLI GİBİDİR

B.T. 15/03/2015
Prof. Dr. Bahar Tunçtan

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|----------------------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) Olan Çocuk ve Ergen Hastalarda Tedavinin İnternet Kullanımı Üzerine Etkileri |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | --- |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| Prof. Dr. Lütfiye TAMER GÖMÜŞ | Biyokimya | MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Biyokimya ABD | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Sabire YURTSEVER | İç Hastalıklar Hemşireliği | MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıklar Hemşireliği ABD | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ | Psikiyatri | MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri ABD | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN | Biyostatistik | MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyostatistik ve Tıbbi Bilgisayar ABD | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | 31-2. |
| Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGEMLER | Tıp Tarihi ve Etik | MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Tarihi ve Etik ABD | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK | Farmakoloji | MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji ABD | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Yrd. Doç. Dr. Özden VEZİR | Kalp ve Damar Cerrahisi | MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Kalp ve Damar Cerrahisi ABD | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Uzm. Dr. Orge KURMUŞ | Kardiyoloji | Tarsus Devlet Hastanesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Yüksek Şehir Planlama Müdürü Berril LEVENT ERDAL | Şehir ve Bölge Planlama Ulaştırması Proje Yönetimi | Mersin Mezitli Belediyesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Avukat Lale DAĞLI | Hukuk | Serbest | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı |

* Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Olgun HALLIOĞLU KILINÇ
Etik Kurul Başkanı V.
İmza:

ASLI GIBİDİR
B. T. 15/05/2018
Prof. Dr. Baki TUNÇKAN

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.