

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI GENÇLERDE SOSYAL
BECERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. FUNDA DÖNDER ŞEN

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI GENÇLERDE SOSYAL
BECERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. FUNDA DÖNDER ŞEN

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Prof. Dr. NURSU ÇAKIN MEMİK

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. AYŞEN COŞKUN

2018

Etik Kurul Onay Tarihi: 21.06.2017

Karar No: KÜ GOKAEK 2017/911

Proje no: 2017/184

İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

TEŞEKKÜR.....	IV
ÖNSÖZ.....	V
KISALTMALAR DİZELGESİ.....	VI
TABLolar DİZELGESİ.....	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	2
2.1.1. Tarihçe.....	2
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Etyoloji.....	3
2.1.3.1. Genetik etmenler.....	3
2.1.3.2. Nörokimyasal etmenler.....	4
2.1.3.3. Beyindeki yapısal etmenler.....	4
2.1.3.4. İmmünolojik etmenler.....	6
2.1.3.5. Psikososyal etmenler.....	6
2.1.4. Klinik görünüm.....	7
2.1.5. Tanı ve Değerlendirme.....	9
2.1.6. Eşlik Eden Tanılar.....	11
2.1.7. Ayırıcı Tanı.....	12
2.1.8. Tedavi.....	14
2.1.9. Gidiş ve Sonlanım.....	15
2.2. Sosyal Beceriler.....	17
2.2.1. Tanım ve Genel Bilgiler.....	17
2.2.1.1. Tanım.....	17
2.2.1.2. Tanımla İlgili Kavramlar.....	18
2.2.1.3. Sosyal Gelişim Kuramı.....	19
2.2.1.4. Sosyal Becerilerin Sınıflandırılması ve Özellikleri.....	20
2.2.2. OKB ve Sosyal Beceri.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Örnekleme.....	24
3.2. Yöntem.....	24

3.3. Veri Toplama Araçları.....	25
3.3.1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T).....	25
3.3.2. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	25
3.3.3. Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği.....	25
3.3.4. UCLA yalnızlık Ölçeği.....	25
3.3.5. Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği.....	26
3.3.6. Utangaçlık Ölçeği.....	27
3.3.7. Sosyal Karşılaştırma Ölçeği.....	28
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	29
4.1.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı.....	29
4.1.2. Katılımcıların kendilerinin, annelerinin ve babalarının yaş ortalaması ve ortalama kardeş sayısı.....	29
4.1.3. Anne ve babaların eğitim durumu ve aile yapısı.....	30
4.1.4. Akraba evliliği.....	31
4.2. Anne, baba ve kardeşlerde ruhsal bozukluk öyküsü.....	31
4.3. OKB grubundaki katılımcıların eş tanıları ve ilaç kullanımına ilişkin bilgiler.....	33
4.3.1. Eş tanıları.....	33
4.3.2. İlaç kullanımı.....	35
4.4. İki gruptaki katılımcıların sosyal aktiviteye gitme oranları.....	35
4.5. Katılımcıların ve ebeveynlerinin yakın arkadaş sayıları ve arkadaşlık ilişkileriyle ilgili bilgiler.....	36
4.5.1. Katılımcının ve ebeveynlerinin ortalama yakın arkadaş sayısının iki grupta karşılaştırılması.....	36
4.5.2. Ebeveynlere göre çocuklarının arkadaşlık ilişkileri.....	36
4.5.3. Katılımcıların ebeveynlerinin arkadaş edinmekte zorluk durumu.....	38
4.6. OKB ve kontrol grubu arasında ölçek puanları açısından farkın değerlendirilmesi.....	39

4.7. OKB şiddetine göre belirlenen grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	40
4.8. OKB belirtileri subklinik ya da remisyonda olan, hafif ve orta şiddette olan katılımcıların ölçek puanlarının kontrol grubu ile karşılaştırılması.....	40
4.9. OKB grubunda eş tanısı olan katılımcılarla eş tanısı olmayanların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	41
4.10. OKB grubunda eş tanısı olmayan, bir eş tanısı olan ve birden fazla eş tanısı olan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	42
4.11. Cinsiyetler arasında ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	42
4.12. OKB grubunda aile yapısının ölçek puanlarına etkisi.....	43
4.13. OKB Grubundaki katılımcıların yaşı ile ölçek puanları arasında ilişki.....	44
4.14. Katılımcıların ebeveynlerinde bildirilen ruhsal bozukluk varlığının, ebeveynlerin çalışma durumunun ve ebeveynlerin eğitim durumunun ölçek puanlarına etkisi.....	45
4.15. Sosyal aktiviteye giden ve gitmeyen gençlerin ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	46
4.16. Katılımcıların ebeveynlerine göre, katılımcıların ve kendilerinin arkadaş edinmekte zorlanıp zorlanmamasının ölçek puanlarına etkisi	47
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	58
6.1. Sonuçlar.....	58
6.2. Kısıtlılıklar.....	58
6.3. Öneriler.....	59
7. ÖZET.....	60
8. ABSTRACT.....	61
9. KAYNAKLAR.....	63
10. EKLER.....	76
10.1. Sosyodemografik veri formu.....	76
10.2. UCLA yalnızlık ölçeği.....	78
10.3. Boyun eğici davranışlar ölçeği.....	79
10.4. Utangaçlık ölçeği.....	80
10.5. Sosyal karşılaştırma ölçeği.....	81
10.6. Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formu.....	82
10.7. Ebeveynler için bilgilendirilmiş gönüllü onam formu.....	83

TEŞEKKÜR

Tıp fakültesi ve çocuk psikiyatrisi uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, kendisinden çok şey öğrendiğim Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı Başkanı Değerli Hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Tezimin danışmanlığını üstlenen, uzmanlık eğitimim ve çalışmam boyunca bana sabırla yardım eden, yol gösterip destek olan, çalışkanlığını, netliğini, çözüm üretme becerilerini kendime örnek aldığım Prof. Dr. Nursu Çakın Memik'e,

Uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren desteğini hissettiğim, her konuda danışabildiğim, daima içtenlikle ve sevgiyle karşılayan, aynalayan, yoluma ışık tutan Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya,

Bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, daima güler yüzlü olan, hekimlik mesleği, hastalara yaklaşımı ve çalışkanlıkları açısından kendime örnek aldığım Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a ve Prof. Dr. Işık Karakaya'ya,

Erişkin psikiyatri rotasyonu sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Bülent Coşkun'a, Prof. Dr. Ümit Tural'a, Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a, Doç. Dr. Aslıhan Polat'a ve eğitim saatlerinden ayrıca keyif aldığım Doç. Dr. Cem Cerit'e,

Çocuk nörolojisi rotasyonumda derin bilgilerinden yararlandığım, sabrını ve işine olan sevgisini kendime örnek aldığım Prof. Dr. Bülent Kara'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerini tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma, Nursel Hanım'a ve diğer çalışanlara,

Tezimin hazırlık aşamasında ilgi ve desteğini her zaman hissettiğim çalışma arkadaşım ve sevgili dostum Dr. Gamze Yılmaz'a ve Dr. Merve Ergüven'e,

Çalışmaya katılan değerli tüm ergenlere ve ebeveynlerine,

Her şeyden önce beni yetiştiren, yol gösteren, daima destekleyen ve yanımda olduklarını hissettiren sevgili anne ve babama, varlığıyla beni mutlu eden, aklıma gelmesi bile içimi ısıtan biricik kardeşim Fulden'e ve tez çalışmam boyunca büyük bir özveri ile desteğini esirgemeyen eşim Mustafa Şen'e teşekkür ederim.

ÖNSÖZ

Sevgili Funda,

Hem bilim alanında çalışmayı, hem de çocuklarla ilgilenmeyi, onları iyileştirmeyi sağlayabileceğin bir mesleği sürdürebilmen için önemli, bir adımı daha başarı ile tamamladın.

Heyecanın, coşkun, merakın ve çalışkanlığın sürdüğü sürece başarı hep seninle olacaktır. Mesleğinde ve hayatında heyecanının ve coşkunun hep sürmesini diliyorum.

Bu yolda önüne çıkacak engelleri aldığın başarılı eğitim ve karakterinle aşacak güçtesin.

Yolun açık olsun.

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nursu Çakın Memik

KISALTMALAR DİZELGESİ

BEDÖ:	Boyun eğici davranışlar ölçeği
BT:	Bilgisayarlı tomografi
CGAS	Clinical global assessment scale
CGI	Clinical global impression
CY-BOCS	Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
ÇDŞG-ŞY-T	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması
DB	Davranım bozukluğu
DEHB	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
İGD	İşlevselliğin genel değerlendirmesi
KGİ	Klinik genel izlenim
KST	Kortiko-striato-talamik
KOKGB	Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu
MR	Manyetik rezonans
OKB	Obsesif kompülsif bozukluk
ORT	Ortalama
OSB	Otizm spektrum bozukluğu
RKÇ	Randomize kontrollü çalışma
SKÖ	Sosyal karşılaştırma ölçeği
SS	Standart sapma
SSRI	Selektif serotonin re-uptake (geri alım) inhibitörü

TABLolar DİZELGESİ

Tablo 1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı.....	29
Tablo 2. Katılımcıların kendilerinin, annelerinin ve babalarının yaş ortalaması ve ortalama kardeş sayısı.....	30
Tablo 3. Anne ve babaların eğitim durumu ve aile yapısı.....	31
Tablo 4. Katılımcıların annelerinde, babalarında ve kardeşlerinde bildirilen ruhsal bozukluk öyküsü.....	33
Tablo 5. OKB grubundaki katılımcıların eş tanıları.....	34
Tablo 6. OKB grubundaki katılımcıların ilaç kullanımı.....	35
Tablo 7. Sosyal aktiviteye gitme oranları.....	36
Tablo 8. Katılımcının, anne ve baba yakın arkadaş sayısı ortalamasının iki grupta karşılaştırılması.....	36
Tablo 9. Ebeveynlere göre çocuklarının arkadaşlık ilişkileri.....	38
Tablo 10. Katılımcıların ebeveynlerinin arkadaş edinmekte zorluk durumu.....	39
Tablo 11. OKB ve kontrol grubu arasında ölçek puanları açısından farkın değerlendirilmesi.....	40
Tablo 12. OKB şiddetine göre belirlenen grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 13. OKB belirtileri subklinik ya da remisyonunda olan, hafif ve orta şiddette olan katılımcıların ölçek puanlarının kontrol grubu ile karşılaştırılması	41
Tablo 14. OKB grubunda eş tanısı olan katılımcılarla eş tanısı olmayanların ölçek puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 15. OKB grubunda eş tanısı olmayan, bir eş tanısı olan ve birden fazla eş tanısı olan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 16. Cinsiyetler arasında ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 17. OKB grubunda aile yapısının ölçek puanlarına etkisi.....	44
Tablo 18. OKB grubundaki katılımcıların yaşı ile ölçek puanları arasında ilişki.....	44
Tablo 19. Katılımcıların ebeveynlerinde bildirilen ruhsal bozukluk varlığının, ebeveynlerin çalışma durumunun ve ebeveynlerin eğitim durumunun ölçek puanlarına etkisi.....	46

Tablo 20. Sosyal aktiviteye giden ve gitmeyen gençlerin ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	47
Tablo 21. Katılımcıların ebeveynlerine göre, katılımcıların ve kendilerinin arkadaş edinmekte zorlanıp zorlanmamasının ölçek puanlarına etkisi	48



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yineleyici obsesyonlar (takıntı) ve/veya kompulsiyonların (zorlantı) görüldüğü, genellikle süreğen, kimi zaman da epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır. Çocuk ve ergenlerde OKB yaygınlığının % 0.25-4 olduğu bildirilmektedir.¹

Sosyal beceriler, kişilerin başkaları ile olumlu etkileşimi başlatmaları ve bu etkileşimi sürdürmeleri için önemli davranış elemanlarıdır. İçinde bulunulan sosyal ortama uygun davranma becerisi olarak tanımlanan sosyal beceriler, kişilerarası ilişkilerin kurulmasında ve sosyal amaçların gerçekleştirilmesinde önemli rol oynar. Sosyal becerilerin iyi olması, kişinin olumlu ya da olumsuz duygulanımı uygun bir şekilde anlatabilmesini, kişisel haklarını savunabilmesini, gerektiğinde başkalarından yardım isteyebilmesini, kendisine uygun olmayan istekleri geri çevirebilmesini kolaylaştırır.^{2,3}

Gelişim dönemi özelliklerine göre birey, özellikle okul öncesi ve ilköğretim birinci kademedeki başkalarını keşfetme ile birlikte, onlarla geçinme ve iyi ilişkiler kurma amacıyla sosyal becerilere ihtiyaç duymaktadır.⁴ Toplumsal düzen, insanların sosyal becerileri sayesinde sağlanabileceğinden bu becerilere sahip birey sayısının fazla olması önemlidir. Toplumsal düzen bir yana, birey olarak insanın ruh sağlığı onun diğer bireylerle sağlıklı ilişkiler kurmasına bağlı olduğundan sosyal beceriler bireyin ruh sağlığı için de büyük önem taşımaktadır.⁵

Ruhsal bozukluğu olan ya da uyum sağlamakta zorlanan pek çok insanın sosyal inhibisyonlar ve beceriksizlikler nedeniyle sıkıntı yaşadığı; bu kişilerin kurabildiği az sayıdaki insan ilişkisinde yakınlık, sıcaklık ve rahatlık gibi doyum verici özelliklerin bulunmadığı bilinmektedir.³ Sosyal becerilerin psikoz, otizm spektrum bozukluğu, Tourette sendromu, sosyal fobi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi psikopatolojilere sahip bireylerde yetersiz olduğu düşünülmektedir.⁶⁻¹⁰ Yazın incelendiğinde ise obsesif kompulsif bozuklukta sosyal becerileri değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Sosyal becerileri yetersiz olan çocuk ve ergenlerin arkadaş edinmekte güçlük çektiği, kurdukları arkadaşlıkları sürdürmekte zorlandıkları çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. Ancak bu çalışmalara OKB belirtileri devam etmekte olan hastalar dahil edilmiştir.^{11,12} Bu araştırmada, OKB belirtileri devam etmekte olan gençlerin yanı sıra OKB belirtileri iyileşmiş ya da hafif düzeyde sürmekte olan gençlerin sosyal becerilerinin, sağlıklı gençlerin sosyal becerileri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. Tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluk tarihçesi oldukça eskiye dayanmaktadır. Eski dini kitaplarda, İsrail kralı Saul'un şeytandan gelen düşünceler nedeniyle sık sık rahatsızlık duyduğundan, damadının ise arp çalarak rahatsızlık veren düşüncelerden kurtulmaya çalıştığından bahsedilmektedir.¹³

Shakespeare ise 17 yy.daki Machbet adlı eserinde; Lady Machbet'in kocasını etkileyerek, kocasının Kral Duncan'ı öldürmesinde rol oynadığından ve yaşadığı suçluluğu takiben ortaya çıkan el yıkama kompülsiyonlarından bahsetmiştir.¹³

Obsesyon ve kompülsiyonlar psikiyatride ilk kez Esquirol tarafından melankoli belirtisi olarak tanımlanmıştır. Morel ise 1866'da obsesyon terimini kullanırken, Fransız psikiyatrist Pierre Janet ise obsesyon, kompülsiyon ve fobileri psikastenî başlığı altında toplayarak, bunların irade zayıflaması sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür.¹⁴

Freud fobiler ile obsesif kompülsif bozukluktaki ruhsal kökenin ve psikodinamik etkenlerin farklı olduğunu; bu iki durumun ayrı ruhsal bozukluklar olduğunu belirtmiştir.¹⁴

Psikiyatride sınıflandırma çalışmaları ilk kez Kraepelin tarafından yapılmıştır.^{15,16} Çocukluk çağı ruhsal bozukluklarına ilk olarak Amerika'da 1968 yılında DSM-II içinde, Avrupa'da ise 1978 yılında ICD-9 içinde yer verilmiştir.^{15,16} OKB yapılandırılmış sınıflamalara 1980 yılında yayınlanan 'Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı-III (DSM-III)' ile girmiştir. DSM-III-R'de ise OKB, günlük yaşamı kesintiye uğratan obsesyon ve kompülsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmıştır. DSM-IV'te OKB tanımlı çocuklarda, erişkinlere göre belirtilerin farklılık gösterebileceği, "Kişi obsesyon ve kompülsiyonların aşırı ya da mantıksız olduğunu bilir." tanı ölçütünün çocuk hastalar tarafından karşılanamayabileceği belirtilmiştir. OKB'nin "iç görüsü az" alt tipinin tanımlanması DSM-IV'teki diğer bir yeniliktir.^{17,18} DSM-III, DSM-III-R ve DSM-IV'te OKB, anksiyete bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmıştır. ICD-10'da ise OKB anksiyete bozukluklarından ayrılmış; "nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar" başlığında yer almıştır.^{15,16} Bilimsel verilerin birikmesiyle, klinik görünüm ve etyolojik açıdan OKB'nin anksiyete bozukluklarından farklılık gösterdiğinin gözlenmesi sonucu; OKB, DSM 5'te ve ICD-11'de Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar başlığı altına alınmıştır.¹⁹⁻²¹

2.1.2. Epidemiyoloji

OKB fobiler, madde kullanım bozuklukları ve depresyondan sonra dördüncü sıklıkta görülen psikiyatrik bozukluktur.²²

OKB sıklığı kültürel etkenlerden bağımsızdır ve genel toplumda yaşam boyu yaygınlığı % 1.9-3.3 olarak tahmin edilmektedir.²³ Toplum örnekleminde yapılan ve katılımcıların yedi farklı zaman diliminde değerlendirildiği 30 yıllık bir izlem çalışmasında; OKB yaygınlığı % 3.5, obsesif kompulsif belirtilerin yaygınlığı ise % 11.2 olarak bildirilmiştir.²⁴ Çocuk ve ergenlerde OKB yaygınlığı % 0.25-4 olarak tahmin edilmektedir.²⁵

Erişkin yaş grubunda yapılan çalışmalarda cinsiyetler arasında yaygınlık farkının olmadığı gösterilmiştir.¹ Çocuklarla yapılan çalışmalarda ise OKB'nin erkeklerde kızlara göre 3/2 oranında daha yaygın olduğu bildirilmektedir.²⁶ Despert ve arkadaşlarının yaptığı, OKB ve şizofreni ayırıcı tanısının araştırıldığı, 401 çocuğun çalışmaya uygunluğunun değerlendirildiği ve 68 çocuğun OKB tanısı aldığı bir çalışmada, OKB tanısı alanlarda erkek/kız oranı 3/1 olarak bildirilmiştir.²⁷ OKB tanılı 70 çocuk ve ergenin dahil edildiği bir çalışmada erkeklerde kızlara göre belirti başlangıcının daha erken olduğu bildirilmiştir (9.6±3.8 vs 11.0±2.7 yaş, p<0.06).²⁷ Ergenlerle yapılan çalışmalarda cinsiyetler arası yaygınlık farkının kaybolduğu göze çarpmaktadır.¹ Erişkinlerde OKB'nin daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur.²⁸

2.1.3. Etyoloji

OKB'nin gelişiminde genetik, nörokimyasal, yapısal ve psikodinamik pek çok etkenin rol aldığı ve etyolojik etmenlerin cinsiyetler arası farklılaştığı düşünülmektedir. OKB belirtilerinin kalıcı seyri bakımından kızlarda çevresel etkenlerin, erkeklerde ise genetik etkenlerin aracı olduğu öne sürülmüştür.^{1,29}

2.1.3.1 Genetik Etmenler

İkiz, aile ve evlat edinme çalışmalarından edinilen bilgiler, OKB etyolojisinde genetik bileşenin rolünü vurgulamaktadır.³⁰ OKB'de kalıtımın rolünün % 35-65 oranında olduğu belirtilmektedir.³¹ Pediatrik örnekleme yapılan izlem çalışmalarında erişkinlerdekine kıyasla kalıtımın rolü daha yüksek bulunmaktadır.³² Bu, erken başlangıçlı OKB'nin, bozukluğun gelişimsel bir alt tipi olabileceği görüşünü desteklemektedir.²⁵ 14 yaş öncesi OKB belirtileri ortaya çıkan kişilerin ailelerinde OKB oranı % 8,8 iken, erişkin hastaların

ailelerinde bu oran % 3.4'tür.³³ OKB tanılı bireylerin birinci derece yakınlarında OKB ve subklinik OKB oranı % 35 olarak bildirilmiştir.³⁴ İkiz çalışmalarında monozigot ikizlerde eş zamanlı hastalanma oranları dizigotlardan belirgin şekilde yüksektir.¹ 15 monozigot ve 15 dizigot ikiz çiftin dahil edildiği bir çalışmada; tedavi almış ve tedavi almamış ikizlerde obsesif belirtiler ve özellikler değerlendirildiğinde, monozigot ikizlerde % 87, dizigot ikizlerde % 47 oranında konkordans bildirilmiştir.³² Obsesif belirtileri içeren psikiyatrik epizod öyküsü ya da bu şikayetler nedeniyle pratisyen hekim tarafından tedavi öyküsü oranına bakıldığında ise monozigotlarda % 33, dizigotlarda % 7 oranında konkordans bildirilmiştir.³² İkiz çalışmalarından çıkarılan sonuç; OKB'nin genetik geçişinin önemli olduğu ancak elde edilen oranların 'tek başına genetik geçişle ortaya çıkar' demek için yetersiz olduğu şeklindedir.¹ Genom ilişkilendirme çalışmaları ve aday genlerle ilgili çalışmaların meta-analizleri OKB etyolojisinde poligenik bir etkinin olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik sistemle ilgili genlerin OKB'de önemli olduğu belirtilmektedir.³⁵

2.1.3.2. Nörokimyasal Etmenler

OKB'de kortizol düzeyinde artma, beyin omurilik sıvısında (BOS) kortikotropin salıverdirici faktör düzeyindeki yükseklik, BOS'ta arginin ve vazopressin düzeyleri ile klomipramine cevap arasında negatif ilişki saptanmıştır. Ek olarak klonidinin α_2 noradrenerjik uyarı ile OKB belirtilerinde düzelleme sağlaması, OKB belirtilerinin tedavisinde SSRI'ların önemli rol alması, OKB'li bireylerin beyin görüntüleme çalışmalarında serotonin ve dopaminden zengin alanlarda (Kaudat ve OFK) tutulumun olması etyolojide pek çok nörotransmitterin ve bunların sistemlerinin rolü olduğunu düşündürmektedir.¹

2.1.3.3. Beyindeki Yapısal Etmenler

OKB'li hastalarla yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında tanımlanan bazal ganglion, bazı talamik ya da kortikal yolları etkileyen yapısal değişikliklerin OKB ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sydenham Koresi, Huntington Koresi ve Tourette Sendromu gibi bazal ganglion ile ilgili bozukluklarda OKB'nin daha sık görülmesi de bu yapısal bozukluk teorisini desteklemektedir.¹

BT ile yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında ventriküllerde genişleme ve kaudat çekirdekte küçülme bildirilmiştir. MR görüntüleme çalışmalarında ise çift taraflı kaudat çekirdek ve globus pallidus hacminde azalma, sağ retrokallosum hacminde artma bildirilmiştir.³⁶ Talamik volümün artmış bulunduğu OKB'li çocuklarda yapılan bir çalışmada paroksetin tedavisi sonrası talamik volümde azalma gözleendiği bildirilmiştir.³⁷

OKB gelişiminde en çok kabul gören nörofizyolojik model kortiko-striato-talamik (KST) yolaklardaki işlev bozukluğudur.³⁸ Orbitofrontal korteks hiperaktivasyonunun tehdit algısıyla ilişkili düşüncelerin süregenleşmesinde (obsesyonlar gibi) ve bunu nötralize etmek için yapılan kompülsiyonların düzenlenmesinde rol oynadığı belirtilmektedir. Lateral ve medial orbitofrontal korteks hiperaktivasyonu hem erişkinlerde hem de çocuklarda gösterilmiştir.³⁵ Orbitofrontal korteks hiperaktivasyonunun OKB tanısı olmayan ancak genetik olarak risk altında olan OKB'li hastaların yakınlarında da olduğu saptanmıştır.³⁹ Bu hiperaktivasyonun BDT tedavisini takiben azaldığı gösterilmiştir.³⁵

KST yolaklardaki bozukluğun, eksitator ve inhibitör yolaklarda sinyal iletimindeki dengesizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir. OKB belirti karakteristiklerinin ortaya çıkmasında ventral /afektif ve dorsal /kognitif yolakların etkili olduğu düşünülmektedir.³⁸ Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında, hastalara takıntılılarıyla ilişkili resimler gösterilerek PET ve FMRI görüntülemeleri yapılmıştır. Erişkin ve pediatrik OKB tanılı popülasyonda yapılan bu çalışmalarda orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks ve kaudat gibi ventral KST yolakla ilişkili yapıların dinlenme halinde aşırı aktif olduğu saptanmıştır.³⁸ Obsesyonla ilişkili resimler gösterildiğinde ise bu bölgelerdeki aktivasyonun daha da belirgin hale geldiği gözlenmiştir. Bunun yanında, var olan OKB belirtileri ile ilişkili olarak farklı bölgelerde de aşırı aktivasyonun gözleendiği bildirilmiştir. Örneğin temizleme/yıkama kompülsiyonu olan kişilerde, ventromedial prefrontal kortekste, anterior singulat kortekste ve talamusta; kontrol etme kompülsiyonu olan hastalarda dorsolateral prefrontal alan, anterior singulat korteks, lentiform nükleus ve talamusta, biriktirme kompülsiyonu olan erişkin hastalarda presantral ve orbitofrontal alanlarda aşırı aktivasyon gözlenmiştir.⁴⁰ OKB hastalarında belirti tipine göre; ventrolateral prefrontal korteks, insula, posterior singulat gyrus, presantral gyrus, precuneus, oksipito-temporal korteks ve serebellum gibi yapıların deaktivasyonu da saptanmıştır.⁴⁰ Etkin tedavi sonrası bu alanlardaki bulguların normale döndüğü bildirilmiştir.³⁸

Çalışmalardan elde edilen bilgiler; orbitofrontal beyaz cevher, singulat girus, kaudat çekirdek ve globus pallidusun 'kortiko-striato-talamik-kortikal' yolağı oluşturarak OKB'nin ortaya çıkışında rol oynadığı fikrini desteklemektedir.¹

2.1.3.4. İmmünolojik etmenler

PANDAS (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections) kısaltmasıyla anılan "Streptokokkal infeksiyonlara bağlı gelişen pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik hastalıklar", 1998 yılında Swedo ve arkadaşları tarafından yeni bir sendrom olarak tanımlanmış olup, o tarihten itibaren ilgi çekmeye başlamıştır. PANDAS, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarını takiben immünolojik reaksiyonlar sonucu ortaya çıkmaktadır.⁴¹

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) PANDAS için tanı ölçütleri belirlemiştir. Bu ölçütlerde tanı için:

- 1) Obsesif-kompulsif bozukluk veya bir tik bozukluğunun bulunması,
- 2) Başlangıcın 3 yaş ile ergenlik arasında olması,
- 3) Belirtilerin aniden başlaması ya da belirtilerde dramatik alevlenmelerle karakterize gidişin olması,
- 4) Belirtilerin başlangıcı ya da alevlenmesi ile A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu arasında zamansal ilişkinin bulunması,
- 5) Alevlenme sırasında nörolojik muayenede anormal bulguların (motor hiperaktivite; koreiform hareketler veya tikler) varlığı aranmaktadır.⁴²

Sydenham koresinin eşlik ettiği ya da etmediği, akut romatizmal ateş (ARA) geçirmekte olan ya da geçmişte ARA öyküsü olan çocuklarda da OKB belirtilerinin ortaya çıktığı bildirilmiştir.⁴³⁻⁴⁵

2.1.3.5. Psikososyal etmenler

Psikoanalitik kurama göre tüm nörotik bozuklukların zemininde yaşamın ilk yıllarında anne-baba ve çocuk arasında olan çatışmalar yatmaktadır. Freud, obsesyon ve kompulsiyonları, "çocuklukta geçirilmiş cinsel örselenmenin sonucu ana babaya karşı düşmanca dürtülerin denetimi" olarak açıklamış ve anal döneme saplanma ya da bu döneme gerileme sonucunda geliştiğini belirtmiştir. Bu dönemde çocuk, yaşamında ilk olarak birbirine karşıt ve dürtüsel yönden yüklü iki yetiyi (tutma ve boşaltma) kullanabilme

durumuna gelmiştir. Ancak bu yetiyi başlangıçta kendisinin değil de annenin isteklerine ve eğitim biçimine göre kullanmaktadır. Çocuğun bu işlevlerinin aşırı denetlenmesi, annenin istediği zamanda ve yerde işemeye ve dışkılamaya zorlanması, aşırı cezalandırıcı ve suçlayıcı tutumlar bu dönem sorunlarına yol açar. Çocuk suçluluk korkusu ile öfke ve karşı koyma isteği arasında, ileriki yaşamında da her eylemin bir olumlu bir de olumsuz yanı arasında bocalar (iki değerlilik). OKB’de asıl sorun birbirine karşıt dürtülerin baskısı üzerinde bir denetim sağlama çabasıdır.^{14,46}

Obsesif kompulsif kişiliğin temel savunma düzenekleri bastırma, karşıt tepki kurma ve yalıtmadır. Yer-değiştirme ve yapıp bozma savunma düzenekleri ile de OKB belirtilerinin oluştuğu düşünülmektedir.^{14,46}

Davranışçı kurama göre, obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır ve anksiyete yaratırlar. Yaşanan anksiyete kompulsiyonlarla giderilmeye çalışılır ve bunda başarılı olunursa kompulsif davranış öğrenilmiş bir örnek olarak pekiştirilir. Kompulsif davranışın ardından anksiyete düzeyindeki azalma kompulsif davranışın yinelenmesine yol açar, böylece kırılması zor bir kısır döngü oluşur. OKB’ si olan hasta, anksiyete düzeyini azaltmada kullandığı ritüellere karşı koymak için fobik kaçınma davranışı da geliştirebilir. Bu da kişinin giderek yaşam alanının daralmasına ve etkinlik düzeyinin düşmesine neden olur.⁴⁷

Bilişsel kurama göre: OKB’de gerçek dışı tehdit içeren değerlendirmeler mevcuttur. Bu kişiler tehdidi en yüksek noktalarda yaşamaktadırlar. Çünkü hem olasıyı, hem de gerçekleşmesi istenmeyen bu olasının gerçekleştiğinde olabilecekleri abartmaktadırlar. Sonuçta bu abartılı değerlendirmeler anksiyeteye ve kötü sonlanacak olayı etkisizleştirme, engelleme çabalarıyla ritüellere yol açmaktadır.⁴⁷

2.1.4. Klinik görünüm

Başlangıç yaşı olarak çocukluk çağı (10-11 yaş) ve ergenliğin sonu-genç erişkinlik dönemi (19-23 yaş) olmak üzere iki pik yapar.¹ İlk pik çocuklukta 7-12 yaş arasında ve erkeklerde daha sık görülürken, ikinci pik erken erişkinlikte ortalama 21 yaşında ve kadınlarda daha fazla görülmektedir.²⁸ Bilinen en erken başlangıç yaşı 2 olmakla birlikte 6 yaşından önce başlangıç oldukça nadirdir.¹

OKB tanımlı erişkinlerin %30-80’i, OKB belirtilerinin 18 yaş öncesi başladığını bildirmektedir.^{48,49} Çoğu zaman belirgin işlev kaybı ile hastalığın başlangıcı arasında yıllar geçmiş olur. Çocuk ve ergenlerde OKB tanısı konmasında gecikme olabilmektedir.⁵⁰

Bunda normal gelişim sürecindeki ritüellerden ayırdetmede yaşanan zorluk, içgörü azlığı, utanma ve semptomları saklama eğilimi gibi etkenler rol oynuyor olabilir.⁵¹ OKB sıklıkla aşırı el yıkama ya da tekrarlayan kontrol davranışları gibi belirti kümeleriyle ilişkilendirilse de, hastalarda tamamen farklı belirtiler görülebilir, bu durum da tanı koymayı zorlaştırabilmektedir.²⁵ Erişkinlerle yapılan bir çalışmada, OKB belirtilerinin erken başlamasının, sosyal işlevselliğin tüm alanlarında olmasa da, işte ve akademik alanda başarısızlıkla ve aile içi işlevselliğin bozulması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁵²

Yaş ortalaması 11.7 olan 125 OKB tanılı çocuk ve ergenin dahil edildiği bir çalışmada, % 52'sinde sadece kompülsiyonlar, % 8.8'inde sadece obsesyonların ve % 39.2'sinde de obsesyon ve kompülsiyonların birlikte görüldüğü bildirilmiştir. En sık, gözlenen obsesyonların; kendisine ya da yakınlarına kötü bir şey olması düşüncesi ve temizlik obsesyonlarının olduğu, en sık görülen kompülsiyonların ise yıkama ve temizlikle ilişkili kompülsiyonların olduğu bildirilmiştir.⁵³

Çocuk ve ergenlerde görülen semptomlar; bulaşma obsesyonları, kendisine ya da sevdiklerine zarar geleceğine ilişkin obsesyonlar, cinsel, dinle ilgili ya da saldırganlık obsesyonları, biriktirme obsesyonları, simetri ya da düzenle ilgili obsesyonlar ve aşırı ya da törensel yıkama-temizleme, kontrol etme, yineleme, sayma ve düzenleme, biriktirme kompülsiyonlarıdır.⁵⁴ Yapılan bir çalışmada çocuklarda en sık görülen obsesyonların bulaşma ve zarar görme, en sık görülen kompülsiyonların ise yıkama ve zarar görmekten korunmak için yapılan ritüeller olduğu bildirilmiştir.^{54,55} Cinsel obsesyonların ergenlerde çocuklardan, erişkinlerde de ergenlerden fazla görüldüğü; dini obsesyonların ise ergenlerde çocuklardan ve erişkinlerden fazla görüldüğü bildirilmiştir.⁵⁵

Çocukluk çağı başlangıçlı 35 OKB tanılı hastanın dahil edildiği, Samsun'da yapılan bir çalışmada hastaların %85.7'sinde obsesyon ve kompülsiyonun birlikte bulunduğu, %14,3'ünde obsesyonun eşlik etmediği kompülsiyonun bulunduğu bildirilmiştir. OKB grubunun belirti dağılımı incelendiğinde, en sık görülen obsesyonlar sırasıyla kirlenme obsesyonu (%45.7), saldırganlık obsesyonu (%25.7), cinsel obsesyon (%11.4), dini obsesyon (%11.4), büyüsel düşünce/batıl inanç obsesyonu (%5.7) iken, en sık görülen kompülsiyonlar yıkama/temizleme kompülsiyonu (%45.7), kontrol etme kompülsiyonu (%34.3), sıralama/ düzenleme kompülsiyonu (%28.6), diğer kompülsiyonlar (%17.1), tekrarlayıcı törensel davranışlar (%8.6) ve aşırı büyüsel düşünceler/batıl davranışlar (%8.6) olarak bulunmuştur.⁵⁶

2.1.5. Tanı ve Değerlendirme

OKB'nin tanısız görüşmesinde K-SADS (Çocuklar için şizofreni ve duygudurum bozuklukları görüşme formu) kullanılabilir. K-SADS çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.^{57,58}

Tanısal görüşmede ebeveynlerin ve çocukların bildiriminde tutarlılığın düşük olduğu, çocukların depresyon ve anksiyete gibi içselleştirme sorunlarını, ebeveynlerin ise dışarıya ve gözlenebilir sorunları daha çok tarif ettiği bildirilmiştir. Hem tanı hem de belirti şiddetinde ebeveyn-çocuk bildirimlerinin tutarlılığının düşük olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle tanı ve değerlendirme sürecinde çok kaynaktan bilgi almanın önemli olduğu düşünülmüştür.⁵⁹

OKB'nin klinik görünümünü ve belirti şiddetini değerlendirmede tüm dünyada en sık kullanılan araçların başında "Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (CY-BOCS)" bulunur.¹ Yücelen ve ark. tarafından 2006 yılında ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek yarı yapılandırılmış bir görüşme ile klinisyen tarafından uygulanmaktadır. Öncelikle var olan obsesyon ve kompulsiyonlar belirlenmekte, takiben bu belirtilerin neden olduğu işlev kaybı, belirtiler nedeniyle harcanan zaman, belirtileri erteleyebilme/engelleme becerisi, belirtilerin engellenmesi durumunda yaşanan sıkıntı derecesi gibi alt puanların belirtildiği bölümler bulunur ve bu bölümler puanlanır. Testin sonunda da iç görü, kaçınma, kararsızlık, aşırı sorumluluk hissi, hareketlerde yaygın yavaşlama, patolojik kuşku, global ciddiyet, global düzelme ve genel güvenilirlik başlığı ile dokuz madde bulunmaktadır.^{60,61} Testin sonucunda obsesyon şiddeti puanı, kompulsiyon şiddeti puanı ve her ikisinin toplamından oluşan toplam şiddet puanı elde edilir. 0-40 puan arası derecelendirilen bu ölçek ile; 8-15 puan hafif derecede hastalık, 16-23 puan orta derecede hastalık, 24 puan ve üstü ağır derecede hastalık olarak değerlendirilmektedir.⁶¹

Tablo 1. DSM-5'e göre OKB Tanı Ölçütleri:²⁰

A-Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1- Kimi zaman zorla veya istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.

2- Kişi, bu düşüncelere, itkilere veya imgelere aldırımmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1- Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

2- Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacı ile yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilir.

B- Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C- Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D- Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileri ile daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda

olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarma ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğunda] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozululuğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluğunda olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığının ya da olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanırsal inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişini o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

2.1.6. Eşlik eden tanılar:

OKB tanısı alan çocuk ve gençlerde yüksek oranda psikiyatrik eş tanı görülmektedir. Özellikle tik bozuklukları, Tourette sendromu, majör depresyon ve anksiyete bozuklukları

görülebilmektedir.⁵⁵ Yeme bozuklukları, trikotillomani, beden dismorfik bozukluk ve dürtü kontrol bozuklukları da OKB'li çocuklardaki yaygın eş tanılardandır.⁶²

Hindistan'da OKB tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan üç çalışmada majör depresif bozukluk, distimi ve bipolar bozukluk eş hastalanım yaygınlığı % 14-23, % 0-2 ve % 0-2 oranları arasında bulunmuşken; panik bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu eş hastalanım yaygınlığı % 0-6, % 0-13, % 5-7, % 0-7 ve % 5-7 oranları arasında bildirilmiştir. Bu çalışmalarda Tourette sendromu % 8-11, tik bozukluğu % 2-23, DEHB ise % 3-18 oranları arasında OKB'ye komorbid bulunmuştur.⁶³⁻⁶⁵ OKB tanılı 70 çocuk ve ergenin dahil edildiği bir çalışmada, anksiyete bozukluğu ve depresyonun en sık eşlik eden tanılar olduğu; %35'inde depresyon, %40'ında anksiyete bozukluğu görüldüğü, katılımcıların %25'inde de dil gelişiminde ya da okumayı öğrenmede gecikme olduğu bildirilmiştir.²⁷

Eşlik eden tanılar OKB tanısının konduğu yaştan ziyade, OKB belirtilerinin başlangıç yaşıyla ilişkilidir. Başlangıç yaşı küçüldükçe eşlik eden tanıların arttığı görülmektedir. Üstelik erken başlangıçlı OKB'de DEHB, yıkıcı davranış bozuklukları, fobiler, anksiyete bozuklukları ve tikler daha çok eşlik ederken, ergenlik döneminde başlayan OKB'de depresif bozukluklar daha çok eşlik etmektedir.⁶⁶ Klinik izlenim olarak OKB'li çocukların sıklıkla duygu regülasyonunda, aile ve akran ilişkilerinde, akademik alanda sorun yaşadıkları da bildirilmektedir.⁵⁵

Erişkinlerle yapılan bir çalışmada trikotillomani, aralıklı patlayıcı bozukluk, madde kullanım bozukluğu gibi dürtü kontrol sorunlarının sosyal işlevsellikteki bozulmayı özellikle de aile içi ilişkilerde bozulmayı ön gördüren etmenlerden olduğu belirtilmiştir.^{52,67}

2.1.7. Ayırıcı Tanı:

Ruhsal bozukluklardaki belirtilerin benzerlik gösterebilmesi, sorunlu davranışları bir ruhsal bozukluğa yordamanın zorluğu ve izlem sürecinde tanının değişkenlik göstermesi nedeniyle erken yaşlarda ayırıcı tanı yapmak sıklıkla zor olmaktadır.^{66,68} Örneğin anksiyete belirtileri hem OKB'de hem de anksiyete bozukluklarında, tekrarlayıcı davranışlar hem OKB'de hem de otizmde, duygu düzenlemeyle ilgili sorunlar hem OKB'de hem de yıkıcı davranış bozukluklarında görülebilmektedir.^{66,69} OKB belirtilerinin normal gelişimsel özelliklerden de ayırt edilmesi gerekmektedir. Erken çocuklukta başlayıp, yaklaşık 8 yaş

civarında kaybolan törensel davranışlar sosyalleşmeyi artırmakta rol oynamakta ve kaygı düzeyini azaltmaktadır. Ancak OKB'deki törensel davranışlar rahatsız edici olmakta ve sosyalleşmeyi azaltmaktadır.⁷⁰ Abartılı batıl inançlar da OKB olarak yorumlanabilir, ancak fazla zaman harcanmaması, işlev kaybına neden olmaması ile OKB'den ayrılırlar.¹

Bir çok psikiyatrik bozukluğun seyri sırasında hoş gitmeyen düşünceler olabilir ve bunların obsesyonlardan ayırt edilmesi gerekir. Depresyon sırasında olumsuz düşüncelerin saplantı şeklinde sürmesi sıktır. Depresyonu olan bir hastanın süreklilik gösteren değersizlik düşüncelerinin benlik ile uyumlu olması, depresyonu OKB'den ayırabilir. Benzer olarak beden dismorfik bozukluğunda beden ve görünüş ile ilgili, yeme bozukluğunda yiyecekler ve kilo ile ilgili, fobilerde korkulan nesne ile ilgili takıntılı düşünceler obsesyon olarak değerlendirilmez. Yaygın anksiyete bozukluğundaki aşırı anksiyete obsesyonlardan, anksiyetenin gerçek yaşam olayları ile ilgili olmasıyla ayrılır. Hipokondriaziste kişi sürekli ciddi bir hastalığı olduğunu düşünür ve bunu bulmak için çabalar, OKB'de ise farklı olarak kişi hastalanmaktan ya da hastalık bulaştırmaktan aşırı şekilde korkar, hastalığını bulmak için aşırı uğraş yerine hastalanmamak için törensel davranışlar sergiler.^{1,16,71}

Ayrırcı tanının sıklıkla yapılması gereken diğer bir bozukluk da tik bozukluğudur. OKB tanılı çocuk ve gençlerin % 59'u hayatlarının bir döneminde tik bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktadır.⁷² Tik bozukluğu olan hastalarda OKB daha erken başlangıçlı olup, tik bozukluğu eşlik etmeyenlere göre farklı belirti kümeleriyle ortaya çıkabilmektedir.⁷³ Özellikle kompleks tikler ayrırcı tanıya girebilmekte ve dokunma gibi davranışlar kompulsiyonlarla karışabilmektedir. Tikler çoğunlukla istemsizce yapılırken, kompulsiyonlar anksiyeteyi azaltmak amacıyla bilinçli yapılmaktadır. Tikler basit dokunma hareketi gibi olabilirken, kompulsiyonlar 4 kez sağ elle, 4 kez sol elle dokunmak gibi daha karmaşık ve detaylıdır.⁷⁴

OKB ve trikotillomaniyi de bazen ayırt etmek güç olabilmektedir. Trikotillomanide kişi belirtilerden şikayetçi değildir, saklama eğilimindedir ve tedavi arayışı yoktur. Obsesyonlar da genellikle eşlik etmemektedir. Ayrıca tedaviye yanıt OKB'ye göre daha azdır, ancak işlev kaybı OKB'de daha fazla görülmektedir.^{54,75}

Kısıtlı ilgi alanı ve stereotipik davranışlar OSB'nin çekirdek belirtileri olup, hem zihinsel meşguliyete hem de tekrarlayıcı davranışlara neden olabilmektedir. Örneğin oyuncakları sıralama ve düzenleme gibi stereotipik davranışlar kompulsiyonlara

benzeyebilmektedir. Belirtilerin OKB mi yoksa OSB ile mi ilişkili olduğunun ayırılması tedaviyi şekillendireceğinden önem arz etmektedir. OSB'deki stereotipik davranışların aksine OKB'de kompulsiyonlardan önce bir obsesyon görülebilmekte, kompulsiyonlar anksiyeteyi azaltmakla ilişkilendirilmekte, egodistonik olarak değerlendirilmekte ve davranışın kendisi keyif verici olarak tanımlanmamaktadır. OSB ve OKB eş tanı olarak da görülebilmekte ve OSB'li bireylerde OKB, normal popülasyona göre daha sık bildirilmektedir.⁷⁶

Garip obsesyonları olan ve içgörüsü az olan gençlerde OKB psikoz ile de karışabilmektedir.⁷⁷ Örneğin zarar görmeye ilişkin endişe duyan ve saldırganlık obsesyonları olan bir hastanın belirtileri paranoid sanrı ile karışabilmektedir. Burada kişinin başkalarının ona neden ve nasıl zarar verebileceği ile ilgili düşünce bozukluğunun olmayışı ve diğer psikoz belirtilerinin eşlik etmiyor oluşu ayırıcı tanıda yardımcı olabilmektedir.²⁵

2.1.8. Tedavi

OKB'li çocuklarda kanıta dayalı iki tedavi yöntemi bulunmaktadır. Bunlar maruz bırakma ve tepki önleme tekniklerinin kullanıldığı BDT ile SSRI tedavisidir.⁷⁸ Çocuklarda BDT genellikle 12-20 seans arasında sürmektedir. Temel tedavi stratejisi, çocuk ve gençlerin korkulan durumla yüzleşmesini takiben anksiyetelerini azaltmak için yaptıkları kompulsiyonları yerine getirmemeleri ve anksiyeteleri kendiliğinden azalana kadar beklemeleridir. Bu ödev anksiyete yaratan durum onlar için bir alışkanlık haline gelene ve anksiyete uyandırmayana kadar tekrar edilmektedir. Ödevler seans içinde terapistle birlikte ya da seanslar arası ev ödevi olarak verilebilmektedir. Uygulamalara anksiyete yaratan takıntılar hiyerarşik bir sıralama yapılarak, çocuk ya da gence göre kolay olandan başlanarak yapılabilir.^{25,46}

Çocuk ve gençlerde OKB tedavisinde BDT'nin etkinliğinin değerlendirildiği 25 RKÇ ve SSRI tedavisinin etkinliğinin değerlendirildiği 9 RKÇ'nin dahil edilerek yapıldığı bir sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında; BDT için ortalama etki büyüklüğü -0.53, SSRI için -0.48, kombine tedavi için ise -0.80 olarak bulunmuş ve her üç yöntemin de çocuklarda OKB tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir.⁷⁹

Bu metaanalizde aynı zamanda tedavi yanıtı ve iyileşme oranları da değerlendirilmiştir. Bekleme listesinde kontrol grubu hastalarında % 13, plaseboda % 29.3 oranında düzelme

gözlenirken; BDT’de % 69.6, SSRI tedavisinde % 48.9, kombine tedavide % 66.1 oranında tedavi yanıtı gözlenmiş ve bu oranlardaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İyileşme oranlarına bakıldığında ise BDT’de hastaların % 52.7’si, kombine tedavide % 49.1’i tedavi sonrası OKB tanı kriterlerini karşılamamıştır. SSRI tedavisinde ise bu oran % 24.1 olup, plasebodan (% 14.7) ve bekleme listesinden (% 10.1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmamıştır. BDT ve SSRI tedavisinin belirti şiddetini azaltmakta etkili olduğuna şüphe olmamakla birlikte, yalnızca SSRI tedavisi alan hastaların % 75’i tedavi sonrası tanı kriterlerini karşılamaya devam etmektedir.⁷⁹ Bu metaanalizin sonuçları daha önce yapılan çalışmalarla da tutarlı bulunmuştur.^{80,81}

SSRI tedavisinde antidepresan etki için 3-4 haftalık uygulama yeterli iken, antiobsesyonel etki için 10 haftadan fazla ve genellikle 16-18 haftalık uygulama gereklidir. Diğer bir deyişle ilacın bir OKB olgusunun tedavisinde etkisiz olduğunu söylemek için uygun bir dozda yaklaşık 16 hafta kullanılmış olması gerekir.¹ Fluoksetin, sertralin, fluvoksamin, sitalopram ve paroksetinin OKB’li çocuk ve ergenlerde etkili ve güvenli olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda SSRI’ların etkinliğinde anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.⁸⁰ SSRI tedavisine yanıt alınan kişilerde, başarılı bir tedavi sonrası bir yıl ilaç kullanımının devam etmesi önerilmektedir.^{82,83}

TCA grubundan klomipraminin de çocuk ve ergenlerde OKB tedavisinde etkin olduğu hatta SSRI’lardan daha etkili olduğu bilinmekle birlikte yan etkilerin daha sık görülmesi ve kardiyak aritmiye sebep olabilmesi nedeniyle ilk tercih olarak kullanılmamaktadır.⁸⁴

OKB ve Tourette sendromu tanıli hastalar ile yalnızca OKB tanıli hastalarda tedavi etkinliği karşılaştırıldığında Tourette sendromu komorbiditesi bulunanların SSRI tedavisine daha az yanıt verdikleri, fluoksetin ve haloperidol kombinasyon tedavisine daha iyi yanıt verdikleri bildirilmiştir.⁸⁵

2.1.9. Gidiş ve Sonlanım

İzlem bulguları OKB’nin tedaviye cevap verse de, genellikle kronik gidişli olduğunu göstermektedir.¹ OKB’si olan çocukların % 50’sinde erişkinlik döneminde bozukluğun sürdüğü (% 50’si kronik gidiş, % 50’si epizodik özellikte); % 25’inin subklinik OKB bulguları gösterdiği, % 25’inin ise OKB bulgusu göstermedikleri bilinmektedir.⁴⁶ 142 çocuk ve ergen ile tamamlanan bir izlem çalışmasında, hastaların 9 yıl sonraki değerlendirmesinde %41’inin hala tanı kriterlerini karşılamakta olduğu, % 40’ının ise

OKB dışı bir eksen 1 tanısı olduğu saptanmıştır. Eşik altı OKB belirtileri dahil edildiğinde ise katılımcıların %60'ında belirti saptanmıştır. İşlevsellikte bozulmanın ve OKB'nin yaşam kalitesine etkisinin hafif-orta derecede olduğu, OKB tanısı alanların üçte birinin orta-ağır şiddette OKB belirtilerinin olduğu, hastaların %50'sinin hala tedavi almakta olduğu, tedavi alanların %42'sinin farmakolojik tedavi, %25'inin ise terapi aldığı bildirilmiştir. Katılımcıların %49'unun daha ileri tedaviye ihtiyaç duyduğunu belirttiği, bu kişilerin %50'sinin terapiye, %11'inin ilaç tedavisine, %23'ünün kombine tedaviye ihtiyaç duyduğu saptanmıştır.⁸⁶ Bu çalışmada bozukluğun kronikleşmesindeki en önemli öngördürücü etmenin ilk değerlendirme sırasında hastalığın süresi olduğu; başlangıçtaki psikopatoloji şiddetinin, izlemde eş tanı varlığı için öngördürücü olduğu belirtilmiştir.⁸⁶ Stewart ve arkadaşlarının yaptığı gözden geçirme çalışmasında ise, OKB tedavisi için erken yaşta başvurunun ve uzun hastalık süresinin kronikleşme için öngördürücü olduğunu belirtmiştir.⁸⁷ İzlemde eş tanı varlığının değerlendirildiği çalışmalarda; %55-96 oranında eş tanı görüldüğü, en sık görülen eş tanının anksiyete bozuklukları (%10-81) ve duygudurum bozuklukları (%10-43) olduğu bildirilmiştir.^{64,72,86,87} İzlem çalışmasında katılımcıların %70'inin tam zamanlı ya da yarı zamanlı eğitime/işe devam ettiği, iş ve okulda işlevsellikte bozulmalarının hafif-orta derecede olduğu, bu bulgunun gençlerin OKB belirtileri devam etse de belirtileri ile sosyal hayata uyum sağlayabildiğini göstermiştir.⁸⁶

Olumsuz seyir için belirleyiciler arasında; klomipramin tedavisinin beşinci haftasında daha ciddi OKB belirtilerinin olması, yaşam boyu tik bozukluğu öyküsü ve ebeveynlerde birinci eksen bozukluğu öyküsü, erken başlangıç, çocukluk çağındaki belirtilerin ciddiyeti, cinsel ve dini obsesyonlar, algı ile ilgili sorunların sıklığı, belirtilere karşı iç görünüm olmayışı, eşlik eden depresyon ve diğer komorbid bozuklukların varlığı, şizotipal kişilik bozukluğu varlığı, hastaneye yatış öyküsü yer almaktadır.¹ SSRI tedavisine yanıtızlığın göstergesi olarak, başlangıçta ağır OKB belirtilerinin varlığı, erken başlangıç yaşı, komorbid depresyonun olması, cinsel obsesyonlar, zayıf iç görü, yıkama ve karmaşık kompulsyonların varlığı bildirilmiştir.⁸⁸ İlk değerlendirmede tik bozukluğu ya da Tourette sendromu olan gençlerde OKB'nin kronikleşme riskinin daha az olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur.^{86,89} Bu durum; tik bozukluğu ile görülen OKB'nin bozukluğun nörogelişimsel bir alt tipi olabileceği, gelişim ve maturasyonla kendiliğinden iyileşmelerin görülebileceği bir tablo olması ile açıklanmıştır.^{86,89}

Bellek ve yürütücü işlevlerin, OKB'li hastalarda BDT etkinliğinde ön gördürücü olabileceği hipotezinin değerlendirildiği, 18-60 yaş arası 39 erişkinin dahil edildiği bir çalışmada, BDT tedavisi sonrası hastaların %49'u tedaviye yanıt verirken %51'i tedaviye yanıtızsız kalmıştır. İki grup arasında, uygulanan 11 nöropsikolojik testte ve başlangıçtaki OKB belirti şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, tedaviye yanıtızsız hastalarda başlangıçtaki sosyal işlevsellik düzeyinin diğer gruptan anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır.⁹⁰

2.2. SOSYAL BECERİLER

2.2.1. Tanım ve Genel Bilgiler

2.2.1.1. Tanım

Sosyal beceri konusundaki çalışmalar 1920'li yıllarda Thorndike tarafından sosyal zeka tanımının yapılması ve sosyal zekanın ölçülmesine yönelik çalışmalar ile başlamıştır.^{91,92}

Sosyal beceri, kişiler arası ilişkilerde sosyal bilgiyi çözümleme ve anlamının yanı sıra, uygun tepkilerde bulunma, hedeflere yönelik ve sosyal bağlama göre değişen, hem gözlenebilir, hem de gözlenemeyen bilişsel ve duygusal öğeleri içeren ve öğrenilebilir davranışlar olarak tanımlanmıştır.⁹³ Marlowe ise sosyal becerileri; kişiler arası durumlarda, kişinin kendisinin ve diğer insanların duygu, düşünce ve davranışlarını anlama ve bu anlayışa uygun davranma yeteneği olarak tanımlamaktadır.⁹⁴ Petermann'e göre sosyal beceri, bireyler arası yüz yüze iletişimi mümkün kılacak davranışlardır.⁹⁵ Kelly'nin tanımına göre sosyal beceri davranışları, çevre tarafından onaylanmayı ve kabul görmeyi sağlamaktadır.^{3,93}

Sosyal davranış yakından incelendiğinde, kişinin doyum verici ilişkiler kurabilmesi ve sosyal amaçlarına ulaşabilmesi için bazı özel yeteneklere sahip olması gerektiği görülmektedir. Sosyal beceriler dediğimiz bu yetenekler kişinin olumlu ya da olumsuz duygulanımı uygun bir biçimde anlatabilmesini, kişisel haklarını savunabilmesini, gerektiğinde başkalarından yardım isteyebilmesini, kendine ters gelen istekleri geri çevirebilmesini amaçlamaktadır.³

Sosyal beceri diğer insanları ve olayları gözleme, özdeşim kurma, olumlu geri bildirim alma gibi yollarla öğrenilir. İletişim ve etkileşimin sözlü ve sözsüz olan davranışlarını kapsar. Sosyal beceriler, çevreden gelen olumlu tepkilerin artmasını sağlayarak, var olan becerilerin pekişmesine olanak sağlar.⁹⁶

2.2.1.2. Tanımla İlgili Kavramlar

Bu bölümde; sosyal beceri ile ilgili sık kullanılan ve bazen de karıştırılabilen kavramlardan kısaca bahsedilmiştir.

Sosyal biliş: Doğuştan gelen aşamalı olarak örgütlenmiş bir modülü temsil eder. Diğerlerinin inançlarını ve niyetlerini anlayabilme aracılığıyla onların davranışlarının anlamını çıkarabilme, kendisinin dışındaki kişilerin kendininkinden farklı bir zihne sahip olduklarını fark edebilme, öngörebilme ve karmaşık sosyal çevreler ile etkileşime girebilme yeteneği olarak tanımlanabilir.⁹⁷⁻⁹⁹ Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsünün [National Institute of Mental Health (NIMH)] desteklediği bir çalışmada sosyal bilişin beş alanda incelenmesi önerilmiş ve bu alanlar; duygu algılama, sosyal algı, sosyal bilgi, atıfsal yanlılık ve zihin kuramı olarak belirtilmiştir.^{100,101}

Duygu algılama /tanıma süreci, kişinin yüz ifadesinden, ses tonlamasından ya da her ikisinin birleşmesinden elde edilen duygusal bilgilerin yorumlanması sürecidir.^{99,101}

Sosyal algı, kişinin içinde bulunduğu sosyal ortamlarda diğer kişilerin sosyal rollerini, o andaki sosyal durumu anlayabilme, karmaşık sosyal durumlarda sözel ve sözel olmayan ipuçlarını kullanarak çıkarımlar yapabilme becerisidir.^{99,100,102}

Sosyal bilgi, sosyal durumlara ve sosyal etkileşimlere rehberlik eden roller, kurallar ve hedeflerin farkında olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Kişinin farklı sosyal durumlarda kendisinden nelerin beklendiğini bilmesini sağlayan sosyal bilgi, sosyal yeterlilik için ilk adım ve ön koşul olarak görülmektedir.^{99,100,102}

Atıflar, kişinin yaşadığı durum, kendisinin ya da diğerlerinin davranışlarının nedenleri hakkındaki yargılarıdır. Nedensel açıklamalardır.^{99,103}

Zihin kuramı, başkalarının davranışlarının altında yatan zihinsel durumları yorumlama, çıkarsama ve açıklama kapasitesi olarak tanımlanır; yanlış inançları, ipuçlarını, amaçları, mizahı, imayı, metaforu ve ironiyi anlamayı içerir. Zihin kuramı becerilerinin temelinde akıl yürütme (mentalizing) becerisi yatar.^{99,104}

Sosyal benlik: İnsanların sosyal ilişkilerde üstlendiği roldür. Abi, baba, komşu, arkadaş rolleri aynı kişinin, farklı ilişkilerindeki rolleridir.¹⁰⁵

Sosyal zeka: İletişimde bulunabilmek, ilişkilerindeki zorluklarla baş edebilmek, çözümler üretebilmek, ortamları tanımlamak ve şartlara uygun davranışlar geliştirmek, grup çalışmalarında sorumluluk ve etkin rol almak sosyal zekanın özellikleri olarak tanımlanmaktadır.¹⁰⁵ Buna göre bazı kişilerin kolayca ilişki kurabilmelerinin ve sosyal

ilişkilerindeki zorlukların üstesinden kolayca gelebilmelerinin temelinde sosyal açıdan zeki olmaları yatmaktadır.¹⁰⁶

Sosyal yeterlilik: Bir kişinin bir takım sosyal ilişkileri yürütebilmesi için gerekli olan kendini ifade etme, kendine güven, arkadaşlarca kabul görme, aile bireyleri ve diğer tanıdık bireylerce kabul edilme, sosyal bağımsızlık ve sosyal farkındalık gibi duygusal, sosyal ve bilişsel becerileri kazanıp kazanmadığını ifade etmektedir.¹⁰⁵ Sosyal beceri, sosyal yeterlilik kavramının içerdiği bilgi ve becerilerin sosyal ilişkilerde uygun biçimde kullanılmasını kapsamaktadır.¹⁰⁷

2.2.1.3. Sosyal Gelişim Kuramı

Sosyal gelişim kuramları sosyal davranışların ne zaman ve ne şekilde öğrenildiği ile ilgili varsayımlardır. Sosyal davranışların kaynağı bebekliğin ilk günlerine kadar uzanmaktadır.¹⁰⁸ Anne-bebek ilişkisi çocuğun sosyal gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Anne-bebek arasındaki sürekli ve tutarlı ilişki çocuğun başkalarına ve kendine karşı duyacağı güven duygusunun temelini oluşturur.¹⁰⁹

2 yaş civarında yürüme ve konuşma becerilerinin gelişmesiyle çocuk ebeveynlerinden kısmen bağımsız olarak hareket etmeye başlar. Çocuk çevresindeki insanların uygun yönlendirmeleriyle bazı davranışların belirli ortamlarda uygulanması gerektiğini öğrenir. Bu davranışlar sosyalleşmenin ilk aşamalarını oluşturur.¹¹⁰ Üç yaşlarında ayrışma-bireyselleşme süreci tamamlanmış olan çocuk, başka insanlardan ayrı bir kişi olduğunu kavrar. Kendi bedenine ve dış dünyaya karşı duyduğu merak, cinsellik ile ilgili konuları, toplumun değer ve yasaklarını öğrenmesini sağlar.^{108,109}

İnsan davranışını açıklayan en önemli kuramlardan biri olarak kabul edilen psikanalitik yaklaşımda Freud, sosyalleşmeyi, çocuğun ana-babasına duyduğu duygusal bağın diğer kişilere yansımaları olarak tanımlamıştır. Freud'a göre kişiliğin gelişimi, bireyin psikoseksüel gelişim evrelerinden geçmesiyle oluşur. Yaşamın erken dönemlerinde libido odağı vücudun belli bir bölgesi iken, Freud'un gizil dönem olarak isimlendirdiği okul çağı çocuklarında libidonun odaklandığı bedensel bir bölge yoktur. Bu dönemde çocukların ilgileri, cinsel olmayan yeni beceri ve uğraşlara yönelir. Çocuğa doyumu sağlayan ana-babaların yerine akranların geçmesi ile geniş ilişki ve öğrenme olanakları doğar. Ergenliğe kadar olan bu dönem çocuk ana-baba dışındaki kişilerle de özdeşim kurarak, içinde bulunduğu topluma ait bir birey olmak için gerekli şeyleri öğrenir.¹¹¹

Sosyal becerilerin öğrenilmesi ve geliştirilmesi alanında yapılan çalışmalarda, doğumdan hemen sonra başlayıp bütün yaşam boyu devam eden sosyalleşme sürecinin, özellikle başkalarının fark edildiği okul döneminde belirgin hale geldiğine, bu becerileri kazanmanın akademik gelişimle iç içe olduğuna vurgu yapılmıştır.¹¹²

2.2.1.4. Sosyal Becerilerin Sınıflandırılması ve Özellikleri

Sosyal becerilerle ilgili farklı sınıflandırmalar yapılmış olmakla birlikte, Goldstein ve arkadaşları (1980) sosyal becerileri altı kategori altında sınıflamışlardır. Bu kategoriler aşağıda belirtilmiştir;

1. Başlangıç sosyal becerileri: Dinleme, konuşma başlatma, konuşma, soru sorma, teşekkür etme, kendini tanıtmaya, başka kişileri tanıtmaya, kompliman yapma.
2. İleri sosyal beceriler: Yardım isteme, katılma, yönerge verme, yönergeye uyma, özür dileme, başkalarını ikna etme.
3. Duygularla başa çıkma becerileri: Duygularını bilme, duygularını ifade etme, başkalarının duygularını anlama, öfkeyle başa çıkma, sevgiyi ifade etme, korkuyla başa çıkma, kendini ödüllendirme.
4. Saldırganlığa alternatifler becerisi: İzin isteme, bir şeyleri paylaşma, başkalarına yardım etme, uzlaşma, kendini kontrol, haklarını savunma, çatışmadan kaçınma, dövüşmekten uzak durma.
5. Stresle başa çıkma becerileri: Şikayet etme, şikayete cevap verme, oyun sonrası sportmenlik, sıklıkla başa çıkma, terk edilmekle başa çıkma, bir arkadaşını savunma, ikna edilmeye karşılık verme, başarısızlığa tepki verme, grup baskısıyla başa çıkma.
6. Planlama becerileri: Bir şey yapmaya karar verme, sorunun nedenine karar verme, bir hedef belirleme, yeteneklerine karar verme, bilgi toplama, problemleri önemine göre düzenleme, bir karar verme, bir konu üzerinde yoğunlaşma.¹⁰⁶

Rin ve Markler sosyal becerileri; kendini anlatma becerileri, çevresini genişletme becerileri, atılganlık becerileri ve iletişim becerileri olmak üzere dört grupta incelemiştir.¹⁰⁶ Eiser ve Fredericson yaptığı sınıflamada sosyal becerileri sözlü, sözsüz ve motor olmak üzere üç kısma ayırmıştır. Konuşma, komut verme gibi özellikler sözel öğeleri; göz kontağı, gülümseme, sesin yüksekliği ve tonu, konuşmanın akıcılığı sözsüz öğeleri; duruş, jestler, kafa sallama ve yüz ifadeleri ise motor öğeleri oluşturmaktadır.¹¹³

2.2.2. OKB ve Sosyal Beceri

Çocukluk döneminde sağlıklı akran ilişkilerinin, çocuğun gelişiminde ve ruhsal iyilik halinde önemli olduğu belirtilmiştir.^{114,115} Akran ilişkilerinin olumlu değerlendirilmesi ruhsal iyilik hali ile ilişkilendirilirken,¹¹⁶ olumsuz değerlendirilmesi ise ruh sağlığının daha kötü olması ile ilişkilendirilmiştir.¹¹⁷

OKB'li gençlerde sosyal becerilerin değerlendirildiği çalışmalarda; arkadaş edinmekte, arkadaşlığı sürdürmekte ve akranlarıyla yaşına uygun etkinliklere katılmakta güçlük gibi sosyal işlevsellikte bozulmayı işaret eden durumların saptandığı bildirilmiştir.^{118,119} OKB'li gençlerde belirti şiddetinin ağır olması daha kötü sosyal işlevsellikle ilişkilendirilmiştir.^{120,121} Sosyal işlevsellikteki bozulmanın; okulu, sosyal etkinlikleri, günlük yaşam becerilerini ve aile yaşamını da olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Ebeveynler; OKB'li gençlerin kendilerine göre, yeni arkadaş edinme ve var olan arkadaşlıklarını sürdürme becerileri konusunda daha fazla problem tarif etseler de, hem ebeveynler hem de gençler tutarlı bir şekilde sosyal işlevsellikte bozulma bildirmişlerdir.^{11,120}

Storch ve arkadaşları, OKB'li gençlerin, Tip 1 diyabet tanılı gençlerle ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, akran zorbalığına daha fazla maruz kaldığını bildirmiştir.^{11,122} OKB'de belirti şiddeti arttıkça akran zorbalığına maruziyetin ve yalnızlığın da arttığı belirtilmiştir.^{11,122,123} OKB'li gençlerin yakın arkadaş ilişkilerinde hem daha az sıcaklığın ve desteğin hem de daha fazla çatışmanın olduğu ve bu durumun da yalnızlığı ve depresif belirtileri artırdığı bulunmuştur.^{11,123}

OKB tanılı çocuk ve ergenlerde sosyal alanda yaşanan zorlukları araştıran çalışmalar daha çok ortalama 12-13 yaşındaki OKB tanılı gençler dahil edilerek yapılmış ve OKB tanılı gençlerin sağlıklı akranlarına göre daha çok zorlandıkları bildirilmiştir.^{119,120,122,123} Daha küçük yaşta OKB'li çocuklarda akran zorbalığına maruziyet araştırılmamıştır. OKB tanılı ergenlerin sağlıklı akranlarından daha fazla akran zorbalığına maruz kalıyor olması, OKB tanılı çocukların da sağlıklı akranlarına göre daha fazla akran zorbalığına maruz kalıyor olabileceğini düşündürmüştür.¹¹ Çocuklarda akran zorbalığına maruziyetin olumlu sosyal davranışlarda azalma ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir.^{11,124} OKB'li çocuk ve gençlerin yaşı arttıkça sosyal becerilerdeki bozulmanın arttığı, gençlerin sosyal becerileriyle ilgili küçük yaşta çocuklardan daha fazla sorun tariflediği gözlenmiştir.^{11,121}

13 yaşından küçük 23 OKB tanılı çocuğun ve 30 sağlıklı çocuğun dahil edildiği bir çalışmada, OKB tanılı gençlerin akran ilişkilerinde daha çok zorluk yaşayıp yaşamadığı değerlendirilmiştir. Arkadaşlık ilişkileri hakkında şu 7 ölçüt ile bilgi alınmıştır: Arkadaş sayısı, daha çok arkadaş sahibi olmayı isteme, çok yakın arkadaşının olup olmaması, arkadaş edinmekte güçlük, arkadaşlığı sürdürmekte güçlük, bir kulübe, gruba ya da spor takımına üye olma ve yalnız zaman geçirmeyi tercih etme. OKB'li çocuklar kontrollerle karşılaştırıldığında; daha kötü sosyal işlevsellik, daha fazla olumsuz değerlendirilme korkusu, daha fazla akran zorbalığına maruziyet, daha az zorba davranış ve daha az olumlu sosyal davranış bildirmişlerdir. Ek olarak OKB'si olan çocukların akran ilişkisinde daha fazla zorluk yaşadığı, çoğu çocuğun sahip olduğundan daha az sayıda arkadaşının olduğu, daha fazla arkadaşı olmasını istediği ve arkadaş edinmekte daha fazla güçlük yaşadığı saptanmıştır. Bu araştırmanın sonuçları OKB'nin çocuklarda sosyal işlevselliği olumsuz etkilediğini desteklemiştir; araştırmada ebeveynlerin ve öğretmenlerin OKB'li gençlerin sosyal ilişkilerini güçlendirmeye çalışmaları ve tedavi ekibinin de akran ilişkilerindeki zorlukları ele alması gerektiği vurgulanmıştır.¹¹

8-17 yaş arasındaki OKB tanılı 68 çocuk ve ergenin dahil edildiği, İsveç ve Norveç'te yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %3'ünde hafif, %44.1'inde orta, %45.6'sında ağır, %6'sında şiddetli derecede OKB belirtileri olduğu bildirilmiştir. Ebeveynler ev ve aile ortamında %70 oranında, çocuk ve ergenler %59 oranında; okul ortamında ebeveynler %42 oranında, çocuk ve ergenler %36 oranında işlevsellikte bozulma bildirmişlerdir. Tüm alt testlerde, kızlarda erkeklerden daha fazla istatistiksel olarak anlamlı derecede işlevsellikte bozulma bildirilmiştir; bu durum ebeveyn ve çocuk bildirimlerinde tutarlı bulunmuştur. Benzer şekilde hem ebeveyn hem öz bildirim ölçeklerinde, 13-17 yaş arasındaki ergenlerde 8-12 yaş arasındaki çocuklardan daha fazla işlevsellikte bozulma bildirilmiştir. İki ya da daha fazla eş tanı varlığında işlevselliğin daha çok bozulduğu gözlenmiştir.¹²⁰

Gençlerde OKB'ye özgü etkilerin değerlendirildiği çalışmalarda; kişiler arası ilişkilerde, sosyal ve akademik alanlarda çocuk ve gençlerin yaklaşık %50'sinde işlevsellikte bozulma olduğu saptanmıştır.^{119,120} İşlevsellikteki bu bozulmanın kompulsiyonlar ve OKB'nin yarattığı stres nedeniyle olduğu ifade edilmiştir.¹²⁵ OKB'ye özgü işlevsellikte bozulmanın değerlendirildiği ve 151 gencin dahil edildiği bir çalışmada katılımcıların %90'ının en az bir alanda OKB ile ilişkili işlevsellikte bozulma bildirdiği

saptanmıştır.¹¹⁹ Her dört ebeveynden 3'ünün okul ve sosyal alanlarda işlevsellikte bozulmayı 'fazla' ve 'çok fazla' şeklinde bildirdiği gözlenmiştir.¹²⁰

Yapılan çalışmalarda OKB'nin çocuk ve ergenlerde sosyal işlevselliği olumsuz etkilediği, yaşın ve belirti şiddetinin artışıyla işlevsellikteki bozulmanın arttığı bildirilmiştir. Ancak yazında hafif şiddette OKB belirtileri olan ya da OKB'si remisyonda olan çocuk ve ergenlerin de sosyal becerilerinin değerlendirildiği bir çalışma bulunamamıştır. Bu araştırmada OKB belirtileri düzeldikten sonra da arkadaş ilişkilerinde yaşanan zorlukların devam edip etmediğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri'ne 25.06.2017-25.12.2017 tarihleri arasında takip ve tedavi edilmekte olan DSM 5'e göre OKB tanı kriterlerini karşılayan ya da daha önce hayatının bir döneminde karşılamış olan; iletişim bozukluğu, mental retardasyon ya da otizm spektrum bozukluğu tanısı almayan, kronik hastalığı olmayan 12-18 yaş arası gençler dahil edilmiştir. Diğer ruhsal bozukluklar ağır şiddette olmadığı sürece dışlama kriteri olarak kabul edilmemiştir.

Kontrol grubu ise Genel Pediatri Polikliniği'ne başvuran, kronik hastalığı ve herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan, klinik olarak normal zeka kapasitesine sahip 12-18 yaş arası ergenlerden oluşmuştur.

Araştırmaya katılan her iki gruptaki gençler ve aileleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş, hem gençlerden hem de ailelerinden onam alınmış, aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

3.2. Yöntem

Yeni başvuruda bulunan ve dahil edilme kriterlerine uygun görülen hastaların araştırmacıya yönlendirilmesi ile ya da takip edilmekte olan hastalara ulaşılarak, araştırma hakkında bilgi verilip, mevcut randevu tarihlerinde görüşme yapılmıştır.

Genel psikiyatrik değerlendirme ve olası psikiyatrik tanıları saptamak amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY-T ile değerlendirilemeyen tanıları araştırmacının DSM'5 tanı kriterlerine dayalı klinik görüşmesi ile değerlendirilmiştir. OKB tanısı DSM 5'e göre saptanmıştır. OKB tanı kriterlerini karşılayan ya da hayatının bir döneminde karşılamış olan gençlere, araştırmacı tarafından CY-BOCS uygulanmış, OKB belirtileri ve şiddeti saptanmıştır. Ebeveyn tarafından sosyodemografik bilgi formu doldurulmuştur. Ergenlere UCLA (University of California Los Angeles) yalnızlık ölçeği, boyun eğici davranışlar ölçeği, utangaçlık ölçeği ve sosyal karşılaştırma ölçeği verilmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcılara da ÇDŞG-ŞY-T uygulanmış, gençlere UCLA yalnızlık ölçeği, boyun eğici davranışlar ölçeği, utangaçlık ölçeği ve sosyal karşılaştırma ölçeği verilmiş; ebeveynlerine de sosyodemografik bilgi formu verilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T): Olası eksen I tanılarını taramak için çocuk ve ebeveynlere ÇDŞG-ŞY-T uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY-T, DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlere psikiyatrik tanı koymak için geçerli ve güvenilir bir tanı aracıdır.⁵⁷ ÇDŞG-ŞY-T, yarı yapılandırılmış bir görüşme formu olup, negatif belirtili şizofreni ve özgül öğrenme bozukluğu dışında birçok psikiyatrik bozukluğu taramaktadır. Tarama skorları ve tanı açısından, değerlendiriciler arası uyum %93-100 olarak bulunmuştur. Testin yeniden test güvenilirliği için kappa katsayısı çeşitli tanılar için 0.63-1.00 aralığındadır. Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır.⁵⁸

3.3.2. Sosyodemografik bilgi formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan form gencin bir ebeveyni tarafından doldurulmuştur. Gencin adı soyadı, doğum tarihi, doğum yeri, anne, baba ve kardeşlere ait bilgiler, gencin tıbbi ve psikiyatrik öyküsü, sosyal aktivite öyküsü, yakın arkadaş edinmekte zorlanıp zorlanmadığı, yakın arkadaş sayısı, utangaç olup olmadığı, arkadaşları tarafından dışlanıp dışlanmadığı, okul dışı vakitlerde arkadaşları ile görüşme sıklığı, ebeveynlerin yakın arkadaş edinmekte yaşadığı zorluk ve ebeveynlerin yakın arkadaş sayıları sorulmuştur.

3.3.3. Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği: Goodman ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiş olan bu ölçek, klinik görüşmeye dayanan yarı yapılandırılmış bir sorgulama formudur. Değerlendirme, çocuk ve ebeveynin verdiği bilgileri temel alarak görüşmecinin klinik yargısına göre yapılmaktadır. Sonuçta obsesyon şiddeti puanı, kompulsiyon şiddeti puanı ve her ikisinin toplamından oluşan toplam şiddet puanı elde edilir. Ölçeğin Türk örnekleminde değerlendiriciler arası güvenilirlik çalışması Yücelen ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır.⁶¹ Bu ölçek 0-40 puan arasında derecelendirilmekte; 0-7 puan subklinik, 8-15 puan hafif, 16-23 puan orta, 24 puan ve üstü ise ağır şiddette OKB belirtileri olduğunu belirtmektedir.¹¹

3.3.4. UCLA Yalnızlık Ölçeği: Bireylerin genel yalnızlık düzeylerini ölçmek amacıyla Russell, Peplau ve Ferguson tarafından 1978 yılında geliştirilen UCLA yalnızlık ölçeği'nin

tüm maddeleri olumsuz ifadeler içeren bir ölçek iken Russel, Peplau ve Cutrona tarafından 1980’de tekrar gözden geçirilmiş ve ölçeğin maddelerinin yarısı olumlu, yarısı olumsuz yönde olacak şekilde düzenlenmiştir.¹²⁶ UCLA yalnızlık ölçeği 10’u düz, 10’u ters yönde kodlanmış 20 maddeden oluşmaktadır. Bireylerden maddelerde yer alan durumları ne sıklıkla yaşadıklarını dörtlü likert tipi ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir. Ölçek olumlu yöndeki ifadeleri içeren maddelere (1, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20), “hiç yaşamam” 4, “nadiren yaşarım” 3, “bazen yaşarım” 2, “sık sık yaşarım” 1 puan; olumsuz ifadeleri içeren maddelere (2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18) ise bunun tam tersi olarak, “hiç yaşamam” 1, “nadiren yaşarım” 2, “bazen yaşarım” 3, “sık sık yaşarım” 4 puan verilerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’dir. Ölçekten alınan puan arttıkça yalnızlık düzeyi de artmaktadır.¹²⁶

UCLA yalnızlık ölçeğinin güvenilirliği yüksek bulunmuştur. Ölçeğin Russell ve Ferguson (1978) tarafından ilk geliştirme aşamasında yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılığı .96, iki ay ara ile yapılan ölçeğin tekrarı yöntemi ile elde edilen güvenilirliği r: .73 olarak saptanmıştır. Ölçeğin gözden geçirilmesi sırasında Russell, Peplau ve Cutrona (1980) ilk geliştirilen ölçek ile gözden geçirilerek elde edilen ölçek arasındaki ilişkiyi .91 olarak bulmuş ve iç tutarlılığının .94 olduğunu belirtmişlerdir.¹²⁶ Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, ölçeğin iç tutarlılığı ile ilgili analizler toplam 72 kişi üzerinde hesaplanmış ve cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .96 olarak bulunmuştur.¹²⁶ Ölçeğin beş hafta ara ile yapılan test tekrar test güvenilirlik katsayısı .94, Cronbach alpha katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerliğine ilişkin bulguların, yalnızlıktan yakınan ve yakınmayan bireyleri birbirinden anlamlı düzeyde ayırt ettiği bulunmuştur.¹²⁶

3.3.5. Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği: Lise son sınıf öğrencilerinin boyun eğici sosyal davranışlarını ölçmek amacıyla 1991 yılında, P. Gilbert ve S. Allan tarafından geliştirilmiştir. Özgün adı “Submissive Acts Scale (SAS)” olarak bilinen; Şahin ve Şahin tarafından 1992 yılında Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği ismiyle Türkçe’ye uyarlanmıştır.¹²⁷

Ölçeğin maddelerinin sadece sosyal davranışları içermesine dikkat edilmiş, duygu ifadelerine yer verilmemiştir. BEDÖ, boyun eğici sosyal davranışların düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 16 maddeden oluşmakta ve her maddede sözü edilen

davranışların kişiyi ne kadar iyi tanımladığı sorulmaktadır. BEDÖ, kendini değerlendirme ölçeği olup, ergen ve yetişkinlere uygulanabilmektedir.¹²⁷

Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği'nin Cronbach Alfa değeri .89, dört ay ara ile yapılan ikinci uygulama sonucu test tekrar test güvenilirlik katsayısı .84 bulunduğu bildirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'ye uyarlanması için tutarlılık 263 kız, 277 erkek toplam 540 lise ve üniversite öğrencisinden elde edilen Cronbach Alfa değeri .74 olarak bulunmuştur. Bu araştırma kapsamında ölçeğin güvenilirliğine bakılmış ve Cronbach Alpha Katsayısı .70 olarak bulunmuştur.¹²⁷

Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği bireyin kendi kendine yanıtlayabildiği, uygulanması kolay bir ölçektir. Her maddede sözü edilen davranışların kişiyi ne kadar iyi tanımladığı sorulmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, bireyin daha çok boyun eğici davranış gösterdiği, düşük puan ise daha az boyun eğici davranış gösterdiği anlamına gelmektedir.¹²⁷

3.3.6. Utangaçlık Ölçeği: Utangaçlık ölçeği, bireylerin utangaçlık düzeylerini belirlemek amacıyla Cheek ve Buss tarafından geliştirilmiştir.¹²⁸ Üniversite öğrencilerinin utangaçlık düzeylerini saptamak amacıyla, Türk toplumuna 2001 yılında Güngör tarafından uyarlanmıştır.¹²⁹ Ölçeğin uyarlama çalışmaları iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada, orijinal 13 maddelik "Shyness Scale" in çevirisi yapılmış ve çevirisi yapılan ifadelerin "utangaçlığı" yansıtmadığını saptamak için psikolojik danışma ve rehberlik alanında uzman olan 10 kişinin görüşlerine başvurulmuştur. Bu doğrultuda bazı ifadeler değiştirilerek "Utangaçlık Ölçeği" nin ilk 13 maddesi oluşturulmuştur. İkinci aşamada ise Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi ve Ticaret-Turizm Eğitim Fakültesi'nde öğrenim gören 300 öğrenciye "kendilerini hangi durumda utangaç hissettiklerine" dair açık uçlu bir soru sorularak cevaplar listelenmiştir. Öğrencilerin verdikleri cevaplardan oluşan listedeki maddelerden Cheek ve Buss'un ölçeğindeki benzer maddeler çıkartılmış ve öğrencilerin verdikleri cevaplardan elde edilen 7 madde Cheek ve Buss'un 13 maddelik ölçeğine eklenmiş ve 20 maddelik yeni bir ölçek oluşturulmuştur.^{128,129}

Utangaçlık Ölçeği'nde puanlama, "Bana Hiç Uygun Değil" seçeneğine 1, "Bana Uygun Değil" seçeneğine 2, "Kararsızım" seçeneğine 3, "Bana Uygun" seçeneğine 4, "Bana Çok Uygun" seçeneğine 5 puan verilerek yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en

yüksek puan 100, en düşük puan ise 20'dir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe utangaçlık düzeyi de yükselmektedir.¹²⁹

3.3.7. Sosyal Karşılaştırma Ölçeği: Gilbert ve Trent tarafından 5 madde halinde biçimlendirilen ölçek, Türkçe uyarlamasında Şahin, Durak ve Şahin'in (1993) yapmış olduğu bir çalışma sonucu bazı maddelerin eklenmesi ile 18 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir. 1-6 arası likert tarzında puanlanan bir ölçektir. Yüksek puanlar olumlu benlik şemasına, düşük puanlar ise olumsuz benlik şemasına işaret etmektedir.^{130,131} Kişinin kendi kendini değerlendirmesi bağlamında geçerliği ve güvenilirliği yüksek olan bir ölçektir. Güvenirlik açısından incelendiğinde ölçeğin Cronbach Alfa değeri .87 olarak bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerlik bağlamında ölçeğin orijinal iki kutuplu beş özelliğinin Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonu -.66 olarak bulunmuştur. İki kutuplu özelliklerin Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonları ise Yetersiz-Üstün için -.77; Beceriksiz-Becerikli için -.74; Sevilmeyen biri-Sevilen biri için -.64; İçer dönük-Dışa dönük için -.60; Dışta bırakılmış- Kabul edilmiş için -.57'dir.¹³⁰

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren nümerik değişkenler ortalama \pm standart sapma, normal dağılım göstermeyen nümerik değişkenler medyan (25.th - 75.th persentil), kategorik değişkenler ise frekans (yüzdeler) olarak verilmiştir. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan nümerik değişkenler için student-t testi, Tek Yönlü varyans analizi ve Tukey çoklu karşılaştırma testi ile belirlenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ise Fisher Exact Ki-kare, Yates Kikare ve Monte Carlo Kikare analizi ile değerlendirilmiştir. İki yönlü hipotezlerin testi için $p < 0.05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

4.1.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Çalışmaya 34 (%48.6) kız, 36 (%51.4) erkek olmak üzere toplam 70 hasta alınmıştır. OKB grubundaki 33 hastanın 17'si (%51.5) kız, 16'sı (%48.5) erkektir. Kontrol grubundaki 37 hastanın 17'si (%45.9) kız, 20'si (%54.1) erkektir. Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım farklı bulunmamıştır ($p=0.821$) (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	OKB		Kontrol		Toplam		İstatistiksel test*	
	N	%	N	%	N	%	χ^2	p
Kız	17	51.5	17	45.9	34	48.6	0.51	0.821
Erkek	16	48.5	20	54.1	36	51.4		
Toplam	33	100	37	100	70	100		

*Yates ki-kare testi

4.1.2. Katılımcıların kendilerinin, annelerinin, babalarının yaş ortalaması ve ortalama kardeş sayısı

Çalışmaya katılan hastaların yaş aralıkları 12-18 olup, OKB grubunda yaş ortalamasının 14.42 ± 1.80 ; kontrol grubunda ise 14.45 ± 2.12 olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.94$). İki gruptaki katılımcıların ortalama kardeş sayısı ($p=0.563$), anne yaşı ortalaması ($p=0.757$) ve baba yaşı ortalaması ($p=0.820$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların kendilerinin, annelerinin, babalarının yaş ortalaması ve ortalama kardeş sayısı

Özellikler	OKB		Kontrol		İstatistiksel test*	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	t	p
Katılımcıların yaş ortalaması	14.42	±1.80	14.45	±2.12	0.74	0.941
Anne yaşı ortalaması	41.13	±5.22	41.48	±4.17	-0.311	0.757
Baba yaşı ortalaması	44.94	±4.84	44.66	±5.08	0.228	0.820
Ortalama kardeş sayısı	1.43	±0.73	1.33	±0.68	0.582	0.563

*Student t testi

4.1.3. Anne ve babaların eğitim durumu ve aile yapısı

İki gruptaki katılımcıların annelerinin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yokken ($p=0.309$), babalarının eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.044$). Her iki grupta aile yapıları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p=0.171$) (Tablo 3).

Tablo 3. Anne ve babaların eğitim durumu ve aile yapısı

	OKB		Kontrol		İstatistiksel test*	
	N	%	N	%	x ²	p
Annenin eğitim durumu						
Okuma yazma bilmiyor.	1	3	0	0	4.671	0.309
İlkokul Mezunu	11	33.3	12	32.4		
Ortaokul Mezunu	5	15.2	4	10.8		
Lise Mezunu	10	30.3	7	18.9		
Üniversite Mezunu	6	18.2	14	37.8		
Babanın eğitim durumu						
İÖ Mezunu	4	12.1	4	13.5	8.013	0.044
OO Mezunu	6	18.2	1	2.7		
Lise Mezunu	14	42.4	11	29.7		
Üniversite Mezunu	9	27.3	20	54.1		
Aile yapısı						
Çekirdek aile	24	72.7	31	83.8	4.789	0.171
Geniş aile	4	12.1	5	13.5		
Parçalanmış aile (Ayrı/boşanmış)	1	3	1	2.7		
Anne/baba ölü	4	12.1	0	0		

*Monte Carlo ki-kare testi

4.1.4. Akraba evliliği

OKB grubunda 4 (%12.1) katılımcının ebeveyninde akraba evliliği mevcutken, kontrol grubunda 1 (%2.7) katılımcının ebeveyninde akraba evliliği bildirilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.181).

4.2. Anne, baba ve kardeşlerde ruhsal bozukluk öyküsü

OKB grubunda 26 (%78.8) katılımcının annesinde, kontrol grubunda 36 (%97.3) katılımcının annesinde ruhsal bozukluk öyküsü olmadığı bildirilmiştir. OKB grubunda 1

(%3) annede panik bozukluk, 3 (%9.1) annede yaygın anksiyete bozukluğu, 1 (%3) annede bipolar duygudurum bozukluğu, 1 (%3) annede major depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu, 1 (%3) annede tik bozukluğu, tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu ve remisyonunda OKB tanıları bildirilmiştir. Kontrol grubunda ise 1 (%2.7) annede major depresif bozukluk öyküsü olduğu belirtilmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.022$).

OKB grubunda 29 (%87.9) katılımcının babasında bildirilen ruhsal bozukluk öyküsü yokken, kontrol grubunda hiç bir katılımcının babasında ruhsal bozukluk bildirilmemiştir. OKB grubunda 2 (%6.1) babada panik bozukluk, 1 (%3) babada OKB, 1 (%3) babada major depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu tanıları bildirilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.045$).

OKB grubunda 31 (%93.9) katılımcının kardeşinde ruhsal bozukluk öyküsü yokken, kontrol grubunda 36 (%97.3) katılımcının kardeşinde ruhsal bozukluk öyküsü olmadığı bildirilmiştir. OKB grubunda 1 (%3) katılımcının kardeşinde DEHB, 1 (%3) katılımcının kardeşinde major depresif bozukluk öyküsü; kontrol grubunda ise 1 (%2.7) katılımcının kardeşinde DEHB öyküsü bildirilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.599$) (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların annelerinde, babalarında ve kardeşlerinde bildirilen ruhsal bozukluk öyküsü

Ruhsal bozukluk öyküsü	OKB		Kontrol		Toplam		İstatistiksel test
	N	%	N	%	N	%	p*
Katılımcıların annelerinde							
Var	7	21.2	1	2.7	8	11.4	0.022
Yok	26	78.8	36	97.3	62	88.6	
Toplam	33	100	37	100	70	100	
Katılımcıların babalarında							
Var	4	12.1	0	0	4	5.7	0.045
Yok	29	87.9	37	100	66	94.3	
Toplam	33	100	37	100	70	100	
Katılımcıların kardeşlerinde							
Var	2	6.1	1	2.7	3	4.3	0.599
Yok	31	93.9	36	97.3	67	95.7	
Toplam	33	100	37	100	70	100	

*Fisher's Exact kıkare testi

4.3. OKB grubundaki katılımcıların eş tanıları ve ilaç kullanımına ilişkin bilgiler

4.3.1. Eş tanıları

OKB grubundaki 15 (%45.5) katılımcıda eş tanı yokken, 3 (%9.1) kişide yalnızca DEHB, 1 kişide yaygın anksiyete bozukluğu (%3), 1 (%3) kişide sosyal fobi (performans anksiyetesi belirtileriyle giden), 4 (%12.1) kişide tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu, 1 (%3) kişide uzamış yas ve distimi, 1 (%3) kişide DEHB ve KOKGB, 1 (%3) kişide yaygın anksiyete bozukluğu ve çekingen kişilik özellikleri, 1 (%3) kişide uzamış yas ve DEHB, 1 (%3) kişide anksiyete belirtileri ile giden uyum bozukluğu (akran zorbalığına ikincil), sosyal fobi (Performans anksiyetesi belirtileri ile giden) ve DEHB, 1 (%3) kişide DEHB ve remisyonda davranım bozukluğu, 1 (%3) kişide DEHB, ÖÖG ve yaygın anksiyete bozukluğu, 1 (%3) kişide tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu, DEHB ve kardeş kıskançlığı, 1 (%3) kişide DEHB ve tanımlanmış diğer bir anksiyete

bozukluğu bildirilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. OKB grubundaki katılımcıların eş tanıları

	OKB	
	N	%
Katılımcılarda eş tanı durumu		
Eş tanı yok.	15	45.5
Bir eş tanı mevcut	10	30.3
Birden fazla eş tanı mevcut	8	24.2
Toplam	33	100
Eş tanıların dağılımı		
Yalnızca DEHB	3	9.1
Yalnızca yaygın anksiyete bozukluğu	1	3
Yalnızca tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu	4	12.1
Yalnızca sosyal fobi (Performans anksiyetesi)	1	3
Uzamış yas ve distimi	1	3
Yaygın anksiyete bozukluğu ve çekingen kişilik özellikleri	1	3
DEHB ve KOKGB	1	3
DEHB ve uzamış yas	1	3
DEHB ve tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu	1	3
DEHB ve remisyonda davranım bozukluğu	1	3
DEHB, anksiyete belirtileri ile seyreden uyum bozukluğu ve sosyal fobi	1	3
DEHB, ÖÖG ve yaygın anksiyete bozukluğu	1	3
DEHB, tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu ve kardeş kıskançlığı	1	3

4.3.2. İlaç kullanımı

OKB grubunda 10 katılımcı (%30.3) yalnızca fluoksetin, 10 katılımcı (%30.3) yalnızca sertralin, 3 katılımcı (%9.1) metilfenidat ve sertralin, 3 katılımcı (%9.1) aripiprazol ve sertralin, 2 katılımcı (%6.1) yalnızca metilfenidat, 1 katılımcı (%3) da aripiprazol ve fluoksetin tedavisi almaktaydı. Yalnızca 4 kişi (%12.1) ilaç tedavisi almadan takip edilmekteydi (Tablo 6).

Tablo 6. OKB grubundaki katılımcıların ilaç kullanımı

Katılımcılarda ilaç kullanımı	OKB	
	N	%
Yalnızca fluoksetin	10	30.3
Yalnızca sertralin	10	30.3
Yalnızca metilfenidat	2	6.1
Aripiprazol ve fluoksetin	1	3
Aripiprazol ve sertralin	3	9.1
Metilfenidat ve sertralin	3	9.1
İlaçsız izlem	4	12.1

4.4. İki gruptaki katılımcıların sosyal aktiviteye gitme oranları

OKB grubunda 17 (%51.5) kişi sosyal aktiviteye gitmediğini bildirirken, kontrol grubunda ise 16 (43.2) kişi sosyal aktiviteye gitmediğini bildirmiştir. İki grup arasında sosyal aktiviteye giden ve gitmeyen kişi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.651) (Tablo 7).

Tablo 7. Sosyal aktiviteye gitme oranları

Sosyal aktivite	OKB		Kontrol		Toplam		İstatistiksel test*	
	N	%	N	%	N	%	x ²	p
Var	16	18.5	21	56.8	37	52.9	0.205	0.651
Yok	17	51.5	16	43.2	33	47.1		
Toplam	33	100	37	100	70	100		

*Yates ki-kare testi

4.5. Katılımcıların ve ebeveynlerinin yakın arkadaş sayıları ve arkadaşlık ilişkileriyle ilgili bilgiler

4.5.1. Katılımcının ve ebeveynlerinin ortalama yakın arkadaş sayısının iki grupta karşılaştırılması

Ebeveynlerine göre OKB grubundaki katılımcıların ortalama 3.69 ± 6.65 yakın arkadaşı varken, kontrol grubundaki katılımcıların ortalama 5.45 ± 5.00 yakın arkadaşı olduğu bildirilmiştir. OKB grubundaki gençlerin daha az sayıda yakın arkadaşı olduğu saptanmış, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.212$) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcının, anne ve baba yakın arkadaş sayısı ortalamasının iki grupta karşılaştırılması

Özellikler	OKB	Kontrol	İstatistiksel test*	
			t	p
Yakın arkadaş sayısı	3.69 ± 6.65	5.45 ± 5.00	1.261	0.212
Annenin yakın arkadaş sayısının ortalaması	5.15 ± 4.69	7.24 ± 7.97	1.316	0.193
Babanın yakın arkadaş sayısının ortalaması	5.06 ± 4.24	5.75 ± 5.52	0.586	0.560

*Student t testi

4.5.2. Ebeveynlere göre çocuklarının arkadaşlık ilişkileri

OKB grubundaki ebeveynlerden 6'sı (%18.2) 'Çocuğunuz yakın arkadaş edinmekte zorlanır mı?' sorusuna 'Evet, çok zorlanır.' şeklinde cevap verirken, 18'i (%54.5) 'Biraz zorlanır.' 9'u (%27.3) 'Hayır, zorlanmaz.' cevabını vermiştir. Kontrol grubunda ise 1

ebeveyn (%2.7) 'Evet, çok zorlanır.' cevabını verirken, 10 kişi (%27) 'Biraz zorlanır.', 26 kişi (%70.3) 'Hayır, zorlanmaz.' cevabını vermiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$).

Ebeveynlere göre çocukların utangaçlık derecesinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.368$).

OKB tanılı gençlerin ebeveynleri çocuklarının arkadaşları tarafından daha çok dışlandığını bildirmişlerdir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.005$).

Ebeveynlere göre çocuklarının okul dışı vakitlerde arkadaşlarıyla geçirdiği zamanda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.716$) (Tablo 9).



Tablo 9. Ebeveynlere göre çocuklarının arkadaşlık ilişkileri

	OKB		Kontrol		Toplam		İstatistiksel test	
	N	%	N	%	N	%		
Çocuğunuz yakın arkadaş edinmekte zorlanır mı?							x²	p*
Evet, çok zorlanır.	6	18.2	1	2.7	7	10	13.931	0.001
Biraz zorlanır.	18	54.5	10	27	28	40		
Hayır, zorlanmaz.	9	27.3	26	70.3	35	50		
Çocuğunuz utangaç mıdır?							x²	p**
Evet, çok utangaç.	5	15.2	4	10.8	9	12.9	2.323	0.368
Biraz utangaç.	21	63.6	19	51.4	40	57.1		
Hayır, utangaç değil.	7	21.2	14	37.8	21	30		
Çocuğunuz arkadaşları tarafından dışlanır mı?								
Evet, sık sık.	4	12.1	0	0	4	5.7	9.865	0.005
Bazen.	13	39.4	7	18.9	20	28.6		
Nadiren/Hiç bir zaman.	16	48.5	30	81.1	46	65.7		
Çocuğunuz haftada kaç gün okul dışında arkadaşları ile görüşür?								
Hiç görüşmez	9	27.3	5	13.5	14	20	6.108	0.716
İki haftada bir	1	3	0	0	1	1.4		
Haftada 1 gün	11	27.3	9	29.7	20	28.6		
Haftada 2 gün	1	21.2	10	27	17	24.3		
Haftada 3 gün	1	3	3	8.1	4	5.7		
Haftada 4 gün	1	3	2	5.4	3	4.3		
Haftada 5 gün	0	0	1	2.7	1	1.4		
Haftada 6 gün	1	3	0	0	1	1.4		
Her gün	4	12.1	5	13.5	9	12.9		

*Pearson ki-kare testi

**Monte Carlo ki-kare testi

4.5.3. Katılımcıların ebeveynlerinin arkadaş edinmekte zorluk durumu

Tablo 10'da belirtildiği gibi sosyodemografik bilgi formunu dolduran ebeveynlere göre çocukların annelerinin arkadaş edinmekte zorluk yaşaması bakımından istatistiksel

olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.771$). OKB grubundaki çocukların babalarının ise %60.6'sı ($n:20$) 'Hayır, zorlanmaz.' şeklinde bildirilirken, kontrol grubundaki çocukların babaların %70.3'ünün ($n:26$) arkadaş edinmekte zorlanmadığı bildirilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların ebeveynlerinin arkadaş edinmekte zorluk durumu

	OKB		Kontrol		Toplam		İstatistiksel test*	
	N	%	N	%	N	%	χ^2	p
Siz arkadaş edinmekte zorlanır mısınız?								
Evet, çok zorlanırım.	1	3	3	8.1	4	5.7	0.851	0.771
Bazen zorlanırım.	7	21.2	7	18.9	14	20		
Hayır, zorlanmam.	25	24.5	27	27.5	52	74.3		
Eşiniz arkadaş edinmekte zorlanır mı?								
Evet, çok zorlanır.	3	9.1	8	21.6	11	15.7	6.618	0.036
Bazen zorlanır.	10	30.3	3	8.1	13	18.6		
Hayır, zorlanmaz.	20	60.6	26	70.3	46	65.7		

*Monte Carlo ki-kare testi

4.6. OKB ve kontrol grubu arasında ölçek puanları açısından farkın değerlendirilmesi

OKB grubundaki tüm katılımcılar ile kontrol grubundaki katılımcıların ölçek puanları karşılaştırıldığında utangaçlık ölçeği ve SKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. OKB ve kontrol grubu arasında ölçek puanları açısından farkın değerlendirilmesi

Ölçekler	OKB		Kontrol		İstatistiksel test*	
	ORT	SS	ORT	SS	t	p*
UCLA yalnızlık ölçeği	37.15	13.41	33.27	8.86	-1.410	0.164
BEDÖ	31.15	6.75	31.21	6.90	0.040	0.969
Utangaçlık ölçeği	52.78	18.93	44.35	15.21	-2.065	0.043
SKÖ	81.63	16.07	91.78	10.16	3.113	0.003

*Student t testi

4.7. OKB şiddetine göre belirlenen grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Yale-Brown toplam puanı 0-7, 8-15, 16-23 aralıklarında ve 24 ten büyük ya da eşit olanlar olmak üzere 4 gruba ayrılarak istatistiksel analiz yapılmış, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Tablo 12’de sonuçlar belirtilmiştir.

Tablo 12. OKB şiddetine göre belirlenen grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

CY-BOCS’a göre belirlenen dört grubun karşılaştırılması	Subklinik (0-7)		Hafif şiddet (8-15)		Orta şiddet (16-23)		Ağır şiddet (>24)		F	p*
	N=14	%42.4	N=6	%18.1	N=5	%15.1	N=8	%24.2		
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
UCLA yalnızlık ölçeği	33.78	12.56	40.00	17.65	38.40	8.56	40.12	14.98	0.504	0.682
BEDÖ	28.78	6.73	34.33	8.40	31.40	6.06	32.75	5.47	1.188	0.331
Utangaçlık ölçeği	46.14	21.79	53.33	22.74	57.80	8.31	60.87	12.87	1.202	0.326
SKÖ	88.14	17.29	79.83	11.37	74.20	18.06	76.25	13.68	1.515	0.232

*ANOVA

4.8. OKB belirtileri subklinik ya da remisyonda olan, hafif ve orta şiddette olan katılımcıların ölçek puanlarının kontrol grubu ile karşılaştırılması

Tablo 13’te görüldüğü gibi OKB belirtileri ağır düzeyde olan hastalar örneklemeden çıkarılarak istatistiksel analiz yapıldığında SKÖ’de istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmüştür (p=0.030).

Tablo 13. OKB belirtileri subklinik ya da remisyonunda olan, hafif ve orta şiddette olan katılımcıların ölçek puanlarının kontrol grubu ile karşılaştırılması

Ölçekler	OKB (subklinik-remisyon-hafif-orta)		Kontrol		İstatistiksel test*	
	ORT	SS	ORT	SS	t	p*
UCLA yalnızlık ölçeği	36.20	13.06	33.27	8.86	-0.979	0.334
BEDÖ	30.64	7.14	31.21	6.90	0.318	0.752
Utangaçlık ölçeği	50.20	20.02	44.35	15.21	-1.306	0.197
SKÖ	83.36	16.65	91.78	10.16	2.261	0.030

*Student t testi

4.9. OKB grubunda eş tanısı olan katılımcılarla eş tanısı olmayanların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 14'te belirtildiği gibi UCLA yalnızlık ölçeği (p=0.070), boyun eğici davranışlar ölçeği (p=0.195), utangaçlık ölçeği (p=0.171), CY-BOCS toplam (p=0.989), kompulsiyon alt ölçeği (p=0.913), obsesyon alt ölçeği (p=0.935) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken; eş tanısı olmayan gençlerde sosyal karşılaştırma ölçeği ortalama puanı 89, eş tanısı olan gençlerde ise 74 bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.006).

Tablo 14. OKB grubunda eş tanısı olan katılımcılarla eş tanısı olmayanların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	OKB				İstatistiksel test*	
	Ek tanı var		Ek tanı yok		t	P
	ORT	SS	ORT	SS		
UCLA yalnızlık ölçeği	41.00	14.33	32.53	10.96	-1.874	0.070
BEDÖ	32.55	6.47	29.46	6.91	-1.323	0.195
Utangaçlık ölçeği	56.94	20.52	47.80	16.08	-1.402	0.171
SKÖ	74.83	15.84	89.80	12.45	2.970	0.006
Yale-Brown toplam	12.72	9.66	12.66	12.75	-0.014	0.989
Kompulsiyon alt toplamı	6.88	5.18	6.66	6.37	-0.110	0.913
Obsesyon alt toplamı	5.83	4.96	6.00	6.72	0.082	0.935

*Student t testi

4.10. OKB grubunda eş tanısı olmayan, bir eş tanısı olan ve birden fazla eş tanısı olan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

OKB grubundaki katılımcıların 15'inde (%45.5) ek tanı yokken, 10 katılımcıda (%33) bir eş tanı, 8 katılımcıda (%24.2) ise birden fazla eş tanı olduğu saptanmıştır.

UCLA yalnızlık ölçeği ($p=0.162$), boyun eğici davranışlar ölçeği ($p=0.223$), utangaçlık ölçeği ($p=0.272$), CY-BOCS toplam ($p=0.130$), kompulsiyon alt ölçeği ($p=0.285$), obsesyon alt ölçeği ($p=0.068$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken; ek tanısı olmayan gençlerde sosyal karşılaştırma ölçeği ortalama puanı 89, bir eş tanısı olan gençlerde 75, birden fazla eş tanısı olan gençlerde ise 73 bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.022$) (Tablo 15).

Tablo 15. OKB grubunda eş tanısı olmayan, bir eş tanısı olan ve birden fazla eş tanısı olan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	OKB						İstatistiksel test*	
	Eş tanı yok.		Bir eş tanı mevcut.		Birden fazla eş tanı mevcut.		F	P
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
UCLA yalnızlık ölçeği	32.53	10.96	39.20	11.67	43.25	17.70	1.938	0.162
BEDÖ	29.46	6.91	34.20	4.23	30.50	8.36	1.577	0.223
Utangaçlık ölçeği	47.80	16.08	60.40	16.43	52.62	25.25	1.359	0.272
SKÖ	89.80	12.45	75.80	11.20	73.62	21.11	4.331	0.022

*ANOVA

4.11. Cinsiyetler arasında ölçek puanlarının karşılaştırılması

OKB grubunda UCLA yalnızlık ölçeği ($p=0.566$), boyun eğici davranışlar ölçeği ($p=0.116$), utangaçlık ölçeği ($p=0.400$), sosyal karşılaştırma ölçeği ($p=0.550$), CY-BOCS toplam ($p=0.249$), kompulsiyon alt ölçeği ($p=0.239$), obsesyon alt ölçeği ($p=0.296$) puanları cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Cinsiyetler arasında ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	OKB				İstatistiksel test*	
	Kız		Erkek		t	P
	ORT	SS	ORT	SS		
UCLA yalnızlık ölçeği	35.82	11.65	38.56	15.33	-0.580	0.566
BEDÖ	29.35	5.94	33.06	7.21	-1.616	0.116
Utangaçlık ölçeği	55.52	18.67	49.87	19.37	0.854	0.400
SKÖ	83.29	15.54	79.87	16.95	0.604	0.550
Yale-Brown toplam	10.52	10.51	15.00	11.34	-1.175	0.249
Kompulsiyon alt toplamı	5.64	5.57	8.0	5.68	-1.200	0.239
Obsesyon alt toplamı	4.88	5.48	7.00	5.96	-1.062	0.296

*Student t testi

4.12. OKB grubunda aile yapısının ölçek puanlarına etkisi

OKB grubu aile yapısı; 24 çekirdek aile, 4 geniş aile ve 5 parçalanmış aile olarak 3 gruba ayrılıp ölçek puanlarına etkisine bakıldığında, her 3 gruptaki çocukların UCLA yalnızlık ölçeği ($p=0.322$), boyun eğici davranışlar ölçeği ($p=0.547$), utangaçlık ölçeği ($p=0.363$), sosyal karşılaştırma ölçeği ($p=0.549$), CY-BOCS toplam ($p=0.076$), kompulsiyon alt ölçeği ($p=0.062$), obsesyon alt ölçeği ($p=0.124$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 17).

Tablo 17. OKB grubunda aile yapısının ölçek puanlarına etkisi

Ölçekler	OKB grubundaki katılımcıların aile yapısı						İstatistiksel test*	
	Çekirdek aile		Geniş aile		Parçalanmış aile		F	p
	N=24	%72.7	N=4	%12.1	N=5	%15.1		
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
UCLA yalnızlık ölçeği	36,66	12,20	41,00	13,08	36,40	20,93	0.838	0.838
BEDÖ	30,95	6,50	31,50	6,85	31,80	9,25	0.965	0.965
Utangaçlık ölçeği	52,62	18,76	59,50	16,66	48,20	23,75	0.685	0.685
SKÖ	79,45	15,59	81,75	18,39	92,00	15,93	0.293	0.293
Yale-Brown toplam	12,66	12,13	15,50	8,66	10,60	7,02	0.812	0.812
Kompulsiyon alt toplamı	6,75	6,13	8,00	4,24	6,00	4,94	0.876	0.876
Obsesyon alt toplamı	5,91	6,17	7,50	5,74	4,60	3,84	0.764	0.764

*ANOVA

4.13. OKB Grubundaki katılımcıların yaşı ile ölçek puanları arasında ilişki

Katılımcıların yaşı ile UCLA yalnızlık ölçeği ($p=0.156$), boyun eğici davranışlar ölçeği ($p=0.052$), utangaçlık ölçeği ($p=0.540$), Yale Brown toplam ($p=0.271$), kompulsiyon alt ölçeği ($p=0.445$), obsesyon alt ölçeği ($p=0.174$) puanları arasında korelasyon bulunamamıştır (Tablo 18).

Tablo 18. OKB grubundaki katılımcıların yaşı ile ölçek puanları arasında ilişki

OKB grubundaki katılımcıların yaşı ile ölçek puanları arasında korelasyon	İstatistiksel test*	
	r	p
UCLA yalnızlık ölçeği	0.253	0.156
BEDÖ	0.341	0.052
Utangaçlık ölçeği	0.111	0.540
SKÖ	0.197	0.271
Yale-Brown toplam	0.138	0.445
Kompulsiyon alt toplamı	0.243	0.174
Obsesyon alt toplamı	0.253	0.156

*Pearson korelasyon analizi

4.14. Katılımcıların ebeveynlerinde bildirilen ruhsal bozukluk varlığının, ebeveynlerin çalışma durumunun ve ebeveynlerin eğitim durumunun ölçek puanlarına etkisi

Ruhsal bozukluğu olduğunu bildiren anneler ile, olmadığını bildiren annelerin çocuklarının ölçek puanları karşılaştırıldığında, UCLA yalnızlık ölçeği ($p=0.274$), boyun eğici davranışlar ölçeği ($p=0.581$), utangaçlık ölçeği ($p=0.734$), sosyal karşılaştırma ölçeği ($p=0.866$), Yale Brown toplam ($p=0.906$), kompulsiyon alt ölçeği ($p=0.911$), obsesyon alt ölçeği ($p=0.737$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Katılımcıların annesinin çalışma durumu ile UCLA yalnızlık ölçeği ($p=0.636$), boyun eğici davranışlar ölçeği ($p=0.837$), utangaçlık ölçeği ($p=0.230$), Yale Brown toplam ($p=0.967$), kompulsiyon alt ölçeği ($p=0.995$), obsesyon alt ölçeği ($p=0.429$) puanları arasında korelasyon bulunamamıştır.

OKB grubundaki katılımcılardan yalnızca bir kişinin babası çalışmadığı ve karşılaştırma için sayı yetersiz olduğundan istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Okuma yazma bilmeyen yalnızca bir kişi olduğu için İOM anneler grubuna eklenerek analiz yapılmıştır. İOM 12 kişi, OOM 5 kişi, LM 10 kişi ve ÜM 6 kişi 4 gruba ayrılarak istatistiksel analiz yapıldığında, 4 gruptaki katılımcıların UCLA yalnızlık ölçeği ($p=0.485$), boyun eğici davranışlar ölçeği ($p=0.814$), utangaçlık ölçeği ($p=0.902$), sosyal karşılaştırma ölçeği ($p=0.599$), Yale Brown toplam ($p=0.524$), kompulsiyon alt ölçeği ($p=0.546$), obsesyon alt ölçeği ($p=0.551$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Ruhsal bozukluğu olduğu bildirilen babalar ile, olmadığı bildirilen babaların çocuklarının ölçek puanları karşılaştırıldığında, UCLA yalnızlık ölçeği ($p=0.382$), boyun eğici davranışlar ölçeği ($p=0.976$), utangaçlık ölçeği ($p=0.155$), sosyal karşılaştırma ölçeği ($p=0.303$), Yale Brown toplam ($p=0.276$), kompulsiyon alt ölçeği ($p=0.301$), obsesyon alt ölçeği ($p=0.286$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. İOM 4 kişi, OOM 6 kişi, LM 14 kişi ve ÜM 9 kişi 4 gruba ayrılarak istatistiksel analiz yapıldığında, 4 gruptaki katılımcıların UCLA yalnızlık ölçeği ($p=0.716$), boyun eğici davranışlar ölçeği ($p=0.535$), utangaçlık ölçeği ($p=0.790$), sosyal karşılaştırma ölçeği ($p=0.096$), Yale Brown toplam ($p=0.664$), kompulsiyon alt ölçeği ($p=0.532$), obsesyon alt ölçeği ($p=0.826$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların ebeveynlerinde bildirilen ruhsal bozukluk varlığının, ebeveynlerin çalışma durumunun ve ebeveynlerin eğitim durumunun ölçek puanlarına etkisi

OKB grubundaki katılımcıların ebeveyn özellikleri	Annelerde ruhsal bozukluk		Annelerin çalışma durumu		Annelerin eğitim durumu		Babalarda ruhsal bozukluk		Babaların eğitim durumu	
	t	p*	t	p*	F	p**	t	p*	F	p**
UCLA yalnızlık ölçeği	-1.113	0.274	-0.479	0.636	0.835	0.485	-0.887	0.382	0.455	0.716
BEDÖ	-0.557	0.581	-0.207	0.837	0.315	0.814	-0.031	0.976	0.743	0.535
Utangaçlık ölçeği	-0.343	0.734	-1.226	0.230	0.190	0.902	-1.457	0.155	0.349	0.790
SKÖ	-0.171	0.866	0.041	0.967	0.634	0.599	1.048	0.303	2.323	0.096
Yale-Brown toplam	-0.119	0.906	-0.412	0.683	0.763	0.524	1.110	0.276	0.531	0.664
Kompulsiyon alt toplamı	0.112	0.911	0.006	0.995	0.723	0.546	1.051	0.301	0.748	0.532
Obsesyon alt toplamı	-0.339	0.737	-0.801	0.429	0.714	0.551	1.085	0.286	0.298	0.826

*Student t testi

**ANOVA

4.15. Sosyal aktiviteye giden ve gitmeyen gençlerin ölçek puanlarının karşılaştırılması

Sosyal aktiviteye giden ve gitmeyen gençlerin ölçek puanları karşılaştırıldığında, UCLA yalnızlık ölçeği (p=0.255), boyun eğici davranışlar ölçeği (p=0.254), utangaçlık ölçeği (p=0.560), sosyal karşılaştırma ölçeği (p=0.473), Yale Brown toplam (p=0.186), kompulsiyon alt ölçeği (p=0.078), obsesyon alt ölçeği (p=0.419) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Sosyal aktiviteye giden ve gitmeyen gençlerin ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	OKB				İstatistiksel test*	
	Sosyal aktiviteye gidiyor		Sosyal aktiviteye gitmiyor		t	p
	Puan	SS	Puan	SS		
UCLA yalnızlık ölçeği	34.37	12.55	39.76	14.04	1.159	0.255
BEDÖ	29.75	7.15	32.47	6.28	1.163	0.254
Utangaçlık ölçeği	54.81	17.98	50.88	20.14	-0.590	0.560
SKÖ	83.75	15.25	79.64	17.04	-0.727	0.473
Yale-Brown toplam	10.06	9.86	15.17	11.70	1.353	0.186
Kompulsiyon alt toplamı	5.00	5.17	8.47	5.73	1.821	0.078
Obsesyon alt toplamı	5.06	4.94	6.70	6.43	0.818	0.419

*Student t testi

4.16. Katılımcıların ebeveynlerine göre, katılımcıların ve kendilerinin arkadaş edinmekte zorlanıp zorlanmamasının ölçek puanlarına etkisi

‘Çocuğunuz yakın arkadaş edinmekte zorlanır mı?’ sorusuna ‘Evet, çok zorlanır.’, ‘Biraz zorlanır.’ ve ‘Hayır, zorlanmaz.’ yanıtlarına göre 3 grup oluşturulup istatistiksel analiz yapıldığında UCLA yalnızlık ölçeği (p=0.086), boyun eğici davranışlar ölçeği (p=0.662), utangaçlık ölçeği (p=0.231) ve sosyal karşılaştırma ölçeği (p=0.182) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

‘Arkadaş edinmekte zorlanır mısınız?’ sorusuna katılımcıların annelerinin verdiği ‘Evet, çok zorlanırım.’, ‘Bazen zorlanırım.’ ve ‘Hayır, zorlanmam.’ yanıtları baz alınarak gruplara ayrılmıştır. ‘Evet, çok zorlanırım.’ diyen yalnızca bir ebeveyn olduğu için ‘Bazen zorlanırım.’ grubuna dahil edilerek istatistiksel analiz yapılmıştır. İki gruptaki ebeveynlerin çocuklarının ölçek puanları karşılaştırıldığında, UCLA yalnızlık ölçeği (p=0.444), boyun eğici davranışlar ölçeği (p=0.292), utangaçlık ölçeği (p=0.294), sosyal karşılaştırma ölçeği (p=0.319), Yale Brown toplam (p=0.988), kompulsiyon alt ölçeği (p=0.850), obsesyon alt ölçeği (p=0.875) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

‘Eşiniz arkadaş edinmekte zorlanır mı?’ sorusuna ebeveynlerin verdiği ‘Evet, çok zorlanırım.’, ‘Bazen zorlanır.’ ve ‘Hayır, zorlanmaz.’ yanıtları baz alınarak gruplara

ayrılmıştır. ‘Evet, çok zorlanır.’ diyen üç ebeveyn olduğu için, istatistiksel analizi güvenilir kılmak için ‘Bazen zorlanır.’ grubuna dahil edilerek istatistiksel analiz yapılmıştır. İki gruptaki babaların çocuklarının ölçek puanları karşılaştırıldığında, UCLA yalnızlık ölçeği (p=0.420), boyun eğici davranışlar ölçeği (p=0.876), utangaçlık ölçeği (p=0.469), sosyal karşılaştırma ölçeği (p=0.978), Yale Brown toplam (p=0.998), kompulsiyon alt ölçeği (p=0.723), obsesyon alt ölçeği (p=0.724) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların ebeveynlerine göre, katılımcıların ve kendilerinin arkadaş edinmekte zorlanıp zorlanmamasının ölçek puanlarına etkisi

Ölçekler	Arkadaş edinme özelliği					
	Gençlerin arkadaş edinme özelliği		Annelerin arkadaş edinme özelliği		Babaların arkadaş edinme özelliği	
	F	p*	t	p**	t	p**
UCLA yalnızlık ölçeği	2.67	0.08	-0.77	0.44	0.81	0.42
BEDÖ	0.41	0.66	-1.07	0.29	-0.15	0.87
Utangaçlık ölçeği	1.54	0.23	-1.06	0.29	0.73	0.46
SKÖ	1.80	0.18	1.01	0.31	0.02	0.97

* ANOVA

** Student t testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine ilk kez başvuran ya da takip ve tedavi edilmekte olan OKB tanılı 12-18 yaş arasındaki gençler ile ruhsal bozukluğu ya da kronik fiziksel hastalığı olmayan yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş sağlıklı gençlerin sosyal becerileri; utangaçlık düzeyi, yalnızlık düzeyi, boyun eğici davranışlarının miktarı ve akranlarına göre kendi sosyal özelliklerini değerlendirdikleri ölçekler ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen veriler yazın bilgileri ışığında tartışılmıştır.

İki gruptaki katılımcıların yaş ve cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; OKB grubunda yaş ortalaması 14.42 ± 1.80 , kontrol grubunda ise 14.45 ± 2.12 olarak saptanmıştır. İki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.94$). Çalışmamızda UCLA yalnızlık ölçeği, BEDÖ, utangaçlık ölçeği ve SKÖ puanlarında yaşla korelasyon saptanmamıştır. Valderhaug ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hem ebeveyn hem öz bildirim ölçeklerinde, 13-17 yaş arası ergenlerde 8-12 yaş arası çocuklardan daha fazla işlevsellikte bozulma bildirilmiştir.¹²⁰ Çalışmamızda yalnızca 12-18 yaş arası gençlerin dahil edilmiş olması nedeniyle yaşın OKB'nin oluşturduğu sosyal işlevsellikte etkisi ortaya çıkmamış olabilir. Yaşla korelasyon saptanmamış olmasında, örneklemin OKB belirti şiddetinin yazındaki çalışmalardakine göre düşük olmasının, örneklemin çoğunluğunu tedavi gören katılımcıların oluşturmasının ve akran ilişkilerinin tedavide çalışılıyor olmasının rol almış olabileceği düşünülmüştür.

OKB grubundaki 33 hastanın 17'si (%51.5) kız, 16'sı (%48.5) erkek; kontrol grubundaki 37 hastanın 17'si (%45.9) kız, 20'si (%54.1) erkektir ve gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.821$). Yazında çocuklarda yapılan çalışmalarda OKB yaygınlığının erkek/kız oranı 3/1 olarak bildirilmekte, ergenlik döneminde kız ve erkeklerde eşitlenmekte ve yetişkinlerde kadınlarda az da olsa daha fazla görülmektedir.^{1,28} Çalışmadaki kız erkek oranı yazın bilgisi ile uyumludur. Katılımcıların cinsiyetine göre UCLA yalnızlık ölçeği, BEDÖ, utangaçlık ölçeği ve SKÖ puanlarına bakıldığında kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Valderhaug ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kızlarda erkeklerden daha fazla istatistiksel olarak anlamlı derecede işlevsellikte bozulma bildirilmiştir.¹²⁰

Çalışmamızda OKB grubundaki katılımcıların %21.2'sinin, kontrol grubundaki katılımcıların ise % 2.7'sinin annesinde ruhsal bozukluk öyküsü bildirilmiştir. İki grup

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.022). OKB grubundaki katılımcıların %12.1'inin (n:4) babalarında ruhsal bozukluk öyküsü bildirilirken, kontrol grubundaki katılımcıların babalarında ruhsal bozukluk öyküsü olmadığı bildirilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.045). İki gruptaki katılımcıların kardeşlerinde ruhsal bozukluk öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.599). OKB grubunda 1 (%3) katılımcının kardeşinde DEHB, 1 (%3) katılımcının kardeşinde major depresif bozukluk öyküsü; kontrol grubunda ise 1 (%2.7) katılımcının kardeşinde DEHB öyküsü bildirilmiştir.

OKB tanılı çocukların birinci derece akrabalarında, sağlıklı kontrollere göre daha fazla MDB görüldüğü bildirilmiştir.¹³² Yaşam boyu depresyon sıklığı; depresyon ve OKB tanısı olan çocukların birinci derece akrabalarında %46.3, depresyonun eşlik etmediği OKB tanılı çocukların birinci derece akrabalarında %19.7, kontrol grubundaki katılımcıların birinci derece akrabalarında ise %15.4 olarak saptanmıştır.¹³² Ağır şiddette OKB tanılı 46 çocuk ve ergenin, birinci derece yakınlarından 145 kişide ruhsal bozukluk yaygınlığının değerlendirildiği bir çalışmada çocuk ve gençlerin %30'unun en az bir yakınında OKB olduğu, babaların %25'inin annelerin %9'unun bu tanıyı aldığı, babaların %45'inin, annelerin %65'inin bir ya da daha fazla ruhsal bozukluk tanısının olduğu, annelerin %2'sinde babaların %20'sinde obsesif kompulsif kişilik özellikleri olduğu, majör depresif bozukluğun annelerin %30'unda babaların %23'ünde görüldüğü, annelerin %15'inde babaların %2'sinde bipolar duygudurum bozukluğu olduğu, annelerin %13'ünde babaların %11'inde yaygın anksiyete bozukluğu olduğu, annelerin %2'sinde panik bozukluk olduğu bildirilmiştir.¹³³ Bahsedilen bu çalışmada çocuk ve gençlerin OKB belirtilerinin ağır şiddette olması ve birinci derece yakınlarla onların ruh sağlığını değerlendirmeye ve tanı koymaya yönelik bireysel görüşmelerin yapılmış olması nedeniyle ruhsal bozukluk yaygınlığı bizim çalışmamızın sonuçlarına oranla daha yüksek çıkmış olabilir. Çalışmamızda OKB grubundaki katılımcıların ebeveynlerinde daha fazla ruhsal bozukluk görülmesi yazın bilgisi ile uyumludur.

Ebeveynlere göre çocukların utangaçlık derecesinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.368). Ancak 'Evet, çok utangaç' yanıtı OKB grubunda 5 (%15.2) kişide, kontrol grubunda 4 (%10.8) kişide saptanmış; 'Hayır, utangaç değil' yanıtı ise OKB grubunda 7 (%21.2) kişide, kontrol grubunda 14 (%37.8) kişide saptanmıştır. Gençlerin bildirdiği utangaçlık ölçeği ortalama puanı ise OKB grubunda

52.78±18.93, kontrol grubunda 44.35±15.21 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.043). Ağır şiddette OKB belirtileri olan gençler örneklemden çıkarılıp kontrol grubu ile karşılaştırıldığında utangaçlık ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. OKB belirti şiddeti azaldığında, gençlerin OKB belirtilerini saklamak amacıyla sosyal ortamlardan kaçınma ihtiyaçları azalmış ve bu durumu utangaçlık düzeyinin azalması şeklinde yorumlamaları etken olmuş olabilir. OKB'li gençler ile sağlıklı gençlerin mizaç özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB'li gençlerin utangaçlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.¹³⁴ Arada anlamlı farklılık çıkmasa bile OKB'li gençlerin ebeveynleri çocuklarının daha utangaç olduğunu ve daha az sayıda arkadaşları olduğunu bildirmişlerdir. Örneklemin küçük olması, ebeveynlerin bildiriminde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasında etken olmuş olabilir. Bunun yanı sıra ebeveynlerin içselleştirme sorunlarını daha az bildirdikleri, gençlerin yaşadığı bazı içsel zorlukları farketmeyebildikleri, dışsallaştırma sorunlarını daha çok bildirme eğiliminde oldukları yazında ifade edilmiştir.¹³⁵⁻¹³⁷ OKB grubundaki katılımcıların çoğunun tedavi altında olması ve tedavi sürecinde sosyal becerilerin çalışılmış olması nedeniyle utangaçlık düzeyi azalmış olabilir.

OKB grubundaki ebeveynlerden 6'sı (%18.2) 'Çocuğunuz yakın arkadaş edinmekte zorlanır mı?' sorusuna 'Evet, çok zorlanır.' şeklinde cevap verirken, 18'i (%54.5) 'Biraz zorlanır.' 9'u (%27.3) 'Hayır, zorlanmaz.' cevabını vermiştir. Kontrol grubunda ise 1 ebeveyn (%2.7) 'Evet, çok zorlanır.' cevabını verirken, 10 kişi (%27) 'Biraz zorlanır.', 26 kişi (%70.3) 'Hayır, zorlanmaz.' cevabını vermiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.001). OKB tanımlı gençlerin ebeveynlerinden 4 kişi (%12.1) 'Çocuğunuz arkadaşları tarafından dışlanır mı?' sorusuna 'Evet, sık sık', 16 kişi 'Nadiren/Hiç bir zaman' yanıtını verirken, kontrol grubundan 30 ebeveyn (%81.1) 'Nadiren/ Hiç bir zaman' yanıtını vermiş, 'Evet, sık sık' yanıtını veren ebeveyn olmamıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.005).

Ebeveynlerine göre OKB grubundaki katılımcıların ortalama 3.69±6.65 yakın arkadaşı varken, kontrol grubundaki katılımcıların ortalama 5.45±5.00 yakın arkadaşı olduğu bildirilmiştir. OKB grubundaki gençlerin daha az sayıda yakın arkadaşı olduğu saptanmış, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.212). OKB grubundaki gençlerin öz bildirimine bakıldığında UCLA yalnızlık ölçeği ortalama puanı OKB

grubunda 37.15 ± 13.41 , kontrol grubunda 33.27 ± 8.86 saptanmış, OKB'li gençlerin öz bildirimlerinde yalnızlık düzeyi daha yüksek bulunmuş, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.154$). Yazında OKB tanılı gençlerin %37'sinin arkadaş edinmekte, %31'inin arkadaşlığı sürdürmekte zorluk yaşadığı bildirilmiştir.¹¹⁹ OKB tanılı gençlerin daha az sayıda arkadaşlarının olduğu, arkadaş edinmekte, bütün bir günü bir arkadaşı ile geçirmekte ve bir arkadaşında yatıya kalmakta daha çok zorluk yaşadığı saptanmıştır.^{119,120} OKB'nin; gençlerin sosyal işlevselliği, olumsuz değerlendirilme korkusu, akran zorbalığına maruziyeti, zorbaca davranışları ve olumlu sosyal davranışları üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada, OKB'si olan çocukların çoğu çocuğa göre akran ilişkisinde daha fazla zorluk yaşadığı saptanmıştır.¹¹ Daha az arkadaşının olması, daha fazla arkadaşının olmasını isteme ve arkadaş edinmekte zorluk gibi durumların OKB'li gençlerde daha fazla olduğu belirtilmiştir.¹¹ Bu verilere rağmen, yapılan çalışmalarda OKB tanılı gençlerin öz bildirimlerinde yakın bir arkadaşına sahip olma ya da kurulmuş bir arkadaşlığı sürdürmekte zorluk çekmediklerini ifade etmeleri, bu durumun belirgin bir sosyal beceri yetersizliğinden ziyade, daha sosyal izole olmaları ve akranları tarafından OKB belirtilerinin farkedilebileceği ortamlardan kaçınmaları nedeniyle olabileceğini düşündürmektedir.^{12,122,138} Yaşa uygun etkinliklere katılmaktan kaçınma, yeni arkadaş edinmedeki güçlüğü de açıklayabilir.¹² Çocukların farklı ya da garip olarak algılanma endişesinin dışında, belirtileri saklama eğiliminde olmaları; etkinliklerden kaçınmaları nedeniyle yeni arkadaş edinmekte güçlük çekiyor olabilecekleri düşüncesini desteklemektedir.^{12,27,120} Sosyal öğrenme kuramına göre, toplumda bireyler diğer insanları seyrederek ve gözlem yaparak, onların yaptığı davranışın pekiştirildiğini veya cezalandırıldığını gözlemleyerek öğrenmektedir. Sosyal öğrenme kuramcılarının insanların çevresindeki kişilerin davranışlarını gözlediklerini, bu gözlemlerden bazı sonuçlar çıkararak kendileri için yararlı olan durumlarda davranışları gösterdiklerini öne sürmüşlerdir.¹³⁹ OKB'li gençlerin ebeveynlerinin arkadaş sayılarının daha düşük olması ve babaların arkadaş edinmekte daha çok güçlük çekiyor olmasının, OKB tanılı çocukların arkadaşlık ilişkilerini de olumsuz yönde etkilediği ve OKB'li gençlerin arkadaş edinmekte güçlük çekmesinde ve daha az sayıda arkadaşları olmasında etkili olduğu düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda da ebeveynler tarafından çocuklarının daha az arkadaşı olduğu, daha çok dışlandıkları, yakın arkadaş edinmekte daha çok

zorlandıkları görülmüş, OKB grubundaki katılımcıların yalnızlık ölçeği puanları daha yüksek saptanmıştır. Yalnızlık ölçeğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkmamasında bahsedilen nedenlerin yanı sıra örneklemin küçük olması, tedavi altındaki hastaların çalışmaya alınmış olması, hastaların kliniğimizdeki tedavi sürecinde sosyal aktiviteye rutin olarak yönlendiriliyor olması, sosyal becerilerinin ve arkadaşlık ilişkilerinin destekleniyor olması rol oynamış olabilir. Ek olarak, ebeveyn ve gençlerin bildirimindeki tutarlılığın değerlendirildiği çalışmalarda, gençlerin ebeveynlerden daha az sosyal işlevsellikte bozulma bildirdikleri saptanmıştır.^{59,120,140} Çalışmamızda OKB tanılı gençlerin bildirdiği yalnızlık ölçeğinde farklılık çıkmamasının bu durumla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

OKB ve kontrol grupları arasında ölçek puanları karşılaştırıldığında BEDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.969$). OKB'nin boyun eğici davranışlar üzerinde etkisinin olmayabileceği düşünülmüştür.

Örnekleminizde boyun eğici davranış düzeyi yazındakilerden oldukça düşük bulunmuştur.¹⁴¹⁻¹⁴⁴ Bu duruma OKB grubundaki gençlerin büyük çoğunluğunun tedavi altında olmasının, sosyal becerilerinin görüşmelerde destekleniyor olmasının ve gençlerin yarısından fazlasının sosyal aktiviteye gidiyor olmasının rol oynamış olabileceği düşünülmüştür.

OKB ve kontrol grupları karşılaştırıldığında SKÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.002$). OKB belirti şiddeti ağır düzeyde olan katılımcılar örneklemden çıkartılıp, kontrol grubu ile karşılaştırma yapıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın devam ettiği görülmüştür. Kanner OKB tanılı çocukların yetiştirilme sürecinde, ebeveynin mükemmeliyetçi yaklaşımlarına ve ahlak kuralları (moral kavramlar) konusunda daha duyarlı olmanın gerekliliğiyle ilgili tutumlarına fazlaca maruz kaldığını bildirmiştir.²⁷ Kuramlara ve gözden geçirme çalışmalarına göre mükemmeliyetçilik OKB tanılı bireylerde yaygın bir temadır.¹²³ Son yıllarda bilişsel terapi yazınında mükemmeliyetçilik kavramı olumlu ve olumsuz olarak sınıflandırılmakta ve bireyde strese yol açan olumsuz mükemmeliyetçilik ile ya hep ya hiç tarzı düşünme ilişkilendirilmektedir.¹⁴⁵ Ya hep ya hiç tarzı düşünme, “siyah ya da beyaz”, “çift kutuplu” ya da “ikili” düşünme olarak da anılmaktadır. Bu tarz düşünce herhangi bir durumu, sadece iki kategoride siyah-beyaz, iyi-kötü, harika-korkunç şeklinde nitelendirmektir.¹⁴⁵ Örneğin, obsesyonları olan bir kişinin “Tam güvende değilsem, büyük

bir tehlike altındayım” şeklindeki düşüncesi, ya hep ya hiç (ikili) tarzı düşünme bilişsel çarpıtmasına örnektir.¹⁴⁵ Benzer şekilde ‘Bütün soruları doğru yapamazsam, ben başarısız bir öğrenciyim.’ gibi bilişsel çarpıtmalar, gençlerin yaptığı küçük hatalarda, katı süper egoları nedeniyle çok fazla öz eleştiri yapmalarına ve kendilerine bütünüyle olumsuz kişilik özelliklerini atfetmelerine neden olabilir. SKÖ’de anlamlı farklılığın ortaya çıkmasında bu durumun etken olduğu düşünülebilir. Mükemmellik için çaba gösterme, özellikle hataları konusunda çok öz eleştiri yapma, koşullu öz saygı OKB tanılı çocukların stresini artırmaktadır. Hata yapmaktan kaçınma yönü mükemmeliyetçiliği olumsuz bir kişilik özelliği haline getirmektedir. Mükemmeliyetçiliğin ve hata yapmaktan kaçınmanın çocuklarda yalnızlığı, akran zorbalığına maruziyeti, depresif belirtileri artırdığı; mutluluğu ve doyumunu azalttığı, akran ilişkilerindeki bozulma ile ilişkili olabildiği bildirilmiştir.¹²³

OKB grubunda eş tanısı olan ve olmayan katılımcıların ölçek puanları karşılaştırıldığında; UCLA yalnızlık ölçeği, BEDÖ, utangaçlık ölçeği, CY-BOCS toplam, kompulsiyon alt ölçeği, obsesyon alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken; eş tanısı olmayan gençlerde SKÖ ortalama puanı 89, eş tanısı olan gençlerde ise 74 bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.006). Bir eş tanısı olan, birden fazla eş tanısı olan ve eş tanısı olmayan katılımcıların ölçek puanları karşılaştırıldığında; UCLA yalnızlık ölçeği, BEDÖ, utangaçlık ölçeği, CY-BOCS toplam, kompulsiyon alt ölçeği, obsesyon alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken; eş tanısı olmayan gençlerde SKÖ ortalama puanı 89, bir eş tanısı olan gençlerde 75, birden fazla eş tanısı olan gençlerde ise 73 bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.022). Komorbiditelerin OKB tanılı gençlerde sosyal işlevsellikteki etkisine bakıldığında, dışa vurum bozukluklarının (KOKGB, DEHB), yalnızca OKB tanısı olan ya da komorbid anksiyete bozukluğu olan gençlere göre sosyal, akademik ve aile ile ilgili işlevsellik alanlarında işlevsellikte daha çok bozulmaya neden olduğu bildirilmiştir.¹⁴⁶ DEHB’nin OKB tanılı gençlerde sosyal işlevselliği nasıl etkilediğini değerlendiren bir çalışmada; yalnızca DEHB ya da yalnızca OKB tanılı gençlerin sağlıklı kontrollere göre sosyal işlevselliklerinin daha düşük olduğu, ancak yalnızca OKB tanılı gençlerin sosyal uyumunun yalnızca DEHB tanılılardan daha iyi olduğu, en düşük sosyal işlevselliğin de DEHB ve OKB komorbiditesi olan grupta olduğu bildirilmiştir.^{12,147} Valderhaug ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada çocukların okul, aile ve genel işlevsellikle ilgili alanlardaki bildirimlerinde eş tanısı olmayan, bir eş tanısı olan ve birden fazla eş tanısı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.¹²⁰ OKB tanılı erişkinlerle yapılan araştırmalarda da komorbid ruhsal bozukluğu olanlarda sosyal işlevselliğin daha kötü olduğu ve OKB prognozunu olumsuz etkilediği bildirilmiştir.^{52,148} Dolayısıyla eş tanı varlığında sosyal işlevsellik kötüleşmekte, bu durum OKB tedavisine yanıtı olumsuz etkilemekte ve OKB'nin kronikleşmesine neden olmaktadır. Bulgularımızın yazınla tam olarak uyumlu olmamasında örneklemin küçük olması, ölçeklerin OKB nedeniyle oluşan sosyal işlevsellikte bozulmaya özgü olmaması, örneklemin çoğunluğunun tedavi görmekte olan gençlerden oluşması ve katılımcıların OKB belirti şiddetinin yazındaki çalışmalardaki katılımcılardan daha düşük olması neden olabilir.

OKB şiddetine göre belirlenen gruplarda UCLA yalnızlık ölçeği, BEDÖ, utangaçlık ölçeği ve SKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. OKB tanılı çocuk ve ergenlerin dahil edildiği çalışmalarda, OKB tanılı gençlerin akran ilişkilerinde daha fazla zorbalığa maruz kaldığı, OKB şiddeti arttıkça akran zorbalığına maruziyetin ve ebeveynlerin bildirdiği içselleştirme ve dışsallaştırma sorunlarının arttığı, akran zorbalığındaki artışın depresyonu ve yalnızlığı artırabildiği bildirilmiştir.^{122,123} OKB tanılı 815 erişkinin dahil edildiği bir çalışmada; OKB şiddeti arttıkça sosyal işlevsellikte bozulmanın da arttığı, sosyal işlevsellikte bozulmanın kişiler arası ilişkilerde ve işle ilgili alanlarda ortaya çıktığı; biriktirme, cinsel ve dinsel obsesyonların sosyal işlevsellikte daha fazla bozulmaya neden olduğu, eşlik eden depresif bozukluk, yeme bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunun da sosyal işlevselliğin tüm alanlarını olumsuz etkilediği bildirilmiştir.⁵² Bulgumuzun yazınla uyumlu olmamasında; örneklemin çoğunluğunun belirtileri remisyonda ya da hafif şiddette olan hastalardan oluşmasının, örneklemin küçük olmasının ve katılımcıların çoğunun tedavi altında olmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

OKB grubundaki katılımcıların annelerinin ortalama yakın arkadaş sayısı 5.15, kontrol grubundaki katılımcıların annelerinin ortalama yakın arkadaş sayısı 7.24 saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sosyodemografik bilgi formunu dolduran ebeveynlere göre çocukların annelerinin arkadaş edinmekte zorluk yaşamayı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. OKB grubundaki katılımcıların babalarının ortalama yakın arkadaş sayısı 5.06, kontrol grubundaki katılımcıların babalarının ortalama yakın arkadaş sayısı 5.75 olarak saptanmış ve aradaki

fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sosyodemografik bilgi formunu dolduran ebeveynlere göre çocukların babalarının arkadaş edinmekte zorluk yaşaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.036$). OKB grubundaki ebeveynlerin kontrol grubundakilere göre daha fazla ruhsal bozukluğunun olmasının arkadaş ilişkilerini olumsuz etkilediği, bu nedenle arkadaş sayılarının daha düşük olduğu düşünülmüştür.

Çoğu yazar iyi arkadaşlıkların çocuğun benlik saygısını artırdığını, sosyal uyumunu geliştirdiğini, stresle baş etme becerilerini artırdığını belirtmiştir.¹⁴⁹ Örneğin erken ergenlik dönemindeki gençlerde olumlu özelliklere sahip akranlarla yapılan arkadaşlıkların, okula daha bağlı olma ve genç tarafından algılanan sosyal kabulün daha iyi olması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.^{150,151} Kişinin iş hayatında ya da akademik alanlarda ve kişiler arası ilişkilerde OKB nedeniyle oluşan sorunları aşmasının ruhsal bozukluğun oluşturduğu yükü azaltabileceği gözlenmiştir.⁵² OKB tanılı gençlerde BDT ve farmakoterapi altın standart olarak belirtilse de, gençlerin %20-70'inin tedavi sonrası işlevselliğinde belirgin düzelme olmamaktadır.¹⁵² Bu durumun nedenleri tam olarak anlaşılmış olmasa da, bazı olgularda sosyal uyumun yetersiz olmasının buna neden olabileceği düşünülmektedir.¹² OKB tanılı hastalarda kişiler arası ilişkilerin OKB'nin getirdiği yük nedeniyle kırılgan olduğu, kişiler arası ilişkileri çalışmanın, OKB tedavisinden alınacak yanıtı belirleyen önemli etkenlerden biri olduğu ve başlangıçta sosyal işlevselliği kötü olanların tedaviye daha az yanıt verdiği bildirilmiştir.^{52,153-155} 18-60 yaş arası 39 erişkinin dahil edildiği bir çalışmada, BDT tedavisine yanıtta yürütücü işlevlerin önemi araştırılmış, tedaviye yanıt veren ve katılımcıların %49'unu oluşturan bireyler ile tedaviye yanıt vermeyen bireyler karşılaştırıldığında, uygulanan 11 nöropsikolojik testte ve başlangıçtaki OKB belirti şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, tedaviye yanıtsız hastalarda başlangıçtaki sosyal işlevsellik düzeyinin diğer gruptan anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır.⁹⁰

Sosyal işlevsellikteki bozulmayı saptamak, ruhsal bozukluğun oluşturduğu yükü ve belirti şiddetini tanımlamaktan öte, tedavi planına katılması gereken bir alanın da belirlenmesini sağlamaktadır.⁵² Çalışmamızda ebeveynler tarafından OKB'li gençlerin arkadaşlık ilişkilerinde sağlıklı gençlerden daha fazla zorluk yaşadığı bildirilmiş, gençlerin de kendi özelliklerini akranlarına göre daha yetersiz algıladıkları ve daha utangaç olduklarını düşündükleri saptanmıştır. Klinikte OKB tanılı gençler ile çalışırken, OKB'li gençlerin sosyal ilişkilerindeki zorlukların ve kendi özellikleriyle ilgili bilişsel

çarpıtma içeren algılarının göz önünde bulundurulması ve tedavi planına dahil edilmesi, OKB tedavisinden alınacak yanıtı da artıracak ve ruhsal olarak daha sağlıklı bireyler olmalarına katkı sağlayacaktır.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

OKB ve kontrol grubundaki gençlerin öz bildirim ölçekleri karşılaştırıldığında, OKB grubundaki gençlerin SKÖ puanlarının daha düşük, utangaçlık ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir. SKÖ’de bulunan düşük puanın OKB tanılı gençlerin mükemmeliyetçi özellikleri ile ve bu nedenle kendi özelliklerini akranlarına göre daha yetersiz algılamasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ağır şiddette belirtileri olan gençler OKB örnekleminde çıkarıldığında, utangaçlık düzeyinin azaldığı görülmüştür. Bu durumun ise gençlerin belirtileri saklama ihtiyacının ve sosyal ortamlardan kaçınmalarının azalmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. UCLA yalnızlık ölçeğinde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamış; OKB tanılı gençler istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da yalnızlık düzeyini daha yüksek bildirmişlerdir. BEDÖ’de iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamış, bu durumun gençlerin çoğunluğunun tedavi alıyor olması, sosyal becerilerinin destekleniyor olması ve sosyal aktiviteye gidiyor olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

OKB tanılı gençlerin ebeveynleri sağlıklı gençlerin ebeveynlerine göre, çocuklarının arkadaş edinmekte daha çok güçlük çektiğini ve arkadaşları tarafından daha çok dışlandığını bildirmişler, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Vaka grubundaki ebeveynler çocuklarının arkadaş sayısının daha düşük olduğunu ve utangaçlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişler, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gençlerin tedavi alıyor olması, sosyal aktiviteye gidiyor olması, ebeveynlerin utangaçlık gibi içselleştirme belirtilerini daha az fark ediyor olmalarının ve örneklemin küçük olmasının bu sonuçlarda etkili olduğu düşünülmüştür.

6.2. KISITLILIKLAR

Ülkemizde OKB’nin çocuk ve gençlerde sosyal işlevsellikteki etkisini ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçeğin olmaması çalışmamızı sınırlandırmış olmakla birlikte katılımcıların sosyal becerilerini ve sosyal işlevselliğini değerlendirebileceğini düşündüğümüz UCLA yalnızlık ölçeği, BEDÖ, utangaçlık ölçeği ve SKÖ kullanılmıştır. Ancak bu ölçekler katılımcıların sosyal becerilerini ve sosyal işlevsellikteki bozulmanın OKB ile ilişkili olup olmadığını değerlendirmede yetersiz kalmış olabilir.

Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı ise vaka grubu örnekleminin 33 kişiden oluşmasıdır. OKB grubundaki katılımcıların UCLA yalnızlık ölçeği ve BEDÖ puanları daha yüksek bulunmuş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durumun örneklem küçüklüğü nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Göz teması kurma, diyalog başlatma, konuşmayı uygun şekilde sürdürme gibi temel sosyal becerilerin değerlendirilmemiş olması, katılımcıların sosyal becerilerine yönelik öğretmenlerinden bilgi alınmamış olması, OKB'li gençlerin sosyal becerilerinin başka ruhsal bozukluğu olan gençlerle karşılaştırılmış olmaması, örneklemin çoğunluğunun tedavi görmekte olan gençlerden oluşması ve tedavinin etkisinin ölçülmemiş olması, katılımcılar ile sosyal becerileri ve arkadaşlık ilişkilerini değerlendirmeye yönelik görüşme yapılmamış olması da çalışmanın diğer kısıtlılıklarıdır.

6. 3. ÖNERİLER

Yazında çocuk ve gençlerde OKB ile ilişkili psikososyal işlevsellikte bozulmanın ve sosyal becerilerin değerlendirildiği az sayıda çalışma vardır.^{119,120} İleriki çalışmalarda bu amaca yönelik ölçek geliştirilmesi ve bu ölçeklerle OKB'li gençlerin sosyal işlevselliğinin değerlendirilmesi daha doğru sonuçlar verecektir. OKB nedeniyle olan işlevsellikte bozulmayı saptamak için hem yaşam kalitesi hem de psikososyal işlevselliğin değerlendirilmesi önerilmektedir.^{52,156} Temel sosyal becerilerin değerlendirilmesinin daha sağlıklı veri sağlayacağı düşünülmektedir.

7. ÖZET

Amaç: OKB tanılı gençlerin sosyal becerilerinin, sağlıklı gençlerin sosyal becerileri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniklerinde izlenen DSM 5'e göre OKB tanı kriterlerini karşılamış olan 12-18 yaş arası 33 genç dahil edilmiştir. Kontrol grubu ise Genel Pediatri Polikliniği'ne başvuran 37 kişiden oluşmuştur.

Gençlere araştırmacı tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) ve Çocuklar için Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği uygulanmıştır. Ebeveyn tarafından sosyodemografik bilgi formu doldurulmuştur. Ergenlere UCLA yalnızlık ölçeği, boyun eğici davranışlar ölçeği (BEDÖ), utangaçlık ölçeği ve sosyal karşılaştırma ölçeği (SKÖ) verilmiştir.

Bulgular: OKB grubundaki gençlerin SKÖ puanlarının daha düşük, utangaçlık ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir. BEDÖ'de ve UCLA yalnızlık ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmamış; ancak OKB tanılı gençler, yalnızlık düzeyini daha yüksek bildirmişlerdir. OKB tanılı gençlerin ebeveynleri çocuklarının arkadaş edinmekte daha çok güçlük çektiğini ve arkadaşları tarafından daha çok dışlandığını bildirmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Vaka grubundaki ebeveynler çocuklarının arkadaş sayısının daha düşük olduğunu ve utangaçlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tartışma: OKB'li gençlerde SKÖ puanlarının daha düşük olmasının mükemmeliyetçi özellikleri ile ve bu nedenle kendi özelliklerini daha yetersiz algılamasıyla, utangaçlık düzeylerinin daha yüksek bulunmasının OKB belirtilerini saklamak amacıyla sosyal ortamlardan kaçınmaları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Gençlerin UCLA yalnızlık ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmazken; ebeveynler tarafından daha az arkadaşlarının olduğunun, arkadaşları tarafından daha çok dışlandıklarının ve arkadaş edinmekte daha çok zorlandıklarının bildirilmesinin, gençlerin sosyal ortamlardan kaçınmaları nedeniyle yeni arkadaş edinmekte güçlük çekmeleri, ancak var olan arkadaşlıklarını sürdürmeleri nedeniyle yalnız hissetmemeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: OKB, yalnızlık, utangaçlık, boyun eğici davranışlar, sosyal karşılaştırma ölçeği

8. ABSTRACT

Objective: We have aimed to compare social skills of adolescents that were being followed up related to OCD, with social skills of their healthy counterparts

Methods and Materials: Within the scope of the study, 33 adolescents aged between 12- 18 years that had being followed up in Kocaeli University's Child and Adolescent Psychiatry Department and had fulfilled OCD diagnosis according to DSM-V criteria at any certain period of their lives were included in the study. Healthy control group comprised 37 individuals who had applied to Pediatrics Unit of the same hospital.

Adolescents were applied Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia and Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale by the clinician. Sociodemographic data form was filled out by each participating parent. UCLA Loneliness Scale (LS), Submissive Acts Scale (SAS), Shyness Scale (SS) and Social Comparison Scale (SCS) were applied to adolescents in the case group.

Results: It was found that adolescents in the OCD group had lower SCS scores and higher shyness scores, with a statistically significant difference, in between. No significant difference was found between two groups regarding LS scores and SAS scores; but adolescents diagnosed with OCD reported higher levels of loneliness. Parents of adolescents with OCD reported higher rates of struggles on the part of their children in making friends as well as higher odds of being excluded by their peers. This difference was statistically significant. Parents of children in the case group reported less number of friends for their children, and higher levels of shyness; however this did not reach a statistically significant difference between two groups.

Discussion: Lower SCS scores obtained in adolescents with OCD were thought to be related to the perfectionist nature of these adolescents and in turn, their self- perceptions of not being good enough. Adolescents with OCD, scoring significantly higher on shyness scale might be related to their tendencies to avoid social occasions and interactions in order to hide their symptoms related to OCD. While no significant difference was observed regarding LS scores of adolescents from two groups, higher number of parental reports about having fewer friends, experiencing more exclusion by their peers and harder time making friends were thought to be linked to the possibility of adolescents having

difficulties in making new friends due to their avoidance of social situations; however not feeling entirely lonely due to being able to maintain their ongoing friendships.

Keywords: OCD , loneliness, shyness, submissive acts, social comparison scale



9. KAYNAKLAR

1. Tahiroğlu A, Çelik G. Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar. Akay A, Ercan E, Perçinel İ ve ark. ed. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1. Basım. Ankara: Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları. 2016:268-310.
2. Akçamete G, Avcıoğlu H. Sosyal becerileri değerlendirme ölçeğinin (7-12 yaş) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2005;5:61-77.
3. Sorias O. Sosyal beceriler ve değerlendirme yöntemleri. Türk Psikol Derg. 1986;5:25-29.
4. Genç SZ. İlköğretimde sosyal becerilerin gerçekteşme düzeyinin belirlenmesi üzerine bir araştırma. Kastamonu Eğitim Derg. 2005;13:41-54.
5. Kalafat T. Üniversite Öğrencilerinin Beden Memnuniyet Düzeyleri İle Sosyal Beceri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. Çanakkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Programları ve Öğretimleri Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi.Çanakkale. 2006
6. Alden LE, Taylor CT. Interpersonal processes in social anxiety disorder. Beck JG, ed. Interpersonal Processes in the Anxiety Disorders: Implications for Understanding Psychopathology and Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 2010:125-152.
7. Ros R, Graziano P. Social functioning in children with or at risk for attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. J Clin Child Adolesc Psychol. 2017;00:1-23.
8. Viertiö S, Tuulio-Henriksson A, Perälä J ve ark. Activities of daily living, social functioning and their determinants in persons with psychotic disorder. Eur Psychiatry. 2012;27:409-415.
9. Storch EA, Lack CW, Simons LE, Goodman WK, Murphy TK, Geffken GR. A measure of functional impairment in youth with Tourette's syndrome. J Pediatr Psychol. 2007;32:950-959.
10. Macintosh K, Dissanayake C. Social skills and problem behaviours in school aged children with high-functioning autism and Asperger's disorder. J Autism Dev Disord. 2006;36:1065-1076.

11. Borda T, Feinstein BA, Neziroglu F, Veccia T, Perez-Rivera R. Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships? J Obsessive Compuls Relat Disord. 2013;2:359-365.
12. Kim KL, Reynolds KC, Alfano CA. Social impairment in children with obsessive compulsive disorder: Do comorbid problems of inattention and hyperactivity matter? J Obsessive Compuls Relat Disord. 2012;1:228-233.
13. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Basım. Ankara: Nobet Tıp Kitabevi. 2008.
14. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1994.
15. Thomsen P. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: predictors in childhood for long-term phenomenological course. Acta Psychiatr Scand. 1995;92:255-259.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı DSM-IV-TR. 4. Basım. Köroğlu E ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2001.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press. 1980.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press. 1994.
19. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ ve ark. Should ocd be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety*. 2010;27:495-506.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Köroğlu E ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2014.
21. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M ve ark. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord*. 2016;190:663-674.
22. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. In: Bozkurt A, Aydın H, eds. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti.; 2005:227-232.
23. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam M. The epidemiology of obsessive-

- compulsive disorder in five us communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1094-1099.
24. Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum CE ve ark. A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2013;17:170-178.
 25. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2015;100:495-499.
 26. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;34:19-27.
 27. 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;46:335-341.
 28. Geller D, Biederman J, Jones J ve ark. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A review. *Harv Rev Psychiatry*. 1998;5:260-273.
 29. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in adults: a population-based twin-family study. *Psychol Med*. 2007;37:1635-1644.
 30. Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: A review of the evidence. *Am J Med Genet Part C Semin Med Genet*. 2008;148C:133-139.
 31. Grünblatt E, Hauser TU, Walitza S. Imaging genetics in obsessive-compulsive disorder: Linking genetic variations to alterations in neuroimaging. *Prog Neurobiol*. 2014;121:114-124.
 32. Grootheest DS Van, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive – compulsive disorder : A review. 2005;8:450-458.
 33. Bellodi L, Sciuto G, Daferia G ve ark. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 1992;42:111-120.
 34. Hanna GL, Himle JA, Curtis GC ve ark. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet Part B (Neuropsychiatric Genetics)*. 2005;134B:13-19.
 35. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2014;15:410-424.

36. Szeszko PR, MacMillan S, McMeniman M ve ark. Brain structural abnormalities in psychotropic drug-naive pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1049-1056.
37. Gilbert AR, Moore GJ, Keshavan MS ve ark. Decrease in thalamic volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:449-456.
38. Brem S, Hauser TU, Iannaccone R, Brandeis D, Drechsler R, Walitza S. Neuroimaging of cognitive brain function in paediatric obsessive compulsive disorder: A review of literature and preliminary meta-analysis. *J Neural Transm*. 2012;119:1425-1448.
39. Chamberlain SR, Menzies L, Hampshire A ve ark. Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected relatives. *Science*. 2008;321:421 LP-422.
40. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, ML Phillips. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:564-576.
41. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL ve ark. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *Am J Psychiatry*. 1989;146:246-249.
42. Snider LA, Swedo SA. Post-streptococcal autoimmune disorders of the central nervous system. *Curr Opin Neurol*. 2003;16:359-365.
43. Alvarenga PG, Flores AC, Torres AR ve ark. Higher prevalence of obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31:178-180.
44. Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT ve ark. Obsessive-compulsive symptoms in heart disease patients with and without history of rheumatic fever. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006;18:405-408.
45. Hounie AG, Pauls DL, Mercadante MT ve ark. Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever with and without sydenham's chorea. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:994-999.
46. Diler RS. Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde paroksetinin güvenilirliği ve etkinliği: Açık bir çalışma. Çukurova Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı

- ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana. 1999.
47. Aslan H, Ünal M. Obsesif-kompulsif bozukluk (saplantı-zorlantı bozukluğu). Köroğlu E ed. Anksiyete Monografileri Serisi-3. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1995:102-142.
 48. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:76-84.
 49. Rasmussen S, Eisen J. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15:743-758.
 50. Stengler K, Olbrich S, Heider D, Dietrich S, Riedel-Heller S, Jahn I. Mental health treatment seeking among patients with OCD: Impact of age of onset. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:813-819.
 51. Leckman JF, Bloch MH. A developmental and evolutionary perspective on obsessive-compulsive disorder: Whence and whither compulsive hoarding? *Am J Psychiatry*. 2008;165:1229-1233.
 52. Rosa AC, Diniz JB, Fossaluza V ve ark. Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2012;46:1286-1292.
 53. Demirok D, Ünal F, Pehlivan Türk B. Çocuk ve ergenlerde obsesif-kompulsif bozukluk: Sosyodemografik ve klinik özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*. 2001;8:11-18.
 54. Sheikha H, Wagner K, Wagner R. Fluoksetine treatment of trichotilomania and depression in prepubertal child. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;51:50-53.
 55. Agarwal V, Yaduvanshi R, Arya A, Gupta PK, Sitholey P. A study of phenomenology, psychiatric co-morbidities, social and adaptive functioning in children and adolescents with OCD. *Asian J Psychiatr*. 2016;22:69-73.
 56. Baykal S, Karabekiroğlu K, Şenses A, Karakurt MN, Çalılık T, Yüce M. Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerde klinik ve nöropsikolojik özelliklerin incelenmesi. *Noropsikiyatri Ars*. 2014;51:334-349.
 57. Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:980-988.
 58. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı

- çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi şimdi ve yaşam boyu şekli türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. 2004;11:109-116.
59. Canavera K, Wilkins K, Pincus D ve ark. Parent-child agreement in the assessment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009;38:909-915.
 60. Storch EA, Murphy TK, Geffken GR ve ark. Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry Res.* 2004;129:91-98.
 61. Yücelen AG, Rodopman-Arman A, Topcuoglu V, Yazgan MY, Fisek G. Interrater reliability and clinical efficacy of Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in an outpatient setting. *Compr Psychiatry.* 2017;47:48-53.
 62. Garcia AM, Freeman JB, Himle MB ve ark. Phenomenology of early childhood onset obsessive compulsive disorder. *J Psychopathol Behav Assess.* 2009;31:104-111.
 63. Janardhan-Reddy YC, Reddy P, Srinath S, Kahnna S, Sheshadri SP, Girimaji SC. Comorbidity in juvenile obsessive-compulsive disorder: A report from India. *Can J Psychiatry.* 2000;45:274–278.
 64. Reddy YC, Srinath S, Prakash HM ve ark. A follow-up study of juvenile obsessive-compulsive disorder from India. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107:457–464.
 65. Jaisoorya TS, Janardhan Reddy YC, Srinath S. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? Findings from an Indian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003;12:290–297.
 66. Zijlmans J, Marhe R, Ende J Van Der. Children with obsessive-compulsive symptomology in the general population: Different subtypes? *J Dev Behav Pediatr.* 2017;0:1-7.
 67. Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2006;40:494-501.
 68. Geller DA, Biederman J, Faraone S ve ark. Re-examining comorbidity of obsessive compulsive and attention-deficit hyperactivity disorder using an empirically derived taxonomy. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13:83-91.
 69. Abramovitch A, Dar R, Mittelman A, Wilhelm S. Comorbidity between attention deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder across the lifespan.

- Harv Rev Psychiatry. 2015;23:245-262.
70. Towbin K, Riddle M. Obsessive-compulsive disorder. Lewis M ed. Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002:835-847.
 71. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Basım. Amerikan Psikiyatri Birliği ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
 72. 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;149:1244-1251.
 73. Diniz JB, Rosario-Campos MC, Hounie AG ve ark. Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive compulsive disorder. J Psychiatr Res. 2017;40:487-493.
 74. March JS, Franklin ME, Leonard H ve ark. Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry. 2007;61:344-347.
 75. Lochner C, Seedat S, du Toit PL ve ark. Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: A phenomenological comparison. BMC Psychiatry. 2005;5:2:1-10.
 76. Siminoff E, Pickles A, Charman T. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47:921-929.
 77. Volz C, Heyman I. Case series: Transformation obsession in young people with obsessive-compulsive disorder (OCD). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;46:766-772.
 78. NICE. Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. London: NICE. 2005.
 79. Öst L, Riise EN, Janne G, Hansen B. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children : A systematic review and meta-analysis. J Anxiety Disord. 2016;43:58-69.
 80. Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2008;49:489-498.

81. McGuire JF, Piacentini J, Lewin AB, Brennan EA, Murphy TK, Storch EA. A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depress Anxiety*. 2015;32:580-593.
82. Fineberg NA, Brown A, Reghunandan S ve ark. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012;15:1173-1191.
83. Koran LM, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice Guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;64:5-53.
84. Ivarsson T, Skarphedinsson G, Kornor H ve ark. The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2015;227:93-103.
85. McDougle C, Goodman W, Leckman J ve ark. Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. A double-blind, placebo-controlled study in patients with and without tics. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:302-308.
86. Micali N, Heyman I, Perez M, et al. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: Follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry*. 2010;197:128-134.
87. Stewart SE, Geller DA, Jenike M ve ark. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110:4-13.
88. Shetti CN, Reddy YCJ, Kandavel T ve ark. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:1517—1523.
89. Cook EH, Wagner KD, March JS ve ark. Long-term sertraline treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:1175-1181.
90. Vandborg SK, Hartmann TB, Bennedsen BE, Pedersen AD, Thomsen PH. Can memory and executive functions in patients with obsessive-compulsive disorder predict outcome of cognitive behavioural therapy? *Nord J Psychiatry*. 2016;70:183-189.

91. Yüksel G. Sosyal beceri envanterinin türkçe'ye uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg. 1988;2:39-48.
92. Uzamaz F. Ergenlerde sosyal beceriler ve değerlendirme yöntemleri. Çukurova Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2000;6:49-58.
93. Yüksel G. Sosyal beceri eğitiminin üniversite öğrencilerinin sosyal beceri düzeyine etkisi. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg. 1999;2:37-47.
94. Marlowe HA. Social intelligence: Evidence for multidimensionality and construct independence. J Educ Psychol. 1986;78:52-58.
95. Şahin C. Yurt Dışı Yaşantısı Geçiren ve Geçirmeyen Anadolu Lisesi Öğrencilerinin Sosyal Beceri Düzeyleri. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Doktora tezi. Ankara:1999.
96. Çetin, F., Bilbay, A. K. Araştırmadan Uygulamaya Çocuklarda Sosyal Beceriler Grup Eğitimi. İstanbul: Epsilon Yayıncılık.; 2002.
97. Grady CL, Keightley ML. Studies of altered social cognition in neuropsychiatric disorders using functional neuroimaging. Can J Psychiatry. 2002;47:327-336.
98. Smith ER, Semin GR. Situated Social Cognition. Assoc Psychol Sci. 2007;16:132-135.
99. Percinel I, Yazici K, Bilac O, Kose S, Ozbaran B. Social Cognition in Child and Adolescent Diagnosed with Anorexia Nervosa. Psikiyatr Guncel Yaklasimler - Curr Approaches Psychiatry. 2014;7:178-189.
100. Yıldırım E, Köksal A. Şizofrenide öne çıkan yeni bir boyut: Sosyal biliş. Düşünen Adam Psikiyatr ve Nörolojik Bilim Derg. 2012;25:368-375.
101. Green MF, Penn DL, Bentall R, et al. Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment and research opportunities. Schizophr Bull. 2008;34:1211-1220.
102. Fiske AP. The four elementary forms of sociality: Framework for a unified theory of social relations. Psychol Rev. 1992;99:689-723.
103. Zullow HM, Oettingen G, Peterson C, Ark. V. Pessimistic explanatory style in the historical record. Am Psychol. 1988;43:673-682.
104. Köse S. Otistik bozukluk tanılı çocukların ebeveynlerinde zihin teorisi bozuklukları ve nörobilişsel işlevler ile otistik özelliklerin ilişkisi. Ege Üniversitesi. Uzmanlık tezi. İzmir: 2006.

105. Füsün A. İlköğretimde Sosyal Becerilerin Geliştirilmesi. Ankara: M.E.B yayınları. 1999.
106. Bacanlı H. Sosyal Beceri Eğitimi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 1999.
107. Janet AW, Bierman KL. Social competence. Gale Encyclopedia of Childhood & Adolescence. Pennsylvania: The Pennsylvania State University. 1998.
108. Zembat R, Unutkan PÖ. Okul Öncesi Dönemde Çocuğun Sosyalleşmesinde Ailenin Yeri. İstanbul: Ya-Pa Yayın. 2001.
109. A. G. Toplumsal ve Duygusal Gelişim, Gelişim ve Öğrenme. (A. U, ed.). Ankara: Anı Yayıncılık. 2005.
110. H. Y. Çocuğumuzun İlk 6 Yılı. İstanbul: Remzi Kitapevi. 1997.
111. Öztürk O UA. Kişilik Gelişimi. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015:81-93.
112. Gander, M. J. ve Gardiner HW. Çocuk ve Ergen Gelişimi. (B. O, ed.). Ankara: İmge Kitapevi. 1998.
113. B. P. Sosyal Gelişim ve Arkadaşlık İlişkileri. Gelişim ve Eğitimde Yeni Yaklaşımlar. İstanbul: Morpa Yayıncılık. 2003.
114. Rubin KH, Bukowski WM, Parker JG. Peer interactions, relationships and groups. Eisenberg N, Damon W, Lerner DM ed. Handbook of Child Psychology. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2006.
115. Rose AJ, Asher SR. Children's friendships. In: Hendrick C, Hendrick SS, eds. Close Relationships: A Sourcebook. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.; 2000:47-57.
116. Berndt TJ. Friendship quality and social development. Curr Dir Psychol Sci. 2002;11:7-10.
117. Rudolph KD, Troop-gordon W, Schmidt JD. A latent growth curve analysis of early and increasing peer victimization as predictors of mental health across elementary school. J Clin Child Adolesc Psychol. 2012;40:111-122.
118. Langley AK, Bergman RL, McCracken J, Piacentini JC. Impairment in childhood anxiety disorders: Preliminary examination of the child anxiety impact scale–parent version. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2004;14:105-114.
119. Piacentini J, Ph D, Bergman RL, Ph D, Keller M, Mccracken J. Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Child

- Adolesc Psychopharmacol. 2003;13:61-69.
120. Valderhaug R, Ivarsson T. Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14:164-173.
 121. Piacentini J, Peris TS, Bergman RL, Chang S, Jaffer M. Brief report: Functional impairment in childhood OCD: Development and psychometrics properties of the *Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised (COIS-R)*. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007;36:645-653.
 122. Storch EA, Ledley DR, Lewin AB, et al. Peer victimization in children with obsessive-compulsive disorder: Relations with symptoms of psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2006;35:446-455.
 123. Ye HJ, Rice KG, Storch EA. Perfectionism and peer relations among children with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008;39:415-426..
 124. Schwartz D. Subtypes of victims and aggressors in children's peer groups. *J Abnorm Child Psychol*. 2000;28:181-192.
 125. Thienemann M, Martin J, Cregger B, Beth Thompson H, Dyer-Friedman J. Manual-driven group cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:1254-1260.
 126. Demir A. UCLA Yalnızlık Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikol Derg*. 1989;7:14-18.
 127. Savaşır I, Şahin NŞ. Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Özyurt Matbaacılık. 1997.
 128. Cheek JM, Buss AH. Shyness and sociability. *J Pers Soc Psychol*. 1981;41:330-339.
 129. Güngör A. The development of shyness scale: Studies on the validity and reliability of the scale. *Turkish Psychol Couns Guid Journal*. 2001;2:17-22.
 130. Erözkan A. Lise Öğrencilerinin Sosyal Karşılaştırma Ve Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Muğla Üniversitesi, SBE Dergisi, Güz 2004 Sayı 14*. 2004;Güz(13).
 131. Öksüz E, Malhan S. Sosyal Karşılaştırma Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizi. Ankara; 1992.
 132. Hanna GL, Himle JA, Hanna BS, Gold KJ, Gillespie BW. Major depressive disorder

- in a family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Depress Anxiety*. 2011;28:501-508.
133. 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 Adolesc Psychiatry*. 1990;29:407-412.
 134. Ivarsson T, Winge-Westholm C. Temperamental factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD) and in normal controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13:365-372.
 135. Bein LA, Petrik ML, Saunders SM, Wojcik J V. Discrepancy between parents and children in reporting of distress and impairment: Association with critical symptoms. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2015;20:515-524.
 136. Youngstrom E, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:1038-1050.
 137. Swaminathan, Sindhia AMahoney A, Musher-eizenman D. Relationships between symptoms and adaptive functioning in clinic-referred adolescents: Patterns of internalizing, externalizing, and co-occurring symptoms. 2016;(May).
 138. Piacentini J, Bergman RL. Obsessive-compulsive disorder in children. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23:519-533.
 139. Bayrakçı M. Sosyal Öğrenme Kuramı Ve Eğitimde Uygulanması. *SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007;14:198-210.
 140. Angold A, Jane Costello E, Farmer EMZ, Burns B, Erkanli A. Impaired but undiagnosed. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:129-137.
 141. Öngen DE. The relationships between self-criticism, submissive behavior and depression among Turkish adolescents. *Pers Individ Dif*. 2006;41:793-800.
 142. Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2010;9:1516-1523.
 143. Yıldırım İ, Ergene T. Social support submissive acts, and test anxiety as predictors of academic achievement among high school students. *Hacettepe Univ J Educ*. 2003;25:224-234.
 144. Baştuğ G, Akandere M, Aydın A. The investigation of submissive acts of

- adolescents based on exercise. *Int J Psychiatry Psychol Res.* 2014;1:17-23
145. Keser N, Voltan Acar N. Türk atasözlerinde bilişsel çarpıtmalar. *Uluslararası Hakemli Sos Bilim E-Dergisi.* 2013;35:1-20.
 146. Langley AK, Lewin AB, Bergman RL, Lee JC, Piacentini J. Correlates of comorbid anxiety and externalizing disorders in childhood obsessive compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19:637-645.
 147. Sukhodolsky DG, do Rosario-Campos MC, Scahill L, et al. Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162:1125-1132.
 148. Belotto-Silva C, Diniz JB, Shavitt RG. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in patients with psychiatric comorbidity. *Can J Psychiatry.* 2011;56:126-127.
 149. Hartup WW, Stevens N. Friendships and adaptation across the life span. *Curr Dir Psychol Sci.* 1999;8:76-79.
 150. Berndt T, Keefe K. Friends' influence of adolescents' adjustment to school. *Child Dev.* 1995;66:1312-1329.
 151. Keefe K, Berndt T. Relations of friendship quality to self-esteem in early adolescence. *J Early Adolesc.* 1996;16:110-129.
 152. Beidel DC, Alfano CA. *Childhood Anxiety Disorders: A Guide to Research and Treatment.* 2. Basım. New York: Taylor & Francis. 2011.
 153. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 1999;89:229-238.
 154. Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67:658-665.
 155. Vocisano C, Klein D, Keefe R ve ark. Demographics, family history, premorbid functioning, developmental characteristics, and course of patients with deteriorated affective disorder. *Am J Psychiatry.* 1996;153:248-255.
 156. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A ve ark. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry.* 2006;47:270-275.

10. EKLER

10.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Aile Bilgi Formu)

- 1- Çocuğun adı-soyadı: Tarih(gün/ay/yıl):
- 2- Cinsiyet: Formu dolduranın çocuğa yakınlığı:
 - a. Kız
 - b. ErkekTelefon numarası:
- 3- Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):
- 4- Kardeş Sayısı (Kendisi Dışında):
- 5- Kaçınıcı çocuk:
- 6- Aile yapısı:
 - a. Çekirdek aile
 - b. Geniş aile
 - c. Parçalanmış aile (boşanma, ayrı)
 - d. Anne/baba ölü
- 7- Ailenin aylık geliri:
 - a. 1500 TL'den az
 - b. 1500-3000 TL
 - c. 3000-4500 TL
 - d. 4500 TL'den fazla
- 8- Anne yaşı:
- 9- Annenin Eğitim Durumu:
 - a. Okuma yazma bilmiyor
 - b. İlkokul mezunuc. Ortaokul mezunu
 - d. Lise Mezunu
 - e. Üniversite mezunu
- 10- Annenin iş durumu:
 - a. Çalışmıyor
 - b. Çalışıyor (Mesleği:.....)
- 11- Annede bilinen fiziksel hastalık:
 - a. Hayır
 - b. Evet (.....)
- 12- Annede bilinen ruhsal hastalık:
 - a. Hayır
 - b. Evet (.....)
- 13- Baba yaşı:
- 14- Babanın eğitim durumu:
 - a. Okuma yazma bilmiyor
 - b. İlkokul mezunuc. Ortaokul mezunu
 - d. Lise mezunu
 - e. Üniversite mezunu
- 15- Babanın iş durumu:
 - a. Çalışmıyor
 - b. Çalışıyor (Mesleği:.....)
- 16- Babada bilinen fiziksel hastalık:
 - a. Hayır
 - b. Evet (.....)
- 17- Babada bilinen ruhsal hastalık:
 - a. Hayır
 - b. Evet (.....)
 - b.

- 18- Kardeşte/kardeşlerde bilinen fiziksel hastalık
a. Hayır b. Evet (.....)
- 19- Kardeşte/kardeşlerde bilinen ruhsal hastalık
a. Hayır b. Evet (.....)
- 20- Akraba evliliği:
a. Hayır b. Evet
- 21- Çocukta bilinen fiziksel hastalık:
a. Yok b. Var (.....)
- 22- Çocukta bilinen ruhsal hastalık:
a. Yok b. Var (.....)
- 23- İlaç kullanımı:
Yok b. Var (İsmi ve süresi:.....)
- 24- Çocuğunuzun gittiği bir sosyal aktivite var mı? (Örneğin; futbol, resim, tiyatro, gitar kursu vb.)
a. Yok b. Var (İsmi ve süresi:.....)
- 25- Çocuğunuz yakın arkadaş edinmekte zorlanır mı?
a. Evet, çok zorlanır. b. Biraz zorlanır. c. Hayır, zorlanmaz.
- 26- Çocuğunuzun kaç yakın arkadaşı vardır?
Rakamla belirtiniz:.....
- 27- Çocuğunuz utangaç mıdır?
a. Evet b. Biraz c. Hayır
- 28- Çocuğunuz arkadaşları tarafından dışlanır mı?
a. Evet, sık sık b. Bazen c. Nadiren/hiçbir zaman
- 29- Çocuğunuz okul dışı vakitlerde arkadaşları ile haftada kaç gün görüşür?
Rakamla belirtiniz:.....
- 30- Siz yakın arkadaş edinmekte zorlanır mısınız?
a. Evet, çok zorlanırım. b. Biraz zorlanırım. c. Hayır, zorlanmam.
- 31- Sizin kaç yakın arkadaşınız vardır?
Rakamla belirtiniz:.....
- 32- Eşiniz yakın arkadaş edinmekte zorlanır mı?
a. Evet, çok zorlanır. b. Biraz zorlanır. c. Hayır, zorlanmaz.
- 33- Eşinizin kaç yakın arkadaşı vardır?
Rakamla belirtiniz:.....

10.2. UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenen her ifadeye tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkla hissettiğinizi ya da düşündüğünüzü her ifade için bir tek bölmeyi işaretleyerek belirtmenizdir.

Ben bu durumu **HİÇ** yaşamam.
Ben bu durumu **NADİREN** yaşıyorum.
Ben bu durumu **BAZEN** yaşıyorum.
Ben bu durumu **SIK SIK** yaşıyorum.

Sıra No:		HİÇ	NADİRE	BAZEN	SIK SIK
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	()	()	()	()
2	Arkadaşım yok.	()	()	()	()
3	Başvurabileceğim kimse yok	()	()	()	()
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissediyorum.	()	()	()	()
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası gibi hissediyorum	()	()	()	()
6	Çevremdeki insanlarla bir çok ortak yönüm var.	()	()	()	()
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim.	()	()	()	()
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	()	()	()	()
9	Dışa dönük bir insanım.	()	()	()	()
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var.	()	()	()	()
11	Kendimi toplum dışı bırakılmış hissediyorum.	()	()	()	()
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	()	()	()	()
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	()	()	()	()
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	()	()	()	()
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim.	()	()	()	()
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var.	()	()	()	()
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	()	()	()	()
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller.	()	()	()	()
19	Konuşabileceğim insanlar var.	()	()	()	()
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	()	()	()	()

10.3. Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği

Lütfen aşağıdaki sorulara, size uygun olan bölme yi işaretleyerek cevap veriniz.

(1) Beni hiç tanımlamıyor

(2) Beni biraz tanımlıyor

(3) Oldukça iyi tanımlıyor

(4) İyi tanımlıyor

		Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor
1	Belirli bir konuda benim hatam olmasa da, hatalı olduğum söyleniyorsa tatsızlık çıkmasın diye sesimi çıkarmam.	1	2	3	4
2	Kendim yapmaktan hoşlanmasam da diğer insanlar yapıyor diye, bazı davranışları yaparım.	1	2	3	4
3	Paranın üstü eksik verilmiş olsa da sesimi çıkarmadan oradan uzaklaşıyorum.	1	2	3	4
4	Başkalarının beni eleştirmesine ve aşağılamasına izin verir, kendimi savunamam.	1	2	3	4
5	Sevdiğim kişi benden yakınlık istediğinde, o anda içimden gelmesede de yakınlık göstermeye çalışırım.	1	2	3	4
6	Konuşmaya çalışırken birisi lafımı ağızımdan alıp konuşmayı sürdürürse, ben susarım.	1	2	3	4
7	Küçük hatalarım yüzünden sürekli özür dilerim.	1	2	3	4
8	Annem/babam benim hakkımda hoş olmayan şeyler söylerken, ben sessizce dinlerim.	1	2	3	4
9	Arkadaşlarıma kızdığım zaman, bu kızgınlığımı onlara söylemem.	1	2	3	4
10	Arkadaş toplantılarında konuşmaları yönlendirmeyi başkalarına bırakırım.	1	2	3	4
11	İnsanların, benimle konuşurken gözlerimin içine bakmalarından hoşlanırım.	1	2	3	4
12	Herhangi biri benim için küçük bir iyilikte bile bulursa, içtenlikle ve tekrar tekrar teşekkür ederim.	1	2	3	4
13	İnsanlarla göz göze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4
14	Arkadaş toplantılarında, konuyu açan kişi hiçbir zaman ben olmam.	1	2	3	4
15	İnsanlar ısrarla bana, baktıklarında yüzüm kızarır.	1	2	3	4
16	Birinin davetini geri çevirirken mutlaka hastalık gibi önemli bir bahane bulmaya çalışırım.	1	2	3	4

10.4. UTANGAÇLIK ÖLÇEĞİ

Bazı duygu ve davranışlara ilişkin olarak aşağıda verilen ifadelerden size uygun olan ve olmayanları özenle saptadıktan sonra yanıtlarınızı her ifadenin karşısındaki “Bana Hiç Uygun Değil, Uygun Değil, Kararsızım, Bana Uygun, Bana Çok Uygun” seçeneklerinden yalnız biri için (X) işaret koyarak belirtiniz. Lütfen boş bırakmayınız ve her ifade için bir işaretleme yapınız.

Sıra No:		Bana Hiç	Uygun Değil	Kararsız	Bana Uygun	Bana Çok
1	İyi tanımadığım kişilerle birlikteyken kendimi tedirgin hissedirim.	()	()	()	()	()
2	Toplumsal ilişkilerde hiç rahat değilim.	()	()	()	()	()
3	Başkalarından herhangi bir konuda bilgi istemek bana zor gelir	()	()	()	()	()
4	Arkadaş toplantıları ve diğer sosyal etkinliklerde genellikle rahat değilimdir.	()	()	()	()	()
5	Başkalarıyla birlikteyken konuşacak uygun konular bulmakta güçlük çekerim.	()	()	()	()	()
6	Yeni girdiğim ortamlarda utangaçlığımı yenmek uzun zaman alır.	()	()	()	()	()
7	Yeni tanıştığım insanlara doğal davranmakta güçlük çekerim.	()	()	()	()	()
8	Yetkili bir kişiyle konuşurken kendimi gergin hissedirim.	()	()	()	()	()
9	Sosyal yeterliliğim konusunda kuşkularım var.	()	()	()	()	()
10	Karşımdaki kişinin gözlerinin içine bakmak bana zor gelir.	()	()	()	()	()
11	Sosyal ortamlarda kendimi baskı altında hissedirim.	()	()	()	()	()
12	Tanımadığım kişilerle konuşmak bana güç gelir.	()	()	()	()	()
13	Karşı cinsten kişilerle birlikteyken daha utangaç olurum.	()	()	()	()	()
14	Topluluk önünde konuşmakta güçlük çekerim.	()	()	()	()	()
15	Kalabalıkta herkesin bakışlarını üzerimde hissetmekten rahatsız olurum.	()	()	()	()	()
16	Başkalarının yanında hata yapmaktan çekinirim.	()	()	()	()	()
17	Birisinden bir şey ödünç isterken güçlük çekerim.	()	()	()	()	()
18	Tek başıma alışverişe gitmekten çekinirim.	()	()	()	()	()
19	Başkalarına duygularımı açıklamakta güçlük çekerim.	()	()	()	()	()
20	Birisine ödünç verdiğim bir şeyi geri istemekten çekinirim.	()	()	()	()	()

10.5. SOSYAL KARŞILAŞTIRMA ÖLÇEĞİ

Lütfen, aşağıdaki sıfatların her birinde, sizi en iyi yansıtan rakamın üzerine (X) işareti koyunuz.

0: Sol taraftaki boyuta en yakın olmayı ifade eder.

5: Sağ taraftaki boyuta en yakın olmayı ifade eder.

1. Yetersiz	0	1	2	3	4	5	Yeterli
2. Beceriksiz	0	1	2	3	4	5	Becerikli
3. Başarısız	0	1	2	3	4	5	Başarılı
4. Sevilmeyen biri	0	1	2	3	4	5	Sevilen biri
5. İçedönük	0	1	2	3	4	5	Dışadönük
6. Yalnız	0	1	2	3	4	5	Yalnız değil
7. Dışta bırakılmış	0	1	2	3	4	5	Kabul edilmiş
8. Sabırsız	0	1	2	3	4	5	Sabırlı
9. Hoşgörüsüz	0	1	2	3	4	5	Hoşgörülü
10. Söyleneni yapan	0	1	2	3	4	5	İnsiyatif sahibi
11. Korkak	0	1	2	3	4	5	Cesur
12. Kendine güvensiz	0	1	2	3	4	5	Kendine güvenli
13. Çekingen	0	1	2	3	4	5	Atılgan
14. Dağınık	0	1	2	3	4	5	Düzenli
15. Pasif	0	1	2	3	4	5	Aktif
16. Kararsız	0	1	2	3	4	5	Kararlı
17. Antipatik	0	1	2	3	4	5	Sempatik
18. Boyun eğici	0	1	2	3	4	5	Hakkını arayıcı

10.6. KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Seni Dr. Funda DÖNDER tarafından yürütülen ‘Obsesif kompulsif bozukluk tanılı gençlerde sosyal becerilerinin değerlendirilmesi’ başlıklı çalışmaya davet ediyoruz.

Bu araştırmanın amacı takıntıları olan çocukların sosyal becerilerini; ruhsal bozukluğu olmayan çocukların sosyal becerileriyle karşılaştırarak aralarında anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmektir. Sosyal beceriler; boyun eğici davranışlar, utangaçlık ve yalnızlık gibi durumların değerlendirildiği 4 anket ışığında yorumlanacaktır. Ortalama 15-20 dakikanızı ayırmanız yeterli olacaktır.

Bu çalışmaya KOÜ Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde tedavi görmüş ya da görmekte olan 12-18 yaş arasındaki tüm gençler ile Çocuk Hastalıkları Polikliniği’ne başvurmuş olan rastgele seçilen gençler davetlidir. Araştırmaya ortalama 60 kişi dahil edilmesi planlanmaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsin. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgilerin gizli tutulacaktır; ancak anket sonuçlarının bilimsel yayın amacı ile kullanılabilir.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsan araştırmacıya şimdi sorabilir veya funda_kkfl@hotmail.com e-posta adresi ve 0262 303 8702 numaralı telefondan ulaşabilirsin. Araştırma tamamlandığında genel/sana özel sonuçların seninle paylaşılmasını istiyorsan lütfen araştırmacıya ilet.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı soyadı:

İmzası:

İletişim bilgileri: e-posta:

Telefon:

Tarih:

10.7. EBEVEYNLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EBEVEYNLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi ve çocuğunuzu Dr. Funda DÖNDER tarafından yürütülen 'Obsesif kompulsif bozukluk tanılı gençlerde sosyal becerilerinin değerlendirilmesi' başlıklı çalışmaya davet ediyoruz.

Bu araştırmanın amacı takıntıları olan çocukların sosyal becerilerini; ruhsal bozukluğu olmayan çocukların sosyal becerileriyle karşılaştırarak aralarında anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmektir. Sosyal beceriler; boyun eğici davranışlar, utangaçlık ve yalnızlık gibi durumların değerlendirildiği 4 anket ışığında yorumlanacaktır. Ortalama 15-20 dakikanızı ayırmanız yeterli olacaktır.

Bu çalışmaya KOÜ Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde tedavi görmüş ya da görmekte olan 12-18 yaş arasındaki tüm gençler ile Çocuk Hastalıkları Polikliniği'ne başvurmuş olan rastgele seçilen gençler davetlidir. Araştırmaya ortalama 60 kişinin dahil edilmesi planlanmaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak anket sonuçlarınız bilimsel yayın amacı ile kullanılabilir.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya funda_kkfl@hotmail.com e-posta adresi ve 0262 303 8702 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve çocuğumun katılması istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimizin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın çocuğumun katılmasını kabul ediyorum.

Ebeveynin ;

Adı soyadı:

İmzası:

İletişim bilgileri: e-posta:

Telefon:

Tarih: