

T.C.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**ORTAOKUL ÇOCUKLARINDAKİ
İSTİFLEME BOZUKLUĞU SIKLIĞININ
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Mehmet Akif AKINCI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Onur Burak DURSUN

Erzurum-2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

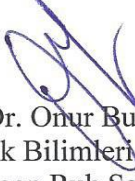
İLGİ: 20/02/2019 tarih ve 1900059350 sayılı karar yazınız.

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi Arş.Gör.Dr. Mehmet Akif AKINCI'nın "Ortaokul Çocuklarındaki İstifleme Bozukluğu Sıklığının Araştırılması" konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimiz ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, 01.03.2019 tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçen tezi jüri üyelerince oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.


Doc. Dr. Onur Burak DURSUN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Selçuk ESİN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
Jüri Üyesi

Doc. Dr. Murat COŞKUN
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TABLolar DİZİNİ	IV
KISALTMALAR DİZİNİ	V
TEŞEKKÜR	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT	IX
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İstifleme Bozukluğu	3
2.1.1.Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Etiyoloji	5
2.1.4.1. Genetik Faktörler.....	5
2.1.4.2. Nörokimyasal Faktörler	6
2.1.4.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları	6
2.1.4.4. Nöropsikolojik Çalışmalar	6
2.1.4.5. Psikojenik Faktörler	7
2.1.4.5.1. Psikoanalitik Kuram.....	7
2.1.4.5.2. Bilişsel Davranışçı Model	8
2.1.4.5.3. Anksiyete Duyarlılığı	9
2.1.4.5.4. Yaşam Olayları.....	9
2.1.4.5.5. Emosyonel Tepkiler ve Emosyonların Düzenlenmesi.....	9
2.1.5. Tanısal Değerlendirme	9
2.1.6. Tanı Kriterleri	10
2.1.6.1. İstifleme Bozukluğu için DSM-V Tanı Ölçütleri.....	10
2.1.7. Klinik Özellikler	11
2.1.8. Eşlik Eden Tanılar	12
2.1.9. Ayırıcı Tanı	13
2.1.9.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	13
2.1.9.2. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	14

2.1.9.3. Olağan Koleksiyonculuk.....	14
2.1.9.4. Anormal (Olağandışı) İstifleme	15
2.1.9.5. Amaçsız Biriktirme	15
2.1.9.6. Diğer Bozukluklar	15
2.1.10. Tedavi.....	15
2.1.11. Klinik Seyir	17
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
3.1. Amaç.....	19
3.2. Hipotezler	19
3.3. Araştırmanın Tipi	19
3.4. Örneklem Grubunun Oluşturulması	19
3.4.1. Ebeveynlerin Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri	20
3.4.2. Çocukların Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri.....	20
3.5. Yöntem	20
3.6. Gereçler	22
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	22
3.6.2. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi- Development and Well-Being Assessment (DAWBA)	22
3.6.3. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)	24
3.6.4. Children's Saving Inventory (Çocuk Biriktirme Ölçeği-CSI)	24
3.7. İstatistiksel Değerlendirme.....	25
4.BULGULAR	26
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	26
4.1.1. Anneye İlişkin Demografik Bilgiler	26
4.1.2. Babaya İlişkin Demografik Bilgiler	28
4.1.3. Çocuklara İlişkin Demografik Bilgiler.....	29
4.1.4. Ailelere İlişkin Demografik Bilgiler	33
4.2. Psikiyatrik Komorbidite.....	35
4.2.1. İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Gruplardaki Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması	35
4.3. İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Güçler Güçlükler Anketi Skorlarının Karşılaştırılması	39
4.4. İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	40

4.5. İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Çocuk Biriktirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	40
5.TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
7. KAYNAKLAR	57
8. EKLER.....	66
Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu	66
Ek-2: Çocuk Biriktirme Ölçeği.....	68
Ek-3: Klinik Global İzlenim Ölçeği.....	71
Ek-4: Etik Kurul Onay Formu	72



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: İstifleme Bozukluğu ve İstifleme Davranışı Sıklığı	26
Tablo 2: Anneye İlişkin Demografik Bilgiler	27
Tablo 3: Babaya İlişkin Demografik Bilgiler.....	28
Tablo 4: Çocuklara İlişkin Demografik Bilgiler	32
Tablo 5: Ailelere İlişkin Demografik Bilgiler.....	34
Tablo 6: İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Psikiyatrik Tanılarının Karşılaştırılması	38
Tablo 7: İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Güçler Güçlükler Anketi Skorlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 8: İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 9: İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Çocuk Biriktirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	40

KISALTMALAR DİZİNİ

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

ICD: International Clasification of Diseases-(Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKKB: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Y-BOCS: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

BDNF: Beyin Türevli Nörotrofik Faktör

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

fMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

AAB: Ayrılık Kaygısı Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB- DE: Dikkatsizliğin Önde Geldiği Alt Tip

DEHB- HA: Hiperaktivitenin Önde Geldiği Alt Tip

DEHB- B: Bileşik Alt Tip

KOKGB: Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

MDB: Major Depresif Bozukluk

ÖÖB: Özgül Öğrenme Bozukluğu

DAWBA: Development and Well-Being Assessment

CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği

CSI: Çocuk Biriktirme Ölçeği

SDQ(GGA): Güçler ve Güçlükler Anketi

CBCL: Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı eğitimim süresince bilgi, beceri ve deneyimleri ile bana yol gösteren, tez danışmanlığımın yanı sıra mesleki gelişimimde her konuda ilgisini, anlayışını ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve her daim ufkumu genişleten tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Onur Burak DURSUN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmalarım sırasında gösterdiği ilgi ve yardımları için, samimi ve içten tavırları ile bana her zaman bilgisi ve tecrübesiyle destek olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Selçuk ESİN'e, kısa süreli olsa da birlikte çalışmaktan büyük keyif duyduğum Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hicran DOĞRU'ya,

Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonu eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, değerli hocalarım Doç. Dr. Halil ÖZCAN, Dr. Öğr. Üyesi Esat Fahri AYDIN ve Dr. Öğr. Üyesi Hacer Akgül CEYHUN'a; çocuk Nöroloji rotasyonumda bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Prof. Dr. Hüseyin TAN'a,

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım arkadaşlarım Dr. Semiha ARSLAN, Dr. Ali KARAYAĞMURLU, Dr. Esra ÖZHAN İBİŞ, Dr. Hakan ÖĞÜTLÜ, Dr. Hüseyin AKTAŞ, Dr. Bahadır TURAN, Dr. Esen YILDIRIM DEMİRDÖĞEN, Dr. Gülsüm YİTİK, Dr. İbrahim TİRYAKİ, Dr. Elif ABANOZ, Dr. Merve DURGUNLU, Dr. Ali ÇAKIR'a, çok değerli psikologlarımız Munise TURAN ve Recep ŞENBAHÇE'ye, güler yüzleri ile çalışma ortamımızı daha sıcak ve samimi kılan Kerim AYDIN, Merve KELEŞ, Meral ORGUN, Esra LAÇIN, Göknur YILDIZ, Selda ARSLAN'a,

Tez çalışmama katılan bütün çocuklara ve ailelerine,

Desteklerini ve sevgilerini her daim yanımda hissettiğim, beni bu günlere getiren canım aileme,

Yaşamıma anlam katan, yaptığım her şeyi değerli kılan ve bana olan inancını her koşulda hissettiğim biricik eşim Rabia Rukiye AKINCI'ya tüm içtenliğimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehmet Akif AKINCI

2019

ÖZET

Ortaokul Çocuklarındaki İstifleme Bozukluğu Sıklığının Araştırılması

Giriş: İstifleme, DSM-5 öncesinde Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) bir belirti kümesi olarak düşünülse de DSM-5 ile birlikte İstifleme Bozukluğu, OKB ve ilişkili bozukluklar başlığı altında ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. İstifleme Bozukluğu çoğunlukla erişkin yaş grubunu ilgilendiriyor gibi gözükse de hastaların çoğu ilk istifleme belirtilerinin çocukluk ve ergenlik yıllarında başladığını ve kronik bir süreç gösterdiğini bildirilmektedir. Ruhsal rahatsızlıkların tespit edilebilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesi bu yaş grubundaki mevcut sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar erişkin yaşamındaki işlevselliğin artırılması ve sorunların ileride tekrarlanmasının önlenmesi açısından da önemlidir. Ülkemizde, İstifleme Bozukluğu sıklığının, olası risk faktörlerinin ve eşlik eden komorbid psikiyatrik rahatsızlıkların ayrıntılı bir biçimde araştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, çalışmamızda ortaokul çocuklarındaki İstifleme Bozukluğu sıklığını saptamak, olası risk faktörlerini araştırmak ve İstifleme Bozukluğu olan çocuklardaki komorbid psikiyatrik rahatsızlıkları tespit etmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız, iki aşamalı epidemiyolojik çalışma olarak planlanmıştır. İlk aşamada, Erzurum İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden resmi izinler alınarak il merkezindeki 68 ortaokuldan basit rastgele yöntemle 12 ortaokul seçilmiş ve okulun yetkili müdür yardımcısı veya rehber öğretmenler ile dersin işleyişi bozulmayacak şekilde İstifleme Bozukluğu ile ilgili anket ve onam formları dağıtılmış ve öğrenciler yoluyla ailelere ulaştırılmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında ise ebeveynleri tarafından İstifleme davranışı tarif edilen çocuk ve aileleri Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına davet edilmiştir. Verilen randevu tarihlerine gelen çocuk ve ebeveynleri ile klinisyen tarafından bire bir psikiyatrik görüşme, sosyodemografik veri formu, DSM-V bazlı İstifleme bozukluğu görüşmesi, Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) ve yapılandırılmış görüşme yöntemi olan Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (DAWBA) uygulanmıştır.

Bulgular: Dağıtılan 6073 Anket formundan 3249'u (%53.4) geri dönmüş olup İstifleme davranışı tarif edilen 329 (%10.1) olgu klinik görüşmeye davet edilmiştir. 329 olgudan 318'ine ulaşılarak değerlendirmeye alınmış ve yanıt oranı %96.6 olarak

saptanmıştır. Psikiyatrik değerlendirme neticesinde; 318 çocuktan 32'si İstifleme Bozukluğu tanısı almıştır. 5 olguda eşik altı İstifleme davranışı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, ortaokul çocuklarındaki İstifleme Bozukluğu sıklığı %0.98 olarak saptanmıştır. İstifleme Bozukluğu tanısı alan çocukların ortalama yaşının 12 (12.65 ± 1.12) olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısının kızlarda daha fazla (K/E=3/1) olduğu saptanmıştır. İstifleme Bozukluğu tanısı alan çocukların doğum şekli, doğumda komplikasyon, doğumda çocuğun tıbbi sorun yaşaması, arkadaş ilişkisi, fiziksel hastalık, psikiyatrik başvuru ve stres faktörü, annelerinde; psikiyatrik hastalık, fiziksel hastalık ve hamilelik sürecinde psikiyatrik bir sorun yaşama, ailelerinde; aile tipi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve aynı evde yaşayan birey sayısı açısından İstifleme tanısı almayan çocuklara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çocukların psikiyatrik komorbiditesi değerlendirildiğinde, İstifleme Bozukluğu tanısı alan çocuklarda; herhangi bir psikiyatrik hastalık, Özgül Fobi, Sosyal Fobi, DEHB ve DEHB-Dikkatsizlik alt tipi açısından İstifleme tanısı almayan çocuklara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. SDQ total güçlük skoru, CGI ve CSI skorlarının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız; yeterli sayıda ve iyi belirlenmiş okul örneklemiyle, iki aşamalı değerlendirme yapılarak, DSM-V tanı ölçütleri kullanılarak, birebir yüz yüze çocuk ve ebeveynle yapılandırılmış tanı görüşmesi yapılan (DAWBA), epidemiyolojik çalışmalar için önerilen ölçütlerin çoğunu karşılayan ve İstifleme Bozukluğunun toplumdaki sıklığını, olası risk faktörlerini ve eşlik eden psikiyatrik eş tanıları araştıran Türkiye'deki ilk epidemiyolojik çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: İstifleme Bozukluğu, Prevalans, Epidemiyoloji, Komorbidite

ABSTRACT

Investigation of Hoarding Disorder Prevalence in Secondary School Children

Introduction: Although hoarding is considered as a symptom cluster of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) before DSM-5, now it is classified as a Hoarding Disorder under the title of OCD and Related Disorders with DSM-5. Hoarding Disorder seems to be mostly related to the adult age group however, it is reported that most of the patients had first signs of hoarding symptoms in childhood and adolescence and showed a chronic process. The diagnosis, treatment and prevention of mental disorders is also important in terms of elimination of problems in this age group as well as increasing the functionality in adult life and preventing the recurrence of problems in the future. In our country, there are no studies investigating the possible risk factors for the frequency of hoarding disorder and comorbid psychiatric disorders. Therefore, the aim of our study was to determine the prevalence of Hoarding Disorder in secondary school children, to investigate possible risk factors and identify comorbid psychiatric disorders in children with Hoarding Disorder.

Method: Our study was planned as a two-stage epidemiological study. In the first stage, 12 secondary schools were selected from 68 secondary schools in the city center by simple random method with taking the official permits from Erzurum Provincial Directorate of National Education then, a questionnaire related to Hoarding Disorder and consent forms were distributed to the families through the students, with the help of the deputy director or guidance counselors of the school. In the second stage of the study, the children who were reported hoarding behavior by their parents were invited to Atatürk University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Mental Health and Diseases with their families. The children and parents were administered a one-to-one psychiatric interview, a sociodemographic data form, a DSM-V based hoarding disorder interview, a Clinical Global Impression Scale (CGI), and the Development and Well-Being Assessment (DAWBA) which is a structured interview method.

Results: Of the 6073 questionnaires distributed, 3249 (53.4%) returned and 329 (10.1%) cases reported hoarding behavior were invited to clinical interview. 318 of 329 cases were reached and administered with the response rate was 96.6%. As a result of psychiatric evaluation, 32 of 318 children were diagnosed with Hoarding Disorder. In 5 cases, sub-threshold hoarding behavior was determined. As a result, the prevalence of hoarding disorder in secondary school children was determined to be 0.98%. The mean age of the children diagnosed with Hoarding Disorder was 12 (12.65 ± 1.12) and the diagnosis of Hoarding Disorder was higher in girls (F / M = 3/1). In terms of children with hoarding disorder, the types of delivery, the complication at birth, the child's medical problems at birth, friendships, physical diseases, psychiatric admissions and stress factors were found to be statistically significant compared to children who were not diagnosed with hoarding disorder. In terms of mothers of children with hoarding disorder, psychiatric disease, physical disease and a psychiatric problem during pregnancy were found to be statistically significant compared to mothers whose children were not diagnosed with hoarding disorder. Also in terms of families of children with hoarding disorder, family type, history of psychiatric disease and number of individuals living in the same house were found to be statistically significant compared to families of children without hoarding disorder. In the case of children with psychiatric comorbidity, a statistically significant relationship was found between the children diagnosed with hoarding disorder compared to the children who were not diagnosed with hoarding disorder in terms of any psychiatric disease, specific phobia, social phobia, ADHD and ADHD-Inattention subtype. SDQ total difficulty score, CGI and CSI scores were higher in Hoarding Disorder group.

Conclusion: Our study is the first epidemiological study that shows the prevalence of hoarding disorder in the population, possible risk factors and comorbid psychiatric comorbidity with sufficient number and well-indicated schools, two-stage evaluation method, using DSM-V diagnostic criteria, and structured diagnostic interview (DAWBA) (one-to-one, face-to-face) with parent and child. Also it complies most of the recommended criteria for epidemiological studies.

Key words: Hoarding Disorder, Prevalence, Epidemiology, Comorbidity

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Türk Dil Kurumunun tanımladığı şekilde istiflemek düzgün bir biçimde üst üste yığmak, stok etmek anlamlarına gelmektedir. Bir belirti olarak istiflemek gelecekte bir gün işe yarayabileceği düşüncesi ile bazı nesnelere biriktirmeye başlarken bir ruhsal hastalık olarak istifleme bozukluğu değeri olmayan, işe yaramayan her türlü eşyayı biriktirmeye kadar gider (1). Kısacası İstifleme, yararı olmayan veya sınırlı değere sahip olan çok sayıda eşyayı edinme, onları atmakta zorlanma ve bu nedenle işlevsellikte önemli derecede bozulmanın görüldüğü bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (2). İstifleme literatürde uzun bir süredir tanımlanmasına rağmen farklı bir tanı kategorisi olarak ilk defa DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition[Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5'nci Basım]) Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve OKB ile ilişkili bozukluklar başlığı altında tanımlanmıştır. İstifleme Bozukluğu'nun Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)'den farklı kendine özgü etiyolojik, organik ve psikolojik süreçleri olan ayrı bir bozukluk olduğu yönünde kuvvetli kanıtlar vardır (3). İstifleme Bozukluğunu ayırt etmek için en özgün belirtilerin mükemmeliyetçilik, karasızlık ve erteleme olduğu ileri sürülmüştür (4). İstifleme Bozukluğunun toplumdaki sıklığının OKB'den fazla olduğu düşünülmektedir (5). Erişkin popülasyonunda yaygınlığının %2-5 olduğu tahmin edilmektedir (3). Okul öncesi yaş grubunda nesnelere duygusal bağlanma gelişimsel olarak normal kabul edilmektedir (6). Çocukların ortalama 25-27 aylıkken eşyaları toplamaya ve biriktirmeye başladıkları, altı yaş civarında bunun arttığı ve sağlıklı kabul edilen çocukların ortalama %70'inde bu özelliğin sergilendiği bildirilmektedir (7). İstifleme Bozukluğu genellikle erişkin dönemi ilgilendiriyor gibi gözükse de birçok hasta ilk belirtilerinin çocukluk ve ergenlik yıllarında başladığını bildirmektedir. Başlangıç yaşının 11-15 yaş olduğu ve kronik süreç gösterdiği belirtilmektedir (8). Bütün bunlara rağmen çocuk ve ergen yaş grubunu ele alan çalışmaların sayısının yetersiz olmasından dolayı mevcut bilgilerin bir kısmı, erişkinlerden geçmişe dönük elde edilen verilere dayanmaktadır. Yapılan bir çalışmada, ergenlerde ciddi istifleme belirtisinin %2 sıklıkta olduğu, bu belirtiyeye sahip olanların %30-40'ında aşırı satın alma davranışının da bulunduğu, bu durumun kızlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (9). İstifleme bozukluğu vakalarının yaklaşık yarısında eş tanı gözükmediği, %42 sıklıkla en yaygın eş tanının depresif

bozukluk olduğu, bunun yanında dikkat eksikliği belirtileri bulunanların ise %16 sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir (10).

Bu çalışmada ortaokul çocuklarındaki İstifleme Bozukluğu sıklığını saptamak, İstifleme Bozukluğu olan çocuklardaki komorbid psikiyatrik rahatsızlıkları tespit etmek amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İstifleme Bozukluğu

2.1.1. Tanım

İstifleme Bozukluğu, değeri ne olursa olsun sahip olunan kişisel eşya ve nesnelere atmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte sürekli olarak güçlük çekme, eşya ve nesnelere atılması konusunda kararsızlık ya da sıkıntı yaşama, gerekli olmayan eşyalara karşı aşırı sahip olma isteği ile karakterize bir bozukluktur (11). Başka bir ifadeyle, kişinin ilerleyen bir zaman diliminde kendisine faydalı olabileceğine inandığı eşyaları kaybetme ile ilgili aşırı korkusu olması, eşyaların önemi hakkında hatalı inançlara sahip olması ve eşyalara aşırı duygusal bağlanma olarak tanımlanmaktadır. İstifleme davranışının çeşitli psikososyal problemlere hem çocukluk çağında hem de erişkin dönemde yol açtığı ve birçok alanda işlevselliğin bozulduğu, yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir (12).

2.1.2. Tarihçe

İstifleme kavramı, ilk defa Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın dördüncü baskısında (DSM-IV) obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun (OKKB) bir ölçütü olarak yer almıştır. Kompulsif istifleme kavramı ise, çoğu yapılandırılmış görüşme ve anketlerde, obsesif kompulsif bozukluğun bir alt kümesi olarak kabul edilmiş olmasına rağmen, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın dördüncü baskısının gözden geçirilmiş halinde (DSM-IV-TR) obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun sekiz tanı kriterinden biri olarak kabul edilmeye devam edilmiş ve DSM-IV-TR veya Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD-10)'da OKB'nin tipik bir belirtisi olarak tanımlanmamıştır (13).

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) Belirti Tarama Listesi kullanılarak yapılan çoğu çalışmada ayrı bir klinik alt tip olarak, az sayıda çalışmada ise simetri/düzenleme ile birlikte ayrı bir grup olarak yer almıştır. Ancak pek çok ölçek çalışmasında OKB belirtilerinin bir alt kümesi olarak değerlendirildiğinde iç tutarlılığı diğer alt tiplere göre oldukça düşük bulunmuştur (14, 15). Ayrıca belirti alt tipine yönelik tedavilerle ilgili çalışmalar, OKB tedavilerinin istiflemede çok da iyi sonuç vermediğini göstermiştir (16, 17).

Yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, nöropsikolojik testler ve klinik seyir göz önüne alındığında Kompulsif İstifleme olarak tanımlanan klinik tablonun ayrı bir ruhsal bozukluk olarak ele alınmasını gerektirecek kadar önemli olduğu; OKB'ye benzer ancak ondan farklı bir klinik tablo olarak kategorize edilmesinin uygun olacağı genel kanaatine varılmıştır. DSM-5 ile birlikte İstifleme Bozukluğu OKB ve ilişkili bozukluklar başlığı altında ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (18).

2.1.3. Epidemiyoloji

İstifleme Bozukluğunun toplumdaki gerçek sıklığının OKB'den daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (5). Güvenilir ve geçerli psikometrik yöntemlerle yapılan çalışmalarda bozukluğun erişkin nüfusta sıklığının %2-5 olduğu sanılmaktadır (3). Yapılan çalışmaların çoğunda bozukluğun her iki cinsiyette de eşit görüldüğü belirtilse de bazı epidemiyolojik çalışmalarda erkek cinsiyette, bazı klinik örneklerde ise kadın cinsiyette daha sık görüldüğü de bildirilmiştir (3, 19, 20). Okul öncesi yaş döneminde eşya ve nesnelere emosyonel bağlanma, gelişimsel dönem özellikleri göz önüne alındığında normal olarak kabul edilmektedir (6). İstifleme Bozukluğu çoğunlukla erişkin yaş grubunu ilgilendiriyor gibi gözükse de hastaların çoğu ilk istifleme belirtilerinin çocukluk ve ergenlik yıllarında başladığını bildirmektedir. Başlangıç yaşının genellikle 11-15 yaş olduğu ve kronik bir süreç gösterdiği bildirilmektedir (8). Erişkin dönemde geçmişe yönelik yapılan bir çalışmada, istifleme belirtilerinin ilk çocukluk ya da erken ergenlik döneminde de görüldüğü ve ortalama 12-13 yaşlarında başladığı gösterilmiştir (21). Buna rağmen çocuk ve ergen yaş grubunda yapılan çalışmaların sayısının yetersiz olmasından dolayı mevcut literatür verilerinin büyük çoğunluğu, erişkinlerden geriye dönük çocukluk ve ergenlik dönemiyle ilgili elde edilen bilgilere dayanmaktadır. Ergenlik dönemini kapsayan bir epidemiyolojik çalışmada, ergenlerde sıkıntıya yol açan istifleme davranışının %2 sıklıkta olduğu, bu davranışa sahip olanların %30-40'ında aşırı satın alma isteğinin de bulunduğu, bulguların kızlarda daha yaygın olduğu, fakat erkeklerde genetik yatkınlığın daha baskın olduğu bildirilmiştir (9). Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı çocuklar arasında yapılan başka bir çalışmada ise istifleme belirtisi olanlarının sıklığının %41-48 olduğu gösterilmiştir (6, 22). On yaş ve altındaki çocukların bulunduğu bir çalışmada istifçi olan ve olmayan OKB

grupları arasında cinsiyet bakımından anlamlı fark bulunamamıştır (6). Daha büyük yaş gruplarında ise kızlarda daha yaygın görüldüğü belirlenmiştir (5, 22).

2.1.4. Etiyoloji

İstifleme Bozukluğuna özgü etiyojolojiye yönelik çalışmaların kısıtlıdır. Ancak istifleme bozukluğu etiyojolojisinin birçok faktörle ilişkili olduğu, bu faktörlerin genetik, beyin görüntüleme, nörokimyasal değişiklikler, psikojenik etkenler ve psikososyal nedenler olduğu düşünülmektedir (23).

2.1.4.1. Genetik Faktörler

İstifleme belirtisinin genetik kökenine ilişkin yapılan araştırmaların çoğu OKB'deki istifleme davranışı üzerinden yapılmıştır. Sonraki yıllarda istiflemenin OKB'den ayrı bir klinik tanı olabileceğine yönelik araştırmaların yayınlanması ile birlikte, İstifleme Bozukluğuna özgü genetik araştırmalar tasarlanmıştır. Yapılan çalışmalarda, istifleme davranışı bulunan OKB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında istifleme davranışı bulunma olasılığının, istifleme davranışı olmayan OKB tanılı hastalara göre daha yüksek (sırasıyla %54.2,%10) bulunduğu gösterilmiş; istiflemenin diğer obsesif kompulsif belirti gruplarına oranla daha fazla genetik yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmüştür (24-26). Yapılan başka bir çalışmada, 3. ve 14. Kromozomların ailesel geçiş ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (27). İkizler üzerine yürütülen bir araştırmada, genetik ve çevresel faktörlerin istifleme davranışı üzerine etkileri belirlenmiş; genetik faktörlerin istiflemedeki varyansın yaklaşık %50'sini oluşturduğu belirlenmiştir (3). 1987 ikiz ile yapılan bir çalışmada, istifleme davranışının özellikle erkek tek yumurta ikizlerinde erkek çift yumurta ikizlerine oranla daha fazla gözlemlendiği belirtilmiştir (9). OKB tanılı ve sağlıklı bireylerin örneklemini oluşturduğu bir moleküler genetik çalışmada, kadın hastalardaki istifleme davranışı ile Val158Met polimorfizminin düşük aktiviteli Met/Met genotipi arasında, regresyon modeli ile kaybolan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (28). İstifleme davranışının genetiği ile ilgili başka bir çalışma alanı ise nörotrofik genlerdir. OKB tanılı ve sağlıklı kontrol grubunu içeren bir bağlantı haritalama çalışmada, istifleme davranışı ile NTRK3 geni üzerindeki iki polimorfizm (rs1017412 ve rs7176429) arasında bağlantı bulunduğu saptanmıştır (29). 301 OKB hastası ile yapılan bir çalışmada, istifleme davranışı olan hastalarda Beyin türevli nörotrofik faktör (BDNF) geninin Val/Val genotipi, istifleme davranışı olmayan OKB

hastalarına kıyasla daha şiddetli istifleme davranışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (30).

2.1.4.2. Nörokimyasal Faktörler

İstifleme Bozukluğunun etiolojisine yönelik insanlar üzerine yapılan nörokimyasal çalışmalar yetersizdir. Hayvan çalışmalarından elde edilen bulgular, serotonerjik ve noradrenerjik sistemlerden ziyade dopamin sisteminin istifleme davranışında önemli bir role sahip olabileceği ve limbik ön beyindeki dopamin seviyelerine kıyasla medial prefrontal korteksin dopamin içeriği ile istifleme puanları arasında korelasyon olduğu sanılmaktadır (31).

2.1.4.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları

İstifleme davranışı bulunan OKB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı Pozitron Emisyon Tomografi (PET) çalışmasında, istifleme davranışı gösteren bireylerde istirahat sırasında anterior singulat korteks metabolizmasında azalma saptanmıştır (32). İstifleme davranışı olan ve olmayan OKB tanılı olgulara uyaran verilerek fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çekimi yapılmış ve istiflemesi olan OKB olgularında istifleme davranışı olmayan OKB olgularına kıyasla ventromedial prefrontal korteks aktivitesinde daha fazla artış bildirilmiştir (33). Yürütücü işlevlerin belirlenmesi için yapılan ve çeşitli görevlere gösterilen tepkilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, başarılı tepki inhibisyonu sırasında İstifleme Bozukluğu olan olguların sağ presantral girus aktivasyonuna karşın, OKB tanılı olgularında sağ orbitofrontal bölgelerinde aktivasyon izlenmiştir. Tepki inhibisyonunun başarısız olduğu esnada ise, sadece OKB grubunda sol ve sağ orbitofrontal kortekste istifleme bozukluğu grubunda görülmeyen aktivite artışı saptanmıştır (34). Beyin görüntüleme çalışma sonuçlarından elde edilen bilgiler birlikte değerlendirildiğinde İstifleme Bozukluğu ile OKB arasında nöral mekanizmalar açısından farklılıklar olduğundan dolayı bu iki rahatsızlığın ayrı iki farklı bozukluk olduğu düşünülmektedir.

2.1.4.4. Nöropsikolojik Çalışmalar

İstiflemesi olan olguların bellek ve dikkat zorlukları, planlama ve problem çözme, dikkati sürdürme, görsel-mekansal öğrenme, çalışma belleği ve organizasyon alanlarında kayıplar yaşadıkları belirtilmektedir (35, 36). İstifleme davranışı sergileyen olgularda karar verme süreci ile ilgili olarak meydana gelen hata yapma

endişesi ve bir eşyaya gelecekte duyulacak ihtiyaç düşüncesinden dolayı yaşanan belirsizlik, eşyanın atılıp atılmaması hakkında kararsızlık yaşanmasına neden olmaktadır (37). İstifleme davranışı olanlarda bir diğer sorun kategorizasyon alanındaki kayıptır. Kategorizasyon ile ilgili yapılan çalışmada, istiflemesi olmayanlara kıyasla istifleme bozukluğu olan olguların eşya veya nesnelere düzenlemek için daha fazla vakit harcadıkları ve daha fazla endişe duydukları bildirilmiştir (36). Yapılan çalışmalarda, istifleme davranışı olanların kendi belleklerine daha az güvendikleri; bu yetersizliği gidermek amacıyla hatırlatıcılara başvurdukları, istiflenen eşyalarla görsel temas kurmanın önemli olduğuna inandıkları ileri sürülmüştür (38, 39). Genel olarak, istifleme davranışı olanlarda bellek performansındaki yetersizlikten ziyade bellek işlevine ilişkin güvensizlik inançlarından bahsetmenin daha doğru olacağı söylenmektedir. İstifleme bozukluğunda şiddetli dikkat bozukluğu olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (38, 40). İstifleme Bozukluğundaki nöropsikolojik işlevselliği ölçmeye yönelik yapılan bir çalışmada, istifleme grubunun sağlıklı kontrol grubuna göre dikkati sürdürmede yetersizlik gösterdikleri belirlenmiştir (35). İstifleme davranışı sergileyen hastaların daha yavaş bir tepki süresi gösterdikleri, daha dürtüsel oldukları ve mekânsal dikkatlerinin daha bozuk olduğu saptanmıştır (40). Yapılan çalışmalarda, istifleme bozukluğu hastalarında dürtü kontrol sorunları olduğuna ilişkin görüşler bildirilmiştir (41-43). Bilişsel esneklik, kişinin çevresindeki değişen koşullara adapte olması için bilişsel süreçlerin koşula odaklanması ve denetim altında tutması için yukarıdan aşağıya doğru işleyen bir süreç olarak tanımlanmaktadır. İstifleme davranışı olanlarda öz denetim ile dürtü kontrol eksiklikleri arasında ilişki olduğu; yetersiz kontrolün eşyaların daha fazla saklanmasına neden olduğu ileri sürülmektedir (44). Nesnelere emosyonel bağlanma, nesnelere atılmasındaki zorluk ile ilişkilendirilmektedir. Hastalar kendilerine ait nesnelere karşı aşırı derecede emosyonel tepki göstermekte ve nesnelere emosyonel bir ferahlık kaynağı olarak hissetmektedirler (45).

2.1.4.5. Psikojenik Faktörler

2.1.4.5.1. Psikoanalitik Kuram

Freud, para biriktirmenin dışkı tutmanın sembolik bir göstergesi olduğunu ve temel özellikleri düzenlilik, cimrilik ve inatçılık olan “anal üçlü” kavramı

kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (46). İlerleyen zamanlarda, Freud'un cimrilik tanımı içerisine vermeyi reddetme, toplama, biriktirme ve istifleme kavramları yerleştirilmiş; para, kitap, zaman, gıda vb. nesnelere dışkı eşdeğerleri olduğu iddia edilmiştir (47). İstifleme davranışı ile bağlantı kurulan bir diğer faktör, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzı ve ebeveyn ile çocuk arasında bağlanma şeklidir. Güvenli bağlanma, ebeveynlerin çocuklarına duygusal olarak güvenli hissedecekleri ve dış dünyayı keşfedecekleri bir ortam temin etmeleri ile sağlanmaktadır. Güvensiz bağlanma geliştiren çocuklar, psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın olmaktadır. İstifleme davranışı ile bağlanma problemleri ve sosyal desteğin yetersiz olması arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve nesnelere bağlanmanın bir yerine koyma süreci olduğu ileri sürülmüştür (48). Bağlanma teorisine dayanarak, nesnelere aşırı duygusal bağlanma; güvensiz bağlanma şekillerinden kaynaklanan kaygı ve strese karşı bir savunma mekanizmasına dönüşüp bir sakinleşme yöntemi olarak gelişebilir. İstifleme Bozukluğu olan bireyler için nesnelere, bir rahatlama kaynağı olarak görülebilir, insanlarla güvenli ilişkilerin olmamasını telafi edebilir ve hatta güvenilir kişiler arası ilişkilerin yerini alabilir. Başka bir ifadeyle, erken çocukluk döneminde olumsuz deneyimler yaşayan ve güvenli bağlanma geliştiremeyen bireyler yaşamlarının ilerleyen zamanlarında da kişiler arası ilişkilerde problem ve duygu düzenleme zorluğu yaşamakta, bir baş etme yöntemi olarak nesnelere ile arasında yoğun duygusal bağlar geliştirmektedir. Sonuç olarak, güvensiz bağlanma istifleme davranışı gelişimi açısından bir yatkınlık oluşturmaktadır.

2.1.4.5.2. Bilişsel Davranışçı Model

İstifleme Bozukluğunun bilişsel davranışçı modeli “duygusal bağlanma”, “biriktirilen nesnelere doğasıyla ilgili inançlar” ve “davranışsal kaçınma” alanlarındaki araştırma sonuçlarına dayanmaktadır. Yapılan bir çalışmada, İstifleyiciler şahsi eşyalarını kendilerinin uzantıları gibi kabul ettikleri için diğer insanlar o eşyalara dokunduklarında, yerlerini değiştirdiklerinde veya başkasına verdiklerinde kendisine müdahale edildiğini ve çevresi üzerinde kontrolü kayb ettikleri düşüncesine kapıldıkları belirtilmiştir. Sahip olunan eşyalara aşırı duygusal bağlanma olduğu ve bunun istifleme şiddetiyle orantılı olduğu saptanmıştır (37). Sahip olunan eşyalar üzerine kontrolü sürdürme gerekliliği inancı, sahip olunan eşyalarla ilgili sorumluluk inancı ve mükemmellik gereksinimi inancı olmak üzere üç

tip inancın istifleyici olan ve olmayanları birbirinden ayırt edebildiği ileri sürülmüştür (49). Eşyalarla ilgili pozitif duygular biriktirme davranışına yol açtığı, atmaya karar verme ve atma düşüncesinin sebep olduğu anksiyeteden kaçınmak için istifleyicilerin eşyalarını atamadıkları bildirilmiştir (50).

2.1.4.5.3. Anksiyete Duyarlılığı

İstifleme davranışı ile anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan çalışmalarda, istifleme ile anksiyete arasında anlamlı ilişki bulunduğu, anksiyete duyarlılığının özellikle de fiziksel kaygı alt faktörünün istifleme davranışı ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir (51).

2.1.4.5.4. Yaşam Olayları

İstifleme davranışı sergileyen olgular, hastalık öncesi veya hastalık sürecinde travmatik yaşam olayı tarif etmektedirler. Travmatik yaşam olaylarının, istifleme davranışının başlamasında bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. İstifleme davranışı olmayanlara kıyasla istifleme davranışı olan hastalarda çok çeşitli ve daha yaygın travmatik yaşantı öyküsü bulunduğu; travmatik yaşantıların istifleme davranışının hem başlamasında hem de şiddetlenmesinde önemli rol oynadığı bildirilmiştir (52). Saldırıya maruz kalma, değer verilen birisinin kaybı, çocukluk çağı ihmali, fiziksel ve cinsel travmalar gibi travma çeşitlerinin istifleme davranışı ile ilişkisinin daha güçlü olduğu ve istifleme davranışı ile travma sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunduğu bildirilmiştir (52).

2.1.4.5.5. Emosyonel Tepkiler ve Emosyonların Düzenlenmesi

İstifleme Bozukluğu olan hastalarda emosyonların düzenlenmesi ve işlenmesinde rol alan insula, anterior singulat korteks ve sağ orbitofrontal korteks gibi beyin bölgelerinde aktivasyon artışının saptanması, istifleme etiolojisinde emosyon düzenleme sürecinin rolü olduğunu düşündürmektedir (53).

2.1.5. Tanısal Değerlendirme

İstifleme Bozukluğu diğer psikiyatrik rahatsızlıklar gibi klinik bir tanıdır ve tanı için özgül bir materyal bulunmamaktadır. İstifleme tanısı konulurken anne, baba ve çocukla görüşme ve bazı ölçeklerin doldurulması uygulanan işlemlerdir. Bu ölçeklerden sık kullanılanı “Çocuk Biriktirme Ölçeği (Child Saving Inventory)” ‘dir. (54). İstifleme Bozukluğu tanısında en önemli aşama alınacak olan öyküdür. Öykü alınırken hastalığın ana belirtileri; sahip olunan nesnelere ilgili düşünceleri, hangi

tür eşyalardan ne kadar biriktirdiği ve biriktirilen eşyaların yaşam alanlarının ne kadarını kapladığı, ihtiyacı olmasa bile gereksiz eşyaları atmak konusunda ne kadar sıkıntı yaşadığı, diğer aile üyelerinin biriktirilen eşyaları düzenlemek toplamak atmak gibi müdahalelerde ne kadar bulunduğu, başka insanların çocuğa ait eşyalara dokunması veya yerlerini değiştirmesi çocuğu ne kadar sıkıntıya soktuğu, aile fertlerinin çocuğa ait olan eşyaları atmasına çocuğun ne kadar tepki gösterdiği, çocuğun bazı eşyalara aşırı derecede bağlı olmasının ev, okul ve arkadaşlık ilişkilerini ne ölçüde etkilediği, ihtiyacı olmasa bile gördüğü veya istediği eşyayı edinmek veya satın almak konusunda ne kadar istekli olduğu gibi sorunlar ayrıntılı olarak sorgulanır (55).

2.1.6. Tanı Kriterleri

İstifleme Bozukluğu DSM-V’de “Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar” ana tanı kategorisinde ayrı bir tanı olarak yer almıştır (11).

2.1.6.1. İstifleme Bozukluğu için DSM-V Tanı Ölçütleri

A. Gerçek değeri ne olursa olsun, sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte sürekli olarak bir güçlük çekme.

B. Bu güçlük, söz konusu nesnelere saklamanın gerekliliği algısından ve onları elden çıkartmanın yarattığı sıkıntıdan kaynaklanır.

C. Sahip olduklarını elden çıkarma güçlüğü, bu nesnelere birikmesi ile sonuçlanır, dolayısıyla bunlar yaşam alanlarını kaplar, ortalığa yığılır, büyük ölçüde kullanım amaçlarından uzaklaşır. Yaşam alanlarında bir yığıntı yoksa, bu ancak üçüncü kişilerin (örneğin aile bireyleri, temizlikçiler, yetkili kişiler) girişimiyle sağlanmıştır.

D. Biriktiricilik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında (kendisi ve başkaları için güvenli bir çevreyi sürdürmeyi de kapsar) işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Biriktiricilik, başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (örneğin beyin yaralanması, serebrovasküler hastalık, Prader-Willi sendromu).

F. Biriktiricilik, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz

(örneğin takıntı-zorlantı bozukluğundaki takıntılar, yeğın depresyon bozukluğunda içsel gücün azalması, şizofreni ya da psikozla giden diğeri bozukluklarda sanrılar, yeğın nörobilişsel bozuklukta bilişsel eksiklikler, otizm açılımı kapsamında bozuklukta kısıtlı ilgi alanları).

Varsa belirtiniz:

Aşırı edinme ile giden: Sahip olduklarını elden çıkartmakta güçlüğeri, gereksinilmeyen nesneleri aşırı edinme ya da artık yaşanacak bir boşluk kalmaması eşlik ediyorsa.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsi iyi ya da oldukça iyi: Kişii, biriktiricilikle ilgili inanışlarının ve davranışlarının (nesneleri elden çıkartmakta güçlüğeri çekme, yığma ya da aşırı edinmeyle ilgili olarak) sorunlu olduğunun ayırımındadır.

İçgörüsi kötü: Tersii kanıtlar olmasına karşın, genelde kişii, biriktiricilikle ilgili inanışlarının ve davranışlarının (nesneleri elden çıkarmakta güçlüğeri çekme, yığma ya da aşırı edinmeyle ilgili olarak) sorunlu olmadığına inanır.

İçgörüsi yok/sanrısali inanışlar: Tersii kanıtlar olmasına karşın, kişii, biriktiricilikle ilgili inanışlarının (nesneleri elden çıkartmakta güçlüğeri çekme, yığma ya da aşırı edinmeyle ilgili olarak) sorunlu olmadığına tam olarak inanır.

2.1.7. Klinik Özellikler

İstifleme Bozukluğunun temel özelliğeri, sahip olunan eşyalardan ayrılma ve bu eşyaları atma güçlüğeri çekmesidir. En sık istiflenen eşyalar kıyafet, çanta, oyuncak, kalem, silgi ve kâğıt parçalarıdır. Kıyafetler genellikle küçülen üstüne olmayan ama bir türlü vazgeçemedikleri eşyalardır. Eşyalar genellikle değerlerine bakılmadan istiflenir (56). İstifleme hastalarında görülen bir diğeri bulgu da kaygıdır. Eşyaların atılması veya kaybı durumunda aşırı tepki görülebilir. Çoğuu hasta için sahip olunan eşyalar, bağlanmanın bir sonucu olarak rahatlık ve kendini güvende hissetme yöntemidir. Eşyalara zarar gelebileceğeri ile ilgili aşırı derecede anksiyete hissederler (57). İstifleme bozukluğunu OKB'den ayırt etmek için en özgün bulguların

kararsızlık, mükemmeliyetçilik ve erteleme olduğu ileri sürülmüştür (4). İstifleme bozukluğu olgularının kişilik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada en tipik kişilik yapılarının eleştiriye hassasiyet ve düşük yenilik arayışı/dürtüsellik olarak bildirilmiş, bunların tedavilere daha düşük uyum ve kısmi yanıt verecekleri düşünülmüştür (58). Karar vermekten kaçınma, hafızaya güvensizlik, duygu düzenleme güçlüğü istifleme olgularının belirgin özellikleri arasında yer aldığı bildirilmiştir (53)

Eşyaların düzensiz istiflenmesi aile üyelerini en fazla rahatsız eden bir belirtidir. İstiflenen eşyalar ile dolu bir alanın kullanılma zorluğunun yanında önemli ve aranan eşyaların bulunamaması bir diğer sorundur. İstifleme çocukluk yaş grubunda yaşamlarını çok fazla etkilemediği düşüncesi ile çok dikkat çekmezken ergenlik ve erişkinlik dönemde istifleme uğraşı giderek artmaktadır. Dağınıklık ve karmaşa toplumsal, akademik ve mesleki işlevsellikte bozulma, ek psikiyatrik rahatsızlıklar ve fiziksel rahatsızlıklara yol açabilmektedir. İstifleyicilerin %42'si rahatsızlıklarının farkında iken, %63'ünün aile üyeleri ve arkadaşları bu durumdan rahatsızlık hissetmekte ve çoğunlukla yakınlarının zorlamasıyla tedaviyi kabul etmekte ve genellikle tedaviyi yarıda bırakmaktadırlar (59).

Erişkin dönemde yapılan çalışmalara göre, biriktirilen nesnelerin cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Kadınlar mücevher, parfüm, makyaj malzemeleri ve kıyafet satın almaya yönelimli iken, erkekler genellikle hırdavat, elektronik eşyalar, otomobil ve saat gibi nesnelere satın almaktadırlar. Satın aldıkları eşyaları genellikle saklarlar ve alışverişe çok fazla zaman ayırdıkları için iş yerlerinde problem yaşamaktadırlar (60).

İstifleme normal koleksiyon işi ile uğraşanlardan farklı bir durumdur. Koleksiyoncular ilgi duydukları bir alanda, ilgi duydukları bir sanatçının kitaplarını ve eserlerini biriktirirken istifleyiciler için istiflenen eşyalar genellikle tek çeşit olmamaktadır (61).

2.1.8. Eşlik Eden Tanılar

İstifleme bozukluğuna en sık eşlik eden hastalıklar çocukluk döneminde Asperger Sendromu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) iken, erişkin dönemde majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, DEHB ve sosyal fobi olduğu bildirilmiştir (41). Ergenlerde yapılan toplum temelli bir

epidemiyolojik çalışmada, istifleme bozukluğuna eşlik eden rahatsızlıkların sıklığı; DEHB %10, yaygın gelişimsel bozukluk %2.9 ve OKB %2.9 olarak tespit edilmiştir (9). İstifleme bozukluğu ile istifleme olmayan OKB hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, istifleme bozukluğu olgularında OKB sıklığı %18 (kadın %15, erkek %28) olarak bulunmuştur (41). İstifleme bozukluğu tanılı hastalarda sosyal fobi tanısının %23.5, sosyal fobi tanılı hastalarda klinik olarak anlamlı düzeyde istifleme davranışının ise %14.8 görüldüğü bildirilmiştir (62). İstifleme bozukluğunda eş tanının araştırıldığı bir çalışmada, yaygın anksiyete bozukluğu %24.4, major depresif bozukluk %50.7, DEHB (özellikle dikkat eksikliği baskın tip) %27, dürtü kontrol sorunları %78.3 olarak saptanmıştır (41).

Çok merkezli bir epidemiyolojik çalışmada, çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB tanısı olan vakaların %8.9'unda yaşam boyu istifleme belirtisi (DEHB olmayanlarda %2.7) belirlenmiş, istifleme ve DEHB arasındaki ilişkinin özellikle dikkat eksikliği olanlarda anlamlı olduğu bulunmuştur (63). Erişkinlerde istifleme bozukluğu ile kişilik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların %29.5'inde obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, %8.8'inde kaçınan kişilik bozukluğu ve %5.4'ünde ise sınırda kişilik bozukluğu saptanmıştır (41). İstifleme ile yeme bozuklukları arasında da ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Emosyon düzenlemedeki problemin özellikle tıkanırcasına yeme bozukluğu ile ilişkili olduğu da bildirilmiştir (64).

2.1.9. Ayırıcı Tanı

2.1.9.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Çocuk, ergen ve erişkin OKB hastalarında istiflemeyle ilişkin obsesyon ve kompulsiyonların oldukça sık (%18-40) görülmesi, istifleme bozukluğunda OKB'nin ayırıcı tanı bakımından ilk sırada değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (22, 26). İstifleme bozukluğunun OKB'nin bir belirtisi olmadığını ve ayrı bir klinik tanı olduğunun ileri sürülmesi ile birlikte yapılan araştırmalar neticesinde DSM-V ile birlikte bu iki rahatsızlığının ayrı tanı kategori içerisinde yer alması sonucunu doğurmuştur. OKB ve İstiflemenin ayrı tanı olmasını gerektirecek birçok kanıt mevcuttur. İstifleme bozukluğu hastaları yineleyen düşünceler ya da kompulsif ritüeller gibi OKB'nin klasik belirtilerini göstermezler. OKB'nin aksine, İstifleme belirtileri zamanla kötüleşebilir, ritüeller sabit değildir ve kirlenme veya bulaşma ile

ilgili obsesyonlar bulunmaz. İstifleme hastaları istiflemeyle ilişkin düşünce ve hayallerini benliğe uyumlu (ego-syntonic) şekilde yaşamaktadırlar. Buna göre istifleme, kişinin sadece sahip olduğu eşyaları atma eylemi ile karşılaştığında tetiklenen ve güçlük yaşanan edilgen bir durumdur. Kişi, sahip olduğu eşyaları atma zorunluluğunda kaldığı zaman anksiyeteden ziyade suçluluk, yas reaksiyonu veya öfke yaşamaktadır (65). İstifleme davranışı olan olguların büyük çoğunluğunda diğer OKB belirtileri bulunmamaktadır.

İstiflemesi olan ve olmayan 7-17 yaş arasındaki OKB hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, istifleyiciler arasında içgörünün daha az olduğu, büyüsel düşünce obsesyonları ve simetri-düzen kompulsiyonlarının, panik bozukluk komorbiditesinin, anksiyete, öfke kontrol bozukluğu ile internalize ve eksternalize davranışlarının daha yaygın olduğu bildirilmiştir (7). İstifleme davranışı olan ve olmayan OKB hastalarının birbirinden farklı özellikler arasında; erken başlangıç, düşük içgörü, daha fazla karar verme güçlüğü, daha ciddi OKB belirtileri, eşanı olarak anksiyete spektrumunun daha şiddetli olması, DEHB, bipolar afektif bozukluk, yeme bozuklukları, panik bozukluk, özgül fobi, tik bozukluğu ve kişilik bozukluğu eşanılarının daha yaygın olması ve travmatik yaşam olaylarının daha fazla olması sayılabilmektedir (21, 26, 38).

2.1.9.2. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

DSM-IV'te kompulsif istifleme, obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun sekiz tanı ölçütü arasında tanımlanmıştır (66). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun istifleme haricindeki kriterleri ile istifleme kriterleri arasında zayıf bir ilişki bulunduğu ve istifleme kriterlerinin çıkarılması halinde obsesif kompulsif kişilik bozukluğu tanı geçerliliğinin daha da artacağı bildirilmiştir (67).

2.1.9.3. Olağan Koleksiyonculuk

Pul, magnet, kalem, davetiye, madeni ve kâğıt para gibi eşyalar koleksiyon amacıyla sık olarak biriktirilen nesnelere dir. Bu tür biriktirmeler zihinsel yatırım olarak değerlendirilir ve kişinin yaşadığı ortamda herhangi bir kısıtlılık ve zorluk yaratmadığı için desteklenir. Kişi, biriktirdiği nesnelere için seçici davranmaktadır. Sınıflandırma ve düzenleme işlemini verdiği anlam ve öneme göre yapmaktadır. Davetiye ve mektup gibi nesnelere ise, duygusal anlamları ve değerleri için biriktirirler (68).

2.1.9.4. Anormal (Olağandışı) İstifleme

Kişinin istifleme davranışı aşırı miktarda ve kişi aşırı istifleme davranışının tehlikeli sonuçlarına ilişkin uyarılara uymuyorsa, bu istifleme davranışı artık patolojik düzeydedir ve nesnelerin bu şekilde biriktirilmesine “kompulsif istifleme” denilmektedir. Bu süreçte istifleme davranışı ev içi aktiviteleri ve sosyalleşmeyi bozmakta ve işlev kaybı ortaya çıkarmaktadır.

2.1.9.5. Amaçsız Biriktirme

Edilgen ya da organik istifleme olarak da adlandırılan bu istifleme davranışında, genellikle tıbbi bir rahatsızlık vardır ve istifleme davranışı inkâr edilmektedir. Seçicilik ve planlama yoktur. (68).

2.1.9.6. Diğer Bozukluklar

Özellikle anterior ventromedial prefrontal ve singulat korteks gibi beyin bölgelerinin hasarı ile anormal istifleme davranışı arasında ilişkili olduğu belirtilmiştir (69). Bazı demans vakalarında, eski eşyaların saklanması gibi istifleme davranışları görülebilmekte ve hastaların yiyecek gibi uygunsuz nesnelere saklama eğiliminde olduğu bildirilmiştir (65). Çöp ev olarak adlandırılan evlerde yaşayan insanların %40'ının başta şizofreni olmak üzere psikotik bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı ileri sürülmüştür (70). İstifleme davranışının, otizm spektrum bozuklukları ile Prader-Willi sendromu ve velokardiyofasiyal sendrom gibi genetik rahatsızlıklarda da görülebildiği belirtilmiştir (65, 71).

2.1.10. Tedavi

Günümüzde İstifleme Bozukluğu bilişsel davranışçı terapiler, farmakoterapi, psikoeğitim ve psikososyal girişimler ile tedavi edilmeye çalışılan bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. İstifleme olgularında aile eğitimi ve desteği diğer tedavi yöntemlerine eklenmelidir. Aile bireylerinde de benzer bulgular olabileceğinden dolayı istifleme belirtileri normal karşılanabilmekte ve tedavi esnasında aileden kaynaklanan güçlükler olabilmektedir. Hastalık ya da tedavi hakkında çocuk ve aile bireyleri arasında çatışmalar çıkabilmekte ve bu nedenle tedavi aksayabilmektedir. Aileyi tedaviye müdahil etmek bu açıdan çok önemlidir.

Bilişsel davranışçı terapiler, istifleme bozukluğu tedavisinde en sık kullanılan yaklaşımlardan biridir. Bilişsel yaklaşımlar, sahip olunan eşyaların özgünlüğü, yapısı, yararlılığı ve duygusal anlamı ile ilgili değerlendirmeler üzerinde dururken

davranışçı yaklaşımlar; amaç oluşturma, eşyaların düzenlenmesi ve elden çıkarılmasına yönelik düşünce egzersizleri, istifleme iç güdüsüne direnme ve eşyaların atılması ile ilgili alıştırmaları kapsamaktadır (72). Motivasyonel görüşme teknikleri, bağlanma ve karar verme alanlarına ilişkin stratejiler, gerekli durumlarda ev ziyaretleri bireysel bilişsel davranışçı terapiler (BDT) ile birlikte uygulanan yaklaşımlardır (73). “Alıştırma” ve “bilişsel yeniden yapılandırma” istiflemede kullanılan iki temel bilişsel davranışçı yaklaşımdır. İstifleme davranışını azaltmak amacıyla, organizasyon, sorun çözme ve karar verme gibi becerilerin geliştirilmesine yönelik yöntemler geliştirilmelidir. İstifleme davranışına neden olan inançların saptanması, sahip olma isteğine sebep olan durumların araştırılması, eşyaların atılması ile ilgili kaygıların ve istiflemeyi alevlendirecek stres faktörlerinin belirlenmesi terapi sürecinde ele alınması gereken önemleri konulardır (74). İstifleme bozukluğunda hem kısa hem de uzun dönemde BDT uygulamalarının istifleme davranışı üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (75, 76). İstifleme bozukluğu tedavisinde BDT'nin etkili olduğu fakat mükemmeliyetçi ve sosyal fobi belirtilerinin yetersiz yanıt ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (77)

Tarihsel olarak istifleme OKB ile ilişkilendirildiği için tedavide ilk akla gelen ilaç grubu serotonin gerialım inhibitörleridir. İstifleme bozukluğu ile istifleme davranışı olmayan OKB hastalarının paroksetin ile tedavi edildiği bir çalışmada, her iki grupta tedaviye yanıt verenlerin oranının benzer olduğu ve tedaviye yanıtın istifleme şiddeti ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (78). İstifleme bozukluğu tanısı alan hastalarda Venlafaksin tedavisinin iyi tolere edildiği, hastaların %70'inin tedaviye belirgin yanıt verdiği ve istifleme bozukluğunun serotonin gerialım inhibitörleri ve serotonin-noradrenalin gerialım inhibitörleri ile etkili bir şekilde tedavi edileceği ileri sürülmüştür (79).

İstifleme davranışı olanlarda dikkat odağını değiştirmede görülen güçlükler, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu komorbiditesinin OKB'den daha sık görüldüğünün gösterilmesi, dikkat eksikliğinin istifleme bozukluğunun çekirdek semptomları olan sahip olma, saklama ve atamama belirtilerinin göstergesi olduğunun saptanması ve çocukluk ve ergenlik yaş grubunda görülen dikkat sorunlarının yaşam boyu istifleme belirtileri ile ilişkili bulunması istifleme tedavisinde DEHB tedavilerinin kullanılmasını gündeme getirmiştir (10, 35, 38, 63).

Bir vaka serisinde istifleme bozukluğu tanılı, daha öncesinde serotonin gerilim inhibitörüne yanıt vermeyen hastaların yavaş salınımlı metilfenidat ile tedavi edildiklerini ileri sürülmüştür (43). Atomoksetin tedavisi uygulanan istifleme bozukluğu tanılı hastaların, %57'sinde tam yanıt %27'sinde ise kısmi yanıt verdikleri ve atomoksetin tedavisinin metilfenidat tedavisine göre daha kabul edilebilir olduğu ileri sürülmüştür (42).

Sonuç olarak; bir meta-analiz çalışmasında, istifleme bozukluğunda ilaç tedavisine yanıt oranının %37-76 olduğu, özellikle paroksetin, sertralin ve venlafaksin istifleme tedavisinde etkili bulunduğu, metilfenidat tedavisinin umut vadettiği, ketiyapin ve minoksilin güçlendirme tedavisinin sınırlı etkisinin olduğu ve naltrekson güçlendirmesinin etkili olmadığı bildirilmiştir (80).

2.1.11. Klinik Seyir

İstifleme davranışı genellikle kronik bir süreç göstermektedir. İstifleme davranışı olan OKB hastalarında istifleme belirtilerinin ortalama başlangıç yaşı (ortalama 10-12 yaş), istifleme belirtisi olmayan OKB hastalarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bildirilmiştir (26). Çocukluk yaş dönemi ve ergenlikte istifleme belirtilerinin başlangıcının daha belirgin olduğu, hastalık şiddetinin yaş ilerledikçe arttığı ve geç başlangıçlı istifleme olgularının travmatik bir yaşam olayı sonrası belirtilerin başlama olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (8). İstiflemenin ergenlik döneminde başladığı bildirilse de, tedavi arayışı genellikle ilerleyen yaşlarda gözükmektedir. Hastalığın seyri esnasında belirtiler dalgalanma gözlense de tam düzelmeye nadirdir.

Özetle, literatürde; İstifleme Bozukluğu ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar erişkin yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir ve çocuk ve ergenlik dönemini kapsayan çalışmalar kısıtlıdır. Bu yaş grubunu ilgilendiren çalışmaların neredeyse tümü OKB' de veya belli bir popülasyonda İstifleme davranışı veya semptomuna odaklanmıştır. Bu çalışmalarda İstifleme semptom veya davranışını tespit etmek amacıyla klinik görüşmeden ziyade ölçek veya anketler kullanılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla çocuk ve ergenlik döneminde toplum örneğinde İstifleme Bozukluğu sıklığını araştıran bir çalışma literatürde mevcut değildir. Aynı şekilde psikiyatrik komorbidite ile ilgili çalışmalar erişkin yaş grubunda yoğunlaşmıştır. Çocuk ve ergenlik döneminde ise yalnızca İstifleme semptomu veya davranışı gösteren olgularda psikiyatrik eş tanıyı

gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Komorbidite çalışmaların çoğunda tanı konulurken yapılandırılmış görüşmelerden çok klinik görüşmelerden yararlanılmıştır.



3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Amaç

Çocuklardaki ruhsal rahatsızlıkların dağılım ve sıklığının bilinmesi, bu rahatsızlıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi açısından önemlidir. Ruhsal rahatsızlıkların tespit edilebilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesi bu yaş grubundaki mevcut sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar erişkin yaşamındaki işlevselliğin artırılması ve sorunların ileride tekrarlanmasının önlenmesi açısından da önemlidir.

Bu çalışmada amaç ortaokul çocuklarındaki İstifleme Bozukluğu sıklığını kanıta dayalı yöntemlerle saptamak, olası risk faktörlerini araştırmak ve İstifleme Bozukluğu olan çocuklardaki komorbid psikiyatrik rahatsızlıkları tespit etmektir.

3.2. Hipotezler

- Kanıta dayalı yöntemler kullanılarak İstifleme Bozukluğu sıklığı araştırıldığında 10-14 yaş aralığında İstifleme Bozukluğu tanısı olan çocukların bulunabileceği.
- İstifleme Bozukluğunun çeşitli sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin olabileceği.
- İstifleme Bozukluğuna eşlik eden komorbid psikiyatrik rahatsızlıkların bulunabileceği varsayılmıştır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Çalışma; tek merkezli, ortaokul çocuklarındaki İstifleme Bozukluğu sıklığının araştırıldığı epidemiyolojik bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.4. Örneklem Grubunun Oluşturulması

TUİK 2018 verilerine göre 2018 yılında Türkiye genelinde 10-14 yaş arası 6.322.223 çocuk bulunmaktadır. Naing ve ark.'nın yöntemi kullanılarak örneklemin evreni 6.322.223, İstifleme Bozukluğu sıklığını %2, standart sapma +/- 1, güven aralığı %1 ve güvenilirlik %95 alındığında örneklem büyüklüğü 753 kişi bulunmuştur (81). Gerek çalışmanın güvenilirliğini arttırmak gerekse de literatürdeki toplum bazlı epidemiyolojik çalışmaların örneklem büyüklükleri göz önüne alınarak örneklem büyüklüğü en az 5000 kişi olacak şekilde belirlenmiştir.

İstifleme Bozukluğu ile ilgili literatür tarandığında bu bozukluğun başlangıç yaşının 11-15 olduğu düşünüldüğü için çalışmamıza 10-14 yaş arası çocukların dahil edilmesi planlanmıştır. Erzurum İl Merkezinde 10-14 yaş arası 36.995 çocuğun

olduğu, bu yaştaki çocukların ortaokula devamının mecburi olduğu, bu nüfusun 68 ortaokula gittiği düşünöldüğünde ortalama bir okulda 544 çocuğun olduğu tahmin edilerek en az 5000 çocuğa ulaşmak için en az 10 ortaokulun yeterli olacağı düşünölmüştür.

3.4.1. Ebeveynlerin Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri

Dâhil olma ölçütleri:

- Çalışmada yer almak için verilecek bilgilendirilmiş onam formunu okuyup çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Dışlama Ölçütleri:

- Çalışmada yer almak için verilecek bilgilendirilmiş onam formunu okuyup çalışmaya katılmayı reddetme veya herhangi bir nedenle çalışmadan ayrılmak istemek

3.4.2. Çocukların Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri

Dâhil olma ölçütleri:

- 10-14 yaş aralığında ortaokul öğrenci olmak ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

Dışlama Ölçütleri:

- Çalışma dahil edilme ölçütlerini karşıladığı halde çalışmaya katılmayı kabul etmemek

3.5. Yöntem

Çalışma için Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Komisyonundan etik onay alınmıştır. Ayrıca Erzurum Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır.

Erzurum il merkezindeki 68 ortaokuldan basit rastgele yöntemle 12 ortaokul seçilmiştir. Çalışmanın ilk aşaması belirlenen okullarda Nisan 2018- Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekteşmiştir. Belirlenen okullara gidilmeden önce okulun yetkili yöneticisi (okul müdürleri veya okulun yetkili müdür yardımcısı) ile telefon görüşmeleri gerçekteşirilerek çalışma hakkında kısa bilgilendirme yapılmıştır. Telefon görüşmesinde belirlenen zamanlarda okul ziyaretleri planlanmıştır. Okul bilgilendirme görüşmelerinde müdür, müdür yardımcıları ve rehber öğretmenler ile görüşülerek İstifleme Bozukluğu hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmanın amacı, sonuçları, faydaları anlatılmıştır. Birinci araştırmacı okul müdür yardımcısı

veya rehber öğretmen eşliğinde okullardaki tüm 5-6-7-8. sınıfları ziyaret ederek, anket ile ilgili genel bilgiler ve anketin nasıl doldurulacağı kısaca öğrencilere anlatılmış ve her öğrencinin anket formları, aile bilgilendirme formu ve aydınlatılmış onam formunu ebeveynlerinden birisine ulaştırması ve doldurulduktan sonra 2 hafta içerisinde okul idaresine teslim edilmesi istenmiştir. Bilgilendirme formunu okuyup çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam formunu imzalayan ve anket sorularını eksiksiz tamamlayan ebeveynlerin çocukları çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın ikinci aşamasında ise ebeveynleri tarafından Çocukluk çağı istifleme ölçeğinde İstifleme davranışı olduğu tarif edilen 329 çocuk, ebeveynleri ile birlikte klinik görüşme için Mayıs 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına davet edilmiştir. Bu aşamada katılımı arttırmak, randevunun unutulması ve olası diğer aksaklıkları önlemek amacıyla görüşme için planlanan tarihten bir gün önce ebeveynler aranmış görüşmenin yeri, saati, görüşmecinin adı soyadı gibi bilgiler verilmiş ve isteyen ebeveynler için görüşme ile ilgili bilgileri içeren yazılı mobil kısa mesaj gönderilmiştir. Verilen randevu tarihlerine gelen çocuk ve ebeveynleri ile klinisyen tarafından bire bir psikiyatrik görüşme, sosyodemografik veri formu, DSM-V tanı ölçütlerinin sorgulandığı İstifleme bozukluğu klinik görüşmesi, Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) ve yapılandırılmış görüşme yöntemi olan Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (DAWBA) uygulanmıştır. İstifleme bozukluğu tanısı DSM-V tanı ölçütleri göz önüne alınarak klinik olarak ve eşlik eden psikiyatrik tanıları DAWBA ile konulmuştur. Hastalık şiddeti CGI ile ölçülmüştür. DAWBA değerlendirilmesi klinik görüşmeyi yapan klinisyen haricinde iki bağımsız klinisyen tarafından değerlendirilmiştir. İki bağımsız klinisyen arasındaki korelasyon güçlü (Kappa değeri 0.8902) bulunmuştur.

Çalışmamızda, basit rastgele yöntemle belirlenen ve yeterli sayıdaki okul örneklemiyle, DSM-V tanı ölçütleri ve yapılandırılmış tanılama paketi (DAWBA) kullanılarak, çocuk ve ebeveynlerden bilgi alınarak İstifleme Bozukluğu prevalansı ve eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar belirlenmiştir.

3.6. Gereçler

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu, çocuğa ait bilgiler (ad-soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, okulu, sınıfı vs.), ailesel özellikleri (anne-baba birlikteliği, kardeş sayısı, evde kimlerin yaşadığı, aylık geliri vs.), ebeveyn özellikleri (yaş, meslek, hastalık, eğitim düzeyi), çocuğun prenatal ve postnatal gelişim öyküsü (planlı gebelik olup olmadığı, gebelikte tıbbi/psikiyatrik bir hastalık olup olmadığı, akran ilişkisi, okul başarısı vb.), sorunlar (sorunları kimin fark ettiği, sorunların okul hayatı-arkadaş ilişkileri-ev hayatı ve boş zamanları nasıl etkilediği, sorunları çözmek için atılan adımlar vb.) ile ilgili bilgileri içermektedir.

3.6.2. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi- Development and Well-Being Assessment (DAWBA)

DAWBA, 2-17 yaş arası çocuk ve gençlerde sık görülen psikiyatrik bozuklukların hem ICD-10 (International Classification of Diseases-Uluslararası hastalık sınıflaması) hem de DSM IV-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı) temel alınarak değerlendirilmesine olanak sağlayan bir yapılandırılmış tanılama paketidir. İlk olarak İngiltere’de çocuk ergen ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonunun planlanmasında kullanılan, 10.438 çocuğun örneklemini oluşturduğu ülke geneli bir epidemiyolojik çalışma için geliştirilmiştir (82).

DAWBA ile seperasyon anksiyetesi, sosyal fobi, özgül fobi, panik bozukluk, agorafobi, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları, tik bozuklukları tanıları konulabilmektedir. Ayrıca DAWBA’da erken gelişimsel özellikleri, yaygın gelişimsel bozuklukları, kendine zarar verme davranışlarını, selektif mutizmi ve psikotik bulguları sorgulayan sorular da bulunmaktadır.

DAWBA “Yapılandırılmış Ebeveyn Görüşmesi”, “Öğretmen Anketi” ve 11-17 yaş gençler için “Yapılandırılmış Görüşme” olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Görüşmeler yazılı görüşme metni veya bilgisayar uygulaması yoluyla bir görüşmeci tarafından uygulanabileceği gibi, görüşmeciye ihtiyaç duymaksızın bilgisayar üzerinden ebeveynler, gençler ve öğretmenlerin kendileri tarafından da uygulanabilir.

DAWBA'yı uygulayacak kişilerin klinik deneyime sahip olması gerekmez ve uygulama eğitimi çok kısa sürelidir. Deneyimli anketörler için 1 günlük bir eğitim süresi yeterli olabilmektedir. Vaktinin çoğunu evde bilgisayar başında geçirmeyi tercih eden gençler ve ebeveynlerin sayısının gün geçtikçe artması, bazı durumlarda bir görüşmeci çalıştırmanın getirebileceği yüksek maliyetlerin karşılanamaması ve bazı insanların bir makineye bir insandan daha kolayca ve dürüst yanıtlar verebilmesi yapılandırılmış görüşmeler için bilgisayardan uygulanabilen formun önemini arttırmaktadır. Ayrıca bilgisayar uygulamaları bir görüşmecinin uygulama sırasında yapması muhtemel kural hatalarını en aza indirdiğinden yanlış sonuç elde edilmesinin de önüne geçilebilmektedir. Uygulamadaki her bölüm; bir konuda sorun olup olmadığının araştırıldığı kapalı uçlu tarama soruları, semptomların sorgulandığı kapalı uçlu sorular, işlevsellik kaybının ve bozukluğun şiddetinin değerlendirildiği kapalı uçlu sorular ve mevcut problemin katılımcının kendi cümleleri ile anlatılmasının istendiği açık uçlu sorular olmak üzere 4 kategoriden oluşmaktadır.

Belirtilerin taranması ve sorgulanmasının yanında işlevselliğin de değerlendirilmesi yapılandırılmış görüşmeler için kritik öneme sahiptir. Bu sorunu ortadan kaldırmak için DAWBA'nın her bölümünde DSM IV-V ve ICD 10'da da belirtildiği üzere semptomların ne şiddette olduğu, çocukta ne derece sıkıntı oluşturduğu ve işlevsellik kaybına yol açıp açmadığı sorgulanmaktadır. DAWBA'yı klasik görüşmeci temelli görüşme formatlarından ayıran en önemli özelliklerinden birisi, her bölümde açık uçlu soruların yer almasıdır. Görüşmede açık uçlu soruların bulunmasının en önemli faydalarından birisi semptomların ve işlevsellik kaybının daha sağlıklı değerlendirilebilmesidir. Aksi takdirde görüşülen kişi kapalı uçlu soruları tam olarak anlamayabilir ve bu da çocuğun olduğundan çok daha iyi veya çok daha kötü gösterilmesine neden olabilir. Bu sebeple, DAWBA'da görüşülen kişiye sorunu kendi cümleleriyle anlatma fırsatı verilerek bu sorun azaltılmıştır. Ayrıca sadece kapalı uçlu sorulara verilecek yanıtlarla eşik altı kalacak bazı semptomlar ve atlanabilecek 'başka türlü' adlandırılmayan' kategorisindeki bozukluklar da açık uçlu sorularla yakalanabilmektedir.

DAWBA'nın ruh sağlığı konusunda profesyonel olmayan kişilerin kısa süreli eğitimi sonrası, bu kişiler tarafından da uygulanabilmesi geniş saha çalışmalarında kullanımına imkân sağlar. Örneğin İngiltere çalışmasında, bir istatistik ofisine bağlı

çalışan, anket uygulama konusunda deneyimli ancak ruh sağlığı alanında deneyimsiz kişiler kullanılmıştır. Çocuk ve gençler, ebeveynleri ve öğretmenleri ile yapılan görüşmeler bilgisayar ortamında o çalışma için oluşturulan veri tabanına kaydedildikten sonra tanı, kapalı uçlu sorulardan gelen veriler ve açık uçlu soruların yanıtları birlikte değerlendirilerek deneyimli klinisyenlerce konular, görüşmeciler sadece veriyi toplamak ve aktarmakla görevlidir. Böylece DAWBA, cevaplayan kişi tabanlı görüşmelerin düşük maliyet ve basit uygulanma avantajı ile klinisyen deneyiminin getirdiği tanı güvenilirliğini bir araya getirmiş olmakta ve geniş örneklemlerle çalışmalarda çok sayıda klinisyen kullanmanın getireceği maliyet ve zaman kaybını engellemektedir. DAWBA'nın halen 25 farklı dilde çevirisi mevcut olup hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalarda kullanılmaktadır. DAWBA'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dursun OB ve ark. tarafından 2013 yılında yapılmıştır (83).

3.6.3. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI), Guy ve arkadaşları (1976) tarafından, her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Klinik Global İzlenim Ölçeği [Clinical Global Impression (CGI)], hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 bölümden oluşur. Yarı yapılandırılmış bir ölçek olup görüşme sırasında doldurulur. İlk iki item (hastalığın şiddeti ve genel düzelme) yedili, son item (etkinlik endeksi) ise dördümlük likert tipindedir. Görüşmeci, hastalıkla ilgili genel tecrübesine dayanarak, hastalığın şiddetini ya da düzelmenin derecesini 0 (hasta değil) ile 7 (en ağır hastalardan) arasında derecelendirir. 1- normal, hasta değil, 2- sınırda hasta, 3- hafif derecede hasta, 4- orta derecede hasta, 5- belirgin derecede hasta, 6- ileri derecede hasta, 7- en ileri derecede hasta. Bu çalışmada yalnızca hastalık şiddeti (severity index-SI) bölümü kullanılacaktır (84).

3.6.4. Children's Saving Inventory (Çocuk Biriktirme Ölçeği-CSI)

Storch ve ark. (2011) tarafından geliştirilen, 23 maddeden oluşan, önceki haftalardaki biriktirme semptomlarının sıklığı ve şiddeti açısından 0 (Hiç/Asla) ile 4 (Neredeyse her zaman/ Çok ileri/ Çok sık) arası puan verilen, toplam skorun 0 ile 92 arasında olduğu ve daha yüksek puanların daha fazla istifleme belirtisi gösterdiği bir ölçek formudur. 8-17 yaş arası OKB hastaları ve ebeveynleri üzerinde uygulandığı

ve geçerlilik ve güvenilirliğinin kanıtlandığı belirtilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ($r = .84-.96$) olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafımızca yapılmış olup henüz yayınlanmamış olması ile birlikte Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik orta-iyi düzeyde bulunmuştur (85).

3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 24.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Kategorik veriler için frekans ve yüzde kullanılırken sürekli veriler için ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ilişkin testler yapılırken varsayımların kontrolleri yapılmıştır. Varsayımlar doğrultusunda normal dağılan değişkenlere parametrik testler uygulanırken, normal dağılmayan değişkenlere parametrik olmayan testler uygulanmıştır. Parametrik durumlar için “Tek Örneklem T Testi” ve “Bağımsız Örneklem T Testi” uygulanmıştır. Parametrik olmayan durumlar için ise “Wilcoxon İşaret Testi” ve “Mann-Whitney U Testi” uygulanmıştır. Testler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup, testlerin sonucunda anlamlı farklılıklar yorumlanmış, tablolanmış ve grafiklendirilmiştir. İstatiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiş, bulgularda anlamlılığının düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

4.BULGULAR

Dağıtılan 6073 Anket formundan 3249'u (%53.4) geri dönmüş olup çalışmaya alınmıştır. İstifleme davranışı tarif edilen 329 (%10.1) olgu klinik görüşmeye davet edilirken, İstifleme davranışı tarif edilmeyen 2920'si (%89.9) klinik görüşmeye davet edilmemiştir. İstifleme davranışı tarif edilen 329 olgudan 318'i verilen randevu tarihlerine gelmiş, 2 tanesi başka bir ile taşındığı için yüz yüze görüşme yapılamamış fakat telefon ile sorulduğunda istifleme bozukluğu olmadığı tespit edilmiş, 3 olguya ulaşılamamış, 6 olgunun ebeveynleri ise çocuklarında istifleme ve herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık olmadığını ifade ederek görüşmeyi reddetmiştir. Böylece toplamda 318 çocuk ve ebeveyn değerlendirmeye alınarak yanıt oranı %96.6 olarak saptanmıştır.

Psikiyatrik değerlendirme neticesinde; çalışmaya dahil edilen 318 çocuktan 32'si İstifleme Bozukluğu tanısı almıştır. 5 olguda eşik altı İstifleme davranışı tespit edilmiştir. Ortaokul çocuklarındaki İstifleme Bozukluğu prevalansı %0.98 (n=32) olarak saptanmıştır. İstifleme Bozukluğu ve İstifleme Davranışı sıklığı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: İstifleme Bozukluğu ve İstifleme Davranışı Sıklığı

	İSTİFLEME DAVRANIŞI		İSTİFLEME BOZUKLUĞU	
	n	%	n	%
VAR	329	10.1	32	0.98
TOPLAM	3249	100.0	3249	100.0

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

4.1.1. Anneye İlişkin Demografik Bilgiler

Çalışmadaki çocukların annelerinin yaş ortalamasının olarak 39 (39.70 ± 5.56) olduğu bulunmuş ve İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında annenin yaşı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.14$). Annelerin eğitim yılının ortalama olarak 6 (6.98 ± 3.80) olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında annenin eğitim yılı açısından anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=0.10$). Çalışmadaki çocukların annelerinin %99.7'sinin ($n=317$) hayatta olduğu ve sadece bir çocuğun annesinin vefat ettiği belirtilmiştir.

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki annelerin %77.4'ünün (n=24) ev hanımı olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise bu oranın %90.2 (n=258) olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında annenin çalışma durumu açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.06).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki annelerin %25.8'inde (n=8) psikiyatrik bir rahatsızlık olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise bu oranın %4.9 (n=14) olduğu ve annenin psikiyatrik rahatsızlık açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve annede psikiyatrik rahatsızlık oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.00).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki annelerin %22.6'sında (n=7) fiziksel bir rahatsızlık olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise bu oranın %9.4 (n=27) olduğu ve annenin fiziksel rahatsızlık açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve annede fiziksel rahatsızlık oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.03).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki annelerin %31.2'sinin (n=10) hamilelik sürecinde psikiyatrik bir sorun yaşadığı, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise bu oranın %6.3 (n=18) olduğu ve annenin hamilelik sürecinde psikiyatrik sorun yaşama açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve annede hamilelik sürecinde psikiyatrik sorun yaşama oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.00). Çalışmadaki annelere ilişkin demografik bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Anneye İlişkin Demografik Bilgiler

Değişken	Grup	Tanı Alan Grup		Tanı Almayan Grup		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Eğitim Yılı	0	1	3.2	9	3.1	10	3.2	0.10 ^b
	1	0	0.0	26	9.1	26	8.2	
	5	16	51.6	126	44.1	142	44.8	
	8	3	9.7	43	15.0	46	14.5	
	11	5	16.1	66	23.1	71	22.4	
	15	6	19.4	16	5.6	22	6.9	

Meslek	Ev Hanımı	24	77.4	258	90.2	282	89.0	0.06 ^a
	Çalışıyor	7	22.6	28	9.8	35	11.0	
Psikiyatrik Hastalık	Var	8	25.8	14	4.9	22	6.9	0.00 ^a
	Yok	23	74.2	272	95.1	295	93.1	
Fiziksel Hastalık	Var	7	22.6	27	9.4	34	10.7	0.03 ^a
	Yok	24	77.4	259	90.6	283	89.3	
Hamilelikte Psikiyatrik Sorun	Var	10	31.2	18	6.3	28	8.8	0.00 ^a
	Yok	22	68.8	268	93.7	290	91.2	
		Ort. ± SS.		Ort. ± SS.		Ort. ± SS.		
Yaş	38.32 ± 5.70		39.84 ± 5.53		39.70 ± 5.56		0.14 ^b	

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test d. Mann Whitney U

4.1.2. Babaya İlişkin Demografik Bilgiler

Çalışmadaki çocukların babalarının ortalama yaşının 44 (44.40 ± 6.25) olduğu bulunmuş ve İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında babanın yaşı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.69). Babaların eğitim yılının ortalama olarak 9 (9.35 ± 3.45) olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında babanın eğitim yılı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.97). Çalışmadaki çocukların babalarının %98.1'inin (n=312) hayatta olduğu ve altı çocuğun babasının vefat ettiği belirtilmiştir. Çalışmadaki babaların %96.5'inin (n=305) çalışıyor olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında babanın çalışma durumu açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.28). Çalışmadaki babaların %96.5'inde (n=305) herhangi bir psikiyatrik hastalık olmadığı ve babanın psikiyatrik rahatsızlık açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.07). Çalışmadaki babaların %91.8'inde (n=290) herhangi bir fiziksel rahatsızlık olmadığı ve babanın fiziksel rahatsızlık açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.29).

Çalışmadaki babalara ilişkin demografik bilgiler Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3: Babaya İlişkin Demografik Bilgiler

Değişken	Grup	Tanı Alan Grup		Tanı Almayan Grup		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	

	0	1	3.3	0	0.0	1	0.3	
	1	0	0.0	6	2.1	6	1.9	
Eğitim Yılı	5	8	26.7	67	23.4	75	23.7	0.97 ^b
	8	5	16.7	52	18.2	57	18.0	
	11	10	33.3	124	43.4	134	42.4	
	15	6	20.0	37	12.9	43	13.6	
Meslek	Çalışmıyor	2	6.7	9	3.1	11	3.5	0.28 ^a
	Çalışıyor	28	93.3	277	96.9	305	96.5	
Psikiyatrik Hastalık	Var	3	10.0	8	2.8	11	3.5	0.07 ^a
	Yok	27	90.0	278	97.2	305	96.5	
Fiziksel Hastalık	Var	4	13.3	22	7.7	26	8.2	0.29 ^a
	Yok	26	86.7	264	92.3	290	91.8	
			Ort. ± SS.		Ort. ± SS.		Ort. ± SS.	
Yaş			43.96 ± 6.31		44.44 ± 6.25		44.40 ± 6.25	0.69 ^b

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test d. Mann Whitney U

4.1.3. Çocuklara İlişkin Demografik Bilgiler

Çalışmadaki çocukların cinsiyet dağılımları değerlendirildiğinde; İstifleme Bozukluğu tanısı alan olguların %75'i (n=24) kızken %25'i (n=8) erkek, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan olgularda ise %56.3'ü (n=161) kızken, %43.7'sinin (n=125) erkek olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan çocukların cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısının kızlarda erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0.04).

Çalışma genelindeki çocukların yaş aralığı 10 ile 14 arasında olup, İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki ortalama yaş 12 (12.65 ± 1.12), İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise ortalama yaş 12 (12.25 ± 1.35) olarak saptanmıştır. İstifleme tanısı alan ve almayan gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık yoktur (p=0.06).

Çalışmadaki çocukların kardeş sayısına bakıldığında 1 ile 6 arasında değişkenlik gösterdiği, ortalama kardeş sayısının 3 (3.03 ± 0.98) olduğu ve İstifleme tanısı alan ve almayan gruplar arasında kardeş sayısı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.83).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan grupta %50 (n=16) oranla ailede ilk çocuk, %15.6 (n=5) oranla ortanca çocuk, %34.4 (n=11) oranla ise son çocuk olduğu,

İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise %39.2 (n=112) oranla ailede ilk çocuk, %27.6 (n=79) oranla ortanca çocuk, %33.2 (n=95) oranla ise son çocuk olduğu ve kardeş sırası açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.29).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan grubun %59.4'ü (n=19) normal doğum, %40.6'sı (n=13) sezeryan doğum iken, İstifleme Bozukluğu tanı almayan grupta ise bu oranların sırayla %81.8 (n=234) normal doğum, %18.2 (n=52) sezeryan doğum olduğu görülmektedir. Doğum şekli açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve sezeryan doğum oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.00).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan grubun %15.6'sı (n=5) erken doğum, zor veya uzamış doğum, suni sancı ve makat geliş gibi doğumda tıbbi sorun yaşarken, İstifleme tanısı almayan grupta ise bu oran %4.2 (n=12) olarak saptanmıştır. Doğumda tıbbi sorun yaşama açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve doğumda tıbbi sorun yaşayanların oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.01).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan grubun %18.8'inde (n=6) sarılık, morarma, küvöz bakımı ve düşük doğum ağırlığı gibi doğumda çocuğun tıbbi sorun yaşadığı, İstifleme tanısı almayan grupta ise bu oran %3.1 (n=9) olarak saptanmıştır. Çocuğun doğumda tıbbi sorun yaşama açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve doğumda tıbbi sorun yaşayan çocukların oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.00).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki çocukların arkadaş ilişkileri %78.1 (n=25) iyi, %12.5 (n=4) orta, %9.4 (n=3) kötü olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise bu oranlar sırasıyla %90.2 (n=258) iyi, %9.1 (n=26) orta, %0.7 (n=2) oranla kötü olduğu saptanmıştır. Çocuğun arkadaş ilişkisi açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve İstifleme Bozukluğu olan çocuklarda kötü arkadaş ilişkilerinin anlamlı ölçüde daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0.00).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki çocukların okul başarısı %75.0 (n=24) iyi, %21.9 (n=7) orta, %3.1 (n=1) ile kötü olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise bu oranlar sırasıyla %70.6 (n=202) iyi, %25.2 (n=72) orta, %4.2

(n=12) oranla kötü olduğu saptanmıştır. Çocuğun okul başarısı açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.86).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki çocukların ebeveyn ilişkisi %75.0 (n=24) iyi, %21.9 (n=7) orta ve %3.1 (n=1) ile kötü olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise bu oranlar sırasıyla %87.4 (n=250) iyi, %11.5 (n=33) orta ve %1.0 (n=3) oranla kötü olduğu saptanmıştır. Çocuğun ebeveyn ilişkisi açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.09).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki çocukların %9.4'ünde (n=3) kalp rahatsızlıkları, işitme ile ilgili sorunlar ve nörolojik rahatsızlıklar gibi herhangi bir fiziksel rahatsızlık olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise %1.7'sinde (n=5) fiziksel bir rahatsızlık olduğu ve çocuğun fiziksel rahatsızlığı açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve İstifleme Bozukluğu grubunda daha fazla oranda fiziksel rahatsızlık görüldüğü saptanmıştır (p=0.03).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki çocukların %37.5'i (n=12) daha öncesinde çocuk psikiyatri başvurusu olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan gruptaki çocukların ise %9.1'inde (n=26) çocuk psikiyatri başvurusu olduğu ve çocuğun psikiyatrik başvuru açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve İstifleme Bozukluğu grubunda daha fazla oranda çocuk psikiyatri başvurusu olduğu saptanmıştır (p=0.00). İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki çocukların psikiyatrik başvuru yaşı ortalama 7 (7.58 ± 3.47) iken İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta psikiyatrik başvuru yaşı ortalamasının 9 (9.26 ± 2.67) olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısı alan çocukların daha erken yaşta psikiyatrik başvuruları olduğu fakat bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.11).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan çocukların %31.2'si (n=10) boşanma, hamilelik, ailenin çok fazla borca girmesi, yeni bir yere taşınma, ailenin gelirinin oldukça azalması, aile bireylerinde alkol ya da uyuşturucu problem yaşama, yakın bir aile dostunun ölümü, ebeveynlerden birinin işini kaybetmesi, ebeveynlerden birinin yasal problem yaşaması ve yakın aile üyesinin kaybı gibi stres faktörü yaşadığı, İstifleme

Bozukluğu tanısı almayan grupta ise %15.4'ü (n=44) stres faktörü yaşadığı ve stres faktörü açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve İstifleme Bozukluğu grubunda daha fazla oranda stres faktörü yaşandığı saptanmıştır (p=0.02). Çalışmadaki çocuklara ilişkin özetleyici bilgilere tablodan ulaşılabilir.

Tablo 4: Çocuklara İlişkin Demografik Bilgiler

Değişken	Grup	Tanı Alan Grup		Tanı Almayan Grup		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	8	25.0	125	43.7	133	41.8	0.04 ^c
	Kız	24	75.0	161	56.3	185	58.2	
Kaçınıcı Çocuk	1	16	50.0	122	39.2	128	40.3	0.83 ^a
	2	9	28.1	81	28.3	90	28.3	
	3	5	15.6	48	16.8	53	16.7	
	4	1	3.1	27	9.4	28	8.8	
	5	1	3.1	15	5.2	16	5.0	
	6	0	0.0	3	1.0	3	0.9	
Kardeş Sırası	İlk	16	50.0	112	39.2	128	40.3	0.29 ^c
	Orta	5	15.6	79	27.6	84	26.4	
	Son	11	34.4	95	33.2	106	33.3	
Doğum Şekli	Normal	19	59.4	234	81.8	253	79.6	0.00 ^c
	Sezeryan	13	40.6	52	18.2	65	20.4	
Doğumda Komplikasyon	Var	5	15.6	12	4.2	17	5.3	0.01 ^a
	Yok	27	84.4	274	95.8	301	94.7	
Doğumda Çocukta Komplikasyon	Var	6	18.8	9	3.1	15	4.7	0.00 ^a
	Yok	26	81.2	277	96.9	303	95.3	
Arkadaş İlişkisi	İyi	25	78.1	258	90.2	283	89.0	0.00 ^a
	Orta	4	12.5	26	9.1	30	9.4	
	Kötü	3	9.4	2	0.7	5	1.6	

Okul Başarısı	İyi	24	75.0	202	70.6	226	71.1	<i>0.86^c</i>
	Orta	7	21.9	72	25.2	79	24.8	
	Kötü	1	3.1	12	4.2	13	4.1	
Ebeveyn-Çocuk İlişkisi	İyi	24	75.0	250	87.4	274	86.2	<i>0.09^a</i>
	Orta	7	21.9	33	11.5	40	12.6	
	Kötü	1	3.1	3	1.0	4	1.3	
Fiziksel Hastalık	Var	3	9.4	5	1.7	8	2.5	<i>0.03^a</i>
	Yok	29	90.6	281	98.3	310	97.5	
Çocuk Psikiyatri Başvuru	Var	12	37.5	26	9.1	38	11.9	<i>0.00^a</i>
	Yok	20	62.5	260	90.9	280	88.1	
Stresli Yaşam Olayına Maruziyet	Var	10	31.2	44	15.4	54	17.0	<i>0.02^c</i>
	Yok	22	68.8	242	84.6	264	83.0	
Çocuk Psikiyatri Başvuru Yaşı			Ort. ± SS.		Ort. ± SS.		Ort. ± SS.	<i>0.11^b</i>
			7.58 ± 3.47		9.26 ± 2.67		8.73 ± 3.01	
Yaş			Ort. ± SS.		Ort. ± SS.		Ort. ± SS.	<i>0.06^b</i>
			12.65 ± 1.12		12.25 ± 1.35		12.29 ± 1.33	

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test d. Mann Whitney U

4.1.4. Ailelere İlişkin Demografik Bilgiler

Çalışmaya katılan çocukların ve ebeveynlerin ailelerine ilişkin bilgiler Tablo 5'de verilmiş olup, bilgiler şu şekildedir:

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki çocukların aile tiplerinin %81.2'si (n=26) çekirdek aile, %6.2'si (n=2) geniş aile ve %12.5'i (n=4) parçalanmış aile iken İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta %89.2'si (n=255) çekirdek aile, %9.1'i (n=26) geniş aile ve %1.7'si (n=5) parçalanmış aile olduğu ve aile tipi açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısı olan çocuklarda parçalanmış ailelerden gelme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0.01).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki çocukların ailelerin %18.8'i (n=6) aile içinde sorun yaşadığı, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise %8.0'inin (n=23) sorun yaşadığı ve aile içinde sorun yaşama açısından İstifleme Bozukluğu

tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (p=0.05).

Ayrıca çalışmadaki ailelerin %84.3'ü (n=268) planlı gebelik yaparken %15.7'si (n=50) planlanmamış şekilde gebelik yaptığı ve gebeliğin planlı veya plansız olması açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.29).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki çocukların ailelerin %28.1'inde (n=9) ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise %4.5'inde (n=13) ailede psikiyatrik rahatsızlık olduğu ve ailede psikiyatrik rahatsızlık açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve ailede psikiyatrik rahatsızlık oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.01).

TUİK verilerine göre hazırlanan aile gelir değişkenlerine göre ailelerin %33.6'sının (n=107) geliri 2000TL ve altı, %51.6'sının (n=164) 2000-5000TL aralığında olduğu ve ailenin geliri açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (p=0.05).

Çalışmadaki ailelerinin aynı evde yaşayan birey sayısına bakıldığında 2 ile 9 arasında değişkenlik gösterdiği, İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki ortalama aynı evde yaşayan birey sayısının 4 (4.62 ± 1.23) olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise ortalama aynı evde yaşayan birey sayısının 5 (5.07 ± 1.11) olduğu ve aynı evde yaşayan birey sayısı açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve aynı evde yaşayan birey sayısının İstifleme Bozukluğu grubunda daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0.03). Ailelere ilişkin bilgiler Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5: Ailelere İlişkin Demografik Bilgiler

Değişken	Grup	Tanı Alan Grup		Tanı Almayan Grup		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Aile Tipi	Çekirdek	26	81.2	255	89.2	281	88.4	0.01^a
	Geniş	2	6.2	26	9.1	28	8.8	
	Parçalanmış	4	12.5	5	1.7	9	2.8	

Aile İçi Sorun	Var	6	18.8	23	8.0	29	9.1	<i>0.05^a</i>
	Yok	26	81.2	263	92.0	289	90.9	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	9	28.1	13	4.5	22	6.9	<i>0.01^a</i>
	Yok	23	71.9	273	95.5	296	93.1	
Gebelik Planlı	Planlı	29	90.6	239	83.6	268	84.3	<i>0.29^c</i>
	Plansız	3	9.4	47	16.4	50	15.7	
Gebelik İstenme Durumu	İstenen	32	100.0	283	99.0	315	99.1	<i>1.00^a</i>
	İstenmeyen	0	0.0	3	1.0	3	0.9	
Ailenin Geliri	Düzenli Geliri Yok	3	9.4	5	1.7	8	2.5	<i>0.05^a</i>
	2000 TL ve Altı	12	37.5	95	33.2	107	33.6	
	2000-5000 TL	12	37.5	152	53.1	164	51.6	
	5000 TL Üstü	5	15.6	34	11.9	39	12.3	
		Ort. ± SS.		Ort. ± SS.		Ort. ± SS.		
Aynı Evde Yaşayan Birey Sayısı			4.62 ± 1.23	5.07 ± 1.11	5.03 ± 1.13			<i>0.03^b</i>

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test d. Mann Whitney U

4.2. Psikiyatrik Komorbidite

Çalışmaya katılan tüm çocuk ve ailelerine mevcut eksen I psikiyatrik tanıları değerlendirmek amacıyla görüşmeci tarafından yapılandırılmış bir görüşme paketi olan DAWBA uygulanmıştır. İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan grupların psikiyatrik eş tanıları bu bölümde anlatılmıştır.

4.2.1. İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Gruplardaki Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması

İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar psikiyatrik rahatsızlık eş tanı açısından değerlendirildiğinde; İstifleme Bozukluğu tanısı alan grubun %56.2'sinde (n=18) psikiyatrik rahatsızlık tanısı aldığı ve %9.4'ünde (n=3) eşik altı psikiyatrik bulguların olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise %14.3'ünde (n=41) psikiyatrik rahatsızlık tanısı aldığı ve %5.9'ünde (n=17) eşik altı psikiyatrik

bulguların olduğu ve komorbid psikiyatrik rahatsızlık açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve komorbid psikiyatrik rahatsızlık oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.00).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu eş tanı açısından değerlendirildiğinde; İstifleme Bozukluğu grubunun %6.2'sinde (n=2) Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu tanısı aldığı ve eşik altı psikiyatrik bulgunun olmadığı, İstifleme Bozukluğu olmayan grupta ise %0.7'sinde (n=2) Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu tanısı aldığı ve %0.7'sinde (n=2) eşik altı bulguların olduğu ve komorbid Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.06).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar Özgül Fobi eş tanı açısından değerlendirildiğinde; İstifleme Bozukluğu grubunun %25'inde (n=8) Özgül Fobi tanısı aldığı ve %6.2'sinde (n=2) eşik altı bulguların olduğu, İstifleme Bozukluğu olmayan grupta ise %2.8'inde (n=8) Özgül Fobi tanısı aldığı ve %1.4'ünde (n=4) eşik altı bulguların olduğu ve komorbid Özgül Fobi açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve komorbid Özgül Fobi oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.00).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar Sosyal Fobi eş tanı açısından değerlendirildiğinde; İstifleme grubunun %21.9'unda (n=7) Sosyal Fobi tanısı aldığı ve %3.1'inde (n=1) eşik altı bulguların olduğu, İstifleme olmayan grupta ise %2.1'inde (n=6) Sosyal Fobi tanısı aldığı ve %2.1'inde (n=6) eşik altı bulguların olduğu ve komorbid Sosyal Fobi açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve komorbid Sosyal Fobi oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.00).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) eş tanı açısından değerlendirildiğinde; İstifleme grubunun %3.1'inde (n=1) OKB tanısı aldığı ve eşik altı psikiyatrik bulgunun olmadığı, İstifleme olmayan grupta ise %0.7'sinde (n=2) OKB tanısı aldığı ve %0.7'sinde (n=2) eşik altı bulguların olduğu ve komorbid OKB açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.41).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) eş tanı açısından değerlendirildiğinde; İstifleme grubunun %3.1'inde (n=1) YAB tanısı aldığı ve eşik altı psikiyatrik bulgunun olmadığı, İstifleme olmayan grupta ise %0.3'ünde (n=1) YAB tanısı aldığı ve %0.3'ünde (n=1) YAB eşik altı bulguların olduğu ve komorbid YAB açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.27).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) eş tanı açısından değerlendirildiğinde; İstifleme grubunun %18.8'inde (n=6) DEHB tanısı aldığı ve %12.5'inde (n=4) eşik altı bulguların olduğu, İstifleme olmayan grupta ise %9.1'inde (n=26) DEHB tanısı aldığı ve %4.2'sinde (n=12) eşik altı bulguların olduğu ve komorbid DEHB açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve komorbid DEHB oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.01). İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) alt görünümleri açısından değerlendirildiğinde; DEHB-Kombine Tip ve DEHB-Hiperaktivite/Dürtüsellik alt tipleri ile arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı (p>0.05), DEHB-Dikkatsizlik alt tipi açısından ise İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve DEHB-Dikkatsizlik alt tip oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.02).

İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) eş tanı açısından değerlendirildiğinde; İstifleme grubunun %9.4'ünde (n=3) KOKGB tanısı aldığı ve eşik altı bulguların olmadığı, İstifleme olmayan grupta ise %1.4'ünde (n=4) KOKGB tanısı aldığı ve %1.0'ünde (n=3) eşik altı bulguların olduğu ve komorbid KOKGB açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.05).

Diğer psikiyatrik rahatsızlıklardan; panik bozukluk, agorafobi, TSSB, Depresif bozukluk, Bipolar Afektik Bozukluk, Psikotik Bozukluk, Selektif Mutizm, Bağlanma Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, OSB, Yeme Bozukluğu her iki grupta saptanmazken Tik Bozukluğu sadece İstifleme olmayan grupta bir tane eşik altı düzeyde saptanmıştır. Psikiyatrik komorbidite Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Psikiyatrik Tanılarının Karşılaştırılması

Psikiyatrik Komorbidite	Tanı Alan Grup			Tanı Almayan Grup			Toplam			p
	n (%)			n (%)			n (%)			
	Var	Eşikaltı	Yok	Var	Eşikaltı	Yok	Var	Eşikaltı	Yok	
Komorbid Psikiyatrik Rahatsızlık	18 (56.2)	3 (9.4)	11 (34.4)	41 (14.3)	17 (5.9)	228 (79.7)	59 (18.6)	20 (6.3)	239 (75.2)	0.00^c
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	2 (6.2)	0 (0.0)	30 (93.8)	2 (0.7)	2 (0.7)	282 (98.6)	4 (1.3)	2 (0.6)	282 (98.6)	0.06^a
Özgül Fobi	8 (25.0)	2 (6.2)	22 (68.8)	8 (2.8)	4 (1.4)	274 (95.8)	16 (5.0)	6 (1.9)	296 (93.1)	0.00^a
Sosyal Fobi	7 (21.9)	1 (3.1)	24 (75.0)	6 (2.1)	6 (2.1)	274 (95.8)	13 (4.1)	7 (2.2)	298 (93.7)	0.00^a
Obsesif Kompulsik Bozukluk	1 (3.1)	0 (0.0)	31 (96.9)	2 (0.7)	2 (0.7)	282 (98.6)	3 (0.9)	2 (0.6)	313 (98.4)	0.41^a
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1 (3.1)	0 (0.0)	31 (96.9)	1 (0.3)	1 (0.3)	284 (99.3)	2 (0.6)	1 (0.3)	315 (99.1)	0.27^a
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	6 (18.8)	4 (12.5)	22 (68.8)	26 (9.1)	12 (4.2)	248 (86.7)	32 (10.1)	16 (5.0)	270 (84.9)	0.01^a
DEHB-Combine Alt Tip	3 (9.4)	1 (3.1)	28 (87.5)	8 (2.8)	12 (4.2)	266 (93.0)	11 (3.5)	13 (4.1)	294 (92.5)	0.13^a
DEHB-Dikkatsizlik Alt Tip	3 (9.4)	3 (9.4)	26 (81.2)	15 (5.2)	6 (2.1)	265 (92.7)	18 (5.7)	9 (2.8)	291 (91.5)	0.02^a
DEHB-Hiperaktivite-Dürtüsellik Alt Tip	0 (0.0)	0 (0.0)	32 (100)	3 (1.0)	2 (0.7)	281 (98.3)	3 (0.9)	2 (0.6)	313 (98.4)	1.00^a
Karşı Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB)	3 (9.4)	0 (0.0)	29 (90.6)	4 (1.4)	3 (1.0)	279 (97.6)	7 (2.2)	3 (0.9)	308 (96.9)	0.05^a
Tik Bozukluğu	0 (0.0)	0 (0.0)	32 (100)	0 (0.0)	1 (0.3)	285 (99.7)	0 (0.0)	1 (0.3)	317 (99.7)	1.00^a

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test d. Mann Whitney U

4.3. İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Güçler Güçlükler Anketi Skorlarının Karşılaştırılması

Güçler Güçlükler Anketinin skorları karşılaştırıldığında; akran sorunları ve sosyal davranışlar skorları açısından İstifleme olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$); duygusal sorunlar, davranışsal sorunlar, dikkat eksikliği hiperaktivite belirtileri, etki değeri ve toplam güçlük açısından İstifleme olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.00$). GGA skorları tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Güçler Güçlükler Anketi Skorlarının Karşılaştırılması

GGA Puanları (anne-baba)	Tanı Alan Grup Ortalama \pm SS.	Tanı Almayan Grup Ortalama \pm SS.	Toplam Ortalama \pm SS.	p
Duygusal Sorunlar	2.28 \pm 2.05	0.67 \pm 1.25	0.83 \pm 1.43	0.00^d
Davranışsal Sorunlar	2.09 \pm 1.51	1.22 \pm 1.77	1.31 \pm 1.76	0.00^d
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	4.28 \pm 3.39	2.57 \pm 3.04	2.74 \pm 3.11	0.00^b
Akran Sorunları	1.15 \pm 1.39	0.84 \pm 1.08	0.87 \pm 1.11	0.13^b
Sosyal Davranışlar	7.81 \pm 2.26	8.24 \pm 2.07	8.20 \pm 2.09	0.26^b
Etki Değeri	1.53 \pm 1.95	0.41 \pm 1.03	0.52 \pm 1.20	0.00^d
Toplam Güçlük Puanı	9.81 \pm 5.72	5.31 \pm 5.42	5.77 \pm 5.61	0.00^b

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test d. Mann Whitney U

4.4. İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki ortalama CGI skoru 4 (4.03 ± 0.89), İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise ortalama CGI skoru 1 (1.73 ± 1.06) olarak saptanmıştır. İstifleme tanısı alan ve almayan gruplar arasında CGI skoru açısından anlamlı farklılık olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki olguların CGI skorlarının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0.00$). CGI skorları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

İSTİFLEME BOZUKLUĞU	Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)	p
VAR	4.03 ± 0.89	0.00^b
YOK	1.73 ± 1.06	

a. Fisher’s Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test d. Mann Whitney U

4.5. İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Çocuk Biriktirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki ortalama CSI skoru 58, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise ortalama CSI skoru 46 olarak saptanmıştır. İstifleme tanısı alan ve almayan gruplar arasında CSI skoru açısından anlamlı farklılık olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki olguların CSI skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.00$). CSI skorları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: İstifleme Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Grupların Çocuk Biriktirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

İSTİFLEME BOZUKLUĞU	Çocuk Biriktirme Ölçeği (CSI)			p
	Min.	Max.	Ort.	
VAR	46	79	58	0.00^d
YOK	40	63	46	

a. Fisher’s Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test d. Mann Whitney U

5.TARTIŞMA

İstifleme Bozukluğu; toplumda tahmin edilenden daha sık bulunan, bireyin olduğu kadar aile ve yakın çevresinin de yaşam kalitesini azaltan, diğer psikiyatrik rahatsızlıklar ile yüksek eş tanı gösterebilen, kronik bir seyir gösteren bir klinik bozukluktur. Literatürde, İstifleme Bozukluğu sıklığı ile ilgili bilimsel çalışmalar kısıtlıdır. Araştırmamız; yeterli sayıda ve iyi belirlenmiş okul örneklemiyle, iki aşamalı değerlendirme yapılarak, DSM-V tanı ölçütleri kullanılarak, birebir yüz yüze çocuk ve ebeveynle yapılandırılmış tanı görüşmesi yapılan (DAWBA), epidemiyolojik çalışmalar için önerilen ölçütlerin çoğunu karşılayan ve İstifleme Bozukluğunun çocukluk döneminde toplumdaki sıklığını, risk faktörlerini ve eşlik eden psikiyatrik eş tanıları araştıran nadir çalışmalardan birisi ve Türkiye'deki ilk çalışmadır.

İstifleme Bozukluğunun sıklığı, olası risk etmenleri ve eşlik eden psikiyatrik eş tanıların araştırıldığı çalışmamızda; İstifleme Davranışı %10.1 (n=329) ve İstifleme Bozukluğu sıklığı %0.98 (n=32) olarak saptanmıştır. İstifleme yüzyılı aşkın süredir tanımlanmaktadır. İstiflemenin gelişimsel bir süreç olduğu, özellikle küçük çocukların eşyaları toplama ve saklama eğiliminde olduğu bilinmektedir. Kompulsif İstiflemenin ise; Nörogelişimsel Bozukluklarda olduğu gibi prefrontal korteksi ilgilendiren bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (17). İstifleme davranışı olan ve olmayan OKB tanılı olgulara uyaran verilerek fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çekimi yapılmış ve istiflemesi olan OKB olgularında istifleme davranışı olmayan OKB olgularına kıyasla ventromedial prefrontal korteks aktivitesinde daha fazla artış bildirilmiştir (33). Beyin görüntüleme çalışma sonuçlarından elde edilen bilgiler birlikte değerlendirildiğinde İstifleme Bozukluğu ile OKB arasında nöral mekanizmalar açısından farklılıklar olduğundan dolayı bu iki rahatsızlığın ayrı iki farklı bozukluk olduğu düşünülmektedir. İstiflemenin sosyal ve ekonomik yükü, kronik seyri, yaşla beraber artış göstermesi ve işlevselliğin bozulması gibi faktörlerden dolayı ayrı bir ruhsal bozukluk olduğunu desteklemektedir (86, 87). Ayrıca, İstifleme Bozukluğu tanı kriterlerinin deneysel olarak test edildiği ve hem klinisyenler hem de hastalar tarafından geçerli, güvenilir ve kabul edilebilir olduğu saptanmıştır (88). Bu bağlamda, yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, nöropsikolojik testler ve klinik seyir göz önüne alındığında Kompulsif

İstifleme olarak tanımlanan klinik tablonun ayrı bir ruhsal bozukluk olarak ele alınmasını gerektirecek kadar önemli olduğu; OKB'ye benzer ancak ondan farklı bir klinik tablo olarak kategorize edilmesinin uygun olacağı genel kanaatine varılmış ve DSM-5 ile birlikte İstifleme Bozukluğu OKB ve ilişkili bozukluklar başlığı altında ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (18). Çalışmamızın sonuçları göz önüne alındığında, İstifleme Bozukluğunun çocuk ve ergenlik döneminde en az OKB kadar yaygın olduğunun saptanması, OKB ile komorbiditesinin az olması, DEHB gibi Nörogelişimsel Bozukluklarla komorbiditesinin daha fazla olması ve biyolojik risk faktörlerinin saptanması nedeniyle bilimsel yayın ile uyumlu bir şekilde İstifleme Bozukluğunun ayrı bir tanı kategorisi olduğu ve çalışmamızın DSM-5'i destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Erişkin popülasyonda yapılan çalışmalarda İstifleme Bozukluğu sıklığının %2-6 olduğu tahmin edilmektedir. Samuels ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada İstifleme davranışı sıklığının %4-5.3 olduğu belirtilmiştir (5). Iervolino ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada Kompulsif İstifleme sıklığını %2.3 olarak bildirilmiştir (3). Timpano ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada İstifleme Bozukluğu sıklığının %5.8 olduğu bildirilmiştir (4). Nordsletten ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada İstifleme davranışı sıklığının %12 ve İstifleme Bozukluğu sıklığının ise %1.5 olduğu bildirilmiştir (89). Ayers ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada İstifleme Bozukluğu sıklığının %2.12 olduğu belirtilmiştir (90, 91).

Çocuk ve ergenlik döneminde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Ivanov ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, 15 yaşında 3974 ikiz ergen çalışmaya dahil edilmiş ve klinik olarak belirgin İstifleme semptom sıklığı %2-3.7 olarak bildirilmiştir (9). Alvarenga ve ark. (2015) Obsesif Kompulsif semptom boyutlarını araştırdıkları çalışmada, 6-12 yaş 9937 okul çağı çocukları ve bu çocukların 13-18 yaş 3305 kardeşleri çalışmaya dahil edilmiş ve biriktirme/istifleme boyut sıklığının 6-12 yaş arası çocuklarda %9.27 ve bu çocukların 13-18 yaş arası kardeşlerinde ise bu oranın %9.68 olduğu bildirilmiştir (92). Burton ve ark. (2016) ölçek yardımıyla İstifleme ve Obsesif Kompulsif semptom sıklığını araştırdıkları çalışmada, 6-17 yaş arası 16718 genç çalışmaya dahil edilmiş ve yüksek İstifleme grubu yaklaşık %10 olarak belirtilmiştir (93).

Belirtilen çalışmalarla karşılaştırıldığında, çalışmamızda bulunan istifleme davranışı sıklığı özellikle çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalara paralel ve literatür ile uyumlu gözükmektedir. Fakat İstifleme Bozukluğu sıklığının araştırıldığı çalışmalara kıyasla çalışmamızda literatürde belirtilen sıklık oranlarından daha az sıklıkta İstifleme Bozukluğu saptandığı görülmektedir. Bu farkın olası sebepleri olarak mevcut verilerin erişkin dönemde yapılan çalışmalardan geliyor olması ve çalışmamızda kullanılan tanı eşiği gösterilebilir. Bilimsel yazında İstifleme Bozukluğu sıklığının yaş ile arttığı belirtilmekle birlikte çocuk ve ergenlik döneminde bozukluk sıklığına bakan çalışmaların azlığı nedeniyle kıyaslama yapmak güçtür. Bu farkın anlaşılmasında OKB çalışmalarının verileri yol gösterici olmakta ve yapılan çalışmada; OKB sıklığının erişkinlerde çocuk ve ergenlik döneminden daha fazla olduğu ve bu farkın sebebinin ise çocuk ve ergenlerin küçük düşme endişesiyle OKB belirtilerini saklama eğiliminde oldukları ve klinikte depresyon veya anksiyete bozukluğu tanıları aldıkları belirtilmiştir (94). Bu çalışmada olduğu gibi, erişkinlere kıyasla çocuk ve ergenlik döneminde istifleme davranışı sıklık oranının daha düşük olmasının sebepleri arasında istifleme olgularının da semptomlarını gizleme eğiliminde olması, bu durumun olguları rahatsız etmemesi ve ebeveynlerin eşya biriktirmesine fırsat vermeyerek müdahale etmesi gibi durumlardan dolayı olabileceği akla gelmektedir. Çalışmamızda; DSM tanı ölçütlerine olan katı bağlılık, işlevsellikte bozulma kriterinin esas alınması ve İstifleme davranışı olan fakat İstifleme Bozukluğu tanı kriterlerinin hepsini karşılamayan 5 olgudan oluşan grup için “eşik altı” olarak ayrı bir kategori oluşturulması prevelans değerlerini direk etkileyen etmenler arasındadır. Literatür incelendiğinde, psikiyatrik rahatsızlık sıklık oranlarının farklılık gösterdiği ve bu farklılıkların epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan metodolojik farklılıklardan kaynaklandığı görülmektedir. Epidemiyolojik çalışmalardaki sıklık farklılıklarının; kullanılan yöntemin tek veya iki aşamalı epidemiyolojik çalışma şeklinde planlanması, yaş aralıklarının farklı olması, klinik örneklem veya okul örnekleme gibi toplum bazlı çalışmalarda olduğu gibi örneklem karakterinin farklı olması, yapılandırılmış yarı yapılandırılmış veya klinik görüşme gibi tanılama yollarının farklı olması, klinisyenlerin tanılama esnasındaki motivasyonu, tanı konulurken bilgi alınan kaynakların farklı olması ve farklı ortamlarda semptomların varlığı veya

işlevsellikte bozulma ölçütünün dikkate alınıp alınmaması, tanı kriterlerini tam karşılamayan fakat eşik altı semptomu olanların “olgu” olarak sınıflandırılması gibi nedenlerden dolayı olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (95, 96)

Çalışmaya katılan annelerin sosyodemografik verileri incelendiğinde; yaş, eğitim, meslek gibi tanımlayıcı veriler açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Psikiyatrik hastalık, fiziksel hastalık ve hamilelik süresinde psikiyatrik bir sorun yaşama açısından iki grup arasında anlamlı farklılık olduğu ve İstifleme Bozukluğu tanısı alan gruptaki çocukların annelerinde daha fazla oranda psikiyatrik hastalık, fiziksel hastalık ve hamilelik sürecinde psikiyatrik bir sorun yaşadıkları saptanmıştır. İstifleme Bozukluğu ile annenin psikiyatrik rahatsızlığı, fiziksel rahatsızlığı ve hamilelik sürecinde psikiyatrik bir sorun yaşama arasında ilişkiyi doğrudan araştıran çalışmalar literatürde henüz bulunmamakla birlikte erişkinlerde yapılan bir çalışmada, istifleme davranışı olan bireylerin olmayanlara kıyasla çocukluk çağında ebeveynlerinde daha fazla psikiyatrik hastalığı olduğu bildirilmiştir (5). Fakat literatürde psikiyatrik rahatsızlıklar ile ailesel faktörleri araştıran birçok çalışma mevcut olup ailesel faktörler ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasında ilişki bulunduğu bildirilmiştir (97-99). DEHB tanılı çocukların kontrol grubuna göre, özellikle annede olmak üzere ebeveynlerde psikiyatrik rahatsızlık varlığının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (100). Hamilelik sürecinde, doğum sırasında veya doğum sonrasında annelerin fiziksel ve/veya psikiyatrik bir sorun yaşaması çocukta ileride psikiyatrik rahatsızlık gelişimine katkısı olabileceği ileri sürülmektedir (101, 102). Annenin hamilelik sürecinde yaşadığı stres ile çocuktaki psikiyatrik rahatsızlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, DEHB’si olan çocukların annelerinin hamilelik sırasında daha çok stresöre maruz kaldığı bildirilmiştir (103). Futh ve ark. (2012) OKB tanılı çocuk ve ergenlerdeki aile özelliklerini araştırdıkları çalışmada, annelerin babalara kıyasla belirgin bir şekilde anksiyete ve stres bildirdikleri gösterilmiştir (104). Keuthen ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, trikotillomani tanılı ergenlerin aile işlevselliği değerlendirilmiş ve trikotillomani tanılı ergenlerin annelerinin kontrol grubuna göre hem anksiyete ve hem de depresyonun daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (105). Biz de çalışmamızda hem Nörogelişimsel Bozukluklar hem de OKB ve ilişkili bozukluklarda olduğu gibi annenin psikiyatrik hastalık, fiziksel

hastalık ve hamilelik sürecinde psikiyatrik sorun yaşama ile İstifleme Bozukluğu arasında ilişki saptadık.

Çalışmaya katılan çocukların sosyodemografik verileri incelendiğinde; yaş, kardeş sırası, okul başarısı, ebeveyn-çocuk ilişkisi, psikiyatrik başvuru yaşı arasında İstifleme tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık yokken; cinsiyet, doğum şekli, doğumda komplikasyon, doğumda çocukta tıbbi sorun yaşama, arkadaş ilişkisi, fiziksel hastalık, psikiyatrik başvuru, stres faktörü açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

İstifleme tanısı alan gruptaki çocukların yaşları ortalaması 12 (12.65 ± 1.12) olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde İstifleme Bozukluğunun başlangıç yaşı genelde erişkin dönemden retrospektif şekilde yapılan çalışmalara dayanmaktadır. Erişkin dönemden geçmişe yönelik alınan bilgilere dayanarak başlangıç yaşının 11-15 yaş olduğu ileri sürülmektedir. Grisham ve ark. (2006) 51 erişkin Kompulsif İstifleme hastalarındaki semptomların başlangıç yaşını araştırdıkları çalışmada; hafif düzeyde istifleme semptomların ortalama başlangıç yaşının 13.39 olduğu ve semptomların yaş ilerledikçe şiddetlendiği belirtilmiştir (8). Ayers ve ark. (2010) 18 erişkin Kompulsif İstifleme hastasındaki semptomların başlangıç yaşını araştırdıkları çalışmada; 8 olgunun semptomlarının 10 yaşında önce başladığı, 7 olgunun semptomlarının 11-20 yaşları arasında başladığı ve 3 olgunun semptomlarının 20'li yaşlarda başladığını bildirilmiştir (106). Dozier ve ark. (2016) 82 erişkin İstifleme Bozukluğu tanısı alan olgularda yaptıkları çalışmada, istifleme belirtilerinin 10-20 yaşlar arasında başladığını fakat tanının ilerleyen yaşlarda koyulduğunu bildirmişlerdir (107). İstifleme davranışı olan OKB hastalarında istifleme belirtilerinin ortalama başlangıç yaşı (ortalama 10-12 yaş), istifleme belirtisi olmayan OKB hastalarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bildirilmiştir (26). Samuels ve ark. (2014) OKB tanılı 6-17 yaş arasındaki 641 çocuk ve ergendeki istifleme davranışını araştırdıkları çalışmada, çocuk ve ergenlerin 163'ünde (%25) İstifleme kompulsiyonu olduğu ve bu grubun ortalama yaşının 13.1 olduğu bildirilmiştir (108). Çalışmamızda, İstifleme Bozukluğu tanısı alan grubun ortalama yaş açısından bilimsel yayın ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Bu sonuç retrospektif ve hafızaya dayalı çalışmalardan gelen verilere oranla daha güvenli bir biçimde bozukluğun yaşamın ikinci dekadında başlangıç gösterebildiğini gösteren önemli bir veridir.

Çalışmadaki çocukların cinsiyet dağılımları değerlendirildiğinde; İstifleme Bozukluğu tanısı konulan olguların %75'i (n=24) kızken %25'i (n=8) erkek olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda, İstifleme Bozukluğunda cinsiyet açısından farklılık göze çarpmaktadır. Erişkin dönemde yapılan çalışmaların çoğunda kadın ve erkek cinsiyet açısından farklılıktan söz edilmezken erkeklerin kadınlardan daha sık istifleme davranışı gösterdiğini bildiren çalışmalar da mevcuttur. Samuels ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada İstifleme davranışı sıklığının erkeklerde kızlardan daha fazla olduğu bildirilmiştir (5). Iervolino ve ark.(2009) yaptıkları ikiz çalışmasında erkeklerin kızlardan daha yaygın bir şekilde Kompulsif İstifleme davranışı sergilediği belirtilmiştir (3). Timpano ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada İstifleme Bozukluğu sıklığının erkekler ve kadınlar arasında fark olmadığı gösterilmiştir (4). Nordsletten ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada İstifleme Bozukluğu sıklığının kadın ve erkek cinsiyette benzer sıklıkta olduğu bildirilmiştir (89). Ayers ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada İstifleme Bozukluğu sıklığının kadın ve erkek cinsiyette fark olmadığını belirtmişlerdir (90). Çocuk ve ergenlik döneminde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Ivanov ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, İstiflemesi olan ergenlerin %72.2'sinin kız oldukları ve kızlarda belirgin şekilde istifleme semptom sıklığının erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmiştir (9). Samuels ve ark. (2014) OKB tanılı 6-17 yaş arasındaki 641 çocuk ve ergendeki istifleme davranışını araştırdıkları çalışmada, istifleme kompulsiyonu gösteren çocuk ve ergenlerin daha büyük oranda kız olduğu vurgulanmıştır (108). Mataix-Cols ve ark. (2008) pediatrik OKB hastalarındaki semptomların yapısını değerlendirdikleri çalışmada, istifleme boyutunun kızlarda erkeklerden daha fazla olduğu belirtilmiştir (22). Alvarenga ve ark. (2015) Obsesif Kompulsif semptom boyutlarını araştırdıkları çalışmada, biriktirme/istifleme boyutunun erkek cinsiyetle ilişkili olduğu belirtilmiştir (92). Burton ve ark. (2016) ölçek yardımıyla İstifleme ve Obsesif Kompulsif semptom sıklığını araştırdıkları çalışmada, istiflemesi olan çocuklarda kızların erkeklerden daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (93). Çalışmamızda, İstifleme Bozukluğunun kızlarda erkeklerden 3 kat fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar da erişkin dönemde yapılan çalışmaların pek çoğuyla uyumsuz ancak çocuk-ergenlik dönemi ile ilgili çalışmalara uyumlu gibi gözükmektedir. Diğer taraftan, OKB ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; ergenlik öncesinde OKB sıklığının

erkek çocuklarında daha fazla olduğu ergenlik döneminde kız ve erkeklerde sıklığın eşitlendiği ve ergenlik sonrasında ise kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (109, 110). İstifleme Bozukluğu ile ilgili çalışmalarda ise, istifleme davranışının çocuk ve ergenlik döneminde kızlarda, erişkin dönemde ise kadın ve erkeklerde eşit görüldüğü veya kadınlarda nispeten daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (3, 4, 9). OKB ve İstifleme Bozukluğu ile ilgili yukarıda belirtilen çalışmalardan yola çıkarak, bu iki rahatsızlığın cinsiyet açısından klinik gidişin birbirinden tamamen farklı olduğu görülmektedir.

Çalışmadaki çocukların doğum şekli, doğumda komplikasyon ve doğumda çocukta tıbbi sorun yaşama açısından değerlendirildiğinde, İstifleme Bozukluğu tanısı alan grupta daha fazla oranda sezaryen doğum, doğumda komplikasyon ve doğumda çocukta tıbbi sorun yaşama olduğu görülmektedir. İstifleme Bozukluğu ile doğum şekli ve tıbbi sorun arasındaki ilişkiyi araştıran direk çalışma bulunmasa da diğer psikiyatrik hastalıklar ve nörogelişimsel bozukluklar ile sezaryen doğum ve tıbbi sorun arasında ilişkiyi gösteren çalışmalar mevcuttur. Bandla ve ark. (2017) Özgül Öğrenme Güçlüğü risk faktörleri ve komorbiditesini araştırdıkları çalışmada, Özgül Öğrenme Güçlüğüne en sık DEHB eşlik ettiği ve prematürite, sezaryen doğum, konuşma gecikmesi ve psikiyatrik açıdan aile öyküsü ile Özgül Öğrenme Güçlüğü arasında belirgin ilişki oldu bildirilmiştir (111). Chen ve ark. (2017) sezaryen doğum ile nörogelişimsel hastalıkların ilişkisini araştırdıkları çalışmada, sezaryen ile doğan çocuklarda belirgin bir şekilde nörogelişimsel bozukluk riskinin artmış olduğu gösterilmiştir (112). Meguid ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada sezaryen doğum ve yenidoğan sarılığının OSB açısından en yaygın risk faktörleri olduğu bildirilmiştir (113). Rutayisire ve ark. (2018) Güçler Güçlükler Anketi kullanılarak sezaryen ile doğan çocukların duygusal ve davranışsal problemlerini değerlendirdikleri çalışmada, toplam güçlük skoru ile sezaryen arasında belirgin bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (114). Brander ve ark. (2016) OKB ile perinatal risk faktörlerinin ilişkisini araştırdıkları çalışmada; sezaryen doğum, erken doğum ve düşük doğum ağırlığının OKB açısından yüksek risk taşıdığı belirtilmiştir (115). Curran ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada DEHB ile sezaryen doğum arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (116). Biz de çalışmamızda diğer psikiyatrik hastalıklar ve Nörogelişimsel Bozukluklarda olduğu gibi sezaryen, doğumda komplikasyon ve

doğumda çocukta tıbbi sorun yaşama ile İstifleme Bozukluğu arasında ilişki saptadık.

Çalışmadaki çocukların stresli yaşam olaylarına maruziyeti açısından değerlendirildiğinde; İstifleme Bozukluğu tanısı alan grupta daha fazla oranda boşanma, hamilelik, ailenin çok fazla borca girmesi, yeni bir yere taşınma, ailenin gelirinin oldukça azalması, aile bireylerinde alkol ya da uyuşturucu problem yaşama, yakın bir aile dostunun ölümü, ebeveynlerden birinin işini kaybetmesi, ebeveynlerden birinin yasal problem yaşaması ve yakın aile üyesinin kaybı gibi stres faktörü yaşadıkları saptanmıştır. Literatürde incelendiğinde, travmatik ve stresli yaşam olaylarının, istifleme davranışının başlamasında bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. İstifleme davranışı olmayanlara kıyasla istifleme davranışı olan hastalarda çok çeşitli ve daha yaygın travmatik ve stresli yaşam öyküsü bulunduğu; travma ve stresin istifleme davranışının hem başlamasında hem de şiddetlenmesinde önemli rol oynadığı ve saldırıya maruz kalma, değer verilen birisinin kaybı, çocukluk çağı ihmali, fiziksel ve cinsel travmalar gibi travma çeşitlerinin istifleme davranışı ile ilişkisinin daha güçlü olduğu bildirilmiştir (52). Birçok çalışma, travma ve stresli yaşam olayları deneyimlemenin İstifleme Bozukluğu gelişiminde kritik bir rol oynayabileceği ve istifleme semptomlarının başlaması ve şiddetlenmesiyle bağlantılı olabileceğini ileri sürmektedir (21, 117-119). Chou ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada, istifleme davranışın erken başlaması ve yüksek oranda travma ve stres maruziyetinin eşyalara duygusal bağlanmanın önemli bir öngörücü olduğu vurgulanmıştır (120). Biz de çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak İstifleme Bozukluğu ile stresli yaşam olayları arasında ilişki saptadık.

Çalışmadaki çocukların fiziksel hastalık açısından değerlendirildiğinde; İstifleme Bozukluğu tanısı alan grupta daha fazla oranda fiziksel hastalık olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, çocuktaki fiziksel hastalık ile İstifleme Bozukluğu arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran çalışma bulunmamakla birlikte erişkinlerde yapılan bir çalışmada, istifleme davranışı olmayan bireylere kıyasla istifleme davranışı olan bireylerde daha sık kronik fiziksel hastalık oranı bildirilmiştir (121). Erişkin dönemde yapılan başka bir çalışmada ise, İstifleme Bozukluğu tanısı alan olguların %52.6'sında fiziksel hastalık olduğu belirtilmiştir (89). Yapılan çalışmalar, kronik hastalığı olan çocuklarda kronik hastalığı olmayan çocuklara kıyasla daha

fazla davranışsal ve duygusal sorunlar gözlemlendiğini ortaya koymaktadır (122). Çocukluk dönemindeki fiziksel hastalıkların çocuğun hayatında bir stres faktörü olduğu ve stres faktörlerinin çocuğun psikiyatrik hastalıklara zemin hazırladığı ve bu nedenle fiziksel hastalık gibi stres faktörlerinin İstifleme Bozukluğuna zemin hazırlayabileceği düşünülmüştür.

Çalışmadaki çocukların arkadaş ilişkisi açısından değerlendirildiğinde, İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve arkadaş ilişkisi kötü olanlarda daha fazla oranda İstifleme Bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, çocukluk ve ergenlik döneminde arkadaş ilişkisi ile İstifleme Bozukluğu arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Erişkin dönemde yapılan bir çalışmada, istifleme olgularının sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla kişilerarası zorluklar bildirdikleri ve istifleme ile ilgili inançların kişilerarası problemlerin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (59). Kişilerarası travma ve istifleme arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir çalışmada ise, başkalarına karşı saldırganlık gibi kişilerarası süreçlerin artan istifleme semptomlarıyla ilişkili olabileceğini belirtilmiştir (123). İstifleme Bozukluğu ile okul başarısı ve ebeveyn-çocuk ilişkisi arasında ilişki saptanmazken İstifleme Bozukluğu ile arkadaş ilişkisi arasında ilişki saptanması, arkadaş ilişkisinin kötü olması İstifleme Bozukluğuna zemin hazırlamasından ziyade İstifleme Bozukluğunda ilk bozulan alanın arkadaş ilişkisi olduğu düşüncesini doğurmaktadır.

Çalışmadaki çocukların psikiyatrik başvuru açısından değerlendirildiğinde, İstifleme Bozukluğu tanısı alan grupta daha fazla oranda çocuk psikiyatri başvurusu olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında beklendiği üzere çocuk psikiyatri başvuru öyküsü açısından tanı alan grupta gerek işlevsellikte belirgin kayıplar gerekse yüksek psikiyatrik komorbidite nedeniyle bu farkın oluşmuş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan ailelerin sosyodemografik verileri incelendiğinde; aile içi sorun, gebeliğin planlı veya plansız olması, gebeliğin istenme durumu, aile geliri arasında İstifleme tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık yokken; aile tipi, ailede psikiyatrik hastalık ve aynı evde yaşayan birey sayısı açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çalışmadaki ailelerin aile tipi açısından değerlendirildiğinde, İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve

parçalanmış ailelerde İstifleme Bozukluğu tanı olma oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, aile tipi ile psikiyatrik hastalık ilişkisini araştıran birçok çalışma mevcuttur. Carballo ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, her iki ebeveyn ile yaşamının çocuklarda gelişebilecek olan psikiyatrik hastalıklara karşı koruyucu faktör olduğu belirtilmiştir (124). Bramlett ve ark. (2007) aile yapısı ile çocukların fiziksel ve ruhsal sağlığı arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada, tek ebeveyn ile yaşayan çocukların sağlık durumunun her iki ebeveyn ile yaşayan çocuklara göre daha kötü olduğu bildirilmiştir (125). Esbjorn ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada, psikiyatrik hastalık yaygınlığının tek ebeveynle yaşayan çocuklarda her iki ebeveyn ile yaşayan çocuklardan daha fazla olduğu vurgulanmıştır (126). Biz de çalışmamızda literatür ile uyumlu bir şekilde diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi parçalanmış ailelerde İstifleme Bozukluğu tanı alma oranının daha fazla olduğunu saptadık.

Çalışmadaki çocuklar, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından değerlendirildiğinde, ailede psikiyatrik rahatsızlık oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğunu saptadık. Literatür incelendiğinde birçok çalışmada, ailede psikiyatrik hastalık ile çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik hastalıkların ilişkili olduğu bildirilmiştir (98, 127). Yapılan çalışmalarda, istifleme davranışı bulunan OKB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında istifleme davranışı bulunma olasılığının, istifleme davranışı olmayan OKB tanılı hastalara göre daha yüksek (sırasıyla %54.2,%10) bulunduğu gösterilmiş; istiflemenin diğer obsesif kompulsif belirti gruplarına oranla daha fazla genetik yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmüştür (24-26). İkizler üzerine yürütülen bir araştırmada, genetik ve çevresel faktörlerin istifleme davranışı üzerine etkileri belirlenmiş; genetik faktörlerin istiflemedeki varyansın yaklaşık %50'sini oluşturduğu belirlenmiştir (3). Biz de çalışmamızda literatür ile uyumlu bir şekilde İstifleme Bozukluğu tanısı alan grupta daha yüksek oranda ailede psikiyatrik hastalık saptadık.

İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar psikiyatrik rahatsızlık eş tanı açısından değerlendirildiğinde; İstifleme Bozukluğu tanısı alan grubun %56.2'sinde (n=18) psikiyatrik rahatsızlık tanısı aldığı ve %9.4'ünde (n=3) eşik altı psikiyatrik bulguların olduğu, İstifleme Bozukluğu tanısı almayan grupta ise %14.3'ünde (n=41) psikiyatrik rahatsızlık tanısı aldığı ve %5.9'ünde (n=17) eşik altı psikiyatrik

bulguların olduğu ve komorbid psikiyatrik rahatsızlık açısından İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve komorbid psikiyatrik rahatsızlık oranının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğunu saptadık. İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar Özgül Fobi, Sosyal Fobi, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve DEHB-Dikkatsizlik alt tipi eş tanı açısından değerlendirildiğinde; İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptadık.

Özetle, herhangi bir psikiyatrik hastalık, Özgül Fobi, Sosyal Fobi, DEHB ve DEHB-Dikkatsizlik alt tipi İstifleme Bozukluğu tanı alan grupta tanı almayan gruptan daha fazla oranda saptadık. Erişkin dönemde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Frost ve ark. (2011) İstifleme Bozukluğu ve OKB hastalarında eşlik eden komorbid psikiyatrik rahatsızlıkları araştırdıkları çalışmada, İstifleme Bozukluğuna eşlik eden psikiyatrik komorbidite oranlarını %50.7 Major Depresif Bozukluk (MDB), %27.8 DEHB-Dikkatsizlik alt tipi, %24.4 Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %23.5 Sosyal Fobi, %18.0 OKB, %14.3 Spesifik Fobi, %13.7 DEHB-Hiperaktivite alt tipi, %6.9 TSSB olarak bildirilmiş ve İstifleme Bozukluğu ile OKB arasında MDB ve DEHB-D açısından anlamlı fark olduğu ve İstifleme Bozukluğu grubunda bu tanıların oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (41). Nordsletten ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, İstifleme Bozukluğu olan olgularda %58 oranında eş tanı olduğu ve bu eş tanıların da %36.8 Anksiyete Bozukluğu, %26.3 Depresif Bozukluk, %26.3 Psikotik Bozukluk, %26.3 Kişilik Bozukluğu ve %15.8 TSSB olduğu belirtilmiştir (89). Hall ve ark. (2013) klinik olarak belirgin istifleme semptomu gösteren olgulardaki komorbid semptomları araştırdıkları çalışmada, %42 komorbiditesi olmayan istifleme grubu, %42 depresyonu olan istifleme grubu ve %16 depresyonu ve DEHB-Dikkatsizlik olan istifleme grubu şeklinde üç gruba ayrıldığı bildirilmiştir (10). Çocukluk ve ergenlik döneminde yapılan çalışmalar incelendiğinde, Ivanov ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, istiflemesi olan olgulara eşlik eden eş tanıların oranını %10 DEHB, %2.9 OKB ve %2.9 OSB olarak bildirilmiştir (9). Burton ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada, sadece İstifleme grubunda %13.9 herhangi bir psikiyatrik hastalık, %7.3 DEHB, %2.7 Anksiyete Bozukluğu, %0.5 Depresif Bozukluk eş tanı olduğu, İstifleme ve OKB grubunda ise, %30.9 herhangi bir psikiyatrik hastalık, %15.6 DEHB, %13 Anksiyete Bozukluğu,

%3.4 Depresif Bozukluk eş tanı olduğu belirtilmiştir (93). Kısacası, İstifleme bozukluğuna en sık eşlik eden hastalıklar çocukluk döneminde Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Anksiyete Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) iken, erişkin dönemde majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, DEHB ve sosyal fobi olduğu görülmektedir. Biz de çalışmamızda literatür ile uyumlu şekilde İstifleme Bozukluğuna en sık eşlik tanıları DEHB ve Anksiyete Spektrumu olarak saptadık.

Literatürde, İstifleme Bozukluğu ile DEHB arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma mevcuttur. Çok merkezli bir epidemiyolojik çalışmada, çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB tanısı olan vakaların %8.9'unda yaşam boyu istifleme belirtisi (DEHB olmayanlarda %2.7) belirlenmiş, İstifleme ve DEHB arasındaki ilişkinin özellikle dikkat eksikliği olanlarda anlamlı olduğu bulunmuştur (63). İstifleme Bozukluğu olan olguların sağlıklı kontrollere göre daha yüksek oranda DEHB tanısı aldıkları bildirilmiştir (38, 41). Ayrıca nöropsikolojik araştırmalarda, diğer klinik gruplarla karşılaştırıldığında İstifleme Bozukluğu tanılı hastalarda DEHB'nin tipik özelliklerinde (sürdürülebilir dikkat vb.) bozulma olduğu bildirilmiştir (40, 128). Yapılan başka bir nöropsikolojik çalışmada, istiflemesi olan bireylerde DEHB tanılı bireylere benzer şekilde dikkat, planlama, karar verme ve bellek eksiklikleri olduğunu ortaya koymaktadır (129). Son zamanlarda yapılan çalışmalar, DEHB belirtileri ve istifleme arasında dikkat çekici bir ilişki olduğunu ve özellikle dikkatsizlik ile istifleme arasında bağlantı olduğunu vurgulamaktadır (35, 41, 130). DEHB tanılı çocuklarda yapılan çalışmada, klinik olarak istifleme semptom sıklığının %29 olduğu ve DEHB semptomlarının istifleme açısından belirgin bir öngörücü olduğu belirtilmektedir (130). DEHB ile istifleme arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir çalışmada ise; İstifleme Bozukluğu ve DEHB'nin, yürütücü işlev ve duygu düzenleme ile ilişkili beyin bölgesi olan amigdala, anterior singulat korteks ve prefrontal kortekste anormal glukoz metabolizmasını içeren benzer nörobiyolojik fonksiyon bozukluğu paternleri gösterdikleri bildirilmiştir (131). İstifleme davranışı olanlarda dikkat odağını değiştirmede görülen güçlükler, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu komorbiditesinin OKB'den daha sık görüldüğünün gösterilmesi, dikkat eksikliğinin istifleme bozukluğunun çekirdek semptomları olan sahip olma, saklama ve atamama belirtilerinin göstergesi olduğunun saptanması ve

çocukluk ve ergenlik yaş grubunda görülen dikkat sorunlarının yaşam boyu istifleme belirtileri ile ilişkili bulunması istifleme tedavisinde DEHB tedavilerinin kullanılmasını gündeme getirmiş ve yapılan çalışmalarda DEHB ilaçlarının (metilfenidat ve atomoksetin) İstifleme Bozukluğu vakalarında faydalı olduğu gösterilmiştir (42, 43). Yukarıdaki çalışmalarda da belirtildiği gibi, İstifleme Bozukluğunda DEHB' de olduğu gibi dopaminerjik sistemi ilgilendiren beyin bölgelerinde fonksiyonel bozukluklar tespit edilmesi ve dopamin seviyesini arttıran ilaçların İstifleme Bozukluğunda etkili olması nedeniyle İstifleme Bozukluğu nörobiyolojisinde dopaminerjik sistemin asıl rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca, hayvan çalışmalarından elde edilen bulgular, dopamin sisteminin istifleme davranışında önemli olduğunu desteklemektedir (31). Aynı zamanda, biz de çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak İstifleme Bozukluğu tanı grubunda daha yüksek oranda DEHB (özellikle dikkat eksikliği alt tipi) saptadık.

Literatürde, İstifleme Bozukluğu ile Anksiyete Bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar da mevcuttur. Hamblin ve ark. (2015) Anksiyete Bozukluğu olan çocuklardaki istifleme davranışını araştırdıkları çalışmada, %22 oranında Anksiyete Bozukluğuna belirgin istifleme davranışı eşlik ettiğini, İstifleme davranışı gösteren çocuklarda CBCL alt ölçek skorlarının (Kaygı, Sosyal Problemler, Düşünce Sorunları, Dikkat Problemleri, Davranış Problemleri, Agresif Davranışlar ve Obsesif Kompulsif Semptomları) belirgin şekilde daha yüksek olduğu ve dikkat problemlerinin istifleme semptomu açısından belirgin bir öngörücü olduğu bildirilmiştir. İstifleme davranışı sergileyen çocukların %66.7'sinde YAB, %50.0'sinde Sosyal Fobi, %45.8'inde AAB, %25.0'inde Özgül Fobi, %20.8'inde MDB, %45.8'inde DEHB ve %4.2'sinde OKB eşlik ettiği belirtilmiştir (132). Storch ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada, OKB tanılı çocuklarda %21 oranında istifleme semptomu olduğu ve istifleme olgularının daha yüksek düzeyde anksiyete semptomları tariflediği bildirilmiştir (7). OKB tanılı çocuk ve ergenlerde istifleme davranışının araştırıldığı başka bir çalışmada ise, çocuk ve ergenlerin %22'inde istifleme kompulsiyonu olduğu ve istifleme olgularına Panik Bozukluk, Özgül Fobi ve Sosyal Fobi gibi Anksiyete Bozukluklarının daha sık eşlik ettiği vurgulanmıştır (108). Torres ve ark. (2016) Obsesif Kompulsif Bozukluk semptom boyutları ile psikiyatrik komorbidite arasındaki varyasyonları araştırdıkları çalışmada, istifleme

boyutunun Depresif Bozukluk, Özgül Fobi, TTSB, Dürtü Kontrol Bozukluğu, DEHB ve Tik bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (133). Frank ve ark. (2014) anksiyete kliniğinde tedavi gören çocuklarda yaptıkları çalışmada, istifleme davranışı gösteren çocuklarda; anksiyete bulgularının daha erken yaşlarda başladığı, DEHB, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Anksiyete ve Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğunun istifleme davranışı olmayan çocuklara kıyasla daha sık eşlik ettiği belirtilmiştir (6). Storch ve ark. (2016) OSB ve Anksiyetesi olan çocuklardaki istifleme davranışını inceledikleri çalışmada, çocukların %25'inde klinik olarak belirgin istifleme semptomu olduğu ve istifleme şiddeti ile anksiyete semptomları ve dikkat problemleri arasında ilişki olduğu vurgulanmıştır (134). Yapılan başka bir çalışmada ise, OSB ve komorbid Anksiyete veya Obsesif Kompulsif semptomları olan çocuklarda istifleme davranışları değerlendirilmiş olup çalışmaya dahil edilen çocuklarda %34 oranında istifleme davranışı olduğu ve çocuk var olan Anksiyete/OKB semptomlarının istifleme davranışı açısından öngörücü olduğu bildirilmiştir (135). Özetle, bilimsel yayınlarda anksiyete semptomlarının istiflemeye yol açabileceği ve aynı zamanda istiflemesi olan olgularda da Anksiyete Spektrumunun sık eşlik ettiği vurgulanmaktadır. Biz de çalışmamızda, literatür ile uyumlu bir şekilde İstifleme Bozukluğu tanısı alan grupta daha fazla oranda Anksiyete Spektrumu saptadık. Ancak, bilimsel yayınlarda İstiflemesi olan olgularda daha sık bir şekilde YAB, Sosyal Fobi, AAB ve Özgül Fobi saptanırken, çalışmamızda Özgül Fobi ve Sosyal Fobi gibi Anksiyete Bozukluklarını İstifleme tanısı alan grupta anlamlı şekilde daha sık saptadık.

İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar CGI ve CSI skorları açısından değerlendirildiğinde, İstifleme Bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ve beklenildiği üzere CGI ve CSI skorlarının İstifleme Bozukluğu grubunda daha yüksek olduğunu saptadık.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri, tüm örneklem grubuna klinik değerlendirme yapılamaması ve sadece istifleme davranışı tarif edilen olgular ile klinik görüşme yapılmasıdır. Bu durum iki aşamalı epidemiyolojik çalışmaların genel bir sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve örneklem büyüklüğünü arttırmak adına gerekli görünmektedir. Diğer kısıtlılıklar, bozukluğun tanısında henüz böyle bir görüşme olmaması nedeniyle yapılandırılmış bir görüşme kullanılamaması; çalışmaya katılan

ebeveynlerin psikiyatrik tanıları, gelir düzeyleri gibi değişkenlerin kendi bildirimleri dışında objektif bir veri ile ölçülmemesi ve çalışmanın ülkeyi temsil edecek örnekleme ulaşmış olmasına rağmen tek merkezli olarak planlanması olarak sıralanabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız; yeterli sayıda ve iyi belirlenmiş okul örneklemeyle, iki aşamalı değerlendirme yapılarak, DSM-V tanı ölçütleri kullanılarak, birebir yüz yüze çocuk ve ebeveynle yapılandırılmış tanı görüşmesi yapılan (DAWBA), epidemiyolojik çalışmalar için önerilen ölçütlerin çoğunu karşılayan ve İstifleme Bozukluğunun toplumdaki sıklığını, risk faktörlerini ve eşlik eden psikiyatrik eş tanıları araştıran Türkiye'deki ilk epidemiyolojik çalışmadır.

Sonuçlarımızdan yola çıkarak; çocuk ve ergenlik dönemindeki İstifleme Bozukluğu sıklığının erişkin yaş grubuna göre nispeten daha az olduğu görülmektedir. Ancak, İstifleme Bozukluğunda yüksek oranda psikiyatrik eş tanıların saptanması ve İstifleme davranışının çeşitli psikososyal problemlere hem çocukluk çağında hem de erişkin dönemde yol açtığı ve birçok alanda işlevselliğin bozulduğu, yaşam kalitesinin düştüğü göz önüne alındığında; çocuk ve ergenlik döneminde İstifleme Bozukluğunun tespit edilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesi bu yaş grubundaki mevcut sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar erişkin yaşamındaki işlevselliğin artırılması ve sorunların ileride tekrarlanmasının önlenmesi açısından da önemli olduğu kanaatindeyiz. Ayrıca, Çocuk Psikiyatrisine Anksiyete Spektrumu veya DEHB belirtileri ile başvuran çocuk ve ergenlere yüksek komorbiditesi nedeniyle İstifleme Bozukluğu açısından klinik öykü alınması taraftarıyız.

7. KAYNAKLAR

1. Patronek G. The problem of animal hoarding. *Municipal Lawyer*. 2001;19(6):19.
2. Steketee G, Frost RO. Phenomenology of hoarding. *The Oxford handbook of hoarding and acquiring*. 2014:19-32.
3. Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA, Guipponi M, Cherkas L, Collier DA, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(10):1156-61.
4. Timpano KR, Exner C, Glaesmer H, Rief W, Keshaviah A, Braehler E, et al. The epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. *The Journal of clinical psychiatry*. 2011.
5. Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados MA, Cullen B, Riddle MA, Liang K-y, et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour research and therapy*. 2008;46(7):836-44.
6. Frank H, Stewart E, Walther M, Benito K, Freeman J, Conelea C, et al. Hoarding behavior among young children with obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2014;3(1):6-11.
7. Storch EA, Lack CW, Merlo LJ, Geffken GR, Jacob ML, Murphy TK, et al. Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms. *Comprehensive psychiatry*. 2007;48(4):313-8.
8. Grisham JR, Frost RO, Steketee G, Kim H-J, Hood S. Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of anxiety disorders*. 2006;20(5):675-86.
9. Ivanov VZ, Mataix-Cols D, Serlachius E, Lichtenstein P, Anckarsäter H, Chang Z, et al. Prevalence, comorbidity and heritability of hoarding symptoms in adolescence: a population based twin study in 15-year olds. *PloS one*. 2013;8(7):e69140.
10. Hall BJ, Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depression and anxiety*. 2013;30(1):67-76.
11. Edition F. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013.
12. Ong C, Pang S, Sagayadevan V, Chong SA, Subramaniam M. Functioning and quality of life in hoarding: a systematic review. *Journal of anxiety disorders*. 2015;32:17-30.
13. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*. 2002;14(4):485.
14. Woo C-W, Kwon S-M, Lim Y-J, Shin M-S. The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): psychometric properties of the Korean version and the order, gender, and cultural effects. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2010;41(3):220-7.
15. Huppert JD, Walther MR, Hajcak G, Yadin E, Foa EB, Simpson HB, et al. The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*. 2007;21(3):394-406.
16. McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radomsky A, Sookman D, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*. 2004;24(3):283-313.

17. Steketee G, Frost R. Compulsive hoarding: current status of the research. *Clinical psychology review*. 2003;23(7):905-27.
18. Nussbaum AM. *The Pocket Guide to the DSM-5® Diagnostic Exam*: American Psychiatric Pub; 2013.
19. Mataix- Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF, et al. Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM- V? *Depression and anxiety*. 2010;27(6):556-72.
20. Mueller A, Mitchell JE, Crosby RD, Glaesmer H, de Zwaan M. The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(8):705-9.
21. Landau D, Iervolino AC, Pertusa A, Santo S, Singh S, Mataix-Cols D. Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2011;25(2):192-202.
22. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008;47(7):773-8.
23. Dozier ME, Ayers CR. The Etiology of Hoarding Disorder: A Review. *Psychopathology*. 2017;50(5):291-6.
24. Mathews CA, Nievergelt CM, Azzam A, Garrido H, Chavira DA, Wessel J, et al. Heritability and clinical features of multigenerational families with obsessive-compulsive disorder and hoarding. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2007;144(2):174-82.
25. Pertusa A, Fullana MA, Singh S, Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D. Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(10):1289-98.
26. Samuels J, Bienvenu III OJ, Riddle M, Cullen B, Grados M, Liang K-Y, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behaviour research and therapy*. 2002;40(5):517-28.
27. Samuels J, Shugart YY, Grados MA, Willour VL, Bienvenu OJ, Greenberg BD, et al. Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(3):493-9.
28. Melo-Felippe FB, de Salles Andrade JB, Giori IG, Vieira-Fonseca T, Fontenelle LF, Kohlrausch FB. Catechol-O-Methyltransferase Gene Polymorphisms in Specific Obsessive–Compulsive Disorder Patients’ Subgroups. *Journal of Molecular Neuroscience*. 2016;58(1):129-36.
29. Alonso P, Gratacos M, Menchon J, Segalas C, Gonzalez J, Labad J, et al. Genetic susceptibility to obsessive- compulsive hoarding: the contribution of neurotrophic tyrosine kinase receptor type 3 gene 1. *Genes, Brain and Behavior*. 2008;7(7):778-85.
30. Timpano KR, Schmidt NB, Wheaton MG, Wendland JR, Murphy DL. Consideration of the BDNF gene in relation to two phenotypes: hoarding and obesity. *Journal of abnormal psychology*. 2011;120(3):700.
31. Kalsbeek A, De Bruin J, Feenstra M, Matthijssen M, Uylings H. Neonatal thermal lesions of the mesolimbocortical dopaminergic projection decrease food-hoarding behavior. *Brain research*. 1988;475(1):80-90.

32. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Smith EC, Zohrabi N, Katz E, et al. Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(6):1038-48.
33. An S, Mataix-Cols D, Lawrence N, Wooderson S, Giampietro V, Speckens A, et al. To discard or not to discard: the neural basis of hoarding symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Molecular psychiatry*. 2009;14(3):318.
34. Tolin DF, Witt ST, Stevens MC. Hoarding disorder and obsessive-compulsive disorder show different patterns of neural activity during response inhibition. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2014;221(2):142-8.
35. Tolin DF, Villavicencio A. Inattention, but not OCD, predicts the core features of hoarding disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2011;49(2):120-5.
36. Woody SR, Kellman-McFarlane K, Welsted A. Review of cognitive performance in hoarding disorder. *Clinical Psychology Review*. 2014;34(4):324-36.
37. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*. 1996;34(4):341-50.
38. Hartl TL, Duffany SR, Allen GJ, Steketee G, Frost RO. Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour research and therapy*. 2005;43(2):269-76.
39. Hartl TL, Frost RO, Allen GJ, Deckersbach T, Steketee G, Duffany SR, et al. Actual and perceived memory deficits in individuals with compulsive hoarding. *Depression and anxiety*. 2004;20(2):59-69.
40. Grisham JR, Brown TA, Savage CR, Steketee G, Barlow DH. Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(7):1471-83.
41. Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and anxiety*. 2011;28(10):876-84.
42. Grassi G, Micheli L, Mannelli LDC, Compagno E, Righi L, Ghelardini C, et al. Atomoxetine for hoarding disorder: A pre-clinical and clinical investigation. *Journal of psychiatric research*. 2016;83:240-8.
43. Rodriguez CI, Bender Jr J, Morrison S, Mehendru R, Tolin D, Simpson HB. Does extended release methylphenidate help adults with hoarding disorder? A case series. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2013;33(3):444.
44. Timpano KR, Schmidt NB. The relationship between self-control deficits and hoarding: A multimethod investigation across three samples. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(1):13.
45. Carbonella JY, Timpano KR. Examining the Link Between Hoarding Symptoms and Cognitive Flexibility Deficits. *Behavior therapy*. 2016;47(2):262-73.
46. S F. The standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. New York: Vintage; 1908.
47. Midgley N. Reading Anna Freud: Routledge; 2012.
48. Medard E, Kellett S. The role of adult attachment and social support in hoarding disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2014;42(5):629-33.
49. Frost RO, Steketee G. *The Oxford handbook of hoarding and acquiring*: Oxford Library of Psychology; 2014.
50. Grisham JR, Baldwin PA. Neuropsychological and neurophysiological insights into hoarding disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015;11:951.

51. Medley AN, Capron DW, Korte KJ, Schmidt NB. Anxiety sensitivity: a potential vulnerability factor for compulsive hoarding. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2013;42(1):45-55.
52. Shaw AM, Witcraft SM, Timpano KR. The relationship between traumatic life events and hoarding symptoms: a multi-method approach. *Cognitive behaviour therapy*. 2016;45(1):49-59.
53. Shaw A, Timpano K, Steketee G, Tolin D, Frost R. Hoarding and emotional reactivity: The link between negative emotional reactions and hoarding symptomatology. *Journal of psychiatric research*. 2015;63:84-90.
54. Storch EA, Muroff J, Lewin AB, Geller D, Ross A, McCarthy K, et al. Development and preliminary psychometric evaluation of the Children's Saving Inventory. *Child Psychiatry & Human Development*. 2011;42(2):166-82.
55. Mataix-Cols D, Fernandez de la Cruz L. Diagnosis of hoarding disorder. *The Oxford handbook of hoarding and acquiring*. 2014:43-58.
56. Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Diagnosis and assessment of hoarding disorder. *Annual review of clinical psychology*. 2012;8:219-42.
57. Frost RO, Steketee G, Tolin DF, Sinopoli N, Ruby D. Motives for acquiring and saving in hoarding disorder, OCD, and community controls. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2015;4:54-9.
58. Fullana MA, Mataix-Cols D, Caseras X, Alonso P, Menchón JM, Vallejo J, et al. High sensitivity to punishment and low impulsivity in obsessive-compulsive patients with hoarding symptoms. *Psychiatry Research*. 2004;129(1):21-7.
59. Grisham JR, Steketee G, Frost RO. Interpersonal problems and emotional intelligence in compulsive hoarding. *Depression and Anxiety*. 2008;25(9):E63-E71.
60. Frost RO, Steketee G, Williams L. Compulsive buying, compulsive hoarding, and obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*. 2002;33(2):201-14.
61. Nordsletten AE, Mataix-Cols D. Hoarding versus collecting: Where does pathology diverge from play? *Clinical psychology review*. 2012;32(3):165-76.
62. Tolin DF, Meunier SA, Frost RO, Steketee G. Hoarding among patients seeking treatment for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25(1):43-8.
63. Fullana MA, Vilagut G, Mataix-Cols D, Adroher ND, Bruffaerts R, Bunting B, et al. Is ADHD in childhood associated with lifetime hoarding symptoms? An epidemiological study. *Depression and anxiety*. 2013;30(8):741-8.
64. Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M. Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating behaviors*. 2007;8(2):162-9.
65. Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, Samuels J, Steketee G, Tolin D, et al. Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clinical psychology review*. 2010;30(4):371-86.
66. DSM-IV D. *Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. 1994:535.
67. Hummelen B, Wilberg T, Pedersen G, Karterud S. The quality of the DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder construct as a prototype category. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008;196(6):446-55.
68. Snowdon J. Accumulating too much stuff: what is hoarding and what is not? *Australasian Psychiatry*. 2015;23(4):354-7.

69. Hahm DS, Kang Y, Cheong S, Na D. A compulsive collecting behavior following an A-com aneurysmal rupture. *Neurology*. 2001;56(3):398-400.
70. Wustmann T, Brieger P. A study of persons living in neglect, filth and squalor or who have a tendency to hoard. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2005;67(5):361-8.
71. Lo ST, Collin PJ, Hokken- Koelega AC. Psychiatric disorders in children with Prader–Willi syndrome—Results of a 2- year longitudinal study. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2015;167(5):983-91.
72. Brakoulias V, Milicevic D. Assessment and treatment of hoarding disorder. *Australasian psychiatry*. 2015;23(4):358-60.
73. Steketee G, Frost RO, Wincze J, Greene KA, Douglass H. Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2000;28(3):259-68.
74. Williams M, Viscusi JA. Hoarding disorder and a systematic review of treatment with cognitive behavioral therapy. *Cognitive behaviour therapy*. 2016;45(2):93-110.
75. Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Osborne D, Mogan C. Short- term cognitive–behavioural group treatment for hoarding disorder: A naturalistic treatment outcome study. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(1):235-44.
76. Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Muroff J. Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: A meta- analysis. *Depression and Anxiety*. 2015;32(3):158-66.
77. Muroff J, Steketee G, Frost RO, Tolin DF. Cognitive behavior therapy for hoarding disorder: Follow- up findings and predictors of outcome. *Depression and anxiety*. 2014;31(12):964-71.
78. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Baxter Jr LR. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *Journal of psychiatric research*. 2007;41(6):481-7.
79. Saxena S, Sumner J. Venlafaxine extended-release treatment of hoarding disorder. *International clinical psychopharmacology*. 2014;29(5):266.
80. Brakoulias V, Eslick GD, Starcevic V. A meta-analysis of the response of pathological hoarding to pharmacotherapy. *Psychiatry research*. 2015;229(1-2):272-6.
81. Naing L, Winn T, Rusli B. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of orofacial Sciences*. 2006;1:9-14.
82. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*. 2003;42(10):1203-11.
83. Dursun O, Guvenir T, Aras S, Ergin C, Mutlu C, Baydur H, et al. A new diagnostic approach for Turkish speaking populations DAWBA Turkish Version. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2013;22(3):275-82.
84. Guy W. Clinical global impression. Assessment manual for psychopharmacology. 1976:217-22.
85. Onur Burak Dursun; Mehmet Akif Akıncı AÇ, İbrahim Selçuk Esin. Assessment Of Validity And Reliability Of Turkish Version Of Children's Saving Inventory. Unpublished.
86. Kim H-J, Steketee G, Frost RO. Hoarding by elderly people. *Health & Social Work*. 2001;26(3):176-84.
87. Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Steketee G. Hoarding behaviors in a large college sample. *Behaviour research and therapy*. 2003;41(2):179-94.

88. Mataix-Cols D, De La Cruz LF, Nakao T, Pertusa A. Testing the validity and acceptability of the diagnostic criteria for Hoarding Disorder: a DSM-5 survey. *Psychological Medicine*. 2011;41(12):2475-84.
89. Nordsletten AE, Reichenberg A, Hatch SL, de la Cruz LF, Pertusa A, Hotopf M, et al. Epidemiology of hoarding disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;203(6):445-52.
90. Ayers CR. Age-Specific Prevalence of Hoarding and Obsessive Compulsive Disorder: A Population-Based Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017;25(3):256-7.
91. Cath DC, Nizar K, Boomsma D, Mathews CA. Age-specific prevalence of hoarding and obsessive compulsive disorder: a population-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017;25(3):245-55.
92. Alvarenga PG, Cesar RC, Leckman JF, Moriyama TS, Torres AR, Bloch MH, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions in a population-based, cross-sectional sample of school-aged children. *Journal of psychiatric research*. 2015;62:108-14.
93. Burton CL, Crosbie J, Dupuis A, Mathews CA, Soreni N, Schachar R, et al. Clinical correlates of hoarding with and without comorbid obsessive-compulsive symptoms in a community pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55(2):114-21. e2.
94. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL. Base, on psychiatric clinic populations," childhood-onset obses. *Essential Papers on Obsessive-compulsive Disorder*. 1997:361.
95. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta- analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(3):345-65.
96. Dursun OB, Güvenir T, Özbek A. Çocuk ergen ruh sağlığında epidemiyolojik çalışmalar: yöntemsel bir bakış. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*. 2010;2(3):401-16.
97. Eapen V, Jakka ME, Abou-Saleh MT. Children with psychiatric disorders: The Al Ain community psychiatric survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2003;48(6):402-7.
98. Gureje O, Omigbodun O. Children with mental disorders in primary care: functional status and risk factors. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1995;92(4):310-4.
99. Froehlich TE, Anixt JS, Loe IM, Chirdkiatgumchai V, Kuan L, Gilman RC. Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*. 2011;13(5):333.
100. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(11):1495-503.
101. Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*. 1998;10(3):513-29.
102. Nestler EJ CDS. *Developmental neurobiology and the child onset of psychiatric disorders*. Oxford University Press. 2nd edition (Neurobiology of mental illness):921-9.

103. Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, et al. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(6):1028-40.
104. Futh A, Simonds LM, Micali N. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: parental understanding, accommodation, coping and distress. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(5):624-32.
105. Keuthen NJ, Fama J, Altenburger EM, Allen A, Raff A, Pauls D. Family environment in adolescent trichotillomania. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2013;2(4):366-74.
106. Ayers CR, Saxena S, Golshan S, Wetherell JL. Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. 2010;25(2):142-9.
107. Dozier ME, Porter B, Ayers CR. Age of onset and progression of hoarding symptoms in older adults with hoarding disorder. *Aging & mental health*. 2016;20(7):736-42.
108. Samuels J, Grados MA, Riddle MA, Bienvenu OJ, Goes FS, Cullen B, et al. Hoarding in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2014;3(4):325-31.
109. Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(4):420-7.
110. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, et al. A 2-to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(6):429-39.
111. Bandla S, Mandadi GD, Bhogaraju A. Specific learning disabilities and psychiatric comorbidities in school children in South India. *Indian journal of psychological medicine*. 2017;39(1):76.
112. Chen G, Chiang W-L, Shu B-C, Guo YL, Chiou S-T, Chiang T-I. Associations of caesarean delivery and the occurrence of neurodevelopmental disorders, asthma or obesity in childhood based on Taiwan birth cohort study. *BMJ open*. 2017;7(9):e017086.
113. Meguid NA, Nashaat NH, Hashem HS, Khalil MM. Frequency of risk factors and coexisting abnormalities in a population of Egyptian children with autism spectrum disorder. *Asian journal of psychiatry*. 2018;32:54-8.
114. Rutayisire E, Wu X, Huang K, Tao S, Chen Y, Tao F. Childhood emotional and behavior problems and their associations with cesarean delivery. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2018;40(2):145-53.
115. Brander G, Rydell M, Kuja-Halkola R, de la Cruz LF, Lichtenstein P, Serlachius E, et al. Association of perinatal risk factors with obsessive-compulsive disorder: a population-based birth cohort, sibling control study. *JAMA psychiatry*. 2016;73(11):1135-44.
116. Curran EA, Khashan AS, Dalman C, Kenny LC, Cryan JF, Dinan TG, et al. Obstetric mode of delivery and attention-deficit/hyperactivity disorder: a sibling-matched study. *International journal of epidemiology*. 2016;45(2):532-42.

117. Tolin DF, Meunier SA, Frost RO, Steketee G. Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depression and anxiety*. 2010;27(9):829-38.
118. Cromer KR, Schmidt NB, Murphy DL. Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? *Behaviour research and therapy*. 2007;45(11):2581-92.
119. Przeworski A, Cain N, Dunbeck K. Traumatic life events in individuals with hoarding symptoms, obsessive-compulsive symptoms, and comorbid obsessive-compulsive and hoarding symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014;3(1):52-9.
120. Chou C-Y, Tsoh JY, Smith LC, Bain LD, Botcheva L, Chan E, et al. How is hoarding related to trauma? A detailed examination on different aspects of hoarding and age when hoarding started. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2018;16(1):81-7.
121. Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Gray KD, Fitch KE. The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry research*. 2008;160(2):200-11.
122. Cadman D, Boyle M, Szatmari P, Offord DR. Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*. 1987;79(5):805-13.
123. Mathes BM, Portero AK, Gibby BA, King SL, Raines AM, Schmidt NB. Interpersonal trauma and hoarding: The mediating role of aggression. *Journal of affective disorders*. 2018;227:512-6.
124. Carballo JJ, García-Nieto R, Álvarez-García R, Caro-Cañizares I, López-Castromán J, Muñoz-Lorenzo L, et al. Sibship size, birth order, family structure and childhood mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48(8):1327-33.
125. Bramlett MD, Blumberg SJ. Family structure and children's physical and mental health. *Health affairs*. 2007;26(2):549-58.
126. Esbjorn BH, Levin E, Hoeyer M, Dyrborg J. Child and adolescent psychiatry and family status. *European child & adolescent psychiatry*. 2008;17(8):484.
127. Eapen V, Al-Gazali L, Bin-Othman S, Abou-saleh M. Mental health problems among schoolchildren in United Arab Emirates: prevalence and risk factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(8):880-6.
128. Tolin DF, Villavicencio A, Umbach A, Kurtz MM. Neuropsychological functioning in hoarding disorder. *Psychiatry research*. 2011;189(3):413-8.
129. Mataix- Cols D, Pertusa A, Snowdon J. Neuropsychological and neural correlates of hoarding: a practice- friendly review. *Journal of clinical psychology*. 2011;67(5):467-76.
130. Hacker LE, Park JM, Timpano KR, Cavitt MA, Alvaro JL, Lewin AB, et al. Hoarding in children with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2016;20(7):617-26.
131. Lynch FA, McGillivray JA, Moulding R, Byrne LK. Hoarding in attention deficit hyperactivity disorder: Understanding the comorbidity. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2015;4:37-46.
132. Hamblin RJ, Lewin AB, Salloum A, Crawford EA, McBride NM, Storch EA. Clinical characteristics and predictors of hoarding in children with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2015;36:9-14.
133. Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, do Rosário MC, Storch EA, et al. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder

according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of affective disorders*. 2016;190:508-16.

134. Storch EA, Nadeau JM, Johnco C, Timpano K, McBride N, Mutch PJ, et al. Hoarding in youth with autism spectrum disorders and anxiety: incidence, clinical correlates, and behavioral treatment response. *Journal of autism and developmental disorders*. 2016;46(5):1602-12.

135. La Buissonnière-Ariza V, Wood JJ, Kendall PC, McBride NM, Cepeda SL, Small BJ, et al. Presentation and Correlates of Hoarding Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorders and Comorbid Anxiety or Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of autism and developmental disorders*. 2018;48(12):4167-78.



8. EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Ad-Soyad: Tarih:
2. Cinsiyeti: Erkek () Kız ()
3. Doğum Tarihi:
4. Yaş:
5. Şu an kaçınıcı sınıfta olduğu: 5 () 6 () 7 () 8 ()

Anne Hayatta () Vefat ettiyse yılı-sebebi:

6. Anne Yaşı:
7. Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul ()
Lise () Üniversite ()
8. Mesleği: Ev Hanımı () Çalışıyor ()
9. Tedavi Gördüğü Psikiyatrik Rahatsızlık: Var () Yok ()
Varsa belirtiniz:
10. Bedensel Hastalık: Var () Yok () Varsa belirtiniz:

Baba Hayatta () Vefat ettiyse yılı-sebebi:

11. Baba Yaşı:
12. Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise
() Üniversite ()
13. Mesleği: Çalışmıyor () Çalışıyor ()
14. Tedavi Gördüğü Psikiyatrik Rahatsızlık: Var () Yok ()
Varsa belirtiniz:
15. Bedensel Hastalık: Var () Yok () Varsa belirtiniz:

16. Çocuğunuza olan Gebelik Durumu: Planlı () Plansız ()
17. Çocuğunuza olan Gebelik Durumu: İstenen () İstenmeyen ()
18. Çocuğunuza olan Hamilelik boyunca tıbbi veya psikiyatrik bir sorun yaşandı
mı? Var () Yok () Var ise belirtin:
19. Çocuğunuzun Doğumu: Normal () Sezaryen ()
20. Doğumda tıbbi sorun yaşandı mı? : Yok () Erken Doğum () Zor ya da
Uzamış Doğum () Suni Sancı () Makat Gelişi () Kordon dolanması ()
Diğer:
21. Çocuğunuz Doğum sonrasında tıbbi bir sorun yaşadı mı? :Yok () Sarılık ()
Morarma () Kaka Yutma () Kuvöz Bakımı () Düşük doğum ağırlığı () Yeni
doğan Enfeksiyonu () Solunum Yetmezliği () Havale () Diğer:
22. Aile Tipi: Çekirdek Aile () Geniş Aile () Parçalanmış Aile ()

23. Ailede Psikiyatrik Hastalık öyküsü: Var () Yok () Varsa Tanıyı ve Tedaviyi Belirtin:
24. Aile içinde sorunlar yaşanır mı? Var () Yok ()
25. Ailenin toplam geliri: Düzenli geliri yok () 2000tl ve altı () 2000-5000tl () 5000tl üstü ()
26. Aynı evde yaşayan birey sayısı: 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ve üstü ()
27. Toplam kardeş sayısı : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () kaçınıcı sırada olduğu:
28. Son 3 yıl içerisinde, yakın ailenizde aşağıdaki olaylardan herhangi birini yaşadınız mı?
Boşanma : Evet () Hayır ()
Hamilelik: Evet () Hayır ()
Çok fazla borca girmek: Evet () Hayır ()
Yeni bir yere taşınmak : Evet () Hayır ()
Gelirin oldukça azalması: Evet () Hayır ()
Alkol ya da uyuşturucu problemleri: Evet () Hayır ()
Yakın bir aile dostunun ölümü: Evet () Hayır ()
Ebeveynlerden birinin İşini kaybetmesi: Evet () Hayır ()
Ebeveynlerden birinin yasal(hukuki) problemleri: Evet () Hayır ()
Yakın aile üyesinin kaybı: Evet () Hayır ()
29. Çocuğun bakımıyla daha çok kim ilgilenir? Anne () Baba () Diğer:
30. Çocuğunuzla aranızdaki ilişki nasıldır? İyi () Orta () Kötü ()
31. Çocuğunuzun arkadaş ilişkisi nasıldır? İyi () Orta () Kötü ()
32. Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? İyi () Orta () Kötü ()
33. Çocuğunuzun herhangi bir fiziksel rahatsızlığı var mı ? Var () Yok () Varsa Belirtiniz..
34. Çocuğunuzun ilk psikiyatrik başvurusu varsa tarihi :

Kardeşler:

35. Yaşı: Cinsiyeti: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı:
Yok () Var () Belirtiniz:
36. Yaşı: Cinsiyeti: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı:
Yok () Var () Belirtiniz:
37. Yaşı: Cinsiyeti: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı:
Yok () Var () Belirtiniz:

Aynı evde sürekli/çoğunlukla yaşayan anne,baba,kardeşler dışındaki bireyler :

38. Yakınlık Derecesi: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı: Yok () Var () Belirtiniz:
39. Yakınlık Derecesi: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı: Yok () Var () Belirtiniz:

Ek-2: Çocuk Biriktirme Ölçeği

Kimlik: _____ Tarih: _____

Çocuk Biriktirme Ölçeği – Ebeveyn Formu

Aşağıda bazı çocuk ve gençlerde görülebilecek özellikler bulunmaktadır. Lütfen çocuğunuz **geçen haftaki** durumuna uyan sayıyı işaretleyin. Lütfen bir başka aile üyesinin değil sadece ÇOCUĞUNUZUN davranışlarını belirtiniz.

0	1	2	3	4	
Hiç zaman/Tamamen	Çok az/Minimal	Bazen/Orta derecede	Çok/Çok fazla	Neredeyse her	
1. Çocuğunuzun odası(uyuduğu, oynadığı oda) ona ait şeylerle tıka basa doldurulmuş, bunlar biriktirilmiş bir halde midir?	0	1	2	3	4
2. Çocuğunuz ihtiyacı olmayan şeyleri elde etme konusunda arzularını ne kadar kontrol edebilir?	0	1	2	3	4
3. Çocuğunuza ait şeylerle ne kadar vakit harcıyorsunuz? (örneğin onları toplamak, çöpe atmak, düzenlemek vb için)	0	1	2	3	4
4. Çocuğunuz artık ihtiyacı olmayan şeylerini yinede saklama konusundaki arzusunu kontrol edebilir mi?	0	1	2	3	4
5. Çocuğunuzun biriktirdikleri nedeniyle evinizde yürümek zor mudur?	0	1	2	3	4

Her soru için çocuğunuz **geçen haftaki** durumuna uyan sayıyı işaretleyin

0	1	2	3	4	
Hiç zaman/Tamamen	Çok az/Minimal	Bazen/Orta derecede	Çok/Çok fazla	Neredeyse her	
6. Çocuğunuz artık ihtiyacı olmayan şeyleri atmak konusunda güçlük çeker mi?	0	1	2	3	4
7. Bir şeyleri çöpe atma işi çocuğunuzu ne kadar gerer?	0	1	2	3	4

8. Başka insanların ona ait şeylere dokunması veya yerlerini değiştirmesi çocuğunuzu ne kadar üzer veya kızdırır? 0 1 2 3 4
9. Sizin (veya bir başka yetişkinin) artık ihtiyacı olmadığını düşündüğünüz şeylerini kaldırmanız veya atmanıza çocuğunuz ne kadar tepki gösterir? 0 1 2 3 4
10. Çocuğunuz istediği ancak ihtiyacı olmayan birşeyi elde edemezse ne kadar üzülür ve gerilir ? 0 1 2 3 4
11. Bazı eşyalarına aşırı derecede bağlı olması çocuğunuzun okulunu, arkadaş ilişkilerini evdeki durumunu ne ölçüde etkiler? 0 1 2 3 4
12. Kısa vadede(hemen) kullanmayacağı şeyleri satın almak ya da bedava veriliyorsa almak konusunda isteği ne kadar fazla olur? 0 1 2 3 4

GEÇEN HAFTA BOYUNCA:

- 0 1 2 3 4
Hiç Hafif Orta Belirgin/Şiddetli Çok ileri
13. Hiç kullanmayacağını bildiğiniz birşeyi yine de saklamak konusundaki isteği ne kadar fazladır? 0 1 2 3 4
14. Bazı nesnelere aşırı bağlı olması aile üyeleri veya diğer çocuklarla ilişkilerini ne kadar etkiler? 0 1 2 3 4

Her soru için çocuğunuzun **geçen haftaki** durumuna uyan sayıyı işaretleyin

- 0 1 2 3 4
Asla Nadiren Bazen/ara sıra Sıklıkla Çok sık

15. Çocuğunuz ne sıklıkta kendisine ait şeyleri atmaya katlanamadığı veya bunları atmak çok zaman alacağı için atmaktan kaçınır?	0	1	2	3	4
16. Çocuğunuz ne sıklıkta gördüğü birşeyi mutlaka edinmesi gerektiği hissine kapılır. Örneğin alışverişte veya bedava verilen birşey konusunda.	0	1	2	3	4
17. Çocuğunuz ne sıklıkta koyacak yeri olmamasına ve ihtiyacı olmamasına rağmen birşeyleri saklamaya karar verir?	0	1	2	3	4
18. Ne sıklıkta çocuğunuzun biriktirdiği şeyler evinize misafir davet etmenizi engeller?	0	1	2	3	4
19. Çocuğunuz acil ihtiyacı olmayan, hemen kullanmayacağı şeyleri ne sıklıkta satın alır? (ya da sizi satın almaya zorlar, bedava veriliyorsa almanız için ısrar eder)	0	1	2	3	4
20. Ne sıklıkta çocuğunuz bu alma ısrarı sorunları nedeniyle alışverişe götürmekten kaçınırsınız?	0	1	2	3	4
21. Çocuğunuzun odası,oyun alanı vb ne ölçüde eşyaları ile tıka basa doldurulmuş, eşyalar biriktirilmiş haldedir?	0	1	2	3	4
22. Çocuğunuzun bu biriktirme huyu nedeniyle diğer aile üyelerinin evin bir bölümünü tam olarak kullanmasını engellediği oluyor mu? (Örneğin yatağında uyumasını, lavaboyu kullanmasını,masasını kullanmasını)	0	1	2	3	4
23. Çocuğunuz ne sıklıkta atmasını ya da ondan kurtulmasını istediğiniz bir şeyini atamaz?	0	1	2	3	4

Ek-3: Klinik Global İzlenim Ölçeği

Hastanın Adı, Soyadı:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Tarih:
Değerlendirici:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

Ek-4: Etik Kurul Onay Formu



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Mehmet Akif AKINCI	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Ortaokul Çocuklarındaki İstifleme Bozukluğu Sıklığının Araştırılması	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 3 Karar No: 06	Tarih: 29.03.2018
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Doç.Dr. Alilla ÇAYIR
Üye

Doç.Dr. İlker İNCE
Üye

Doç.Dr. Aysenur AKSOY
Üye

Dr.Öğr.Üy.Zahide KOŞAN
Üye

Dr.Öğr.Üy. İbrahim KARABULUT
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

