

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN
EBEVEYNLERİNDE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI İLE İLİŞKİLİ
DURUMLAR**

Uzmanlık Tezi

Dr. Gülşah BAKİ

TRABZON - 2018

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN
EBEVEYNLERİNDE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI İLE İLİŞKİLİ
DURUMLAR**

Uzmanlık Tezi

Dr. Gülşah BAKİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Sema TANRIÖVER KANDİL

TRABZON - 2018

ÖNSÖZ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) bireylerin sosyal, mesleki işlevselliği ve toplumsal etkinlikleri üzerinde önemli ölçüde bozulmaya neden olan, obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize, kronik bir ruhsal bozukluktur. OKB' de semptom gelişiminin ebeveyn deneyiminin bir parçası olduğu, ebeveynlerde bilişsel uyumsuzluk ve rahatsızlık ile ilişkili bir süreç olabileceği ileri sürülmekte olup, ebeveyn ve aile faktörleri çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluk etiyojisi ile ilişkilendirilmektedir. Ebeveynlerin etkisi göz önünde bulundurulduğunda, ebeveyn başa çıkma becerileri çocuklukta başlangıç gösteren bozukluğun gelişimine nasıl katkıda bulunduğunu anlamak önemlidir.

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, bu çalışmanın planlanması, yapılması ve değerlendirilmesinde çok değerli katkı, yönlendirme ve yardımlarını gördüğüm, içtenliğini ve ilgisini yakından hissettiğim, anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Sema KANDİL'e

Çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında çalışmaya başladığım ilk günden itibaren yardıma ihtiyaç duyduğum her an desteklerini hissettiğim, bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Samiye Çilem BİLGİNER ve Dr. Öğr. Üyesi Serkan KARADENİZ'e teşekkür ederim.

Rotasyon eğitimim boyunca akademik bilgi ve tecrübelerini aktararak bilimsel gelişimime katkısı olan Çocuk Nöroloji ve Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerine ve her zaman desteklerini yanımda hissettiğim sevgili asistan arkadaşlarıma ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım değerli meslektaşlarım Dr. Canan İNCE, Dr. Büşra DURAN, Dr. Sümeyra KARAGÖZ, Dr. Damla BULUT, Dr. Emirhan ASLAN, Dr. Yasemin ÇELİK, Dr. Sevda HIZARCI, Dr. Berire ÇEKİN YILMAZ'a, bölümümüz sekreterleri Ülker YAZICI ve Sefa AKSU'ya ve eğitimimin önemli bir parçası olan tüm hastalarım ve ailelerine teşekkür ederim.

Son olarak doktorluk mesleğini seçmemde büyük önem taşıyan, her zaman yol gösterici olan, hayatımın her aşamasında örnek aldığım ve fikirlerine başvurduğum saygıdeğer Prof. Dr. Celal BAKİ, Prof. Dr. Ali BAKİ, Prof. Dr.

Mehmet YILDIZ ve Uzm. Dr. Sema BAKİ'ye; beni dünyaya getiren, sevgileri ile besleyen, iyi bir insan olmam adına yaşam biçimleri ile her daim örnek olan, bugüne gelmemde sonsuz özveri gösteren ve bugünümün mimarı olan, evlatları olmanın her zaman onurunu yaşadığım, saygıdeğer öğretmenlerim biricik annem Kadriye BAKİ'ye ve canım babam Hüseyin BAKİ'ye; her koşulda yanımda olan, desteğini ve sevgisini hep hissettiğim biricik kardeşim ve yol arkadaşım Gökberk BAKİ'ye sonsuz teşekkürler...

Dr. Gülşah BAKİ

Trabzon 2018



ÖZET

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN EBEVEYNLERİNDE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI İLE İLİŞKİLİ DURUMLAR

Amaç: Bu çalışmada ebeveynlerin başa çıkma tutumları ve psikiyatrik semptomları ile OKB' li çocuk ve ergenlerdeki hastalık kliniği, semptom şiddeti, komorbid durumlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, DSM-V tanı kriterlerine göre **obsesif kompulsif bozukluk** tanısı konulan, normal zeka düzeyine sahip 11-18 yaş grubundaki hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden, uygunluk ölçütlerini karşılayan 60 hasta ve bu hastaların çalışmaya katılmayı kabul eden 60 ebeveyninden (anne ya da baba) oluşmuştur. Kontrol grubu, tanı grubu ile yaş ve cinsiyet özellikleri eşleştirilmiş, organik hastalığı olmayan ve psikiyatrik muayenesi sonucunda mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanıları olmayan 60 olgu ve bu olguların 60 ebeveyninden (anne ya da baba) oluşmaktadır. Çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubu, çalışmayı yürüten doktor tarafından doldurulan yarı yapılandırılmış görüşme formu ve çocuklar için yale brown obsesif kompulsif belirtiler ölçeği (CY-BOKÖ) ve kendilerinin doldurduğu (self-rating) çocuklar için anksiyete tarama ölçeği (ÇATÖ), çocuklar için depresyon envanteri (CDI), Stanford Binet/WISC-R zeka testi ile değerlendirilmiştir. 60 hasta ve 60 kontrol grubunun ebeveynleri de (anne ya da baba) psikolojik belirti tarama listesi (SCL-90-R), başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği (COPE) ile ölçeklendirilmiştir. Ayrıca ebeveyn ve öğretmenlerinden yıkıcı davranım bozuklukları tarama ve değerlendirme ölçeği (TURGAY) doldurulması istenmiştir. İstatistiksel analizde; iki bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U Testi, değişkenler arasındaki ilişki değerlendirilmesinde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada; OKB tanısı konulan grupta erkek/kız oranının 1.1 olduğu, %30'unda (n=18) tek obsesyon, %70'inde (n=42) birden fazla obsesyon, %20'sinde (n=12) tek kompulsiyon tipi görülürken % 80 hastada (n=48) birden fazla kompulsiyon görüldüğü, en sık görülen obsesyonun %60 ile (n=36) kirlenme olduğu, bunu % 30 (n=18) ile dini obsesyonların, %15 ile saldırganlık, %13,3 ile cinsel, %10 somatik obsesyonların izlediği, en sık görülen kompulsiyonun ise kontrol etme kompulsiyonunun %45 (n=27) olduğu, bunu yıkama temizleme kompulsiyonunun %38,3 (n=23) ve tekrarlayıcı törensel davranışların %28,3 (n=17) ile izlediği, OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde en sık komorbid bozuklukların %42,9 oranında DEHB, %35,7 oranında anksiyete bozuklukları, %32,1 oranında tik bozuklukları, %17,9 depresif bozukluğun görüldüğü, OKB' li çocuk ve ergenlerin; % 75 oranında ÇATÖ puan ortalamasının kesim puanı 25 ve üzerinden, %23,3 oranında CDI puan ortalamasının kesim puanı 19 ve üzerinden yüksek olduğu ve sağlıklı grup ile arasında anksiyete ve depresyon varlığı açısından anlamlı fark olduğu, OKB' li grubun aile üyelerinin psikiyatrik hastalık dağılımı incelendiğinde %38.3' ünde OKB, %35' inde anksiyete bozukluğu, %20' inde depresif bozukluk öyküsünün

olduğu ve yüzdelerinin kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, OKB grubunun ebeveynlerinin somatizasyon, OKB, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, ek madde (yeme ve uyku bozuklukları) puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin inkar ve davranışsal olarak boş verme alt ölçek skorları ile işlevsel olmayan başa çıkma ana ölçek skoru kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek iken aktif başa çıkma ve plan yapma alt ölçek skorları ile sorun odaklı başa çıkma ana ölçek skoru anlamlı olarak düşük olduğu, COPE' un tüm ana ölçekleri içinde duygusal odaklı başa çıkma tutumu 53.7 ± 9.2 puanla en fazla ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumu 39.5 ± 7.4 puanla en az kullanılan başa çıkma stratejisi olduğu ve tüm alt ölçekler içinde pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ölçeği 12.7 ± 2.5 puanla en yüksek, madde kullanımı alt ölçeği 5.0 ± 2.0 puanla en düşük değeri aldığı, SCL90-R' nin OKB alt ölçek skoru ile COPE' nin davranışsal olarak boş verme ve işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek skorları arasında; depresyon alt ölçek skoru ile COPE' nin işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek skoru arasında; anksiyete alt ölçek skoru ile COPE' nin zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, madde kullanımı ve işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu, ebeveyn başa çıkma tutumu ölçek puanları ile hastaların OKB şiddeti ve depresyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadığı ancak ebeveynlerin işlevsel olmayan başa çıkma yollarından biri olan soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu ile hastaların anksiyete ölçek puanı arasında pozitif yönde, güçlü ilişki olduğu, dini baskın obsesyon tipine sahip olan OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin COPE' nin davranışsal olarak boş verme alt ölçek skoru dini baskın obsesyon tipine sahip olmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Sonuç olarak çalışmamızdaki verilere dayanarak OKB' de semptom gelişiminin ebeveyn deneyiminin bir parçası olduğu, ebeveynlerde bilişsel uyumsuzluk ve rahatsızlık ile ilişkili bir süreç olabileceği ileri sürülebilir. OKB' nin aileye bağımlılığını da göz önünde bulundurarak, ailelerin çocuklukta başlangıç gösteren bozukluğun başlangıcına, bakımına ve/veya tedavisine nasıl katkıda bulunduğunu anlamak önemlidir. Ebeveyn zihinsel sağlığı, başa çıkma tutumları ve aile işlevselliği, aile ortamında uygun müdahalenin gerekebileceği OKB ile ilişkili önemli özellikler olarak işaret edilebilir. Ebeveynlerin etkisi göz önünde bulundurulduğunda, ebeveyn başa çıkma becerileri çocuk ruh sağlığı açısından önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda bu ilişkinin gösterilmesi ebeveyn başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine yönelik psikososyal müdahalelerin oluşturulmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: OKB, çocuk, ergen, başa çıkma, ebeveyn, anksiyete, depresyon.

SUMMARY

CONDITIONS RELATED TO COPING STRATEGIES OF PARENTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Objective: The objective of this study was to examine the relation between the coping strategies of parents and the psychiatric symptoms and patient clinic, symptom severity and comorbid conditions in children and adolescents with OCD.

Method: 60 patients between 11 and 18 years of age who referred to Karadeniz Technical University Medical Faculty Child-Adolescent Mental Health and Diseases polyclinic, had normal intelligence level, fulfilled inclusion criteria, accepted to join the study and were diagnosed with **obsessive compulsive disorder** based on DSM-V diagnosis criteria and 60 parents (mother or father) of these patients accepting to join the study formed the sampling of the study. Control group included 60 cases who had age and gender characteristics matched with diagnosis group, didn't have any organic diseases, mental retardation, autism spectrum disorder, bipolar disorder, schizophrenia or other psychotic disorder diagnoses due to the psychiatric inspection and 60 parents (mother or father) of these cases. The patient and control groups included in the study were evaluated with semi-structured interview form filled by the doctor making the study and Yale Brown obsessive compulsive symptoms scale for children (CY-BOCS) and Screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED), depression inventory for children (CDI) and Stanford Binet/WISC-R intelligence test. Parents (mother or father) of 60 patients and 60 individuals in the control group were scaled with psychological symptom scanning list (SCL-90-R) and the COPE. Also the parents and teachers were asked to fill in the Turgay DSM-IV based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale (TURGAY). For the statistical analysis, Mann-Whitney U Test was used for the comparison of two independent groups and Spearman Correlation Analysis was used for the evaluation of the relation between variables. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: In the study, it was detected that while the male/female ratio was 1.1 in the group with OCD diagnosis, 30% had (n=18) single obsession, 70% had more than one obsession (n=42) and 20% (n=12) had a single compulsion type; 80 patients (n=48) had more than one compulsion, the most common obsession was getting dirty with 60% (n=36), religious obsessions with a ratio of 30% (n=18), sexual obsessions in 13.3% and somatic obsessions with 10% followed these and the most common compulsion was controlling compulsion with 45% (n=27) and washing and cleaning compulsion with 38.3% (n=23) and repetitive ceremonial behaviors with 28.3% (n=17) followed this, the most common comorbid disorders in children and adolescents with OCD diagnosis were ADHD with a ratio of 42.9%, anxiety disorders with 35.7%, tic disorders with 32.1%, depressive disorder with 17.9% and cutoff score of 75% mean CY-BOCS score was higher than 24 and the cutoff score of 23.3% mean CDI score was higher than 18 in child and adolescent OCD patients and there was a significant difference in the presence of anxiety and depression from

the healthy group, when the family members of the OCD group were examined, story of OCD was detected in 38.3%, anxiety order in 35% and depressive disorder story in 20 and their percentages were significantly higher than the control group, the mean scores of the parents of OCD group for somatization, OCD, depression, anxiety, phobic anxiety and extra item (eating and sleeping disorders) were significantly higher than the control group, while subscale scores of denial and behavioral ignorance and nonfunctional coping main scale score of the parents of OCD diagnosed patients were significantly higher than the control group, active coping and planning sub scale scores and problem focused coping main scale score were significantly lower, emotional focused coping attitude was the most commonly used coping strategy with a score of 53.7 ± 9.2 and nonfunctional coping attitude was the least common coping strategy with a score of 39.5 ± 7.4 among all main scales of COPE and positive reinterpretation and improvement scale had highest score of 12.7 ± 2.5 and substance abuse subscale was had the lowest score of 5.0 ± 2.0 among all subscales, there was a positive, average level of significant relation between SCL90-R's OCD subscale score and COPE's behavioral ignorance and nonfunctional coping subscale scores; among depression subscale score and COPE's nonfunctional coping subscale score; anxiety sub scale score and COPE's mental disregard, focusing on problem and emotional disclosure, substance abuse and nonfunctional coping subscale scores and no statistically significant relation was detected between parental coping attitude scale scores and the OCD severity and depression scale scores of the patients but there was a positive and strong connection between the emotional disclosure and problem focusing among the ways of nonfunctional coping strategies of parents and the COPE's emotional ignorance subscale score for the parents of OCD diagnosed patients with religion dominant obsession type was significantly higher than those without religion dominant obsession type.

Conclusion: As a result, it can be asserted that symptom development in OCD is a part of the parental experience and may be a phase related to the cognitive nonconformity and disorder in parents based on the data acquired from our study. Considering the familial dependency of OCD, it is important to understand the contribution of the family in the beginning, care and/or treatment of the disorder starting during childhood. Parental mental health, coping strategies and familial functionality can be marked as important OCD-related characteristics where a suitable intervention might be required in family environment. When the parental effect is considered, parental coping abilities can be evaluated as an important factor for child's mental health. Demonstrating the relation in our study can be helpful in forming psychosocial interventions for improving parental coping abilities.

Key Words: OCD, child, adolescent, coping, parent, anxiety, depression.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	I
ÖZET.....	III
SUMMARY	V
İÇİNDEKİLER	VII
KISALTMALAR DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	8
2.1.4. Etiyoloji	10
2.1.5. Klinik Özellikler	22
2.1.6. Tanı	26
2.1.7. Eştanı	28
2.1.8. Seyir ve Prognoz.....	31
2.1.9. Tedavi	31
2.2. Ebeveyn Tutumları	33
2.2.1. Tanım	33
2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Ebeveyn Tutumları.....	34
2.2.3. OKB Hastalarının Ebeveynlerinde Psikopatoloji Görülme Sıklığı.....	38
2.3. Başa Çıkma Tutumları	39
3. MATERYAL VE GEREÇLER.....	45
3.1. Araştırmanın Evreni ve Tipi	45
3.2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi	45
3.2.1. Araştırma Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri.....	45
3.2.2. Kontrol Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri	46
3.2.3. Araştırma Grubuna Dahil Edilmeme Ölçütleri.....	46
3.2.4. Kontrol Grubuna Dahil Edilmeme Ölçütleri	46
3.3. Araştırmanın Aşamaları	46

3.4. İstatistiksel Analiz.....	47
3.5. Veri Toplama Araçları	48
3.5.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	48
3.5.2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay-95).....	48
3.5.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI)	49
3.5.4. Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ).....	49
3.5.5. Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği.....	49
3.5.6. Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL-90 R).....	50
3.5.7. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	50
4. BULGULAR	53
4.1. Sosyodemografik Özellikler	53
4.2. Klinik Özellikler	57
4.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırması:	65
5. TARTIŞMA	93
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	111
6.1. Sonuçlar	111
6.2. Öneriler	116
7. KAYNAKLAR	118
8. EKLER.....	139

KISALTMALAR DİZİNİ

OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
ICD 10	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması'nın gözden geçirilmiş 10'uncu versiyonu
SERT	: Serotonin taşıyıcı geni
DAT	: Dopamin taşıyıcısı
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
5-HIAA	: 5-hidroksi indol asetik asit
m-CCP	: Meta-klorofenilpirazin
KSTK	: Kortiko-striato-talamo-kortikal
NMDA	: N-Metil-D-Aspartat
EAAC1/EAAT3	: Nöronal glutamat taşıyıcı eksituar amino asit taşıyıcı 1
GABA	: Gama amino butirik asit
MRG	: Manyetik rezonans görüntüleme
ACC	: Anterior singulat korteks
OFK	: Orbito-frontal korteks
PET	: Pozitron emisyon tomografi
BT	: Bilgisayarlı tomografi
AVP	: Arginin vazopressin
OK	: Obsesif kompulsif
PANDAS	: Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediyatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
YAB	: Yaygın anksiyete bozukluğu
ÖF	: Özgül fobi
SAB	: Sosyal kaygı bozukluğu
KOKGB	: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu
DB	: Davranım bozukluğu
SSRI	: Selektif seratonin geri alım inhibitörleri
BDT	: Bilişsel davranışsal terapi
COPE	: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği

CDI	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
ÇABTÖ	: Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği
SCL-90 R	: Psikolojik Belirti Tarama Testi
C-YBOCS	: Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği
TURGAY	: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları Tarama ve Değerlendirme Ölçeği
TB	: Tik bozukluğu



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. OKB Tanılı Hastalarla Kontrol Grubu Arasında Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	54
Tablo 4.2. OKB Tanılı Hastalarla Kontrol Grubu Arasında Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	56
Tablo 4.3. OKB Tanılı Hastalarla Kontrol Grubu Arasında Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	57
Tablo 4.4. OKB Tanılı Hastalarla Kontrol Grubu Arasında TURGAY, ÇATÖ ve CDI Ölçek Puanlarının Dağılımı	58
Tablo 4.5. OKB Tanılı Hastaların Ebeveynleri ile Kontrol Grubunun Ebeveynleri Arasında SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	59
Tablo 4.6. OKB Tanılı Hastaların Ebeveynleri İle Kontrol Grubunun Ebeveynleri Arasında COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	60
Tablo 4.7. OKB Tanılı Hastaların CYBOCS Ölçek Puanlarının Dağılımı	61
Tablo 4.8. OKB Tanılı Hastaların CYBOCS Ölçeğine Göre Kompulsiyon Özelliklerinin Dağılımı.....	62
Tablo 4.9. OKB Tanılı Hastaların CYBOCS Ölçeğine Göre Obsesyon Özelliklerinin Dağılımı.....	63
Tablo 4.10. OKB Tanılı Hastaların Obsesyon ve Kompulsiyon Hakkındaki Özellikleri	64
Tablo 4.11. OKB Tanılı Hastaların Genel Ağırılık, Güvenilirlik ve ek Tanıları	65
Tablo 4.12. OKB Tanılı Hastaların Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	67
Tablo 4.13. Kontrol Grubunun Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanları ile TURGAY, ÇATÖ ve CDI Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	70
Tablo 4.14. OKB Tanılı Hastaların Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	71
Tablo 4.15. Kontrol Grubunun Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanları ile TURGAY, ÇATÖ ve CDI Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	73
Tablo 4.16. OKB Tanılı Hastaların OKB Şiddetine Göre TURGAY, ÇATÖ ve CDI Ölçek Puanlarının Dağılımı	74
Tablo 4.17. OKB Tanılı Hastaların OKB Şiddetine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı	75

Tablo 4.18.	OKB Tanılı Hastaların OKB Şiddetine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı	75
Tablo 4.19.	OKB Tanılı Hastaların Anksiyete Durumuna Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	76
Tablo 4.20.	OKB Tanılı Hastaların Anksiyete Durumuna Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı	77
Tablo 4.21.	OKB Tanılı Hastaların Depresyon Durumuna Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	78
Tablo 4.22.	OKB Tanılı Hastaların Depresyon Durumuna Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı	79
Tablo 4.23.	OKB Tanılı Hastaların Yıkama/Temizleme Baskın Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	80
Tablo 4.24.	OKB Tanılı Hastaların Yıkama/Temizleme Baskın Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	80
Tablo 4.25.	OKB Tanılı Hastaların Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar Baskın Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	81
Tablo 4.26.	OKB Tanılı Hastaların Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	82
Tablo 4.27.	OKB Tanılı Hastaların Kontrol Etme Baskın Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı	83
Tablo 4.28.	OKB Tanılı Hastaların Kontrol Etme Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	83
Tablo 4.29.	OKB Tanılı Hastaların Kirlenme Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	84
Tablo 4.30.	OKB Tanılı Hastaların Kirlenme Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı	85
Tablo 4.31.	OKB Tanılı Hastaların Dini Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	85
Tablo 4.32.	OKB Tanılı Hastaların Dini Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı	86

Tablo 4.33.	OKB Tanılı Hastaların Saldırganlık Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	87
Tablo 4.34.	OKB Tanılı Hastaların Saldırganlık Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı	88
Tablo 4. 35.	OKB Tanılı Hastaların Cinsel Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	89
Tablo 4.36.	OKB Tanılı Hastaların Cinsel Saldırganlık Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	90
Tablo 4.37.	OKB Tanılı Hastaların Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanları ile Yine Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	92

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyeteye yol açan yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtü ve düşlemler şeklinde tanımlanan obsesyonlar ve kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlar ile karakterize (1), DSM-V' de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health, Text Revision) "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılan, 18 yaşından önce başlayabilen, çocuk ve ergenlerde yaşam boyu yaygınlığı %0,25-%4 arasında görülen (2) kronik nöropsikiyatrik bir bozukluktur.

OKB yaşamın her döneminde görülebilse de tipik olarak ilk ortaya çıkışının çocukluk ve ergenlik döneminde olduğu (3), OKB olan erişkin hastaların 1/3-1/2 kadarının belirtilerinin çocukluk çağında başladığı bilinmektedir (4). OKB hem çocuk hem de aile üzerinde olumsuz etki, yük ve yıkıma neden olabilen (5) çocuğun aile ilişkilerinden, okul performansına ve sosyal yaşamına kadar psikososyal gelişiminin tüm yönlerini etkileyebilen bir bozukluktur (6). Yeni yaklaşımlar, bozukluğun nörolojik temelini yoğun olarak ele almakla birlikte, klinik görünümünün ve belirtilerin patogenezinde insan gelişiminin ve çevresel süreçlerin kritik önemini kabul etmektedir. Bu önemin ışığı altında araştırmalar, çocukluk başlangıçlı OKB' de hem risk hem de koruyucu faktör olarak psikososyal yönlerin etkisine odaklanmaya başlamıştır. OKB' de semptom gelişiminin ebeveyn deneyiminin bir parçası olduğu, ebeveynlerde bilişsel uyumsuzluk ve rahatsızlık ile ilişkili bir süreç olabileceği ileri sürülmekte olup, ebeveyn ve aile faktörleri çocukluk çağı kaygı bozuklukları ve OKB etiyojisi ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmalarda anne babanın endişeli, düşmanca ya da eleştirel tarzda davranış modeli ve aşırı denetlemesi çocukluk çağı anksiyete bozuklukları ile (7) ayrıca ebeveynlerin sergilediği duygu, aşırı korumacı tutum ve sıcak yaklaşımda bulunmama çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (8). Ebeveynlerin ruhsal durumları, çocuklarının deneyimlerini önemli ölçüde etkileyebilir ve obsesif davranışların ve ritüellerin ortaya çıkmasına ve korunmasına katkıda bulunabilir.

Bazı çalışmalar OKB tanısı alan hastaların ebeveynlerinin aşırı kontrolcü (9) ve aşırı koruyucu davranışlarının (10) OKB' nin gelişimi ile ilişkisi olduğunu gösterirken, diğer çalışmalar daha reddedici ve daha soğuk olarak algılanan ebeveyn çocuk ilişkisinin OKB belirtilerinin ortaya çıkmasında rol oynadığını bulmuştur (11).

Ebeveyn zihinsel sağlığı, başa çıkma tutumları ve aile işlevselliği, aile ortamında uygun müdahalenin gerekebileceği OKB ile ilişkili önemli özellikler olarak öne sürülmüştür. Ebeveyn tutumlarının hangi mekanizmalar yoluyla OKB belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açtığı tam olarak bilinmemektedir. Birinci derece yakınlarının çeşitli yönleri OKB' li bireyler için tehdide ve mücadeleye yol açsa da, bugüne kadar OKB literatüründe aile üyelerinin sergilediği başa çıkma tutumları çok az dikkate alınmıştır (12). Ebeveynlerin etkisi göz önünde bulundurulduğunda, ebeveyn başa çıkma becerileri çocuk ruh sağlığı açısından önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. OKB' li çocukların aileleri ile kaygı bozukluğu olan ve klinik belirtisi olmayan çocukların aileleri arasında yapılan bir çalışmada; OKB grubundaki ebeveynler ile kaygı bozukluğu olan çocukların ana babaları arasında tutum açısından fark olmadığı, ancak OKB grubundaki ebeveynlerin klinik semptomu olmayan çocukların ebeveynlerine göre anlamlı derecede daha fazla kaçınma tarzı başa çıkma tutumu sergiledikleri bildirilmiştir (13). Komorbid durumlar ile ilgili yapılan bir çalışmada da, aktif başa çıkma tutumunun (yani sorunu değiştirmeyi amaçlayan stratejilerin), kullanılan sosyal destek derecesi gibi, depresyon ile ters korelasyon gösterdiğini, aile uyumu ve inkar/geridurma tarzı baş etme tutumlarının birbirleri ile ve depresyonla pozitif korelasyonu olduğunu belirtmiştir (12).

OKB'nin, gençlerde en sık rastlanan psikiyatrik hastalıklarından biri olduğu (14), derin dezavantajlarla ilişkili olduğu ve mevcut tedavilere her zaman yeterli yanıt vermediği bilinmektedir. Aile üyelerine bağımlılıklarının da dahil olduğu gelişim süreci, gençlerde OKB' nin tedavisini zorlaştırmaktadır. OKB' nin aileye bağımlılığını da göz önünde bulundurarak, ailelerin çocuklukta başlangıç gösteren bozukluğun başlangıcına, bakımına ve/veya tedavisine nasıl katkıda bulunduğunu anlamak önemlidir. Bu nedenle tedavi yaklaşımlarında ilerleme katedebilmek açısından çocukluk başlangıçlı OKB ile ilişkili olabilecek mekanizmaların daha fazla aydınlatılmasına ihtiyaç vardır. OKB' li çocukların ebeveynlerinin kullandığı başa çıkma tutumları ve bu tutumların OKB semptom görünüşleri ile arasındaki ilişkiyi

inceleyen yeteri kadar çalışma yoktur (12). Bu çalışmada ebeveynlerin başa çıkma tutumları ve psikiyatrik semptomları ile OKB'li çocuk ve ergenlerdeki hastalık kliniği, semptom şiddeti, komorbid durumlar arasındaki ilişki incelenecektir. Bu ilişkinin gösterilmesi ebeveyn başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine yönelik psikososyal müdahalelerin oluşturulmasına öncüllük edecektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

2.1.1. Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), 18 yaşından önce başlayabilen, obsesyonlar veya kompulsiyonlar ya da her ikisinin varlığıyla tanımlanan, genellikle süreğen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen, heterojen yapıda kronik ruhsal bir bozukluktur (15). Obsesyon (saplantı) kişinin rahatsız edici bulduğu, irade dışı gelen, sıkıntı yaratan, bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde yenileyen düşünce, dürtü ya da düşlemlerdir (16). Bunlar kişinin mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına, inançlarına ters düşer ve kabul edilemezdir. Bir başka deyişle obsesyonlar benliğe yabancıdır (ego-distonik) (15). Obsesyonlar, hastalar tarafından ‘takıntı, saplantı, evham ya da vesvese’ gibi terimlerle tanımlanmaktadır (17). Kompulsiyon (zorlantı) ise çoğu kez obsesyonları kovmak için yapılan, irade dışı yinelenen düşünce (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessizce söyleyip durma) ya da davranışlardır (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme). Önce obsesyonun doğurduğu rahatsızlığı azaltmak için başlar, ancak bu durum denetlenemez düzeye ulaşır ve bu yinelenen eylemin kendisi sıkıntı yaratmaya başlar (15). Kişi tarafından aşırı ya da anlamsız olduğu bilinmesine rağmen obsesyonları etkisizleştirmeye ya da olması korkulan şeyi önlemeye, anksiyeteyi azaltmaya yönelik yapılan kompulsif davranışların, bu amaçla gerçekçi bir ilişkisi bulunmamaktadır ya da bu davranışlar açıkça abartılıdır (16).

OKB’de obsesyonlar veya kompulsiyonlar yalın olarak görülebilmekle birlikte, OKB tanılı kişilerin büyük çoğunluğunda (% 87) obsesyon ve kompulsiyonlar birlikte görülmektedir (18). Klinik örnekleme görülen obsesyonlara şekil ve içerik açısından yakın olan düşünceler klinik dışı örnekleme de görülmektedir. Klinik örnekleme görülen obsesyonlar daha sık ve şiddetli yaşanıp kişinin işlevselliğini etkileme düzeyi açısından normal örneklemeden farklılaşmaktadır (19). Klinik örnekleme görülen bu obsesyonlar, kişi tarafından

benlik bütünlüğüne aykırı (ego-distonik) olarak algılanmaktadır (20). Kişi, benliği için tehdit yaratan bu düşünce, imaj ya da dürtülerin yarattığı kaygıyı azaltmak için yansızlaştırmalar (nötralizasyon) ya da kompulsif davranışlar yapma gibi işlevsel olmayan yöntemlere başvurmaktadır (19). Ancak, obsesyonel düşünceleri olan kişiler kendilerine rahatsızlık vermediği sürece, durumlar karşısında, normal örneklemedeki kişilerin tepkilerine benzer tepkiler ortaya koymaktadır (21).

Obsesif düşünceler ve kompulsif eylemler, gündelik yaşamımızda düşüncelerimiz ve davranışlarımız arasındaki normal geri bildirim ve denetim halkasının parçasıdır. Ancak bu düşünceler ya da eylemler kişinin, günlük işlevlerini, mesleki verimliliğini, alışagelmış olduğu etkinliklerini ya da diğer insanlarla ilişkilerini etkileyecek düzeyde sık ve yoğun olduğu takdirde bir bozukluktan söz edilebilir ve OKB tanısı gündeme gelir. Bu bozukluk, genellikle süregelen ve inatçı bir hastalık olduğundan, kişinin yaşamı kısıtlanır, verimi düşer, çevresiyle ilişkileri sağlıklı yürüyemez. Kişi saplantılarının aklına gelmemesi için ya da tekrarladığı eylemleri yapmamak için kendini zorlar fakat zorladıkça obsesyonlar artar ve kompulsiyonlar çoğalır (22).

Kronikleşme olasılığı yüksek, alevlenme ve iyileşme dönemleri ile epizodik bir gidiş gösteren OKB' nin, yarattığı işlev bozukluğu ile yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, en fazla işlev kaybına neden olan tıbbi bozukluklar içinde ilk onda yer aldığı açıklanmıştır (23). Yine, Dünya Sağlık Örgütü, OKB' nin 15-44 yaş arasındaki kadınlarda işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal bozukluklar arasında beşinci sırada olduğunu bildirmiştir (24).

2.1.2. Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonların varlığı insanlık tarihi kadar eskiye dayanır. Din kitaplarında obsesyon ve kompulsiyonları işaret eden davranış örneklerine rastlanmaktadır (15). İÖ 11. yüzyılda İsrail kralı Saul' un şeytandan gelen zararlı düşüncelere yakalandığı ve arp sesiyle rahatladığından bahsedilmektedir. Orta Çağ'da bir din adamı tarafından yazılan Malleus Maleficarum (Şeytanın Çekici) isimli kitapta bir papazın herhangi bir kilisenin önünden geçerken ve dua ederken

şeytanın etkisiyle sürekli dilini çıkardığından, kendini rahibi dinlemeye verdikçe şeytanın daha da fazla etkilediğinden söz edilmektedir (25). 17. yüzyılda ise Shakespeare, Lady Macbeth karakteriyle suçluluktan kurtulmak için sürekli el yıkama davranışı sergileyen karakteriyle obsesyon ve kompulsiyonları örneklendirmiştir (26). 19. yüzyıla kadar ruhsal bir bozukluk olmaktan çok dini ve büyüsel yorumlarla ele alınmış olan OKB, psikiyatri literatüründe ise ilk kez Esquirol tarafından 1838’de tanımlanmıştır (27). Obsesyon terimi ise ilk kez 1866’da Morel tarafından kullanmıştır (28). Du Jalle’ in 1875 yılında “içgörülü delilik” olarak isimlendirdiği OKB o yıllarda depresyon ya da melankolinin bir belirtisi olarak düşünülmekteydi (29). 20. yüzyıl başlarına gelindiğinde OKB, artık ayrı bir klinik sendrom olarak ele alınmaya başlanmıştır (4). Obsesyonları depresyon belirtilerinden ayıran ilk hekim 1878 yılında Westpahl olmuştur. Yine bu yüzyılda Pierre Janet, obsesyon ve kompulsiyonları fobilerle birlikte ‘psikasteni’ başlığı altında toplamıştır (30). Freud ise analitik yaklaşım ile fobik nevroz ve obsesif kompulsif nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak incelemiş ve bozukluğun psikodinamik temellerini ortaya koymuştur (15). 20. yüzyılda öğrenme kuramları ile obsesif kompulsif nevroz etiyojisine ve sağaltımına önemli katkılar sağlanmıştır (29).

Sigmund Freud obsesif kompulsif fenomenler ile çocukluk çağındaki oyunların benzerliğine ilk dikkati çeken kişi olmuştur (31). Freud obsesyonel nevrozun ilk semptomlarını çocukluk çağının ikinci döneminde, 6-8 yaşları arasında gösterdiğini, obsesyonel nevrozla obsesyonel kişilik özelliklerinin ilişkili olduğunu, ikisi arasındaki farkın obsesif kişilikte bastırma sonrası anal sadistik döneme gerilemenin obsesyonel nevroza göre daha yumuşak bir şekilde olması olduğunu öne sürmüştür (32). İlk çocuk OKB vakasını tanımlayan Pierre Janet olmuştur. Janet, bu hastaların düşüncelerinin farkında olduklarını ama onlar üzerindeki kontrolü kaybettiklerini, bu yüzden obsesif düşüncelerin “mental tikler” le ilişkili olduklarını öne sürmüştür. Janet çocukta OKB’ nin erişkin formuna benzer bir klinik tabloyla ortaya çıktığını belirtmiştir (33). Janet’ ten sonra çocuk psikiyatrisi literatüründe OKB vakalarını tanımlayan Leo Kanner olmuştur (1935). Kanner (1962), bu çocukların aşırı koruyucu ebeveyn tutumlarıyla yetiştirildiklerini, kendilerine sürekli neyin doğru olduğu söylendiği için yanlış yapmaktan çekindiklerini bildirmiştir. Pediatrik OKB vaka bildirimleri Berman

(1942) ile devam etmiştir. Berman, vakalarının obsesyonlarının içeriğinin erişkin vakalara benzer şekilde zarar görme, sayma, şüphe ve cinsel içerikli obsesyonlar olduğunu bildirmiştir. Anna Freud çocuk ve erişkin OKB vakaları arasındaki şu farka dikkati çekmiştir: erişkin hastalarda her bir nörotik semptomun genetik olarak belirlenmiş kişilik yapısının bir parçası olarak geliştiğine, fakat çocuklarda durumun böyle olmadığına, çocuklarda semptomların izole bir şekilde veya farklı kökenli semptomlarla birlikte gelişebildiğine dikkati çekmiştir (34).

Yakın tarihte OKB üzerine yapılan araştırmalarda yeni görüşler ortaya konmuştur. Mallinger OKB' nin temel psikopatolojisinin kontrol ihtiyacı olduğunu öne sürmüştür. Mallinger' e göre bu kontrol ihtiyacı kökenlerini tutarsız ve çelişkili çocuk-ebeveyn ilişkisinden almaktadır. Ebeveyn-çocuk ilişkisine vurgu yapan diğer bir araştırmacı da Leib' tir. Leib, OKB hastalarının analizinde anne-çocuk ilişkisinin incelenmesinin önemli olduğunu ve bu hastaların çoğunda omnipotan, despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin hastalığın etyopatogenezinde önemli bir rol oynadığını belirtmiştir (35). Meares, OKB semptomatolojisindeki temel mekanizmanın daha önceden Freud tarafından "Kurt adam" olgusu ile tanımlanmış olan "düşüncelerin omnipotansı" olduğu görüşünü savunmuştur. Düşüncelerin omnipotansı kökenini çocukluklarda ve bazı toplumların ritüellerinde de bulunan "büyüsel düşünce" den almaktadır. Meares, OKB' li hastaların kendilik sınırları kavramının gelişmemiş olduğunu, hastalığın bu nedenle geliştiğini savunur. Meares, aşırı koruyucu ebeveyn tutumunun iç dış sınırının oluşmamasında önemli rol oynadığını belirtmiştir; aşırı koruyucu tutum sonucu çocuk dış dünyanın kendisinin bir uzantısı olduğunu düşünmeye devam eder ve sınırın oluşması için gerekli sosyal etkileşimlerden ve hayal kırıklıklarından uzakta kalır (2001).

OKB yüzyılı aşkın süredir iyi tanımlanan bir ruhsal bozukluk olmasına rağmen, ayrı bir bozukluk olarak tanı sistemlerine girmesi oldukça geç olmuş ve ancak 1980 yılından sonra Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-III (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III, DSM-III) ile DSM sınıflaması içindeki yerini almıştır (36). DSM-III, 1987 yılında yeniden gözden geçirilmiştir ve OKB günlük yaşamı kesintiye uğratan, en az bir saat süren

obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanıp ‘‘obsesif kompulsif nevroz’’ olarak adlandırılmıştır (37). DSM-IV ile beraber OKB terimi kullanıma girmiş ve OKB ‘‘anksiyete bozuklukları’’ alt grubu içerisinde değerlendirilmiştir (38). DSM-IV’ ün vurguladığı bozukluk kavramı, organ seviyesinde, fizyolojik veya ruhsal bir hasarı içeren, bireyin kendisinde sınırlı olan bir durum olarak tanımlanmış, bir bozukluğun olabilmesi için, hekim tarafından, bireyin işlevselliğinin bozulduğu düşüncesine varılması şartını da koşmuştur (38). ICD-10’ da (International Classification of Disease, Hastalıkların Uluslararası Tanı Sınıflandırması) ise OKB anksiyete bozuklukları içinde yer almamış, ‘‘Nevrotik, stresle ilişkili somatoform bozukluklar’’ içinde yer almıştır (39). OKB’ nin çocukluk çağı ruhsal bozuklukları arasında yer alması, ilk olarak 1968 yılında, Amerika Birleşik Devletleri’ nde DSM-II ile; Avrupa’ da ise 1978’de ICD-9 ile olmuştur. DSM-IV-TR’de, çocuk olgulardaki farklılığın altı çizilerek, ‘‘Birey, obsesyon veya kompulsiyonlarının aşırı ya da mantıksız olduğunu bilir’’ tanı ölçütünün, çocuklar tarafından karşılanamayabileceğini bildirilmiştir (40). DSM-V de ‘‘ Obsesif Kompulsif Bozukluk’’ DSM-IV-TR’ deki ‘‘Anksiyete Bozuklukları’’ bölümünden, yeni oluşturulan ‘‘Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar’’ bölümüne eklenmiştir. ‘‘ Obsesif Kompulsif Bozukluk’’ ve ilişkili bozuklukların ayrı bir bölüme alınması bu bozuklukların farklı etyolojiye ve gidişata sahip olmalarından kaynaklanmaktadır.

2.1.3. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü’ nün verilerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk en fazla yeti yitimi oluşturan 10 hastalık içerisinde yer almaktadır ve işlevselliği olumsuz yönde etkileyen ruhsal ve fiziksel hastalıklar arasında onuncu sırada yer almaktadır (41). Farklı toplumlarda yapılan epidemiyolojik bir araştırmaya göre, OKB’ nin yaşam boyu prevalansı %2-3 arasındadır (42).

OKB’ nin çocuk ve ergenlerde nadir görüldüğüne inanılırken, son yıllarda yapılan araştırmaların sonuçları OKB’ nin çocuk ve ergenlerde sanıldığı kadar seyrek olmadığını belirtmektedir (43). Birçok araştırmanın sonucuna göre, OKB’ nin çocuk ve ergenlerde yaşam boyu yaygınlığının benzer oranlarda olduğu, %0.7 ile %2.9 arasında değiştiği bildirilmiştir (31).

OKB'nin başlangıç yaşına bakıldığında ise yapılan araştırmalarda OKB başlangıç yaşlarının farklı olabildiği görülmüştür. Türkiye' de lise öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, OKB başlangıç yaşının ortalama 14 olduğu bulunmuştur (44). Bir araştırmada OKB'nin ortalama başlangıç yaşınının 11 olduğu bildirilmişken (45), başka bir çalışmada, obsesif-kompulsif semptomların ortalama 9 yaş civarında başladığı görülmüştür (46). OKB sıklığının bimodal dağılım gösteren, ilk piki preadolesan dönemde, ikinci piki ise erken erişkin dönemde olan bir bozukluk olduğu kabul edilmiştir (3).

OKB'ye ilişkin semptomların genç yetişkinlik dönemi öncesinde başlaması hastalığın genetik temelleri hakkında bilgi vermekte ve bu sayede bozukluğun ailesel olup olmadığı da ayırt edilebilmektedir. OKB' nin 18 yaş ve üstünde başlangıç gösterdiği hastaların ailelerinde OKB görülmemiştir. Bu sonuç, obsesif-kompulsif semptomların başlangıç yaşının ailesellikle yüksek düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir (45). Bunlara ek olarak, erken başlangıçlı OKB' si olan hastaların akrabalarında OKB görülme riski daha yüksektir (47). Yapılan çalışmaların artması ile birlikte, erken yaşta başlangıcın, OKB için kötü prognoz ölçütü olduğu da görülmüştür (14).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre, OKB' nin başlangıç yaşının erken dönemde olması, aynı zamanda hastalığın prognozunu da yordamaktadır; çocukluk döneminde OKB tanısı konmuş olan hastaların %41' inin erişkinlik döneminde de OKB tanısı konmuş olduğu görülmektedir (14). Başka bir çalışmada yetişkinlerin üçte ikisi semptomların çocukluk döneminde başladığını belirtmişlerdir (42). Bu sonuçlar doğrultusunda, OKB' nin çocuk-ergen döneminde başlaması yetişkinlikte başlayan vakalardan farklı olarak gelişimsel alt tipi temsil edebileceğini ve yetişkinlikte de devam edebileceğini göstermektedir.

Cinsiyet açısından bakıldığında ise, bir araştırmada kız ve erkekler arasında OKB'nin başlangıç yaşının benzerlik gösterdiği bulunmuştur (46). Bu sonuçtan farklı olarak başka bir araştırmada, erkeklerde OKB' nin başlangıcı kızlara göre daha erken olmakta ve bu yüzden çocuk ve ergen OKB olgularının çoğunu erkek çocuklar oluşturmaktadır (31). OKB' nin ve sublinik OKB' nin yaşam boyu yaygınlık oranlarının cinsiyet açısından benzer oldukları bulunmuştur. Cinsiyet açısından obsesyon ve kompulsiyonlar karşılaştırıldığında ise erkekler daha çok obsesyon

belirtirken, kızlar daha çok kompulsiyon belirtmiştir. Ergenlerin %55' i ise hem obsesyon hem de kompulsiyonları olduğunu belirtmiştir (48).

Demografik özelliklerden bir diğeri olan, sosyoekonomik düzey açısından OKB incelendiğinde, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan ergenlerin düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlardan OKB yaygınlığının daha fazla olduğu bulunmuştur (49). Kardeş sayısının OKB' deki yerine bakıldığında, kardeş sayısı OKB olan hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (4).

2.1.4. Etiyoloji

OKB'nin etiopatogenezinde; genetik, nörobiyolojik ve psikolojik etkenlerin rol aldığı düşünülmekte olup, nörobiyolojik etkenler arasında nöroanatomik, nörokimyasal ve nöroimmunolojik değişikliklerin, psikolojik etkenler içerisinde ise psikodinamik ve bilişsel-davranışsal görüşlerin etkili olduğu vurgulanmaktadır.

2.1.4.1. Biyolojik Etkenler

Genetik

OKB etiyojisine yönelik çalışmaların büyük kısmını genetik araştırmalar oluşturmaktadır. OKB ile ilgili genetik araştırmalar; aile ve ikiz çalışmaları, segresyon çalışmaları, bağlantı (linkage) ve moleküler genetik çalışmaları içermekte ve son yıllarda tüm genomun aynı anda incelendiği araştırmalar ve epigenetik çalışmalarla devam etmektedir (50, 51).

OKB'de ailesel geçiş 1930' lardan bu yana araştırılan bir konudur (47). Aile çalışmalarında genetik geçişi daha çok erken başlangıçlı olan ve tik bozukluğu ile birlikte giden OKB olguları desteklemektedir (52). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda; ailede OKB' li birey oranını Leonard ve arkadaşları (53) %30, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise Vural ve arkadaşları (54) %11 olarak saptamıştır. Arka arkaya yapılan çalışmalarda, erişkin olguların akrabalarında OKB sıklığı, kontrollere göre yaklaşık 2 kat daha fazla çıkarken, çocuk ve ergen olguların akrabalarında ise kontrollere göre 10 kat artmış sıklık oranları tespit edilmiştir (55).

Bu sonuçlar erken başlangıçlı OKB' nin yüksek oranda ailesel geçiş özellikleri olabileceğini göstermektedir. Bir çalışmada da, obsesyonların kompulsiyonlara göre daha yüksek ailesel geçiş özelliği gösterdiği bildirilmiştir (45). İkiz çalışmaları, özellikle etyolojisi net olmayan, heterojen bozuklukların, genetik açıdan araştırılması için çok önemli bilgiler sağlamaktadır. İkiz gruplarında yapılan araştırmalarda monozigot ikizlerde OKB için eş hastalanma (konkordans) oranının dizigot ikizlere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (42,56). Van Groothest ve arkadaşları, genetiğin çocukluk çağındaki OKB semptomları üzerine etkisinin %45-65 arasında olduğunu, monozigot ikizlerde eş hastalanma oranının %70-80, dizigot ikizlerde %20-50 olduğunu bildirmişlerdir (57).

Segregasyon çalışmaları potansiyel olarak otozomal olan bir majör genin OKB' nin geçişinde rol alıp almadığını tanımlamak amacı ile yapılmaktadır. Aile ve segregasyon çalışmalarında OKB ile Tourette sendromu arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (58). Tourette sendromu olan hastaların birinci derece akrabalarında OKB görülme oranı % 6-26 olarak bildirilmiştir (59).

Aile ve ikiz çalışmalarında genetik geçişin gösterilmesinin ardından OKB olgularında geçişten sorumlu olan gen lokusları üzerine çalışılmaya başlanmış (60), yapılan bağlantı (linkage) çalışmalarında 9. Kromozomun uzun kolunda birden fazla noktada bağlantı bulguları saptanarak özellikle 9p24 üzerinde bir aday bölgenin daha ileri araştırmalar ile incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır (61).

Aday gen çalışmaları, OKB' nin farmakolojisi, patofizyolojisi ve yapılan önceki araştırmaların bilgilerine dayanarak, serotonerjik ve dopaminerjik sistem üzerinde yoğunlaşmıştır. Serotonin taşıyıcı geninde (SERT) gözlenen polimorfizmler ve bu polimorfizmlerin OKB ile ilişkisini ele alan çalışmalarda, SERT 1s genotipini taşıyanlarla OKB arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (62). Serotonin reseptörlerinde gözlenen polimorfizmlerin de OKB ile ilişkisi üzerine çalışmalar yapılmıştır. 5HT1B, 5HT2A ve 5HT2C üzerinde en çok durulan reseptörlerdendir (60). Dopaminerjik sistemle ilgili dopamin taşıyıcısı (DAT) ve dopamin reseptörlerinde (DRD1, DRD2, DRD3 ve DRD4) gözlenen genetik polimorfizmlerin, NMDA reseptörleri ve glutamat taşıyıcılarında gözlenen polimorfizmlerin, nörotransmitterler metabolizmasında rol oynayan genlerden COMT ve MAO-A genlerindeki polimorfizmlerin ve bunlara ek olarak BDNF, GABA, mu opiyat, Apo

E ve Olig2 gibi genlerde gözlenen polimorfizmlerin de OKB ile ilişkisi üzerine araştırmalar mevcuttur (60).

OKB gibi karışık ve çoklu nörobiyolojik mekanizmaların rol oynadığı bir hastalık için tek bir polimorfizmine dayanan ilişkilendirme çalışmaları yetersiz kalmıştır ve bu bağlamda yerini tüm genomun incelendiği ilişkilendirme ve bağlantı çalışmalarına bırakmıştır (60). Bugüne kadarki en güncel ve geniş çalışmada 219 aile incelenmiş, 3q, 6q, 7p, 1q ve 15q non-parametrik kromozom bölgelerinde bağlantı noktaları bulunmuş, en kuvvetli bağlantı ise kromozom 3q27-28 üzerinde elde edilmiştir (55).

Son yıllarda epigenetik araştırmaların da OKB genetiğini aydınlatmada önemli role sahip olacağı düşünölmekle birlikte hastalığın gelişiminden sorumlu tutulan genleri hedef alan miRNA'ların hastalığın oluşumunda etkisi üzerinde durulmaktadır (63).

Nörobiyolojik

i) Serotonin Hipotezi

OKB etyolojisinde serotonin nörotransmitter sisteminin rol oynadığına dair ilk görüşler ilaç gözlemlerine dayanmaktadır. Serotonin mekanizmasına dair en eski kanıt, serotonin geri alım inhibisyonu yapan trisiklik antidepresan klomipraminin antiobsesyonel etkilerinin görülmesiyle ortaya çıkmıştır (64). Klomipramin ve fluoksetinin yalnızca noradrenalin geri alımını bloke eden desipramin ile karşılaştırıldığında, desipramin etkisinin plasebodan farksız olduğu ve antiobsesyonel etki için serotonin transportunun inhibisyonunun gerekli olduğu gösterilmiştir (65). Ayrıca bir grup çalışmada OKB hastalarının beyin omurilik sıvısında (BOS), serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (16) ve 5-HIAA düzeyi yüksek olanlarda tedaviye yanıtın daha iyi olduğu bildirilmiştir (66). Serotonin reseptörü düzeyindeki çalışmalarda ise, 5-HT1A, 5-HT1D ve 5-HT2C reseptörlerine yüksek afiniteli bir serotonin agonisti olan meta-klorofenilpirazin (m-CCP) ile yapılan serotonerjik zorlama (challenge) çalışmalarında m-CCP ile OKB belirtilerinde artış gösterilmiştir (67). Ayrıca yapılan klinik, farmakolojik, genetik ve görüntöleme çalışmaları 5HT1D reseptörünün OKB etyolojisindeki rolüne dikkat

çekmiş ve orbitofrontal kortekste 5HT1D terminal otoresptör desensitizasyonu daha uzun süre ve daha yüksek doz serotonin geri alım inhibitörü gereksinimi ile ilişkilendirilmiştir (64).

ii)Dopamin Hipotezi

OKB hastalarının sıklıkla tek başına serotonin geri alım inhibitörlerine cevabının kısmi olması, BOS metabolitleri ve farmakolojik çalışmaların sonuçlarının tutarsız olması başka nörokimyasal sistemlerin rolüne dikkat çekmiştir (68).

İlk basal ganglion disfonksiyonu sonucunda gelişen OKB olgusu, 1931 yılında Constantin von Economo' nun postensefalitik Parkinson hastalığı üzerine olan tezinde açıklanmış, bu olgularda kompulsif davranışlara benzeyen motor tikler, ritüel benzeri davranışların gözleendiği ve olguların kendilerini bazı davranışları yapmak zorunda hissettiği, ama bu davranışları aslında yapmak istemediklerini ifade ettiği bildirilmiştir (69). Dopamin blokerlerinin OKB ile ilişkili bozukluklardan Tourette sendromunun tedavisinde kullanılması ve tedaviye dirençli OKB hastalarında fayda sağlaması dopamin hipotezini güçlendirmiştir (64).

Sinaptik dopamin seviyelerini ve dopamin taşıyıcısı yoğunluğunu arttırdığı bilinen kokaini kullanan kişilerde obsesyon ve kompulsiyonların görüldüğü ve ilerleyen yaşlarda bu kişilerde OKB ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (70). Metilfenidat ve amfetamin kullanımının da OKB belirtilerini tetiklediği ya da artırdığı gözlenmiştir (71). Dopamin taşıyıcı sisteminin mutasyonla azaltıldığı ve ekstrasellüler dopamin oranının artırıldığı sıçanlarda gözlenen stereotipik davranışlar da OKB'de hiperdopaminerjik bir durumun varlığını desteklemektedir (72). Bir başka çalışmada, D2/3 reseptör agonisti quinpirole maruz bırakılan sıçanlarda OKB hastalarındaki kontrol etme davranışlarına benzer belirtiler ortaya çıkmış ve quinpirolün kesilmesiyle kompulsiyon benzeri bu davranışların geriye döndüğü gösterilmiştir (73). Dopamin reseptör agonisti olan bromokriptin ile hayvanlarda yapılan bir çalışmada stereotipik hareketlerde artışa neden olduğu gösterilmiştir (74).

Obsesif kompulsif bozuklukta birincil serotonin azlığı, normal dopaminerjik aktivitenin baskılanamaması ile sonuçlanır; sabit hareket paterni uygunsuz biçimde artar, obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkar (75). Genel olarak dopaminin

prefrontal korteks ile amigdala arasındaki ilişkiyi düzenlemedeki etkinliğinin obsesif kompulsif belirtilere aracılık ettiği düşünülmektedir (76).

iii) Glutamat Hipotezi

Kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) yolakta glutamaterjik disfonksiyonla OKB ilişkisini ele alan çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır (77). OKB' nin etyopatogenezinde glutamat işlevi bozukluğu olduğu ilk kez 1998' de bir olgu sunumunda bildirilmiştir (78). OKB olgularının beyin omurilik sıvısında (BOS) glutamat düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (79). Ayrıca riluzol, memantin, N-asetilsistein ve D-sikloserin gibi glutamat nörotransmitter sistemine etki eden ajanların tedavide faydalı olduğunu gösteren olgu bildirimlerinin olması etyolojide glutamatın rol oynadığı görüşünü desteklemektedir (80). Glutamat reseptörü ile yapılan genetik çalışmalar da; N-Metil-D-Aspartat (NMDA) reseptör 2B alt birimi kodlayan GRIN 2B (81), iyonotropik glutamat reseptör ailesi altbirimlerinde kainat reseptörlerinin 2 ve 3 alt birimlerini kodlayan GRIK-2 ve GRIK-3 (82), nöronal glutamat taşıyıcı eksitatuvar amino asid taşıyıcı 1 (EAAC1/EAAT3)'i kodlayan SLC1A1 (83) genlerinin polimorfizmleri ile OKB arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir.

Santral sinir sisteminin ana inhibitör maddesi olan Gama amino butirik asit (GABA) ise OKB de çok az çalışılmış nörotransmitterlerdendir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında anterior singulat korteks (ACC) dahil olmak üzere prefrontal kortekste GABA seviyelerinde düşme saptanmıştır (84).

Nöroanatomik

OKB'nin nörolojik temeline dair ilk tanımlamalar, influenza enfeksiyonuna bağlı bazal gangliyon hasarı gelişen hastalarda kompulsif tarzda motor tikler ve ritüel benzeri davranış paternlerinin gözlemlenmesi sonucu ortaya çıkmıştır (85). OKB' de, bazal gangliyonların, uygun olmayan uyarıları yeterince filtre edememeleri sonucu korteks- kaudat çekirdek- globus pallidus- talamus korteks döngüsü, aşırı bir aktivite kazanmakta ve obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bazal gangliyonlarda serotonin reseptörleri yoğun bir şekilde bulunmakta ve OKB

tedavisinde kullanılan serotonin geri alım inhibitörleri bu döngüdeki aktivite artışını bloke etmektedir (17).

OKB hastalarıyla yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) çalışmalarında beyin atrofisinin bir göstergesi olan ventrikül-beyin oranında artma ve kaudat çekirdekte hacim değişiklikleri saptanmıştır (86). Manyetik rezonans (MR) görüntüleme çalışmalarında ise OKB hastalarında, kontrol grubuna göre sol orbitofrontal korteks, sol superior temporal girus, sol inferior parietal korteks, sol talamus ve bilateral hipotalamus gri cevher hacminde artma, küneus ve serebellumda ise gri cevher hacminde azalma bildirilmiştir (87). Watkins ve arkadaşları tarafından yapılan ve OKB hastaları ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmasında da, hasta grupta frontal bölgeler (OFK ve dorsolateral korteks), singulat girus, insula ve parietal girus glukoz metabolizmasında ve aktivasyonunda artış saptanmıştır (88).

Nöropsikolojik

Orbitofrontal korteks, anterior singulat girus, bazal gangliyon ve talamus bölgelerinde yapısal ve fonksiyonel anormalliklerin olduğu gösterilen OKB hastalarında, bu beyin bölgelerini gösteren nörobilişsel testlerde hastaların düşük performans sergileyebilecekleri hipotezi kurulmuştur (89). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda, OKB' de dikkat kaydırma, bellek, yanıt inhibisyonu, dikkati işleme ve görsel-mekansal işlevler gibi alanlarda eksiklikler olduğu gösterilmiştir.

Nöroendokrinolojik

Çoğu araştırma, nöropeptidlerin bellek oluşumunda, annelik davranışlarında, cinsel ve yıkıcı davranışlarda, stereotipik hareketlerin ortaya çıkışında rol oynadığını (90) ve bu bağlamda arjinin vasopressin (AVP), oksitosin, somatostatin ve opioidler ile OKB arasında etiyolojik bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Leckman ve arkadaşları tedavi edilmemiş OKB hastalarında, hastalık şiddeti ile BOS oksitosin düzeyleri arasında korelasyon olduğunu göstermiştir (91). Çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada, 43 olguda obsesif kompulsif belirtilerin ciddiyeti ile BOS' taki AVP seviyesi arasında negatif korelasyon gösterilmiştir (66). Oysa, erişkin OKB olgularında, sağlıklı kontrollere göre BOS' taki bazal AVP düzeyi yüksek olarak

tespit edilmiştir (92). Opioid antagonisti olan naloksanın OKB belirtilerini alevlendirmesi, opioid agonisti tramadolun bazı olgularda tedavi edici etkisinin olması nedeni ile opioid reseptörleri üzerine moleküler genetik çalışmalar yapılmış, fakat henüz net sonuçlar elde edilmemiştir (58). Çocuk ve ergenlerde, opioidler için BOS' ta anlamlı bir bulgu bulunamamıştır (66). Serotonerjik sistem üzerinden etkili olduğu düşünülen büyüme hormonuna yönelik yapılan bir çalışmada yüksek okul öğrencileri arasında OKB'si olan erkeklerin, sağlıklı olan bireyler ve OKB dışında başka bir ruhsal bozukluğu olan bireylere göre daha ince ve kısa boylu oldukları bildirilmiştir (93). Pituitier bezden büyüme hormonunun salınmasını inhibe eden somatostatin üzerine yapılan çalışmada, BOS' ta somatostatin seviyesi OKB grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek seviyede tespit edilmiştir (94).

Nöroimmünolojik

Streptokok enfeksiyonları ile çocuk çağı başlangıçlı OKB arasındaki olası bağlantılar OKB gelişiminde nöroimmunolojinin de etkisinin olabileceğini düşündürmektedir (95).

Çocukluk çağı OKB olgularının üçte birinde belirtilerin streptokokal enfeksiyon ile başladığı ya da daha sık olarak alevlenme gösterdiği belirtilmektedir. Otoimmün hastalık olarak kabul edilen ve A grubu hemolitik streptokok enfeksiyonlarından sonra gelişen özellikle gövdede ve ekstremitelerde hızlı, amaçsız, istemsiz, sıçrayıcı tarzda hareketlerin görüldüğü Sydenham Koresinde OKB belirtilerinin olguların dörtte üçünde görüldüğü, bu belirtilerin kore belirtilerinden kısa bir süre önce başladığı (96), nörolojik semptomlarla paralel olarak düzeldiği gözlenmiştir.

Swedo ve arkadaşları 1998 yılında, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonunu takiben duygusal dalgalanma, ayrılma anksiyetesi, dikkat bozuklukları ve obsesif kompulsif (OK) belirtilerle seyreden otoimmün bir hastalık olarak PANDAS (Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pedyatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık)'ı tanımlamış ve OKB'li çocukların bazılarında bu enfeksiyonun etiyolojik faktör olabileceğini öne sürmüşlerdir (96). Bu hastalıkta, antikor aracılığı ile olan inflamasyon bazal gangliyonlar, kaudat nukleus, putamen ve globus pallidusta hacim artışına yol açmaktadır (96). PANDAS tanısı olan bir grup

hastada yapılan bir çalışmada, OKB belirtilerinin bu çocuklarda diğer çocukluk çağı başlangıçlı OKB' ye göre ortalama 3 yıl daha erken başladığı, belirti alevlenmesinin ani ve dramatik olduğu ve A grubu hemolitik streptokok enfeksiyonları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (97).

2.1.4.2. Psikososyal Etkenler

Psikodinamik

Son yıllarda nörobiyolojik çalışmaların ağırlık kazanmasıyla OKB için önerilen psikoanalitik kuramın geçerli olmadığına dair görüşler artmaktadır (54). Psikoanalitik tedavinin OKB' deki başarısızlığı kanıtlanmış olsa da psikoanalitik kuramın OKB için getirdiği özgün açıklama ve düzeneklerin tümünden geçersiz olduğunu söylemek kolay değildir (15).

Freud, 1909 yılında hastalıkların psikoanalitik tedavi yöntemlerini tanımlamış ve obsesif kompulsif bozukluğu, nevrozların prototipi ve psikanalizin en ilgi çekici ve verimli alanlarından biri olarak görmüştür. Psikodinamik etkenleri anlayabilmek için, klasik psikodinamik kurama göre anal kişilik özelliklerini bilmek gerekmektedir. Bu dönem, 1 ile 3 yaşları arasındaki evre olup psikanalitik kurama göre, bu dönemdeki haz bölgeleri, anal ve üretral bölgelerdir. Anal dönemin özellikleri; dağınıklık, iki değerli davranışlar, büyüsel düşünce, ayrıca inatçılık, meraktır. "İki değerlilik" (ambivalans), her eylemde sevgi ve nefret arasındaki karşıtlığı yaşamak olup bu durum kendisini belirgin olarak, eyleme geçme aşamasında, kararsızlık biçiminde göstermektedir. Freud, obsesyonel nevrozda anal döneme saplanma ve gerileme görülmesi, yer değiştirme, yalıtma, yapma-bozma gibi kendine özgü savunma mekanizmalarının ve ego ile süperego arasındaki sadomazoşistik ilişki gibi gözlemlerini bir araya getirerek bu nevrozun özgün bir bozukluk olduğundan bahsetmiştir (98).

Abraham'a göre ailenin çocuklarına düzeni, temizliği öğretme çabaları çocuğun inatçılığı nedeniyle baskıya dönüşmekte ve bu durum anal karakterin ortaya çıkışında önemli yer tutmaktadır. Çocuk, annesiyle hemen her konuda inatlaşmakta, onlara öfkelenmekte ve vurmaktadır. Bu sürtüşmelerin çözüm şekilleri ise saplantı zorlantı nevrozunun temel belirleyicisi olarak görülmektedir (99). Anal dönemde,

çocuğun merakından dolayı çok soru sormasını, inatçılığını, ambivalan davranışlarını engellemek; bu döneme fiksasyonun önemli bir nedeni olabilmekte ve bu nedenle bu dönemde koyulan kurallarda ölçünün kaçırılması, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemekte, özerklik duygusunu zedeleyebilmektedir. Çocuğa çok katı tuvalet eğitimi vermek, aşırı temiz, düzenli olmayı öğütlemek, aşırı koruyucu denetleyici davranmak, günah ve ayıp kavramları üzerinde aşırı durmak da anal döneme saplanmaya yol açabilmektedir.

Kontrol etme, başkalarını yönetme, denetimi altına alma, kurallar koyma saplantı zorlantı nevrozlu bireylerin baskın kişilik özellikleridir. Herkes, her ortam denetim altında olmalıdır, kendisini bu şekilde dışarıdan gelecek tehditlere karşı korumuş olmaktadır (100). Çevresindeki herkesin güçsüzlüğünü, kötü niyetini kanıtlamak, planlarını bozmak, eziyet etmek saplantı zorlantı nevrozunun anal sadizme bağlanan gelişmiş becerileridir. Düzenli olanların yanında, tam tersine işleri yavaşlatan, düzensiz, sürekli geç kalan, bu şekilde öfke uyandırmaya çalışan, eziyet eden bireyler de vardır. Bu tutumların altında, ambivalan duyguları yatmaktadır. Büyüsel düşünce ise kendini, uğurlu ya da uğursuzluk inançları, bunu gidermek için yapılan birtakım törensel davranışlar şeklinde gösterebilir (99). Saplantı zorlantı nevrozunda, birbirine karşı dürtülerin baskısına karşı denetim sağlama çabası da vardır.

Psikanalitik kuram, saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullanılan ve anal döneme özgü 3 temel savunma mekanizması tanımlamaktadır. Bunlar; yalıtma (izolasyon), yapma-bozma (doing-undoing) ve karşıt tepki kurma (reaksiyon formasyon)'dır (101). OK belirtilerin şeklini ve niteliğini belirleyen de bu savunma mekanizmaları olduğu kabul edilmiştir. Yalıtma tam olarak gerçekleştiğinde dürtünün duygusal bileşeni, düşünsel içeriğinden ayrılarak bilinç dışına itilmektedir. Yapma-bozma mekanizmasıyla dürtünün denetimi ve anksiyetenin yatıştırılması amaçlanır. Bu mekanizmayla, eylem bir ikincisiyle iptal edilerek sanki hiç yapılmamış gibi kabul edilmesini sağlayan kompulsif eylemlerin ortaya çıktığı kabul görmüştür. Karşıt tepki oluşturma mekanizmasını kullanan kişi, dürtüsel bir tehlikenin tehdidi karşısında bu tehlike sürekli varmışçasına kişilik yapısını değiştirerek her an tehlikeye hazırlıklı olunan bir tutumu benimser, böylelikle bu kişiler, bilinç düzeyinde altta yatan dürtünün tam tersi bir tutum içindedir (29).

Anna Freud, karşıt tepki oluşturma benzeri özgül savunmaların OKB' yi tekrarlayıcı davranışlar görülen diğer bozukluklardan ayırdığını savunmuştur. Anna Freud, ayrıca nesne ilişkilerindeki başarısızlık ile anal özelliklerin artışı arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüştür (102). Klein ise, obsesyonları içsel iyi nesnenin tahribi arzusunun karşı kullanılan savunmalar olarak görmüştür. Çocuk sevdiği nesneyi tahrip ettiğinden korkmakta ve onu geri dönüşsüz onarımı mümkün olmayan şekilde tahrip etmemek için kontrol etmektedir (103). Mallinger ve Salzman, obsesiflerin yaşamlarının her alanında kontrol ihtiyacının hakim olduğunu vurgulamışlardır (104, 105). Leib, OKB hastalarının analizinde anne-çocuk ilişkisinin incelenmesinin çok önemli olduğunu ve bu hastaların çoğunda despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin hastalığın gelişiminde rol oynadığını vurgulamıştır (35).

Bilişsel ve Davranışsal

Davranışçı model, OKB' nin oluşumu ve devamını açıklamak için, Mowrer' in fobik korkunun oluşumunu açıklayan "iki basamaklı öğrenme kuramı" nı kullanılmıştır (106). Bu kuramda, klasik koşullanma yolu ile öğrenilen korku, edimsel koşullanma yoluyla artarak pekişir, devamlılık kazanır. Klasik koşullanma ilkelerine göre, özünde korkutucu olmayan, kaygı yaratmayan bir uyaran, doğal olarak korkutucu bir uyaranla eşleştirildiğinde, koşullu uyaran yansız olma özelliğini kaybederek, rahatsız edici bir uyaran özelliği kazanır. Bu kurama göre, obsesyonlar "koşullu uyaranlar"dır. Göreceli olarak yüksüz bir uyaran, kaygı yaratıcı nitelikteki olaylarla eşleşmiş durumdaki bir koşullanma süreci aracılığı ile anksiyeteye birleşir, böylelikle, önceden yüksüz nitelikte olan objeler, düşünceler, sıkıntı yaratan koşullu uyaranlar haline gelmektedir. Birey bir süre sonra belirli bir eylemin, kaygı yaratan düşüncesini azalttığını fark eder. Anksiyetesini kontrol etmek amacıyla, törensel davranışlar ya da kompülsiyonlar şeklinde kaçınma yöntemleri geliştirir. Bu kaçınma yöntemleri, zamanla öğrenilmiş davranış örüntüleri şeklinde yerleşik hale gelir (107, 108, 109). Sonuç olarak; bu kurama göre, obsesyonlar öğrenilmiş edimler, kompülsiyonlar ise kaygıyı nötralize etmek için öğrenilmiş ve pekiştirilmiş davranışlar bütünüdür (110).

OKB'nin etiolojisi incelendiğinde; bilişsel etkenler OKB' nin anlaşılmasında uzun süredir yaygın olarak kullanılmaktadır (111). Bilişsel kurama göre obsesyonların temelini, istenmeyen ve sıkıntı yaratan düşünce, dürtü ve imgelerin katastrofik yorumlanması oluşturmaktadır (112). Söz konusu yanlış yorumlamaların neden olduğu anksiyete ise düşünsel ya da davranışsal ritüeller, ruminasyonlar ya da kaçınmalarla azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu azalma kısa süreli olup, hastanın bir süre sonra anksiyetesi tekrar yükselmektedir (112). OKB'nin etiolojisini açıklamaya yönelik tanımlanan çeşitli bilişsel modeller vardır:

i) Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli

“Abartılı sorumluluk algısı” modeli, OKB belirtilerini açıklamak için Salkovskis tarafından ileri sürülmüştür (106). Bu modele göre, normal popülasyonda da kişilerin zihninden OKB hastalarında görülen, benzer içerikli girici düşünce, dürtü ya da imgeler geçmektedir. OKB' de hastaların sıkıntı yaşamasına neden olan bu girici düşüncelerin kendisi değil, bu düşünceler hakkında yaptıkları değerlendirmelerdir. OKB hastaları, sıkıntı verici bu düşünceler üzerinde kişisel sorumlulukları olduğu yönünde hatalı değerlendirmelere sahip olduklarından bu abartılmış sorumluluk duygusunu ortadan kaldırmak ya da yansızlaştırmak adına işlevsel olmayan çabalar gösterir (106).

Herhangi bir girici düşünce, birey tarafından yüksek kişisel sorumluluk ve anlam taşıdığı biçiminde yorumlanırsa, obsesyona dönüşme potansiyeli olur (71). Bu modele göre obsesyonun gelişiminde sorumluluğun değerlendirilmesi ve yansızlaştırma etkinlikleri olmak üzere iki kritik aşama vardır. Girici düşünce, dürtü ya da imge bireyin kişisel sorumluluğunu artırdığı şeklinde yanlış yorumlandığında anksiyeteye yol açar. Bu bağlamda, sorumluluktan kaçma ya da kaçınmaya yönelik çabalar olan yansızlaştırma yanıtları ortaya çıkar. OKB' nin gelişiminde, yansızlaştırma yanıtlarının ortaya çıkması önemli bir etkidir. Yansızlaştırma yanıtları, algılanan sorumluluğu azaltmak amacıyla istemli olarak başlatılan etkinliklerdir ve kendini kompulsif davranışlar ya da düşünce ritüelleri olarak ortaya koyar (106).

Bu konuda yapılan çalışmalar da, abartılı sorumluluk algısı ile OK belirtiler arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Foa ve arkadaşları tarafından yapılan bir

çalışmada, OKB hastalarının kontrol grubuna durumların olumsuz sonuçlarına yönelik daha fazla sorumluluk hissettikleri ve önleyemedikleri olumsuz sonuçlar nedeniyle daha çok rahatsızlık duydukları gösterilmiştir. Aynı çalışmada, OKB grubu için algılanan sorumluluk düzeyi ile OK belirtilerin şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (113).

ii) Anlamın Yanlış Yorumlanması Modeli

OKB'yi açıklamak için ortaya konan bir diğer model de Rachman'ın "anlamın yanlış yorumlanması" modelidir (114). Bu modelde, hastalar cinsellik, saldırganlık, kutsal değerlere hakaret gibi rahatsız edici içeriklere sahip girici düşünce, dürtü ve imgelerin anlamını hatalı yorumlayarak; kendi ahlak sistemleri içerisinde, bu düşüncelerden ötürü kendilerini günahkar, ahlaksız, tehlikeli olarak görür (114). Girici düşünceler üzerine yapılan bu felaketleştirici ve hatalı yorumlamalar da, OKB belirtilerinin şiddetlenmesine neden olur. Rachman, yanlış yorumlamaya katkıda bulunduğunu ifade ettiği ve hastanın düşüncesinin korkulan olayın olabilirliğini artırdığını hissetmesi şeklinde tanımladığı "düşünce-eylem kaynaşması" kavramından da bahsetmiştir (114). Düşünce-eylem kaynaşmasına eğilimi olan kişiler, girici düşüncelere yanıt olarak, olayların kişisel anlamını yanlış yorumlayarak aşırı sorumlulukları olduğu biçiminde yanlış bir değerlendirme yapar (114).

iii) Bilişsel Kontrol Modeli

Obsesif kompulsif bozukluğun belirtilerini açıklayan bir başka model de Clark tarafından öne sürülen "bilişsel kontrol" modelidir. Düşüncelerin kontrolü temelinde şekillenen bu modele göre, bilinç düzeyinde girici düşünce, imge ya da dürtülerinin ortadan kaldırılması gerektiğine inanan hastanın, düşüncelerini kontrol etmeye yönelik işlevsel olmayan bu çabası, bu istenilmeyen düşünce, imge ya da dürtülerin daha yoğun yaşanmasına neden olmaktadır (115).

iv) İşlevsel Olmayan İnanç Alanları

OKB etiyojisini açıklamaya yönelik yukarıda bahsedilen bilişsel modeller temel alınarak geliştirilen, altı inanç alanı ortaya konmuştur. Bunlar, abartılmış

sorumluluk, düşünceye aşırı önem verme, düşüncelerin kontrolü, tehlikeyi büyük görme, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçiliktir. Abartılmış sorumluluk kişinin, olumsuz olasılıkları engellemeye gücü olduğuna inanması olarak açıklanabilir (115). Düşüncelerin kontrolü; girici düşünce, imge ve dürtüleri kontrol etmeye aşırı değer verilmesi, bunları kontrol etmenin gerekliliğine olan inanç olarak açıklanabilir. Tahmin edilemeyen değişimlerle baş edebilme becerisi yoksunluğu, kesinlik gereksinimi, belirsiz durumlarda işlev görme zorluğu belirsizliğe tahammülsüzlük olarak tanımlanmaktadır. Mükemmeliyetçilik bir şeyi mükemmel yapmanın hem mümkün hem de gerekli olduğu, en küçük hatanın bile ciddi sonuçlara yol açacağı inancı olarak açıklanmaktadır (115).

2.1.5. Klinik Özellikler

Çocukluk çağı ve erişkinlik dönemindeki OKB arasında benzerlikler ve önemli farklılıklar vardır. Erişkinlerle kıyaslandığında çocuk ve ergenlerde OKB belirti sayısı daha az ancak belirti dağılımı benzer bulunmuştur. Bunun da çocuk ve ergenlerin belirtilerini ifade edememe ve farkında olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. (116).

OKB’de hastaların genel görünümünde, düzenli ve titiz hali dikkat çekicidir. Konuşmalarında oldukça denetimli, ayrıntıcı olduğu, sözcükleri titizlikle seçtiği ve oldukça açıklayıcı cümleler kullandığı gözlenebilir (99). Çocukların resimlerinde, simetrik, düzgün çizim yapmak ve boyamaları dışına taşırmamak için çok titiz çalışmaları, renk uyumuna aşırı şekilde önem vermeleri dikkat çekebilir. Bireyler, muayene sırasında, saplantı ve zorlantılarının kendilerini çok bunalttığını ifade ederler, kaygılı halleri muayene sırasında da gözlenebilir. Bazı çocuklar, zorlayıcı düşüncelerini veya duygularını kaygıyla değil de tikslenme, rahatsızlık ya da “bir şeyler tam değil” gibi belirsiz duygularla ilişkilendirerek tanımlayabilirler (117).

Bilişsel yetileri açısından erken başlangıçlı OKB olgularıyla yapılan çalışmaların sonuçları, OKB’ de belleğin ve dikkatin azalmış ya da bozulmuş olduğunu değil, OKB’ de yanlı ya da seçici bir bellek ve dikkat işleyişinin olduğunu destekler niteliktedir. Sözü edilen bellek ve dikkat yanlılığının, obsesyon veya kompulsyonlarla ilişkili, kaygı verici ya da tehdit edici uyaranlara yönelik olduğu

görülmektedir. OKB' de algı ve yönelim bozukluğu görülmemektedir (118). Birçok çalışmada, OKB olgularında yönetici işlevlerde sorun olduğu vurgulanmaktadır (119). Erken başlangıçlı OKB'de yönetici işlevlerin incelendiği çalışmaların sonuçları arasında farklılıklar bulunmakla birlikte, tepki ketlemesi ve motor ketleme türü işlevlerde belirgin bir azalma olduğu görülmektedir.

Düşünce; düzgün, eksiksiz ve ayrıntıcı bir akış gösterir. Düşünce içeriğinde, yineleyen obsesyonlar vardır. Birey, benliğe yabancı olan bu obsesyonların, mantığına, görüşlerine, inançlarına, ahlak kurallarına aykırı olduğunu bilir ve bu düşüncelerden kurtulmaya çalışır. Olguların kararsızlık içinde oldukları hissedilir, her düşüncenin bir olumlu bir de olumsuz yanı vardır. Olgular, duygularında, davranışlarında tereddütler yaşarlar (99). Obsesif düşünceler ve törensel davranışlar, bireylerin günlük etkinliklerini yerine getirirken yavaşlamalarına neden olur. Bu duruma "obsesyonel yavaşlık" adı verilmektedir. Bu durum, bazen bireyin yaşantısını çekilmez bir hale getirebilmekte, sıradan günlük işlerin tamamlanması bile saatlerce sürebilmektedir (27).

Çocuk ve ergenlerde en sık görülen obsesyon, bulaşma obsesyonudur ve sıklığı %45-55 arasında değişir (120). Kirlenme/bulaşma obsesyonlarında; kişinin kirli olduğunu düşündüğü yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni gibi şeylerin temasla ya da temas olmadan bulaşabileceği endişesi vardır. Kaçınma sık görülür. Eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınırlar (121). Ülkemizde de çocuk ve ergen OKB' li olgularla yapılan bir çalışmada, en sık obsesyon temizlik ve kontaminasyon obsesyonu (%63,6) olarak bulunmuştur (116). Aynı çalışmada saldırganlık ile ilgili obsesyonlar, en sık görülen ikinci obsesyon olarak %34,1 oranında bulunmuştur (116). Saldırganlık ile ilgili obsesyonlar, olguların kendisine veya başkalarına zarar verme, öldürme düşünceleri ya da dikkatsizliği sonucunda başkalarına zarar vermekten korkması ile ilgili olup bu olgular, bıçak, makas gibi sivri nesnelere kaçınabilmekte, sevdiği insanlarla yalnız kalmaktan tedirgin olabilmektedirler.

Çocuk ve ergen OKB' li olgularla yapılan başka bir çalışmada kuşku yani emin olamama obsesyonu, en sık görülen ikinci obsesyon olarak %20-50 arası oranlarda bildirilmiştir (122). Sıklıkla bir tehlikeden korkma, kuşkuyu yaratan asıl nedendir. Çocuklarda, özellikle kendi güvenlikleri veya sevdiklerinin güvende

olması ile ilgili endişeler sık olarak görülmektedir. Bir süre sonra çocuklar, bu korkuyla ilgili olarak kendilerine işkence etmeye başlarlar. Ailesinden birinin trafik kazasında öleceğini, doğal afet olacağını ve yakınlarını kaybedeceği olasılığını düşünmekten kendilerini alıkoyamazlar.

Çocuk ve ergen OKB' sinde daha az sıklıkla da simetri ve düzen obsesyonları saptanmaktadır. Simetri obsesyonları, bireyin her şeyin yerli yerinde, doğru, hatasız, düzgün, olmasını istemesi ile ilişkili obsesyonlardır. Çocuk ve ergenlerde simetri ve düzen obsesyonları, %8-17 arasındaki oranlarında görülmektedir (122).

Cinsel içerikli obsesyonlar ise yasaklanmış, kabul edilemez nitelikte, sapkınlık derecesinde cinsel düşünce, dürtü, görüntülerle ilgilidir ve diğer obsesyonlara göre, olguların daha fazla utandığı, kendi kişiliğine ve ahlak değerlerine tamamen aykırı olarak algıladığı, kendini günahkar şekilde hissettiren düşüncelerdir. Klinik olarak çok fazla rahatsız edici ve bunaltı oluşturan bir niteliğe sahiptirler. Ülkemizde, Türkbay ve arkadaşlarının çocuk ve ergen olgularla yaptıkları çalışmada %13,6 oranında cinsel içerikli obsesyonlar bildirilmiştir (116).

Dini obsesyonlar, dini ve ahlaki değerlere küfür etme, karşı gelme ve doğru/yanlış kavramları ile aşırı ilgilenmeyle ilgilidir. Dini obsesyonların sıklığı, farklı ülkelerde değişkenlik göstermektedir. Ülkemizde, çocuk ve ergen OKB' li olgularda, %9,1 oranında dini obsesyonlar bildirilmiştir (116). Somatik obsesyonları olan olgular, sürekli olarak tedavisi olmayan bir hastalığa yakalanma ihtimalini düşünmekte ve bundan korunmak için çeşitli önlemlere başvurabilmektedirler (123). OKB' li çocuk ve ergenlerle somatik obsesyonlar %6,8 oranında bildirilmektedir (116).

OKB'de hastalar, obsesif kompulsif belirtilerin aşırı ya da anlamsız olduğuna ilişkin tam bir içgörüyeye sahip olabilirler ya da değişen derecelerde böyle bir farkındalık halinden yoksun olabilirler. Lewis' e göre, obsesyonun anlamsız olduğunun anlaşılması temel özellik değildir. Bunun yerine asıl olması gereken, olgunun obsesyona direnmek zorunda olduğunu hissetmesi ve bunu dile getirmesidir (124). Ravi-Kishore ve arkadaşları, zayıf içgörünün, erken başlangıçlı OKB olgularında görüldüğünü ve zayıf içgörünün, bozukluğun daha uzun süre devam etmesine neden olduğunu ve bu olgularda daha ciddi obsesyon ve kompulsiyonlar görüldüğünü bildirmişlerdir (125).

Araştırmacılar da en sık rastlanan kompulsiyonlar yıkama, kontrol etme, sayma (nesneleri, sözcükleri, sayıları vs.), düzenleme, sıraya dizme, dokunma, tekrar okuma/yazma ve zihinsel ritüeller (dua etme, tekrarlama, sayma vs.) olarak sıralanmaktadır (117). Yapılan diğer bir araştırmada ergenlerde en sık görülen kompulsiyonların sıralama düzenleme (%56), sayma (%41), biriktirme (%38) ve yıkama (%17) olduğu bildirilmiştir (48). Cinsiyete göre bakıldığında ise, erkeklerde kirlenme, saldırganlık, dinsel obsesyonlar ve temizleme kompulsiyonları, kızlarda ise kirlenme, somatik obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları en sık rastlanılan obsesyon ve kompulsiyon boyutlarıdır (44). Sadece obsesyonların bulunduğu olgular özellikle çocuklarda nadir olup yapılan çalışmalarda çocuk hastaların %48' inde obsesyonların, %91.2' sinde kompulsiyonların olduğu, hastaların yaklaşık yarısında sadece kompulsiyonların (%52) ve çok az bir bölümünde sadece obsesyonların (%8.8) olduğu, diğerlerinde ise (%39.2) obsesyon ve kompulsiyonların birlikte görüldüğü saptanmıştır (126). Pollock ve Carter, çocuklarda görülen kompulsiyonların, obsesyonları yansıztırma görevi görmelerine rağmen, obsesyonlarla anlam olarak bir ilişkisi olmadığına dikkat çekmişlerdir (127). Ülkemizde çocuk ve ergen OKB' li olgularla yapılan bir çalışmada, en sık kompulsiyonun temizleme ve yıkama kompulsiyonları (%72,7) olduğu, ikinci sıklıkta kontrol etme (%50) kompulsiyonu olduğu saptanmıştır (116). Cinsel, kuşku obsesyonlarına eşlik eden kontrol etme kompulsiyonlarının suçluluk duygusuyla birlikte seyrettiğini, olguların sürekli bir belirsizlik hissi içinde olduklarını ve ironik olarak her kontrolün bu belirsizliği daha da arttırdığını belirtmektedir (128). Biriktirme, saklama obsesyonları ve kompulsiyonları, bireyin kendisi için maddi ve manevi değeri olmayan eşya veya nesneleri saklama ihtiyacı hissetmesidir. Daha çok eski mektuplar, gazeteler, şişeler, konserve kutuları gibi çöp niteliğinde nesneleri içermektedir. Zayıf içgörülerini davranışçı terapi ve psikofarmakolojik tedavilere daha az oranda cevap vermeleri, genetik ve nörobiyolojik profillerindeki farklılıklar nedeniyle, kompulsif biriktirmenin OKB' nin farklı bir varyantı olduğunu düşünülmüş ve DSM-V' te "biriktiricilik" başlığıyla Obsesif kompulsif bozukluktan ayrı bir tanı olarak yer almıştır. Obsesyonlar eşlik etmediğinde, basit kompulsiyonlar kompleks tikler ile karışabilmekte, OKB' deki kompulsiyonların amaca yönelik ve

istemli olduğu; buna karşılık tiklerin, amaçsız ve istemsiz olduğu şeklinde bir ayrım yapılmaktadır (129).

2.1.6. Tanı

OKB, yapılandırılmış sınıflandırma sistemlerine ilk kez 1980’de yayınlanan DSM-III ile girmiştir. DSM-III-R ve DSM-IV’de “Anksiyete Bozuklukları” arasında yer alan OKB 2013 yılında kullanıma giren DSM’nin son sürümü olan DSM-V’te “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında yer almıştır. OKB’nin ayrı bir başlık altında incelenmesi farklı bir etiyoloji ve gidişata sahip olmasından kaynaklanmaktadır.

DSM-V’te OKB aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (130):

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

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

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmama ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

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

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma veya bunları azaltma ya da korkulan bir olay yahut durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar veya zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, açıkça aşırı bir düzeydedir.

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

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

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

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşın uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranın bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanısal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

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

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

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

Varsa belirtiniz:

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

Obsesif kompulsif bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı "Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10 (International Classification of Disease-10, ICD-10) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" sınıflandırmasında F-42 kodu ile yer almıştır. ICD-10'a göre tanı koyabilmek için kısaca, belirtilerin en az iki hafta süre ile bulunması, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olması gerekmektedir. Obsesyonel belirtilerin aşağıdaki özelliklerinin de olması gerekir:

1. Bunlar kişilerin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanır. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Kişinin artık karşı koyamadığı başka düşünce ve hareketler de bulunabilir.

2. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır.

3. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır (39).

2.1.7. Eştanı

OKB'nin varlığı pek çok psikiyatrik bozukluğun gelişmesi için risk oluşturur. OKB' li çocukların %80' inden fazlası ek tanı almaktadır (46). Eştanılar ile seyir daha da kötüleşebilir ya da eştanı OKB tanısının atlanmasına neden olabilir.

Çocukluk çağı başlangıçlı OKB, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve tik bozuklukları ile daha çok birliktelik gösterirken, ergenlik sürecinde ya da ergenlik sonrası başlayan OKB' de depresyon ve anksiyete bozuklukları birlikteliğinin daha sık görüldüğü olduğu ifade edilmektedir (131). Çocuklardaki en sık komorbid bozukluklar, %34-51 oranında DEHB, %33-39 oranında majör depresif bozukluk, %26 oranında tik bozuklukları, %24 spesifik gelişimsel bozukluklar, %18-25 Tourette sendromu, %17-51 oranında karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %16 oranında yaygın anksiyete bozukluğudur (132,133,134). Diğer bir çalışmada en sık komorbid hastalıklar %50 ile anksiyete bozuklukları, %40 ile depresif bozukluklar, ortalama %25 ile tik bozuklukları ve sonra davranım bozukluğu (%18-33) şeklinde gösterilmiştir (135). Ülkemizde yapılan daha yakın tarihli bir çalışmada ise OKB

grubu komorbid psikiyatrik hastalıklar bakımından değerlendirildiğinde, hastaların %71,4' ünün ek psikiyatrik hastalık tanısının bulunduğu, en sık eşlik eden bozuklukların sırasıyla tik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), özgül fobi (ÖF), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), sosyal kaygı bozukluğu (SAB), depresif bozukluk, davranım bozukluğu (DB) ve enürezis olduğu bildirilmiştir (136). Çalışmalar OKB' ye eşlik eden bozuklukların olmasının genel olarak tedaviye yanıtı ve sonlanmayı olumsuz etkilediğini ve direnç oranını arttırdığını bildirmektedir (137).

Bradshaw ve Shephard; DEHB, OKB, otizm ve şizofreniyi “nörogelişimsel frontostriatal bozukluklar” olarak adlandırarak bu bozuklukların hem birbirlerinin ayırıcı tanısında hem de eştanı olarak görülebileceğini vurgulamış olup OKB' nin hiperglutamaterjik ve DEHB' nin hipoglutamaterjik durumlar olduğu ve her iki durumda prefrontal bölgede metabolizma ve kan akışında artma olduğu, kortiko-striato-talamo-kortikal yolaktaki ketlenme ya da aşırı aktivasyonun her iki hastalığın patofizyolojisinden sorumlu olabileceği bildirilmiştir (138,139,140). 8-18 yaş arası OKB' si olan 112 çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada hastaların %20.5 inde komorbid nörogelişimsel bozukluk olduğu, bu grupta erkek oranı fazla ve OKB aile öyküsünün, simetri ve düzen semptomlarının daha olduğu gösterilmiştir (141).

OKB'li hastaların anksiyete bozukluklarına yatkın oldukları, anksiyete spektrumundaki patolojilerin ise OKB tanısından önce ortaya çıktığı, OKB olgularının ailelerinde depresif olgulardan çok anksiyete bozukluğu spektrumundaki patolojiler ön planda olduğu bildirilmektedir (116). Ayrılık anksiyetesi bozukluğunun çocuk OKB olgularında daha sık görüldüğü (%56), diğer anksiyete bozukluklarının tüm yaş gruplarında görülebildiği bildirilmektedir. Travmatik yaşantılar ya da stresli yaşam olayları, OKB' nin başlangıcını tetikleyen ya da ortaya çıkma riskini arttırabilen durumlardan biri olabilmektedir. Post travmatik stres bozukluğu eştanılı OKB olgularının bazılarında, OKB ile ilişkili olan semptomlar ile post travmatik stres bozukluğu semptomları biribiri ile iç içe girmiş olabilir ve bu duruma bazı yazarlar “post travmatik OKB” demeyi uygun görmekte-dirler (142).

Araştırmalar Obsesif Kompulsif Bozukluğa eşlik eden tanılardan birinin de depresyon olduğunu göstermektedir. Hem erişkin hem de çocuk ve ergenlerde en sık komorbid tanı olarak depresyon öne çıkmaktadır (116). Bu sonuca benzer olarak,

çocuk ve ergenlerin %66' sında OKB ile birlikte en az bir komorbid bozukluk bulunduğu ve bunlardan en sık görüleninin major depresyon olduğu bildirilmiştir (%29.8) (143). Çocukları ve ergenleri, erişkin OKB vakalarıyla karşılaştıran bir çalışmada, çocuklarda %39 majör depresif bozukluk eştanı olurken ergenlerde bu oran %62 ile erişkin vaka grubundaki orana yaklaşıırken, erişkin OKB'li vakalarda majör depresif bozukluk oranı %78 olarak bulunmuştur (144). Düşünce obsesyonları olan OKB hastalarında komorbiditenin daha sık olduğunu bildiren çalışmaların yanında semptom alt tipleri ve cinsiyetler arasında depresif bozukluk komorbiditesinin farklı olmadığı ile ilgili çalışmalar da mevcuttur (145,146).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada Tourette sendromu tanısı alan hasta grubunda OKB eştanısının %75 oranında olduğu saptanmıştır (147). Tik bozukluğu ile birlikte görülen OKB olguları daha erken başlangıçlı, erkeklerde daha sık ve ailelerinde tik bozukluğu daha sık görülmektedir. Major depresyon, bipolar bozukluk, davranım bozukluğu ve dürtüsellüğün eklendiği OKB olgularında özkıyım girişimi riski artmıştır.

Eştanı olarak karşımıza çıkabilecek diğer bir ruhsal bozukluk ise alkol/madde kötüye kullanımı ve bağımlılığıdır. Gençlerle yapılan bir boylamsal çalışmada da madde bağımlılığının (esrar/alkol/kokain), ilerisi için OKB için göreceli bir risk faktörü olabileceği bildirilmiştir (2).

Eştanılarda göz önünde bulundurulacak diğer bir ruhsal bozukluk ise bipolar bozukluktur. Faedda ve arkadaşları da bipolar bozukluğu olan çocukların %27' sinin komorbid OKB' sinin de olduğunu belirtmişlerdir (148).

OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde impuls kontrol bozukluklarının %17.1 oranında görüldüğü ve patolojik deri yolma ve kompulsif tırnak yemenin OKB' li çocuk ve ergenlerdeki en sık görülen impuls kontrol bozuklukları olduğu ve komorbid olgularda tik bozukluğu komorbiditesinin daha sıklıkla görüldüğü ve OKB semptom skorlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (149).

Komorbiditelere ek olarak, çalışmalar OKB' si olan birçok çocuk ve ergenin, akranlarıyla ilişkilerinde sorunlar, akademik zorluklar yaşamadığını göstermektedir. OKB' si olan çocuk ve ergenlerin daha yüksek oranda depresif ve somatik semptomlarının olduğunu, anksiyeteleri ve ritüelleri yüzünden akranlarıyla birlikte sosyal aktivitelere katılmak istemediklerini yine aynı sebepten dolayı aileleriyle de

problemler yaşadıklarını bildirilmiştir (150,151). Çalışmalarda genel olarak bildirilen ortak nokta, eşanların erişkinlerde olduğu gibi çocuk ve ergenlerde de istisnadan çok bir kural niteliğinde olduğudur.

2.1.8. Seyir ve Prognoz

İzleme bulguları genellikle OKB' nin tedaviye yanıt veren, süreçte alevlenme ve belirtilerde hafifleme dönemleri sergileyen, kronik gidişli bir psikopatoloji olduğunu göstermektedir. OKB' li çocuklar ile ilgili takip çalışmalarında 3,5 yılın sonunda yaklaşık yarısında OKB tanısının devam ettiğini, bunların 1/3' ünün epizodik, 2/3' ünün kronik seyirli olduğunu bildirmişlerdir (152). Meta-analiz çalışmasına göre, ilk verilen tedavilere cevapsız, erken başlangıçlı vakalar olması, komorbid tik bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranım bozuklukları olması OKB' nin şiddetini artıran ve takipte prognozu ağırlaştırıcı faktörlerdir (14). Ayrıca, bizar kompulsiyonların, aşırı değerlendirilmiş düşüncelerin varlığının ve kişilik bozukluğunun, OKB' nin prognozunu kötüleştirdiği bildirilmiştir (153). İyi prognoz belirtileri olarak; sosyal ve iş yaşantısının iyi olması, bozukluğa zemin hazırlayıcı bir olayın varlığı, belirtilerin epizodik bir doğada olması gösterilmektedir. Obsesyonların içeriğinin, prognoz ile ilişkisi ise bulunamamıştır (153).

2.1.9. Tedavi

Obsesif kompulsif bozukluk, bilişsel ve davranışsal boyutları olan heterojen bir bozukluktur (1). OKB için çeşitli ilaç tedavileri ve psikososyal tedaviler önerilmiştir. Çok sayıda araştırma obsesif kompulsif belirtilerin tedavisinde ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini desteklemektedir (154).

OKB farmakoterapisinde ilk seçenek seratonin geri alım inhibitörleridir (SSRI) (155). Bu ilaçların antiobsesyonel etkilerinin antidepresan etkiden bağımsız, daha uzun zaman diliminde ve daha yüksek dozlarda ortaya çıktığı bilinmektedir. Fluoksetinin ve sertralinin yanı sıra fluvoksamin, paroksetin ve sitalopramın da çocuk ve ergenlerdeki OKB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (156).

Kullanılan SSRI en az 10-12 hafta maksimum dozda kullanılmasına karşın etkinlik görülememişse, bir başka SSRI'ya geçilmesi önerilmekte ve tedavi edici dozda en az iki SSRI' dan den yanıt alınamıyorsa güçlendirme tedavilerine geçilmesi önerilmektedir (156). Haloperidol, klonazepam, buspiron, risperidon ya da ikinci bir SSRI eklenmesi güçlendirme tedavi seçenekleri olup güçlendirme tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlardan en çok araştırılmış ve etkili ve güvenli bulunmuş olan ilaç risperidondur (157). Özellikle tik bozukluğu komorbiditesinin olduğu hastalarda antidopaminerjik güçlendirme tiklerin kontrolüne de katkı sağlamaktadır (158). Glutamat antagonisti olan Riluzol'ün erişkin OKB olgularında kullanılabileceği ile ilgili çalışmalar mevcuttur (159). Klomipramin OKB tedavisinde altın standart olmasına rağmen yan etkileri ve elektokardiyografi (EKG) takibi gerektirmesi nedeni ile dirençli olgularda tercih edilmesi önerilmektedir. Bir çalışmada Klomipraminin ergen OKB olgularının %46-74' ünde yarar sağladığı bildirilmiştir (116).

Bilişsel davranışsal terapinin çocuk hastalarda etkinliği gösterilmiştir (160). Obsesyon ve kompulsyonlarının farkında olan ve bunlardan kurtulmaya çalışan çocuk ve ergenler bu tedavi için iyi birer adaydırlar. Davranışsal olarak en sık maruz bırakma (exposure) ve tepkiyi önleme (response prevention) teknikleri uygulanır. Hastalık hakkında bilgi verme, bilişsel yeniden yapılandırma, beceri oluşturma, terapist kontrolünde uyarana maruz bırakma ve alıştırma, yanıt önleme, ev ödevleri verme BDT'nin bölümleridir(161).

Çocuk OKB olgularında aile tedavisi, aile desteği ve eğitimi diğer tedavilere eklenebilir (162). Tedavi sırasında aileden kaynaklanan güçlükler olabilir; ailede de benzer belirtiler olduğundan durum normal karşılanabilir, çocuk belirtilere aileyi ortak etmiş olabilir. Hastalık ya da tedavi hakkında çocuk ve aile arasında çatışmalar olabilir. Bu nedenle tedavi aksayabilir. Aileyi tedaviye dahil etmek önemlidir.

2.2. Ebeveyn Tutumları

2.2.1. Tanım

Bireyin kimliğini, kişiliğini şekillendiren temel yapı taşları, ebeveynler aracılığıyla gerçekleşen ilk öğrenmeler ile şekillenir. Genel olarak bakıldığında, aile içindeki tüm yaşantıları çocuğun kimliğinde bir şekilde gözlemlemek mümkündür. Ebeveyn tutumu ise bu duruma en fazla etki eden unsurdur denilebilir. Ebeveyn tutumu, disiplin uygulaması veya ödüllendirmesi, çocukların davranışı üzerinde kontrol uygulaması, çocuğa bağımsızlık vermesi gibi anne ve babanın çocuklarını yetiştirirken onlara davranışlarıyla ifade ettikleri genel duygusal hava olarak adlandırılmaktadır (163). Çocuğun dışa dönüklüğü, araştırmacı yapısı, düşünme yolları, sakinliği ve çekingenliği gibi kişilik şekillendiricileri çoğunlukla ebeveyn tutumlarından etkilenir. Kaynaklara bakıldığında ebeveyn tutumlarının sınıflandırılması, aşırı koruyucu, ilgisiz, demokratik, baskıcı (otoriter), aşırı izin verici ve kararsız (dengesiz) tutum şeklinde yapılmıştır.

Aşırı koruyucu tutum, çocuğun gereğinden fazla kontrol edilmesi, korunması olarak tanımlanmıştır (164). Çocuğa karşı ölçsüzce özveride bulunulur. Bu özveri karşısında anne baba çocuktan her türlü isteği bulunma hakkını elde ettiğini düşünerek çocuktan bu özveriyi anlamasını bekler (165). İlgisiz ve kayıtsız tutum ebeveynlerin, çocuğu yalnız bırakma, görmezlikten gelme şeklindeki dışlamasıdır (164). Toleransı yüksek aileler çocuklarını reddedebilir ya da ihmal edebilir. Bu aileler çocuklarını sınırlamaz ve denetlemezler (166). Demokratik tutum, çocuğun varlığına ve isteklerine saygı duyulması temeline dayanan, gelişim aşamalarına göre çocuğa bazı sorumluluklar veren, söz ve seçim hakkı tanıyan aile modelinde görülmektedir (167). Bu ailelerde uyulması gereken kurallar bellidir ve çocuğa güven duyulur ve desteklenir, çocukla doğru iletişim kurabilirler ve kontrol ve disiplin açısından başarılıdırlar (168). Otoriter ebeveynler Baumrind (1971b; 1991)' in tanımlamasına göre kontrol ve olgunluk beklentisi boyutlarında yüksek, açık iletişim ve bakım boyutlarında düşük olan ebeveynlerdir. Ayrıca, büyük oranda yönergeci, statü yönelimli, değer ve itaate önem veren ailelerdir (169). Aşırı izin verici tutuma sahip ebeveynler, çocuğun bakım ve ihtiyaçlarına ilgili ve bunları karşılayabilen

ebeveynler olarak açıklanır (168). Ancak çocuğa sorumluluk verme, çocukla iletişim kurma ve disiplin açısından yetersiz kaldıklarını savunur. İzin verici/şımartıcı ailelerin çocukları saldırgan, sorumluluk almaktan yoksundurlar. Bu çocuklar daha zeki; daha az başarı odaklı, daha az kendi dürtülerini kontrol etme yeterliliğine sahiptir. Daha az olgunluk beklentisi gösterirler (166). Kararsız-dengesiz anne-baba tutumunda anne ve baba arasında görüş ayrılıkları olabilmekte, değişken davranışlara rastlanabilmektedir. Ana-baba arasındaki bu görüş ayrılıkları çocuğun bocalamasına, çocuğun saldırgan davranışlar gösterip kimseyi dinlememesine, doğru ve yanlış ayıramamaya neden olabilmektedir (170).

2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Ebeveyn Tutumları

Önceki araştırmalar, ailelerin çocuk yetiştirme tutumlarının çocukların psikopatoloji geliştirmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle ailelerin işlevsel olmayan bazı tutumlarının, belli özellikleri ile çocuklarda OKB oluşumunda bir etkisinin olduğu araştırmalarda belirtilmektedir. Düşük düzeyde ilgi gösteriyor olmanın depresyonla, aşırı korumacı yetiştirme tutumunun ise Obsesif Kompulsif Bozuklukla ilişkili olduğu görülmektedir. Yetişkin bireyler ile yapılan, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumunu, yoğun obsesif özellikleri olan depresif hastalar, hafif obsesif özellikleri olan depresif hastalar, OKB olanlar ve sağlıklı kontroller ile karşılaştıran araştırmanın sonucuna göre, yoğun obsesif özellikleri olan depresif hastalar ile OKB hastalarında ailelerin koruyucu, kontrolcü ve karışan tutumları diğer gruplara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak özellikle babaların kontrolcü ve karışan yetiştirme tutumu, OKB gelişimi ile ilişkili bulunmuştur (10).

Araştırmalar, ailenin algılanan kontrolü ve duygusal yakınlığın az olmasının obsesif-kompulsif semptomlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. OKB'de algılanan ebeveyn tutumunu inceleyen bir araştırmada da, OKB olan bireylerin, ailelerinin kendilerine daha az sıcaklık gösterdiğini, daha çok reddedici tutum ve kontrol davranışı sergilediklerini ifade etmişlerdir. Çocuğun güvenliği hakkında korkulu ve kaygılı olma, müdahaleci, aşırı dahil olma, çocuğu potansiyel tehlikeleri önleme konusunda yeterli önlemi almada başarısız olduğunda yoğun bir şekilde eleştirme

gibi aşırı koruyucu, kontrol eden ve eleştiren ebeveyn tutumu çocuğun dünyayı tehlikeli ama aynı zamanda kontrol edilebilir, ancak kendini bu tür tehlikelerle baş etme konusunda yetersiz olarak algılamasına sebep olabilmektedir. Bu tür devam eden ebeveyn-çocuk etkileşimi obsesif problemler açısından gelişimsel hassasiyet faktörlerinden biridir (171).

Obsesif-kompulsif bozukluğun kognitif-davranışçı teorileri OKB' nin gelişiminde sosyal öğrenmenin önemli bir rolü olduğunu varsaymaktadır. Araştırmalar, aile-çocuk etkileşimi gibi gelişimsel ilişkiler yoluyla öğrenmenin, obsesif-kompulsif semptomların yetişkinlik döneminde sürüyor olması veya ortaya çıkmasından sorumlu olabileceğini öne sürmektedir. Yetiştirme tutumları ve OKB semptomlarını inceleyen bir araştırmanın sonuçları, sıcaklığın az olduğu otoriter aile yetiştirme tutumunun, anlamlı derecede obsesif-kompulsif semptomlar ve düşüncelerin ve kişisel sorumluluğun önemi gibi obsesif-kompulsif inançlar ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Araştırmalarda genel olarak OKB olan çocukların ailelerinin aşırı koruyucu, mükemmeliyetçi, istekçi, eleştirici ve suçluluk yükleyen tutumlarının olduğu görülmüştür. Bir araştırmada OKB olan gençlerin anne ve babalarının, kaygı, dışsallaştırma ve klinik problemi olmayan gruptaki anne babalara göre çocuğu sorunlarını çözme yolu hakkında düşünmeye teşvik etmek veya bağımsız düşünebilmesi konusunda model olmak gibi çocuklarının bağımsızlıklarını daha az ödüllendirdikleri bulunmuştur (172).

OKB'si olan genç ve ailesi arasında düşük düzeyde etkileşim olmasının, düşük düzeyde çocukların bazı durumlara pozitif ya da kendilerine güvenli bir şekilde ulaşmasına yardım etmede başarısız olma gibi pozitif problem çözme, bir problemi çözebilecekleri veya bir sonuca ulaşabileceklerine dair ifade edilen inançların az oluşu veya olmayışı gibi çocuklarının yeterliliklerine daha az güvenme ve düşük beden dili, göz kontağı, güzel bir ses tonu gibi etkileşimlerinde sıcaklığın az olması ile karakterize olduğu belirtilmiştir (172). Ayrıca aile içinde duyguların aşırı bir biçimde ifade edilmesinin OKB' nin şiddetini arttırabileceği belirtilmiştir (173). Aile içinde duyguların aşırı bir biçimde ifade edilmesi, aşırı kırgınlık, eleştirel ve duygusal aşırı müdahale ile karakterize olan aile çevresini ifade etmektedir (174).

Aynı zamanda birçok çalışmada anksiyetesi yüksek ebeveynlerin ebeveynlik tutumları üzerinde çalışılmıştır. Aşırı müdahaleci (over involvement) veya eleştirel

tutum olarak tanımlanan yüksek duygu dışavurumunun (expressed emotion) anksiyetesi yüksek veya depresif ebeveynlerin çocuklarında anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (175). Ebeveyn-çocuk ilişkisini inceleyen gözlemsel çalışmalar anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarına karşı daha az sıcak olduklarını ve çocuklarının otonomisini daha az desteklediklerini bildirmişlerdir (176). Ebeveyndeki anksiyete ve depresyonun ve aşırı kontrolcü ebeveynlik tutumlarının çocukta içe yönelim problemleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (177). Çocuk, ebeveynin olaylara karşı verdiği korkulu ve kaygılı tepkiler yoluyla ve korku ve kaygı içerikli bilgilerin paylaşımıyla korku cevaplarını öğrenmektedir. Ebeveynin korkularıyla ve kaygılı cevaplarıyla özdeşim kurmak suretiyle temizlik obsesyonları olan bir annenin potansiyel olarak kirli gördüğü nesnelere elledikten sonra çocuğa elini yıkamayı öğretmesi, ve/veya çocuğun anksiyeteye başa çıkma mekanizması olarak kaçma veya kaçınma davranışını öğrenmesi ve bu yolla obsesif savunmalarla anksiyetesini azaltmayı öğrenmesi gibi çocuk ebeveynin semptomlarını taklit etmeyi öğrenmektedir. Bir gözden geçirme çalışmasında, araştırmalar pediatrik OKB ile yüksek anksiyete semptomları, stres ve depresyon gibi ailenin ruhsal sağlığı, arttırılmış sorumluluk, düşük aile çocuk etkileşimi gibi aile uygulamaları, aile gerginlik ve stresi gibi aile dinamikleri, düşmanca ve semptomlara dahil olma davranışları gibi ailenin semptomlara katılması ve duyguların aşırı bir biçimde ifade edilmesi, aileden alınan suçluluk, endişe ve kırgınlık gibi ailenin duygusal havası arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (178).

Aile tutumları OKB' nin yanı sıra, Obsesif Kompulsif Bozukluğun semptom boyutlarını da etkileyebilmektedir. Ailelerin daha az sıcaklık göstermesinin OKB' nin simetri ve düzen alt boyutunu yordadığı saptanmıştır. Dolayısı ile sonuçlar işlevsel olmayan çocuk yetiştirme tutumlarının OKB gelişiminde önemli bir rolünün olduğunu altını çizmektedir (179). Biriktirme boyutu ebeveyn tutumunu yordayan tek alt boyut olarak bulunmuştur, özellikle duygusal sıcaklığın düşük olduğu ailelerde görülmektedir. (180). Öte yandan OKB sıklıkla aile ilişkilerine negatif etkisi olan bir durumdur (181). Sadece hasta için zorlayıcı olmamakta, ailesi için de oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Ailelerin semptomlara katılımı çocukta kısa dönemli bir rahatlama sağlayabilmektedir. Bu nedenle, aileler semptomlara katılmaktan kişisel stres duysalar bile çocuklarının bu rahatlama hissi sebebiyle

katılım davranışlarını sürdürmeleri pekişmektedir. Bunlara ek olarak, ailenin semptomlara katılmaya devam etmesi, çocukların kendilerini düzenleme becerisine ve semptomlarla baş edebilme becerisine zarar verebilmektedir.

Aileler çocuklarının obsesif-kompulsif semptomlarına sıklıkla nasıl tepki vermeleri gerektiğini bilemez ve bu tepkiler semptomlara katılma davranışından düşmanca (muhalif) davranışa kadar bir spektrum içinde yer alabilirler. Ailelerin semptomlara katılması; çocukların taleplerini yerine getirme ve ritüellerine yardım etme gibi obsesif-kompulsif semptomların bir parçası olma ve bunları destekleme şeklinde görülürken düşmanca davranışlar; kaçınma, alay etme, suçlama, obsesif-kompulsif bozukluk semptomlarına son vermelerini talep etme gibi aile bireylerinin çocukların semptomlarına eleştirel ve karşıt şekilde yaklaşmalarını içermektedir (174). Bu iki davranış şekli spektrumun iki karşıt ucu olarak düşünülse de, ikisi de OKB semptomlarını pekiştirebilmektedir (178).

Çocuğun yaptığı ritüelleri durdurmaya çalışmak ve zorlamak, korkulan uyarana travmatik bir şekilde maruz bırakmak, ailenin ritüellere düşmanca (karşıt olarak) dahil olmasına örnektir. Aynı zamanda aile bireyleri çocuğun yaptığı ritüelleri eleştirebilmekte ve sinirlenebilmektedir. Ancak bu davranışlarda bulunan ailelerde zayıf tedavi sonuçları ve evlilikte anlaşmazlık gibi yüksek düzeyde bozulma belirtilmiştir. Bu davranışlar duyguların aşırı bir şekilde ifade edilmesi ile aynı etkiyi yaparak ritüellerin sıklığının ve şiddetinin artmasına sebep olabilmektedir (174). Ayrıca ailenin düşmanca ve suçlayıcı davranışları, ailenin psikopatolojisi ile de pozitif ilişkili bulunmuştur (182). Aile merkezli kognitif-davranışçı terapi alan OKB tanılı 50 çocuk-ergen ve onların aileleriyle yapılan çalışmanın tedavi öncesi ve sonrası sonuçlarına göre, tedavi öncesi pediatrik OKB hastalarının ebeveynlerinde semptomlara katılım yaygın bir şekilde (%88) görülmektedir ve bu katılım semptom şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Tedavi süresince ailenin semptomlara katılımında azalma olması ise tedavi sonuçlarını yordamaktadır. Bu da ailelerin semptomlara katılma derecesinin pediatrik OKB hastalarının tedavi sonuçları açısından önemli bir etken olduğunun göstergesidir (183).

2.2.3. OKB Hastalarının Ebeveynlerinde Psikopatoloji Görülme Sıklığı

OKB’de birçok aile çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışmaların bazılarında OKB’ nin ailesel özellik gösteren bir bozukluk olduğu (184), OKB’ si olan hastaların birinci derece akrabalarında yaşam boyu OKB prevalansının 5-6.2 kat arttığı bildirilmiştir (184). Yapılan başka bir araştırmada ise OKB olan bireylerin %28’ inin birinci derece akrabalarında OKB saptanmıştır (185). OKB’nin yaşam boyu yaygınlığı, OKB tanısı almış olguların birinci derece akrabalarında kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Obsesyonların ise kompulsiyonlara göre daha çok fenotipe özgü olduğu saptanmıştır (45). Öte yandan bazı çalışmalarda bu ailesel geçiş gösterilmemiştir (186). Pediatrik OKB hastalarının birinci derece akrabalarında OKB’ nin yaşam boyu yaygınlığı (%22.5) kontrol grubu birinci derece akrabalarından (%2.6) daha yüksek bulunmuştur. Düzenleme kompulsiyonları olan pediatrik OKB hastalarının birinci derece akrabalarında (%45.4) düzenleme kompulsiyonları olmayanlara göre (%18.8) OKB’ nin yaşam boyu yaygınlığı daha yüksek oranda bulunmuştur. Erken başlangıçlı OKB’ nin yüksek düzeyde ailesel olduğu bu sonuçlarla desteklenmektedir (46). Çocukluk dönemi başlangıçlı OKB olan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında psikopatoloji varlığını araştıran bir çalışmada, kontrol grubundaki anneler ile kıyaslandığında OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin annelerinde, OKB tanısı anlamlı düzeyde daha fazla oranda saptanmıştır. Babalarında ise daha çok tik bozukluğu bulunmuştur. Babalarda görülen tik bozukluğunun, çocuklardaki OKB için güçlü bir yordayıcı olabileceği belirtilmiştir. Bu sonuç, çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan OKB’ de ailesel yatkınlığın daha fazla gözlendiği görüşünü doğrulamaktadır (46).

Klinik uygulamalar, OKB’si olan çocuk ve ergenlerin ailelerinde sıklıkla ve önemli derecede psikopatoloji olduğunu göstermektedir ve son 20 yılda yapılan birçok araştırma bu klinik uygulamaları doğrulamaktadır. OKB olan çocuk ve ergenlerin ailelerindeki psikopatolojiyi inceleyen bir araştırmaya göre, hem anne hem de babaların, öğrenme bozukluğu olan kontrol grubu çocuklarının anne babalarına göre daha çok psikopatolojileri olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, bu ailelerin kontrol grubuna göre daha fazla obsesif kompulsif semptomlarının olduğu görülmüştür. Görülen diğer psikopatolojiler ise anksiyete, depresyon, kişilerarası

duyarlılık ve babalarda paranoid düşüncelerdir. Buna ek olarak kontrol grubuna oranla, OKB olan çocukların babalarının annelerinden daha yüksek oranda obsesif kompulsif semptomlarının olduğu görülmüştür (187). Başka bir çalışmada da bu sonuçlara benzer olarak pediatrik OKB hastaları ile ailelerinin psikolojik sağlıkları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (188). OKB olan çocukların anneleri olmayanlara göre daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete göstermiştir. Buna ek olarak, anksiyete bozuklukları ve özellikle OKB, OKB' li çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında gözlenen en ortak rahatsızlıktır (143). Diğer bir araştırmada da, OKB olan bireylerin birinci derece akrabalarında kontrol grubuna göre daha yüksek anksiyete bozuklukları riski bulunurken, OKB geliştirme riski artmış bulunmamıştır (189).

2.3. Başa Çıkma Tutumları

Folkman ve Lazarus (1987) sağlığı ve iyilik halini etkileyen etkenin stres değil, insanların onunla başa çıkma tarzı olduğu fikrini ortaya atmıştır. Bundan sonra da Schwarzer (1996) ile birlikte “başa çıkma” kavramı bir tepki, tutum, taktik, davranış veya biliş anlamında bir çalışma konusu olmuştur (190). Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir davranıştır. Başa çıkma tutumları, strese yol açan etkenler veya olayların olumsuz etkilerini azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak ve bunlarla mücadele etmek için kullanılan bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır. Folkman (191), başa çıkmayı, stres aracılığıyla ortaya çıkan içsel ve dışsal istekleri kontrol etmek ya da azaltmak için yapılan bilişsel ya da davranışsal çabalar olarak ifade eder. Lazarus, stresin tehdidin algılanma süreci olan primer değerlendirme, bu tehdide karşı potansiyel bir yanıtın zihne getirilmesi süreci olan sekonder değerlendirme ve bu yanıtın gerçekleştirilme süreci olan başa çıkma olarak 3 farklı süreçten oluştuğunu ileri sürmektedir (192). Baş etme mekanizmaları doğaları gereği uyumlu ya da uyumsuz değildir ve stres yaratan durumun başlamasına göre aynı strateji farklı psikososyal sonuçlara yol açabilir. Stres ve başa çıkma arasında sürekli bir ilişki olduğu ve stresin doğrudan başa çıkmaya neden olduğu ve kullanılan başa çıkma

tutumlarının stres etkenlerinin şiddetiyle bağlantılı olduğu belirtilmektedir (193). Stres durumunda kullanılan başa çıkma tutumları bireye özgüdür ve yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilmektedir (191). Algılanan tehdidi ya da sorunu hafifletme ve çözme amacıyla kullanılan başa çıkma tutumları stres yaratıcı durumlara uyum sağlamada, bireyin çevresel, biyolojik ve bilişsel etkenler karşısında korunmasında ve işlevselliğin sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir.

Çeşitli araştırmacılar başa çıkma yollarını farklı şekillerde sınıflamışlardır. Lazarus başa çıkmanın duygu odaklı ve problem odaklı olmak üzere iki yolla yapıldığını öne sürmektedir. Problem odaklı başa çıkma; sorunlu insan-çevre ilişkisinin, problem çözme, karar oluşturma ve/ya da hareket yoluyla kontrol edilmesi için kullanılır. Böylece sıkıntıya neden olan problemlerle başa çıkmak amaçlanmaktadır. Problem odaklı başa çıkma, gereksinimlerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve/ya da gereksinimlerle başa çıkmak için kaynakların artırılmasına yönelik doğrudan eylemler biçiminde olabileceği gibi çevreye de yönelik olabilir. Problem odaklı başa çıkma davranışları, durumu değiştirmek için baskın olmaya yönelik doğrudan çabalar şeklinde olabileceği gibi, sorunun çözümüne yönelik serinkanlı, mantıklı ve incelikli çabalar şeklinde de olabilir. Duygu odaklı başa çıkma ise, duyguların ya da sıkıntının düzenlenmesini, karşılaşılan gereksinimlerin sonucu olarak hissedilen gerginliğin azaltılmasını amaçlar. Kendini kontrol altına alma, sosyal destek arama, kaçınma sakınma, sorumluluğu kabullenme ve olumlu değerlendirmeler duygu odaklı başa çıkma çabaları içerisinde yer almaktadır (194). Problem odaklı başa çıkma tutumlarının uyuma yönelik, bireyi koruyucu ve geliştirici; duygu odaklı başa çıkma tutumlarının ise uyumu bozan, savunucu ve gelişimi engelleyici olduğuna ilişkin yaygın bir görüş bulunmaktadır. Problem odaklı başa çıkma tutumları ruhsal sıkıntıyı azaltmaya yönelik iken, duygu odaklı başa çıkma tutumları artırabilmektedir. Bu sınıflamada görüldüğü üzere sorun odaklı başa çıkma dış koşullarda değişikliğe, duygu odaklı başa çıkma ise bireyde içsel değişikliklere yol açar (195). Duygu odaklı tutumlar genel olarak şiddetli psikopatoloji ve işlevsellikteki bozulmayla birlikte olup, farklı örneklemeler ile gerçekleştirilen çalışmalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (196, 197).

Başa çıkma tutumları aktif ve pasif (kaçınmacı-avoidant) tutumlar olarak da sınıflandırılmaktadır. Aktif başa çıkma tutumları doğrudan stres kaynağını hedef olarak alıp ve stresörün ortadan kaldırılmasını hedeflerken, pasif başa çıkma tutumlarında stres kaynağından uzaklaşma çabası temeldir. Aktif baş etme stratejileri, stres kaynağının kendisi veya kişinin onun hakkında nasıl düşündüğünün doğasını değiştirmek için düzenlenmiş davranışsal veya psikolojik tepkilerdir; oysaki “kaçınmacı” baş etme stratejileri, insanları, stresli olayları tam olarak belirlemekten uzaklaştıran faaliyetlere (alkol kullanımı gibi) veya akli durumlara (geri çekilme gibi) sürüklemektedir (198). Genel olarak söylemek gerekirse, aktif baş etme stratejileri, davranışsal ya da duygusal, stresli durumlarla başa çıkmak için daha iyi bir yol olarak görülürler ve “kaçınmacı” baş etme stratejileri, psikolojik risk faktörü veya stresli yaşam durumlarına karşı ters tepkilerin işareti olarak ortaya çıkmaktadır (193). Aktif başa çıkma tutumları uyuma yönelik (adaptif), pasif olanlar ise uyuma yönelik olmayan (maladaptif) olarak değerlendirilmektedir.

Roth ve Cohen başa çıkma sürecinde yaklaşma ve kaçınma kavramlarının yattığını öne sürmüştür. Basit bir tanımlamayla başa çıkma, tehdide doğru ya da tehditten uzaklaşarak yapılan bilişsel ya da davranışsal edimlerdir (199). Başa çıkma tutumlarını daha spesifik alt gruplara ayırarak değerlendiren Carver’ in geliştirdiği başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinde (COPE) 15 alt grup tanımlanmıştır (200). Bunları problem odaklı, duygu odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri olarak üç ana başlıkta toplamak mümkündür. Problem odaklı yöntemler, stresörü ortadan kaldırmak ya da durumu iyileştirmek için eyleme geçme ya da çaba göstermeyi içeren aktif başa çıkma, stresörle nasıl başa çıkacağı üzerine düşünmeyi içeren planlama, ne yapabileceğiyle ilgili bilgi, destek ya da tavsiye aramayı içeren yararlı sosyal destek kullanımı, bireyin diğer aktivitelere olan ilgisini azaltarak stresörle baş etmek için daha fazla odaklandığı diğer meşguliyetleri bastırma, bireyin başa çıkma çabalarını uygun bir konum sağlayana kadar durdurarak pasif bir başa çıkmayı içeren geri durma stratejilerini içermektedir. Duygu odaklı yöntemler ise karşısındakilerden sempati ya da duygusal destek arayışını içeren duygusal sosyal destek kullanımı, dini aktivitelere karşı artmış uğraşı içeren dini başa çıkma, durumla ilgili en iyi sonuçları elde etme çabası ya da durumu daha olumlu açılardan yorumlamayı içeren pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, stresli durumun gerçek

olduğunu ve meydana geldiğini kabullenmeyi içeren kabullenme, stresörle ilgili mizah kullanımını içeren şaka yapmadır. İşlevsel olmayan stratejiler ise bireyin duygusal sıkıntısını artmış şekilde fark edişini ve bu duyguları dışa vurma eğilimini içeren soruna odaklanma ve duygu dışa vurumu, bireyin stresli durumun gerçekliğini reddetme girişimini içeren inkâr, stresörle ilişkili düşüncelerden uzaklaşmak için uyumak gibi dikkat dağıtıcı yöntemlerin kullanımını içeren zihinsel boş verme, vazgeçme ya da çabaların azaltılmasını içeren davranışsal boş verme, alkol ya da madde kullanarak stresörden uzaklaşma çabalarını içeren alkol/madde kullanımını içermektedir (196, 200). Başa çıkma yöntemleri hem eş zamanlı hem de sıralı olarak aynı stres durumunda kullanılabilir. Sorun ve duygu odaklı başa çıkmanın birlikte kullanımı olayın farklı yönlerine yanıt olabilmeleri imkânını yaratır. Sorun ve duygu odaklı başa çıkmanın bir arada kullanılması adaptif olabilir zira sorun odaklı başa çıkma da duygusal regülasyona ihtiyaç göstermektedir. Duygu odaklı başa çıkmanın işlevi özellikle de yoğun stres içeren durumlarda stresi azaltarak sorun odaklı stratejilerin kullanımını kolaylaştırabilmektedir. Diğer yandan duygu odaklı başa çıkma bireyi immobilize ederek sorun odaklı eylemlere geçilmesini engelleyebilmektedir (199). Yapılan çalışmalarda duyguya odaklanma, bastırma, kaçınma ve inkâr gibi başa çıkma tutumlarının psikopatolojik belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğu, problem çözmeye odaklanan başa çıkma tutumlarının ise psikopatolojiye yatkınlığın azaltılmasında rol oynayabileceği gözlenmiştir. Ayrıca uyuma yönelik olmayan baş etme tutumlarının benlik saygısında azalma, sigara ve alkol kullanımı ve kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu görülmektedir (193, 201).

Kontrol üzerine değerlendirmeler de farklı tipte başa çıkma stratejilerinin kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Bireyin stresli durumu değiştirip değiştiremeyeceği üzerine algısı başa çıkma davranışını etkilemektedir. Eğer durum değiştirilebilir olarak algılanıyorsa sorun odaklı stratejiler daha fazla tercih edilir. Durum kontrol edilemez olarak algılandığında ise duygu odaklı başa çıkma baskın hale gelir (195, 202). Araştırma sonuçlarına bakıldığında kontrol değerlendirmesi ve başa çıkma yanıtı arasında uyumsuzluk daha yüksek semptom düzeylerine sebep olmaktadır. Olaylar kontrol edilebilir olarak algılandığında ve sorun odaklı başa çıkma yöntemleri kullanıldığında semptom şiddeti azalmaktadır. Ancak kontrol edilemez

durumlarda sorun odaklı stratejilerin kullanılması kaygı, depresyon ve somatik yakınmalar gibi psikolojik semptomları şiddetlendirmektedir. Stresör kontrol edilemez olarak algılandığında duygu odaklı stratejiler daha adaptiftir. Bir başka deyişle duygu odaklı başa çıkma yanıtları kontrol edilemez olarak algılanan stresli durumlarda semptom şiddetinin düşmesine yol açar (203). İşlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanılması stres oluşturan etkenle ve zorlayıcı yaşam olayları ile psikopatolojik belirtilerin oluşması ve belirtilerin sürmesinde önemli rol oynamaktadır.

Anne babaların çocuk ve ergene yönelik tutumunun başa çıkma davranışlarının oluşumunda çok önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. Hızlı kentleşme ve sanayileşme sebebiyle aile bağlarının giderek koptuğu, çekirdek ailelerin strese daha duyarlı olduğu ve ailelerin ruhsal hastalığın getirdiği zorlukların üstesinden gelmekte daha az donanımlı hale geldiği göz önüne alındığında başa çıkma ve bakım verme rollerini başarıyla yerine getirebilmelerine yardımcı olabilecek faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalar giderek artmaktadır. Aile içi bağlılığın hissedildiği ve çatışmanın daha az olduğu ailelerde, çocuğa destek ve güven hissi sağlanması ile kendilerini güvenli hissedilen çocuklar çevreleri ile girdikleri etkileşimlerde daha aktif olacaklardır. Aksine, kendilerini çok güvenli hissetmeyen çocuklar ise stresli durumları daha tehlikeli algılayacak ve kaçınmacı başa çıkmaları daha çok kullanacaktır. Aktif bir şekilde keşfeden ve uyumlu çözümler üreten ana-babalar, ergenlere aktif başa çıkma için model olurken; katı ya da pasif başa çıkmacı ana-babalar ergenlere bu yönde model oluşturacaktır (194). Yaşanacak stresin şiddeti çocuğun yaşına, yetersizliğin türüne ve şiddetine, sosyal beklentilere çocuğun ne kadar yanıt verebildiğine ve ana-babaların stresörleri nasıl algılayıp, değerlendirdiğine ve nasıl bir başa çıkma mekanizması kullandıklarına bağlıdır. Aileler çocuklarının bakım talepleriyle ne kadar iyi başa çıkabilirlerse, çocuklarının gereksinimlerine de o kadar katkıda bulunacaklardır. Ailelerin yetersizliği olan çocuklarının başarılı şekilde uyum yapabilmeleri için, çocuklarının gereksinimleriyle etkili şekilde başa çıkabilmelerinin yanı sıra yetersizliğin neden olduğu aile işlevleriyle ilgili yaşanan sorunları çözümlenmelerine yardımcı olacak destek hizmetlerine de sahip olmaları gerekmektedir (204). Problem çözme gibi daha aktif başa çıkma stratejileri kullanan ebeveynlerin daha pasif stratejiler kullananlarla

karşılaştırıldığında daha az depresif şikayetler yaşadıkları ve pasif başa çıkma stratejisi kullananların daha fazla yük yaşadıkları öne sürülmektedir. Ayrıca kaçınmacı tarzda başa çıkma tipini kullananların daha fazla depresif belirti ve ikili ilişkilerde çatışma yaşadıkları belirtilmiştir (205). Creado ve arkadaşlarına (206) göre baş etme stratejileri ve algılanan yük arasında kompleks bir ilişki vardır; çünkü yük, bakım veren tarafından subjektif olarak tanımlanır. Ebeveynin hissettiği yük objektif olarak "hastalık" tan çok, hastalarının durumunu nasıl kabul ettiklerine bağlıdır. Ebeveyn yükü aile desteğine, kültürel inançlara ve baş etme stratejilerine göre değişkenlik gösterebildiği için tüm ebeveynler eşit derecede yük hissetmezler. Biyopsikososyal modele göre aile ilişkilerinde işleyen kalıplar aile üyelerinin ruhsal süreçlerini etkilerken, bireyin biyopsikososyal süreçleri de ailenin işleyiş tarzını etkilemektedir. Bireye ait sorunlu süreçler aileyi harekete geçirdiğinde, sağlıklı işlev gören bir aile, bu yeni duruma uygun rol ve kural değişikliklerini sağlayarak sorunla başa çıkabilmektedir. Aile bireylerinin yakınlığı ve bağlılığı, soruna odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olması hastalık süreçlerine ve sonuçlarına karşı koruyucu bir işlev görmektedir (207). Aile işlevlerinin (yapısal ve örgütsel niteliklerinin ve aile içi ilişki ve etkileşimin) sağlıklı/sağlıksız olarak belirlenmesi bu nedenle önemlidir.

Ruhsal hastalık belirtileri birey ve ailelerinde çeşitli alanlarda işlevselliği bozarak, yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Önemli bir stres kaynağı olan hastalık durumu karşısında hasta ve ebeveynleri hastalığın yol açtığı olumsuzlukları en aza indirmek ve bunlarla başa çıkabilmek amacıyla çeşitli başa çıkma tutumları geliştirir. Ebeveynlerin kullandığı başa çıkma tutumlarının bilinmesi psikopatolojinin oluşmasındaki rolünün anlaşılmasında, tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacağı gibi başka sorunların oluşmasının önlenmesinde de yol gösterecektir (196).

3. MATERYAL VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Evreni ve Tipi

Araştırmanın evreni, 2 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, yaşları 11-18 yaş arasındaki OKB tanısı konulan çocuk-ergen ve ebeveynlerinden (anne ya da baba) oluşmaktadır. Araştırma, OKB tanısı konulan çocuk-ergenlerin ebeveynlerinin başa çıkma tutumları ve ilişkili durumları ile kontrol grubunun ebeveynlerinin başa çıkma tutumları ve ilişkili durumlarının karşılaştırıldığı, vaka-kontrol tipte bir araştırma olarak düzenlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi

Araştırmanın örneklemini, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ilk kez başvuran, klinik görüşme ve psikometrik incelemeler sonucunda DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konulan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, uygunluk ölçütlerini karşılayan 11-18 yaş arasındaki 60 çocuk-ergenden ve bu hastaların çalışmaya katılmayı kabul eden 60 ebeveyninden (anne ya da baba) oluşmaktadır.

Kontrol grubu ise araştırma grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, bedensel ve ruhsal kronik hastalığı bulunmayan, çalışmaya katılmayı kabul etmiş 60 çocuk-ergen ve bu çocuk-ergenlerin 60 ebeveyninden oluşmaktadır.

3.2.1. Araştırma Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri

1. 02.01.2017- 31.12.2017 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe ilk kez başvurmuş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
2. Psikometrik incelemeler ve klinik görüşme sonucunda DSM-V tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konmuş olmak
3. 11-18 yaş aralığında olmak

4. En az 6 aydır OKB belirtilerinin olması
5. En az 6 aydır OKB ilaç tedavisi almıyor olması
6. Okuma yazma bilmesi
7. Ebeveynlerden en az birinin okuryazar olması

3.2.2. Kontrol Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri

1. 11-18 yaş aralığında olmak
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
3. Okuma yazma bilmesi
4. Ebeveynlerden en az birinin okuryazar olması

3.2.3. Araştırma Grubuna Dahil Edilmeme Ölçütleri

1. Psikotik belirtili depresyonu, psikotik bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu ya da mental retardasyonu olması veya kronik fiziksel hastalığı (epilepsi, astım, diabet, kronik böbrek yetmezliği vb.) olması
2. Son 6 ay içinde OKB tedavisi almış olması
3. Ebeveynlerden (anne ve baba) ikisinin de okuryazar olmaması
4. Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmak.

3.2.4. Kontrol Grubuna Dahil Edilmeme Ölçütleri

1. Merkezi sinir sistemiyle ilişkili nörolojik bir hastalığa sahip olması
2. Mental retardasyonun olması
3. Ebeveynlerden (anne ve baba) ikisinin de okuryazar olmaması

3.3. Araştırmanın Aşamaları

Araştırmanın etik kurul onayı, 2016-182 no.lu etik kurul dosyası ile 28.12.2016 tarihinde KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Araştırma Ocak 2017 - Aralık 2017 arasında veri toplanan tanımlayıcı bir çalışmadır. DSM-5

tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konan hastalardan çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan çocuk-ergen ve ebeveynlerine, çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılara araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel ve yazılı bilgi verildikten sonra sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

Bu araştırmada çocuk-ergen ve ebeveynlere ait sosyodemografik bilgileri elde etmek amacıyla Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV' e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği anne-baba ve öğretmenlerine uygulanmıştır. Çocuk ve ergenlere obsesif kompulsif bozukluk belirtilerini değerlendirmek amacıyla Çocuklar için Yale Brown Obsesif Kompulsif Belirtiler Ölçeği, major depresif bozukluk belirtilerini değerlendirmek amacıyla Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, anksiyete bozukluklarını değerlendirmek amacıyla Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği uygulanmıştır. Hasta ve kontrol grubunun ebeveynlerine de (anne ya da baba) psikolojik belirti tarama testi (SCL-90-R), başa çıkma tutumları değerlendirme ölçeği (COPE) uygulanmıştır.

Örneklemin zeka düzeyi Weshler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) testi ile değerlendirilmiştir.

3.4. İstatistiksel Analiz

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher'in Kesin Testi uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait bu form, çalışmayı yürüten doktor tarafından doldurulur. Anne babaya ve varsa kardeşlere ait yaş, eğitim, tıbbi ve ruhsal sağlık durumu verileri, ebeveynlerin madde kullanımı gibi bilgiler kaydedilir. Ayrıca ayrılık, boşanma ve ebeveyn kaybı gibi verileri, ailenin aylık gelir düzeyi, yapısal özelliği (çekirdek/geniş aile), çocuğa ait odanın varlığı gibi verileri; annenin hamilelik ve doğum öyküsü, çocuğun pre/peri ve postnatal öyküsü, çocuğun gelişim basamaklarının ve medikal öyküsünün alındığı verileri ve son olarak psikiyatrik muayene bulgularının değerlendirildiği klinik verileri içerir (Ek-1).

3.5.2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay-95)

Bu ölçek DSM IV tanı ölçütlerine dayalı olarak yıkıcı davranış bozukluklarının taranması için Turgay tarafından geliştirilmiş, Ercan ve arkadaşları tarafından Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (208, 209). Bu ölçek çocuğun anne babası ve öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Ölçeğin dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüsellik sorgulayan 3, karşıt olma-karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 olmak üzere toplam 41 maddeden oluşmaktadır (209). Sıfırdan üçe kadar derecelendirilen ölçekte 0 ve 1 seçenekleri normal durum ve davranışları belirtir. 2 ve 3 seçenekleri ise klinik olarak önemli durumları gösterir. 'Dokuz' ölçütten 'altısının' 2 ya da 3 olarak seçilmesi, bu 'altı' belirtinin okul ve evde yeterince ciddi sorun olarak görülmesi ve 'en az altı aydan beri' kendini göstermesi DEHB açısından yol göstericidir (Ek-2) .

3.5.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI)

Kovasc tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilmiştir (210). 6-17 yaş arası uygulanabilen ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Her madde belirti şiddetine göre 0, 1, 2 puan almaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 54' tür. Kesme puanı 19' dur. Ölçek, Öy tarafından 1990 yılında Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (211) (Ek-3).

3.5.4. Çocuklar İçin Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Çocukluk çağı kaygı bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çakmakçı tarafından 2004 yılında yapılmıştır (212, 213). Ölçek çocuk tarafından okunarak ya da çocuğa okunarak doldurulur. Çocuktan her cümle için kendisine uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Her bir madde 0 ile 2 arasında puan alır. Alınan puan ne kadar yüksek ise, genel anksiyete düzeyi o kadar yüksektir. Toplam 41 maddeden oluşan ÇATÖ' de 25 ve üzeri puanın, kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ölçek içinde ayrıca somatizasyon, panik, yaygın kaygı, ayrılık kaygısı, sosyal fobi ve okul korkusu alt ölçekleri bulunmaktadır. (Ek-4).

3.5.5. Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği

Goodman ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiş olan bu ölçek, klinik görüşmeye dayanan yarı yapılandırılmış bir sorgulama formudur. Değerlendirme, çocuk ve ebeveynin verdiği bilgileri temel alarak görüşmecinin klinik yargısına göre yapılmaktadır. Sonuçta obsesyon şiddeti puanı, kompulsiyon şiddeti puanı ve her ikisinin toplamından oluşan toplam şiddet puanı elde edilir. Ölçeğin Türk örnekleminde değerlendiriciler arası güvenilirlik çalışması Yücelen ve arkadaşları (2006) tarafından yayınlanmış ve Ç-YBOCS toplam puanı için iç tutarlılık (1-10 arasındaki maddeler için) 0.77 olarak bulunmuştur (214). 0-40 puan arası derecelendirilen bu ölçekte 8-15 puan hafif hastalık, 16-23 puan orta derecede hastalık, 24 puan üstü ağır hastalığa denk gelmektedir (Ek-5).

3.5.6. Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL-90 R)

Hem klinik hem de araştırma durumlarında, deneklerin ruhsal belirtilerinin dağılımını ve şiddetini belirlemek için ilk kez 1974'te Derogatis ve ark. (215) tarafından geliştirilmiş, 1977'de aynı kişi tarafından gözden geçirilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçek 'hiç' ile 'çok fazla' arasında beşli likert tipinde cevaplanan 90 madde ve 10 alt birimden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (216). Bu testin amacı, görünüşte normal kişilerdeki psikolojik semptomları bulmak, semptom düzeylerindeki değişimleri değerlendirmektir. Test 10 alt testten oluşmaktadır. Somatizasyon alt testi; çeşitli bedensel işlevlere ilişkin özellikleri içeren maddeleri, Obsesif kompulsif alt testi; bireyin düşünmekten ve/veya yapmaktan kendini alamadığı istenmeyen düşünce ve davranışlarına ilişkin soruları içeren maddeleri, Kişilerarası duyarlılık alt testi; kişinin yetersizlik ve kendinin aşağılama duygularına ilişkin maddeleri, Depresyon alt testi; kişide yaşam ilgilerinin azalması, güdü ve enerji kaybına ilişkin maddeleri, Anksiyete alt testi; ise aşırı düzeydeki kaygıya ilişkin maddeleri, Düşmanlık alt testi; öfke, saldırganlık ve kızgınlık duygularını içeren maddeleri, Fobik anksiyete alt testi; kaçma ve kaçınma davranışlarına ilişkin maddeleri, Paranoid düşünce alt testi; yansıtıcı, kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle korkulara ilişkin maddeleri, Psicotizm alt testi; sosyal çevreden uzaklaşma, şizoid yaşam biçimine ait maddeleri, Ek skala alt testi; yeme ve uyku bozukluklarına ilişkin maddeleri kapsamaktadır. Her madde için yapılan derecelenmeler (0-4 puan) 90 madde için toplandıktan sonra elde edilen toplam puanın 90'a bölünmesiyle de genel belirti düzeyi (GSI) ortalaması elde edilir. Dağ (1991) çalışmasında üniversite öğrencileri için ortalama 1.00 GSI puanı baz olarak, 1.57 GSI puanı "hafif psikolojik belirtili" denekleri, 2.14 GSI puanı ise "psikolojik belirtili" denekleri tanımada alt kesim noktaları olarak kabul etmiştir (217). (Ek-6).

3.5.7. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen ölçek 2005 yılında Ağargün ve arkadaşlar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (196). Cronbach α değeri 0.79 ve alt ölçeklere ait puanların COPE toplam

puanıyla bağıntısı pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur (11).Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç ve bunaltı verici olaylarla karşılaştıklarında nasıl tepki verdikleri incelenmektedir. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Altmış farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1- Asla böyle bir şey yapmam, 2- Çok az böyle yaparım, 3- Orta derecede böyle yaparım, 4- Çoğunlukla böyle yaparım şeklindedir.

Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. (Ek-7).

Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şunlardır:

- ✓ Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1, 29, 38, 59)
- ✓ Zihinsel boş verme (2, 16, 31, 43)
- ✓ Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3, 17, 28, 46)
- ✓ Yararlı sosyal destek kullanımı (4, 14, 30, 45)
- ✓ Aktif başa çıkma (5, 25, 47, 58)
- ✓ İnkâr (6, 27, 40, 57)
- ✓ Dini olarak başa çıkma (7, 18, 48, 60)
- ✓ Şakaya vurma (8, 20, 36, 50)
- ✓ Davranışsal olarak boş verme (9, 24, 37, 51)
- ✓ Geri durma (10, 22, 41, 49)
- ✓ Duygusal sosyal destek kullanımı (11, 23, 34, 52)
- ✓ Madde kullanımı (12, 26, 35, 53)
- ✓ Kabullenme (13, 21, 44, 54)
- ✓ Diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42, 55)
- ✓ Plan yapma (19, 32, 39, 56)

Bu 15 alt ölçek de kendi içinde 3 gruba ayrılmıştır:

SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA

- ✓ Yararlı sosyal destek kullanımı
- ✓ Aktif başa çıkma
- ✓ Geri durma

- ✓ Diğer meşguliyetleri bastırma
- ✓ Plan yapma

DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA

- ✓ Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme
- ✓ Dini olarak başa çıkma
- ✓ Şakaya vurma
- ✓ Duygusal sosyal destek kullanımı
- ✓ Kabullenme

İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA

- ✓ Zihinsel boş verme
- ✓ Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma
- ✓ İnkâr
- ✓ Davranışsal olarak boş verme
- ✓ Madde kullanımı

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında; Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk - Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) tanısı konulan, normal zekâ düzeyine sahip 60 hasta ile bu hastaların 60 ebeveyni (anne ya da baba) ile yaş ve cinsiyet açısından OKB hastaları ile eşleştirilmiş, organik hastalığı ve psikiyatrik muayenesi sonucunda mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanıları olmayan 60 sağlıklı kontrol ile bunların 60 ebeveyni (anne ya da baba) incelendi.

4.1. Sosyodemografik Özellikler

OKB hastaları ve kontrol grubu arasında bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı **Tablo 4.1**'de sunulmuştur.

OKB hastaları ve kontrol grubu arasında annenin yaşı, annenin öğrenim durumu, annenin mesleği, annede ruhsal hastalık bulunma durumu ve babanın öğrenim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (sırasıyla $p=0.007$; $p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$). OKB tanılı hastaların annelerinin yaşı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca OKB tanılı hastaların anneleri içinde en fazla ilkokul mezunu olanların, annesi ev hanımı olanların, annesinde ruhsal bozukluğu olanların ve babalarının içinde ilkokul mezunu olanların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.1**).

Diğer taraftan OKB tanılı hastalarla kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, annede kronik fiziksel hastalık varlığı, annenin sigara kullanma durumu, babanın yaşı, babanın mesleği, babada ruhsal hastalık bulunma durumu, babada kronik fiziksel hastalık bulunma durumu, babanın sigara ve alkol kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.1**).

Tablo 4.1. OKB Tanılı Hastalarla Kontrol Grubu Arasında Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

	OKB (n=60)	Kontrol (n=60)	p**
Yaş (yıl)	13.5±2.1 (11-17)	13.5±2.1 (11-17)	1.000*
Cinsiyet, n (%)			
Erkek	28 (46.7)	28 (46.7)	1.000
Kız	32 (53.3)	32 (53.3)	
Öğrenim Durumu, n (%)			
6.sınıf	17 (28.3)	17 (28.3)	1.000
7.sınıf	6 (10)	6 (10)	
8.sınıf	6 (10)	6 (10)	
9.sınıf	11 (18.3)	11 (18.3)	
10.sınıf	4 (6.7)	4 (6.7)	
11.sınıf	12 (20)	12 (20)	
12.sınıf	4 (6.7)	4 (6.7)	
Annenin Yaşı (yıl)	41.1±5.8 (32-62)	43.8±5.7 (33-57)	0.007*
Annenin Öğrenim Durumu			
Okuryazar değil	2 (3.3)	0	<0.001
İlkokul	26 (43.3)	15 (25.0)	
Ortaokul	9 (15.0)	4 (6.7)	
Lise	17 (28.3)	6 (10.0)	
Yüksek öğrenim	6 (10.0)	35 (58.3)	
Annenin Mesleği			
Ev hanımı	50 (83.3)	20 (33.3)	<0.001
İşçi	3 (5.0)	5 (8.3)	
Memur	5 (8.3)	27 (45.0)	
Serbest	1 (1.7)	6 (10.0)	
Emekli	1 (1.7)	2 (3.3)	
Annede Ruhsal Hastalık	24 (40.0)	2 (3.3)	<0.001
Annede Kronik Fiziksel Hastalık	7 (11.7)	8 (13.3)	0.783
Annenin Sigara Kullanımı	10 (16.7)	12 (20.0)	0.637
Annenin Alkol Kullanımı	0	0	----
Babanın Yaşı (yıl)	45.5±5.9 (35-63)	47.2±6.1 (37-63)	0.148*
Babanın Öğrenim Durumu			
İlkokul	19 (31.7)	11 (18.3)	<0.001
Ortaokul	10 (16.7)	5 (8.3)	
Lise	21 (35.0)	7 (11.7)	
Yüksek öğrenim	10 (16.7)	37 (61.7)	
Babanın Mesleği			
Çalışmıyor	2 (3.3)	0	0.117
İşçi	19 (31.7)	17 (28.3)	
Memur	12 (20.0)	21 (35.0)	
Serbest	25 (41.7)	17 (28.3)	
Emekli	2 (3.3)	5 (8.3)	
Babada Ruhsal Hastalık	7 (11.7)	3 (5.0)	0.186
Babada Kronik Fiziksel Hastalık	5 (8.3)	6 (10.0)	0.752
Babanın Sigara Kullanımı	33 (55.0)	24 (40.0)	0.100
Babanın Alkol Kullanımı	6 (10.0)	5 (8.3)	0.752

Nitel değişkenler "sayı (sütun yüzdesi)", nicel değişkenler ise "ortalama±standart sapma (min-maks)" şeklinde sunulmuştur

*Ki-Kare Testi; *Mann-Whitney U Testi

OKB tanılı hastalarla kontrol grubu arasında bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı **Tablo 4.2**'de sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen OKB tanılı hastalarla kontrol grubu arasında aile üyelerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığı ile psikiyatrik hastalıklardan OKB, depresyon ve anksiyete varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$; $p=0.013$; $p<0.001$). OKB tanılı hastaların aile üyelerinde psikiyatrik hastalık bulunanların ve psikiyatrik hastalıklardan OKB, depresyon ve anksiyete bulunanların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.2**).

Diğer taraftan hasta ve kontrol grupları arasında ailelerinde psikotik bozukluk, otizm bulunma durumu, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, ailedeki kişi sayısı, aile tipi, konut durumu, çocuk odası varlığı, aylık toplam gelir miktarı, gebelik süreci, doğum matürasyonu, doğum şekli, doğum kilosu ve doğum sonrası hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.2**).

OKB tanılı hastalarla kontrol grubu arasında bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı **Tablo 4.3**'te sunulmuştur.

Hasta ve kontrol grubu arasında tek kelime söyleme zamanı, cümle kurma zamanı, gündüz tuvalet eğitimi zamanı, okul öncesi eğitim süresi, patolojik davranışlardan tik bulunma durumu ve herhangi bir hastalık öyküsü bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0.014$; $p=0.014$; $p=0.039$; $p=0.004$; $p=0.004$; $p=0.004$). OKB tanılı hastaların tek kelime söyleme zamanı, cümle kurma zamanı ve gündüz tuvalet eğitimi zamanı kontrol grubundan anlamlı olarak daha geç iken okul öncesi eğitim süresi anlamlı olarak daha kısaydı. Ayrıca OKB tanılı hastalar içinde tik bozukluğu olanların yüzdesi ve herhangi bir hastalık öyküsü olanların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.3**).

Diğer taraftan hasta ve kontrol grupları arasında anne sütü alma süresi, yürüme zamanı, gece tuvalet eğitimi, travma ya da ameliyat öyküsü, tırnak yeme, parmak emme, diş gıcırdatma patolojik davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.3**).

Tablo 4.2. OKB Tanılı Hastalarla Kontrol Grubu Arasında Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

	OKB (n=60)	Kontrol (n=60)	p**
Ebeveynlerin Yaşam Durumu			
Anne-Baba Sağ	60 (100)	60 (100)	-----
Aile Üyelerinde Psikiyatrik Has. Öy.	40 (66.7)	7 (11.7)	<0.001
OKB	23 (38.3)	0	<0.001
Depresyon	12 (20.0)	3 (5.0)	0.013
Anksiyete	21 (35.0)	4 (6.7)	<0.001
BAB/Psikotik bozukluk	5 (8.3)	1 (1.7)	0.207 [#]
MR/Otizm	1 (1.7)	0	1.000 [#]
Aile Üyelerinde Suçluluk Öyküsü	0	0	-----
Kardeş Sayısı	2.6±1.0 (1-7)	2.5±0.8 (1-5)	0.425 [*]
Kaçıncı Çocuk	1.8±1.0 (1-5)	1.8±0.9 (1-5)	0.624 [*]
Ailedeki Kişi Sayısı	4.8±1.1 (3-9)	4.6±0.9 (3-7)	0.258 [*]
Aile Tipi			
Çekirdek aile	53 (88.3)	58 (96.7)	0.163 [#]
Geniş aile	7 (11.7)	2 (3.3)	
Konut Durumu			
Kiracı/Lojman	13 (21.7)	15 (25.0)	0.666
Mülk	47 (78.3)	45 (75.0)	
Çocuk Odası Varlığı	57 (95.0)	55 (91.7)	0.717 [#]
Aylık Gelir (TL)	5358±2089 (2000-12000)	5203±2835 (1500-15000)	0.614 [*]
Gebelik Süreci			
Hastalık/Travma Yok	51 (85.0)	54 (90.0)	
Kanama (+)	4 (6.7)	3 (5.0)	0.712
Hastalık (+)	4 (6.7)	3 (5.0)	
Ruhsal travma (+)	1 (1.7)	0	
Doğum Matürasyonu			
Matür	56 (93.3)	55 (91.7)	
Prematür	3 (5.0)	5 (8.3)	0.470
Postmatür	1 (1.7)	0	
Doğum şekli			
NSVY	40 (66.7)	34 (56.7)	0.260
C/S	20 (33.3)	26 (43.3)	
Doğum Kilosu (g)	3389±601 (900-4800)	3234±750 (750-4800)	0.344 [*]
Doğum Sonrası Hastalık Öyküsü			
Sarılık	11 (18.3)	13 (21.7)	0.648
Küvez bakımı	9 (15.0)	11 (18.3)	0.624
Küvez bakımı	4 (6.7)	5 (8.3)	1.000 [#]
Siyanoz	1 (1.7)	0	1.000 [#]

Nitel değişkenler "sayı (sütun yüzdesi)", nicel değişkenler ise "ortalama±standart sapma (min-maks)" şeklinde sunulmuştur

*Ki-Kare Testi; *Mann-Whitney U Testi; #Fisher'in Kesin Testi

Tablo 4.3. OKB Tanılı Hastalarla Kontrol Grubu Arasında Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

	OKB (n=60)	Kontrol (n=60)	p**
Anne Sütü Alma Süresi (ay)	15.4±11.3 (0-42)	14.1±9.5 (2-48)	0.652*
Yürüme Zamanı (ay)	12.3±2.4 (9-24)	12.0±2.4 (7-20)	0.385*
Tek Kelime Söyleme Zamanı (ay)	12.2±2.2 (7-18)	11.3±4.4 (1-30)	0.014*
Cümle Kurma Zamanı (ay)	19.4±4.0 (12-28)	17.6±6.1 (1-36)	0.014*
Gündüz Tuvalet Eğitimi (ay)	27.1±6.4 (18-40)	24.7±7.0 (12-38)	0.039*
Gece Tuvalet Eğitimi (ay)	29.1±7.4 (18-54)	28.8±9.4 (12-48)	0.565*
Okul Öncesi Eğitim Süresi (yıl)	1.2±0.8 (0-3)	1.7±1.0 (0-3)	0.004*
Travma/Ameliyat Öyküsü	10 (16.7)	15 (25.0)	0.261
Travma öyküsü	2 (3.3)	5 (8.3)	0.439#
Ameliyat öyküsü	10 (16.7)	11 (18.3)	0.810
Patolojik Davranış			
Tırnak yeme	13 (21.7)	16 (26.7)	0.522
Parmak emme	0	1 (1.7)	1.000#
Diş gıcırdatma	2 (3.3)	4 (6.7)	0.679#
Tik	14 (23.3)	3 (5.0)	0.004
Hastalık Öyküsü	12 (20.0)	2 (3.3)	0.004
Havale	2 (16.7)	0	
Üriner sistem	1 (8.3)	0	
Kardiyak sistem	2 (16.7)	0	
Göz	1 (8.3)	2 (100)	0.128
Göğüs	5 (41.7)	0	
Hematolojik	1 (8.3)	0	

Nitel değişkenler “sayı (sütun yüzdesi)”, nicel değişkenler ise “ortalama±standart sapma (min-maks)” şeklinde sunulmuştur

*Ki-Kare Testi; *Mann-Whitney U Testi; #Fisher’in Kesin Testi

4.2. Klinik Özellikler

WISC-R zeka testi değişkenleri “sözel alt puanı, performans alt puanı ve WISC-R toplam puanı” şeklinde 3 alt başlıkta tanımlandı. Hasta grubunda çocuk ve ergenlerin WISC-R sözel alt puan aritmetik ortalaması 100,5 puan (8,0 puan SD), performans alt puanı aritmetik ortalaması 102,6 puan (9,2 puan SD) ve toplam puan aritmetik ortalaması 101,5 puan (7,7 puan SD) olarak tespit edildi.

OKB tanılı hastalarla kontrol grubu arasında TURGAY, ÇATÖ ve CDI ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.4**'te sunulmuştur.

Hasta ve kontrol grubu arasında hem aile hem de öğretmen tarafından doldurulan TURGAY ölçeğinin dikkat, hareket ve KOKG alt ölçek skorları, ÇATÖ ve CDI ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.05). OKB tanılı hastaların hem aile hem de öğretmen tarafından doldurulan TURGAY ölçeğinin dikkat, hareket ve KOKG alt ölçek skorları, ÇATÖ ve CDI ölçek skorları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca ÇATÖ için 25 kesme puanından,

CDI için ise 19 kesme puanından ikişer gruba ayrıldı. Hasta ve kontrol grupları arasında anksiyete ve depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). OKB tanılı hastalar içinde anksiyetesi ve depresyonu olanların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.4**).

Diğer taraftan hasta ve kontrol grupları arasında aile tarafından doldurulan TURGAY'ın davranım bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.244$) (**Tablo 4.4**).

Tablo 4.4. OKB Tanılı Hastalarla Kontrol Grubu Arasında TURGAY, ÇATÖ ve CDI Ölçek Puanlarının Dağılımı

	OKB (n=60)	Kontrol (n=60)	p*
TURGAY (Aile)			
Dikkat	2.2±2.4 (0-9)	0.6±1.1 (0-5)	<0.001
Hareket	2.1±2.5 (0-9)	0.4±0.9 (0-3)	<0.001
KOKG	1.6±1.4 (0-5)	0.5±0.8 (0-3)	<0.001
Davranım Bozukluğu, n (%)	3 (2.5)	0 (0)	0.244 [#]
TURGAY (Öğretmen)			
Dikkat	1.4±1.9 (0-7)	0.2±0.6 (0-3)	<0.001
Hareket	1.5±2.6 (0-7)	0.2±0.5 (0-2)	<0.001
KOKG	0.6±1.0 (0-4)	0.1±0.1 (0-1)	<0.001
Davranım Bozukluğu, n (%)	0 (0)	0 (0)	----
ÇATÖ	33.7±14.3 (6-75)	19.1±9.0 (4-47)	<0.001
≤24	15 (25.0)	45 (75.0)	<0.001
>24	45 (75.0)	15 (25.0)	
CDI	14.0±7.7 (0-37)	6.8±4.1 (1-16)	<0.001
≤18	46 (76.7)	60 (100)	<0.001
>18	14 (23.3)	0 (0)	

Nitel değişkenler "sayı (sütun yüzdesi)", nicel değişkenler ise "ortalama±standart sapma (min-maks)" şeklinde sunulmuştur

*Ki-Kare Testi; *Mann-Whitney U Testi; #Fisher'in Kesin Testi

TURGAY: Yıkıcı davranım bozukluğu tarama ve değerlendirme ölçeği; ÇATÖ: Çocuklar için anksiyete tarama ölçeği; CDI: Çocuklar için depresyon envanteri

OKB tanılı hastaların ebeveynleri ile kontrol grubunun ebeveynleri arasında SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.5**'te sunulmuştur.

Hasta ve kontrol grubu arasında SCL90-R'nin kişiler arası duyarlılık dışındaki diğer tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). OKB tanılı hastaların SCL90-R'nin kişiler arası duyarlılık dışındaki diğer tüm alt ölçek skorları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.4**).

Diğer taraftan hasta ve kontrol grupları arasında SCL90-R'nin kişilerarası duyarlılık alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.5**).

Tablo 4.5. OKB Tanılı Hastaların Ebeveynleri ile Kontrol Grubunun Ebeveynleri Arasında SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

	OKB (n=60)	Kontrol (n=60)	p*
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
SCL90-R ve COPE Ölçeklerini Dolduran Ebeveyn			
Anne	54 (90.0)	57 (95.0)	0.491 [#]
Baba	6 (10.0)	3 (5.0)	
SCL90-R			
Somatizasyon	1.2±0.8 (0.1-3.2)	0.7±0.5 (0-2.0)	<0.001
OKB	1.3±0.8 (0.1-3.0)	0.7±0.5 (0-2.0)	<0.001
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	1.2±0.8 (0-3.8)	0.7±0.5 (0-2.4)	<0.001
Anksiyete	0.9±0.7 (0-3.6)	0.4±0.3 (0-1.8)	<0.001
Düşmanlık	0.8±0.7 (0-2.3)	0.5±0.4 (0-1.5)	0.003
Fobik anksiyete	0.5±0.5 (0-2.1)	0.2±0.3 (0-1.6)	<0.001
Paranoid düşünce	0.9±0.7 (0-2.8)	0.5±0.4 (0-1.2)	0.001
Psikotizm	0.6±0.6 (0-2.7)	0.2±0.2 (0-1.1)	0.001
Ek madde	1.1±0.6 (0-2.4)	0.6±0.5 (0-2.3)	<0.001

Nitel değişkenler "sayı (sütun yüzdesi)", nicel değişkenler ise "ortalama±standart sapma (min-maks)" şeklinde sunulmuştur

*Mann-Whitney U Testi; #Fisher'in Kesin Testi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların ebeveynleri ile kontrol grubunun ebeveynleri arasında COPE ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.6**'da sunulmuştur.

Hasta ve kontrol grubu arasında COPE' nin aktif başa çıkma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve plan yapma alt ölçek skorları ile sorun odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma ana ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin inkar ve davranışsal olarak boş verme alt ölçek skorları ile işlevsel olmayan başa çıkma ana ölçek skoru kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek iken aktif başa çıkma ve plan yapma alt ölçek skorları ile sorun odaklı başa çıkma ana ölçek skoru anlamlı olarak düşüktü (**Tablo 4.6**).

Diğer taraftan hasta ve kontrol grupları arasında COPE'nin pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme ve diğer

meşguliyetleri bastırma alt ölçek skorları ile duygusal odaklı başa çıkma ana ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.6**).

Tablo 4.6. OKB Tanılı Hastaların Ebeveynleri İle Kontrol Grubunun Ebeveynleri Arasında COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı

	OKB (n=60) ort±SD (min-maks)	Kontrol (n=60) ort±SD (min-maks)	p*
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.7±2.5 (6-16)	13.3±1.7 (9-16)	0.250
Zihinsel boşverme	8.8±2.6 (4-16)	8.2±1.9 (4-12)	0.215
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.2±2.9 (4-16)	11.7±2.5 (6-16)	0.343
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.0±3.3 (4-16)	11.8±3.0 (5-16)	0.209
Aktif başa çıkma	11.4±3.2 (4-16)	13.0±1.8 (9-16)	0.004
İnkar	7.3±2.7 (4-16)	5.8±1.9 (4-12)	0.001
Dini olarak başa çıkma	13.7±2.6 (6-16)	13.4±2.9 (4-16)	0.519
Şakaya vurma	6.6±2.8 (4-16)	7.0±2.6 (4-15)	0.319
Davranışsal olarak boş verme	7.2±2.3 (4-13)	6.2±1.9 (4-10)	0.036
Geri durma	9.1±2.3 (5-16)	9.5±2.0 (5-14)	0.152
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.7±3.3 (4-16)	11.0±3.0 (4-16)	0.689
Madde kullanımı	5.0±2.0 (4-12)	4.5±1.3 (4-12)	0.241
Kabullenme	9.9±3.0 (5-16)	10.2±2.5 (6-16)	0.579
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.5±2.5 (4-14)	10.2±1.9 (6-16)	0.088
Plan yapma	10.8±2.9 (5-16)	13.3±2.2 (8-16)	<0.001
Sorun odaklı başa çıkma	51.8±10.5 (22-70)	57.8±7.5 (38-72)	0.001
Duygusal odaklı başa çıkma	53.7±9.2 (29-77)	54.9±7.9 (39-79)	0.431
İşlevsel olmayan başa çıkma	39.5±7.4 (22-66)	36.4±5.5 (24-47)	0.033

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Tesi

OKB tanılı hastaların CYBOCS ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.7**'de sunulmuştur.

Hastaların C-YBOCS kompulsiyon alt ölçek skoru ortalaması 11.8±2.3 (min:6-maks:16), obsesyon alt ölçek skoru ise 11.8±2.3 (min:6-maks:16) iken toplam skoru 23.5±4.6 (min:12-maks:32)'ydi. OKB şiddetine bakılacak olursa; 60 OKB hastasının %5.0'ı hafif şiddette, %41.7'si orta şiddette, %53.3'ü ise ağır şiddette OKB'ydi (**Tablo 4.7**).

Tablo 4.7. OKB Tanılı Hastaların CYBOCS Ölçek Puanlarının Dağılımı

<i>OKB (n=60)</i>	ort±SD (min-maks)
CYBOCS-Kompulsiyon	11.8±2.3 (6-16)
CYBOCS-Obsesyon	11.8±2.3 (6-16)
CYBOCS-Toplam	23.5±4.6 (12-32)
OKB Şiddeti, n (%)	
Hafif (8-15)	3 (5.0)
Orta (16-23)	25 (41.7)
Ağır (>23)	32 (53.3)

CYBOCS: Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Belirtiler Ölçeği

OKB tanılı hastaların C-YBOCS ölçeğine göre kompulsiyon özelliklerinin dağılımı **Tablo 4.8'** de sunulmuştur.

Hastaların %20.0'ında 1 kompulsiyon bulunurken %53.3'ünde 2, %26.7'sinde 3 ve daha fazla kompulsiyon mevcuttu. Baskın kompulsiyon tipine bakılacak olursa; hastaların %45.0'ında kontrol etme, %38.3'ünde yıkama/temizleme, %28.3'ünde tekrarlayıcı törensel davranışlar ve %1.7'sinde sıralama/düzenleme kompulsiyonu baskındı. Hastaların %5.0'ı kompulsiyonla geçen zamanı hafif olarak değerlendirirken %58.3'ü orta, %31.7'si ağır ve %1.7'si ileri derecede olarak değerlendirdi. Hastaların %1.7'si kompulsiyonlardan etkilenmediğini ifade ederken %40.0'ı hafif, %45.0'ı orta ve %13.3'ü ağır derecede etkilendiğini belirtti. İncelenen OKB hastalarının %5.0'ı kompulsiyonlardan hafif düzeyde, %31.7'si orta düzeyde, %61.7'si ağır düzeyde rahatsız olduğunu ifade etti. Hastaların %6.7'si kompulsiyonlara karşı hafif düzeyde direnirken %53.3'ü orta ve %36.7'si ağır düzeyde direniyordu. Hastaların %1.7'si kompulsiyonları kontrol edemediğini belirtirken %3.3'ü yeterli düzeyde, %31.7'si orta düzeyde, %63.3'ü ise az düzeyde kontrol ettiğini belirtti (**Tablo 4.8**).

Tablo 4.8. OKB Tanılı Hastaların CYBOCS Ölçeğine Göre Kompulsiyon Özelliklerinin Dağılımı

OKB (n=60)	n (%)
Kompulsiyon Sayısı	
1	12 (20.0)
2	32 (53.3)
≥3	16 (26.7)
Baskın Kompulsiyon Tipi	
Kontrol etme	27 (45.0)
Yıkama/Temizleme	23 (38.3)
Tekrarlayıcı törensel davranışlar	17 (28.3)
Sıralama/Düzenleme	1 (1.7)
Kompulsiyonlarla Geçen Zaman	
Hafif	3 (5.0)
Orta	35 (58.3)
Ağır	19 (31.7)
İleri	3 (5.0)
Kompulsiyonlardan Etkilenme	
Yok	1 (1.7)
Hafif	24 (40.0)
Orta	27 (45.0)
Ağır	8 (13.3)
Kompulsiyonlardan Rahatsız Olma	
Hafif	3 (5.0)
Orta	19 (31.7)
Ağır	37 (61.7)
İleri	1 (1.7)
Kompulsiyonlara Karşı Direnme	
Hafif	4 (6.7)
Orta	32 (53.3)
Ağır	22 (36.7)
Kompulsiyonların Kontrolü	
Yeterli	2 (3.3)
Orta	19 (31.7)
Az	38 (63.3)
Kontrol yok	1 (1.7)

CYBOCS: Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Belirtiler Ölçeği

OKB tanılı hastaların C-YBOCS ölçeğine göre obsesyon özelliklerinin dağılımı **Tablo 4.9**'da sunulmuştur.

Hastaların %30.0'ında bir, %51.7'sinde 2, %18.3'ünde ise 3 ve daha fazla obsesyon mevcuttu (**Tablo 4.9**).

Hastaların %60.0'mın baskın obsesyon tipi kirlenme iken %30.0'mın dini, %15.0'mın saldırganlık, %13.3'ünün cinsel ve %10.0'mın somatikti (**Tablo 4.9**).

Obsesyonla geçen zamanı hastaların %5.0'ı hafif olarak değerlendirirken %58.3'ü orta, %31.7'si ağır ve %5.0'ı ileri olarak değerlendirdi (**Tablo 4.9**).

Hastaların %1.7'si obsesyondan etkilenmediğini, %40.0'ı hafif düzeyde, %45.0'ı orta düzeyde, %13.3'ü ise ağır düzeyde etkilendiğini ifade etti (**Tablo 4.9**).

Hastaların %6.7'si obsesyonlardan hafif derecede rahatsız olduğunu, %31.7'si orta, %60.0'ı ağır ve %1.7'si ileri düzeyde rahatsız olduğunu belirtti (**Tablo 4.9**).

Hastaların %6.7'si obsesyonlara karşı hafif düzeyde direnebildiğini, %53.3'ü orta, %36.7'si ise ağır düzeyde direnebildiğini belirtti (**Tablo 4.9**).

Hastaların %1.7'si obsesyonları kontrol edemediğini, %65.0'ı az kontrol edebildiğini, %30.0'ı orta ve %3.3'ü yeterli düzeyde kontrol edebildiğini ifade etti (**Tablo 4.9**).

Tablo 4.9. OKB Tanılı Hastaların CYBOCS Ölçeğine Göre Obsesyon Özelliklerinin Dağılımı

<i>OKB (n=60)</i>	n (%)
Obsesyon Sayısı	
1	18 (30.0)
2	31 (51.7)
≥3	11 (18.3)
Baskın Obsesyon Tipi	
Kirlenme	36 (60.0)
Dini	18 (30.0)
Saldırganlık	9 (15.0)
Cinsel	8 (13.3)
Somatik	6 (10.0)
Obsesyonlarla Geçen Zaman	
Hafif	3 (5.0)
Orta	35 (58.3)
Ağır	19 (31.7)
İleri	3 (5.0)
Obsesyonlardan Etkilenme	
Yok	1 (1.7)
Hafif	24 (40.0)
Orta	27 (45.0)
Ağır	8 (13.3)
Obsesyonlardan Rahatsız Olma	
Hafif	4 (6.7)
Orta	19 (31.7)
Ağır	36 (60.0)
İleri	1 (1.7)
Obsesyonlara Karşı Direnme	
Hafif	4 (6.7)
Orta	32 (53.3)
Ağır	22 (36.7)
Obsesyonların Kontrolü	
Yeterli	2 (3.3)
Orta	18 (30.0)
Az	39 (65.0)
Kontrol yok	1 (1.7)

CYBOCS: Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Belirtiler Ölçeği

OKB tanımlı hastaların obsesyon ve kompulsiyon hakkındaki özellikleri **Tablo 4.10**'da sunulmuştur.

Hastaların %18.3'ü kaçınma davranışının olmadığını, %43.3'ü hafif, %28.3'ü orta, %10'u ağır düzeyde kaçınmanın olduğunu belirtti (**Tablo 4.10**).

Hastaların %3.3'ü kararsızlığının olmadığını, %35.0'i hafif düzeyde, %46.7'si orta düzeyde, %15.0'i ise ağır düzeyde kararsızlığının olduğunu ifade etti (**Tablo 4.10**).

Hastaların %40.0'ı patolojik sorumluluğunun olmadığını, %51.7'si hafif düzeyde, %8.3'ü orta düzeyde patolojik sorumluluğun olduğunu belirtti (**Tablo 4.10**).

Hastaların %23.3'ü hafif düzeyde, %55.0'i orta düzeyde, %20.0'si ise ağır düzeyde yavaşlamanın olduğunu ifade etti (**Tablo 4.10**).

Hastaların %15.0'ı patolojik kuşkunun olmadığını, %58.3'ü hafif düzeyde, %26.7'si orta düzeyde patolojik kuşkunun olduğunu belirtti (**Tablo 4.10**).

Hastaların %50.0'mın içgörü düzeyi mükemmel, %40.0'mın iyi, %10.0'unun ise hafifti (**Tablo 4.10**).

Tablo 4.10. OKB Tanımlı Hastaların Obsesyon ve Kompulsiyon Hakkındaki Özellikleri

OKB (n=60)	Yok	Hafif	Orta	Ağır
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kaçınma	11 (18.3)	26 (43.3)	17 (28.3)	6 (10.0)
Kararsızlık	2 (3.3)	21 (35.0)	28 (46.7)	9 (15.0)
Patolojik Sorumluluk	24 (40.0)	31 (51.7)	5 (8.3)	0
Yavaşlama	0	14 (23.3)	33 (55.0)	12 (20.0)
Patolojik Kuşku	9 (15.0)	35 (58.3)	16 (26.7)	0
	Mükemmel	Orta	Hafif	Yok
İçgörü	30 (50.0)	24 (40.0)	6 (10.0)	0

#: Satır yüzdesi

OKB tanımlı hastaların genel ağırlık, güvenilirlik ve ek tanıları **Tablo 4.11**'de sunulmuştur.

Hastaların genel ağırlık skoru ortalaması 3.5 ± 0.8 (min:2-maks:5) olup %78.3'ünün güvenilir düzeyi mükemmel, %21.7'sinin ise iyiydi. Hastalardan %53.3'ünün ek tanısı mevcut değilken %33.3'ünün bir, %13.3'ünün ise iki tanısı mevcuttu. Ek tanıları bakılacak olursa ek tanısı olan 28 hastanın %42.9'unda DEHB,

%35.7'sinde anksiyete, %32.1'inde tik bozukluğu ve %17.9'unda depresyon mevcuttu (**Tablo 4.11**).

Tablo 4.11. OKB Tanılı Hastaların Genel Ağrlık, Güvenilirlik ve ek Tanları

OKB (n=60)	n (%)
Genel Ağrlık, ort±SD (min-maks)	3.5±0.8 (2-5)
Güvenilirlik	
Mükemmel	47 (78.3)
İyi	13 (21.7)
Ek Tanı Durumu	
Yok	32 (53.3)
Bir tanı	20 (33.3)
İki tanı	8 (13.3)
Ek Tanılar (n=28)#	
DEHB	12 (42.9)
Anksiyete	10 (35.7)
Tik bozukluğu	9 (32.1)
Depresyon	5 (17.9)

#Bir hastada birden fazla ek tanı mevcuttu, yüzde hasta sayısı üzerinden hesaplandı

4.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırması:

OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 4.12'de sunulmuştur.

Hastaların ailelerinin doldurduğu TURGAY KOKG alt ölçek skoru ile SCL90-R'nin somatizasyon ($r=0.34$), depresyon ($r=0.36$), düşmanlık ($r=0.34$), fobik anksiyete ($r=0.34$), paranoid düşünce ($r=0.26$), psikotizm ($r=0.27$) ve ek maddeler ($r=0.39$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.12**).

Hastaların ailelerinin doldurduğu TURGAY hareket alt ölçek skoru ile SCL90-R'nin somatizasyon ($r=0.29$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.12**).

Hastaların öğretmenlerinin doldurduğu TURGAY KOKG alt ölçek skoru ile SCL90-R'nin fobik anksiyete ($r=0.26$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.12**).

Hastaların ÇATÖ ölçek skoru ile SCL90-R'nin depresyon ($r=0.26$) ve anksiyete ($r=0.35$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.12**).

Yukarıda belirtilenler dışında OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.12**).



Tablo 4.12. OKB Tanılı Hastaların Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		SCL90-R										
OKB (n=60)		Somatizasyon	OKB	Depresyon	Anksiyete	Dışmanlık	Fobikanksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek madde		
TURGAY (Aile)												
Dikkat	r	0.059	0.082	0.092	0.083	0.166	-0.018	-0.019	0.163	-0.037		
	p	0.653	0.531	0.485	0.528	0.206	0.892	0.884	0.214	0.782		
Hareket	r	0.287	0.151	0.226	0.175	0.201	0.149	0.097	0.223	0.163		
	p	0.026	0.249	0.083	0.180	0.124	0.257	0.460	0.086	0.215		
KOKG	r	0.340	0.208	0.356	0.245	0.344	0.343	0.261	0.271	0.389		
	p	0.008	0.110	0.005	0.059	0.007	0.007	0.044	0.036	0.002		
TURGAY (Öğretmen)												
Dikkat	r	0.007	-0.006	0.052	0.040	0.039	-0.085	-0.145	0.071	-0.149		
	p	0.957	0.965	0.692	0.762	0.765	0.521	0.270	0.588	0.256		
Hareket	r	0.067	0.131	0.149	0.069	0.128	0.118	0.018	0.163	-0.004		
	p	0.609	0.319	0.257	0.602	0.328	0.370	0.890	0.212	0.976		
KOKG	r	0.093	0.167	0.123	0.166	0.203	0.260	0.177	0.236	0.091		
	p	0.478	0.203	0.351	0.206	0.120	0.045	0.176	0.070	0.490		
ÇATÖ	r	0.224	0.219	0.259	0.346	0.238	0.129	0.101	0.189	0.235		
	p	0.860	0.092	0.045	0.007	0.067	0.326	0.440	0.147	0.070		
CDI	r	0.030	0.027	0.144	0.143	-0.002	-0.029	-0.062	-0.038	0.013		
	p	0.979	0.836	0.274	0.277	0.986	0.828	0.640	0.774	0.924		
CYBOCS- Obsesyon	r	0.031	0.121	0.078	0.106	0.084	0.123	0.055	-0.017	0.065		
	p	0.815	0.356	0.555	0.419	0.524	0.347	0.674	0.899	0.624		
CYBOCS- Kompulsiyon	r	0.031	0.121	0.078	0.106	0.084	0.123	0.055	-0.017	0.065		
	p	0.815	0.356	0.555	0.419	0.524	0.347	0.674	0.899	0.624		
CYBOCS-Toplam	r	0.031	0.121	0.078	0.106	0.084	0.123	0.055	-0.017	0.065		
	p	0.815	0.356	0.555	0.419	0.524	0.347	0.674	0.899	0.624		

r: Spearman korelasyon katsayısı

Kontrol grubunun ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanları ile TURGAY, ÇATÖ ve CDI ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 4.13'te sunulmuştur.

Kontrol grubunda yer alanların ailelerine uygulanan TURGAY dikkat alt ölçek skoru ile SCL90-R'nin somatizasyon ($r=0.34$), OKB ($r=0.47$), depresyon ($r=0.35$), anksiyete ($r=0.29$), düşmanlık ($r=0.37$) ve ek maddeler ($r=0.31$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.13**).

Kontrol grubunda yer alanların ailelerine uygulanan TURGAY hareket alt ölçek skoru ile SCL90-R'nin somatizasyon ($r=0.37$), OKB ($r=0.34$), depresyon ($r=0.27$), anksiyete ($r=0.43$), düşmanlık ($r=0.31$) ve ek maddeler ($r=0.31$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.13**).

Kontrol grubunda yer alanların ailelerine uygulanan TURGAY KOKG alt ölçek skoru ile SCL90-R'nin somatizasyon ($r=0.32$), OKB ($r=0.33$), anksiyete ($r=0.38$) ve düşmanlık ($r=0.28$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.13**).

Kontrol grubunda yer alanların öğretmenlerine uygulanan TURGAY dikkat alt ölçek skoru ile SCL90-R'nin OKB ($r=0.30$) ve düşmanlık ($r=0.27$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.13**).

Kontrol grubunda yer alanların öğretmenlerine uygulanan TURGAY hareket alt ölçek skoru ile SCL90-R'nin somatizasyon ($r=0.34$), OKB ($r=0.29$), depresyon ($r=0.28$), anksiyete ($r=0.31$), düşmanlık ($r=0.27$) ve ek maddeler ($r=0.33$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.13**).

Kontrol grubunda yer alanların ÇATÖ ölçek skoru ile SCL90-R'nin somatizasyon ($r=0.27$), depresyon ($r=0.30$), anksiyete ($r=0.26$), fobik anksiyete ($r=0.26$) ve ek maddeler ($r=0.28$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.13**).

Kontrol grubunda yer alanların CDI ölçek skoru ile SCL90-R'nin somatizasyon ($r=0.38$), OKB ($r=0.37$), depresyon ($r=0.42$), anksiyete ($r=0.35$), düşmanlık ($r=0.34$), psikotizm ($r=0.31$) ve ek maddeler ($r=0.30$) alt ölçek skorları

arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.13**).

Yukarıda belirtilenler dışında kontrol grubunun ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanları ile TURGAY, ÇATÖ ve CDI ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p<0.05$) (**Tablo 4.13**).

OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS ölçek puanları arasındaki ilişki **Tablo 4.14**'te sunulmuştur.

OKB tanılı hastaların COPE'nin dini olarak başa çıkma alt ölçek skoru ile ailelerinin doldurduğu TURGAY dikkat ($r=0.26$) ve KOKG ($r=0.38$), öğretmenlerinin doldurduğu TURGAY dikkat ($r=0.30$) ve hareket ($r=0.30$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde; ailelerinin doldurduğu TURGAY hareket ($r=0.55$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.14**).

OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin COPE'nin soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt ölçek skoru ile ÇATÖ ($r=0.26$) ölçek skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.14**).

Yukarıda belirtilenler dışında OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.14**).

Tablo 4.13. Kontrol Grubunun Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanları ile TURGAY, ÇATÖ ve CDI Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		SCL90-R										
KONTROL (n=60)		Somatizasyon	OKB	Depresyon	Anksiyete	Düşmanlık	Fobikanksiyete	Paranoid düşünce	Psikotizm	Ek madde		
TURGAY (Aile)												
Dikkat	r	0.340	0.467	0.350	0.291	0.374	0.069	0.236	0.141	0.308		
	p	0.008	0.001	0.006	0.024	0.003	0.600	0.069	0.283	0.017		
Hareket	r	0.368	0.345	0.269	0.430	0.310	0.049	0.196	0.228	0.310		
	p	0.004	0.007	0.038	0.001	0.016	0.713	0.133	0.079	0.016		
KOKG	r	0.316	0.331	0.254	0.383	0.278	0.121	0.095	0.234	0.139		
	p	0.014	0.010	0.051	0.003	0.032	0.359	0.471	0.072	0.289		
TURGAY (Öğretmen)												
Dikkat	r	0.183	0.298	0.138	0.229	0.271	0.172	0.089	0.100	0.175		
	p	0.163	0.021	0.293	0.078	0.036	0.188	0.500	0.446	0.181		
Hareket	r	0.337	0.287	0.284	0.313	0.268	0.150	0.154	0.135	0.334		
	p	0.009	0.026	0.028	0.015	0.038	0.253	0.240	0.303	0.009		
KOKG	r	0.139	0.156	0.192	0.087	-0.095	0.154	0.049	0.134	0.216		
	p	0.288	0.235	0.141	0.507	0.470	0.241	0.708	0.306	0.097		
ÇATÖ	r	0.267	0.164	0.299	0.258	0.123	0.256	0.123	0.237	0.278		
	p	0.039	0.212	0.020	0.046	0.350	0.048	0.349	0.068	0.032		
CDI	r	0.375	0.371	0.419	0.354	0.342	0.199	0.249	0.306	0.296		
	p	0.003	0.004	0.001	0.006	0.007	0.127	0.055	0.018	0.022		

r: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.14. OKB Tanılı Hastaların Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		COPE																		
OKB (n=60)		Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Zihinsel boşverme	Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Yararlı sosyal destek kullanımı	Aktif başa çıkma	İnkâr	Dini olarak başa çıkma	Sakaya vurma	Davranışsal olarak boşverme	Ceri Durma	Duyusal sosyal destek kullanımı	Madde kullanımı	Kabulletilme	Diğer mesgullükleri bastırma	Plan yapma	Sorun odaklı başa çıkma	Duyusal odaklı başa çıkma	İşlevsel olmayan başa çıkma	
TURGAY (Aile)																				
Dikkat	r	-0.034	0.160	-0.002	0.164	-0.035	0.090	0.265	0.018	0.089	0.215	0.094	0.019	-0.082	0.027	0.039	0.100	0.065	0.154	
	p	0.796	0.221	0.988	0.210	0.792	0.495	0.041	0.890	0.501	0.100	0.477	0.885	0.531	0.836	0.770	0.447	0.623	0.239	
Hareket	r	-0.045	0.005	-0.036	0.100	0.140	0.069	0.552	0.066	-0.085	0.203	0.123	0.115	0.153	0.216	0.045	0.172	0.245	-0.072	
	p	0.735	0.972	0.782	0.445	0.286	0.598	0.001	0.618	0.520	0.120	0.349	0.381	0.244	0.097	0.732	0.189	0.059	0.584	
KOKG	r	0.047	-0.160	-0.006	-0.14	0.012	0.071	0.376	0.017	-0.087	0.062	-0.064	0.087	0.190	0.235	0.028	0.048	0.136	0.148	
	p	0.721	0.222	0.964	0.286	0.929	0.588	0.003	0.895	0.507	0.640	0.629	0.510	0.147	0.071	0.834	0.715	0.301	0.258	
TURGAY (Öğretmen)																				
Dikkat	r	-0.119	0.122	-0.025	0.099	-0.039	0.028	0.301	0.034	0.082	0.237	0.148	-0.138	-0.074	0.033	-0.084	0.039	0.064	0.002	
	p	0.367	0.353	0.847	0.450	0.765	0.834	0.020	0.798	0.534	0.068	0.258	0.292	0.574	0.802	0.525	0.767	0.629	0.989	
Hareket	r	-0.140	0.000	-0.091	0.133	0.006	-0.050	0.298	0.020	0.157	0.161	0.181	-0.255	0.042	0.051	-0.033	0.077	0.115	-0.089	
	p	0.286	0.999	0.488	0.311	0.961	0.731	0.021	0.878	0.230	0.220	0.167	0.049	0.749	0.700	0.802	0.559	0.382	0.497	
KOKG	r	-0.099	-0.194	-0.036	-0.090	-0.113	-0.030	0.104	0.038	0.104	-0.010	0.002	-0.059	-0.008	-0.068	-0.216	-0.137	-0.020	-0.118	
	p	0.454	0.137	0.786	0.490	0.389	0.811	0.428	0.772	0.428	0.941	0.988	0.653	0.952	0.605	0.097	0.298	0.877	0.371	
ÇATÖ	r	0.042	0.016	0.261	0.170	0.011	-0.011	0.245	0.252	-0.101	0.054	0.155	0.066	0.043	0.191	0.079	0.146	0.239	0.048	
	p	0.748	0.904	0.044	0.194	0.933	0.397	0.059	0.052	0.442	0.680	0.237	0.615	0.744	0.144	0.547	0.267	0.065	0.717	
CDI	r	0.059	0.059	0.025	0.069	0.098	-0.012	0.147	0.110	-0.111	-0.020	0.095	0.030	0.085	0.132	0.274	0.175	0.167	-0.014	
	p	0.656	0.656	0.848	0.599	0.456	0.361	0.261	0.401	0.398	0.892	0.472	0.822	0.519	0.316	0.034	0.180	0.201	0.916	
CYBOCS- Obsesyon	r	-0.024	0.199	-0.048	0.114	0.109	-0.120	-0.104	-0.068	-0.027	-0.235	0.107	-0.216	-0.117	-0.034	0.138	0.081	0.001	0.002	
	p	0.857	0.127	0.718	0.386	0.407	0.361	0.428	0.605	0.838	0.071	0.415	0.098	0.373	0.795	0.295	0.541	0.993	0.986	
CYBOCS- Kompulsiyon	r	-0.024	0.199	-0.048	0.114	0.109	-0.120	-0.104	-0.068	-0.027	-0.235	0.107	-0.216	-0.117	-0.034	0.138	0.081	0.001	0.002	
	p	0.857	0.127	0.718	0.386	0.407	0.361	0.428	0.605	0.838	0.071	0.415	0.098	0.373	0.795	0.295	0.541	0.993	0.986	
CYBOCS- TOPLAM	r	-0.024	0.119	0.199	0.114	0.109	-0.012	-0.104	0.068	-0.027	-0.230	0.107	-0.216	-0.117	-0.034	0.138	0.081	0.001	0.002	
	p	0.857	0.127	0.127	0.386	0.407	0.361	0.428	0.605	0.838	0.071	0.415	0.098	0.373	0.795	0.295	0.541	0.993	0.986	

r: Spearman korelasyon katsayısı

Kontrol grubunun ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanları ile TURGAY, ÇATÖ ve CDI ölçek puanları arasındaki ilişki **Tablo 4.15**'te sunulmuştur.

Kontrol grubunda yer alanların ailelerine uygulanan TURGAY dikkat alt ölçek skoru ile COPE'nin zihinsel boş verme ($r=0.26$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.15**).

Kontrol grubunda yer alanların ailelerine uygulanan TURGAY hareket alt ölçek skoru ile COPE'nin dini olarak başa çıkma ($r=0.32$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.15**).

Kontrol grubunda yer alanların ailelerine uygulanan TURGAY KOKG alt ölçek skoru ile COPE'nin şakaya vurma ($r= -0.26$) alt ölçek skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.15**).

Kontrol grubunda yer alanların öğretmenlerine uygulanan TURGAY hareket alt ölçek skoru ile COPE'nin dini olarak başa çıkma ($r=0.31$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.15**).

Kontrol grubunda yer alanların ÇATÖ ölçek skoru ile COPE'nin soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ($r=0.26$) ve dini olarak başa çıkma ($r=0.31$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.15**).

Kontrol grubunda yer alanların CDI ölçek skoru ile COPE'nin pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($r= -0.36$) alt ölçek skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.15**).

Yukarıda belirtilenler dışında kontrol grubunun ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.15**).

İstatistiksel karşılaştırma aşamasında yeterli sayıya ulaşabilmek için OKB tanılı hastalardan OKB şiddeti hafif ve orta olanlar birleştirilerek hafif-orta olarak adlandırılmış ve bu şekilde değerlendirilmiştir.

Tablo 4.15. Kontrol Grubunun Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanları ile TURGAY, ÇATÖ ve CDI Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		COPE																		
KONTROL (n=60)		Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Zihinsel boşverme	Sorunla odaklanma ve duyguları açığa vurma	Yararlı sosyal destek kullanım	Aktif başla çıkma	İnkâr	Dini olarak başla çıkma	Şakaya vurma	Davranış al olarak boşverme	Geri Durma	Duyusal sosyal destek kullanımı	Madde kullanım	Kabullen me	Diğer meşguliye leri bastırma	Plan yapma	Sorun odaklı başla çıkma	Duyusal odaklı başla çıkma	İşlevsel olmayan başla çıkma	
																				r
TURGAY (Aile)																				
Dikkat	r	-0.067	0.255	-0.003	-0.016	0.009	0.116	0.203	-0.141	0.041	0.223	0.195	0.117	0.253	0.248	0.140	0.174	0.145	0.126	
	p	0.612	0.049	0.985	0.902	0.946	0.376	0.120	0.283	0.755	0.087	0.135	0.375	0.051	0.056	0.287	0.183	0.270	0.338	
Hareket	r	0.121	0.118	-0.149	-0.254	-0.063	0.144	0.322	-0.173	-0.064	0.117	-0.116	-0.023	0.034	0.017	-0.258	-0.160	0.036	-0.043	
	p	0.356	0.370	0.256	0.050	0.634	0.272	0.012	0.185	0.626	0.373	0.377	0.864	0.797	0.895	0.047	0.221	0.786	0.747	
KOKG	r	0.090	-0.034	0.061	0.120	-0.059	-0.094	0.124	-0.260	-0.093	0.110	0.162	0.202	0.025	0.132	0.025	0.149	-0.013	0.001	
	p	0.494	0.794	0.641	0.362	0.655	0.474	0.344	0.045	0.481	0.401	0.217	0.121	0.850	0.315	0.850	0.256	0.919	0.995	
TURGAY (Öğretmen)																				
Dikkat	r	0.081	0.019	-0.023	0.039	-0.077	0.153	0.188	-0.042	0.024	0.130	0.176	0.068	-0.069	0.123	0.063	0.067	0.129	0.080	
	p	0.541	0.883	0.859	0.769	0.560	0.244	0.149	0.749	0.855	0.323	0.179	0.606	0.599	0.351	0.635	0.610	0.325	0.543	
Hareket	r	0.125	0.068	-0.111	-0.170	-0.047	0.201	0.307	-0.080	-0.076	0.201	-0.031	0.019	-0.008	0.073	-0.158	-0.058	0.082	0.014	
	p	0.341	0.608	0.398	0.195	0.722	0.124	0.017	0.545	0.564	0.123	0.815	0.886	0.954	0.578	0.227	0.659	0.533	0.916	
KOKG	r	0.211	0.168	0.068	0.099	-0.084	0.113	0.165	-0.175	0.004	0.217	-0.042	-0.065	0.038	0.149	-0.078	0.113	0.023	-0.053	
	p	0.105	0.200	0.604	0.452	0.524	0.390	0.208	0.180	0.977	0.096	0.752	0.624	0.774	0.257	0.555	0.390	0.864	0.689	
ÇATÖ	r	-0.168	0.042	0.262	-0.092	0.019	0.068	0.312	-0.198	0.010	0.233	0.043	-0.016	0.157	0.220	0.075	0.132	0.038	0.163	
	p	0.201	0.749	0.043	0.484	0.883	0.607	0.015	0.130	0.937	0.073	0.744	0.905	0.232	0.092	0.570	0.315	0.775	0.214	
CDI	r	-0.362	0.053	0.123	-0.061	-0.173	0.092	0.216	-0.213	0.088	0.031	0.160	0.243	-0.156	0.201	-0.100	0.010	-0.055	0.178	
	p	0.004	0.686	0.348	0.646	0.186	0.486	0.097	0.102	0.504	0.813	0.223	0.062	0.233	0.124	0.446	0.941	0.679	0.175	

r: Spearman korelasyon katsayısı

OKB tanılı hastaların OKB şiddetine göre TURGAY, ÇATÖ ve CDI ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.16’da sunulmuştur.

OKB tanılı 60 hastadan OKB şiddeti hafif-orta olanlar ile ağır olanlar arasında aile ve öğretmenlerine doldurulan TURGAY dikkat, hareket ve KOKG alt ölçek skorları ile ÇATÖ ve CDI skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Ayrıca hafif-orta şiddette OKB’si olanlarla ağır OKB’si olanlar arasında anksiyete ve depresyon varlığı açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.16**).

Tablo 4.16. OKB Tanılı Hastaların OKB Şiddetine Göre TURGAY, ÇATÖ ve CDI Ölçek Puanlarının Dağılımı

	OKB Şiddeti		p*
	Hafif-Orta (n=28) ort±SD (min-maks)	Ağır (n=32) ort±SD (min-maks)	
TURGAY (Aile)			
Dikkat	2.0±2.4 (0-9)	2.3±2.4 (0-9)	0.655
Hareket	1.8±2.2 (0-9)	2.4±2.7 (0-9)	0.418
KOKG	1.9±1.5 (0-5)	1.4±1.3 (0-3)	0.187
Davranım Bozukluğu, n (%)	2 (7.1)	1 (3.1)	0.594 [#]
TURGAY (Öğretmen)			
Dikkat	1.5±2.1 (0-7)	1.3±1.6 (0-5)	0.807
Hareket	1.3±2.2 (0-7)	1.6±2.4 (0-7)	0.981
KOKG	0.8±1.1 (0-4)	0.4±0.9 (0-3)	0.147
Davranım Bozukluğu, n (%)	0 (0)	0 (0)	-----
ÇATÖ	33.5±14.9 (7-75)	33.8±14.0 (6-59)	0.865
≤24, n (%)	7 (25.0)	8 (25.0)	1.000**
>24, n (%)	21 (75.0)	24 (75.0)	
CDI	13.0±7.9 (1-37)	14.9±7.5 (0-34)	0.250
≤18, n (%)	23 (82.1)	23 (71.9)	0.348**
>18, n (%)	5 (17.9)	9 (28.1)	

Nitel değişkenler “sayı (sütun yüzdesi)”, nicel değişkenler ise “ortalama±standart sapma (min-maks)” şeklinde sunulmuştur

**Ki-Kare Testi; *Mann-Whitney U Testi; #Fisher’in Kesin Testi

TURGAY: Yıkıcı davranım bozukluğu tarama ve değerlendirme ölçeği; ÇATÖ: Çocuklar için anksiyete tarama ölçeği; CDI: Çocuklar için depresyon envanteri

OKB tanılı hastaların OKB şiddetine göre ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.17**’de sunulmuştur.

Hastalardan OKB’si hafif-orta olanlarla ağır olanlar arasında SCL90-R ölçeğinin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.17**).

Tablo 4.17. OKB Tanılı Hastaların OKB Şiddetine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

	OKB Şiddeti		p*
	Hafif-Orta (n=28)	Ağır (n=32)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
SCL90-R			
Somatizasyon	1.2±0.8 (0.2-3.2)	1.2±0.7 (0.1-2.6)	0.870
OKB	1.3±0.7 (0.1-2.4)	1.3±0.8 (0-3.0)	0.835
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	1.1±0.8 (0-3.8)	1.2±0.8 (0-3.2)	0.563
Anksiyete	0.9±0.8 (0-3.6)	0.9±0.7 (0-3.2)	0.801
Düşmanlık	0.8±0.7 (0-2.3)	0.9±0.7 (0-2.3)	0.994
Fobikanksiyete	0.4±0.4 (0-1.8)	0.6±0.6 (0-2.1)	0.759
Paranoid düşünce	0.9±0.6 (0-2.8)	0.9±0.8 (0-2.8)	0.639
Psikotizm	0.6±0.6 (0-2.6)	0.6±0.6 (0-2.7)	0.834
Ek madde	1.1±0.7 (0.1-2.4)	1.1±0.6 (0-2.3)	0.518

*Mann-Whitney U Testi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların OKB şiddetine göre ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.18’de sunulmuştur.

OKB tanılı hastalardan OKB’si hafif-orta olanlarla ağır olanlar arasında COPE ölçeğinin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. OKB Tanılı Hastaların OKB Şiddetine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı

	OKB Şiddeti		p*
	Hafif-Orta (n=28)	Ağır (n=32)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.9±2.1 (8-16)	12.5±2.8 (6-16)	0.922
Zihinsel boşverme	8.5±2.4 (4-16)	9.1±2.7 (4-15)	0.139
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.5±2.7 (6-16)	10.9±3.1 (4-16)	0.479
Yararlı sosyal destek kullanımı	10.5±3.4 (4-16)	11.4±3.3 (4-16)	0.321
Aktif başa çıkma	11.2±2.5 (6-16)	11.6±3.6 (4-16)	0.468
İnkar	7.9±3.0 (4-16)	6.7±2.3 (4-12)	0.169
Dini olarak başa çıkma	13.9±2.6 (6-16)	13.5±2.7 (6-16)	0.432
Şakaya vurma	6.9±3.1 (4-16)	6.4±2.6 (4-14)	0.615
Davranışsal olarak boşverme	7.1±2.0 (4-13)	7.2±2.5 (4-13)	0.940
Geri durma	9.5±2.3 (5-16)	8.7±2.2 (5-14)	0.128
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.3±3.3 (4-16)	11.1±3.2 (5-16)	0.348
Madde kullanımı	5.4±2.3 (4-12)	4.8±1.7 (4-10)	0.322
Kabullenme	10.2±2.9 (5-16)	9.6±2.9 (5-15)	0.417
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.7±2.3 (6-14)	9.3±2.6 (4-14)	0.600
Plan yapma	10.6±2.4 (6-16)	11.0±3.3 (5-16)	0.654
Sorun odaklı başa çıkma	51.4±9.2 (37-69)	52.1±11.6 (22-70)	0.635
Duygusal odaklı başa çıkma	54.2±8.6 (34-77)	53.2±9.9 (29-68)	0.923
İşlevsel olmayan başa çıkma	40.2±7.8 (29-66)	38.9±7.0 (22-52)	0.738

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Testi

OKB tanılı hastaların anksiyete durumuna göre ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.19**'da sunulmuştur.

Hastalardan anksiyetesi olanlarla olmayanlar arasında SCL90-R'nin depresyon ve anksiyete alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0.046$; $p=0.008$). Anksiyetesi olanların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete alt ölçek skorları anksiyetesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.19**).

Diğer taraftan anksiyetesi olanlarla olmayan OKB tanılı hastaların ebeveynleri arasında SCL90-R'nin somatizasyon, OKB, kişiler arası duyarlılık, düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek madde alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.19**).

Tablo 4.19. OKB Tanılı Hastaların Anksiyete Durumuna Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Anksiyete Durumu		p*
	Yok (ÇATÖ≤24) (n=15) ort±SD (min-maks)	Var (ÇATÖ>24) (n=45) ort±SD (min-maks)	
SCL90-R			
Somatizasyon	0.9±0.6 (0.2-1.9)	1.3±0.8 (0.1-3.2)	0.086
OKB	1.0±0.7 (0-2.1)	1.4±0.8 (0.1-3.0)	0.092
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	0.8±0.6 (0-1.9)	1.3±0.8 (0.1-3.8)	0.046
Anksiyete	0.5±0.4 (0-1.6)	1.0±0.8 (0.1-3.6)	0.008
Düşmanlık	0.6±0.6 (0-1.8)	0.9±0.7 (0-2.3)	0.068
Fobikanksiyete	0.4±0.5 (0-1.5)	0.6±0.6 (0-2.1)	0.321
Paranoid düşünce	0.8±0.5 (0-2)	0.9±0.7 (0-2.8)	0.436
Psikotizm	0.4±0.4 (0-1.4)	0.7±0.7 (0-2.7)	0.146
Ek madde	0.8±0.6 (0-1.8)	1.2±0.6 (0-2.4)	0.071

*Mann-Whitney U Testi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların anksiyete durumuna göre ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.20**'de sunulmuştur.

Hastalardan anksiyetesi olanlarla olmayanların ebeveynleri arasında COPE'nin şakaya vurma alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.013$). Anksiyetesi olan OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin COPE'nin şakaya vurma alt ölçek skoru anksiyetesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.20**).

Diğer taraftan anksiyetesi olanlarla olmayanlar arasında COPE ölçeğinin şakaya vurma dışındaki diğer tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.20**).

Tablo 4.20. OKB Tanılı Hastaların Anksiyete Durumuna Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Anksiyete Durumu		p*
	Yok (ÇATÖ≤24) (n=15)	Var (ÇATÖ>24) (n=45)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.6±2.5 (7-16)	12.7±2.6 (6-16)	0.924
Zihinsel boşverme	8.7±2.2 (4-12)	8.9±2.7 (4-16)	0.870
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10.4±2.3 (7-14)	11.5±3.1 (4-16)	0.180
Yararlı sosyal destek kullanımı	10.8±3.1 (5-16)	11±3.4 (4-16)	0.631
Aktif başa çıkma	11.9±2.3 (8-16)	11.3±3.4 (4-16)	0.513
İnkar	7.3±3.1 (4-16)	7.2±2.6 (4-13)	0.973
Dini olarak başa çıkma	12.6±3.3 (6-16)	14.1±2.3 (6-16)	0.098
Şakaya vurma	5.3±2.2 (4-10)	7.1±2.9 (4-16)	0.013
Davranışsal olarak boşverme	7.4±2.4 (4-13)	7.0±2.2 (4-13)	0.660
Geri durma	8.4±1.8 (5-11)	9.3±2.4 (5-16)	0.309
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.5±2.7 (5-14)	10.8±3.4 (4-16)	0.790
Madde kullanımı	4.5±1.4 (4-9)	5.2±2.1 (4-12)	0.195
Kabullenme	9.5±3.1 (6-15)	10.1±2.9 (5-16)	0.430
Diğer meşguliyetleri bastırma	8.8±1.8 (6-12)	9.7±2.6 (4-14)	0.234
Plan yapma	11.0±2.0 (7-14)	10.7±3.1 (5-16)	0.692
Sorun odaklı başa çıkma	51±6.8 (40-62)	52±11.5 (22-70)	0.626
Duygusal odaklı başa çıkma	50.4±7.2 (34-60)	54.8±9.6 (29-77)	0.092
İşlevsel olmayan başa çıkma	38.5±5.9 (29-50)	39.9±7.8 (22-66)	0.572

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Testi

OKB tanılı hastaların depresyon durumuna göre ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.21**'de sunulmuştur.

Depresyonu olan ve olmayan hastalar arasında SCL90-R'nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.21**).

Tablo 4.21. OKB Tanılı Hastaların Depresyon Durumuna Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Depresyon Durumu		p*
	Yok (CDI≤18) (n=46)	Var (CDI>18) (n=14)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
SCL90-R			
Somatizasyon	1.2±0.7 (0.1-3.2)	1.2±0.8 (0.2-2.6)	0.979
OKB	1.3±0.7 (0-2.7)	1.4±0.8 (0.2-3)	0.834
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	1.1±0.8 (0-3.8)	1.3±0.8 (0.1-2.5)	0.270
Anksiyete	0.8±0.7 (0-3.6)	1±0.8 (0.2-3.2)	0.274
Düşmanlık	0.9±0.7 (0-2.3)	0.8±0.6 (0-2.2)	0.986
Fobikanksiyete	0.5±0.5 (0-1.8)	0.5±0.6 (0-2.1)	0.825
Paranoid düşünce	0.9±0.7 (0-2.8)	0.9±0.7 (0-2.7)	0.636
Psikotizm	0.6±0.6 (0-2.6)	0.6±0.7 (0-2.7)	0.771
Ek madde	1.1±0.6 (0-2.4)	1.1±0.7 (0.1-2.1)	0.923

*Mann-Whitney U Testi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların depresyon durumuna göre ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.22**'de sunulmuştur.

Hastalardan depresyonu olanlarla olmayanlar arasında COPE' nin duygusal sosyal destek kullanımı ve plan yapma alt ölçek skorları ile sorun odaklı başa çıkma ana ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla; p=0.048; p=0.013; p=0.034). Depresyonu olan OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin COPE'nin duygusal sosyal destek kullanımı ve plan yapma alt ölçek skorları ile sorun odaklı başa çıkma ana ölçek skoru depresyonu olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.22**).

Diğer taraftan depresyonu olanlarla olmayanlar arasında COPE ölçeğinin duygusal sosyal destek kullanımı ve plan yapma alt ölçek skorları ile sorun odaklı başa çıkma ana ölçek skoru dışındaki diğer tüm alt ve ana ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05) (**Tablo 4.22**).

Tablo 4.22. OKB Tanılı Hastaların Depresyon Durumuna Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Depresyon Durumu		p*
	Yok (CDI≤18) (n=46) ort±SD (min-maks)	Var (CDI>18) (n=14) ort±SD (min-maks)	
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.5±2.5 (6-16)	13.1±2.5 (7-16)	0.391
Zihinsel boşverme	8.7±2.6 (4-16)	9.3±2.7 (4-15)	0.469
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10.9±2.9 (4-16)	12.1±2.7 (7-16)	0.193
Yararlı sosyal destek kullanımı	10.5±3.2 (4-16)	12.6±3.2 (8-16)	0.051
Aktif başa çıkma	11.2±3.1 (4-16)	12.3±3.3 (5-16)	0.220
İnkar	7.4±2.7 (4-16)	6.9±2.6 (4-13)	0.509
Dini olarak başa çıkma	13.5±2.8 (6-16)	14.4±1.9 (11-16)	0.368
Şakaya vurma	6.5±2.5 (4-13)	7.1±3.7 (4-16)	0.822
Davranışsal olarak boşverme	7.3±2.5 (4-13)	6.8±1.7 (4-9)	0.737
Geri durma	9.0±2.3 (5-16)	9.1±2.1 (7-14)	0.874
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.2±3.3 (4-16)	12.3±2.6 (8-16)	0.048
Madde kullanımı	5.0±2.0 (4-12)	5.1±2.2 (4-10)	0.857
Kabullenme	9.8±3.0 (5-16)	10.4±2.6 (5-15)	0.375
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.3±2.5 (4-14)	10.2±2.2 (6-14)	0.177
Plan yapma	10.3±2.8 (5-16)	12.3±2.9 (5-16)	0.013
Sorun odaklı başa çıkma	50.3±10.7 (22-70)	56.6±8.5 (40-68)	0.034
Duygusal odaklı başa çıkma	52.6±9.7 (29-77)	57.3±6.6 (48-71)	0.077
İşlevsel olmayan başa çıkma	39.3±7.8 (22-66)	40.2±5.9 (33-52)	0.674

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Testi

OKB tanılı hastaların yıkama/temizleme baskın kompulsiyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.23**'te sunulmuştur.

Yıkama/temizleme baskın kompulsiyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında SCL90-R'nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.23**).

Tablo 4.23. OKB Tanılı Hastaların Yıkama/Temizleme Baskın Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Yıkama/Temizleme Baskın Kompulsiyon Tipi		p*
	Yok (n=37)	Var (n=23)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
SCL90-R			
Somatizasyon	1.1±0.8 (0.1-3.2)	1.3±0.7 (0.2-2.6)	0.270
OKB	1.3±0.7 (0.2-2.6)	1.4±0.8 (0-3)	0.322
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	1.2±0.9 (0-3.8)	1.1±0.6 (0-2.1)	0.976
Anksiyete	0.9±0.8 (0-3.6)	0.9±0.6 (0-2.3)	0.703
Düşmanlık	0.9±0.8 (0-2.3)	0.7±0.6 (0-2)	0.583
Fobikanksiyete	0.5±0.6 (0-2.1)	0.6±0.5 (0-1.7)	0.420
Paranoid düşünce	0.9±0.7 (0-2.8)	0.9±0.7 (0-2.8)	0.737
Psikotizm	0.7±0.7 (0-2.8)	0.5±0.5 (0-2.2)	0.624
Ek madde	1.1±0.6 (0-2.4)	1.2±0.6 (0-2.3)	0.573

*Mann-Whitney U Testi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların yıkama/temizleme baskın kompulsiyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.24**'te sunulmuştur.

Yıkama/temizleme baskın kompulsiyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında COPE'nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.24**).

Tablo 4.24. OKB Tanılı Hastaların Yıkama/Temizleme Baskın Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Yıkama/Temizleme Baskın Kompulsiyon		p*
	Yok (n=37)	Var (n=23)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.9±2.3 (7-16)	12.4±2.9 (6-16)	0.782
Zihinsel boşverme	8.8±2.6 (4-16)	8.9±2.5 (4-13)	0.591
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.4±2.9 (4-16)	10.9±3.0 (4-16)	0.608
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.0±3.0 (4-16)	11.0±3.9 (4-16)	0.807
Aktif başa çıkma	11.4±2.9 (5-16)	11.4±3.5 (4-16)	0.994
İnkar	7.3±2.9 (4-16)	7.1±2.3 (4-13)	0.951
Dini olarak başa çıkma	13.9±2.6 (6-16)	13.4±2.7 (7-16)	0.536
Şakaya vurma	6.9±2.8 (4-14)	6.2±2.9 (4-16)	0.228
Davranışsal olarak boşverme	7.2±2.2 (4-13)	7.1±2.5 (4-13)	0.829
Geri durma	9.2±2.3 (5-16)	8.9±2.3 (5-13)	0.696
Duygusal sosyal destek kullanımı	11±3.1 (4-16)	10.3±3.5 (4-16)	0.405
Madde kullanımı	4.9±2.0 (4-12)	5.3±1.9 (4-10)	0.140
Kabullenme	10.3±3.0 (5-16)	9.2±2.8 (5-15)	0.132
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.8±2.3 (4-14)	8.9±2.6 (4-14)	0.253
Plan yapma	11.0±2.6 (7-16)	10.4±3.3 (5-16)	0.613
Sorun odaklı başa çıkma	52.5±9.3 (32-70)	50.6±12.3 (22-68)	0.594
Duygusal odaklı başa çıkma	55.0±8.3 (36-77)	51.5±10.4 (29-71)	0.100
İşlevsel olmayan başa çıkma	39.6±7.3 (28-66)	39.4±7.6 (22-52)	0.726

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Testi

OKB tanılı hastaların tekrarlayıcı törensel davranışlar baskın kompulsiyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.25**'te sunulmuştur.

Tekrarlayıcı törensel davranışlar kompulsiyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında SCL90-R'nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.25**).

Tablo 4.25. OKB Tanılı Hastaların Tekrarlayıcı Törensel Davranışlar Baskın Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Tekrarlayıcı Törensel Davranışlar Baskın Kompulsiyon Tipi		p*
	Yok (n=43)	Var (n=17)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
SCL90-R			
Somatizasyon	1.2±0.8 (0.2-3.2)	1.0±0.7 (0.1-2.6)	0.250
OKB	1.3±0.8 (0-3.0)	1.3±0.7 (0.2-2.7)	0.831
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	1.1±0.7 (0-3.8)	1.2±0.9 (0-3.2)	0.761
Anksiyete	0.9±0.7 (0-3.6)	0.8±0.8 (0.1-3.2)	0.742
Düşmanlık	0.8±0.6 (0-2.3)	1.0±0.8 (0-2.3)	0.575
Fobikanksiyete	0.5±0.5 (0-1.8)	0.5±0.6 (0-2.1)	0.947
Paranoid düşünce	0.9±0.7 (0-2.8)	1.0±0.8 (0-2.7)	0.464
Psikotizm	0.6±0.6 (0-2.6)	0.6±0.7 (0-2.7)	0.798
Ek madde	1.2±0.6 (0-2.4)	1.0±0.6 (0-2.1)	0.336

*Mann-Whitney U Testi; #Fisher'in Kesin Testi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların tekrarlayıcı törensel davranışlar kompulsiyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.26**'da sunulmuştur.

Tekrarlayıcı törensel davranışlar kompulsiyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında COPE' nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.26**).

Tablo 4.26. OKB Tanılı Hastaların Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar Baskın Kompulsiyon Tipi		p*
	Yok (n=43)	Var (n=17)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	13.0±2.5 (6-16)	11.8±2.4 (7-16)	0.057
Zihinsel boşverme	9.0±2.7 (4-16)	8.4±2.3 (5-15)	0.250
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.3±3.1 (4-16)	11.1±2.4 (6-15)	0.928
Yararlı sosyal destek kullanımı	10.8±3.6 (4-16)	11.3±2.5 (6-16)	0.668
Aktif başa çıkma	11.6±3.2 (4-16)	10.9±3.0 (5-16)	0.408
İnkar	7.5±2.7 (4-16)	6.7±2.5 (4-11)	0.297
Dini olarak başa çıkma	13.8±2.6 (6-16)	13.5±2.7 (6-16)	0.526
Şakaya vurma	6.6±2.9 (4-16)	6.8±2.8 (4-12)	0.692
Davranışsal olarak boşverme	7.1±2.4 (4-13)	7.3±2.2 (4-13)	0.567
Geri durma	9.1±2.3 (5-16)	8.9±2.2 (6-14)	0.590
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.5±3.5 (4-16)	11.3±2.6 (7-16)	0.335
Madde kullanımı	5.2±2.0 (4-12)	4.7±2.0 (4-10)	0.170
Kabullenme	9.9±3.0 (5-16)	9.8±2.8 (5-15)	0.863
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.6±2.5 (4-14)	9.2±2.3 (4-14)	0.643
Plan yapma	10.9±3.1 (5-16)	10.6±2.4 (7-16)	0.574
Sorun odaklı başa çıkma	52.1±11.1 (22-70)	51.0±9.0 (32-68)	0.700
Duygusal odaklı başa çıkma	53.8±9.2 (29-77)	53.2±9.5 (36-68)	0.954
İşlevsel olmayan başa çıkma	40.0±7.6 (22-66)	38.2±6.9 (28-52)	0.383

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Testi

OKB tanılı hastaların kontrol etme baskın kompulsiyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.27**'te sunulmuştur.

Kontrol etme baskın kompulsiyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında SCL90-R'nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.27**).

Tablo 4.27. OKB Tanılı Hastaların Kontrol Etme Baskın Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Kontrol Etme Baskın Kompulsiyon Tipi		p*
	Yok (n=33)	Var (n=27)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
SCL90-R			
Somatizasyon	1.2±0.7 (0.1-2.6)	1.1±0.8 (0.2-3.2)	0.426
OKB	1.5±0.8 (0.1-3.0)	1.1±0.7 (0-2.2)	0.087
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	1.1±0.7 (0-3.2)	1.2±0.9 (0-3.8)	0.666
Anksiyete	0.8±0.6 (0-2.3)	1.0±0.9 (0-3.6)	0.893
Düşmanlık	0.8±0.6 (0-2.0)	0.9±0.8 (0-2.3)	0.783
Fobikanksiyete	0.5±0.5 (0-1.7)	0.5±0.6 (0-2.1)	0.384
Paranoid düşünce	1.0±0.6 (0-2.8)	0.8±0.8 (0-2.8)	0.106
Psikotizm	0.6±0.5 (0-2.2)	0.7±0.8 (0-2.7)	0.952
Ek madde	1.1±0.6 (0.1-2.3)	1.1±0.7 (0-2.4)	0.698

*Mann-Whitney U Testi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların kontrol etme kompulsiyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.28’de sunulmuştur.

Kontrol etme baskın kompulsiyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında COPE’nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. OKB Tanılı Hastaların Kontrol Etme Kompulsiyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Kontrol Etme Baskın Kompulsiyon Tipi		p*
	Yok (n=43)	Var (n=17)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.2±2.8 (6-16)	13.3±2.1 (10-16)	0.139
Zihinsel boşverme	8.3±2.2 (4-12)	9.5±2.8 (4-16)	0.081
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.1±2.8 (4-16)	11.3±3.1 (6-16)	0.964
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.1±3.6 (4-16)	10.8±3.1 (4-16)	0.585
Aktif başa çıkma	11.1±3.3 (4-16)	11.8±3.0 (6-16)	0.514
İnkar	6.8±2.1 (4-11)	7.9±3.2 (4-16)	0.258
Dini olarak başa çıkma	13.6±2.5 (7-16)	13.8±2.9 (6-16)	0.458
Şakaya vurma	6.2±2.3 (4-11)	7.1±3.4 (4-16)	0.371
Davranışsal olarak boşverme	7.2±2.5 (4-13)	7.1±2.1 (4-13)	0.916
Geri durma	8.6±2.1 (5-14)	9.6±2.4 (6-16)	0.118
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.8±3.4 (4-16)	10.6±3.1 (4-16)	0.754
Madde kullanımı	5.0±1.9 (4-10)	5.1±2.1 (4-12)	0.688
Kabullenme	9.3±2.9 (5-15)	10.7±2.9 (5-16)	0.055
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.0±2.4 (4-14)	10.0±2.4 (4-14)	0.099
Plan yapma	10.4±2.9 (5-16)	11.3±2.8 (7-16)	0.278
Sorun odaklı başa çıkma	50.3±10.7 (22-68)	53.6±10.1 (37-70)	0.312
Duygusal odaklı başa çıkma	52.1±9.6 (29-68)	55.6±8.5 (36-77)	0.225
İşlevsel olmayan başa çıkma	38.3±6.8 (22-50)	41.0±7.9 (28-66)	0.301

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Testi

OKB tanılı hastaların kirlenme baskın obsesyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.29**'da sunulmuştur.

Kirlenme baskın obsesyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında SCL90-R'nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.29**).

Tablo 4.29. OKB Tanılı Hastaların Kirlenme Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

SCL90-R	Kirlenme Baskın Obsesyon Tipi		p*
	Yok (n=24)	Var (n=36)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
Somatizasyon	1.2±0.8 (0.2-3.0)	1.2±0.7 (0.1-3.2)	0.904
OKB	1.2±0.6 (0.1-2.2)	1.4±0.8 (0-3.0)	0.251
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	1.2±0.8 (0-2.5)	1.1±0.8 (0-3.8)	0.612
Anksiyete	0.8±0.7 (0-3.2)	0.9±0.8 (0-3.6)	0.928
Düşmanlık	0.9±0.7 (0-2.3)	0.8±0.7 (0-2.3)	0.431
Fobikanksiyete	0.5±0.6 (0-2.1)	0.5±0.5 (0-1.8)	0.897
Paranoid düşünce	1.0±0.7 (0-2.7)	1.0±0.7 (0-2.7)	0.750
Psikotizm	0.6±0.6 (0-2.7)	0.6±0.7 (0-2.6)	0.715
Ek madde	1.0±0.6 (0-2.1)	1.1±0.6 (0-2.4)	0.672

*Mann-Whitney U Testi;; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların kirlenme baskın obsesyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.30**'da sunulmuştur.

Kirlenme baskın obsesyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında COPE'nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.30**).

Tablo 4.30. OKB Tanılı Hastaların Kirlenme Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Kirlenme Baskın Obsesyon Tipi		p*
	Yok (n=24)	Var (n=36)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.8±2.3 (7-16)	12.6±2.7 (6-16)	0.964
Zihinsel boşverme	8.6±2.3 (4-15)	9.0±2.8 (4-16)	0.547
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.7±2.9 (7-16)	10.8±2.9 (4-16)	0.328
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.1±2.1 (8-16)	10.9±4.0 (4-16)	0.855
Aktif başa çıkma	11.6±2.6 (7-16)	11.3±3.5 (4-16)	0.732
İnkar	7.2±3.0 (4-16)	7.3±2.5 (4-13)	0.767
Dini olarak başa çıkma	13.8±3.0 (6-16)	13.7±2.5 (7-16)	0.686
Şakaya vurma	6.4±2.8 (4-14)	6.8±2.9 (4-16)	0.698
Davranışsal olarak boşverme	7.1±1.8 (4-11)	7.2±2.6 (4-13)	0.625
Geri durma	9.2±1.9 (6-14)	8.9±2.5 (5-16)	0.483
Duygusal sosyal destek kullanımı	11.1±3.0 (4-16)	10.4±3.4 (4-16)	0.476
Madde kullanımı	4.7±1.8 (4-10)	5.3±2.1 (4-12)	0.168
Kabullenme	10.3±3.0 (5-15)	9.7±2.9 (5-16)	0.375
Diğer meşguliyetleri bastırma	10.1±2.5 (4-14)	9.1±2.4 (4-14)	0.098
Plan yapma	11.5±2.4 (8-16)	10.3±3.1 (5-16)	0.201
Sorun odaklı başa çıkma	53.5±7.7 (38-68)	50.5±12.0 (22-70)	0.294
Duygusal odaklı başa çıkma	54.4±7.6 (36-68)	53.2±10.2 (29-77)	0.526
İşlevsel olmayan başa çıkma	39.3±6.1 (28-52)	39.6±8.2 (22-66)	0.820

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Testi

OKB tanılı hastaların dini baskın obsesyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.31**'de sunulmuştur.

Dini baskın obsesyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında SCL90-R'nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.31**).

Tablo 4.31. OKB Tanılı Hastaların Dini Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Dini Baskın Obsesyon Tipi		p*
	Yok (n=42)	Var (n=18)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
SCL90-R			
Somatizasyon	1.2±0.8 (0.1-3.2)	1.1±0.7 (0.2-2.6)	0.872
OKB	1.3±0.8 (0-3.0)	1.3±0.7 (0.2-2.7)	0.796
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	1.1±0.7 (0-3.8)	1.4±0.8 (0.2-3.2)	0.090
Anksiyete	0.9±0.7 (0-3.6)	0.9±0.8 (0.1-3.2)	0.628
Düşmanlık	0.8±0.7 (0-2.3)	0.9±0.7 (0-2.2)	0.910
Fobikanksiyete	0.5±0.5 (0-1.8)	0.6±0.6 (0-2.1)	0.745
Paranoid düşünce	0.9±0.7 (0-2.8)	1.0±0.7 (0-2.7)	0.274
Psikotizm	0.6±0.6 (0-2.6)	0.7±0.7 (0-2.7)	0.411
Ek madde	1.1±0.6 (0-2.4)	1.1±0.7 (0-2.1)	0.910

*Mann-Whitney U Testi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların dini baskın obsesyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.32**'de sunulmuştur.

Dini baskın obsesyon tipine sahip olan ve olmayan hastaların ebeveynleri arasında COPE'nin davranışsal olarak boşverme alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.026$). Dini baskın obsesyon tipine sahip olan OKB tanılı hastaların COPE'nin davranışsal olarak boşverme alt ölçek skoru dini baskın obsesyon tipine sahip olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.32**).

Diğer taraftan dini baskın obsesyon tipine sahip olan ve olmayan hastaların ebeveynleri arasında COPE ölçeğinin davranışsal olarak boşverme alt ölçek skoru dışındaki diğer tüm alt ve ana ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.32**).

Tablo 4.32. OKB Tanılı Hastaların Dini Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Dini Baskın Obsesyon Tipi		p*
	Yok (n=42)	Var (n=18)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.8±2.7 (6-16)	12.4±2.1 (8-16)	0.392
Zihinsel boşverme	8.8±2.8 (4-16)	8.8±2.2 (5-15)	0.935
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.5±3.0 (4-16)	10.4±2.4 (6-15)	0.133
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.0±3.7 (4-16)	11.1±2.4 (6-16)	0.994
Aktif başa çıkma	11.5±3.4 (4-16)	11.2±2.6 (5-16)	0.720
İnkar	7.4±2.8 (4-16)	6.8±2.3 (4-11)	0.537
Dini olarak başa çıkma	13.9±2.6 (6-16)	13.3±2.7 (6-16)	0.262
Şakaya vurma	6.8±3.0 (4-16)	6.3±2.4 (4-11)	0.868
Davranışsal olarak boşverme	6.8±2.4 (4-13)	7.9±1.9 (4-11)	0.026
Geri durma	9.0±2.4 (5-16)	9.3±2.1 (6-14)	0.396
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.5±3.4 (4-16)	11.2±2.8 (6-16)	0.517
Madde kullanımı	5.1±2.0 (4-12)	4.8±2.0 (4-10)	0.345
Kabullenme	9.7±3.0 (5-16)	10.3±2.9 (5-15)	0.427
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.4±2.4 (4-14)	9.8±2.6 (4-14)	0.536
Plan yapma	10.7±3.1 (5-16)	10.9±2.2 (7-16)	0.839
Sorun odaklı başa çıkma	51.5±11.4 (22-70)	52.3±8.3 (32-64)	0.675
Duygusal odaklı başa çıkma	53.7±9.7 (29-77)	53.5±8.4 (36-68)	0.916
İşlevsel olmayan başa çıkma	39.8±7.8 (22-66)	38.8±6.4 (28-52)	0.698

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Testi

OKB tanılı hastaların saldırganlık baskın obsesyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.33**'de sunulmuştur.

Hastalardan saldırganlık baskın obsesyon tipine sahip olanlarla olmayanlar arasında SCL90-R'nin anksiyete, fobik anksiyete ve psikotizm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0.031$; $p=0.013$; $p=0.035$). Saldırganlık baskın obsesyon tipine sahip olanların ebeveynlerinin anksiyete, fobik anksiyete ve psikotizm alt ölçek skorları saldırganlık baskın obsesyon tipine sahip olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.33**).

Diğer taraftan saldırganlık baskın obsesyon tipine sahip olanlarla olmayan OKB tanılı hastaların ebeveynleri arasında SCL90-R'nin somatizasyon, OKB, kişiler arası duyarlılık, depresyon, düşmanlık, paranoid düşünce ve ek madde alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.33**).

Tablo 4.33. OKB Tanılı Hastaların Saldırganlık Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Saldırganlık Baskın Obsesyon Tipi		p*
	Yok (n=51)	Var (n=9)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
SCL90-R			
Somatizasyon	1.1±0.7 (0.1-3.2)	1.3±0.8 (0.2-2.9)	0.378
OKB	1.2±0.8 (0-3.0)	1.6±0.5 (0.5-2.2)	0.153
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.5±0.0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	1.1±0.8 (0-3.8)	1.6±0.9 (0-2.5)	0.063
Anksiyete	0.8±0.7 (0-3.6)	1.3±0.9 (0.2-3.2)	0.031
Düşmanlık	0.8±0.6 (0-2.3)	1.2±0.9 (0.2-2.3)	0.132
Fobikanksiyete	0.4±0.5 (0-1.8)	1.0±0.6 (0.1-2.1)	0.013
Paranoid düşünce	0.9±0.7 (0-2.8)	1.1±0.8 (0.2-2.7)	0.568
Psikotizm	0.5±0.6 (0-2.6)	1.0±0.8 (0-2.7)	0.035
Ek madde	1.1±0.6 (0-2.4)	1.4±0.5 (0.4-2.1)	0.068

*Mann-Whitney U Testi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların saldırganlık obsesyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.34**'de sunulmuştur.

Saldırganlık baskın obsesyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında COPE'nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.34**).

Tablo 4.34. OKB Tanılı Hastaların Saldırganlık Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Saldırganlık Baskın Obsesyon Tipi		p*
	Yok (n=51) ort±SD (min-maks)	Var (n=9) ort±SD (min-maks)	
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.8±2.5 (6-16)	12.1±2.7 (7-16)	0.433
Zihinsel boşverme	8.8±2.5 (4-16)	8.9±3.0 (4-15)	0.975
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.0±2.9 (4-16)	12.2±2.9 (7-16)	0.235
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.1±3.5 (4-16)	10.0±1.9 (8-13)	0.189
Aktif başa çıkma	11.4±3.2 (4-16)	11.5±3.2 (7-16)	0.992
İnkar	7.1±2.7 (4-16)	8.1±2.4 (5-11)	0.192
Dini olarak başa çıkma	13.6±2.7 (6-16)	14.2±2.2 (11-16)	0.654
Şakaya vurma	6.4±2.6 (4-16)	7.8±3.7 (4-14)	0.312
Davranışsal olarak boşverme	7.1±2.3 (4-13)	7.3±2.4 (4-11)	0.691
Geri durma	9.0±2.4 (5-16)	9.3±1.8 (8-13)	0.683
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.8±3.3 (4-16)	10.1±3.0 (4-13)	0.610
Madde kullanımı	5.0±1.9 (4-12)	5.3±2.6 (4-10)	0.979
Kabullenme	10.0±3.0 (5-16)	9.6±2.5 (5-13)	0.795
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.4±2.6 (4-14)	10.0±1.5 (8-13)	0.452
Plan yapma	10.7±2.9 (5-16)	11.6±2.6 (8-16)	0.511
Sorun odaklı başa çıkma	51.6±10.9 (22-70)	52.4±8.3 (43-68)	0.975
Duygusal odaklı başa çıkma	53.7±9.5 (29-77)	53.8±7.9 (39-67)	0.967
İşlevsel olmayan başa çıkma	39.1±7.4 (22-66)	41.9±7.2 (30-52)	0.221

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Testi

OKB tanılı hastaların cinsel baskın obsesyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.35**'te sunulmuştur.

Hastalardan cinsel baskın obsesyon tipine sahip olanlarla olmayanların arasında SCL90-R'nin somatizasyon ve anksiyete alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla p=0.034; p=0.004). Cinsel baskın obsesyon tipine sahip olanların ebeveynlerinin somatizasyon ve anksiyete alt ölçek skorları cinsel baskın obsesyon tipine sahip olmayanların ebeveynlerinden anlamlı olarak yüksekti (**Tablo 4.35**).

Diğer taraftan cinsel baskın obsesyon tipine sahip olanlarla olmayan OKB tanılı hastaların ebeveynleri arasında SCL90-R'nin OKB, kişiler arası duyarlılık, depresyon, düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek madde alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05) (**Tablo 4.35**).

Tablo 4. 35. OKB Tanılı Hastaların Cinsel Baskın Obsesyon Tipine Göre Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Cinsel Baskın Obsesyon Tipi		p*
	Yok (n=52)	Var (n=8)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
SCL90-R			
Somatizasyon	1.1±0.8 (0.1-3.2)	1.5±0.2 (1.2-1.9)	0.034
OKB	1.3±0.8 (0-3.0)	1.5±0.7 (0.2-2.2)	0.402
Kişilerarası duyarlılık	1.5±0 (1.5-1.5)	1.5±0 (1.5-1.5)	1.000
Depresyon	1.1±0.8 (0-3.8)	1.5±0.7 (0.5-2.5)	0.091
Anksiyete	0.8±0.7 (0-3.6)	1.5±0.8 (0.8-3.2)	0.004
Düşmanlık	0.8±0.7 (0-2.3)	1.0±0.6 (0.3-2.2)	0.270
Fobik anksiyete	0.5±0.5 (0-1.9)	0.9±0.7 (0-2.1)	0.081
Paranoid düşünce	0.9±0.7 (0-2.8)	1.4±0.8 (0.3-2.7)	0.068
Psikotizm	0.6±0.6 (0-2.6)	1.0±0.8 (0-2.7)	0.076
Ek madde	1.0±0.6 (0-2.4)	1.5±0.4 (0.9-2.1)	0.061

Nitel değişkenler “sayı (sütun yüzdesi)”, nicel değişkenler ise “ortalama±standart sapma (min-maks)” şeklinde sunulmuştur

*Mann-Whitney U Testi; #Fisher’in Kesin Testi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi

OKB tanılı hastaların cinsel saldırganlık obsesyon tipine göre ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanlarının dağılımı **Tablo 4.36**’da sunulmuştur.

Cinsel baskın obsesyon tipine sahip olan ve olmayan hastalar arasında COPE’nin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.36**).

Tablo 4.36. OKB Tanılı Hastaların Cinsel Saldırancılık Obsesyon Tipine G6re Ebeveynlerine Uygulanan COPE 6l6ek Puanlarının Dağılımı

	Cinsel Baskın Obsesyon Tipi		p*
	Yok (n=52)	Var (n=8)	
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
COPE			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.7±2.6 (6-16)	12.8±1.8 (10-16)	0.817
Zihinsel boşverme	8.8±2.8 (4-16)	9.0±0.9 (8-10)	0.750
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.0±3.0 (4-16)	12.8±2.1 (10-16)	0.103
Yararlı sosyal destek kullanımı	10.9±3.5 (4-16)	11.4±2.5 (8-16)	0.810
Aktif başa çıkma	11.4±3.2 (4-16)	11.6±2.6 (9-16)	0.956
İnkâr	7.2±2.7 (4-16)	7.5±2.6 (4-11)	0.661
Dini olarak başa çıkma	13.6±2.7 (6-16)	14.1±2.1 (11-16)	0.867
Şakaya vurma	6.6±2.9 (4-16)	7.1±2.4 (4-10)	0.293
Davranışsal olarak boşverme	7.1±2.2 (4-13)	7.8±2.7 (4-11)	0.373
Geri durma	9.0±2.3 (5-16)	9.2±2.1 (7-13)	0.800
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.6±3.3 (4-16)	11.6±2.6 (9-16)	0.548
Madde kullanımı	4.9±1.8 (4-12)	6.0±2.8 (4-10)	0.288
Kabullenme	9.9±3.0 (5-16)	9.8±2.8 (5-14)	0.939
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.5±2.6 (4-14)	9.4±1.4 (6-10)	0.991
Plan yapma	10.7±3.0 (5-16)	11.2±2.6 (8-16)	0.701
Sorun odaklı başa çıkma	51.6±10.9 (22-70)	52.9±7.4 (45-68)	0.905
Duygusal odaklı başa çıkma	53.4±9.7 (29-77)	55.4±5.9 (49-67)	0.663
İşlevsel olmayan başa çıkma	39.0±7.5 (22-66)	43.0±6.2 (37-52)	0.111

COPE: Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği; *Mann-Whitney U Tesi

OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanları ile yine ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanları arasındaki ilişki **Tablo 4.37**'de sunulmuştur.

OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R'nin OKB alt ölçek skoru ile COPE'nin davranışsal olarak boş verme ($r=0.27$) ve işlevsel olmayan başa çıkma ($r=0.26$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.37**).

OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R'nin depresyon alt ölçek skoru ile COPE'nin işlevsel olmayan başa çıkma ($r=0.26$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.37**).

OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R'nin anksiyete alt ölçek skoru ile COPE'nin zihinsel boş verme ($r=0.27$), soruna odaklanma ve duyguları boş verme ($r=0.28$), madde kullanımı ($r=0.28$) ve işlevsel olmayan başa

çıkma ($r=0.41$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.37**).

OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R'nin düşmanlık alt ölçek skoru ile COPE' nin soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ($r=0.28$) ve dini olarak başa çıkma ($r=0.30$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.37**).

OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R'nin psikotizm alt ölçek skoru ile COPE' nin dini olarak başa çıkma ($r=0.28$) ve şakaya vurma ($r=0.27$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.37**).

OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R'nin ek madde alt ölçek skoru ile COPE' nin madde kullanımı ($r=0.26$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (**Tablo 4.37**).

Yukarıda belirtilenler dışında OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan COPE ölçek puanları ile yine ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (**Tablo 4.37**).

Tablo 4.37. OKB Tanılı Hastaların Ebeveynlerine Uygulanan COPE Ölçek Puanları ile Yine Ebeveynlerine Uygulanan SCL90-R Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

OKB ($r=0$)	COPE																	
	Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Zihinsel boşverme	Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Yararlı sosyal destek kullanımı	Aktif başa çıkma	İnkâr	Dini olarak başa çıkma	Şakaya vurma	Davranışsal olarak boşverme	Geri Durma	Duygusal destek kullanımı	Madde kullanımı	Kabulletilme	Diğer meşguliyetleri bastırma	Plan yapma	Sorun odaklı başa çıkma	Duygusal olarak başa çıkma	İşlevsel olmayan başa çıkma
Somatizasyon	r -0.020	0.156	0.121	-0.089	-0.009	0.066	0.157	-0.086	0.123	0.238	-0.017	0.205	0.162	0.164	-0.072	0.031	0.001	0.209
	p 0.878	0.235	0.358	0.498	0.949	0.615	0.231	0.515	0.349	0.067	0.899	0.117	0.217	0.210	0.587	0.813	0.992	0.109
OKB	r -0.102	0.157	0.126	0.080	-0.068	0.149	0.172	0.132	0.272	0.159	0.096	0.122	0.122	0.143	-0.063	0.081	0.146	0.260
	p 0.436	0.231	0.338	0.545	0.608	0.256	0.189	0.313	0.035	0.224	0.465	0.353	0.355	0.277	0.631	0.539	0.265	0.045
Depresyon	r 0.036	0.238	0.162	-0.021	-0.004	0.164	0.245	0.155	0.254	0.250	0.049	0.073	0.122	0.190	0.025	0.124	0.174	0.265
	p 0.782	0.067	0.215	0.875	0.975	0.210	0.059	0.236	0.051	0.054	0.712	0.578	0.353	0.146	0.849	0.347	0.184	0.041
Anksiyete	r -0.069	0.269	0.285	0.097	-0.059	0.214	0.243	0.287	0.240	0.243	0.106	0.278	0.054	0.166	-0.065	0.104	0.201	0.406
	p 0.600	0.037	0.027	0.460	0.656	0.101	0.061	0.026	0.065	0.062	0.418	0.032	0.682	0.206	0.624	0.429	0.123	0.001
Düşmanlık	r 0.000	0.199	0.282	-0.053	0.013	0.113	0.296	0.238	0.096	0.096	0.052	0.057	-0.029	0.049	-0.011	0.053	0.168	0.231
	p 0.998	0.127	0.029	0.689	0.922	0.391	0.021	0.067	0.465	0.467	0.692	0.665	0.828	0.709	0.931	0.686	0.199	0.076
Fobikansiyete	r -0.183	0.056	0.065	-0.161	-0.078	0.131	0.225	0.016	0.121	0.089	-0.105	0.096	-0.036	0.170	-0.060	-0.024	-0.042	0.147
	p 0.161	0.672	0.624	0.221	0.556	0.318	0.083	0.905	0.356	0.497	0.424	0.465	0.786	0.194	0.649	0.854	0.751	0.262
Paranoid düşünceler	r 0.057	0.183	0.231	-0.036	0.106	0.067	0.113	0.054	0.080	0.150	0.121	0.063	0.043	0.107	0.092	0.121	0.092	0.167
	p 0.663	0.163	0.076	0.785	0.421	0.613	0.388	0.681	0.544	0.252	0.358	0.633	0.744	0.418	0.484	0.357	0.483	0.201
Psikotizm	r -0.065	0.130	0.065	-0.038	-0.112	0.208	0.282	0.273	0.244	0.249	0.014	0.115	0.027	0.061	-0.078	0.030	0.133	0.191
	p 0.620	0.324	0.624	0.774	0.392	0.111	0.029	0.035	0.060	0.055	0.916	0.383	0.836	0.643	0.554	0.822	0.310	0.143
Ek madde	r -0.053	0.073	0.174	-0.046	-0.022	0.115	0.120	0.097	0.237	0.138	-0.047	0.263	0.130	0.159	-0.012	0.051	0.053	0.241
	p 0.689	0.578	0.183	0.725	0.865	0.381	0.363	0.459	0.068	0.292	0.722	0.043	0.321	0.226	0.928	0.700	0.689	0.063

r: Spearman korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hem hastaların hem de aile bireylerinin yaşamlarını etkileyen yıkıcı bir hastalıktır. OKB bir çocuğun aile ilişkilerinden, okul performansına ve sosyal yaşamına kadar psikososyal gelişiminin tüm yönlerini etkileyebilir (6). Yeni yaklaşımlar, bozuklukların nörolojik temelini yoğun olarak ele almakla birlikte, klinik görünümünün ve belirtilerin patogeneğinde insan gelişiminin ve çevresel süreçlerin kritik önemini kabul etmektedir. Bu önemin ışığı altında araştırmalar, çocukluk başlangıçlı OKB de hem risk hem de koruyucu faktör olarak psikososyal yönlerin etkisine odaklanmaya başlamıştır. Gençlerin ailelerine bağımlılığı göz önünde bulundurulduğunda; ailelerin, çocukluk başlangıçlı OKB' nin ortaya çıkışına, bakımına ve/veya tedavisine nasıl katkıda bulunduğunu anlamak önemlidir.

Bu çalışmada ebeveynlerin başa çıkma tutumları ve psikiyatrik semptomları ile OKB'li çocuk ve ergenlerdeki hastalık kliniği, semptom şiddeti, komorbid durumlar arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuçlar kontrol grubundaki ebeveynlerin, çocuk ve ergenlerin bulguları ile karşılaştırılmıştır.

Bu amaçla 11-17 yaş arası OKB tanısı konulan 32' si kız, 28' i erkek toplam 60 çocuk ve ergen ile bu olguların yaşlarına ve cinsiyetlerine göre eşleştirilmiş 32' si kız, 28' i erkek toplam 60 çocuk ve ergen kontrol grubu, OKB tanısı konulan çocuk ergenlerin 54' ü anne, 6' sı baba toplam 60 ebeveyni, kontrol grubundaki çocuk ergenlerin 57' si anne, 3' ü baba toplam 60 ebeveyni çalışmaya kabul edilerek, hasta ve kontrol grubu başlıkları altında iki grup oluşturulmuştur.

Öncelikle çalışmamızda gruplar arasında tanımlayıcı bağımsız değişkenlerin dağılımı açısından bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı değişkenlerden yaş, cinsiyet, yaş grubu dağılımı, eğitim ve eğitim durumu dağılımı açısından gruplar arasında benzerlik bulunduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, OKB'li ve sağlıklı çocuk ve ergenlerin yaş ortalamasının 13.5 ± 2.1 , en küçük yaştan 11, en büyük yaştan 17 olduğu belirlenmiştir. OKB' nin başlangıç yaşına bakıldığında, yapılan araştırmalarda OKB başlangıç yaşlarının farklı olabildiği görülmüştür. Türkiye' de lise öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, OKB başlangıç yaşının ortalama 14 olduğu bulunmakla birlikte (44), başka bir araştırmada

da OKB' nin ortalama başlangıç yaşınının 11 olduğu bildirilmiştir. (45). Çalışmamızda daha önce tedavi almamış, ilk başvuruda OKB tanısı konulan 11-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi nedeni ile yaş ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çocuk hastaların obsesyonlarına karşı içgörü geliştirmelerinde, sözel ifadelerinde kısıtlılık, annelerin semptomları fark etmemeleri, fark ettiklerinde bozukluk olarak düşünmemeleri, semptomların başlangıcından başvuruya kadar olan zamanı geciktiriyor olabilir (218). Bir meta-analiz çalışmasında da, ortalama başlangıç yaşınının 7,5 ile 12,5 yaş arasında, ortalama 10,3 yaş olduğu, bozukluğun tespit edildiği yaşın ise 12 ile 15,2 yaş arasında, ortalama 13,2 yaş olduğunu bildirilmiştir. Yine bu çalışmadaki bozukluğun başlangıcı ile tanı konulması arasındaki sürenin, ortalama 2,5 yıl olduğu tespit edilmiştir (3).

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunda kız/erkek oranı ise 1.1 olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında da 9-15 yaş arası çocuk ve ergenlerde OKB' nin kız/erkek oranı 1.1 olarak, subklinik olgularda ise erkek/kız oranı 3/2 olarak belirtilmiş ve OKB' nin çocukluk ve ergenlik öncesi dönemde erkeklerde daha sık görülme eğilimindeyken, erişkin döneme doğru erkek/kadın oranının eşit olduğu veya kadınlarda hafif derecede yüksek olduğu da çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmamızın verileri literatür ile benzer olarak değerlendirilmiştir (219-221).

Hasta grubunun anne-babasına ait tanımlayıcı değişkenlerinden anne-baba yaşı aritmetik ortalamaları değerlendirildiğinde, OKB' si bulunan çocuk ve ergenlerin anne yaşı aritmetik ortalaması 41.1 ± 5.8 iken, babaların yaş ortalaması 45.5 ± 5.9 olarak bulunmuştur.

Örnekleme OKB' li çocuk ve ergenlerin anne babalarının eğitim düzeylerinin, sağlıklı çocuk ve ergenlerin anne babalarının eğitim düzeylerinden anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Hasta grubunun anne-babasına ait tanımlayıcı değişkenlerinden anne-babanın eğitim durumlarının dağılımına bakıldığında annelerin %43.3' ünün, babaların %31.7' sinin ilkokul mezunu olduğu ayrıca OKB' li grupta annelerin %83.3' ü ev hanımı iken bu oranın kontrol grubunda %33.3 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada OKB tanısı konan ergenlerinin annelerinin %51.3' ünün okuma yazma bilmediği, %31.5' unun ilkokul mezunu olduğu, %13.8' inin ortaokul ve lise, %3.3' ünün üniversite mezunu iken

babaların %12.9'unun okuma yazma bilmediği, %39' unun ilkokul mezunu, %37.1' inin ortaokul ya da lise mezunu, %11' inin üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir (222). Aynı çalışmada annesi üniversite mezunu olanlarda OKB görülme sıklığı daha yüksek, babası ortaokul mezunu olanlarda ise OKB görülme sıklığı daha düşük bulunmuştur (222).

Örneklemin anne-babasına ait tanımlayıcı değişkenlerden; anne ve babada sigara ve alkol kullanımları, kronik fiziksel hastalık öyküsü değişkenleri açısından homojen dağılım gösterdikleri saptanmıştır.

Örneklemin kardeşlerine ve ailesine ilişkin tanımlayıcı değişkenlerinden aile tipi, konut durumu ve çocuk odasına sahip olma, aylık gelir düzeyi değişkenleri açısından gruplar arasında bir farklılık saptanmamış olup yapılan bazı çalışmalarda da sosyoekonomik düzey açısından OKB incelendiğinde, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan ergenlerin düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlardan OKB yaygınlığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (223).

OKB'li grubun kardeşlerine ilişkin tanımlayıcı değişkenlerinden kardeş sayısı, doğum sırası, ilk çocuk olma açısından değerlendirildiğinde kardeş sayısı ortalaması 2.6 ± 1.0 , doğum sırası ortalaması 1.8 ± 1.0 ' dir. Ülkemizde OKB' si olan ergenlerle yapılan bir çalışmada kardeş sayısı ortalaması 5.9 iken olguların %27'sinin ailenin ilk çocuğu olduğu görülmekle birlikte (9) bir tez çalışmasında da ailelerdeki çocukların ortalama doğum sırası 1.58 ± 0.75 olarak saptanmıştır (224). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada kardeş sayısının OKB' deki yerine bakılmış ve kardeş sayısı OKB olan hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (4). OKB' nin ilk ve tek çocuklarda daha sık görüldüğü, anne-babaların ilk çocuklarda beklentilerinin yüksek olduğu, bu yüzden katı ve disiplinli davrandıkları, daha sonraki çocuklarda bu tutumun azaldığını gösteren çalışmaların yanında çalışmamızda kardeş sayısı ve ilk çocuk olma açısından OKB olan ve olmayan gruplar arasında fark gösterilmemiştir (225).

Örneklemdaki çocuk ve ergenlerin gelişimsel özelliklerine ilişkin tanımlayıcı değişkenleri ile ilgili olarak doğum öyküleri (doğumun zamanı, şekli, doğum ağırlığı), anne sütü alma süreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Örneklemedeki çocuk ve ergenlerin nörogelişimsel basamaklarını değerlendirmek amacıyla yürüme, tek kelime söyleme, cümle kurma, sfinkter kontrolünü sağlama (tuvalet eğitimi tamamlaması) yaşları karşılaştırıldığında OKB'li grubun tek kelime söyleme, cümle kurma, gündüz tuvalet eğitimi becerilerini anlamlı olarak daha geç edindiği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada ortalama yürüme, konuşma, tuvalet eğitimi ayları dikkate alındığında psikomotor gelişim özelliklerinin olağan olduğu; yürüme, konuşma ve tuvalet eğitiminin kazanıldığı aylar kızlar ve erkeklerde karşılaştırıldığında, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı saptanmıştır (224). Literatürle uyumlu olmayan bu sonucumuzun örneklem büyüklüğü ve DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin çalışmamızda dışlanmamış olması ile açıklanabileceği düşünülmüştür. Bilindiği üzere erken dönemde motor, konuşma ve dil kazanımındaki gecikmeler DEHB ile ilişkili olabilmektedir (226).

Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı değişkenlerden okul öncesi eğitim almaları açısından gruplar karşılaştırıldığında, OKB'li çocuk ve ergenlerin sağlıklı yaşlarına göre anlamlı düzeyde daha az okul öncesi eğitimi almış oldukları saptanmıştır. Örnekleme grupları arasında annenin meslek durumunun ev hanımı olma oranı OKB grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek idi, bu durumda OKB'li bireylerin daha az okul öncesi eğitim almasına sebep olmuş olabilir. Ayrıca çocuğun kreş ve anaokulu eğitimi ile sosyalleşmesi, bilgi ve becerilerinin gelişmesi hızlanmakta olup kreş ya da anaokulu eğitimi alma süresinin kısalığı akademik başarı, benlik saygısı üzerine direk olumsuz etki yaparak psikopatoloji ortaya çıkışını arttırıyor olabilir.

Örnekleme OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin ek bedensel hastalık öyküsünün kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve en sık eşlik eden ek bedensel hastalığın % 41,7 oranında göğüs hastalıkları olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da hastaların % 82,5' inin özgeçmişinde çeşitli bedensel problemler tanımlanmış; en sık olarak % 47,5 ' inde sık üst solunum yolu enfeksiyonu bildirilmiştir (224). Bu önemli bir klinik bulgu olabilir. Son literatür çalışmalarında, alerjik astımı olan çocukların, ruhsal bozukluklar açısından da değerlendirilmesinin önemli olduğu, bu vaka grubuna multidisipliner bir tedavi yaklaşımı gerektiği bildirilmiştir. Olguların

değerlendirilmesi ve ele alınmasında biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerinde dikkate alınması gerekliliği, konsültasyon liyezon psikiyatrisinin dayandığı noktadır (227). Ayrıca sonucumuz her ne kadar literatür ile uyumlu olsa da bu bulguyu genellemek için geniş örneklemlerle farklı bölgelerden yapılacak çalışmalara gereksinim olduğu, verilerimizin hastanemize başvuran kesitsel bir grubu temsil ettiği düşünülmüştür.

Örnekleme OKB'li çocuk ve ergenlerde tırnak yeme %21,7 oranında saptanmıştır. Bir çalışmada, kontrol grubuna göre OKB tanılı grupta daha yüksek tırnak yeme oranları bildirilmiştir (228). Buna karşın tırnak yemenin özellikle basit formları herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığa eşlik etmeden de bulunabileceği bildirilmektedir. Ghanizadeh ve Mosallaei' nin 2009 yılında yaptıkları Tourette bozukluğu bulunan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluklar ve davranışsal problemleri araştırdıkları çalışmalarında tırnak yeme %28,6 oranında saptanmıştır. Çalışmalarında tırnak yemeyi komorbid bir bozukluk olarak ele almışlardır (229). OKB'si bulunan bireylerin düşük benlik saygısı ve ortaya çıkan durumsal anksiyeteleri nedeniyle anksiyeteyi azaltmak için daha fazla tırnak yeme davranışı geliştiriyor oldukları düşünülmektedir (230).

Örnekleme OKB' li çocuk ve ergenlerde tiklerin %23,3 oranında olduğu ve sağlıklı çocuk ve ergenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. OKB' li çocuklarla yapılan çalışmalarda bildirilen tik bozukluklarının (TB) sıklıkları, genel toplumda yaşam boyu görülme sıklığı %0,01 ile %0,04 arasında olan Tourette sendromu ve yine yaşam boyu görülme sıklığı %1 ile %13 arasında olan tik bozukluklarının oldukça üzerinde bir orandadır (231, 232). Riddle ve arkadaşları (1990) 21 OKB olgusundan oluşan örneklemlerinde %24 oranında tik bozukluğu olgusu bildirmişlerdir. Toro ise 72 olgunun %32' sinde ek tikler/TB saptamıştır (233). Ayrıca OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde impuls kontrol bozukluklarının %17.1 oranında görüldüğü ve patolojik deri yolma ve kompulsif tırnak yemenin OKB' li çocuk ve ergenlerdeki en sık görülen impuls kontrol bozuklukları olduğu ve komorbid olgularda tik bozukluğu komorbiditesinin daha sıklıkla görüldüğü ve OKB semptom skorlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (149). Tik bozukluğu ile birlikte görülen OKB olguları daha erken başlangıçlı, erkeklerde daha sık ve ailelerinde tik bozukluğunun daha sık görüldüğü bildirilmektedir (69).

Eştanı; mevcut veya incelenen bir bozukluğun klinik seyri esnasında ortaya çıkabilen farklı ve ek bir klinik durum olarak tanımlanmıştır. Bir bozuklukta eştanının varlığı semptomların şiddetini, tedavi stratejilerini, tedaviye uyumu ve prognozu etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada; OKB' li çocukların sadece %26' sında komorbid başka bir ruhsal bozukluk bulunmadığı (234), 113 OKB' li çocukla yapılan diğer bir çalışmada da her 5 OKB' si olan çocuktan sadece 1 tanesinin OKB' ye komorbid bir başka ruhsal bozukluğu olmadığı bildirilmiştir (235). Çalışmamızda OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerden %46,6'sında (n=28) en az bir komorbid hastalık, %33,3 (n=20) olguda tek bir komorbid hastalık, % 13.3 (n=8) olguda iki komorbid hastalık tespit edilmiştir.

Çocuklardaki en sık komorbid bozuklukları %34-51 oranında DEHB, %33-39 oranında majör depresif bozukluk, %26 oranında tik bozuklukları, %24 spesifik gelişimsel bozukluklar, %18-25 Tourette sendromu, %17-51 oranında karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %16 oranında yaygın anksiyete bozukluğu olarak bildiren çalışmaların yanında diğer bir çalışmada en sık komorbid hastalıkları; %50 ile diğer anksiyete bozuklukları, %40 ile depresif bozukluklar, ortalama %25 ile tik bozuklukları ve sonra davranım bozukluğu (%18-33) şeklinde gösterilmiştir (132-135). Çalışmamızda OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde en sık komorbid bozuklukların %42,9 oranında DEHB, %35,7 oranında anksiyete bozuklukları, %32,1 oranında tik bozuklukları, %17,9 depresif bozukluğun eşlik ettiği görülmüştür. Bulgularımız incelendiğinde, literatür bilgisiyle uyumlu olarak, olgularımızda en sık DEHB' nin (%42,9) eştanı olarak görüldüğü belirlenmiştir. Olgularımızda ikinci sıklıkta ise anksiyete bozukluğu eştanı olarak bulunmuştur. Majör depresif bozukluğun eş tanı olması, daha ciddi bir OKB tablosuna neden olabilmektedir. Ayrıca OKB' de kronikleşmeye eğilimi artırır, tedaviye yanıtın azalmasına ve prognozun olumsuzluğuna yol açabilmektedir (236). OKB' li çocuk ve ergenlerde majör depresif bozukluk eştanısı %33-39 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (132-134). Bizim çalışmamızda %17,9 oranında majör depresif bozukluk eştanı olarak belirlenmiştir.

Örnekleme OKB'li çocuk ve ergenlerin aile ve öğretmen turgay ölçeği dikkatsizlik, hareketlilik, karşı olma karşı gelme alt ölçek puanlarının, sağlıklı yaşlılarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0.001). Daha

önce de değindiğimiz gibi çocuklarda, DEHB' nin %34-51 oranlarıyla en sık görülen eştanı olduğu birçok çalışmada bildirilmekle birlikte (132-134) kompulsivite ve impulsivite beraberliği, bunun altında yatan nedenler birçok araştırmaya konu olmuştur. Bu birliktelikle ilgili olarak öne sürülen nedenler ise stabil olmayan prefrontal glutamat sistemlerinin hiperaktivite gösterip kompulsif davranışlara neden olması ve daha sonra hipoaktif hale gelip impulsif davranışlara neden olmasıdır (139).

Çalışmamızda OKB' li çocuk ve ergenlerin çocuklar için anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği (ÇATÖ) toplam puan ortalaması 33.7 ± 14.3 , çocuklar için depresyon ölçeği (CDI) toplam puan ortalaması 14.0 ± 7.7 olarak bulunmuş ve sağlıklı yaşlılarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Örnekleme hasta ve kontrol grubu arasında anksiyete ve depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p < 0.001$), OKB' li çocuk ve ergenlerin; % 75 oranında ÇATÖ puan ortalamasının kesim puanı 25 ve üzerinden, %23,3 oranında CDI puan ortalamasının kesim puanı 19 ve üzerinden yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmalar; ayrı bir tanı alma düzeyinde olmasa bile depresyon ve anksiyete belirtilerinin obsesif kompulsif bozuklukta sık görüldüğünü bildirmiştir (234). Komorbiditelere ek olarak, OKB' si olan birçok çocuk ve ergen, akranlarıyla ilişkilerinde sorunlar, akademik zorluklar yaşamakta ve okulun sosyal aktivitelerine katılmaktan çekinmektedir. Çalışmalar, bu konuyla ilgili olarak, OKB' si olan çocuk ve ergenlerin daha yüksek oranda depresif ve somatik semptomlarının olduğunu, anksiyeteleri ve ritüelleri yüzünden akranlarıyla birlikte sosyal aktivitelere katılmak istemediklerini yine aynı sebepten dolayı aileleriyle de problemler yaşadıklarını göstermiştir (150, 151).

Ailelerin semptomları aile içi ilişkilerde zorluklar yaratabilmekte ve hassasiyeti olan çocuğu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla da çocukların semptomları ailelerde anksiyete ve depresyon gibi semptomlar yaratabilmekte ya da bunları arttırabilmektedir. Sonuçlar, OKB olan çocuklarda babalarının semptom gelişimine olan katkılarının sadece genetik yolla değil, aile ortamında yarattıkları kaygı yoluyla olabileceğini de öne sürmektedir. Bu nedenle klinik tedavilerin ailelerdeki olası patolojileri göz önüne alarak düzenlenmesi gerekmektedir (187).

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin OKB grubunda %90'ını (n=54), kontrol grubunda %95'ini (n=57) annelerin oluşturduğu, OKB grubunun annelerinde ruhsal hastalık öyküsünün kontrol grubu annelerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0.001). OKB ve sağlıklı grubun babaları arasında ruhsal hastalık öyküsü açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu sonucun örnekleme katılan baba sayısının yeterli olmayışı ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Örneklemede OKB grubunun aile üyelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü %66.7 oranında olup kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksektir (p<0.001) ve OKB tanılı çocuk ve ergenlerin aile üyelerinin psikiyatrik hastalık dağılımı incelendiğinde %38.3'ünde OKB, %35'inde anksiyete bozukluğu, %20'inde depresif bozukluk öyküsünün olduğu ve yüzdelerinin kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Klinik uygulamalarda, OKB' si olan çocuk ve ergenlerin ailelerinde sıklıkla ve önemli derecede psikopatoloji olduğunun gösterildiği ve son 20 yılda yapılan birçok araştırmanın da bu klinik uygulamaları doğruladığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada annelerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek OKB tanısı saptanmıştır. Başka iki ayrı çalışmada ise ebeveynlerdeki OKB tanısı sırasıyla %17 ve %20 oranında saptanmıştır (233,237). Çalışmamızda SCL-90-R ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; OKB grubunun ebeveynlerinin somatizasyon, OKB, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, ek madde (yeme ve uyku bozuklukları) puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu (p<0.001) ve OKB puan ortalamasının 1.3±0.8 olup diğerler tüm alt ölçek skorlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgularımız literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. OKB olan çocuk ve ergenlerin ailelerindeki psikopatolojiyi inceleyen bir araştırmaya göre, hem anne hem de babaların, öğrenme bozukluğu olan kontrol grubu çocuklarının anne babalarına göre daha çok psikopatolojileri olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, bu ailelerin kontrol grubuna göre daha fazla obsesif kompulsif semptomlarının olduğu görülmüştür. Görülen diğer psikopatolojiler ise anksiyete, depresyon, kişilerarası duyarlılık ve babalarda paranoid düşüncelerdir (187). Başka bir çalışmada da bu sonuçlara benzer olarak pediatrik OKB hastaları ile ailelerinin ruhsal sağlıkları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (188). OKB olan çocukların anneleri olmayanlara göre daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete göstermiştir. Buna ek olarak, anksiyete bozuklukları ve özellikle OKB, OKB' li

çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında gözlenen en ortak rahatsızlıktır (143). Çocukluk dönemi başlangıçlı OKB olan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında psikopatoloji varlığını araştıran bir çalışma, kontrol grubundaki anneler ile kıyaslandığında OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin annelerinde, OKB tanısı anlamlı düzeyde daha fazla oranda saptamıştır. Bu sonuç, çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan OKB' de ailesel yatkınlığın daha fazla gözlemlendiği görüşünü doğrulamaktadır (46). Çalışmamızda ebeveynlerin OKB puan ortalamasının daha yüksek olması da OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde OKB' nin daha fazla görüldüğünü ve OKB'nin genetik yatkınlığını destekler niteliktedir.

OKB'si bulunan gruba obsesyonların tipi kirlenme, saldırganlık, cinsel, biriktirme, batıl inanç obsesyonları, somatik, dini obsesyonlar ve diğer obsesyonlar olarak, kompulsiyonların tipi yıkama-temizleme, kontrol etme, tekrarlayıcı törensel kompulsiyonlar, sayma, sıralama-düzen kompulsiyonları, biriktirme, batıl davranışlar, diğer insanları içeren törensel davranışlar ve diğer kompulsiyonlar olarak gruplandırılarak sorulmuştur. Obsesyonların tipi sorulduğunda; %30 hastada (n=18) tek obsesyon, %70 hastada (n=42) birden fazla obsesyon ve kompulsiyonların tipi sorulduğunda: ise %20 hastada (n=12) tek kompulsiyon tipi görülürken %80 hastada (n=48) birden fazla kompulsiyon tespit edilmiştir. OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada olguların %85,7'sinde obsesyon ve kompulsiyonlar birlikte bulunurken, %14,3'ünde obsesyonun eşlik etmediği kompulsiyonların olduğu gösterilmiştir (136). Çalışmalarda sadece obsesyonların olduğu olguların çocuk ve ergenlerde nadir olduğu, obsesyon ve kompulsiyonların daha sıklıkla birlikte görüldüğü bildirilmiş olup çalışmamızdaki 60 çocuk ve ergenin tümünde obsesyon ve kompulsiyonların birlikte görülmesi literatür ile benzer olarak bulunmuştur (126). Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada olguların %16.1' inde obsesyon olmaksızın kompulsiyon, %6.5' inde sadece obsesyon, %77.4' ünde obsesyon ve kompulsiyonlar bir arada saptanmıştır (222). Bir diğer çalışmada ise çocuk ve ergen OKB olgularında ortalama 1.77 obsesyon ve 2.2 kompulsiyon olduğu saptanmış olup çalışmamızdaki OKB olgularında %70 oranında görülen birden fazla obsesyon, %80 oranında görülen birden fazla kompulsiyon mevcut veriler ile uyumlu bulunmuştur (238).

Örneklemede OKB' li çocuk ve ergenler klinik görünümde baskın olan obsesyon ve kompulsiyonlar açısından değerlendirildiğinde en sık görülen obsesyonun %60 ile (n=36) kirlenme olduğu, bunu % 30 (n=18) ile dini obsesyonların, %15 ile saldırganlık, %13,3 ile cinsel, %10 somatik obsesyonların izlediği, en sık görülen kompulsiyonun ise kontrol etme kompulsiyonunun %45 (n=27) olduğu, bunu yıkama temizleme kompulsiyonunun %38,3 (n=23) ve tekrarlayıcı törensel davranışların %28,3 (n=17) ile izlediği tespit edilmiştir. Kerimoğlu ve Yalın' ın grubunda çalışmasında en sık belirlenen obsesyon pislik ya da mikrop bulaşması (%50,9) en sık belirlenen kompulsiyon ise kontrol (%46,7) ve tekrarlamadır (%22,6) (239). 8-18 yaş arası OKB si olan 112 çocuk ve ergenlerde yapılan diğer bir çalışmada da hastaların %59.8' inde zarardan kaçınma ve kontrol, %23.2 temizlik, %17 simetri, düzen semptom boyutlarının baskın olduğu görülmüştür (141). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan diğer çalışmalarda ise; en sık obsesyonun bulaşma (%49), en sık görülen kompulsiyonun ise temizlenme (%68) olduğunu bildirilmiştir (143). Ülkemizde OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada da en sık görülen obsesyonlar sırasıyla kirlenme obsesyonu (%45,7), saldırganlık obsesyonu (%25,7), cinsel obsesyon (%11,4), dini obsesyon (%11,4), büyüsel düşünce/batıl inanç obsesyonu (%5,7), en sık görülen kompulsiyonlar ise yıkama/temizleme kompulsiyonu (%45,7), kontrol etme kompulsiyonu (%34,3), sıralama/düzenleme kompulsiyonu (%28,6), diğer kompulsiyonlar (%17,1), tekrarlayıcı törensel davranışlar (%8,6) ve aşırı büyüsel düşünceler/batıl davranışlar (%8,6) olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda önceki birçok çalışma ile uyumlu bir şekilde en sık obsesyon "kirlenme" olarak belirlenmiştir (143). En sık kompulsiyon ise Kerimoğlu ve Yalın'ın (1992) , Ortiz ve arkadaşlarının (2015) çalışmaları ile uyumlu olarak "kontrol" olarak belirlenmiştir (141, 239). Çalışmalarda obsesyon ve kompulsiyon tiplerinin görülme oranlarının ve sıklıklarının yaş grupları, çalışmanın yapıldığı yerlerden dolayı değişebileceği aynı zamanda çocuk ve ergenlerin belirtilerini ifade edememe ve farkında olmamasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte diğer bir neden de; OKB olan hastaların belirtilerinde zaman içerisinde büyük ölçüde değişim olduğuna dair bulguların boyutsal yaklaşımın kısıtlılıkları arasında sayılabilesidir. Boyutsal bir yaklaşımın yararlı olması için belirtilerin belirli ölçüde

süreğen ve sabit olması beklenir. Az sayıda uzunlamasına çalışma belirtilerin evrimini incelemiştir. Rettew ve arkadaşları, 2-7 yıllık bir süre boyunca takip edilen, OKB tanısı olan , 76 çocuk ve ergende obsesif-kompulsif belirtilerin uzunlamasına seyri için Çocuklar için Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Belirti Kontrol Listesiyle değerlendirmiş ve başlangıç noktasından takibe kadar hiçbir hastanın aynı grup belirtiyi muhafaza etmediğini bulmuşlardır (240).

Örneklemede OKB' li çocuk ve ergenlerin OKB belirtileri ve belirti şiddetleri Ç-YBOCS ile değerlendirilmiştir. Hasta grubunda Ç-YBOCS puan ortalaması 23.5 ± 4.6 dır. Hasta grubunun Ç-YBOCS puanlarına göre 8-15 puan hafif hastalık, 16-23 puan orta derecede hastalık, 24 puan üstü ağır hastalık olarak tanımlanarak değerlendirildiğinde önceki bazı çalışmalarda çocukluk çağı başlangıçlı OKB için daha yüksek semptom şiddeti varlığı bizim çalışmamızda da saptanmıştır (241). Örnekleminizde 60 OKB hastasının %5.0' ı hafif şiddette, %41.7' si orta şiddette, %53.3' ü ise ağır şiddette OKB' dir. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında ise 9-15 yaş arası OKB olgularının Ç-YBOCS' a göre %66.2' sinin hastalık şiddetinin hafif , %31.3' ünün hastalık şiddetinin orta, %2.5' inin hastalık şiddetinin ağır olduğu bildirilmiştir (242). Çalışmamızda şiddetli semptomlara sahip OKB tanılı bireylerin fazlalığının, hastaların yeni tanı almalarından, öncesinde ilaç tedavisi almamış olmalarından ve ayrıca semptomların başlamasıyla tedavi için başvuru arasında geçen sürenin çocuk ve ergenlerde daha uzun olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Örneklemede saptanan OKB' li çocuk ve ergenlerin Ç-YBOCS' a göre obsesyon ve kompulsiyonlarla geçen zamanın değerlendirildiğinde hastaların %58.3' ünde (n=35) orta, % 31.7' sinde (n=19) ağır olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlardan etkilenme değerlendirildiğinde %45 hastada (n=27) orta, %40 hastada (n=24) hafif, % 13.3 hastada (n=8) ağır düzeyde etkilenmenin olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlardan rahatsız olma değerlendirildiğinde hastaların çoğunluğunda (%60) obsesyon ve kompulsiyonlardan rahatsız olmanın ağır olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlara karşı direnme değerlendirildiğinde hastaların %53.3' ünde (n=32) direnmenin orta, %36.7' sinde (n=22) ağır, %6.7' sinde (n=4) hafif olduğu, obsesyon ve kompulsiyonların kontrolü değerlendirildiğinde hastaların çoğunda (%65) obsesyon ve kompulsiyon üzerinde kontrolün az olduğu, obsesyon ve

kompulsiyonlar hakkında içgörü değerlendirildiğinde hastaların %50' sinde (n=50) içgörünün mükemmel olduğu, %40'ında (n=24) içgörünün iyi olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında Ç-YBOCS ile değerlendirilen 9-15 yaş arası OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerde kararsızlık %70, obsesif yavaşlık %66.3, aşırı sorumluluk duygusu %62.5, kaçınma %55, obsesif şüphecilik %53.8 oranında saptanmış olup çalışmamızın verileri literatürle uyumlu bulunmuştur (219).

Çalışmamızda saptanan OKB tanılı çocuk ve ergenlerde obsesyon ve kompulsiyon yanı sıra dikkat çeken “bağlantılı davranışlar” Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Çalışmamızda bu davranışlardan; , “yavaşlık” % 100 , “kararsızlık” % 96.7, “kaçınma” davranışı % 81.7, “patolojik kuşku” % 85 ve “patolojik sorumluluk” % 60 oranlarında saptanmıştır. Hanna'nın (1995) çalışmasında bu davranışlar; sıklık sırasıyla; “kaçınma” davranışı (%81), “yavaşlık” (%68), “kararsızlık” (%39), “şüphe” (%36), “aşırı sorumluluk duygusu” (%32), “diğer kişileri içeren ritüeller” (%29) olarak belirlenmiştir (243).

Folkman ve Lazarus (1987) sağlığı ve iyilik halini etkileyen etkenin stres değil, insanların onunla başa çıkma tarzı olduğu fikrini ortaya atmıştır. Roth ve Cohen başa çıkma sürecinde yaklaşma ve kaçınma kavramlarının yattığını öne sürmüştür. Basit bir tanımlamayla başa çıkma, tehdide doğru ya da tehditten uzaklaşarak yapılan bilişsel ya da davranışsal edimlerdir (199). Aynı zamanda başa çıkma stratejileri, ebeveynlerin stres tehdidine tepki gösterdikleri, yani çocuklarının bozukluklarının değerlendirildiği ebeveyn planları olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalığa sahip bireylere bakım verenlerin etkili başa çıkma yöntemlerini kullanmaları halinde streslerini ve bakım vermektten kaynaklı yükü azaltabilecekleri, bu sayede hastalarına daha etkili bakım verebilecekleri belirtilmektedir (244, 245). Bakım verenlerin bu durumlarla başa çıkma ve bakım verme rollerini başarıyla yerine getirebilmelerine yardımcı olabilecek faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalar giderek artmaktadır. Carver ve ark. (1989), başa çıkma stratejilerini üç kategoriye ayırmıştır: (1) problem odaklı başa çıkma: çabaları yoğunlaştırmak veya atılması gereken adımları düşünmek gibi problemleri çözmek için hedeflenen stratejiler; (2) duygu odaklı bir başa çıkma: gerçeği kabul etme veya durumu olumlu olarak görme gibi olumsuz duyguları azaltmayı veya ortadan kaldırmayı hedefleyen stratejiler; ve (3) işlevsel olmayan başa çıkma: Sorunu inkar

etmek veya sorunla uğraşmaktan vazgeçmek veya durumun gerçekleştiğine inanmayı reddetmek gibi stratejilerdir. Bireyin stresli durumu değiştirip değiştiremeyeceği üzerine algısı başa çıkma davranışını etkilemektedir. Eğer durum değiştirilebilir olarak algılanıyorsa sorun odaklı stratejiler daha fazla tercih edilir. Durum kontrol edilemez olarak algılandığında ise duygu odaklı başa çıkma baskın hale gelir (195, 202). Çalışmamızda OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin inkar ve davranışsal olarak boş verme alt ölçek skorları ile işlevsel olmayan başa çıkma ana ölçek skoru kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek iken aktif başa çıkma ve plan yapma alt ölçek skorları ile sorun odaklı başa çıkma ana ölçek skoru anlamlı olarak düşük bulunmuştur. OKB tanılı hastaların ebeveynlerinde COPE' nin tüm ana ölçekleri içinde duygusal odaklı başa çıkma tutumu 53.7 ± 9.2 puanla en fazla ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumu 39.5 ± 7.4 puanla en az kullanılan başa çıkma stratejisi olarak saptanmış ve tüm alt ölçekler içinde pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ölçeği 12.7 ± 2.5 puanla en yüksek, madde kullanımı alt ölçeği 5.0 ± 2.0 puanla en düşük değeri aldığı saptanmıştır. Duygusal odaklı başa çıkmanın alt skalaları; 'pozitif yeniden yorumlama ve gelişme', 'dini odaklı başa çıkma', 'şakaya vurma', 'kabullenme' ve 'duygusal sosyal destek kullanımını' kapsamaktadır. "Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme" bir çeşit emosyon odaklı başa çıkma olarak kabul edilmektedir. Buradaki başa çıkma problemle başa çıkmaktan ziyade stresi kontrol etmede rol oynamaktadır. Yani stresli bir yaşam olayını pozitif terimlerle, bakış açısıyla yapılandırmak aslında kişiye aktif problem odaklı başa çıkmaya devam etmesinde yardımcı olabilir. Olağandışı mental deneyimlerin pozitif olarak yeniden yapılandırılması kişilerin semptomlarında tıbbi model dışında, örneğin, deneyimlerine spiritüel bir yorum katarak anlam bulabilmesini sağlayabilir. Bilindiği üzere örneklemimizde OKB tanılı çocuk ergenlerin ebeveynlerinin %90' ını, kontrol grubunun ebeveynlerinin %95' ini anneler oluşturmaktadır. Sağlık problemleri dahil yaşamda stres yaratan faktörler ile baş etme yöntemlerini araştıran çalışmaların çoğu, kadınların erkeklere göre daha çok duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandıklarını bulmuştur (246). Ayrıca çalışmamızda hasta grubunun annelerinin büyük çoğunluğu ilkokul mezunudur (%43.3). Bu grup sorunu tüm yönleriyle ele almak, verileri doğru değerlendirmek, çıkarsamalar yapmak gibi daha teknik bir yaklaşım gerektiren ve sorunu uzun vadede çözmeyi hedefleyen sorun odaklı başa

çıkma tutumlarını kullanmak konusunda yeterli donanıma sahip olmayabilir ve bu durum, sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmamasını açıklayabilir. Belki duygu odaklı başa çıkma yöntemleri yaşanan stresin doğası gereği, özellikle seçilmektedir. Eğitim düzeyi düşük grubun toplumsal baskı ve stigmatı daha fazla hissetme, süreçle ilgili bilgiye ulaşma güçlüğü gibi stres yaratan faktörlere daha fazla maruz kaldığı varsayıldığında, daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları da söylenebilir. Daha fazla psikolojik stresin; diğerlerinden yardım arama ve kişinin baş etme repertuarı boşaldığında durumu yeniden değerlendirme mekanizmalarını kullanmaya neden olduğu gösterilmiştir (247). Stres düzeyi arttıkça kişilerin daha çok duygu odaklı başa çıkma biçimlerini kullandıkları yönünde veriler bulunmaktadır (246).

Klinik gözlemler, aile üyelerinin, aile hayatına hükmedebilecek ve aile üyeleri arasında nasıl tepki verileceği konusunda yoğun bir anlaşmazlığa yol açabilecek ritüeller ve ilgili davranışlarda sıklıkla yer aldıklarını göstermektedir. Bununla birlikte, madde bağımlılığı, yas, depresyon, suçlama ve sosyal damgalama gibi sekonder ve ek semptomlar da bozukluğun bileşenleridir. Bütün bunlar hastaların ve yakınlarının etkileşimlerini etkiler ve bu ailelerde duygusal stres, yetersizlik ve yüke neden olur. Çok çeşitli ve heterojen popülasyonlarla yapılan çalışmalarda duygusal odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanımı depresyon ve anksiyete gibi negatif sonuçlarla ilişkili bulunurken, çözüm odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanımı bu değişkenlerle negatif ilişkide ya da ilişkisiz bulunmuştur (248).

Bizim örneğimizde OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R'nin OKB alt ölçek skoru ile COPE' nin davranışsal olarak boş verme ve işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek skorları arasında; depresyon alt ölçek skoru ile COPE' nin işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek skoru arasında; anksiyete alt ölçek skoru ile COPE' nin zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, madde kullanımı ve işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanılması stres oluşturan etkenle ve zorlayıcı yaşam olayları ile psikopatolojik belirtilerin oluşması ve belirtilerin sürmesinde önemli rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalarda duyguya odaklanma, bastırma, kaçınma ve inkâr gibi başa çıkma tutumlarının psikopatolojik belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğu,

problem çözmeye odaklanan başa çıkma tutumlarının ise psikopatolojiye yatkınlığın azaltılmasında rol oynayabileceği gözlenmiştir. Ayrıca uyuma yönelik olmayan baş etme tutumlarının benlik saygısında azalma, sigara ve alkol kullanımı ve kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu görülmektedir (193,201).

Çalışmamızda ebeveynlere uygulanan SCL90-R, COPE ölçek puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; hastaların OKB şiddeti ve depresyon ölçek puanları ile ebeveynlerin psikopatolojileri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak hastaların anksiyete ölçek puanları ile ebeveynlerin depresyon, anksiyete alt ölçek skorları arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Black, Gaffney, Schlosser ve Gabel'in (1998) araştırmasında da anlamlı düzeyde yüksek aile işlev bozukluğu, stres ve eşler arasında problemler belirtilmiştir. Çiftlerin %50' si hastaların kompulsif ritüellerini, sözel güvence alma ihtiyaçlarını, kaygılarını, düşük özgüvenlerini ve kararsızlıklarını problem olarak belirtmişlerdir. Aynı zamanda çiftlerin yarısından fazlası, kişisel ve sosyal hayatlarında bozulmanın zorluğa sebep olduğunu ifade etmiştir. Örneklemimizde ebeveyn başa çıkma tutumu ölçek puanları ile hastaların OKB şiddeti ve depresyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış iken; ebeveynlerin işlevsel olmayan başa çıkma yollarından biri olan soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu ile hastaların anksiyete ölçek puanı arasında pozitif yönde, güçlü ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada düşük aile işlevselliği ile OKB semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (249). Ayrıca Turgeon ve ark. (2002) çalışmalarında da ebeveyn tutumları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Hastaların anksiyete ölçek puanlarının artması ile pozitif ilişkili olarak ebeveyn işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçeği soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumunun kullanılıyor olması problemi çözmekten çok artan stresi azaltabilmek amacıyla tercih ediliyor olabilir ya da anksiyete puanı yüksek OKB tanılı çocuk ergenlerin ebeveynlerinde anksiyete ve depresyon görülmesinin anlamlı yüksek olmasına bağlı olarak psikopatolojilerle birlikteliği daha sık olan işlevsel olmayan başa çıkma tutumu sergileniyor olabilir.

Çalışmamızda OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanları ile ailelerin ve öğretmenlerin doldurduğu TURGAY dikkatsizlik alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hastaların ailelerinin doldurduğu TURGAY hareket alt ölçek skoru ile SCL90-R' nin somatizasyon ($r=0.29$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır fakat dikkat çekici olarak; OKB tanılı hastaların COPE' nin dini olarak başa çıkma alt ölçek skoru ile ailelerinin doldurduğu TURGAY hareket ($r=0.55$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür. Örneklemimizdeki bu bulgular duygu odaklı başa çıkma yanıtları kontrol edilemez olarak algılanan stresli durumlarda semptom şiddetinin düşmesine yol açar (203) sonucundan yola çıkarak; çocukluk çağı OKB' sinin ve eşlik etme riski yüksek olan hareketlilik gibi DEHB (%34-51) tanı semptomlarının ebeveyn stresini arttırarak duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden biri olan dini aktivitelere karşı artmış uğraşı içeren dini başa çıkma tutumunu daha çok kullandıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda OKB tanılı 60 hastadan hafif-orta şiddette OKB' si olanlarla ağır OKB' si olanlar arasında anksiyete ve depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca hastaların OKB' si hafif-orta olanlarla ağır olanlar arasında SCL90-R ve COPE ölçeğinin tüm alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Yapılan bir araştırmada OKB olan ve olmayan gruplarda anne baba tutumu ile çocuk ve ergenlerin obsesif-kompulsif semptomlarının toplam şiddetleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (10). Bunun yanında OKB belirtilerinin şiddeti ve yaygınlığının, olgulardaki anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinin düzeyini arttırdığı da birçok çalışmada gösterilmiştir (250, 251). Çocuk hastaların obsesyonlarına karşı içgörü geliştirmelerinde, sözel ifadelerinde kısıtlılık, annelerin semptomları fark etmemeleri, fark ettiklerinde bozukluk olarak düşünmemeleri hafif-orta OKB' si olanlarla ağır OKB' si olanların anksiyete, depresyon ve ebeveynlerin SCL90-R, başa çıkma tutumları ölçek skorları arasında anlamlı fark olmamasını açıklayabilir (218). Ayrıca verilerimizin hastanemize başvuran kesitsel bir grubu temsil ettiği, bu bulguyu genellemek için geniş örneklemlilerden yapılacak çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmüştür.

Anksiyetesi olan OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin COPE'nin şakaya vurma alt ölçek skoru anksiyetesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti. OKB'li çocukların aileleri ile kaygı bozukluğu olan ve klinik belirtisi olmayan çocukların

aileleri arasında yapılan bir çalışmada; OKB grubundaki ebeveynler ile kaygı bozukluğu olan çocukların ana babaları arasında tutum açısından fark olmadığı, ancak OKB grubundaki ebeveynlerin klinik semptomu olmayan çocukların ebeveynlerine göre anlamlı derecede daha fazla kaçınma tarzı başa çıkma tutumu sergiledikleri bildirilmiştir (13). Duygu odaklı başa çıkma yanıtları kontrol edilemez olarak algılanan stresli durumlarda semptom şiddetinin düşmesine yol açabileceğinden (203) ebeveynlerin çocuklarının anksiyetesini azaltmak için başvurduğu bir yöntem olabilir. Diğer bir bakış açısıyla; duygu odaklı tutumlar genel olarak şiddetli psikopatoloji ve işlevsellikteki bozulmayla birlikte olup, farklı örneklemeler ile gerçekleştirilen çalışmalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile de ilişkili bulunduğundan (196, 197) ebeveynlerin duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden biri olan stresörle ilgili mizah kullanımını içeren şaka yapma tutumunu sergiliyor olabileceği düşünülmüştür.

Depresyonu olan OKB tanılı hastaların COPE'nin duygusal sosyal destek kullanımını ve plan yapma alt ölçek skorları ile sorun odaklı başa çıkma ana ölçek skoru depresyonu olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti. Komorbid durumlar ile ilgili yapılan bir çalışmada da, aktif başa çıkma tutumunun (yani sorunu değiştirmeyi amaçlayan stratejilerin), kullanılan sosyal destek derecesi gibi, depresyon ile ters korelasyon gösterdiğini, aile uyumu ve inkar/geri durma tarzı baş etme tutumlarının birbirleri ile ve depresyonla pozitif korelasyonu olduğunu belirtmiştir (12). Bilindiği üzere stresörle nasıl başa çıkacağı üzerine düşünmeyi içeren planlama sorun odaklı başa çıkma tutumu alt ölçeği iken; karşısındakilerden sempati ya da duygusal destek arayışını içeren duygusal sosyal destek duygusal odaklı başa çıkma tutumudur ve başa çıkma yöntemleri hem eş zamanlı hem de sıralı olarak aynı stres durumunda kullanılabilir. Sorun ve duygu odaklı başa çıkmanın birlikte kullanımı olayın farklı yönlerine yanıt olabilmeleri imkânını yaratır. Sorun ve duygu odaklı başa çıkmanın bir arada kullanılması adaptif olabilir zira sorun odaklı başa çıkma da duygusal regülasyona ihtiyaç göstermektedir. Duygu odaklı başa çıkmanın işlevi özellikle de yoğun stres içeren durumlarda stresi azaltarak sorun odaklı stratejilerin kullanımını kolaylaştırabilmektedir (199).

OKB tanılı hastaların baskın obsesyon ve kompulsiyon tipleri ile ebeveynlerin SCL90-R, COPE ölçek puanları karşılaştırıldığında saldırganlık baskın

obsesyon tipine sahip olanların ebeveynlerinin anksiyete, fobik anksiyete ve psikotizm alt ölçek skorları saldırganlık baskın obsesyon tipine sahip olmayanlardan ve cinsel baskın obsesyon tipine sahip olanların ebeveynlerinin somatizasyon ve anksiyete alt ölçek skorları cinsel baskın obsesyon tipine sahip olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti. Lee ve Kwon obsesyonlar üzerinden yaptıkları sınıflandırmada, bilişsel teori bağlamında obsesyonları otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar olmak üzere iki alt grupta sınıflandıran bir alt tiplendirme önermiştir (252). Buna göre, otojen obsesyonlar daha tekrarlayıcı, daha fazla rahatsız edici, kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyulan obsesyonlar olarak tanımlanır. Saldırganlık, dini ve cinsel temalı obsesyonlar bu gruba girmektedir. Bizim çalışmamızda da saldırganlık ve cinsel baskın obsesyon tipleri otojen grupta yer aldığından hastada rahatsızlık duymayı ve dolayısıyla ebeveynlerin algılanan yükünü ve stresini arttırarak psikopatoloji görülme riskini yükseltiyor olabilir. Ayrıca dini baskın obsesyon tipine sahip olan OKB tanılı hastaların COPE' nin davranışsal olarak boşverme alt ölçek skoru dini baskın obsesyon tipine sahip olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti. Anne baba tutumu OKB şiddetinin yanı sıra, obsesif-kompulsif semptomlarının alt boyut şiddetlerini de etkilemektedir. Yapılan bir araştırmada ebeveynlerde duygusal yakınlığın az olmasının OKB'nin simetri - düzen ve biriktirme alt boyutunu yordadığı saptanmıştır (179, 253). Çalışmamızda dini obsesyon boyutu ebeveyn başa çıkma tutumunu yordayan tek alt boyut olarak bulunmuştur, özellikle davranışsal olarak boşverme tutumunun olduğu ailelerde görülmektedir. Ebeveynlerin sergilediği işlevsel olmayan başa çıkma tutumu alt ölçeği vazgeçme ya da çabaların azaltılmasını içeren davranışsal boş verme ile OKB tanılı çocuk ve ergenlerde dini baskın obsesyon alt boyutu arasında anlamlı ilişki literatüre katkı açısından değerli bir bulgu olabilir; ancak genellenebilmesi, yordayıcı kabul edilip edilemeyeceği açısından farklı bölgelerden yapılacak daha geniş örneklemler ve ileri çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı değişkenlerden yaş, cinsiyet, yaş grubu dağılımı, eğitim ve eğitim grupları dağılımı açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır.
2. Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalaması 13.5 ± 2.1 olup en küçük yaş 11, en büyük yaş 17' dir.
3. Hasta ve kontrol grubunda kız/erkek oranı ise 1.1 olarak saptanmıştır.
4. OKB' si olan olguların %48,3' ü ortaokul eğitime devam eden çocuk ve ergenlerden %51,7' sinin lise eğitimine devam eden çocuk ve ergenlerden oluştuğu görülmüştür.
5. OKB' si bulunan çocuk ve ergenlerin anne yaşı aritmetik ortalaması 41.1 (5.8 SD) iken, babaların yaş ortalaması 45.5 (5.9 SD) olarak bulunmuştur.
6. OKB' li çocuk ve ergenlerin anne babalarının eğitim düzeylerinin, sağlıklı çocuk ve ergenlerin anne babalarının eğitim düzeylerinden anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür.
7. Hasta grubunun anne-babasına ait tanımlayıcı değişkenlerinden anne-babanın eğitim durumlarının dağılımına bakıldığında annelerin %43.3' ünün, babaların %31.7' sinin ilkokul mezunu olduğu ayrıca OKB' li grupta annelerin %83.3' ü ev hanımı iken bu oranın kontrol grubunda %33.3 olduğu saptanmıştır.
8. OKB' li grubun kardeş sayısı, doğum sırası, ilk çocuk olma açısından değerlendirildiğinde kardeş sayısı ortalamasının 2.6 ± 1.0 , doğum sırası ortalamasının 1.8 ± 1.0 olduğu görülmüştür.
9. Hasta ve kontrol grubunda doğum öyküleri (doğumun zamanı, şekli, doğum ağırlığı), anne sütü alma süreleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

10. OKB' li çocuk ve ergenlerin tek kelime söyleme , cümle kurma , gündüz tuvalet eğitimi becerilerini kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha geç edindiği saptanmıştır.
11. OKB' li çocuk ve ergenlerin sağlıklı yaşlılarına göre anlamlı düzeyde daha az okul öncesi eğitimi almış oldukları saptanmıştır.
12. OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin ek bedensel hastalık öyküsünün kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve en sık eşlik eden ek bedensel hastalığın % 41,7 oranında göğüs hastalıkları olduğu görülmüştür.
13. OKB' li çocuk ve ergenlerde tırnak yeme %21,7 oranında saptanmıştır.
14. OKB' li çocuk ve ergenlerde tiklerin %23,3 oranında olduğu ve sağlıklı çocuk ve ergenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
15. OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerden %46,6' sında (n=28) en az bir komorbid hastalık, %33,3 (n=20) olguda tek bir komorbid hastalık, % 13.3 (n=8) olguda iki komorbid hastalık tespit edilmiştir.
16. OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde en sık komorbid bozuklukların %42,9 oranında DEHB, %35,7 oranında anksiyete bozuklukları, %32,1 oranında tik bozuklukları, %17,9 depresif bozukluğun eşlik ettiği görülmüştür.
17. OKB' li çocuk ve ergenlerin aile ve öğretmen turgay ölçeği dikkatsizlik, hareketlilik, karşı olma karşı gelme alt ölçek puanlarının, sağlıklı yaşlılarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.
18. OKB' li çocuk ve ergenlerin çocuklar için anksiyete bozukluklarını (ÇATÖ) tarama ölçeği toplam puan ortalaması 33.7 ± 14.3 , çocuklar için depresyon ölçeği (CDI) toplam puan ortalaması 14.0 ± 7.7 olarak bulundu ve sağlıklı yaşlılarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
19. Hasta ve kontrol grubu arasında anksiyete ve depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, OKB' li çocuk ve ergenlerin; % 75 oranında ÇATÖ puan ortalamasının kesim puanı 25 ve üzerinden, %23,3 oranında CDI puan ortalamasının kesim puanı 19 ve üzerinden yüksek olduğu saptanmıştır.

20. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin OKB grubunda %90'ını (n=54), kontrol grubunda %95'ini (n=57) annelerin oluşturduğu görülmüştür.
21. OKB grubunun annelerinde ruhsal hastalık öyküsünün kontrol grubu annelerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, OKB ve sağlıklı grubun babaları arasında ruhsal hastalık öyküsü açısından anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır.
22. OKB grubunun aile üyelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü %66.7 oranında olup kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksektir.
23. OKB tanılı çocuk ve ergenlerin aile üyelerinin psikiyatrik hastalık dağılımı incelendiğinde %38.3'ünde OKB, %35'inde anksiyete bozukluğu, %20'inde depresif bozukluk öyküsünün olduğu ve yüzdelerinin kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
24. SCL-90-R ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; OKB grubunun ebeveynlerinin somatizasyon, OKB, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, ek madde (yeme ve uyku bozuklukları) puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve OKB puan ortalamasının 1.3 ± 0.8 olup diğerler tüm alt ölçek skorlarından daha yüksek olduğu görülmüştür.
25. Hasta grubunun %30'unda (n=18) tek obsesyon, %70'inde (n=42) birden fazla obsesyon tespit edilmiştir.
26. Hasta grubunun %20'inde (n=12) tek kompulsiyon tipi görülürken %80 hastada (n=48) birden fazla kompulsiyon tespit edilmiştir.
27. Hasta grubunda en sık görülen obsesyonun %60 (n=36) ile kirlenme olduğu, bunu %30 (n=18) ile dini obsesyonların, %15 ile saldırganlık, %13,3 ile cinsel, %10 somatik obsesyonların izlediği, en sık görülen kompulsiyonun ise kontrol etme kompulsiyonunun %45 (n=27) olduğu, bunu yıkama temizleme kompulsiyonunun %38,3 (n=23) ve tekrarlayıcı törensel davranışların %28,3 (n=17) ile izlediği tespit edilmiştir.
28. Hasta grubunda Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği puan ortalaması 23.5 ± 4.6 'dır.

29. OKB şiddetine bakılacak olursa; 60 OKB hastasının %5.0' ı hafif şiddette, %41.7' si orta şiddette, %53.3' ü ise ağır şiddette OKB olduğu görülmüştür.
30. OKB'li çocuk ve ergenlerin Ç-YBOCS'a göre obsesyon ve kompulsiyonlarla geçen zamanın değerlendirildiğinde hastaların %58.3'ünde (n=35) orta,% 31.7' sinde (n=19) ağır olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlardan etkilenme değerlendirildiğinde %45 hastada (n=27) orta, %40 hastada (n=24) hafif, % 13.3 hastada (n=8) ağır düzeyde etkilenmenin olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlardan rahatsız olma değerlendirildiğinde hastaların çoğunluğunda (%60) obsesyon ve kompulsiyonlardan rahatsız olmanın ağır olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlara karşı direnme değerlendirildiğinde hastaların %53.3'ünde (n=32) direnmenin orta, %36.7' sinde (n=22) ağır, %6.7' sinde (n=4) hafif olduğu, obsesyon ve kompulsiyonların kontrolü değerlendirildiğinde hastaların çoğunda (%65) obsesyon ve kompulsiyon üzerinde kontrolün az olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlar hakkında içgörü değerlendirildiğinde hastaların %50' sinde (n=50) içgörünün mükemmel olduğu, %40' unda (n=24) içgörünün iyi olduğu görülmüştür.
31. OKB tanılı çocuk ve ergenlerde; yavaşlık % 100, kararsızlık % 96.7, kaçınma davranışı % 81.7, patolojik kuşku % 85 ve patolojik sorumluluk % 60 oranlarında saptanmıştır.
32. OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin inkar ve davranışsal olarak boş verme alt ölçek skorları ile işlevsel olmayan başa çıkma ana ölçek skoru kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek iken aktif başa çıkma ve plan yapma alt ölçek skorları ile sorun odaklı başa çıkma ana ölçek skoru anlamlı olarak düşük bulunmuştur.
33. OKB tanılı hastaların ebeveynlerinde COPE' nin tüm ana ölçekleri içinde duygusal odaklı başa çıkma tutumu 53.7 ± 9.2 puanla en fazla ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumu 39.5 ± 7.4 puanla en az kullanılan başa çıkma stratejisi olarak saptanmış ve tüm alt ölçekler içinde pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ölçeği 12.7 ± 2.5 puanla en yüksek, madde kullanımı alt ölçeği 5.0 ± 2.0 puanla en düşük değeri aldığı saptanmıştır.

34. SCL90-R' nin OKB alt ölçek skoru ile COPE' nin davranışsal olarak boş verme ve işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek skorları arasında; depresyon alt ölçek skoru ile COPE' nin işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek skoru arasında; anksiyete alt ölçek skoru ile COPE' nin zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, madde kullanımı ve işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.
35. SCL90-R, COPE ölçek puanları ile TURGAY, ÇATÖ, CDI ve CYBOCS ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; hastaların OKB şiddeti ve depresyon ölçek puanları ile ebeveynlerin psikopatolojileri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, ancak hastaların anksiyete ölçek puanları ile ebeveynlerin depresyon, anksiyete alt ölçek skorları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur.
36. Ebeveyn başa çıkma tutumu ölçek puanları ile hastaların OKB şiddeti ve depresyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış iken; ebeveynlerin işlevsel olmayan başa çıkma yollarından biri olan soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu ile hastaların anksiyete ölçek puanı arasında pozitif yönde, güçlü ilişki olduğu saptanmıştır.
37. OKB tanılı hastaların ebeveynlerine uygulanan SCL90-R ölçek puanları ile ailelerin ve öğretmenlerin doldurduğu TURGAY dikkatsizlik alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
38. Hastaların ailelerinin doldurduğu TURGAY hareket alt ölçek skoru ile SCL90-R' nin somatizasyon alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.
39. OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin COPE' nin dini olarak başa çıkma alt ölçek skoru ile ailelerinin doldurduğu TURGAY hareket ($r=0.55$) alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.
40. OKB tanılı 60 hastadan hafif-orta şiddette OKB' si olanlarla ağır OKB' si olanlar arasında anksiyete ve depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

41. Hastaların OKB' si hafif-orta olanlarla ağır olanlar arasında SCL90-R ve COPE ölçeğinin tüm alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.
42. Anksiyetesi olan OKB tanılı hastaların ebeveynlerinin COPE' nin şakaya vurma alt ölçek skoru anksiyetesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
43. Depresyonu olan OKB tanılı hastaların COPE'nin duygusal sosyal destek kullanımı ve plan yapma alt ölçek skorları ile sorun odaklı başa çıkma ana ölçek skoru depresyonu olmayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
44. OKB tanılı hastaların baskın obsesyon ve kompulsiyon tipleri ile ebeveynlerin SCL90-R, COPE ölçek puanları karşılaştırıldığında saldırganlık baskın obsesyon tipine sahip olanların ebeveynlerinin anksiyete, fobik anksiyete ve psikotizm alt ölçek skorları saldırganlık baskın obsesyon tipine sahip olmayanlardan ve cinsel baskın obsesyon tipine sahip olanların ebeveynlerinin somatizasyon ve anksiyete alt ölçek skorları cinsel baskın obsesyon tipine sahip olmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.
45. Dini baskın obsesyon tipine sahip olan OKB tanılı hastaların COPE'nin davranışsal olarak boşverme alt ölçek skoru dini baskın obsesyon tipine sahip olmayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

1. Çalışmada tanısı konmuş ancak tedavisi henüz planlanmamış aşamada çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin başa çıkma tutumları değerlendirilmiştir ve bu nedenle tedavi ile bu tutumlardaki değişiklikler tespit edilememiştir. Tedavi süreciyle birlikte ebeveyn tutumlarının hangi boyutta sürdüğü ileri çalışmalarla araştırılabilir.
2. Çalışmanın OKB olan ve olmayan grupların ebeveynlerinden herhangi biri ile yürütülmesi amaçlanmıştır, ancak katılım daha çok anneler ile olduğu için babaları yeterince kapsamamıştır. Ancak gelecek

araştırmalarda hem anne hem de babanın çalışmaya dahil edilmesi ile daha kapsamlı sonuçlar elde edilecektir. Çocuklar genellikle aynı cinsten ebeveyni model almaya meyillidirler. Bu bağlamda erkek çocuklar ve babaların başa çıkma tutumları, kız çocuklar ve annelerin başa çıkma tutumları gibi cinsiyete özgü karşılaştırmaları içeren ileri araştırmalar planlanabilir.

3. Literatürdeki alışmalar incelendiğinde; annelerin başa çıkma tutumları ile çocuklarının semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen kaynakların az olması dikkat çekicidir. Buna ek olarak ebeveynlerin başa çıkma becerileri ile OKB' nin alt boyutlarının ilişkisini ölçen araştırmalara da rastlanmamıştır. Bu sebeple bu araştırmanın gelecek araştırmalara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.
4. OKB tanısının yanında ocuk ergen ve ebeveyn komorbid bozukluklarının tanılarının belirlenmesi ve tedavi planlanmasının önemi gösterilmektedir. Özellikle ebeveyn başa çıkma becerileri hastalık Şiddeti ve komorbid durumlar için uyarıcı olabilmekte ve OKB hastalarında ayrıntılı değerlendirmenin yapılmasını gerekli kılmaktadır.
5. Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğundan ebeveyn başa çıkma tutumlarının ocuk ergen OKB tanısından önce nasıl olduğu konusundaki zamansal ilişkiye dair elimizde veri bulunmamaktadır. İzlem alışması yapılması durumunda OKB başlaması ile ebeveyn başa çıkma tutumları arasındaki zamansal ilişkinin ne yönde olduğunu aydınlatmaya yönelik daha nitelikli bilgilere ulaşılabilir.
6. Klinik temelli yapılan çalışmalara göre daha farklı ve yenellenebilir sonuçlar vermesi nedeniyle bu konu ile ilgili toplum temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Anksiyete Bozuklukları. In: Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. 8. Baskı. İstanbul: Güneş Kitapevi; 2007.
2. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, et al. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1995; 34: 1424–1431.
3. 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 and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37: 420–427
4. Taner Y, Taner E, Bakar EE, Bodur Ş. Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında psikopatoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 126-131.
5. Farrell, L.J.,&Barrett,P.M. Obsessive–compulsive disorder across the developmental trajectory: cognitive processing of threat in children,adolescents and adults. *British Journal of Psychology*. 2006; 97: 95–114.
6. Piacentini, J.,Bergman,R.L.,Keller, M.,&McCracken,J. Functional impairment in children and adolescents with obsessive–compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2003; 13(1): 61–69.
7. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, HwangWC, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 44(1): 134–151.
8. Farrell LJ, Barrett PM. The function of the family in child-hood obsessive-compulsive disorder: family interactions and accommodation. In: Storch EA, Geffken GR, Murphy TK, ed-itors. *Handbook of Child and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2007:313–332.
9. Timpano KR, Keough ME, Mahaffey B ve ark. Parentin and Obsessive Compulsive Symptoms: Implications of Authoritarian parenting. *J Cognit Psychother*. 2010; 24(3):151-164.
10. Yoshida T, Taga C, Matsumoto Y ve ark. Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 59: 533-538.

11. Lennertz L, Grabe HJ, Ruhrmann S ve ark. Perceived parental rearing in subjects with obsessive compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatr Scand.* 2010; 121: 280-288.
12. Geffken, G. R., Storch, E. A., Duke, D. C., Monaco, L., Lewin, A. B., & Goodman, W. K. Hope and coping in family members of patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 2006; 20: 614–629.
13. Derisley, J., Libby, S., Clark, S., & Reynolds, S. Mental health, coping and family-functioning in parents of young people with obsessive-compulsive disorder and with anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology.* 2005; 44: 439–444.
14. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 110: 4-13.
15. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2015.
16. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
17. Bayraktar E. Obsesif -kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* 1997; 1: 25-32.
18. Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G., ve ark. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry.* 1996; 153(2): 275–277.
19. Clark, D. A. Cognitive behavioral therapy for OCD. New York: Guilford Publication; 2004
20. Purdon, C. ve Clark, D. A. Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 1999; 6(2): 102-110.
21. Wroe, A. L. ve Salkovskis, P. M. Causing harm and allowing harm: A study of beliefs in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy.* 2000; 38(12): 1141-1162.
22. Gökaçan N. Bir obsesif-kompulsif bozukluk vakasında bilişsel-davranışçı terapi uygulaması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2005; 1(1):81-90.

23. Murray CL, Lopez AD. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
24. World Health Organization. The “newly defined” burden of mental problems. Geneva, Fact sheet No 217, 1999:3.
25. Zitterl W, Lenz G, Mairhofer A, Zapotoczky HG. Obsessive-Compulsive Disorder: Course Interaction with Depression. *Psychopathology*. 1990; 23: 73–80.
26. Akgün N. Obsesyonel nevroz saplantı zorlantı bozukluğu. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1989.
27. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları*. In: R. Tükel, editör. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006. s.277-98.
28. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. New York: American Psychiatric Publish; 2005.
29. Işık U, Şener Ş. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. In: Aysev AS, Taner YI, editörler. *Obsesif Kompulsif Bozukluk*. İstanbul: Golden Print; 2007. s.507-19.
30. Andrews G, Stewart G, Allen R, Henderson AS. The genetics of six neurotic disorders: a twin study. *J Affect Disord*. 1990; 19: 23-29.
31. Rapoport JL, Shaw P. Obsessive compulsive disorder. *Rutter’s Child and adolescent Psychiatry*, 5th edition. (ed: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A), Blackwell Publishing. Massachusetts. 2008; 698-718.
32. Esmen HA. 'Obsessive-Compulsive Disorder: Current Views', *Psychoanalytic Inquiry*. 2001; 21(2): 145-156.
33. Rapoport JL. *Obsessive compulsive disorder in children and adolescents*. American Psychiatric Publishing; 1989
34. Freud A (1965). Çocuklukta normallik ve patoloji. In: AN Babaoğlu çeviri editörü, İstanbul, MetisYayınları; 2000.
35. Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessivecompulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*. 2001; 21: 222-242.

36. Berksun OE. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Turgut Yayıncılık; 2003.
37. American Psychiatric Association. DSM-III-R: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders III-R. Washington DC: American Psychiatric Press, 1987.
38. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders IV. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
39. Öztürk O: Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1992.
40. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Washington DC, 2000, In: Köroğlu E (çeviri ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.
41. Beşiroğlu, L., Ağargün, M., Y. Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006; 17 (3): 213-222
42. Rasmussen, S. A., Eisen, J. L. The epidemiology and clinical features obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America. 1992; 15(4): 743-758.
43. Swedo, S. E., Leonard, H. L., Rapoport, J. L. Childhood-onset obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America. 1992; 15: 767-775.
44. Akpınar, A. Ergenlik döneminde obsesif kompulsif bozukluğun yaygınlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. Uzmanlık Tezi; 2007
45. Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., 3rd. Liang, K. Y., LaBuda, M., Walkup, J., Grados, M., Hoehn-Saric, R. A family study of obsessive compulsive disorder. Archieves of General Psychiatry. 2000; 57 (4): 358-363
46. Hanna, G. L., Himle, J. A., Curtis, G. C., Gillespie, B. W. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics. 2005; 134 B(1): 13-19
47. Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., Leckman, J. F. A family study of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry. 1995; 152: 76-84
48. Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., Cuffe, S. P. Frequency of obsessive compulsive disorder in

- a community sample of young adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994; 33(6): 782-791
49. Avcı, A., Aslan, H. Obsessive compulsive disorder in children and conversion disorder: a comparative clinical study. *Turkish Journal of Psychiatry*. 1995; 6: 49-53
 50. Nicolini H, Arnold P, Nestadt G, Lanzagorta N, Kennedy JL. Overview of genetics and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2009; 170(1): 7-14.
 51. Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010; 12(2): 149-163.
 52. Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Hum Genet*. 1991; 48: 154-163.
 53. Leonard HL, Leane MC, Swedo SE, et. al. Tics and Tourette's disorder: A 2 to 7 follow-up 54 obsessive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 50: 429-439.
 54. Vural P, Taneli S, Taneli Y. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerde ailesel özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2002; 9: 172 177.
 55. Pauls DL: The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2008; 148C: 133-139.
 56. McGuffin P, Mawson D. Obsessive compulsive neurosis: Two identical twin pairs. *Br J Psychiatry*. 1980; 137: 285-287.
 57. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive- compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet*. 2005; 8:450-458.
 58. Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2005; 15: 45-52.
 59. Grad LR, Pelcovitz D, Olson M, Matthews M, Grad JL. Obsessive compulsive symptomatology in children with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1989; 26: 69-73.
 60. Şengül C, Herken H. Obsesif Kompulsif Bozukluk Genetiği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2012; 5(3): 38-42.
 61. Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu OJ 3rd, Wang Y, Liang KY, Valle D, Hoehn-Saric R, Riddle M, Nestadt G. Replication

study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. *Am J Hum Genet* 2004; 75: 508-513.

62. Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive metaanalysis of genetic association studies. *Mol Psychiatry*. 2013; 18(7): 799-805.
63. Erdal ME, Görücü Yılmaz Ş. mikroRNA Çalışmaları ve Psikiyatriye Yansıması. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2016; 9: 16-24.
64. Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. 2002; 360(9330): 397-405.
65. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL, Hamburger SD. Treatment of obsessive compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1088-1092.
66. Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJP, et al. Cerebrospinal fluid neurochemistry of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 29-36.
67. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive compulsive disorder: an update, *J. Clin. Psychiatry*. 2004; 65: 18-21.
68. Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biol Psychiatry*. 2000; 47(4): 296-304.
69. Kalra SK, Swedo SE: Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"? *J Clin Invest*. 2009; 119: 737-746.
70. Rosse RB, McCarthy MF, Alim TN, Deutsch SI. Saccadic distractibility in cocaine dependent patients: a preliminary laboratory exploration of the cocaine-OCD hypothesis. *Drug Alcohol Depend*. 1994; 35(1): 25-30.
71. Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları. In: Tükel R, Alkın T, editörler. *Türkiye Psikiyatri Dernegi Yayınları*; 2006. s.298-381.
72. Berridge KC, Aldridge JW, Houchard KR, et al. Sequential super-stereotypy of an instinctive fixed action pattern in hiper-dopaminergic mutant mice: a model of compulsive disorder and Tourette's. *British Medical Biology*. 2005; 14(3): 4.
73. Szechtman H, Sulis W, Eilam D. Quinpirole induces compulsive checking behavior in rats: A potential animal model of obsessive-compulsive disorder (OCD) *Behav Neurosci*. 1998; 112(6): 1475-1485.
74. Ceccherini-Nelli A, Guazzelli M. Treatment of refractory OCD with the dopamine agonist bromocriptine. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55(9): 415-421.

75. Crespo-Facorro B, Cabranes JA, López-Ibor Alcocer MI, Payá B, Fernández Pérez C, Encinas M, Ayuso Mateos JL, López-Ibor JJ Jr. Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients with and without a chronic tic disorder. A SPECT study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 156-161.
76. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiat* 2004; 65(Suppl.14): 11-7.
77. Işıklı S, Gönül AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2012; 5(3): 24-32.
78. Moore GJ, MacMaster FP, Stewart C, Rosenberg DR: Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 663-667.
79. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S: Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*. 2005; 30: 1735-1740.
80. Pittenger C, Bloch MH, Williams K. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacol Ther*. 2011; 132(3): 314-332.
81. Arnold PD, Rosenberg DR, Mundo E, Tharmalingam S, Kennedy JL, Richter MA. Association of a glutamate (NMDA) subunit receptor gene (GRIN2B) with obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004; 174(4): 530-538.
82. Sampaio AS, Fagerness J, Crane J, Leboyer M, Delorme R, Pauls DL, et al. Association between polymorphisms in GRIK2 gene and obsessive-compulsive disorder: a family-based study. *CNS Neurosci Ther*. 2011; 17(3): 141-148.
83. Stewart SE, Fagerness JA, Platko J, Smoller JW, Scharf JM, Illmann C, et al. Association of the SLC1A1 glutamate transporter gene and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2007; 144(8): 1027-1033.
84. Simpson HB, Shungu DC, Bender J, Mao X, Xu X, Slifstein M, et al. Investigation of cortical glutamate-glutamine and γ -aminobutyric acid in obsessive-compulsive disorder by proton magnetic resonance spectroscopy. *Neuropsychopharmacology*. 2012; 37: 2684-2692.
85. Karşlıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2007; 10(3): 3-13.

86. Özmansur EN, Obsesif kompulsif bozukluk ve cerrahi tedavisi. *CÖB_D* 2010; 3(4).
87. Rosenberg DR, Hanna GL. Genetic and imaging strategies in obsessive compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry*. 2000; 48: 1210-1222.
88. Watkins LH, Sahakian BJ, Robertson MM, Veale DM, Rogers RD, Pickard KM, et al. Executive function in Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 2005; 35:5 71-82.
89. Saxena S, Bota RG, Brody AL. Brain-behavior relationships in obsessivecompulsive disorder. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*. 2001; 6(2): 82-101.
90. McDougle CJ, Barr LC, Goodman WK, Price LH: Possible role of neuropeptides in obsessive compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 1999; 24:1-24.
91. Leckman JF, Goodman WK, North WG, et al. The role of central oxytocin in obsessive-compulsive disorder and related normal behavior. *Psychoneuroendocrinology*. 1994; 19: 723-749.
92. Altemus M, Pigott T, Kalogeras KT, et al: Abnormalities in the regulation of vasopressin and corticotropin releasing factor secretion in obsessivecompulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 9-20.
93. Hamburger SD, Swedo S, Whitaker A, Davies M, Rapoport JL: Growth rate in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1989; 146: 652-655.
94. Kruesi MJ, Swedo S, Leonard H, Rubinow DR, Rapoport JL: CSF somatostatin in childhood psychiatric disorders: a preliminary investigation. *Psychiatry Res*. 1990; 33: 277-284.
95. Giedd JN, Rapoport JL, Garvey MA, Perlmutter S, Swedo SE. MRI assessment of children with obsessive compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 281-283.
96. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M: Pediatric auto-immune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS): a clinical description of the first fifty cases. *Am J Psychiatry*. 1998; 155: 264-271.
97. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EM, Hosier DM et al: High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *Am J Psychiatry*. 1989; 146: 246-249.

98. Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. Klinik Psikiyatri. 2003; 6: 46-50.
99. Öztürk O, Uluşahin A. Kişilik Gelişimi: In: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1.cilt. 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2008, ss.94-116.
100. Odağ C: Saplantı Zorlantı Nevrozu. In: Odağ C (ed). Nevrozlar 2. cilt. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, 2001, ss.47-80.
101. Öznur T, Erdem M. Analizden nörobiyolojiye obsesif kompulsif bozukluk. Anatol J Clin Investig. 2015; 9(3): 153-160.
102. Freud A. Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder. In: Stein DJ, Stone M, editors. Obsessional neurosis: A summary of psychoanalytic views as presented at the congress. New York: New York University Press; 1997.
103. Klein M. Mourning and its relation to manic depressive states. London: Love, Guilt and Reperation and Other Works; 1998 p.344-370.
104. Mallinger A. The obsessive myth of control. J Am Acad Psychoanal. 1984; 12: 147-65.
105. Salzman L. Psychoanalytic therapy of the obsessional patient. Curr. Psychiatr. Ther. 1983; (22): 53-59.
106. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000; 38(4): 347-372.
107. Towbin KE, Riddle MA. Obsessive-compulsive disorder. In: Martin A, Volkmar FR (eds). Lewis's Child and Adolescent Psychiatry, A comprehensive Textbook. 4th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams&Wilkins, 2007: 548-566.
108. Lewin AB, Piacentini J. Obsessive-compulsive disorder in children. In: Sadock BG, Sadock VA, Ruiz P (eds). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009: 3671-3678.
109. Sungur MZ. Fobik hastalarda iki değişik biçimde uygulanan yüzleştirme tedavisinin karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara, 1990.
110. Salkovskis PM, Kirk J. Obsessional Disorders In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (eds). Cognitive Behavioral Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press, 2003: 129-168.

111. Clark DA. Cognitive Behavioural Therapy for OCD. New York: The Guilford Press; 2007.
112. Gökçen C, Karadağ M. Obsesif Kompulsif Bozuklukların Etiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics. 2016; 2(3): 14-19.
113. Foa EB, Amir N, Bogert KVA, Molnar C, Przeworski A. Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. Anxiety Disorders. 2001; 15(4): 259-275.
114. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. Behav Res Ther. 1998; 36: 385-401.
115. Ebert H, Loosen P, Barry N. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Ankara: Güneş Kitapevi; 2003.
116. Türkbay, T., Doruk, A., Erman, H., Söhmen, T. Obsesif kompulsif bozukluğun belirti dağılımının ve komorbisitesinin çocuk ve ergenler ile erişkinler arasında karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri. 2000; (3): 86-91
117. Piacentini J, Langley AK. Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychol. 2004; 60: 1181-1194.
118. Irak M, Flament F. Çocukluk Dönemi Başlangıçlı Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Nöropsikolojik Profili. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; 18: 293-301.
119. Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. Biol Psychol. 2004; 65: 185-236.
120. Rasmussen S, Eisen J. Clinical Features and Phenomenology of Obsessive Compulsive disorder. Psychiatric Annals. 1989; 19: 67-73.
121. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 1999; 9(3): 142-147.
122. Rapoport JL, Swedo S. Obsessive-compulsive disorder. In: Rutter M, Taylor E (eds). Child and Adolescent Psychiatry. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2003: 571-592.
123. Tükel R: Anksiyete Bozuklukları. 1. baskı. Ankara: Çizgi Tıp Kitapevi, 2000, ss.81-104.
124. Özerdem A. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri 1998; 2: 98-102.

125. Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 202-208.
126. Demirok D, Unal F, Pehlivan Türk B: Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: Sosyodemografik ve klinik özellikler. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*. 2001; 8: 11-18.
127. Pollock RA, Carter AS. The familial and developmental context of obsessive-compulsive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1999; 8: 461-479, vii-viii.
128. Insel TR: Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 1990, 51 Suppl:4-8; discussion 9.
129. Öner P, Aysev A: Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *STED*. 2001; 10: 409-411.
130. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
131. Mancebo, MC, Garcia AM, Pinto A, Freeman JB, Przeworski A, Stout R et al. Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 149-159.
132. Geller DA: Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 2006; 29: 353-70.
133. Fireman B, Koran LM, Leventhal JL, Jacobson A: The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 1904-1910.
134. Leonard HL, Freeman J, Garcia A, Garvey M, Snider L, Swedo SE: Obsessive-compulsive disorder and related conditions. *Pediatr Ann*. 2001; 30: 154-60.
135. Shafran R: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2001; 650-58.
136. Saliha Baykal, Koray Karabekiroğlu ve ark: Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerde klinik ve nöropsikolojik özelliklerin incelenmesi. *Nöropsikiyatri arşivi*. 2014; 51: 334-343.
137. Hollander E, Bienstock CA, Koran LM, Pallanti S, Marazziti D, Rasmussen SA, et al: Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(Suppl.6): 20-29.

138. Bradshaw JL, Sheppard DM: The neurodevelopmental frontostriatal disorders: evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization. *Brain Lang.* 2000; 73: 297-320.
139. Carlsson ML: On the role of cortical glutamate in obsessive compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder, two phenomenologically antithetical conditions. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 102: 401-413.
140. Aouizerate B, Guchl D, Cuny E ve ark: Pathophysiology of obsessive compulsive disorder: necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Prog Neurobiol.* 2004; 72: 195-221.
141. Ortiz1 A.E ,Morer A, Moreno E, Plana M.T, Cordovilla C, Lázaro L: Clinical significance of psychiatric comorbidity in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: subtyping a complex disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci,* 2015.
142. Pitman RK: Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a case study. *Compr Psychiatry.* 1993; 34: 102-107.
143. Diler, R. S., Avcı, A. Sociodemographic and Clinical Characteristic of Turkish Children and Adolescents with Obsessive-compulsive Disorder. *Croatian Medical Journal.* 2002; 43(3): 324-329
144. Geller D, Biederman J, Emslie G, et al: Comorbid psychiatric illness and response to treatment in pediatric OCD. In: Geller D, Biederman J, Emslie G, et al (eds). *Proceedings of the annual meeting of the American Psychiatric Association.* New Orleans: American Psychiatric Association, 2001.
145. Brown H.M, Lester K.J, Jassi A et al: Paediatric obsessive compulsive disorder and depressive symptoms: clinical correlates and CBT treatment outcomes. 2015; 43: 933-942.
146. Quarantini lc, Torres AR, Sampaio AS et al: Comorbid major depression in obsessive compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry.* 2011; 52(4): 386-393.
147. Toros F, Tot S, Avcı A. Çocuk ve ergenlerde Tourette Bozukluğu: Sosyodemografik, klinik özellikler ve eştanılar. *Turk Psikiyatri Derg* 2002; 13: 187-195.
148. Faedda GL, Baldessarini RJ, Glovinsky IP, Austin NB: Pediatric bipolar disorder: phenomenology and course of illness. *Bipolar Disord.* 2004; 6: 305-13.

149. Grant JE, Mancebo MC, Eisen JL et al: İmpulse-control disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2010; 30: 175(1-2): 109-13.
150. Sukhodolsky DG, do Rosario-Campos MC, Scahill L, et al: Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 2005; 162: 1125-32.
151. Valderhaug R, Ivarsson T: Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2005; 14: 164-173.
152. Thomsen PH, Mikkelsen HU. Development of personality disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A 6- to 22-year follow-up study. *Acta Psychiatry Scand.* 1993; 87: 456-462.
153. Rasmussen SA, Eisen JL. Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder. In: Stein DJ, Hollander E (eds). *Textbook of Anxiety Disorders.* Washington, DC: APA Press, 2002.
154. Arumugham, S., & Reddy, Y. Commonly asked questions in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Review Of Neurotherapeutics.* 2014; 14(2): 151-163.
155. Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N. Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23: 230-237.
156. Alaghband-Rad J, Hakimshoostary M: A randomized controlled clinical trial of citalopram versus fluoxetine in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 18: 131-135.
157. Arias Horcajadas F, Soto JA, García-Cantalapiedra MJ, Rodríguez Calvin JL, Morales J, Salgado M: Effectiveness and tolerability of addition of risperidone in obsessive compulsive disorder with poor response to serotonin reuptake inhibitors. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006; 34: 147-152.
158. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF: A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry.* 2006; 11: 622-632.
159. Coric V, Taskiran S, Pittenger C, Wasylink S, Mathalon DH, Valentine G et al: Riluzole augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: an openlabel trial. *Biol Psychiatry.* 2005; 58: 424-428.

160. Pişgin İ, Özen DŞ. Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2: 117-131.
161. Blanco C, Olfson M, Stein DJ, Simpson HB, Gameroff MJ, Narrow WH. Treatment of obsessive-compulsive disorder by U.S. psychiatrists. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 946-951.
162. Türkbay T., Söhmen T. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Psikotik Bozukluğun Karışması: Bir olgu sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2000; 7: 106-112.
163. Darling, N., Steinberg, L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*. 1993; 113: 487-496.
164. Yavuzer, H. Ana-Baba ve Çocuk. 12. Basım, İstanbul: Remzi Kitapevi; 1999.
165. Yörükoğlu, A. Çocuk Ruh Sağlığı. 27. Basım, İstanbul: Özgür Yayınları; 2004.
166. Baumrind, D. Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior, *Child Development*. 1966; 37(4)
167. Vural, B. Öğrencilerin Başarısı İçin Aile Okul Birlikteliği.2. Basım, İstanbul: Hayat Yayınları /Öğrenci Merkezli Eğitim Dizisi; 2004
168. Grolnick, W. S. The Psychology Of Parental Control: How Well-Meant Parenting Backfires, New Jersey: Lawrance Erlbaum Associates Publishers; 2003.
169. Yılmaz, A. “Çocuk Yetiştirme Tutumları: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Araştırmalar”. *Türk Psikoloji Yazıları*. 1999; 3(1): 99-118.
170. Tuzcuoğlu, N., Tuzcuoğlu, S. Çocuğun Cinsel Eğitimi; Anne ben Nasıl - Doğdum. 4. Basım, İstanbul: Morpa Yayınları; 2007.
171. Hacıömeroğlu, B., Karancı, A. N. Percieved parental rearing behaviours, responsibility attitudes and life events as predictors of obsessive compulsive symptomatology: test of a cognitive model. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2013; 42: 641-652
172. Barrett, P., Shortt, A., Healy, L. Do parent and child behaviors differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002; 43: 597-607

173. Bressi, C., Guggeri, G. Obsessive-compulsive disorder and the family emotional environment. *New Trends in Experimental and Clinical Psychology*. 1996; 12(4): 265-269
174. Waters, T. L., Barrett, P. M. The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2000; 3 (3): 173-183
175. Hirshfeld DR, Biederman J, Brody L, Faraone SV. Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(2): 205–213.
176. DiBartolo PM, Helt M. Theoretical models of affectionate versus affectionless control in anxious families: a critical examination based on observations of parent–child interactions. *Clin Child Fam Psychol Review*. 2007; 10(3): 253–274.
177. Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA. Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *J Appl Dev Psychol*. 2006; 27(6): 542–559.
178. Murphy, Y. E., Flessner, C. A. Family functioning in pediatric obsessive compulsive and related disorders. *British Journal of Clinical Psychology*. 2015; 54: 414-434
179. Lennerts, L., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Rampacher, F., Vogeley, A., Schulze-Rauschenbach, S., Ettelt, S., Meyer, K., Kraft, S., Reck, C., Pukrop, R., John, U., Freyberger, H. J., Klosterkötter, J., Maier, W., Falkai, P., Wagner, M. Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010; 121: 280-288
180. Alonso, P., Menchon, J. M., Mataix-Cols, D., Pifarre, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., Jimenez, S., Vallejo, G., Vallejo J. Perceived parenting rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Research Journal*. 2004; 127 (3): 267-278
181. Cooper, M. Obsessive compulsive disorder: Effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996; 66(2): 296-304
182. Peris, T. S., Benzeon, N., Langley, A., Roblek, T., Piacentini, J. Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: The parental attitudes and behavior scale. *Child and Family Behavior Therapy*. 2008; 30: 199-214
183. Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., Storch, E. A. Decreased family accomodation associated with improved therapy outcome in pediatric

obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009; 77(2): 355-360

184. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Reck C, Pukrop R, Freyberger HJ, Klosterkötter J, Falkai P, John U, Maier W, Wagner M. Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(11): 1986-1992.
185. Demet, M. M., Deveci, A., Deniz, F., Taşkın, E. O., Şimşek, E., Yutsever, F. Obsesif-kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005; 6(3): 133-144
186. Insel TR, Hoover C, Murphy DL. Parents of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 1983; 13: 807-811
187. Liakopoulou, M., Korlou, S., Sakellariou, K., Kondyli, V., Kapsimali, E., Sarafidou, J., Anagnostopoulos, D. The psychopathology of parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 2010; 43: 209-215.
188. Smorti, M. The impact of family on obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Development, maintenance, and family psychological treatment. *International Journal of Advances in Psychology*. 2010; 1(3): 86-94
189. Black, D. W., Noyes, R., Goldstein Jr., R. B., Blum, N. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 362-368
190. Koleck M, Mazaux JM, Rascle N, Bruchon-Schweitzer M. Psychosocial factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *Eur J Pain*. 2006; 10: 1-11.
191. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986; 50: 992-1003.
192. Lazarus RS, Folkman S. Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol* 1988; 54(3): 466-475.
193. Holahan C, Moos RH. Personal and contextual determinants of coping strategies. *J Pers Soc Psychol*. 1987; 52: 946-955.
194. Basut E. Stres, Başa Çıkma Ve Ergenlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2006; 13 (1).

195. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol.* 1993; 44: 1-21.
196. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK ve Özer ÖK, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatr Dergisi.* 2005; 6: 221-226.
197. Erdem M, Çelik C, Doruk A, Özgen F. Yaygın anksiyete bozukluğunda başa çıkma tutumları. *Anatol J Clin Investig.* 2008; 2: 101-105.
198. Rohde P, Lewinshon TM, Tilson M, Seeley J. Dimensionality of coping and its relation to depression. *J Pers Soc Psychol* 1990;58:499-511.
199. Roth S, Cohen LJ. Approach, avoidance, and coping with stress. *Am Psychol.* 1986; 41: 813-819.
200. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989; 56: 267-283.
201. Compas, BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, et al. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull.* 2001; 127(1): 87-127.
202. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 219-239.
203. Compas BE, Davis GE, Forsythe CJ, Wagner BM. Assessment of major and daily stressful events during adolescence: the Adolescent Perceived Events Scale. *J Consult Clin Psychol.* 1987; 55: 534-541.
204. Kaner S. Engelli Çocukları Olan Ana Babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. T. C. Ankara Üniversitesi tezi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu, Ankara; 2004.
205. Haley WE, Levine EG, Brown SL, Bartolucci AA. Stress appraisal, coping and social support as predictors of adptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging.* 1987; 2: 323-330.
206. Creado DA, Parkar SR, Kamath RM. A comparison of the level of functioning in chronic schizophrenia with coping with burden in caregivers. *Indian J Psychiatry.* 2006; 48: 27-33.
207. Ünal S, Kaya B, Çekem B ve ark. Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2004; 15(4): 291- 299.

208. Turgay A. Çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği (Yayınlanmamış ölçek). Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada; 1995.
209. Ercan E, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2001; 8(3): 132-44.
210. Kovasc M. The Children's Depression Inventory (CDI). Psychopharmacol Bull. 1985; 21(4): 995-998
211. Öy B. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1990; 2: 132-136.
212. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, et al. The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997; 36(4): 545-553.
213. Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Kocaeli; 2004.
214. Yücelen Erkal G, Arman Rodopman A, Topçuoğlu V, Fişek G, Yazgan MY: Çocuklar için Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. 12. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, İstanbul; 2002.
215. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. Br J Psychiatry 1976; 128(3): 280-289.
216. Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler. Bir başvuru kaynağı. 3. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası; 1997. s.461-4.
217. Dağ İ. Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2(1): 5-12.
218. Grados MA, Riddle MA: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. CNS Drugs. 1999; 12: 257- 277.
219. Güvendeğer N: Bursa ilinde 9-15 yaş arasındaki bir örneklem grubunda çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojik ve fenomenolojik özellikleri, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Bursa, 1998.
220. Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO: Obsessive compulsive disorder. The american psychiatric publishing textbook of psychiatry, 5th edition. 2008.

221. Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Lochner C et al: Early versus onset obsessive compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Res*, 128(2): 175-182.
222. Selvi Y, Beşiroğlu L ve ark: Van il merkezinde lise son sınıf öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri*. 2010; 13: 5-13.
223. Avcı, A., Aslan, H. Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocukların ailelerinde obsesif kompulsif belirti puanları: Karşılaştırmalı bir klinik çalışma. *Düşünen Adam*. 1995; 8(2): 11-15.
224. Aras Ş: Çocukluk ve ergenlik döneminde obsesif kompulsif bozukluğun klinik özellikleri, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 1996.
225. Aslan H, Unal M, Alparslan N: Ayaktan izlenen obsesif kompulsif bozukluk olgularında psikososyal özellikler. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1996; 33: 169-176.
226. Gurevitz M, Geva R, Varon M, Leitner Y. Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2014; 18(1): 14-22.
227. Şahnur Ş, Ertürk D, Şenol S. Pediatrik Liyezon Psikiyatrisi Alan Saptamasına Yönelik Bir Önçalışma. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 111-116.
228. Walker BA, Ziskind E: Relationship of nailbiting to sociopathy. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 1977; 164(1): 64-65.
229. Ghanizadeh A, Mosallaei S: Psychiatric disorders and behavioral problems in children and adolescents with Tourette Syndrome. *Brain Dev*. 2009; 31(1): 15 - 19.
230. Blair KS, Geraci M, Hollon N, Otero M, DeVido J, Majestic C, Jacobs M, Blair RJ, Pine DS: Social norm processing in adult social phobia: atypically increased ventromedial frontal cortex responsiveness to unintentional (embarrassing) transgressions. *American Journal of Psychiatry*. 2010; 167: 1526–1532.
231. Leckman JF, Peterson BS, Pauls DL, Cohen DJ. Tic disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 839-61.
232. Steingard R, Dillon-Stout D. Tourette's syndrome and obsessive compulsive disorder. Clinical aspects. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 849-860.
233. Riddle MA, Scahill L, King R. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; Sep 29(5): 766-772

234. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 335-341.
235. Ivarsson T, Melin K, Wallin L. Categorical and dimensional aspects of comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 20-31.
236. Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessivecompulsive disorder and depression. A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology*. 1993; 26: 145-50.
237. Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29: 407-412.
238. Avcı A, Tamam L, Toros F: Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: sosyodemografik, klinik özellikler ve eştanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999; 10(4): 294-304.
239. Kerimoğlu E, Yalın A. Obsessive-compulsive disorder and hysteria (conversion reaction) in children. *Journal of Ankara Medical School*. 1992; 14(1): 11-18.
240. Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL, Lenone MC, Rapoport JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31: 1050-1056.
241. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*.1997; 154: 1726-1733.
242. Wells JH, Haines J, Williams CL: Severe morbid onychophagia: the classification as self -mutilation and a proposed model of maintenance. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998; 32: 534-545.
243. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1995; 34(1): 19-27.
244. Maldonado GJ, Urizar AC. Effectiveness of psychoeducational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2007; 16: 739-747.

245. Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study social psychiatry and psychiatric epidemiology 2000; 35(3): 109-115.
246. Jorda C, Tracey A, Revenson TA. Gender Differences in Coping with Infertility: A Meta-Analysis. *J Behav Med* 1999; 22: 4
247. Felton BJ, Revenson TA. Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52: 343-353.
248. Endler NS, Parker JD, Butcher JN. A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *J Clin Psychol.* 1993; 49(4): 523-527.
249. Sawyer, B. A., Williams, M. T., Chasson, G. S., Davis, D. M., Chapman, L. K. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders.* 2015; 4: 8-13
250. Tamam L, Saygılı M, Ünal M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: 69-80.
251. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 346-51; quiz 52.
252. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther.* 2003; 41(1): 11-29.
253. Wilcox, H. C., Grados, M., Samuels, J., Riddle, M. A., III, Bienvenu, O. J., Pinto, A., Cullen, B., Wang, Y., Shugart, Y. Y., Liang, K. Y., Nestadt, G. The association between parental bonding and obsessive compulsive disorder in offspring at high familial risk. *Journal of Affective Disorders.* 2008; 111 (1): 31-39

8. EKLER

Ek 1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Tarih :

ÇOCUK PSIKIYATRİSİ KÜRSÜSÜ
POLİKLİNİK ANAMNEZ FİŞİ

Protokol No :

Soyadı	.....	Kesin Tanı
Adı	.....
Cinsi	.....	Karar
Doğum tarihi ve yeri	.....	İlaç
Baba adı	.....	Psikoterapi
Anne adı	.....	Özel geri eğt
Okul-Sınıf	.....	Bakım sınıfı
Getiren-Gönderen	.....	Özel sınıf
Ev Adresi,Telefon	.....	Konuşma eğt
		Gurup terapi
Sekreter	.....	Sosyal Görevli

ŞİKAYET :

ANNE (ÖZ-UYEY) BABA		KARDEŞLER
Yaş	.....	1-.....
Meslek	.....	2-.....
Tahsil	.....	3-.....
Sağlık	.....	4-.....
Alkol-Sigara	.....	5-.....
Soy Hastalıkları	.....	6-.....
Suçluluk	.....	7-.....
Akrabalık	.....	8-.....
Geçimsizlik-Ayrılık	.....	.....
HAMİLELİK	DOĞUM	BUYUK EBEVEYN
Normal	Zamanında	Kilo
Kanama	Premature	Boy
Hastalık	Postmature	Siyanoz
Ruhi Trauma	Provoke	Asfiksi
Primipar	Forceps	Ağlama
Multipar	Sectio	Emme ref
Doğum Yaşı	Normal	Kuvöz
Annenin Aktiviteleri	Evde-Klinikte	Sarılık
ÖNEMLİ NOTLAR		EKONOMİK DURUM
		Kira
		Mük
		Öda sayısı
		Çocuk odası
		Nüfus
		Aylık gelir
		Önemli Not

Ek 1'in devamı

GELİŞİM	Okul öncesi eğt.
Anne Süpü	İlk Okul
Oturma	Orta Okul
Diş Çıkarma	Öğretmen ilişkileri
Yürüme	Arkadaş ilişkileri
İlk Hece	Önemli notlar
Konuşma	
Tualet Eğt.	
Gündüz	Gece

MEDİKAL

PATOLOJİK HUYLAR

PSIKİYATRİK MUAYENE

ÖZET	Konuşma	Günlük İşler
Görünüş	Yok	Tualet
Apatik	Heceleme	Yemek
Sakin	Tek kelimeler	Giyim
Neşeli	Eksik cümleler	Oyun
Hiperaktif	Basit cümleler	Çevre - Okul Bilgisi
Ajite	Normal	Organ
Agresiv	Zeka (Klinik)	Renk
Negativist	Yüksek	Okuma
Aulistik	Normal	Yazma
	Geril	Aritmetik
		Diğer

SOMATİK MUAYENE

ÖZET	Motor	Refleks
Solunum	Görme	Trotik
Dolanım	İşitme	Dengi

Ek 2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay-95)

Soyadı:	K.T.Ü.Çocuk ve Ergen	- Aile ()
:	Psikiyatrisi Polikliniği	- Öğretmen ()
h:		

- **Adı geçen kişinin son altı ay ve öncesindeki sorunları için uygun yeri (X) işareti ile işaretleyiniz.**
- **0 = Yok 1= Biraz 2 = Fazla 3 = Çok Fazla**

YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TURGAY)

I. BÖLÜM

A- DİKKATSİZLİK

Sorunun Derecesi

SORUN	0	1	2	3
1. Dikkatini ayrıntılara veremez yada okul ödevlerinde işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.				
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.				
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.				
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemede güçlük çeker.				
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi/ev ödevi vb) kaçınır.				
7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç vb) kaybeder.				
8. Dikkati kolayca dağılır.				
9. Günlük etkinliklerde unutkanlır.				

___/9 ___/27

B- AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK

SORUN	0	1	2	3
10. Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.				
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz				
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuşturur ya da tırmanır.				
13. Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker				
14. Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.				
15. Çok konuşur.				
16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.				
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker				
18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)				

___/9 ___/27

Ek 2'nin devamı

I. BÖLÜM

SORUN	0	1	2	3
19. Kontrolünü kaybeder.				
20. Erişkinlerle tartışır.				
21. Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.				
22. Başkalarını isteyerek rahatsız eder.				
23. Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar				
24. Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.				
25. Kızgın ve güceniktir.				
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.				

/8

II. BÖLÜM

SORUN	0	1	2	3
27. Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir				
28. Kavga döğüş başlatır.				
29. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca, vb) kullanır.				
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma, silahlı soygun) yapar.				
33. Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.				
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir. (yangın çıkarmak dışında)				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.				
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler. (başkalarını aldatır)				
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar. (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)				
39. 13 yaşından önce başlayarak ailenin yasaklarına karşı geceyi dışarıda geçirir.				
40. Anne-babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmış olma. (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)				
41. 13 yaşından önce başlayarak okuldan kaçma.				

/15

Ek 3. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (CDI)

Adı-Soyadı:

Tarih: / /

Yaşı:

- Aşağıda üç seçenekli maddelerden size uygun olanı lütfen yuvarlak içine alınız!

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

- A) 1) Kendimi arada sırada kötü hissederim.
2) Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3) Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1) İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2) İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3) İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1) İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2) İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
3) Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1) Birçok şeyden hoşlanırım.
2) Bazı şeylerden hoşlanırım.
3) Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1) Her zaman kötü bir çocuğum.
2) Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3) Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1) Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2) Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3) Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1) Kendimden nefret ederim.
2) Kendimi beğenmem.
3) Kendimi beğenirim.
- H) 1) Bütün kötü şeyler benim hatam.
2) Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3) Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

Çocuk ve Ergen
Psikiyatrisi Polikliniği

Ek 3'ün devamı

- I) 1) Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2) Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3) Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1) Her gün içimden ağlamak gelir.
2) Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3) Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1) Her şey her zaman beni sıkır.
2) Her şey sık sık beni sıkır.
3) Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1) İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2) Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3) Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1) Herhangi bir şey hakkında karar vermem.
2) Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3) Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1) Güzel / yakışıklı sayılırım.
2) Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
3) Çirkinim.
- N) 1) Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2) Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3) Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1) Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2) Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3) Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1) Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2) Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3) Her zaman kendimi yorgun hissederim
- P) 1) Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2) Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3) Oldukça iyi yemek yerim.

Ek 3'ün devamı

- R) 1) Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2) Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3) Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1) Kendimi yalnız hissetmem.
2) Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3) Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1) Okuldan hiç hoşlanmam.
2) Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3) Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1) Bir çok arkadaşım var.
2) Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3) Hiç arkadaşım yok.
- U) 1) Okul başarıml iyi.
2) Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
3) Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1) Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2) Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3) Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1) Kimse beni sevmez.
2) Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3) Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1) Bana söyleneni genellikle yaparım.
2) Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3) Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1) İnsanlarla iyi geçinirim.
2) İnsanlarla çoğu zaman kavga ederim.
3) İnsanlarla her zaman kavga ederim.

TEŞEKKÜRLER...

Ek 4. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (CATÖ)

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise 2'yi, biraz ya da bazen doğru ise 1'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünseniz de, **lütfen boş bırakmayınız.**

0:Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2	PB
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2	OR
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2	SF
4	Eviden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2	AA
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2	YAB
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2	PB
7	Huzursuzam.	0	1	2	YAB
8	Nereye giderse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2	AA
9	Büyük insan bana huzursuz göründüğümü söyler.	0	1	2	PB
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2	SF
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2	OR
12	Korktuğum zaman aklımı kaçıracak gibi hissederim.	0	1	2	PB
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2	AA
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2	YAB
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2	PB
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2	AA
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2	OR
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2	PB
19	Titrerim.	0	1	2	PB
20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2	AA

LÜTFEN ARKA SAYFAYI DA DOLDURUNUZ.

Ek 4'ün devamı

21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2	YAB
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2	PB
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2	YAB
24	Hiçbir nedenle olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2	PB
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2	AA
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2	SF
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2	PB
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2	YAB
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2	AA
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2	PB
31	Annenin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2	AA
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2	SF
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2	YAB
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2	PB
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2	YAB
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2	OR
37	Oluşmuş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2	YAB
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2	PB
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissederim. (ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2	SF
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2	SF
41	Uşangacım.	0	1	2	SF

TOPLAM:

Panik Bozukluğu(7):

Yaygın Anksiyete Bozukluğu(9):

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu(5):

Sosyal Fobi(8):

Okul-Reddi(3):

Ek 5. Çocuklar için Yale–Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği

Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (ÇY-BOKÖ)

Adı, soyadı:

Tarih:

Doğum tarihi:

Tanı:

ÇY-BOKÖ KOMPULSİYON TARAMA LİSTESİ

Bütün uyanları işaretleyin. (" * " ile işaretlenen maddelerin, OKB' a özgü olup olmadıkları kesin değildir.)

YIKAMA/ TEMİZLEME KOMPULSİYONLARI

Şimdi Geçmişte

_____ **Uzun uzun, sık sık veya belli bir sırayla el yıkama.**

_____ **Uzun uzun, sık sık veya belli bir sırayla duş, banyo, dış fırçalama, kendine çeki düzen verme ve tuvalet temizliği alışkanlıkları. Örneğin tuvalette, banyoda saatler geçirmek, sırası bozulduğunda tüm işlemi baştan yapmak.**

_____ **Kişisel veya önemli eşyalarını çok fazla temizleme. Örneğin oyuncakların, kıyafetlerin, okul gereçlerinin (kalem, defter gibi) veya lavabo, tuvalet, yer, masa üstü ve mutfak aletlerinin aşırı derecede temizlenmesi.**

_____ **Kirlenmeye neden olacak diğer maddelerle teması önlemek için önlem almak veya bu maddeleri ortadan kaldırmak/kaldırtmak. Örneğin aile üyelerinden böcek ilaçlarını, çöpü, gaz bidonunu, çiğ eti, boyaları, ilaç dolabındaki ilaçları veya evdeki kedinin çöpünü kaldırmalarını istemek. Kaçınmadığı durumlarda eldiven kullanmak.**

_____ **Diğer (tanımlayın) _____**

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

_____ **Kilitleri, oyuncakları, okul kitap ve gereçlerini, elektrikli ev aletlerini kontrol etme.**

_____ **Yıkama, giyinme veya soyunma ile ilgili kontrol etme.**

_____ **Başkalarına zarar verip vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme. Örneğin farkında olmadan birine zarar verip vermediğini kontrol etmek, emin olmak için başkalarına sormak.**

_____ **Kendine zarar verip vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme. Örneğin keskin veya kırılabilir bir şey tuttuğu zaman bir yerinin kesilip kesilmediğini, kanayıp kanamadığını kontrol etmek. Kendine zarar vermediğinden emin olmak için başkalarına sormak.**

_____ **Kötü veya korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etme. Örneğin televizyonda, radyoda veya gazetede kendisinin sebep olduğunu düşündüğü bir felaket haberini aramak. Emin olmak için diğer insanlara sormak.**

_____ **Hata yapıp yapmadığını kontrol etme. Örneğin yazı yazarken, okurken, veya basit hesaplamalar yaparken hata yapıp yapmadığını kontrol etme.**

Ek 5'in devamı

_____ **Somatik obsesyonlara bağlı kontrol.** Ölümcül bir hastalığı veya yarası olmadığından emin olmak için diğer insanlara sorular sormak. Vücut kokusu ve çürüklerini kontrol etmek veya aynaya bakıp, vücudunda çirkin kısımlar aramak.

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Şimdi Geçmişte

_____ **Tekrar tekrar okuma, silme veya tekrar tekrar yazma.** Tekrar tekrar okuma döngüsüne girdiğinden dolayı, bir kitaptan birkaç sayfa okumak veya kısa bir mektup yazmanın saatlerce sürmesi. "Mükemmel" kelimeyi veya deyimini aramak veya okuması gereken birşeyi anlamadığından endişe duymak ya da bazı harflerin şekliyle ilgili takıntılarının olması. Yazdıklarını silip tekrar yazmaktan kağıt yıpranabilir.

_____ **Sıradan faaliyetleri tekrar tekrar yapmak zorunda hissetme.** Örneğin elektrik düğmelerini, elektrikli ev aletlerini veya oyuncakları açıp açıp kapama, kapıdan içeri girmek-dışarı çıkmak, sandalyeye oturmak-kalkmak, saç tarama, belli bir yöne bakma gibi hareketleri tekrarlamak. Bunu "doğru" sayıda yapana kadar kendisini "doğru" yapmış hissetmez.

_____ Diğer (tanımlayın) _____

SAYMA KOMPULSİYONLARI

_____ **Eşyaları, belirli sayıları, sözcükleri v.b. sayma.** Örneğin oyuncak, kitap pencere, duvardaki çiviler, ve hatta kumsaldaki kum taneciklerini sayma. Yıkama gibi belli bir hareket yaparken de tekrar tekrar sayıyor olabilir.

_____ Diğer (tanımlayın) _____

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

_____ **Simetri veya düzenleme ihtiyacı.** Örneğin eşyaları belirli bir sıraya göre dizmek veya kişisel eşyalarını özel bir şekilde düzenlemek. eşyaları sıranın veya yatağın üzerine, oyuncakları rafa, kitapları kitaplığa dizmek. Eşyaları "düzene" sokmak için saatler harcayabilir ve bu düzen bozulduğunda çok rahatsız olabilir. Raftaki kitap ve oyuncakların, yastıkların simetrik olmasını istemek, simetrik değilse düzeltmek.

_____ Diğer (tanımlayın) _____

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

(Hobi ve maddi veya manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır).

_____ **Eşyaları atarken zorlanmak, ufak tefek şeyleri (küçük kağıt parçaları, ip vb.) sınıflamak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek.** Örneğin eski okul ödevleri, notlar, teneke kutu, kağıt havlu, paket kağıdı, boş şişeleri bir gün ihtiyacım olabilir düşüncesiyle atmamak, sokaktan veya çöpten işe yaramaz şeyler toplamak.

_____ Diğer (tanımlayın) _____

ASIRI BÜYÜSEL DÜŞÜNCELER/ BATIL DAVRANIŞLAR

(Yaşa uygun tekrarlayıcı çocuk oyunlarından ayırt edilmesi gerekir.)

_____ **Örneğin yerdeki çizgilere basmadan yürümek, kötü şeylerin olmasını önlemek amacıyla bir oyun düzeninde, bir eşyaya veya kendine belirli bir sayıda dokunmak. Uğursuz**

4

Ek 5'in devamı

olduğuna inandığı, örneğin 13 gibi, numaralı otobüse veya trene binmemek, ayın 13'ünde evden dışarı çıkmamak, tatsız olaylar yaşadığında giymiş olduğu kıyafetleri atmak.

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

DİĞER İNSANLARI İÇEREN TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Şimdi Geçmişte

_____ **Törensel davranışlarına diğer insanları, genellikle bir ebeveyni dahil etme ihtiyacı.** Örneğin anne veya babasından aynı sorulara defalarca cevap vermesini, yemek sırasında annesinden, belirli eşyalarla (çatal, bıçak veya tabak gibi) törensel davranışları yerine getirmesini istemek.

Tanımlayın: _____

DİĞER KOMPULSİYONLAR

_____ **Zihinsel törenler (toplama ve sayma dışında).** Örneğin aşırı sıklıkta dua okumak veya kötü bir düşünceyi tersine çevirmek için iyi bir şey düşünmek. Bunlar takıntılı düşüncelerden farklı olarak kaygı azaltmak veya daha iyi hissetmek için düşünülür.

_____ **Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi.** Örneğin birşeyden emin olmak için diğerlerine sormak. Hiçbir zaman yapmamış olduğu yanlış davranışları itiraf etmek veya kendisini daha iyi hissetmek için diğerlerine bazı kelimeler söyleme ihtiyacı hissetmek.

_____ **Kendine _____, başkalarına _____ zarar gelmemesi için veya kötü durumlara _____ karşı önlem alma (kontrol etme dışında).** Örneğin kırılabilir veya keskin eşyalardan, aletlerden uzak durmak.

_____ **Tören haline gelmiş yemek yeme davranışları*.** Örneğin yemeğe başlamadan önce yiyecek, çatal, kaşık belli bir şekilde düzenlenmelidir. Yemek katı bir kurala göre yenmeli veya zamanı gelmeden yenmemelidir.

_____ **Aşırı uzun liste hazırlama*.**

_____ **Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*.** Örneğin biri kendisine dokunduğunda vücudunun iki tarafına da aynı şekilde dokunması veya iki ayakta da aynı basınç hissi oluşana kadar ayakkabı bağlarının çözülüp bağlanması.

_____ **"Tam yerinde" olduğunu hissedene dek dokunma veya eşyaları düzenleme ihtiyacı*.**

_____ **Göz kırpma veya gözünü bir noktaya dikmeyi içeren törensel davranışlar***

_____ **Trikotillomani (saç koparma)***

_____ **Diğer kendine zarar verici veya kendini yaralayıcı davranışlar***

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

Ek 5'in devamı

KOMPULSİYONLAR İÇİN HEDEF BELİRTİ LİSTESİ

KOMPULSİYONLAR (Şiddetine göre sıralayıp, tanımlayınız. Ör: 1. En şiddetli kompulsiyonu tanımlayın; 2. İkinci en şiddetli kompulsiyon...)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

KAÇINMA (Kompulsiyonlarla birlikte görülen kaçınma davranışlarını tanımlayın; Çocuğun, saymaya başlamasını önleyebilmek için eşyalarını kaldırmaktan kaçınması gibi.)

Ek 5'in devamı

KOMPULSİYONLARLA İLGİLİ SORULAR (MADDE 1-5)

"Şimdi sana önüne geçemediğin/durduramadığın bazı alışkanlıklarınla ilgili sorular soracağım." (Soruları sorarken saptadığımız hedef belirtileri hatırlatın.)

1. KOMPULSİF DAVRANIŞLARI YAPARKEN HARCANAN ZAMAN

Bunları yaparken ne kadar zaman harcıyorsun?

Sence günlük aktivitelerini tamamlaman, bu alışkanlıklarından dolayı diğer insanlara göre ne kadar uzun sürüyor?

(Kompulsiyonlar gelip geçici ise, harcanan toplam saat olarak değerlendirmek imkansız olabilir. Bu durumda, ne sıklıkta uygulandığına göre harcanan süreyi tahmin ediniz. Kompulsiyonların günde kaç kez olduğunu ve ne kadar zaman aldığını birlikte değerlendiriniz.)

Bu alışkanlıkları hangi sıklıkla yapıyorsun?

[Pek çok durumda kompulsiyonlar gözlenebilen davranışlardır (el yıkamak gibi), ancak gözlenemeyen örnekler de vardır (içinden kontrol etmek gibi).]

0- HİÇ

1- HAFİF Günde 1 saatten az veya seyrek olarak

2- ORTA Günde 1-3 saat arası veya sık sık kompulsif davranışlar

3- AĞIR Günde 3-8 saat arası veya çok sık kompulsif davranışlar

4- İLERİ DERECEDE Günde 8 saatten fazla veya kompulsif davranışın neredeyse sürekli yapılması (sayılamayacak kadar çok olması)

1B. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN SÜRE

Bu davranışları yapmadan ne kadar dayanabilirsin? (Eğer gerekirse sorun: Bu davranışların olmadığı en uzun süre ne kadardır?)

0- BELİRTİ YOK

1- HAFİF Uzun süren belirtisiz dönem, aralıksız 8 saatten fazla

2- ORTA Orta derecede belirtisiz dönem, 3-8 saat süren aralıksız belirtisiz dönem

3- AĞIR Kısa süreli belirtisiz dönem, aralıksız 1-3 saat

4- İLERİ DERECEDE Günde bir saatten az süren belirtisiz dönem

Ek 5'in devamı

2. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Bu alışkanlıklar okul yaşantını, arkadaşlarıyla birlikte birşeyler yapmanı engelliyor mu? Bunlardan dolayı yapamadığın herhangi birşey var mı? (Eğer şu anda okulda değilse, hastanın okulda olması durumunda performansını ne kadar etkilenebileceğini belirtiniz.)

0- HİÇ

- 1- HAFİF Sosyal ya da okul aktiviteleri hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok
- 2- ORTA Sosyal ya da okul aktiviteleri kesin olarak etkilenmekle birlikte hala başa çıkılabilir durumda.
- 3- AĞIR Sosyal ya da okul aktiviteleri belirgin düzeyde bozulmuş.
- 4- İLERİ DERECEDE Günlük faaliyetlerini/ilişkilerini sürdürememekte.

3. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA EŞLİK EDEN RAHATSIZLIK

Eğer alışkanlıklarını yapmaktan alıkonursan kendini nasıl hissedersin? Ne kadar rahatsız olursun?

(Güvence verilmeden, hastanın kompulsiyonlarının birdenbire kesilmesi durumunda, hastanın yaşayabileceği zorlanma/sıkıntı derecesini belirleyiniz. Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi huzursuzluğu azaltır.) Alışkanlıklarını tam olduğuna ikna olana kadar yaparken ne kadar rahatsız oluyorsun?

0- HİÇ

- 1- HAFİF Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranış sırasında hafif düzeyde sıkıntı/engellenmişlik hissi.
- 2- ORTA Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranış sırasında sıkıntı/engellenmişlik hissi duyduğunu fakat bu durumun baş edilebilir düzeyde olduğunu belirtir.
- 3- AĞIR Belirgin ve çok rahatsız edici düzeyde sıkıntı/engellenmişlik hissi kompulsif davranışın tamamlanamaması durumunda ve/veya bu davranış sırasında artar.
- 4- İLERİ DERECEDE Başedilemeyen bir sıkıntı ve engellenmişlik hissi, kompulsif davranışları değiştirmeye yönelik girişimlerde ve/veya kompulsif davranış sırasında ortaya çıkar.

8

Ek 5'in devamı

4. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DİRENME

Alışkanlıklarına karşı direnmek için ne kadar çaba harcıyorsun?

[Sadece direnme çabalarını değerlendiriniz. Kompulsiyonları kontrol etme başarılarını ya da başarısızlıklarını dikkate almayınız. Hastanın kompulsiyonlarına karşı ne kadar direndiği onları kontrol etme yeteneği ile paralellik gösterebilir veya göstermeyebilir. Bu madde kompulsiyonların şiddetinden çok çocuğun ne kadar sağlıklı olduğunu ölçer (hastanın kompulsiyonlara karşı gösterdiği çaba). Hastanın direnme çabası arttıkça, işlevleri de o derece az etkilenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta onlara direnme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda 0 puan verilmelidir.]

- 0- HİÇ Direnmek için her zaman çaba gösterir ya da belirtiler o kadar azdır ki aktif olarak direnmeye gerek duymaz.
- 1- HAFİF Çoğu zaman direnmeye çalışır.
- 2- ORTA Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3- AĞIR Kontrol etmeye çalışmadan tüm kompulsiyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan pek hoşnut değildir.
- 4- İLERİ DERECEDE Kompulsiyonlara tümüyle ve gönüllü olarak teslim olmuştur.

5. KOMPULSİF DAVRANIŞLARI KONTROL ETME DERECESİ

Seni bu alışkanlıklarını yapmaya iten şey ne kadar güçlü?

Onlara karşı durmaya çalıştığında ne olur?

(Daha büyük çocuklar için sorulabilir): Alışkanlıkların üzerinde ne kadar kontrolün var/kontrolün ne düzeyde?

(Bir önceki maddede yer alan direnmenin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etme yeteneği, hastalığın şiddetini daha iyi yansıtır.)

- 0- TAM KONTROL
- 1- YETERLİ KONTROL Gerçekleştirmek için baskı hissediyor fakat genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.
- 2- ORTA DERECEDE KONTROL Gerçekleştirmek için yoğun baskı hissediyor, güçlkle kontrol edebiliyor.
- 3- ÇOK AZ KONTROL Gerçekleştirmek için çok büyük baskı hissediyor, tamamlamak zorunda kalıyor, sadece güçlkle geciktirebiliyor.
- 4- KONTROL YOK

Ek 5'in devamı

Adı, soyadı:
Doğum tarihi:

Tarih:
Tanı:

ÇY-BOKÖ OBSESYON TARAMA LİSTESİ

Bütün uyanları işaretleyin. (" * " ile işaretlenen maddelerin, OKB' a özgü olup olmadıkları kesin değildir.)

KİRLENME OBSESYONLARI

Simdi Geçmişte

_____ **Kir, mikrop ve bazı hastalıklardan kaygılanmak** Örneğin, bazı sandalyelere oturunca, el sıkışınca ya da kapı kollarına dokununca mikrop kapmaktan.

_____ **Vücut atık veya salgılarından iğrenirim veya bunları aklıma takarım.** Örneğin idrar, dışkı, tükrük gibi.

_____ **Çevreyi kirleten maddelerden aşırı kaygı duymak.** Örneğin radyasyon, fabrika atıkları ve benzeri maddelerin çevreyi veya içtiğimiz suyu kirleteceğini düşünmek.

_____ **Evde kullanılan temizlik maddelerinden aşırı derecede kaygılanmak.** Örneğin bulaşıkların tam durulanmayıp, bulaşık deterjanının vücudumuzda birikeceğini düşünmek.

_____ **Hayvanlardan/ böceklerden aşırı derecede kaygılanmak.** Örneğin, bir kopeğe, kediye ya da başka bir hayvana dokunup kirlenmekten korkmak gibi.

_____ **Yapışkan maddeler veya atıklardan aşırı derecede rahatsızlık duymak.** Yağlı maddelerden tiksirmek gibi.

_____ **Hastalık bulaşacak diye korkmak.** Örneğin, mikrop kapıp hastalanmak.

_____ **Birine hastalık bulaştırmaktan korkmak.**

_____ **Hastalık veya mikrop bulaşması halinde olabileceklerden korkmak.**

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

_____ **Kendine zarar vereceğinden korkmak.** Örneğin çatal ya da bıçakla yemek yerken onlarla kendine zarar vermekten, keskin eşyaları tutmaktan, cam pencerelerin yanında yürümekten korkmak.

_____ **Başkalarına zarar vereceğinden korkmak.** Örneğin, insanların yemeklerine zehir koymaktan, bebeklere zarar vermekten, birini araba altına itmekten, birini üzmemekten, hayal ettiği kötü bir olaydan sorumlu tutulmaktan, yanlış şeyler söyleyerek birine zarar gelmesine neden olmaktan korkmak.

_____ **Kendine zarar geleceğinden korkmak.**

_____ **Yaptığı veya yapmadığı birşeyden dolayı başkalarına zarar geleceğinden korkmak.** Yeterince dikkatli olmaması, mesela iyi bir çocuk olmaması, kurallara uymaması nedeniyle başkalarına kötü birşey olacağından korkmak.

Ek 5'in devamı

_____ **Aklına vahşi veya korkutucu görüntüler gelmesi.** Örneğin, katiller veya parçalanmış vücutlar, araba kazaları, tiksindirici görüntüler.

_____ **Ayıp sözler söyleme veya küfür etme korkusu.** Örneğin cami okul gibi halka açık yerlerde terbiyesiz sözler söylemekten korkmak.

Simdi Gecmişte

_____ **Utanılacak birşey yapmaktan korkmak*** . Örneğin gaz çıkarmak, geçirmek gibi.

_____ **Kötü şeyler yapmaktan korkmak.** Örneğin yola fırlamaktan, bir otobüsün önüne atlamaktan, aileden birinin veya bir arkadaşının canını acıtmaktan, sıcak bir şeye dokunmaktan veya cam kırmaktan korkmak gibi.

_____ **Hırsızlık yapmaktan korkmak.** Örneğin, bakkaldan birşey çalmak, kasiyeri dolandırmak, mağazalardan eşya çalmaktan korkmak.

_____ **Yangın, hırsızlık gibi kötü olaylardan kendisinin sorumlu tutulacağından korkmak.** Örneğin, evden çıkarken evi yeterince dikkatli kontrol etmemesi yüzünden yangına ya da soyguna neden olmak.

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

CİNSEL OBSESYONLAR

(Herkesin cinsellikle ilgili düşünceleri, duyguları vardır. Mesela televizyonda öpüşen insanları seyretmek, hoşlandığın biriyle ilgili hayal kurmak, çıplak insan resimlerine bakmak gibi. Seni rahatsız eden veya hoşlanmadığın böyle düşünceler var mı? Eğer evetse:)

_____ **Rahatsız edici ve kabul edilemez cinsel düşünceler, görüntüler ve dürtülerim vardır.** Örneğin yabancılar, ailesi ve arkadaşları hakkında.

_____ **Homoseksüellik ile ilgili ***

_____ **Başkalarına karşı cinsel davranışlar (saldırgan)***

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

_____ **Eşyalarını kaybetme korkusu.** Örneğin, ileride gerekebileceği düşüncesi ile önemsiz şeyleri atmamak, önemsiz ve işe yaramaz şeyleri alıp toplamaya iten dürtüler, incik boncuk ya da bir kağıt parçasını kaybetmekten korkmak.

BÜYÜSEL DÜŞÜNCELER/ BATIL İNANÇ OBSESYONLARI

_____ **Uğurlu veya uğursuz sayılar.** Örneğin şanslı veya şanssız sayıları vardır, 13 gibi herhangi bir sayıyla ilgili kaygılarının olması, bazı hareketleri belli bir sayı kadar yapmak veya bir hareketi sadece günün belli bir saatinde yapmaya başlamak gibi.

_____ **Diğer (Batıl inançlar)** Örneğin siyah ölümler, kırmızı kanla ve yaralanmayla eşleştirme, mezarlığın yanından geçme, merdivenin altından geçme veya ölümü hatırlatan diğer şeylerden korkmak gibi.

(tanımlayın) _____

Ek 5'in devamı

SOMATİK OBSESYONLAR

Şimdi Geçmişte

_____ **Hastalık veya rahatsızlıklardan aşırı kaygı duymak***. Örneğin kanser, kalp hastalığı veya AIDS olduğuna dair endişeler.

_____ **Vücudun bir parçası veya görünümü ile ilgili aşırı kaygı duymak*** (Dismorfofobi). Örneğin yüzün, kulağın, burnun, gözlerin veya vücudun bir bölgesinin çok çirkin olduğuna dair endişeler.

DİNİ OBSESYONLAR

_____ **Dini konulara karşı çıkmak veya günah işlemek ile ilgili aşırı kaygı duymak**. Örneğin Allah'a veya dini konulara saygısızlık içeren şeyler düşünmek veya sözler söylemek ve bunun için cezalandırılmak konusunda kaygı duymak. Allah'ın aptalın biri olduğunu düşünmek gibi.

_____ **Doğru/ yanlış kavramları ve ahlak kuralları ile aşırı uğraşmak**. Örneğin her zaman "doğru şeyi" yapmak konusunda kaygılar, yalan söylemiş olmak ya da başka birini kandırılmış olmak konusunda kaygı durmak.

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

DiĞER OBSESYONLAR

_____ **Bilme veya hatırlama ihtiyacı**
_____ **Belirli şeyleri söyleme korkusu**
_____ **Tam doğru şeyi söyleyememe korkusu**
_____ **İstenmeyen (şiddet içermeyen), zihni meşgul eden görüntüler**
_____ **Zihni meşgul eden, girici tarzda sesler, kelimeler, sayılar veya müzik**
duymak

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

Ek 5'in devamı

OBSESYONLAR İÇİN HEDEF BELİRTİ LİSTESİ

OBSESYONLAR (Şiddetine göre sıralayıp, tanımlayınız. Ör: 1. En şiddetli obsesyonu tanımlayın; 2. İkinci en şiddetli obsesyon...)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

KAÇINMA (Obsesyonlarla birlikte görülen kaçınma davranışlarını tanımlayın; Çocuğun, saymaya başlamasını önleyebilmek için eşyalarını kaldırmaktan kaçınması gibi.)

Ek 5'in devamı

OBSESYONLARLA İLGİLİ SORULAR (MADDE 6-10)

"Şimdi sana önüne geçemediğin/durduramadığın düşüncelerle ilgili sorular soracağım."

6. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇİRİLEN ZAMAN

Bu düşünceler ne kadar zamanını alıyor?

(Obsesif düşünceler gelip geçici ve kısa süreli ise, harcanan toplam süreyi saat olarak değerlendirmek imkansız olabilir. Bu durumda, oluş sıklığına göre harcanan süreyi tahmin ediniz. Girici tarzda düşüncelerin günde kaç kez olduğunu ve ne kadar zaman aldığını birlikte değerlendiriniz.)

Bu düşünceler hangi sıklıkta aklına geliyor? (Egoyla uyumlu, gerçeğe uygun (ancak abartılı) nitelikteki ruminasyon ve zihinsel meşguliyeti dışlayınız)

0- HİÇ

1- HAFİF Günde 1 saatten az veya seyrek olarak

2- ORTA Günde 1-3 saat arası veya sık sık kompulsif davranışlar

3- AĞIR Günde 3-8 saat arası veya çok sık kompulsif davranışlar

4- İLERİ DERECEDE Günde 8 saatten fazla veya kompulsif davranışın neredeyse sürekli yapılması (sayılamayacak kadar çok olması)

6B. OBSESYONSUZ GECEN SÜRE (Toplam puanlamaya katılmaz)

Obsesif düşünceler tarafından rahatsız edilmeden, bir gün içinde geçirdiğin en uzun süre ortalama olarak ne kadardır?

0- BELİRTİ YOK

1- UZUN Aralıksız 8 saatten fazla süren belirtisiz dönem

2- HAFİFÇE UZUN Orta derecede belirtisiz dönem, 3-8 saat süren aralıksız belirtisiz dönem

3- KISA Belirtisiz dönem, 1-3 saat süren aralıksız belirtisiz dönem

4- ÇOK KISA Günde bir saatten az süren belirtisiz dönem

Ek 5'in devamı

7. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Bu düşünceler okul yaşantını, arkadaşlarınla birlikte birşeyler yapmanı ne kadar engelliyor? Bunlardan dolayı yapamadığın herhangi birşey var mı? (Eğer şu anda okulda değilse, hastanın okulda olması durumunda performansını ne kadar etkilenebileceğini belirtiniz.)

- 0- HİÇ
- 1- HAFİF Sosyal ya da okul aktiviteleri hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok
- 2- ORTA Sosyal ya da okul aktiviteleri kesin olarak etkilenmekle birlikte hala başa çıkılabilir durumda.
- 3- AĞIR Sosyal ya da okul aktiviteleri belirgin düzeyde bozulmuş.
- 4- İLERİ DERECEDE Sosyal ya da okul aktivitelerini sürdüremeyecek durumda.

8. OBSESİF DÜŞÜNCELERE EŞLİK EDEN RAHATSIZLIK

Obsesif düşünceler seni ne kadar rahatsız ediyor ya da keyfini kaçırıyor? (Burada sadece obsesyonlardan kaynaklanan sıkıntı/engellenme duygusunu ele alın. Yaygın bunaltı ve başka belirtilerle ilgili bunaltıyı bu bölümde ele almayın.)

- 0- HİÇ
- 1- HAFİF Nadir ve hafif
- 2- ORTA Sık sık ve rahatsız edici, fakat baş edilebilir düzeyde
- 3- AĞIR Çok sık ve çok rahatsız edici
- 4- İLERİ DERECEDE Neredeyse sürekli ve baş edilemeyen düzeyde

Ek 5'in devamı

9. OBSESİF DÜŞÜNCELERE KARŞI DİRENME

Obsesif düşünceleri durdurmak/aklından çıkarmak için ne kadar çaba harcıyorsun?

[Sadece direnme çabalarını değerlendiriniz. Obsesyonları kontrol etme başarılarını ya da başarısızlıklarını dikkate almayınız. Hastanın obsesyonlarına karşı ne kadar direndiği onları kontrol etme yeteneği ile paralellik gösterebilir veya göstermeyebilir. Bu madde girici tarzda düşüncelerin şiddetinden çok çocuğun ne kadar sağlıklı olduğunu ölçer (hastanın obsesyonlarına karşı gösterdiği çabalar). Hastanın direnme çabaları arttıkça, işlevleri de o derece az etkilenecektir. Obsesyonlar çok azsa, hasta onlara direnme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda 0 puan verilmelidir.]

- 0- HİÇ Direnmek için her zaman çaba gösterir ya da belirtiler o kadar azdır ki aktif olarak direnmeye gerek duymaz.
- 1- HAFİF Çoğu zaman direnmeye çalışır.
- 2- ORTA Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3- AĞIR Kontrol etmeye çalışmadan tüm obsesyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan pek hoşnut değildir.
- 4- İLERİ DERECEDE Obsesyonlara tümüyle ve gönüllü olarak teslim olmuştur.

10. OBSESİF DÜŞÜNCELERİ KONTROL ETME DERECESESİ

Bu düşüncelere karşı koymaya çalışırsan onları yenebilir misin?

Onları ne kadar kontrol edebilirsin?

(Bir önceki maddede yer alan direnmenin aksine, hastanın obsesyonları kontrol etme yeteneği, hastalığın şiddetini daha iyi yansıtır.)

- 0- TAM KONTROL
- 1- YETERLİ KONTROL Genellikle çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 2- ORTA DERECEDE KONTROL bazen obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 3- ÇOK AZ KONTROL Nadiren obsesyonları durdurmakta veya aklından çıkarmakta başarılı oluyor. Dikkatini sadece zorlukla başka konulara yöneltebiliyor.
- 4- KONTROL YOK Kontrol edemiyor, tamamen isteği dışında oluyor. Bir an bile aklından çıkaramıyor.

Ek 5'in devamı

11. HASTANIN OBSESYONLARI VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA İÇGÖRÜSÜ

Düşüncelerinin veya davranışlarının mantıklı olduğunu düşünüyor musun? (Duraklayın)

Kompulsiyonlarını gerçekleştiremediğin takdirde ne olacağını düşünüyorsun?

Gerçekten birşeyler olacağına inanıyor musun? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inançlarına dayanarak hastanın obsesyonları hakkındaki içgörüsünü değerlendiriniz.)

- 0- MÜKEMMEL içgörü, tümüyle gerçeğe uygun.
- 1- İYİ bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığını ve aşırılığını kabul etmekle birlikte bunaltı dışında dikkate alınacak bir şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değil. (Uzun süren şüpheleri vardır.)
- 2- ORTA Orta derecede içgörü. İsteksizce de olsa, düşünce ve davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değişmeyen inançları yoktur.
- 3- ZAYIF içgörü. Düşünce ve davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığına inanmakla birlikte _____ kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat karşı kanıtların geçerliliğini de kabul etmektedir. (Aşırı değer kazanmış fikirler)
- 4- YOK İçgörüsü kaybolmuş, sanrısız düşünce içeriği. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.

12. KACINMA

Obsesyonel düşüncelerin nedeniyle veya kompulsif hareketleri yapacağım endişesi ile herhangi birşeyi yapmaktan, bir yere gitmekten veya herhangi biri ile birlikte olmaktan kaçındığın oluyor mu? (Yanıt evet ise şu soruyu sorunuz): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (Belirti listesinde nelerden kaçınıldığını not ediniz). Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu birşeye temastan "kaçınma" şeklinde olabilir. Örneğin, meyve ve sebzelerin mikroplardan arındırılmak üzere çok fazla yıkanması bir kaçınma davranışı değil, kompulsiyon olarak değerlendirilmelidir. Eğer hasta meyve veya sebze yemiyorsa, bu durum kaçınma olarak kabul edilmelidir.

- 0- HİÇ
- 1- HAFİF En alt düzeyde kaçınma
- 2- ORTA Açıkça görülen, saptanabilen düzeyde kaçınma
- 3- AĞIR Çok fazla ve belirgin düzeyde kaçınma
- 4- İLERİ DERECEDE Aşırı boyutlarda kaçınma, belirtileri başlatabilecek hemen herşeyi yapmaktan kaçınmaktadır.

17

Ek 5'in devamı

13. KARARSIZLIK DERECEŚİ

Diğer kişilerin bir seferde karar verdikleri küçük Şeyler hakkında karar verirken zorlanıyor musun? (Sabahları hangi kıyafetleri giyeceğin hakkında?) Tekrarlayıcı/girici tarzda düşünceyi gösteren karar verme güçlüklerini değerlendirmeyiniz. Rasyonel olarak karar vermenin güç olduğu karmaşık durumları da değerlendirmeyiniz.)

0- HİÇ

1- HAFİF Bazı küçük Şeyler hakkında karar verme güçlüğu.

2- ORTA Başkalarının ikinci bir kez düşünmeyecekleri Şeyler hakkında karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir.

3- AĞIR Önemli olmayan konularda bile sürekli yarar/zarar değerlendirmesi yapmaktadır.

4- İLERİ DERECEDE Karar verme yetisi kaybolmuş, iş göremez konumdadır / işlerini yürütememektedir.

14. AŞIRI SORUMLULUK HİSSİ

Davranışlarından ve onların sonuçlarından gereğinden fazla sorumluluk duyar mısınız? Kendi kontrolünde olmayan olaylardan dolayı kendini suçlar mısınız? (Normal sorumluluk duygusu, değerersizlik duygusu ve patolojik suçluluk duygusundan ayırt ediniz. Suçluluk duyan bir kişi kendini veya yaptıklarını kötü, Őeytani olarak değerlendirir.)

0- HİÇ

1- HAFİF Sadece sorulduğuunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı.

2- ORTA Hastanın kendiliğinden bahsettiği, açıkça görülen düşünceler, kendi kontrol edebileceği olaylar dışında kalanlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir.

3- AĞIR Bu tür düşünceler yaygın ve belirgindir. Kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendini sorumlu hissetmektedir. Kendini anlamsız ve gerçeğe uygun olmayan bir Şekilde suçlamaktadır.

4- İLERİ DERECEDE Sanrısız düzeyde sorumluluk (Kompülsiyonlarını gerçekleştiremediği için, binlerce kilometre ötede olan bir depremden kendini suçlamak gibi).

Ek 5'in devamı

15. HAREKETLERDE YAYGIN YAVAŞLAMA/DURAĞANLIĞIN GETİRDİĞİ RAHATSIZLIK

İşlerine/ödevlerine başlamakta veya bitirmekte zorluk çeker misin?

Birçok günlük faaliyet olması gerekenden uzun sürüyor mu?

(Depresyona bağlı ikincil psikomotor retardasyondan ayırt ediniz. Özel bir obsesyon saptanmasa bile, olağan işlerin gerçekleştirilmesi için harcanan zaman artışını değerlendiriniz.)

0- HİÇ

1- HAFİF Faaliyetlere başlarken veya bitirirken zaman zaman gecikme

2- ORTA Sıklıkla olağan aktivitelerin uzun sürmesi, ancak tamamlanması. Sıklıkla geç olması.

3- AĞIR Olağan aktivitelere başlanmasında ve bitirilmesinde belirgin ve yaygın zorlanma, genellikle geç olması.

4- İLERİ DERECEDE İşlemin tümünde yardım görmeden, olağan işlemlere başlayamama veya bitirememe.

16. PATOLOJİK KUŞKU

Bir işi tamamladığın zaman onu doğru yaptığınızdan şüpheleniyor musun?

O işi tam olarak yaptığına ilişkin şüphen var mı ?

Olağan işleri yaparken algılarına (Gördüklerine, duyduklarına, dokunma duyuna) güvenmediğin oluyor mu ?

0- HİÇ

1- HAFİF Sadece sorulduğu zaman bahsedilen hafif patolojik kuşku. Verilen örnekler normal sınırlar içinde olabilir.

2- ORTA Hasta bu düşünceleri kendisi belirtir, bazı davranışlarında açık olarak vardır. Hasta, belirgin patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte başedilebilir boyutlardadır.

3- AĞIR Algıları veya belleği hakkındaki kuşkuları belirgindir, patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir.

4- İLERİ DERECEDE Algıları hakkındaki kuşkuları sürekli ve sürekli. Patolojik kuşkuları hemen her tür faaliyetini etkilemektedir. İş göremez durumdadır. (Hasta "Gözümün gördüğüne beynim/aklım inanmıyor" demektir)

Ek 5'in devamı

17. GLOBAL CİDDİYET

Hastanın hastalığının ciddiyeti hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0'dan (hastalığın olmaması durumunda), 6'ya (en ciddi hastalık durumu) kadar değerlendirilir.

(Hasta tarafından bildirilen rahatsızlık duyumunu, gözlenen belirtileri ve hastanın belirttiği işlevsel açıdan bozulmayı dikkate alınız. Sizin kanınız hem bu bilgilerin ortalama puanlaması, hem de edinilen bilgilerin doğruluğunun ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi için gereklidir. Bu kaniya, görüşmeyi yaparken edindiğiniz bilgilerin ışığı altında varmalısınız.)

0- HASTALIK YOK

1- ÇOK AZ Şüpheli, gelip geçici tarzda hastalık, işlevsellikte bozulma yok.

2- HAFİF İşlevsellikte bozulma az.

3- ORTA Çabayla işlevsel olabiliyor.

4- ORTA-CİDDİ İşlevsellik kısıtlanmış.

5- CİDDİ Büyük oranda yardımla işlevsel olabiliyor.

6- İLERİ DÜZEYDE CİDDİ Tamamen iş göremez durumda.

18. GLOBAL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun veya olmasın, İLK DEĞERLENDİRMENİN YAPILDIĞI GÜNDEN BUGÜNE kadar meydana gelen iyileşmeyi derecelendiriniz.

0- Çok daha kötü.

1- Daha kötü.

2- Biraz daha kötü.

3- Değişiklik yok.

4- Bir miktar iyileşme var.

5- Daha iyi.

6- Çok daha iyi.

19. GÜVENİRLİK: Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini değerlendiriniz. Güvenirliği etkileyen faktörler arasında hastanın koperasyonu ve doğal iletişim kurma yeteneği bulunur. Obsesif kompulsif belirtilerin tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncelerini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşmasını etkileyebilir. (Bazı obsesyonlar, hastanın kullandığı kelimeleri çok dikkatli seçmesine neden olabilir.)

0- MÜKEMMEL Edinilen bilgilerden şüphelenmek için hiçbir neden yok.

1- İYİ Güvenirliği olumsuz yönde etkileyebilecek faktör (ler) var.

2- ORTA Güvenirliği kesin olarak azaltan faktörler var.

3- ZAYIF Güvenirlik çok az.

Ek 5'in devamı

COCUKLAR İCİN YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (3/1/90)

CY-BOCS TOPLAM PUANI (madde 1-10 toplam)

Hastanın adı, soyadı:
Protokol no:

Tarih:
Klinisyen:

	Yok	Hafif	Orta	Ağır	İleri
1. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0	1	2	3	4
1b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz.)	Semptom yok 0	Hafif Uzun uzun 1 2		Kısa 3	Çok kısa 4
2. KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4
3. KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4
4. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0 1		Orta 2	Az 3	Tam teslimiyet 4
5. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4
KOMPULSİYON ALTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) <input type="text"/>					
	Mükemmel				Yok
	Yok	Hafif	Orta	Ağır	İleri
6. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0	1	2	3	4
6b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz.)	Semptom yok 0	Hafif Uzun uzun 1 2		Kısa 3	Çok kısa 4
7. OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4
8. OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4
9. OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0 1		Orta 2	Az 3	Tam teslimiyet 4
10. OBSESYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4
OBSESYON ALTOPLAMI (Madde 1-5 toplamı) <input type="text"/>					
11. OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	0	1	2	3	4
12. KAÇINMA	0	1	2	3	4
13. KARARSIZLIK	0	1	2	3	4
14. PATOLOJİK SORUMLULUK	0	1	2	3	4
15. YAVAŞLAMA	0	1	2	3	4
16. PATOLOJİK KUŞKU	0	1	2	3	4
17. GENEL AĞIRLIK	0	1	2	3	4
18. GENEL DÜZELME	0	1	2	3	4
19. GÜVENİRLİK	MÜKEMMEL: 0		IYI: 1	ORTA: 2	ZAYIF: 3

www.bilisseldavranisci.org

Ek 6. Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL-90 R)

SCL-90-R
(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek: 1. (2) Baş ağrısı
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

Ek 6'nın devamı

39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. () Hiç bir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

Ek 7. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Basa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği COPE

Adınız:

Yasınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah'a tevekkül eder, O'na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Ek 7'nin devamı

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Ek 7'nin devamı

- 31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 33.Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 36.Sorunla ilgili saka yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

Ek 7'nin devamı

- 47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 59.Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

Çok teşekkürler

Ek 8. Hasta/Deneğin ve Ebeveyninin Aydınlatılmış Onamı

Ben, Dr. Gülşah BAKİ tarafından yapılan “Obsesif kompulsif bozukluklu olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde başa çıkma tutumları ile ilişkili durumlar” çalışması konusunda bilgilendirildim. Bana çalışmanın amacının OKB ‘li bireylerde ebeveyn başa çıkma tutumları ile OKB şiddeti ve ek hastalıklara etkisinin değerlendirilmesi olduğunu anlattı. Bana/çocuğuma ve tüm diğer katılımcılara uygulanacak olan ölçeklerle hastalığımın değerlendirileceğini öğrendim. Bana/çocuğuma ilgili klinik görüşmenin, ilgili ölçeklerin Dr. Gülşah BAKİ tarafından uygulanacağı anlatıldı. Araştırmaya katılmayı kabul etmezsek takip ve tedavi ile ilgili herhangi bir kısıtlamaya uğramayacağımız belirtildi. Araştırmanın herhangi bir döneminde doktora haber vererek araştırmadan çekilme hakkımız olduğu söylendi. Araştırma sonuçlarının, eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyete saygı gösterileceği belirtildi. Gönüllü olarak katılmaya karar verdiğimiz araştırmanın bize herhangi bir maddi yükünün olmayacağı anlatıldı. Maliyetinin fakülte tarafından karşılanacağı belirtildi.

Ben, _____, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinde yürütülmekte olan “Obsesif kompulsif bozukluklu olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde başa çıkma tutumları ile ilişkili durumlar” adlı çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tanık/Vekil:

Adı soyadı:

İmzası:

Hasta/Katılımcı:

Adı soyadı:

İmzası:

Ebeveyninin:

Adı soyadı:

İmzası:

Aydınlatan Hekim:

Dr. Gülşah BAKİ

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.D

04623775386

Ek 9. Kontrol Grubu ve Ebeveyninin Aydınlatılmış Onamo

Ben, Dr. Gülşah BAKİ tarafından yapılan ‘‘ Obsesif kompulsif bozuklukluğu olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde başa çıkma tutumları ile ilişkili durumlar ‘’ adlı OKB ‘li bireylerde ebeveyn başa çıkma tutumları ile OKB şiddeti ve ek hastalıklara etkisinin değerlendirilip normal kontrollerle karşılaştırılacağı bir çalışmaya davet edildim. Başa çıkma tutumları , anksiyete, depresyon konularında bilgilendirildim. Bana çalışmanın amacının OKB’ li bireylerde ebeveyn başa çıkma tutumları ile OKB şiddeti ve ek hastalıklara etkisinin değerlendirilmesi olduğunu anlattı. Bana/çocuğuma ve tüm diğer katılımcılara klinik görüşme ölçekleri uygulanacağı anlatıldı. Araştırmanın herhangi bir döneminde doktora haber vererek araştırmadan çekilme hakkımız olduğu söylendi. Araştırma sonuçlarının, eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyete saygı gösterileceğı belirtildi. Gönüllü olarak katılmaya karar verdiğimiz araştırmanın bize herhangi bir maddi yükünün olmayacağı anlatıldı.

Ben, , Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinde yürütölmekte olan ‘‘Obsesif kompulsif bozuklukluğu olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde başa çıkma tutumları ile ilişkili durumlar’’ adlı çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tanık/Vekil:

Adı soyadı:

İmzası:

Hasta/Katılımcı:

Adı soyadı:

İmzası:

Ebeveyninin :

Adı soyadı:

İmzası:

Aydınlatan Hekim:

Dr. Gülşah BAKİ

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.D

04623775386

Ek 10. Etik Kurul Onayı



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

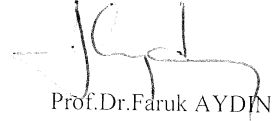
Sayı : 24237653-7
Konu: Etik Kurul onay belgesi

28/12/2016

Sayın; Prof.Dr.Sema TANRIÖVER KANDİL
Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD.

“Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Başa Çıkma Tutumları ile İlişkili Durumlar” başlıklı etik kurul 2016/182 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

Ek 10'un devamı

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Başa Çıkma Tutumları ile İlişkili Durumlar”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2016 / 182		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Sema TANRIÖVER KANDİL		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, ÜNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Gülşah BAKİ		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

Ek 10'un devamı

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1	Tarih: 26/12/2016
	Prof.Dr.Sema TANRIÖVER KANDİL'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dr.Gülşah BAKI'ye ait "Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Başa Çıkma Tutumları ile İlişkili Durumlar" başlıklı 2016/182 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Y.Doç.Dr.Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma