

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

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK-
ERGENLERDE ÖFKE DÜZEYİ VE DEPRESYON İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. CANAN İNCE

TRABZON-2016

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

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK-
ERGENLERDE ÖFKE DÜZEYİ VE DEPRESYON İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. CANAN İNCE

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. SEMA TANRIÖVER KANDİL

TRABZON-2016

İÇİNDEKİLER**Sayfa No****Önsöz****Kısaltmalar****Tablolar dizini**

1.Giriş ve Amaç.....	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	3
2.1.1 OKB Tanımı	3
2.1.2 OKB Tarihçesi.....	4
2.1.3 OKB’de Tanı	5
2.1.4 OKB Epidemiyolojisi	8
2.1.5 OKB Etyopatogenezi.....	9
2.1.6 OKB’de Klinik Özellikler	21
2.1.7 OKB’de Komorbid Hastalıklar.....	24
2.1.8 OKB’de Seyir	29
2.1.9 OKB’de Tedavi	30
2.2 Öfke	31
3. Yöntem ve Gereçler	34
3.1 Örneklem ve yöntem	34
3.1.1 Araştırmanın Tipi ve Evreni	34
3.1.2 Araştırmanın örneklem büyüklüğü ve yöntemi	34
3.2 Veri Toplama Araçları.....	34
3.2.1 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	35
3.2.2 Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	35
3.2.3 Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği.....	35
3.2.4 Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği.....	36
3.2.5 Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği.....	36
3.2.6 Sürekli Öfke Ölçeği Tarzı Ölçeği	37
3.3. İstatiksel Analiz	37
3.4 Etik	38

4. Bulgular

4.1. Tanımlayıcı bulgular.....	39
4.1.1. Örneklemin Kendisine Ait Tanımlayıcı Bulgular	39
4.1.2. Örneklemin Anne-Baba ve Diğer Aile Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	41
4.1.3. Örneklemin Gelişimsel Özellikleri ile İlgili Bulgular	43
4.1.4. Hasta Grubunun Ekonomik Değişkenler ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları.....	45
4.1.5. OKB'si Bulunan Gruba Yönelik Tanımlayıcı Bulgular	45
4.2. Uygulanan Test ve Ölçeklere İlişkin Bulgular	48
4.2.1. Zeka Testi Sonuçlarına İlişkin Bulgular	48
4.2.2. Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular	48
4.2.3. Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular	51
4.2.4. Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği ve Depresyon Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular	51
4.2.5. OKB'si Bulunan Grupta Depresyon ve Anksiyete Komorbiditelerinin Sosyodemografik Veriler ile İlişkili Bulguları	53
4.2.6. Sürekli Öfke Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular	54
4.2.7. Hasta Grubunun Ölçek Sonuçlarının Yaş Gruplarına İlişkin Bulguları	63
4.2.8. Hasta ve Kontrol Gruplarının Ölçek Sonuçlarının Cinsiyetlere İlişkin Bulguları.....	65
4.2.9. Hasta Grubunun Ölçek Sonuçlarının Anne ve Baba Eğitim Durumuna İlişkin Bulguları.....	67
4.2.10. Hasta Grubunun Ölçek Sonuçlarının Okul Öncesi Eğitim Durumuna İlişkin Bulguları.....	67
4.2.11. Hasta Grubunun Ölçek Sonuçlarının Ailedeki Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Durumuna İlişkin Bulguları	68
5. Tartışma	69
6. Sonuç ve Öneriler	84

7. Özet	90
8. Summary	92
9. Kaynaklar.....	94
Ekler.....	114
Onay.....	144



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. Obsesyon ve kompulsiyonların yanında küçük provakasyonlarla tetiklenen öfke patlamaları da kliniğe eşlik edebilmektedir. OKB ritüellerindeki kesinti, OKB ile ilgili taleplerin reddi ile ilişkili olabilen öfke patlamaları OKB semptomlarının yanında OKB'ye komorbid bozukluklar ile de ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle OKB hastalarındaki öfke şikayeti hastalığın ve komorbid durumların tanınmasında önem taşımaktadır.

Tıp ve Uzmanlık hayatım boyunca bilimsel bakış açısı, akademik duruşuyla daima örnek olarak gördüğüm, bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren ve tez çalışmamın gerçekleştirilmesinde gerekli imkanları sağlayan, planlanması ve yazımında değerli bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, tüm yardım ve emekleri için anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Sema KANDİL'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca her alanda yardımını esirgemeyen, yetişmemde büyük emeği olan Yrd. Doç. Dr. Mutlu KARAKUŞ'a,

Rotasyon eğitimim boyunca akademik bilgi ve tecrübelerini aktararak bilimsel gelişimime katkısı olan sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz Civil ARSLAN ve erişkin ruh sağlığı ve hastalıklarında birlikte çalıştığım diğer hocalarıma, Prof. Dr. Ali CANSU ve Yrd. Doç. Dr. Tülay KAMAŞAK'a,

Bana her aşamada destek ve yardımcı olan başta Uzm. Dr. Serkan KARADENİZ olmak üzere değerli meslektaşlarım Uzm. Dr. Samiye Çilem BİLGİNER, Araş. Gör. Dr. Sümeyra KARAGÖZ, Araş. Gör. Dr. Gülşah BAKİ, Araş. Gör. Dr. Damla BULUT'a,

Tezimin istatistik aşamasında yardımlarını esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan arkadaşım Araş. Gör. Dr. Serdar KARAKULLUKÇU'ya,

Ayrıca bu uzun yolda ihtiyaç duyduğum her an yanımda olan bölüm sekreterlerimiz Sefa AKSU ve Ülker YAZICI'ya ve eğitimimin önemli bir parçası olan tüm hastalarım ve ailelerine,

Gösterdikleri tüm sabır, özveri ve emekleri için varlıkları bana destek sağlayan, yaşamın bana sunduğu en güzel armağanlar olan sevgili aileme, anne, babama ve yol arkadaşlarım Araş. Gör. Dr. Nurcan İNCE, Araş. Gör. İmran İNCE ve Oğuz İNCE'ye

Teşekkür ederim.



Dr. Canan İNCE

Trabzon-2016

KISALTMALAR

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

DSM-IV-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı.

ICD10: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması'ın gözden geçirilmiş 10'uncu versiyonu

DSM-III: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Baskı.

FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Birliği

TS: Tourette Sendromu

TB: Tik Bozukluğu

PANDAS: Pediyatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluklar

BT: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

SPECT: Tek Foton Yayılımlı Bilgisayarlı Tomografi

PET: Pozitron Yayılımlı Tomografi

EKG: Elektrokardiyografi

EEG: Kantitatif Elektroensefalogram

DA: Dopamin

NA: Noradrenalin

MAOI: Monoaminoksidaz inhibitörleri

KSTK: Kortiko- Striato- Talamo- Kortikal

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

KOKB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

DB: Davranım Bozukluğu

CDI: Çocuklar İçin Depresyon Envanteri

ÇATÖ: Çocuklar için anksiyete bozuklukları tarama ölçeği

C-YBOCS: Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği

SÖÖTÖ: Sürekli Öfke Öfke Tarzı Ölçeği

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

SF: Sosyal Fobi

AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

ÖF: Özgül Fobi

OR: Okul Reddi

PTSB: Post Travmatik Stres Bozukluğu



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun yaşlarının dağılımı

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun cinsiyete ve eğitim durumlarına göre dağılımı

Tablo 3. Hasta grubunun anne-baba ve aile ile ilişkili değişkenlerin dağılımı

Tablo 4. Hasta grubunun doğum, hastalık, travma , ameliyat, patolojik davranış öykülerinin dağılımı

Tablo 5. Hasta grubunun gelişim basamaklarının dağılımı

Tablo 6. Hasta grubunun obsesyon ve kompulsiyon tiplerine göre dağılımı

Tablo 7. Hasta grubunun klinikteki baskın obsesyon ve kompulsiyon tiplerine göre dağılımı

Tablo 8. Hasta grubunda Ç-YBOCS puanlarının dağılımları

Tablo 9A. Hasta grubunun Ç-YBOCS'a göre klinik özelliklerin şiddetlerinin dağılımı

Tablo 9B. Hasta grubunun Ç-YBOCS'a göre klinik özelliklerin dağılımı

Tablo 10. Hasta grubunun Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 11. Hasta ve kontrol grubunun anksiyete ve depresyon ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı

Tablo12. Örneklemnin ÇATÖ ve CDI ölçek puanlarının dağılımları

Tablo 13. Hasta grubunda depresyon ve anksiyete komorbiditelerinin sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması

Tablo14. Hasta ve kontrol grubunun Sürekli Öfke Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 15. Hasta grubunda depresyonu olan ve olmayan ve anksiyetesi olan ve olmayan gruplar arasında öfke düzeyleri ve öfke ifade etme tarzlarının dağılımı

Tablo 16. Hasta ve kontrol gruplarında sadece anksiyetesi olanlar ile anksiyete ve depresyonu olanların sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

Tablo 17. Hasta ve kontrol gruplarında sadece anksiyetesi olanlar ve anksiyete ve depresyonu olmayanların sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

Tablo 18. Hasta ve kontrol gruplarında depresyon ve anksiyete ölçekleri ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının korelasyonu

Tablo 19. Hasta ve kontrol grubunda depresyonu ve aksiyetesi olanların sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

Tablo 20. Hasta grubunda Ç-YBOCS'a göre OKB şiddeti ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puanlarının korelasyonu

Tablo 21. Hasta grubunda Maudsley ölçeğine göre OKB şiddeti ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puanlarının korelasyonu

Tablo 22. Hasta grubunda Ç-YBOCS OKB şiddeti ile depresyon ve anksiyete puanlarının korelasyonu

Tablo 23. Ç-YBOCS'a göre OKB şiddeti ve depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

Tablo 24. ÇYBOCS'a göre OKB şiddeti ve anksiyete, öfke içe puanlarının post hoc analizi

Tablo 25. Hasta grubunda Maudsley puanları ile anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının korelasyonları

Tablo 26. Hasta grubundan obsesyon ve kompulsiyon sayıları ile depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

Tablo 27. Hasta grubunda baskın obsesyon ve kompulsiyon tipleri arasında depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

Tablo 28. Hasta grubunda baskın kompulsiyon tipine göre anksiyete, öfke dışı ve sürekli öfke puanlarının post hoc analizi

Tablo 29. Hasta ve kontrol gruplarında yaş gruplarına göre ölçek puanlarının dağılımı

Tablo 30. Hasta grubunda yaş grupları arasında obsesyon ve kompulsiyon sayılarının dağılımı

Tablo 31. Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyetlere göre ölçek puanlarının dağılımı

Tablo 32. Hasta grubunda cinsiyetler arası obsesyon ve kompulsiyon sayıları ve baskın obsesyon ve kompulsiyonların dağılımı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), DSM-V’de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health, Text Revision) sınıflandırmasında “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar ”, ICD-10 (International Classification of Disease, Hastalıkların Uluslararası Tanı Sınıflandırması) tanı sınıflandırmasında, “Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar” başlıkları altında sınıflandırılan, özgül bir tanı grubudur. 18 yaşından önce başlayabilen, obsesyon ve/veya kompulsiyonlarla karakterize, kronik, epizodik seyirli bir ruhsal bozukluk olan OKB, yarattığı anksiyete ve sebep olduğu zaman kaybı nedeniyle çocuk ve ergenlerin hemen her alanda işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Obsesyonlar, belirgin kaygı ve zorlanmaya neden olan tekrarlayıcı, düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tariflenirken kompulsiyonlar ise obsesyonlara yanıt olarak gelişen, anksiyeteyi azaltmayı veya önlemeyi amaçlayan, tekrarlanan ve kişinin kendini yapmaktan alıkoyamadığı davranışlar veya zihinsel süreçler olarak tariflenmektedir.

Erişkin olgularla klinik özellikleri, başlangıç yaşı, prognozu, eştanılarına ilişkin çok sayıda araştırma yapılmasıyla birlikte, yüksek oranlarda ailesel geçiş gösterdiği anlaşılmış, erişkin olguların 1/2 -1/3’ünde bozukluğun çocukluk ve ergenlik döneminde başladığı belirlenmiştir. Bu bulgularla, çocukluk ve ergenlik dönemi araştırmacıların dikkatini çekmeye başlamış ve çalışmalar ivme kazanmıştır (1). Çocuk ve ergen OKB hastaları ile yapılan son çalışmalarda bozukluğun çocuk ve ergenlerde erişkin grubuna benzer şekilde, %1-3 oranında görüldüğü bildirilmektedir (2). OKB’nin kliniği ise çocuk ve ergenlerde heterojenite göstermekte olup obsesyon ve kompulsiyonların yanında küçük provakasyonlarla tetiklenen öfke patlamaları da kliniğe eşlik edebilmektedir. OKB ritüellerindeki kesinti, OKB ile ilgili taleplerin reddi ile ilişkili olabilen öfke patlamaları OKB semptomlarının yanında OKB’ye komorbid bozukluklar ile de ilişkilendirilmiştir (3). Çalışmalar, OKB’si olan çocukların %85’inin anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, davranım bozuklukları gibi bir ruhsal bozukluğun DSM-IV-TR tanı ölçütlerini karşıladığını, %50’sine yakın bir oranında ise birden fazla komorbid ruhsal bozukluk olduğunu, çocukların sadece %26’sında tek başına OKB bulunduğu bildirilmiştir (4-6).

OKB’ye komorbid yıkıcı davranımlar %9 ile %57 arasında değişen oranlarda rapor edilmekte olup bunun yanında çocuk ve ergende OKB’ye sıklıkla eşlik edebilen depresif

bozukluk kliniğinde de dürtüsellik artışı, öfke patlamaları ve davranış problemleri görülebilmektedir. OKB'si olan çocuk ve ergenlerde öfke patlamalarının depresif semptomlarla ilişkili olabileceği, iritabilitenin depresyonu yordayabileceği söylenmektedir (7-9).

Bu çalışmanın amacı OKB 'si olan çocuk ve ergenlerde öfke düzeylerini, OKB semptom şiddeti ve depresyon ilişkisini incelemektir. Öfke düzeyleri ve depresif bozukluk arasındaki ilişki incelenerek OKB'nin çocuk ve ergenlerdeki kliniğine, komorbid depresif bulguların tespitine ve bu hastaların takip ve tedavi planlarına katkı sağlamaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) Tanımı

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) bireylerin sosyal, mesleki işlevselliği ve toplumsal etkinlikleri üzerinde önemli ölçüde bozulmaya neden olan, obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize, kronik ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon kişinin yok saymaya, bastırmaya ya da başka düşünce veya hareketle nötralize etmeye çalıştığı, benliği rahatsız eden (ego-distonik), yineleyici ve ısrarlı her türlü düşünce, dürtü ve imgelerdir. Kompulsiyon ise, çoğu kez obsesif düşünceleri zihinden uzaklaştırmak için veya bu düşüncelerin verdiği sıkıntıyı azaltmak için yapılan ve irade dışı yineleyen hareketlerdir (10-11). Yaşam kalitesi ise bireyin kendi durumunu, kendi kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmış olup Dünya Sağlık örgütü tarafından tanımlanan yaşam kalitesi kavramı içinde, fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar yer almaktadır (12). Kronikleşme olasılığının yüksek olması, epizodik bir gidiş göstermesi ve yarattığı işlev bozukluğu ile yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle OKB, işlev kaybına neden olan tıbbi bozukluklar içinde ilk onda yer almaktadır (13). Yine, Dünya Sağlık Örgütü, OKB'nin 15-44 yaş arasındaki kadınlarda işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal bozukluklar arasında beşinci sırada olduğunu bildirmiştir. OKB'de en fazla, ruh sağlığı ve bağımsızlık düzeyi alanlarında bozulmalar tanımlanmıştır (14-15). Ruhsal alandaki yaşam kalitesi; olumlu-olumsuz duygular, bilişsel yetiler, benlik saygısı ve beden imgesini içermekte olup bağımsızlık düzeyi alanı ise bireyin ev işlerini, mesleki sorumluluklarını, sosyal etkinliklerini, bir başkasının yardımı olmadan yürütebilme becerisini ve bireyin yaşamına devam etmesi için tıbbi tedaviye ne sıklıkta ihtiyaç duyabileceğini yansıtmaktadır (16).

2.1.2. OKB Tarihçesi

Obsesyon sözcüğü, Lâtincede kuşatma anlamına gelen ‘obsidere’ sözcüğünden köken almaktadır. Kompulsiyon ise yine Lâtincede ‘compellere’ sözcüğünden köken almaktadır. Anlamı ise ‘zorlama, mecbur etme’ demektir (17). Kutsal kitaplarda, İsrail kralı Saul’ün şeytanın aklına soktuğu zararlı düşünceleri olduğu yazılırken Avrupa’da, 1467’de Alman Katolik kilisesi engizisyon mahkemesi üyesi Heinrich Kramer yazmış olduğu, Türkçeye ‘Cadı Çekici’ olarak çevrilen, ‘Malleus Maleficarum’ isimli kitabında, cadı avı tekniklerini anlatırken, obsesyon ve kompulsiyonları, şeytanın insanı tümüyle ele geçirmesi olarak tasvir etmiştir (18). OKB’nin paramedikal alanlarda konu edilmesi aslında oldukça eskiye dayanmaktadır. 17. yüzyılda, ünlü şair ve yazar Shakespeare’in yazdığı Macbeth’de, Baron Macbeth ve hırslı bir kadın olan Lady Macbeth, beraber plan yaparlar ve Baron Macbeth, İskoç kralı öldürür. Lady Macbeth, gün geçtikçe kocasıyla birlikte işlediği suçun vicdan azabıyla baş edemez ve her gece uyurgezer halde, ellerinden hayali kan izlerini çıkarmaya çalışır. Ellerini defalarca yıkar, ama kan izlerini bir türlü temizleyemez (19).

Ruh sağlığı ve hastalıkları literatüründe ise ilk kez 1838’de, Esquirol, Matmazel F adlı olgusu için, ‘kısmi delilik’, ‘dürtü monomanisi’ tanımını kullanarak OKB ile ilgili yeni bir ufuk açmıştır. Esquirol, dürtü monomanisini istemsiz, önlenemez aktivite olarak tanımlamıştır. 1883 yılında, bu kez Richard Burton, ‘Melankolinin Anatomisi’ adlı eserinde; korkuları nedeniyle, köprü, havuz kenarlarına yaklaşamayan, sessiz bir topluluk içinde kaldığında, uygunsuz şeyler söyleme korkusu olan bir vaka tanımlamıştır (20). Obsesyon terimi, ilk kez 1866 yılında, Morel tarafından kullanılmıştır. Bu bozukluğu, duyguların hastalanması olarak nitelendirmiştir (18). 1878 yılında, obsesyonları, depresif belirtilerden ayıran; obsesyonlar, tikler ve epilepsinin arasındaki bağlantıdan ilk kez söz eden hekim, nörolog Carl Westpahl’dır (21). Westpahl, ayrıca bu bozukluğun, benliğe yabancı olmayan bir düşünce bozukluğu olduğunu düşünmüştür. 1903 yılına gelindiğinde, Pierre Janet fobileri, obsesyon ve kompulsiyonları ‘psikastenî’ başlığı içinde değerlendirmiş ve kuşku hastalığı adını verdiği bu klinik tablo daha sonraları ‘anankastik nevroz, obsesif kompulsif reaksiyon, obsesif kompulsif nevroz’ olarak adlandırılmıştır (22). Janet, yine aynı yıl içinde, ilk çocuk OKB vakasını bildirmiştir. Freud, analitik açıdan yaklaşarak, obsesyonların agresif veya cinsel dürtülerden kaynaklandığını ileri sürerken,

Anna Freud ise bu dürtülerin, aşırı kaygıya ve strese neden olduğunu, egonun bazı savunma mekanizmaları ile bu anksiyetenin giderilmeye çalışıldığını ileri sürmüştür (23). OKB, yapılandırılmış sınıflandırmalara, 1980 yılında yayınlanan DSM-III ile dahil edilmiştir (24). 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 (25). DSM-IV ile beraber OKB terimi kullanıma girmiş ve OKB “anksiyete bozuklukları” alt grubu içerisinde değerlendirilmiştir (26). 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 (27). ICD-10’da ise OKB anksiyete bozuklukları içinde yer almamış, “Nevrotik, stresle ilişkili somatoform bozukluklar” içinde yer almıştır (28). 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 (29). DSM-V de “ Obsesif Kompulsif Bozukluk” DSM-4-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. OKB de Tanı

Ülkemizde, çocuk ve ergen olgularda, DSM-V’deki OKB tanı ölçütlerine göre değerlendirme yapıp, tanı konulmaktadır.

DSM-V’de OKB ölçütleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

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. Bu

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

2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirmeye (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerde 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 (örneğin el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örneğin dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

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

Not: Küçük çocuklar bu davranışların ya da zihinsel eylemlerin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

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

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle 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 aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide 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 hastalığı olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü

denetimi ve davranış 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 sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

OKB, ICD-10'da, F-42 kodu ile yer almıştır. ICD-10'a göre, OKB'li bir bireyde obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin de olması gerektiği belirtilir. Ayrıca bu belirtiler, en az iki haftadan beri ve günlerin çoğunda var olmalıdır. ICD-10'a göre obsesyonele belirtiler;

A. Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.

B. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.

C. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur).

D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

Yapılan çalışmalarda OKB'li çocuklarda görülen obsesyonların, OKB'li erişkinlerde görülen obsesyonlara benzer olarak, "kirlenme/bulaşma, kendisine veya başkalarına zarar verme korkusu ve aşırı ahlaki/dini değerlendirmeler" üzerine odaklandığı görülmektedir. Araştırmacılara göre en sık rastlanan kompulsiyonlar ise yıkama, kontrol etme, sayma (nesnelere, sözcükleri, sayıları vs.), düzenleme, sıraya dizme, dokunma, tekrar okuma/yazma ve zihinsel ritüeller (dua etme, tekrarlama, sayma vs.) olarak sıralanmaktadır (30). Çalışmalar erişkinler kadar çocukların da OKB belirtileri nedeni ile sosyal ve akademik alanlarda sıkıntı yaşadığı, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde görülen OKB'nin, çocuğun akademik başarısını, sosyal işlevselliğini ve aile ilişkilerini olumsuz etkileyen, şiddetli bir bozukluk olduğunu belirtmektedirler (31). Lomax ve arkadaşlarının erken yaşlarda OKB tanısı konan olgularla (12 yaş ve altı) daha geç yaşta (16 yaş ve üzeri) OKB tanısı konan olgulardaki klinik farklılıkları ve bilişsel davranışçı terapi uygulaması sonrasında verdikleri yanıtları araştırdıkları çalışmalarında, OKB olgularının hastalık süreleri ile obsesyonele belirtilerinin şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptamış olup kişinin yaşadığı sıkıntının süresinin uzunluğunun katkısına vurgu yapmışlardır (32).

DSM V'te OKB'de içgörü

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

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

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

şeklinde ele alınmıştır.

Bazı çocuklar, zorlayıcı düşüncelerini veya duyguların kaygıyla değil; tikslenme, rahatsızlık ya da “bir şeyler tam değil” gibi belirsiz duygularla ilişkilendirerek tanımlamaktadırlar (30). Grados ve Riddle, çocukların obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı ve anlamsız olduğunun farkında olmamalarının, çocuklarda yüksek derecede içgörü, ritüelleri ortadan kaldırmaya yönelik güçlü istek ve varolan belirtileri izleyip bildirmeye ilişkin yeteneğin olmamasından kaynaklandığını vurgulanmaktadır (33).

2.1.4 OKB Epidemiyolojisi

1980’li yılların ortalarına kadar OKB nadir görülen bir ruhsal bozukluk olarak bilinirken, 1984 yılında yapılan Epidemiyolojik Alan Yakalama Çalışması’nda (ECA) toplumda fobiler, madde kullanımı, majör depresif bozukluktan sonra dördüncü sıklıkta bulunmuştur. Bu çalışmaya göre OKB ‘nin, altı aylık nokta prevalansı %1,6 ve yaşam boyu prevalansı %2,5 bulunmuştur (34). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar farklı kültür ve toplumlarda OKB’nin yaşam boyu prevalansının %2-3 civarında olduğunu göstermektedir (35). Son yıllara kadar OKB’nin çocuk ve ergenlerde nadir görüldüğüne inanılırken son dönemde yapılan çalışmalar bu bozukluğun sanıldığı kadar seyrek olmadığını göstermektedir (36). Son çalışmalarda çocuk ve ergenlerde erişkin grubuna benzer şekilde, %1-3 oranında görüldüğü bildirilmektedir (37). Bir meta-analiz çalışmasında çocuklukta OKB tanısı alanların %41’inin erişkinlikte de OKB tanısı aldığı görülmüştür (1)

2.1.5 OKB'nin Etyopatogenezi

Genetik çalışmalar

OKB'si olan bireylerde yapılan genetik çalışmalar, etiolojide ve belirtilerin ortaya çıkışında, hem genetik hem de çevresel ve kültürel etmenlerin rol oynadığını göstermektedir. Aile ve ikiz çalışmalarının yanında; farmakolojik ve fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları da, OKB'nin biyolojik kökenini ortaya koymuştur (38). İkiz çalışmaları, özellikle etyolojisi net olmayan, heterojen bozuklukların, genetik açıdan araştırılması için çok önemli bilgiler sağlamaktadır. Hudziak ve arkadaşları, çapraz kültür örnekleme olan 4246 çift ikizle yaptıkları çalışma sonucunda, genetik ve çevresel faktörlerin bozukluğun oluşmasında neredeyse eşit olarak etkin olduğunu bildirmişlerdir (39). 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. (40). Arka arkaya yapılan çalışmalarda, erişkin vakaların akrabalarında OKB sıklığı, kontrollere göre yaklaşık 2 kat daha fazla çıkarken, çocuk ve ergen vakaların akrabalarında ise kontrollere göre 10 kat artmış sıklık oranları tespit edilmiştir (41). 8-18 yaş arası OKB'si olan 112 çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada hastaların %55.4 ünde OKB aile öyküsü yokken, %42.9' unda birinci derece yakınlarında OKB öyküsü, %18.8 inde ikinci derece akrabalarda OKB öyküsü varken, %53.6'unun birinci derece akrabalarında, %49.1'inin ikinci derece akrabalarında OKB dışı mental hastalık öyküsü olduğu gösterilmiştir (42).

OKB ve serotonerjik-dopaminerjik yollardaki genler arasında genetik bağlantı olduğunu ileri süren bazı çalışmalarda, 3q, 6q, 7p, 1q ve 15q non-parametrik kromozom bölgelerinde bağlantı noktaları bulunmuş, en kuvvetli bağlantı ise kromozom 3q27-28 üzerinde elde edilmiştir (41). Aile çalışmalarında, 10p15 kromozom bölgesinin yakınındaki üç tane TNP (tekil nükleotid polimorfizmi) ile ilişkisini gösteren bulgular ortaya konulmuştur. Bu TNP'ler arasında, 3' bölgesindeki ADAR3 (Adenosine Deaminase Acting on RNA) geninde bulunan bir aminoasit varyasyonu da mevcut olup Zaten ADAR3 OKB etiolojisinde rol oynayıp oynamadığını belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (43).

Psikodinamik Kuram

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. 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 (44). 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 (45). 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 (44). Saplantı zorlantı nevrozunda, birbirine karşıt dürtülerin baskısına karşı denetim sağlama çabası da vardır. Anna Freud, 1966 yılında dürtüleri bastırmak için kullanılan savunma düzeneklerini tanımlamış, temel savunma düzeneklerinin işlevlerini açıklamıştır. Bastırma, ilk tanımlanan ve tüm savunma düzeneklerine temel olan savunma mekanizmasıdır. Bilinç

dışına atılan dürtü, istek, anıların bilinç düzeyine çıkmasını benlik kabul etmez. Bu öğeler, üst benliğin yasakladığı anksiyete yaratan öğelerdir. Bu tür bastırılan öğeler, bazen dil ve devinim sürçmeleri şeklinde yaşamımıza yansıyabilmektedir. Yalıtma, bireyin dürtülerini bilinçdışına atıp, anksiyete doğuran duygulanımdan koruyan bir savunma mekanizmasıdır. Olgular, geçmişe ilişkin bir anıyı anlatırken, duygulardan arındırıp anlatır, sanki bu olayı başkası yaşamış gibidir. Karşıt tepki kurma ise bireyin olumsuz duygu ve düşüncelerinin, dürtülerinin tam karşıtı davranış göstermeleridir. Örneğin, birey kin ve nefret eğilimlerine karşın aşırı nazik, yumuşak; kirlilik eğilimlerine karşın aşırı titiz; içindeki ayartıcı cinsel dürtüleri bastırarak, aşırı dindar olabilmektedir. Yapma-bozma, bireyin yaptığı ya da düşündüğü bir eylemi nötürleştirmek için yaptığı eylemlerdir. Örneğin, muslukları sık açıp kapayarak kontrol etmek, uğursuzluğu önlemek amacıyla tahtaya vurmak, elleri temiz olmasına rağmen bireyin ellerini kirli algılaması ve defalarca yıkaması şeklinde görülebilmektedir (44). Bu düzeneklerin yerleşmesiyle, anankastik kişilik gelişmektedir.

Davranışçı Kuram

Mowrer'in fobik korkunun oluşumunu açıklayan "iki faktör kuramı", OKB'yi açıklamak için de kullanılmıştır. Bu kuramda, klasik koşullanma yolu ile öğrenilen korku, edimsel koşullanma yoluyla artarak pekişmekte ve devamlılık kazanmaktadır. Klasik koşullanma ilkelerine göre, özünde korkutucu olmayan, kaygı yaratmayan bir uyarın, doğal olarak korkutucu bir uyarınla eşleştirildiğinde, koşullu uyarın yansız olma özelliğini kaybederek, rahatsız edici bir uyarın özelliğini kazanır. Bu kurama göre, obsesyonlar "koşullu uyarınlar"dır. Göreceli olarak yüksüz bir uyarın, kaygı yaratıcı nitelikteki olaylarla eşleşmiş durumdaki bir koşullanma süreci vasıtası ile anksiyeteye birleşmiş hale gelmektedir. Böylelikle, önceden yüksüz nitelikte olan objeler, düşünceler, sıkıntı yaratan koşullu uyarınlar haline gelmektedir. Birey bir süre sonra belirli bir eylemin, kaygı yaratan düşüncesini azalttığını fark etmekte ve anksiyetesini kontrol etmek amacıyla, törensel davranışlar ya da kompülsiyonlar şeklinde kaçınma yöntemleri geliştirmektedir. Bu kaçınma yöntemleri, zamanla öğrenilmiş davranış örüntüleri şeklinde yerleşik hale gelebilmektedir (46-48).

Bilişsel Kuram

OKB 'de bilişsel görüşü ilk ortaya koyan Carr, OKB' de "gerçek dışı tehdit içeren" düşünceler olduğunu bildirmiştir. Bu abartılı değerlendirmeler, anksiyete ve kötü sonlanacağı düşünülen durumu etkisizleştirme, engelleme çabalarıyla törensel davranışlara yol açmaktadır (49). Bilişsel teoriye göre, normal bireylerde de görülebilen, benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılabilen, belirgin sıkıntı oluşturmeyen, istem dışı düşünceler ile benliğe yabancı düşünce, imge ya da dürtüler şeklinde klinik anlamı olan obsesyonlar arasında bir devamlılık olduğu ileri sürülmüştür (50,51). Aynı şekilde, kompulsiyonların da normal ritüelistik davranışların devamında geliştiği söylenmektedir (52,53).

Nörobiyolojik Bulgular

Beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgular, OKB'nin patofizyolojisini anlamamızı kolaylaştırmıştır. OKB'nin etyolojisinde önemli yeri olan bazal ganglionlar; serebral korteks, talamus ve beyin sapı ile bağlantılı olan, motor hareketlerin koordinasyonunda, kognisyon ve emosyonel fonksiyonlarda, öğrenmede görevli olan bir grup çekirdektir (54). Orbitofrontal korteks (OFK) ise beynin anatomik bir parçasıdır ve OFK'nin medial bölgesi, özellikle ödül ve güdülenme olmak üzere motivasyonel değerlendirme, uyarana uygun cevabın öğrenilmesinde önemlidir. Duygulanımın düzenlenmesinden sorumlu paralimbik, limbik ve diensefalik yapılarla (insular korteks, amigdala ve hipotalamus) doğrudan bağlantılıdır. Lateral orbitofrontal korteks ise davranış inhibisyonu, cevaplardan birinin seçimi ile ilişkilidir (54). OFK, uyarının emosyonel önemini kaydeden belleğe sahiptir olup çevrede olanların doğru gidip gitmediğini algılar, örneğin yakında kirli ya da mide bulandırıcı birşeyin varlığını saptar, bu bilgiyi striatum yoluyla talamus'a iletir (55). Talamus, sinyali beynin diğer bölgelerine yayılımını sağlar ve ilişkili bilgilerin talamus'a geri gönderimini düzenler. Nukleus kaudatus, OFK ile talamus arasında uzanır ve ikisi arasındaki sinyal iletimini sağlar. Bunu döngüler ya da devreler oluşturarak gerçekleştirir. Böylece kontaminasyon, başkalarına zarar verme, kontrol etme ihtiyacı gibi karmaşık düşünce ve davranışları düzenleyebilir. Kaudat çekirdeği aslında bir "dur işareti" gibi çalışır ve beynin gereksiz endişeler için çalışmasını engeller. OKB'de

kaudat çekirdeğin, yani bir nevi durdurucu noktanın, hasara uğramış olduğu ve bu görevi yerine getiremediği düşünülmektedir. Böylece talamus aşırı uyarılmakta, sinyal ileti devresi sürekli kendini tekrarlamaya başlamakta ve uyarım sistemi ezberlenmektedir. Sonunda, herhangi bir dış uyaran olmadan aktivasyon oluşmakta ve bunun sonucunda ise OKB semptomları ortaya çıkmaktadır (56). Bazal gangliyon anormalliklerinin olduğu OKB vakalarının; daha çok erken başlangıçlı vakalar olduğu, eştanı olarak tik bozukluklarına sık rastlandığı, ayrıca bu vakaların ailelerinde yüksek oranlarda OKB görüldüğü öne sürülmektedir (57).

OKB'de beyinde bir takım anormalliklerin varlığına yönelik ilk veriler bilgisayarlı beyin tomografisi çalışmalarından elde edilmiştir. Bu çalışmalarda, OKB vakalarında, sağlıklı kontrollere göre ventrikül-beyin oranının arttığını bildirilmiştir (58,59). Luxenberg ve arkadaşlarının çalışmalarında, OKB vakaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, bilateral kaudat nukleus hacmi, OKB'si olan bireylerde anlamlı şekilde daha küçük bulunmuştur (60).

Erişkin OKB'lilerde yapılan SPECT (Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi) ve PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) çalışmalarında orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, striatum ve talamusta anormallikler saptanmışken belirti provokasyonu esnasında yapılan bir fonksiyonel magnetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında sol superior temporal girus, sol prekuneus, sol ve sağ frontal korteks alanları ve sağ serebellumda aktivasyon görülmüştür (61). Szeszko ve arkadaşları ise yaş ortalaması 12.3 yıl olan 23 OKB hastasında MRI'da superior frontal gyrus hacminin kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu saptamışlardır (62). Yaşları 10 ile 17 yıl arasında değişen OKB tanılı 18 çocuk ve ergene, bulaşma-yıkama, simetri düzene koyma ile ilgili uyarıcı resimler ve nötral resimler gösterilerek yapılan fMRI çalışmasında, hasta grubunda bulaşma deneyinde sağ insula, putamen, talamus, dorsolateral prefrontal korteks ve sol orbifrontal kortekste azalmış aktivite görülürken simetri deneyinde sağ talamus ve sağ insulada aktivite azalması saptanmıştır (63).

Lazaro ve arkadaşları yaptıkları voxel tabanlı morfometrik MRI yöntemi ile, yaşları 9-17 arasında değişen 15 çocuk ve ergenle yaptıkları çalışmada hasta grubunda çift taraflı olarak sağ ve sol parietal lob gri cevher hacminin ve sağ parietal beyaz cevher hacminin kontrol grubuna göre daha az olduğunu saptamışlar ancak altı aylık tedavi ile net bir klinik düzelme sonrasında ise hasta ve kontrol grupları arasında hacim farkının ortadan kalktığını

göstermişlerdir (64). Radua ve Mataix-Cols 9'u erişkinlikte, 3'ü ergenlik döneminde yapılmış çalışmayı gözden geçirdiği bir meta-analiz çalışmasının sonucunda OKB'de nörogörüntüleme bulgularının dorsal prefrontal-striatal modeli desteklediği, OKB ile ilişkili orbifrontal korteks gibi diğer beyin alanlarındaki fonksiyonel değişikliklerin ikincil telafi edici mekanizmaları yansıtıyor olabileceği çıkarımında bulunmuşlardır (65). OKB'si olan çocuk ve ergenlerde yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında prefrontal-striatal-talamik döngü ve bununla ilişkili putamen ve globus pallidus gibi bazal ganglion bölümlerinde işlev bozukluğu olduğuna dair pek çok bulgu saptanırken, erişkinlerin aksine kaudat nükleus ve orbifrontal korteksle ilgili işlev bozukluğu bulguları saptanmamıştır (66).

Atmaca ve arkadaşları yaptıkları magnetik rezonans spektroskopisi (MRS) çalışmasında OKB hastalarının hipokampusunda sağlıklı kontrollere göre N Asetil Aspartat (NAA)/Kreatin (CRE) ve NAA/kolin (CHO) oranlarının düşük olduğunu saptamışlardır (67). Bu çalışmada NAA nöronal yaşama yetisinin, CHO hücre membranı dönüşüm hızının (turnover), CRE hücresel enerjinin göstergesi olarak kullanılmıştır. Araştırmacılar bu çalışmanın sonucunda OKB hastalarının hipokampusunda nöronal yoğunlukta azalma veya en azından nöronal işlev bozukluğu olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Özetle nörogörüntüleme çalışmalarında prefrontal korteks, singulat korteks, talamus, kaudat nükleus, putamen ve globus pallidusun ön plana çıktığı görülmektedir.

OKB'nin etyolojisinde rol oynayan kortiko-striatal-talamik döngü, nörobiyolojik modele göre santral sinir sisteminde (SSS) glutamat uyarıcı; GABA ise baskılayıcı nörotransmitter (Nöral iletici) olarak çalışır. Bu modele göre korteksten salgılanan glutamat striatumu uyararak GABA salgılamasını uyarır. Direk yolla striatumdan salgılanan GABA, globus pallidusun internal segmentini (GPi) inhibe ederek GPi'den GABA'nın salgılanmasını azalır. GPi'den GABA salınımının azalması talamusun baskılanması ortadan kalktığı için talamustan salgılanan glutamat, korteksi uyarır. Dolaylı yolla ise striatumdan salgılanan GABA globus pallidusun eksternal segmentinden (GPe) GABA salgılanmasını baskılar ve bu şekilde subtalamik nükleus (STN) aktive olur. Aktive olan STN'dan glutamat salınımı artar ve bu glutamat GPi'yi uyararak buradan talamusu baskılayan GABA salınımını uyarır. Bu modele göre direk yolla uyarıcı rol oynarken dolaylı yolla baskılayıcı rol oynamaktadır. OKB direk yolla aşırı çalışmasından veya dolaylı yolla yetersiz çalışmasından kaynaklandığı savunulmaktadır (68).

Nörotransmitter Anormallikleri

Serotonin

Serotonin, doğada çok yaygın olarak bulunan, monoamin transmitterdir. Kanda ilk olarak 1948 yılında, Page tarafından izole edilmiştir. Artık kardiyovasküler sistemde, santral sinir sisteminde ve gastrointestinal sistemde birçok görevi olduğu bilinmektedir. Serotonin, duygudurum, hormon salınımı, ağrı oluşumu, uyku uyanıklık döngüsü, iştah, bellek ve öğrenme, lokomotor fonksiyonlar, seksüel fonksiyonlar gibi işlevlerdeki etkinliği yanında trombositlerde depolanır ve salınır. Beyindeki serotonerjik nöronların büyük kısmı, beyin sapındaki Raphe çekirdeği içine yerleşmiştir. Serotonin taşıyıcıları hem beyinde hem de periferde eksprese olur. Santral sinir sistemi ve periferde yedi adet reseptörü tanımlanmıştır. Raphe çekirdeğinden, frontal kortekse uzanan projeksiyonlar, duygu durumu düzenlemede; rapheden bazal ganglionlara uzanan projeksiyonlar ise hareketleri, obsesyonları ve kompulsiyonları kontrol etmekte görev alıyor olabilir. Raphe çekirdeğinden limbik alana gelen projeksiyonlar da kaygı ve panik duyguları ile ilgili olabilmektedir.

OKB’de serotonin nörotransmitteriyle ilgili anormalliklerin olduğu düşüncesi ilk kez 1960’lı yıllarda depresif bozukluk tanısı nedeniyle klomipramin kullanan hastaların OKB belirtilerinde düzelme olmasıyla başlamıştır. Bunun ardından yayınlanan klomipraminin OKB hastalarında etkili olduğunu belirten olgu bildirimleri OKB’nin etyolojisinde serotonin işlev bozukluğu olduğuna ilişkin hipotezin gelişmesine yol açmıştır (69). Daha sonra yapılan çalışmalarda klomipraminin OKB tedavisinde desimipramin ve amitriptiline üstünlüğünün gösterilmesi bu hipotezi güçlendirmiştir (70). Günümüzde klomipramin altın standart olmak üzere, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) OKB tedavisinde en etkili ilaçlar olarak kabul edilmesi serotonin hipotezini desteklemektedir (71). Ayrıca serotonin reseptör agonistleri olan sumatriptan ve meta-klorofenilpiperazinin (m-CPP) OKB hastalarında belirtilerin alevlendirmesi serotonin hipotezi ile uyumludur (72).

Dopamin

Merkezi sinir sistemindeki katekolaminlerin büyük bir kısmını oluşturan dopamin, yaklaşık 50 yıl önce Arvid Carlsson tarafından tanımlanmış bir monoamin sınıfı nörotransmitterdir. Dopaminerjik sistem, orta beyin ve diensefalonda bulunan nöron gruplarından köken almaktadır. Basal ganglionlar; nukleus caudatus, putamen, globus pallidus interna, globus pallidus eksterna, substansia nigra, nukleus subtalamikus isimli yapılardan oluşan; serebral korteks, talamus ve beyin sapı ile bağlantılı motor hareketlerin koordinasyonu, kognisyon, emosyonel fonksiyonlar ve öğrenme ile ilişkili bir grup çekirdektir. Substansia nigranın pars kompaktasından dopamin salgılanmaktadır (73). İlk basal ganglion disfonksiyonu sonucunda gelişen OKB vakası, 1931 yılında Constantin von Economo'nun postensefalitik Parkinson hastalığı üzerine olan tezinde açıklanmıştır. Von Economo, bu vakalarda kompulsif davranışlara benzeyen motor tikler, ritüel benzeri davranışlardan bahsetmiştir. Bu vakalar, OKB vakaları gibi kendilerini bazı davranışları yapmak zorunda hisseden, ama bu davranışları aslında yapmak istemediklerini ifade eden olgulardır (73).

Hayvan deneylerinde, amfetamin, bromokriptin, apomorfin ve L-dopa gibi dopaminerjik ilaçlar yüksek dozda verildiğinde, OKB'deki kompulsif davranışlara benzeyen stereotipik davranışlar olduğu gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda OKB hastalarında anterior singulat kortekste dopamin D1 reseptörlerinde işlev bozukluğu olduğu gösterilmiştir (74).

SSRI'larla yapılan tedaviden yeterince fayda görmeyen OKB hastalarının eklenecek antipsikotik ilaç tedavisinden fayda görmesi OKB'nin etyopatogenezinde dopamin reseptörlerinde işlev anormalliği olduğunu düşündürmektedir (75).

Obsesif kompulsif bozukluğun serotonin - dopamin hipotezi

Bilindiği üzere serotonin fiberleri, dopaminerjik nöronların aktivitesini ve fonksiyonlarını düzenleyebilmektedirler. Bortolozzi ve arkadaşları prefrontal kortekste, serotonin 5-HT_{2A} reseptörlerinin uyarılmasının, prefrontal kortekste ve ventral tegmental alanda dopamin salınımına yol açabileceğini göstermişlerdir (76). Sıçanlarda, 5-HT_{2A}

reseptörlerinin uyarılması, nukleus akkumbens ve prefrontal kortekste amfetamin tarafından tetiklenen dopaminin salınımını arttırmaktadır (77). Tam tersine, 5-HT_{2C} reseptörlerinin uyarılması striatum, nucleus akkumbens ve prefrontal kortekste dopamin salınımı azaltmaktadır. Ventral tegmental alan ve nukleus akkumbensdeki 5-HT_{1B} reseptörlerinin ise dopamin salınımını arttırdığına dair bulgular mevcuttur (79). Zhou ve arkadaşları, DAT (Dopamine Active Transporter, Dopamin taşıyıcısı) için dopamin ve serotonin arasındaki yarışmanın, dopamin sinyalini azaltabileceğini göstermişlerdir. Aynı zamanda, dopaminergic uyarımın, SSRI (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors, Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri) ile tedavi sırasında, dopamin ve serotoninin striatumdaki dopamin terminallerinden eş zamanlı salınımı yoluyla düzenlenebileceğini ortaya koymuşlardır (80).

Glutamat

Glutamat, intranöronal aminoasit depolarından sağlanan, merkezi sinir sistemi en çok bulunan nonesansiyel, serbest amino asittir. Glutamat, ekstitatör bir nörotransmitter olup N-metil-D-aspartat (NMDA), alfa-amino-3-hidroksi-5- metil-4-izoksazol-propionik asit (AMPA), kainat, metabotropik gibi değişik glutamat reseptörleri mevcuttur. Bazen eksitasyon yolu kontrolden çıkıp, normal ekstitatör nörotransmisyon ortadan kalkabilir ve nöron aşırı şekilde uyarılır. Bunun sonucunda, eksitotoksikite hipotezine göre aşırı glutamat aktivitesi önce manik epizod belirtileri, panik bozukluk belirtilerine sebep olurken, yavaş yavaş katstrofik bir nörodejenerasyon meydana gelebilir. Bu tür bir eksitotoksik mekanizma, şizofreni, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, amyotrofik lateral skleroz ve inme gibi nörodejeneratif hastalıkların etyopatogenezinde rol oynayabilir. Glutamat antagonistlerinin, özellikle de NMDA antagonistlerinin, nöroprotektif etkiler sağlamaları bu nedenden dolayı olası gibi görünmektedir. O yüzden son yıllarda, bu tür ilaçların geliştirilmesi için çok sayıda hayvan deneyleri yapılmaktadır (81).

OKB'nin etyopatogenezinde glutamat işlevi bozukluğu olduğu ilk kez 1998'de bir olgu sunumunda bildirilmiştir (82). OKB olgularının beyin omurilik sıvısında (BOS) glutamat düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (83). Ayrıca bir glutamat antagonisti olan riluzolün tedaviye dirençli OKB hastalarında tedaviye

eklenmesiyle olumlu sonuçlar alınması OKB'nin etyolojisinde glutamatın rol oynadığı hipotezini desteklemektedir. (84,85). Glutamat reseptörü ile yapılan genetik bir çalışmada ise iyonotropik NMDA2B (GRIN2B) ve OKB ilişkisi incelenmiş, bu genin (GRIN2B) 5072T/G varyantı ile OKB arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (86).

Nöroendokrin İşlev Bozukluğu

Yapılan çalışmalarda, nöropeptidlerin bellek oluşumunda, annelik davranışlarında, cinsel ve yıkıcı davranışlarda, stereotipik hareketlerin ortaya çıkışında önemli olduğu anlaşılmıştır (87). Bu bulgulardan yola çıkarak, arjinin vasopressin (AVP), oksitosin, somatostatin ve opioidlerin OKB patofizyolojisindeki rolüne ilişkin çalışmalar yapılmıştır. Oksitosin, bellekte olumsuz etkileri unutmaya neden olduğundan dolayı ‘‘amnestik nöropeptid’’ olarak bilinmektedir. Oksitosin, kaçınma tepkilerini ortadan kaldırmaktadır. Patolojik şüphe, kontrol kompulsiyonları, cinsel obsesyon ve kompulsiyonların oksitosine bağlı olabileceği düşünülmektedir. Merkezi sinir sisteminden salınan oksitosin, üçüncü trimester ve doğumda pik yapar, anne sütü veren kadınlarda bu yüksek seviye devam eder (87). Kadınlarda, hamilelik dönemi sonunda ya da emzirme dönemi sonunda OKB belirtilerinin kötüleşmesinden oksitosin yüksekliğinin rolü olduğu düşünülmektedir (20). Santral oksitosinin, dopamin ve serotoninle yoğun bağlantıları vardır. 43 çocuk ve ergen vaka ile yapılan bir çalışmada, BOS oksitosin seviyesi depresif semptomlarla korele bulunmuştur. AVP/oksitosin oranı ise OKB semptomları ve depresif semptomların şiddeti ile ters orantılı bulunmuştur (88). Yapılan bir klinik denemede, intranazal olarak uygulanan oksitosinin OKB üzerinde herhangi bir etkisi görülmemiştir (89). AVP içeren nöronlar; suprakiazmatik ve paraventriküler çekirdeklerde bulunmaktadır ve bu bölgelerden hipokampus, limbik alana uzantılar gitmektedir. AVP, unutmayı engelleyen, hatırlamaya yol açan bir nöropeptiddir (90,91). Serotonerjik yollar, dorsal raphe nükleusundan köken almaktadır. Bu yollar, hipokampusta ve amigdala sonlanmaktadır. Hipokampus ve amigdala, AVP'nin hafıza üzerine olan etkileri olan anti-amnestik etkisini göstermesi için gereklidir (87). Çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada, 43 olguda obsesif kompulsif belirtilerin ciddiyeti ile BOS'taki AVP seviyesi arasında negatif korelasyon gösterilmiştir (88). Oysa, erişkin OKB olgularında, sağlıklı kontrollere göre BOS'taki bazal AVP düzeyi yüksek olarak tespit edilmiştir (92).

Opioidlar, ödül sinyallerine aracılık etmekte olup opioid antagonisti olan naloksanın OKB belirtilerini alevlendirmesi, opioid agonisti tramodolun bazı vakalarda tedavi edici etkisinin olması dikkatleri opioid reseptörlere çevirmiş ve bu konuda moleküler genetik çalışmalar yapılmıştır. Fakat henüz net sonuçlar elde edilmemiştir (93). Çocuk ve ergenlerde, opioidler için BOS'ta anlamlı bir bulgu bulunamamıştır (88).

Büyüme hormonu ise serotonerjik sistem üzerinden etkili olduğu düşünülen, bu nedenle OKB etyopatogenezi üzerine etkisi olduğu düşünülen bir nöropeptittir. Epidemiyolojik çalışmalar, 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 (94,95). Somatostatin, pituitar bezden büyüme hormonun salınmasını inhibe eden, aynı zamanda pankreasın glukagon ve insülin salınımını da inhibe eden nöropeptittir (96). Altemus ve arkadaşları, 27 sağlıklı kontrolü, OKB vakaları ile karşılaştırarak yaptıkları çalışmada, BOS'taki somatostatin seviyesini 15 erişkin OKB vakasında, sağlıklı kontrollere göre artmış olarak bulmuşlardır (97). Çocuk ve ergen OKB vakaları ile yapılan bir çalışmada, kontrol grubu davranım bozukluğu olan ergenlerden seçilmiş ve bu iki grup birbiriyle karşılaştırılmıştır. BOS'ta somatostatin seviyesi OKB grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek seviyede tespit edilmiştir (98).

NIMH'de (National Institute of Mental Health, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü) yapılan bir başka çalışmada, antitestosteron etkili spironolakton ile 2 erkek çocuktaki ve periferik antiöstrojen etkili testolakton ile 1 kız çocuktaki obsesyonların geçici de olsa düzeldiği bildirilmiştir (99).

Nöroimmün İşlev Bozukluğu

Çocukluk çağı OKB olgularının üçte birinde belirtilerin streptokokal enfeksiyon ile başladığı ya da daha sık olarak alevlenme gösterdiği belirtilmektedir. Gram (+) streptokoklar; faranjit, impetigo, selülit, üst solunum yolu enfeksiyonuna, akut romatizmal ateşe, Sydenham koresine neden olan patojenlerdir. Bir 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 belirtileri hastaların dörtte üçünde görüldüğü ve bu belirtilerin kore belirtilerinden kısa bir süre önce başladığı saptanmıştır (100). Bu hastalarda OKB

belirtilerinin nörolojik semptomlarla paralel olarak düzeldiği gözlenmiştir. Otoimmün kaynaklı OKB özel alt grubuyla ilgili olarak PANDAS (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections) kavramı ortaya konulmuştur (100).

PANDAS için tanı ölçütleri

- 1-OKB, tik bozukluğu ya da her ikisinin bir arada bulunması
- 2-Belirtilerin, 3 yaş ile ergenlik dönemi arasında başlamış olması
- 3-Belirtilerin ani,epizodik olması ve dramatik olarak alevlenmeler gözlenmesi
- 4-Bulguların başlangıcı ve alevlenmesi sırasında, en az iki epizodun A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu ile ilişkili olduğunun gösterilmesi (pozitif boğaz kültürü, antistreptolizin O, Antistreptokokal DNAase B titrelerinin yükselmesi)
- 5-Semptomların alevlendiği dönemde; motor hiperaktivite, koreiform hareketler, tikler gibi nörolojik belirtilerin varlığı

PANDAS tanı ölçütlerine uyan bir grup hastada yapılan bir çalışmada, OKB belirtilerinin bu çocuklarda diğer çocukluk çağı başlangıçlı OKB'a göre ortalama 3 yıl daha erken başladığı, belirti alevlenmesinin ani ve dramatik olduğu ve A grubu hemolitik streptokok enfeksiyonları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca hiperaktivite, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin sıklıkla görüldüğü, dönemsel ve enfeksiyonlarla ilişkili olarak duygusal oynaklık, ayrılık anksiyetesi, yaşa uygun olmayan davranışlar gibi belirtilerin olduğu da rapor edilmiştir (101). A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarına karşı gelişen antikorlar, streptokok ve basal ganglionlardaki proteinlerin yüksek ardışıklık göstermesi sebebiyle, basal ganglionlardaki endojen antijenlere bağlanmaktadır. Özellikle streptokoklara ait bir yüzey proteini olan M proteini burada hedef unsurdur. Bu antikorlar, kaudat çekirdek, globus pallidus ile subtalammustaki nöronlara karşı çapraz reaksiyon gösterip basal ganglion disfonksiyonuna neden olmaktadır (102). PANDAS'ın ortaya çıkışında kabul edilen diğer bir mekanizma ise moleküler benzerlik ve kalsiyum-kalmodulin'e bağımlı kinaz II aktivitesi yoluyla otoimmün aracılı nöron sinyal iletisinin bozulmasıdır. Bu antikorlar, kalsiyum-kalmodulin'e bağımlı kinaz II'yi aktive ederek, hidroksilaz aktivitesini arttırırlar ve dopamin salınımını tetikleyerek nöropsikiyatrik semptomlara yol açarlar (103). Kimi çalışmalarda B lenfositlerin D8/17 yüzey antikorları PANDAS için yatkinlik oluşturduğu belirtilmekte ancak bu yüksekliğin işlevsel etkisi henüz kesin olarak ortaya konamamıştır

(104). PANDAS'ın tedavisi ile ilgili olarak, literatürde görüş birliğine varılmış ortak bir tedavi kılavuzu halen mevcut değildir. Snider ve Swedo, streptokok enfeksiyonu kanıtlanmadığı sürece, antibiyotik tedavisi ve proflaksisi önermemektedir (105). Prospektif dikey bir çalışmada, PANDAS tanı ölçütlerine sahip 12 çocuk, akut şiddetli nöropsikiyatrik semptomları sırasında, yalnızca penisilin ya da amoksisilin (5 olgu), amoksisilin klavulanat (1 olgu) veya sefalosporin (6 olgu) ile tedavi edilmiştir. Tüm olgularda antibiyotik tedavisi OKB'yi, anksiyete semptomlarını ve tikleri 14 gün içinde iyileştirmiştir (106). Perlmutter ve arkadaşları, 5-14 yaş grubu 29 olgu ile plasebo kontrollü olarak yaptıkları çalışmalarında, 10 PANDAS vakasına plazmaferez, 9 PANDAS vakasına damar içi immunglobulin ve 10 vakaya da plasebo tedavisi uygulamıştır (107). Birinci ayın sonunda intravenöz immunglobulin ve plazmaferez gruplarında obsesif kompulsif belirtilerde, depresif ve anksiyete belirtilerinde, genel işlevsellikte plasebo grubuna göre anlamlı olarak daha belirgin bir düzelme görülmüştür. Plazmaferez tedavisi, tik belirtileri üzerinde plaseboya üstünlük sağlarken, immunglobulin tedavisi ile plasebo arasında fark bulunmamıştır.

2.1.6 OKB'de Klinik Özellikler

OKB kliniğinde ana belirti düşünce içeriğindeki yineleyen obsesyonlardır. Birey, benliğe yabancı olan bu obsesyonların, mantığına, görüşlerine, inançlarına, ahlak kurallarına aykırı olduğunu bilir ve bu düşüncelerden kurtulmaya çalışır. Duygularında, davranışlarında yaşayabildikleri tereddütler, obsesif düşünceler ve törensel davranışlar, bireylerin günlük etkinliklerini yerine getirirken yavaşlamalarına neden olabilmekte ve bu durum "obsesyonel yavaşlık" olarak adlandırılmaktadır. Bu durum, bazen sıradan günlük işlerin bile tamamlanmasını zorlaştırmaktadır (108).

Çocuk ve ergenlerde en sık görülen obsesyon, bulaşma obsesyonudur. Bunu yıkama, yıkanma, temizleme ya da bulaşmış olduğu düşünülen nesneden kompulsif tarzda kaçınma izler. Diler ve Avcı en sık obsesyonun bulaşma (%49) en sık görülen kompulsiyonun ise temizlenme (%68) ve bu kompulsiyon kümesi içinde de en sık görülenin el yıkamanın olduğunu bildirmişlerdir (109).

En sık gözlenen ikinci obsesyon, kuşku obsesyonudur. Yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerde, kuşku obsesyonu %20-50 arası oranlarda bildirilmiştir (110,111).Sıklıkla bir

tehlikeden korkma, kuşkuyu yaratan asıl neden olarak görülmektedir. Birey; kapı, havagazı musluğu, elektrik ve benzeri nesnelere kapatıp kapatmadığından kuşku duymakta elini sıktığı kişinin eli temiz mi kirli miydi, yolda yürürken kirli bir yere değdi mi değmedi mi şeklindeki kuşklar da sıklıkla görülebilmektedir. Bu obsesyonu kontrol etme kompulsiyonu izlemektedir. Üçüncü en sık görülen tablo kompulsiyon olmaksızın, zihne yerleşen obsesyonel düşüncelerin bulunmasıdır. Bu obsesyonlar genellikle cinsel ya da saldırgan bir eylemle ilişkili yineleyici düşünceler olup cinsel içerikli obsesyonlar yasaklanmış, kabul edilemez nitelikte, sapkınlık derecesinde cinsel düşünce, dürtü ve görüntülerle ilgili olabilmektedir. Diğer obsesyonlara göre, olguların daha fazla utandıdığı, kendi kişiliğine ve ahlak değerlerine tamamen aykırı olarak algıladığı, kendini günahkar şekilde hissettiren düşüncelerdir. Ülkemizde, Türkbay ve arkadaşlarının çocuk ve ergen olgularla yaptıkları çalışmada %13,6 oranında cinsel içerikli obsesyonlar bildirilmiştir (112). 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 bir çalışmada, saldırganlık ile ilgili obsesyonlar, en sık görülen ikinci obsesyon olarak % 34,1 oranında bulunmuştur (112). Çocuk ve ergen OKB’inde 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 (110,111).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. Batı ve Asya ülkelerinde %4-10 arasında bildirilirken, dindarlığın daha fazla olduğu Arap ve Yahudilerin yaşadığı ülkelerde %40-60 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir (113-116). Ülkemizde, çocuk ve ergen OKB’li olgularda, %9,1 oranında dini obsesyonlar bildirilmiştir (112). Somatik obsesyonları olan olgular, sürekli olarak tedavisi olmayan bir hastalığa yakalanma ihtimalini düşünmekte ve bundan korunmak için çeşitli önlemlere başvururabilmektedirler (117). OKB’li çocuk ve ergenlerle somatik obsesyonlar %6,8 oranında bildirilmektedir (112). Yapılan çalışmalarda OKB’li çocuklarda görülen obsesyonların, OKB’li erişkinlerde görülen obsesyonlara benzer olarak, “kirlenme/bulaşma, kendisine veya başkalarına zarar verme korkusu ve

aşırıahlaki/dini değerlendirmeler” üzere odaklandığı görülmektedir. Araştırmacılara göre en sık rastlanan kompulsiyonlar ise yıkama, kontrol etme, sayma (nesneleri, sözcükleri, sayı-larıvs.), düzenleme, sıraya dizme, dokunma, tekrar okuma/yazma ve zihinsel ritüeller (dua etme, tekrarlama, sayma vs.) olarak sıralanmaktadır (30).

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 (118).

Pollock ve Carter, çocuklarda görülen kompulsiyonların, obsesyonları yansılaştırma görevi görmelerine rağmen, obsesyonlarla anlam olarak bir ilişkisi olmadığına dikkat çekmişlerdir (119). Ayrıca, sadece obsesyonu olduğu düşünülen çocuk olguların, tanımlanmamış mental kompulsiyonları olabileceği düşünülmektedir (56). 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 (112). 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 (120). 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 ayırım yapılmaktadır (121). 8-18 yaş arası OKB si olan 112 çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada hastaların %59.8’inde zarardan kaçınma ve kontrol, %23.2) temizlik, %17 simetri, düzen symptom boyutlarının baskın olduğu görülmüştür (42).

Bilişsel Yetiler

Bireyin hemen şimdiki anda, yakın ve uzak geçmişte yaşadığı deneyimlerini doğru olarak yeniden aklına getirme, anımsayabilme yetisi olan belleğin OKB'li olgularda bozulmamış olduğu, ancak bellek performansında ve görsel-uzaysal algılama yeteneği açısından, diğer bireylerle karşılaştırıldığında OKB'li olgularda, işlevsel olmayan farklı bir tür işleyişin olduğu düşünülmektedir. Buna göre, erken başlangıçlı OKB olgularıyla yapılan çalışmaların sonuçları, OKB'de belleğin ve dikkatin azalmış ya da bozulmuş olduğunu değil, OKB'de yanlı ya da seçici bir bellek ve dikkat işleyişinin olduğunu destekler niteliktedir. Sözü edilen bellek ve dikkat yanlılığının, obsesyon veya kompulsiyonlarla ilişkili, kaygı verici ya da tehdit edici uyarılara yönelik olduğu görülmektedir (44).

Beyinde bilgi işlenişinin dinamik ve karmaşık doğası, yüksek düzeyli bilişsel işlevleri tanımlamada yönetici işlevler kavramını ortaya çıkarmıştır. Yönetici işlevler; ilgili bilgi ve işlemlere dikkatin odaklanması ve ilgisiz bilgi ve işlemlerin ketlenmesi, odaklanmış dikkatin kaydırılmasını gerektiren görevlerde işlemlerin tanımlanması, belli amaçları gerçekleştirmede alt görevlerin sırasını planlama, ardışık görevlerin bir sonraki basamağını belirlemede çalışma belleği içeriğinin kontrolü ve izlenmesi, çalışma belleğinde temsillerin kodlanmasıdır. Frontal korteks ve onun striatal bağlantıları, yönetici işlevler için en önemli nöroanatomik yapılar olarak kabul edilmektedir (122). Erken başlangıçlı OKB'de yönetici işlevlerin incelendiği çalışmaların sonuçları arasında farklılıklar bulunmakla birlikte, tepki ketlemesi ve motor ketleme türü işlevlerde belirgin bir azalma olduğu görülmektedir. Ancak perseverasyon, kurulumu değiştirme, akıcılık gibi diğer yönetici işlevler konusundaki araştırma bulguları arasında çelişkiler bulunmaktadır (123). Daha yeni çalışmalar OKB'si bulunan hastalarda sağlıklı kontrollere göre dikkat, hafıza, yürütücü fonksiyonlar, sözel akıcılık, zeka performanslarında zayıflıklar göstermektedir (124).

2.1.7 OKB'de Komorbid Hastalıklar

Hem çocuklar hem de erişkin vakalar, OKB ile beraber sıkça başka psikopatolojilere de sahiptir. Çalışmalar, OKB'si olan çocukların %85'inin, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, davranım bozuklukları gibi bir ruhsal bozukluğun DSM-IV-TR tanı

ölçütlerini karşıladığını, %50'sine yakın bir oranında ise birden fazla komorbid ruhsal bozukluk olduğunu, çocukların sadece %26'sında tek başına OKB bulunduğunu bildirilmiştir (6,101,125). 8-18 yaş arası OKB si olan 112 çocuk ve ergenlerde yapılan bir diğer çalışmada %67 hastada diğer bir eksen 1 hastalığı tanısı konulurken, %20.5 hastada iki, %2.6 üç komorbid hastalık tanısı konulmuştur (42). 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 TB, %17-51 oranında karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %16 oranında yaygın anksiyete bozukluğudur (6,126,127). 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 (128). Yurtdışında yapılan farklı araştırmalarda da OKB'ye en sık eşlik eden tanıların; DEHB (%34-51), major depresyon (%33-39), tik bozukluğu (%26), özgül gelişimsel güçlükler (%24), Tourette sendromu (%18-25), karşı gelme bozukluğu (%17-51) ve anksiyete bozukluğu (%16) olduğu bildirilmiştir (130). 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 (129). Çalışmalar OKB'ye eşlik eden bozuklukların olmasının genel olarak tedaviye yanıtı ve sonlanmayı olumsuz etkilediğini ve direnç oranını arttırdığını bildirmektedir (130).

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'nun 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 (54,131,132). Komorbid hastalıkları tanımlamak, klinik varyasyonları anlamının yanında, tedavi kaynaklarının doğru kullanımına, tedavi yanıtı ve hastalık seyri üzerine etkisini anlamaya yardımcı olacaktır. DEHB komorbitesi sık

olmasına rağmen dikkat problemlerinin OKB deki girici düşüncelere ve anksiyeteye bağlı da olabileceği, obsesif kompulsif semptomların sürekliliği ve semptom şiddeti ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. 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 (42). 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 (133). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Tourette sendromu tanısı alan hasta grubunda OKB eştanısının %75 oranında olduğu saptanmıştır (134). Tik bozukluğu ile birlikte görülen OKB olguları daha erken başlangıçlı, erkeklerde daha sık ve ailelerinde tik bozukluğunun daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Swedo ve arkadaşları ise OKB'ye eşlik eden bozukluğun tik bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (73). Yıkıcı davranış bozuklukları, çocuklar ve ergen OKB vakalarında erişkinlerden daha sık görüldüğü, erkek çocuklarda kızlara göre sıklığın daha fazla olduğu gösterilmiştir.

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 (112). Ayrılık anksiyetesi bozukluğunun çocuk OKB olgularında daha sık görüldüğü (%56), diğer anksiyete bozukluklarının tüm yaş gruplarında görülebildiği bildirilmektedir. OKB li çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada hastaların %46.4 ünde içe atım bozukluklarının eşlik ettiği, bu grupta OKB başlama yaşı daha geç, zarardan kaçma ve kontrol semptomları daha sık olduğu bildirilmiştir. Erken yaşlarda özellikle yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri ile OKB semptomları örtüşme gösterebilmekte komorbidite gözden kaçabileceği belirtilmiştir (42).

Travmatik yaşantılar ya da stresli yaşam olayları, OKB'nin başlangıcını tetikleyen ya da ortaya çıkma riskini arttırabilen durumlardan biri olabilmektedir. Bir çalışmada, OKB belirtilerinin artmış düzeyleri ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarından özellikle duygusal ve fiziksel istismar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (135). Post travmatik stres bozukluğu eştanılı OKB olgularının bazılarında, OKB ile ilişkili olan semptomlar ile post travmatik stres bozukluğu semptomları biribiri ile iç içe girmiş olabilmektedir. Bu

duruma bazı yazarlar ‘‘post travmatik OKB’’ demeyi uygun görmekte-dirler (136). OKB semptomları yaşanılan bu kötü travmaya ilişkin düşüncelerle, görüntülerle başa çıkma mekanizması olarak ortaya çıkabilmektedir (137). Çalışmanın sonucunda TSSB’nin dirençli OKB hastalarında görece daha yaygın olduğu; kişilerarası travmaların, depresyonun, sınır kişilik bozukluğunun TSSB ve OKB hastalarında güçlü bir öngörücü rol oynayabileceği öne sürülmüştür (138).

Bir başka önemli eştanı da majör depresif bozukluktur. OKB yıpratıcı doğası ve kontrol edilemez olarak değerlendirilmesi nedeni ile olguların önemli bir kısmının, mesleki ve sosyal hayatlarındaki bozulmalardan dolayı, ikincil majör depresif bozukluk geliştirdiği düşünölmektedir (139). Erişkinlerle yapılan çalışmalarda, en sık komorbid bozukluğun, majör depresif bozukluk olduğu belirtilmektedir (140). 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 yaklaşırken, erişkin OKB’li vakalarda majör depresif bozukluk oranı %78 olarak bulunmuştur (141). Çalışmalar çocuk ve ergen OKB hastalarında depresif bozukluk komorbiditesinin %20-%62 oranlarında erişkin hastalarda ise %50-80 oranında göröldüğünü bildirmektedir (142,143). Depresyon komorbiditesinin kadın OKB hastalarında daha sık olduğu ve bu hastalarda OKB semptom şiddetinin, OKB ilişkili fonksiyonel bozulmanın daha fazla olduğu ve depresif semptomlarının yaş, OKB semptom şiddeti, OKB ile ilişkili fonksiyonel bozulma, anksiyete semptomları ile korele olduğu, özellikle fonksiyonel bozulmanın OKB semptom şiddeti ve depresyon düzeyi ilişkisinde mediatör olduğu bildirilmektedir (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).

Eştanılarda göz önünde bulundurulacak diğer bir ruhsal bozukluk ise bipolar bozukluktur. OKB ile bipolar tip I ve II bozukluğun birlikteliği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bipolar bozukluğu olan olguların yakınlarında da OKB’nin sık göröldüğü gösterilmiştir (147). Erişkin OKB olgularında, bipolar bozukluk komorbiditesi %15-35 arasındaki oranlarda tespit edilmiştir (148). Benzer bir şekilde, Faedda ve arkadaşları da bipolar bozukluğu olan çocukların %27’sinin komorbid OKB’sinin de olduğunu bildirmişlerdir (149). Gordon ve Rasmussen, depresif ataktayken, OKB semptomları

kötüleşen, maniye girince belirtileri kaybolan erişkin bir OKB vakası bildirmişlerdir (150). Bipolar bozukluk komorbiditesi olan OKB hastalarının OKB belirtilerinin mevsimsel seyrettiği, major depresif atak sayılarının, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu komorbiditesinin ve hastaneye yatışlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (151). Ayrıca bipolar bozukluk komorbiditesi olmayan gruba göre daha çok dini ve cinsel obsesyonların olduğu, kontrol kompulsiyonlarının daha az görüldüğü, obsesif belirtilere karşı içgörünün daha az olduğu, hastalığın daha erken yaşta başladığı, alkol ve madde kullanımının ve suisid girişimlerinin daha sık olduğu belirtilmektedir (152,153). Çalışmalarda komorbid hastaların birinci derece akrabalarında OKB öyküsünden ziyade bipolar bozukluk öyküsünün daha sık olduğu gösterilmiştir (154).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, OKB olgularında güncel ve yaşam boyu intihar düşüncesi bulunma oranları sırasıyla, %28 ve %59 olarak bulunmuştur. Ek olarak, aynı çalışmada, OKB olgularında geçmişte intihar girişiminde bulunma oranı %27 olarak saptanmıştır (155). Sınırlı sayıdaki çalışmalar, antisosyal veya borderline kişilik bozukluğu, davranım bozukluğu komorbiditesinin ve impulsivitenin, OKB'li ergen ve erişkinlerde intihar düşüncesi ve eylemi için belirgin risk faktörleri olduğunu ortaya koymuştur (156). Bunun yanında OKB hastalarındaki intihar düşüncelerinin OKB şiddeti ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmaların yanında cinsel ve dini obsesyonları olanlar ve komorbid madde kullanım bozukluğu olanlarda intihar düşüncesi ve girişimlerinin daha sık olduğu ile ilgili çalışmalar da mevcuttur (157). Komorbid eksen 1 bozukluklarının varlığı, komorbid anksiyete ve depresif semptomların ciddiyeti, obsesyonların şiddeti, umutsuzluk düşünceleri, önceki intihar girişimi öyküsü OKB hastalarındaki intihar girişimleri ile ilişkilendirilmektedir (158). Depresif bozukluk komorbiditesi olan hastaların daha erken yaş başlangıçlı OKB hastaları olduğu, depresif bozukluk aile öyküsünün daha sık, fonksiyonel bozulmanın daha fazla ve yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmektedir (159). Çalışmalar bu hastalarda sosyal uyumun daha kötü, aile çatışmalarının daha fazla olduğunu ayrıca bu hastaların tedaviye yanıt oranlarının daha düşük olduğunu bildirmektedir (144,160).

Diğer bir eştanı olarak karşımıza çıkabilecek, ruhsal bozukluklar ise alkol/madde kötüye kullanımı ve bağımlılığıdır. Çalışmalarda da, ritüelistik obsesif kompulsif davranışların, bağımlılıklarda görülebilen davranışlarla benzerlikleri bulunduğu bildirilmiştir (161). Bazı araştırmacılar OKB vakalarında alkol bağımlılığı ya da alkol

kötüye kullanımı sıklığının %14 ile %17 arasında değiştiğini ve bu yüksek oran nedeniyle OKB tanısı alan olgularda alkol kullanımının olup olmadığının mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir (162). Gençlerle yapılan bir boylamsal çalışmada da madde bağımlılığının (esrar/alkol/kokain), ilerisi için OKB için göreceli bir risk faktörü olabileceği bildirilmiştir (163).

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 (164).

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 (165,166).

2.1.8 OKB'de Seyir

Metaanaliz sonuçları, 15 yıla varan bir izlem süresinde, çocukluk ve ergenlik dönemi başlangıçlı OKB vakalarının %40'ının bozukluğun tanı ölçütlerini tam karşılayacak şekilde kronikleştiğini, belirtilerin eşik altı düzeyde devam ettiği grubun da eklenmesiyle bu oranın %60'a yükseldiğini göstermiştir. Yaşam kalitesini ve sosyal ilişkileri etkilediği gösterilmiştir. İlk verilen tedavilere cevapsız, erken başlangıçlı vakalar olması, komorbid tik bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranım bozuklukları olması OKB'nin şiddetini artıran ve takipte prognozu ağırlaştırılan faktörlerdir (1). Yine, bizar kompulsyonların, aşırı değerlendirilmiş düşüncelerin varlığının ve kişilik bozukluğunun, OKB'nin prognozunu kötüleştirdiği bildirilmiştir (167).

2.1.9 OKB’de Tedavi

Farmakoterapi

OKB farmakoterapisinde ilk seçenек serotonin gerialım inhibitörleridir (SSRI). Postsinaptik serotonin reseptörlerinde geri çekilme ve duyarsızlaşma ile antiobsesyonel etki gösterirler. (10,61,168). Fluoksetinin ve sertralinin yanı sıra fluvoksamin, paroksetin ve sitalopramın da çocuk ve ergenlerdeki OKB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (168, 169). 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 alnamıyorsa güçlendirme tedavilerine geçilmesi önerilmektedir (169). 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 (170). Özellikle tik bozukluğu komorbiditesinin olduğu hastalarda antidopaminerjik güçlendirme tiklerin kontrolüne de katkı sağlamaktadır (171). Glutamat antagonisti olan Riluzol’ün erişkin OKB olgularında kullanılabilceği ile ilgili çalışmalar mevcuttur (84).

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 (112).

Bilişsel davranışçı tedavi (BDT)

Çocuk hastalarda BDT’nin etkinliği gösterilmiş olup hastalık hakkında bilgi verme, bilişsel yeniden yapılandırma, beceri oluşturma, terapist kontrolünde uyarana maruz bırakma ve alıştırma, yanıt önleme, ev ödevleri verme şeklinde uygulanabilmektedir (172).

2.2.1 Öfke

Engellenme, baskı, incinme, hayal kırıklığı, korku ve hakların çiğnenmesi karşısında gösterilen duygusal bir tepki olan öfke için birçok tanımlama kullanılmaktadır. Biaggio'ya göre öfke, gerçek ya da sanal bir engellenme, tehdit ya da haksızlık karşısında oluşan ve kişiyi rahatsız edici uyarıları bertaraf etmeye yönelten, güçlü bir duygu olarak tanımlarken Torestad, öfkenin çoğu zaman engellenme, haksızlığa uğrama, eleştirilme, küçümsenme gibi durumlarda oluştuğunu ve planlanmadan ortaya çıktığını belirtmiştir (173,174). Spielberg ve arkadaşları öfkeyi, basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen dereceli bir duygusal durum olarak, kassinove ise öfkeyi, belirli bilişsel, algısal çarpıtmalarla bağlantılı, içsel bir duygu durumu olarak tanımlamıştır (175,176). Öfkeyi tanımlayabilmek ve anlayabilmek için yapılmış olan çalışmalarda, birçok kuram ortaya atılmıştır.

Psikoanalitik Kuram: Öfke, psikanalizde ölüm içgüdüsünün veya ayrılık anksiyetesinin bir ifadesi olarak görülür (177). Öfkenin temellerinin kişiliğin de geliştiği oral, anal ve fallik dönemde oluştuğu öne sürülmüştür. Bu kurama göre, saldırgan davranışın oluşumunda oral dönemde saplanıp kalma veya bu döneme regrese olma rol oynamaktadır. Tepkici, başkaldırıcı bir kişilik yapısı oluşumunda, anal dönemde çocuğa karşı baskıcı bir anne varlığı etken olabilmektedir. Fallik dönemde, kişinin üst benlikten benliğine yönelen aşırı baskı, korku ve suçlama bazen saldırgan davranışlara dönüşür.

Bilişsel Davranışçı Kuram: Bu kurama göre; öfke çevresel uyarıcılara karşı öğrenilmiş tepkilerdir ve ödüllendirilen bu davranışlar tekrarlamaktadır (178). Öfke, akla aykırı inançların, beklentilerin, iç konuşmaların sonucu ortaya çıkabilmektedir. Akla aykırı bu inançların yok edilmesi, öfkeyi azaltabileceği öne sürülmüştür (179).

Sosyal Öğrenme Kuramı: Bu kurama göre; öfkenin, çocukluktan itibaren öncelikle anne, baba ve toplum tarafından onaylanmış davranışları model alma, taklit, özdeşleşme ve pekiştirmelerle öğrenilen tepkiler olduğu öne sürülmüştür. Çocuğun anne, babasına ve diğer kişilere karşı öfke, nefret duyması ve saldırgan davranışlarına; bu kişilerin sert, kırıcı, suçlayıcı davranışları zemin hazırlamaktadır (178).

Biyolojik Kuram: İnsanın biyokimyasal yapısı, merkezi sinir sistemi ve hormonların etkileşimiyle, otonom sinir sistemi harekete geçebilmekte ve öfke yaşantısı başlayabilmektedir (180).

Varoluşçu Kuram: Varoluşçu kurama göre; öfke insana mahsus, kaçınılmaz ve herkes tarafından farklı yaşanan; kişinin yok oluşa ve yaşamın anlamsızlığına karşı tepkilerdir (181).

Öfke dışı vurumu, öfkenin sözel ve /veya davranışa dökülerek aktarılması olup öfkenin yol açtığı stresle başa çıkmada uyumsal bir tepkidir. Öfke ifade edilemezse ve uygun yollarla açığa çıkarılmazsa fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir (182,183). Özellikle ergenlerde görülen ağlama, mutsuzluk, sessizlik, anoreksiya, bulimiya gibi davranışsal; terleme, baş ağrısı, nefes darlığı gibi fizyolojik sorunlara öfkenin uygun bir şekilde ifade edilememesinin neden olduğu; cinsiyet, okul başarısı, sağlık durumu, aile ve arkadaş ilişkileri gibi faktörlerin ergenin öfke ifade tarzını belirlediği ifade edilmektedir (174). Öfke kontrolü kişinin öfkesini ne derecede kontrol ettiği veya ne derecede sakinleşme eğiliminde olduğunu belirten durum olup sağlıklı bir biçimde kontrol edilemediğinde kişinin kendisine ya da karşısındakilere yansıtılmakta, saldırganca davranışlara ve şiddete yol açabilmektedir (182-184).

2.2.2. Öfke ve OKB

OKB'nin öfke komponentine yönelik çok sayıda teori ortaya atılmış olup bunların ilki anal erotisimin rolüne vurgu yapan Freud'a aittir. Klasik psikanalitik kurama göre içe dönük öfke, öfkenin bastırılması, var olan enerjinin içe döndürülmesi olarak açıklanmakta ve depresyonun etiolojisinde yer aldığı savunulmaktadır (185). Walker ve Beech'in daha sonraki çalışmalarında OKB hastalarındaki öfke ritüalistik davranışlara bağlanmıştır (186). Diğer çalışmalar anksiyete ve depresif bozukluk hastalarına göre OKB hastalarının daha kolay öfkelendiğini ve hostilitelerini daha kolay dışarı vurduklarını göstermişlerdir (187). Sonraki çalışmalar OKB'si olan kadın hastaların bulimik kadınlara benzer şekilde öfke duydukları bildirilmiştir (188). OKB tanısı konan öğrencilerle yapılan bir diğer çalışmada ise sağlıklı kontrollere göre OKB hastalarında öfke düzeylerinin yüksek olduğu ancak depresif semptomlar kontrol edildiğinde gruplar arasında farklılığın ortadan kalktığı, emosyonel problemlere bağlı stresin öfkeye neden olduğu gösterilmiştir (189). Öfke patlamaları, dürtüsellik artışı ve davranış problemlerinin çocuk ve ergen depresyon kliniğinde görülebilen bulgular olup komorbid hastalığı olan olgularda depresyon ile ilişkilendirilebilmektedir. Bunun yanında OKB gibi ruhsal bozukluklarda hastalık şiddeti

ile olguların öfke düzeyleri ilişkili olabilmektedir (3). OKB tanısı konan hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB grubunda impulsivitenin ve riskli karar alma davranışlarının daha yüksek olduğu gösterilmiş olup bu çalışmada hasta grubu eksen 1 ve eksen 2 bozukluk komorbiditesi açısından değerlendirilmemiştir (190). Bir diğer çalışmada da OKB hastalarında ve onların sağlıklı birinci derece akrabalarında yüksek dürtüsellik düzeyleri saptanmışken OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin ebevyenleri hastaların her gün günün birkaç saatini alabilen öfke nöbetleri geçirdiklerini bildirmektedir (191,192). Çalışmalar OKB'si bulunan kişilerde tehlike algılarının, zarardan kaçınma davranışlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (193). Çalışmalar OKB'li gençlerde yıkıcı davranışların %9 ile %57 gibi geniş bir aralıkta görülebildiğini bildirmektedir (147,148). OKB hastalarında öfke patlamalarının değerlendirildiği bir diğer çalışmada öfke patlamaları %38.5 oranında bildirilmiştir (192). OKB hastalarında yıkıcı davranışlar öfke duymaktan, agresif davranışlara kadar değişebilmektedir. Çalışmalar OKB'de daha çok, öfke duymanın, agresif olmayan, sözel patlamaların daha sıklıkla olduğunu göstermektedir (194). OKB'deki kabul edilemez dürtü, düşünce ya da imgelerin, bu düşüncelerin kontrolünün sağlanamaması, ritüellerin engellenmesi ve OKB ile ilişkili taleplerin reddinin öfkeye neden olabileceği ile ilgili çalışmalar mevcut olup fonksiyonel bozulma ile ilişkisinden dolayı OKB hastalarında öfke üzerinde dikkatle durulması gereken bir semptom olmaktadır (195).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Örneklem ve yöntem

3.1.1. Araştırmanın Tipi ve Evreni

Araştırma, 2 Ocak 2015 - 31 Aralık 2015 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, yaşları 11-18 yaş arasındaki OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. Araştırma, OKB tanısı konulan çocuk-ergenler ile kontrol grubuna ait öfke düzeyi ve depresyon ilişkisinin karşılaştırıldığı, vaka-kontrol tipte bir araştırma olarak düzenlenmiştir.

3.1.2. Araştırmanın örneklem büyüklüğü ve yöntemi

Araştırmanın örneklemini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk -Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, DSM-V'e göre OKB tanısı konmuş ve zeka düzeyi normal saptanan, 11-18 yaş grubu 50 çocuk - ergenden oluşmuştur. Kontrol grubu, tanı grubu ile yaş ve cinsiyet özellikleri açısından eşleştirilmiş, bedensel ve ruhsal kronik hastalığı olmayan toplumdan rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiş 50 çocuk ve ergenden oluşmuştur. Her iki grupta da çalışmadan dışlanma ölçütleri; okuma-yazma bilmeme, mental retardasyonu olma, kafa travması, epilepsi ve başka major bir nörolojik bozukluğun bulunması olarak belirlenmiştir.

3.2 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada çocuk ve ebeveynlerle ilgili sosyodemografik bilgileri elde etmek amacıyla Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Çocuk ve Ergenlerin zeka düzeyi WISC-R ya da St-Binet zeka testleri ile değerlendirilmiştir. Çocuk ve ergenlerde depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif semptomların belirlenmesi için Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI),

Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği, Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği, Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği uygulanmıştır.

3.2.1 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait bu form, anne-babaya, varsa kardeşlere ait yaş, eğitim, medikal ve ruhsal sağlık, varsa madde kullanımı gibi verileri; ayrılık/boşanma/ölüm, aylık gelir, kaldıkları konut, ailenin özelliği (çekirdek/geniş aile), çocuğa ait oda, evde bilgisayar varlığı gibi aileye ait verileri; annenin hamilelik ve doğum öyküsünün, çocuğun gelişim basamaklarının ve medikal öyküsünün sorgulandığı verileri; çocuğa ait psikiyatrik muayene bulgularının değerlendirildiği klinik verileri içermektedir. Bu form, çalışmayı yürüten doktor tarafından doldurulmuştur (Ek-1).

3.2.2 Çocuklar İçin Depresyon Envanteri (CDI)

CDI çocukluk depresyonunu araştırmada kullanılan, 6-17 yaş arası çocukların kendini değerlendirme ölçeğidir. Kovasc tarafından Beck Depresyon Envanteri esas alınarak geliştirilmiş olan bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Öy tarafından yapılmıştır (196). 27 maddelik ölçeğin her maddesinde depresyonla ilgili bir belirtinin son iki hafta içinde şiddetinin işaretlendiği 0, 1 veya 2 puanlık üç ayrı seçenek bulunmaktadır. Maksimum puan 54'tür. Major Depresyon açısından 19 ve üzeri puanlar değerlendirilir (Ek-2).

3.2.3 Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Boris Birmaher ve arkadaşları tarafından geliştirilen orijinali "The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)" ölçeğin Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karaceylan Çakmakçı tarafından yapılmıştır (197,198). Çocuk tarafından okunarak ya da çocuğa okunarak doldurulur. Çocuktan her cümle için kendisine en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. 8-18 yaş grubu hastalarda Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kırkbir adet likert tipi soru içerir. Her bir madde 0 ile 2 arasında puan alır. Doğru değil ya da nadiren doğru seçeneği 0 puan, biraz ya da bazen

doğru seçeneği 1 puan, doğru ya da çoğu zaman doğru seçeneği 2 puan alır. Ölçekte toplam puan 0-82 arasında değişmektedir. Herhangi bir kesme puanı saptanmamış olup alınan puan ne kadar yüksekse genel anksiyete düzeyi o kadar yüksektir.(Ek-3). Toplam puan kesme puanı 25 olarak önerilmektedir ve bir anksiyete bozukluğu varlığına işaret edebileceği dşnlmektedir. Her biri ayrı hesaplanan 5 faktör puanının kesim noktaları vardır ve sırasıyla şöyle hesaplanır.

Panik bozukluk ve somatik belirti:1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 ve 38. maddelerin toplam puanı 7 ve zeri,

Yaygın anksiyete bozukluğu: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35 ve 37. maddelerin toplam puanı 9 ve zeri,

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu: 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 ve 31. maddelerin toplam puanı 5 ve zeri,

Sosyal fobi: 3, 10, 26, 32, 39, 40 ve 41. maddelerin toplam puanı 8 ve zeri,

Okul reddi: 2, 11, 17 ve 36. maddelerin toplam puanı 3 ve üzeri şeklinde-dir.

3.2.4 Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk leği

Sağlıklı kişiler ve psikiyatrik hasta gruplarında obsesif kompulsif belirtilerin türünü ve yaygınlığını ölçmek amacıyla kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orjinalinde kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve kuşku alt ölçekleri varken, Türkçe formuna ruminasyon alt leği de eklenmiştir (199,200). Yönergesi ölçeğin başında mevcuttur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Ölçek 9 yaş ve üstü çocuklara uygulanmaktadır (Ek-4).

3.2.5 Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon leği

Goodman ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiş olan bu ölçek, klinik görüşmeye dayanan yarı yapılandırılmış bir sorgulama formudur. Değerlendirme, ocuk 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 rnekleminde değerlendiriciler arası güvenilirlik alışması Yücelen ve arkadaşları (2006) tarafından yayınlanmıştır (201). 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).

3.2.6 Sürekli Öfke Ölçeği (SÖÖTÖ):

Öfke duygusu ve ifadesini ölçen, 1983 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol ve sürekli öfke olmak üzere 4 alt ölçekten, 34 maddeden oluşmaktadır (175). Her madde 1- 4 arası puanlanmaktadır. Ölçekteki ilk 10 maddenin toplanmasıyla “Sürekli Öfke”; 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27, 31. maddelerin toplanmasıyla “Öfke içe vurum” ; 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33. maddelerin toplanmasıyla “Öfke Dışa vurum” ; 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30, 34. maddelerin toplanmasıyla “Öfke Kontrol” alt ölçeklerinin puanları elde edilir. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40’tır. Diğer alt ölçeklerin her birinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32’dir. SÖÖTÖ’nün alt ölçekleri olan, Sürekli Öfke’ den alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; Öfke Kontrolü alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; Öfke Dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve Öfke İçte alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özer tarafından 1994’te yapılmıştır (202) (Ek-6). Ergenler ve erişkinler için kullanılan bu ölçeğin 11-15 yaş grubu için SÖÖTÖ’nin yapı geçerliğinin ölçüt geçerliğinin yüksek olduğu bulunmuştur (203).

3.3. İstatiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS for Windows 13.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) paket programı kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama (X) ve standart sapma (SS); sayımla elde edilen veriler sayı (n), yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın istatistiksel analizi KTÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda yapılmıştır. İki grubun (OKB bulunan çocuk ve ergenler ile kontrol grubundaki çocuk ve ergenler) ölçümsel (interval) değişkenlerin ortalama değerlerinin normal dağılıma uyanları Student t testi, normal dağılıma uymayanları Mann Whitney U testi kullanılarak, gruplar arasındaki

ortalama puan farkları karşılaştırılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında X² (chi-square) testi kullanılmıştır. İlişkilendirme için verilerin normal dağılımına uygunluğuna göre Pearson veya Spearman Korelasyon Analizleri kullanılmıştır. Öfke düzeyi ve depresyon için yordayıcı olabilecek etkenler regresyon analizi ile incelenmiştir.

3.4. Etik

Araştırma konusu KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kuruluna sunulmuş, çalışma için onay alınmıştır. Çalışmayı yürüten hekim tarafından hasta ve kontrol grubuna alınması planlanan çocuk ve ergenlere ve anne-babalarına aydınlatılmış onam sunulmuş, katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir (Ek-7, Ek-8).

4. BULGULAR

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 2 Ocak 2015 - 31 Aralık 2015 tarihleri Tarihleri arasında 7 farklı çevre il merkezi, ilçeleri ya da köylerinden başvuran, 11-18 yaş aralığındaki 50 OKB tanısı konmuş ve zeka düzeyi normal saptanan çocuk ve ergen hasta grubunu oluşturdu. Kontrol grubu, tanı grubu ile yaş ve cinsiyet özellikleri açısından eşleştirilmiş, bedensel ve ruhsal kronik hastalığı olmayan toplumdaki rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiş 50 çocuk ve ergenden oluşturuldu.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Örneklemin Kendisine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Hasta ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet, mevcut eğitim durumu soruldu. Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalaması $13,5 \pm 2,0$ idi. Yaş açısından eşleştirilen hasta ve kontrol gruplarının aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=1,000$). Yaş gruplarının dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubunun yaşlarının dağılımı

	Hasta Grubu	Kontrol Grubu
Yaş (yıl)	n (%)	n (%)
11 yaş	10 (20)	10 (20)
12 yaş	11 (22)	11 (22)
13 yaş	3 (6)	3 (6)
14 yaş	11 (22)	11 (22)
15 yaş	4 (8)	4 (8)
16 yaş	11 (22)	11 (22)
Ortalama (X \pmSD)	13,5 \pm 2,0	13,5 \pm 2,0

X: aritmetik ortalama, SD: Standart sapma , n:sıklık, %:oran

Örneklemin cinsiyet dağılımı ve eğitim düzeyleri analiz edildi (Tablo 2). Hasta ve kontrol grubu çocuk ve ergenlerin %40' ı kız (n=20), %60'ı erkek (n=30) idi. Hasta ve kontrol grubunda erkek/kız oranı yaklaşık 1.5:1 olarak saptandı .Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p=1.000). Örneklemin eğitim durumlarının dağılımı Tablo 2'de gösterilmiş olup hasta ve kontrol grubunun eğitim düzeyleri arasında fark görülmedi (p=1.000).

Tablo 2: Hasta ve kontrol grubunun cinsiyete ve eğitim durumlarına göre dağılımı

	Hasta Grubu	Kontrol Grubu
	n (%)	n (%)
Kız	20 (40)	20 (40)
Erkek	30 (60)	30 (60)
İlkokul	0 (0)	0 (0)
Ortaokul	32 (64)	32 (64)
Lise	18 (36)	18 (36)
Toplam	50 (100)	50 (100)

Hasta grubunun birlikte geldiği kişiye göre dağılımı değerlendirildi. Hastaların %60'ı (n= 30) annesi, % 20'si (n=10) babası, %20'si (n=10) anne ve babası refakatinde polikliniğimize başvurdu.

Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin okul öncesi eğitim durumu anaokulu ya da kreşe gidip gitmediği sorularak, çocuk ve ergenler özel eğitim “almış (kreş ya da anaokuluna gitmiş)” ya da “almamış (kreş ya da anaokuluna gitmemiş)” olarak tanımlandı. Okul öncesi eğitim alanlar örneklemin %42'sini (n=21), okul öncesi eğitim almayanlar %58'ini (n=29) oluşturdu. Kontrol grubunda okul öncesi eğitim alanlar ise %

44 idi. Gruplar arasında okul öncesi eğitim alma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.9$).

4.1.2. Örneklemın Anne-Babaları ve Diğer Aile Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulguları

OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin anne-babalarının yaşı, eğitim düzeyleri, mesleği, aile durumu, madde kullanımı değişkenleri soruldu. Öncelikle hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin anne-baba yaşı aritmetik ortalamalarının dağılımı analiz edildi. OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin anne yaşı aritmetik ortalaması 38,0 (5,7 SD) iken, babaların yaş ortalaması 42,4 (7,3 SD) idi.

Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin anne babalarının ayrılık (boşanma) ya da ölümlerinin varlığı, çocukların anne-babalarının birlikte yaşayıp yaşamadıkları değişkenleri sorulduğunda çocuk ve ergenlerin %98'inin anne ve babası ile birlikte yaşadığı, %2'sinde ($n=1$) babanın ölmüş olduğu görüldü.

Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin anne ve baba eğitim ve çalışma durumlarının, sigara, alkol kullanımlarının, hastalık öykülerinin, ailedeki kişi sayısı, kardeş sayısı, aile tipi ve ailedeki psikiyatrik hastalık, suçluluk öykülerinin dağılımları Tablo 3'de gösterilmiştir. Annelerinin %66'sının, babaların %30'unun ilköğretim mezunu, annelerin %86'sının ev hanımı babaların %30'unun işçi olduğu, annelerin %88'i, babaların %52'sinde sigara, alkol kullanımının olmadığı, annelerin %22'sinde ($n=11$) sadece ruhsal hastalık, %18'inde ($n=9$) sadece organik hastalık, %2'sinde ($n=1$) organik ve ruhsal hastalık, babaların ise %6'sinde ($n=3$) sadece ruhsal hastalık, %12'sinde ($n=6$) sadece organik hastalık, %2'sinde ($n=1$) organik ve ruhsal hastalık öyküsü olduğu görüldü. . OKB'si bulunan gruptaki çocuk ve ergenlerin %38'inin 4 kişilik bir ailede, %32'sinin 5 kişilik bir ailede, %14'ünün 6 kişilik bir ailede, %10'unun 3 kişilik bir ailede, %4'ünün 7 kişilik bir ailede %2'sinin 10 kişilik bir ailede yaşadığı görüldü. Kardeş sayılarına göre örneklemın analizi yapıldığında hasta grubunda tek çocuk olan %10 ($n=10$) hasta, 1 kardeşe sahip olan %40 ($n=20$) , 2 kardeşe sahip %30 ($n=15$), 3 kardeşe sahip %16 ($n=8$), 4 kardeşe sahip %4 ($n=2$) idi (Tablo 3). Çocuk ve ergenlerin içinde yaşadıkları aile ortamı eğer yalnızca anne babası ve kardeşleri ile birlikte yaşıyor ise “çekirdek aile tipi”, yaşadıkları ortamda anneanne, babaanne, dede, ya da diğer yakın ya da uzak

akrabalar bulunuyorsa “geniş aile tipi” olarak tanımlandığında ise %96’sının çekirdek aile, %4’ünün geniş aile olduğu, %10 unda ailede OKB öyküsü, %8 inde depresyon öyküsü, %8’inde anksiyete bozukluğu öyküsü, %2 sinde BAB, psikotik bozukluk öyküsü, %2’inde MR, otizm öyküsü, %2’inde belirtilmemiş bir psikiyatrik hastalık öyküsü, %4’ünde ise suçluluk öyküsü olduğu görüldü.

Tablo 3: Hasta grubunun anne-baba ve aile ile ilişkili değişkenlerin dağılımı

		Hasta Grubu	
		Anne	Baba
Eğitim durumu		n (%)	n (%)
	İlkokul	33 (66)	15 (30)
	Ortaokul	5 (10)	10 (20)
	Lise	8 (16)	15 (30)
	Lisans	2 (4)	10 (20)
	Lisans üstü	1 (2)	0 (0)
	Okur-yazar değil	1 (2)	0 (0)
Ev hanımı/Çalışmıyor		43 (86)	2 (4)
İşçi		2 (4)	15 (30)
Memur		4 (8)	12 (24)
Serbest		1 (2)	15 (30)
Emekli		0 (0)	6 (12)
Sigara ve alkol kullanımı yok		44 (88)	26 (52)
Sadece sigara kullanımı var		6 (12)	21 (42)
Sadece alkol kullanımı var		0 (0)	0 (0)
Sigara ve alkol kullanımı var		0 (0)	3 (6)
Hastalık öyküsü yok		29 (58)	40 (80)
Sadece organik hastalık var		9 (18)	6 (12)
Sadece ruhsal hastalık var		11 (22)	3 (6)
Organik ve ruhsal hastalık var		1 (2)	1 (2)
Ailedeki kişi sayısı	3		5 (10)
	4		19 (38)
	5		16 (32)
	6		7 (14)
	7		2 (4)
	10		1 (2)
Kardeş sayısı	0		5 (10)
	1		20 (40)
	2		15 (30)
	3		8 (16)
	4		2 (4)
Aile tipi	Çekirdek aile		48 (96)
	Geniş aile		2 (4)
Psikiyatrik	Yok		34 (68)

hastalık öyküsü	OKB öyküsü	5 (10)
	Depresyon öyküsü	4 (8)
	Anksiyete bozukluğu öyküsü	4 (8)
	BAB, psikotik bozukluk öyküsü	1 (2)
	MR, otizm öyküsü	1 (2)
	Belirtilmemiş psikiyatrik hastalık	1 (2)
Ailede suçluluk öyküsü	Suçluluk öyküsü yok	48 (96)
	Suçluluk öyküsü var	2 (4)
Toplam		50 (100)

Hasta grubundaki anne ve baba arasındaki akraba evliliği açısından yapılan değerlendirmede akrabalık %16 (n=8) ebevynde mevcuttu.

4.1.3. Örneklemin Gelişimsel Özellikleri ile İlgili Bulgular

Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin doğum öyküleri (doğumun zamanı, şekli), gebelik sürecinde, doğum sonrasındaki hastalık öyküleri, travma, ameliyat, patolojik davranış ve hastalık öyküleri ile ilgili değişkenler değerlendirildi. Prematür (37 haftalık olmadan önce doğanlar), matür (37. ve 42. haftalar arasında doğanlar) ve postmatür (42. haftadan sonra doğanlar) tanımlamaları yapılarak dağılımları analiz edildi. OKB'si bulunan gruptaki çocuk ve ergenlerin %98'i matür, %2'si prematürdü. Doğum şekilleri “normal vajinal yol” ve “sezaryen” değişkenleri olarak tanımlanarak dağılımlarına bakıldığında ise %64'ünün normal vajinal yol ile doğduğu, %72'sinde doğum sonrası herhangi bir hastalık %82'sinin herhangi bir travma, ameliyat öyküsünün olmadığı, %28'inde tırnak yemenin, %8'inde tiklerin olduğu, % 86'sında ek herhangi bir organik hastalık öyküsünün olmadığı görüldü (Tablo 4).

Tablo 4: Hasta grubunun doğum, hastalık, travma , ameliyat, patolojik davranış öykülerinin dağılımı

		Hasta grubu	
		n	(%)
Doğum zamanı	Matür	49	(98)
	Prematür	1	(2)
	Postmatür	0	(0)
Doğum şekli	Spontan vajinal yol	32	(64)
	Sezeryan	18	(36)
Gebelik süreci	Hastalık/travma öyküsü yok	41	(82)
	Kanama öyküsü	3	(6)
	Hastalık öyküsü	3	(6)
	Ruhi travma öyküsü	3	(6)
Doğum sonrası hastalık öyküsü	Hastalık öyküsü yok	36	(72)
	Siyanoz	2	(4)
	Küvöz bakımı	3	(6)
	Sarılık	7	(14)
	Siyanoz+sarılık	1	(2)
	Sarılık+küvöz bakımı	1	(2)
Travma/ameliyat öyküsü	Travma ya da ameliyat öyküsü yok	41	(82)
	Travma öyküsü var	2	(4)
	Ameliyat öyküsü var	7	(14)
	Travma ve ameliyat öyküsü var	0	(0)
Patolojik davranış	(Yok)	32	(64)
	Tırnak yeme	14	(28)
	Parmak emme	0	(0)
	Diş gıcırdatma	0	(0)
	Tik	4	(8)
	Hastalık öyküsü	Herhangi bir hastalık öyküsü yok	43
	Havale öyküsü var	3	(6)
	Menenjit öyküsü var	1	(2)
	Havale ve menenjit öyküsü var	1	(2)
	Üriner sistem hastalığı öyküsü var	1	(2)
	Kalp hastalığı öyküsü var	0	(0)
	Göz hastalığı öyküsü var	1	(2)
Toplam		50	(100)

Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin anne sütü alma süresi, yürüme yaşı, konuşma yaşı ve tuvalet eğitimi yaşı ay olarak kaydedildi ve aritmetik ortalaması alındı. OKB’u bulunan grupta anne sütü alma süresi ortalama $10,5 \pm 11,8$ ay, yürüme yaşı $12,6 \pm 2,4$ ay, konuşma yaşı $15,5 \pm 7,8$ ay, tuvalet eğitimi gündüz $29,9 \pm 5,9$ ay, tuvalet eğitimi gece $34,8 \pm 19,4$ ay olarak belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5: Hasta grubunun gelişim basamaklarının dağılımı

Hasta grubu				
Gelişim dönemi	Minumum süre (ay)	Maximum süre (ay)	Ortalama süre (ay)	SD
Anne sütü alma süresi (ay)	0	60	10,5	11,8
Yürüme yaşı (ay)	9	18	12,6	2,4
Konuşma yaşı (ay)	12	60	15,5	7,8
Tuvalet eğitimi gündüz (ay)	18	40	29,9	5,9
Tuvalet eğitimi gece (ay)	18	144	34,8	19,4

4.1.4. Hasta Grubunun Ekonomik Değişkenler ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları

Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerin ailelerinin ev mülkiyeti, oda mülkiyeti soruldu. Hasta grubunun % 62’sinin (n=31) evi kendilerine aitken % 40 ının (n=20) çocuk odasına sahip olduğu tespit edildi.

4.1.5. OKB’si Bulunan Gruba Yönelik Tanımlayıcı Bulguları

OKB’li grubun obsesyon tipi kirlenme, saldırganlık, cinsel, biriktirme, batıl inanç obsesyonları, somatik, dini obsesyonlar ve diğer obsesyonlar olarak, kompulsiyonların tipi yıkama-temizleme, kontrol etme, tekrarlayıcı törensel davranışlar, sayma, sıralama-düzen, biriktirme, batıl davranışlar, diğer insanları içeren törensel davranışlar ve diğer olarak gruplandırılarak soruldu.

Obsesyonların tipi sorulduğunda %44 hastada (n=22) tek obsesyon, %56 hastada (n=28) birden fazla obsesyon tespit edildi. Kompulsyonların tipi sorulduğunda ise %28 hastada (n=14) tek kompulsiyon tipi görülürken % 72 hastada (n=36) birden fazla kompulsiyon tespit edildi (Tablo 6).

Tablo 6: Hasta grubunun obsesyon ve kompulsiyon tiplerine göre dağılımı

Hasta grubu	
Obsesyon tipi	n (%)
Tek obsesyon	22 (44)
Birden fazla obsesyon	28 (56)
Toplam	50 (100)
Kompulsyon tipi	
Tek kompulsiyon	14 (28)
Birden fazla kompulsiyon	36 (72)
Toplam	50 (100)

Hasta grubu klinik görünümde baskın olan obsesyon ve kompulsiyonlar açısından değerlendirildiğinde en sık görülen obsesyonun %46 ile (n=23) kirlenme olduğu, bunu % 22 (n=11) ile dini obsesyonların ve %12 ile diğer obsesyonların izlediği, en sık görülen kompulsiyonun ise yıkama temizleme kompulsiyonunun %40 (n=20) olduğu, bunu tekrarlayıcı törensel davranışlarının %22 (n=11) ve kontrol etme kompulsiyonlarının %10 (n=5) ile izlediği tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Hasta grubunun klinikteki baskın obsesyon ve kompulsiyon tiplerine göre dağılımı

Hasta grubu	
Baskın Obsesyon tipi	n (%)
Kirlenme	23 (46)
Saldırganlık	1 (2)
Cinsel	1 (2)
Biriktirme	0 (0)
Batıl inanç obsesyonları	2 (4)
Somatik	1 (2)
Dini	11 (22)
Diğer	6 (12)
Saldırganlık, dini	2 (4)
Dini, kirlenme	1 (2)
Dini, kirlenme, cinsel	1 (2)
Kirlenme, saldırganlık, dini	1 (2)
Toplam	50 (100)
Baskın kompulsiyon	n (%)
Yıkama- temizleme kompulsiyonu	20 (40)
Kontrol etme kompulsiyonu	5 (10)
Tekrarlayıcı törensel davranışlar	11 (22)
Sayma kompulsiyonu	1 (2)
Sıralama- düzenleme kompulsiyonları	1 (2)
Biriktirme kompulsiyonu	0 (0)
Batıl davranışlar	0 (0)
Diğer insanları içeren törensel davranışlar	1 (2)
Diğer kompulsiyonlar	0 (0)
Sıralama, kontrol kompulsiyonları	1 (2)
Temizleme-yıkama, sayma kompulsiyonları	1 (2)
Temizleme-yıkama, kontrol kompulsiyonları	4 (8)
Temizleme-yıkama, kontrol, sıralama- düzenleme kompulsiyonları	2 (4)
Tekrarlayıcı törensel davranışlar, kontrol kompulsiyonları	1 (2)
Temizleme-yıkama, tekrarlayıcı törensel	1 (2)

davranışlar

**Temizleme-yıkama, sıralama-
düzenleme kompulsiyonları** 1 (2)

Toplam 50 (100)

4.2. UYGULANAN TEST VE ÖLÇEKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Hasta grubunun değerlendirilmesi sırasında kullanılan WISC-R zeka testi, St-Binet zeka testi, Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği, Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI), Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği, Çocuklar için-Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon ölçeği, Sürekli Öfke Ölçeği sonuçları analiz edilerek elde edilen veriler gruplar arasında karşılaştırıldı.

4.2.1. Zeka Testi Sonuçlarına İlişkin Bulgular

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.

4.2.2. Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (Ç-YBOCS) Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Hasta grubunun OKB belirtileri ve belirti şiddetleri Ç-YBOCS ile değerlendirildi. Hasta grubunda Ç-YBOCS puan ortalaması 18.7 idi. Ç-YBOCS puanlarına göre 8-15 puan hafif hastalık, 16-23 puan orta derecede hastalık, 24 puan üstü ağır hastalık olarak tanımlanarak değerlendirildiğinde %36.7’sinde (n=18) hafif hastalık, %34,6’sında (n=17) orta derecede hastalık, %28,5 ‘inde (n=14) ağır hastalık tespit edildi. Ç-YBOCS puanlarının dağılımları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Hasta grubunda Ç-YBOCS puanlarının dağılımları

		Hasta grubu	
Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği puanı		n	(%)
	4	1	(2)
Hafif derecede hastalık*	8	3	(6)
n(%): 18 (36,7)	10	6	(12)
	12	6	(12)
	14	3	(6)
Orta derecede hastalık**	16	1	(2)
n(%): 17 (34,6)	18	3	(6)
	20	4	(8)
	22	9	(18)
Ağır derecede hastalık***	24	5	(10)
n(%): 14 (28,5)	26	3	(6)
	28	1	(2)
	30	3	(6)
	32	1	(2)
	38	1	(2)

* Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği puanı 8-15 puan olanlar

** Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği puanı 16-23 puan olanlar

*** Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği puanı 24 ve üstü olanlar

Hasta grubunun Ç-YBOCS'a göre klinik özellikler Tablo 9A ve 9B'de gösterilmiştir. Obsesyon ve kompulsiyonlarla geçen zaman değerlendirildiğinde hastaların %54'ünde (n=27) obsesyon ve kompulsiyonlarla geçen zamanının hafif olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlardan etkilenmenin %34 hastada (n=17) hafif, %42 hastada (n=21) orta, % 14 hastada (n=7) ağır düzeyde olduğu, hastaların %38'inin obsesyon ve kompulsiyonlardan ağır düzeyde rahatsız olduğu, %40'ında (n=20) obsesyon ve kompulsiyonlara direnmenin hafif, %36'sında (n=18) orta, %18'inde ağır ve % 2 sinde (n=1) ileri olduğu görülmüştür (tablo 18). Obsesyon ve kompulsiyonların kontrolü değerlendirildiğinde hastaların %48'inde obsesyon ve kompulsiyon üzerinde kontrolün az olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlar hakkında içgörü değerlendirildiğinde hastaların %26'sında (n=13) içgörünün orta olduğu, % 56'sında (n=28) iyi olduğu, %14'ünde (n=7) mükemmel olduğu, % 4'ünde (n=2) içgörünün zayıf olduğu, %46'sında (n=23) kaçınmanın hafif olduğu, %42

hastada hafif düzeyde kararsızlığın olduğu, % 42'sinde (n=21) patolojik sorumluluğun olmadığı, obsesyon ve kompulsiyonlara bağlı hareketlerdeki yavaşlama değerlendirildiğinde hastaların %44'ünde (n=22) orta düzeyde, %20'sinde (n=10) hafif düzeyde, %14'ünde (n=7) ağır düzeyde, % 2'sinde (n=1) ileri düzeyde yavaşlamanın olduğu, hastaların % 42'sinde (n=21) patolojik kuşkunun olmadığı, % 34'ünde (n=17) hafif olduğu görülmüştür (Tablo 9A,9B).

Tablo 9A: Hasta grubunun Ç-YBOCS'a göre klinik özelliklerin şiddetlerinin dağılımı

Klinik özellikler	Etkilenme	Rahatsız olma	Direnme	Kaçınma	Kararsızlık	Sorumluluk	Yavaşlama	Patolojik kuşku
Yok	5 (10)	1 (2)	2 (4)	11 (22)	11 (22)	21 (42)	10 (20)	21 (42)
Hafif	17 (34)	17 (34)	20 (40)	23 (46)	21 (42)	18 (36)	10 (20)	17 (34)
Orta	21 (42)	12 (24)	18 (36)	12 (24)	10 (20)	8 (16)	22 (44)	10 (20)
Ağır	7 (14)	19 (38)	9 (18)	3 (6)	8 (16)	3 (6)	7 (14)	2 (4)
İleri		1 (2)	1 (2)	1 (2)				

Tablo 9B: Hasta grubunun Ç-YBOCS'a göre klinik özelliklerin dağılımı

Obsesyon ve kompulsiyonlarla geçen zaman	Hasta grubu n (%)
Hafif	27 (54)
Orta	16 (32)
İleri	7 (14)
Obsesyon ve kompulsiyonların kontrolü	
Tam kontrol	1 (2)
Yeterli kontrol	14 (28)
Orta kontrol	10 (20)
Az kontrol	24 (48)

Obsesyon ve kompulsiyonlar hakkında içgörü	n (%)
Mükemmel	7 (14)
Iyi	28 (56)
Orta	13 (26)
Zayıf	2 (4)

4.2.3. Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Hasta grubunun OKB belirtileri Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği ile değerlendirildi. Bu gruptaki Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği ortalaması 19,1 idi (Tablo 10).

Tablo 10: Hasta grubunun Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği puanı	Hasta grubu	
	X	SD
	19,1	7,4

4.2.4. Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği ve Depresyon Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Örneklemin anksiyete skorları çocuk ve ergenlerin kendilerine verilen Anksiyete Ölçeği, depresyon skorları ile Çocuklar için Depresyon ölçeği ile değerlendirilerek sonuçları tabloda gösterildi (Tablo 11). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin anksiyete ölçeği toplam puan ortalaması 33,7 ±13,1 olarak bulundu. Kontrol grubunun anksiyete ölçeği toplam puan ortalaması 27,5± 12,2 olarak bulundu. Gruplar arasında anksiyete ölçeği toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (**p<0.01**). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin CDI ölçeği toplam puan ortalaması 11.0

olarak bulunurken kontrol grubunun CDI toplam puan ortalaması ise 6.6 olarak bulundu. OKB’u olan grubun CDI ölçeği toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.02$).

Tablo 11: Hasta ve kontrol grubunun anksiyete ve depresyon ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı

	Hasta grubu	Kontrol grubu	p
	X ±SD	X ±SD	
Anksiyete ölçeği toplam puan	33,7 ± 13,1	27,5± 12,2	0.01
CDI ölçeği toplam puan	14,9± 7,2	11,7 ± 7,0	0.02

Örneklemin ÇATÖ ve CDI ölçek puanlarının dağılımları Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Örneklemin ÇATÖ ve CDI ölçek puanlarının dağılımları

	Hasta grubu		Kontrol grubu	
Anksiyete bozukluğu*	n	(%)	n	(%)
Var	36	(72)	32	(64)
Yok	14	(28)	18	(36)
Depresif bozukluk**				
Var	16	(32)	7	(14)
Yok	34	(68)	43	(86)
Depresyon+Anksiyete var	14	(28)	5	(10)

*ÇATÖ ölçeğine göre anksiyete toplam puanının 25 ve üstü olması

** CDI ölçeğine göre depresyon toplam puanının 19 ve üstü olması

Hasta grubu OKB’ye komorbid anksiyete bozuklukları açısından değerlendirildiğinde anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan % 72(n=36) çocuk ve ergenin %66’sında ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %60’ında sosyal anksiyete bozukluğu, %48’inde panik bozukluk, %46’sında yaygın anksiyete bozukluğu ve %28’sinde okul reddinin olduğu, %10’unda 1, %14’ünde 2, %32’sinde 3, %20’sinde 4, %8’inde 5 anksiyete bozukluğu alt tipi komorbiditesinin olduğu görüldü.

4.2.5. OKB'si Bulunan Grupta Depresyon ve Anksiyete Komorbiditelerinin Sosyodemografik Veriler ile İlişkili Bulguları

OKB grubu eşlik eden depresyon ve anksiyete bozukluğu olmayanlar (n=12), sadece anksiyete bozukluğu komorbiditesi olanlar (n=22) ve anksiyete ve depresyonun birlikte eşlik ettiği hastalar (n=14) olarak gruplandırılmış ve gruplar arasında yaş, anne yaşı, baba yaşı, yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimi yaşları, anne sütü alma süreleri gibi sosyodemografik veriler karşılaştırılmıştır. Karşılaştırılan sosyodemografik veriler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Hasta grubunda depresyon ve anksiyete komorbiditelerinin sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması

	Depresyon ve anksiyete yok (n=12)		Sadece anksiyete bozukluğu komorbidite var (n=22)		Depresyon ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi var (n=14)		p
	X	SD	X	SD	X	SD	
Anne yaşı	29.2	5.8	25.0	5.4	19.5	6.2	0.20
Baba yaşı	28.9	6.3	21.7	7.8	25.1	4.8	0.34
Ailedeki kişi sayısı	5.1	0.9	4.9	0.8	4.7	0.8	0.9
Yürüme yaşı (ay)	23.2	2.3	26.6	2.6	22.2	2.6	0.54
Konuşma yaşı (ay)	20.9	2.4	28.9	5.6	20,6	3.5	0.06
Tuvalet eğitimi gündüz (ay)	22.8	6.2	25.3	6.1	24.6	5.9	0.87
Tuvalet eğitimi gece (ay)	21.5	6.2	25.3	6.1	25.6	5.9	0.68
Anne sütü alma (ay)	25.7	4.8	27.5	12.1	18.5	15.8	0.15

4.2.6. Sürekli Öfke Öfke Tarzı Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Örneklemin sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanları sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği ile değerlendirilerek sonuçları tabloda gösterildi (Tablo 14). OKB tanısı konulan grupta sürekli öfke puan ortalaması $23,5 \pm 6,8$, öfke içe puan ortalaması $17,2 \pm 4,6$, öfke dışa puan ortalaması $17,7 \pm 4,6$, öfke kontrol puan ortalaması $20,7 \pm 4,4$ olarak kontrol grubunda ise sürekli öfke puan ortalaması $22,6 \pm 7,2$, öfke içe puan ortalaması $15,6 \pm 5,0$, öfke dışa puan ortalaması $16,7 \pm 5,0$, öfke kontrol puan ortalaması $20,1 \pm 4,7$ olarak tespit edildi. Gruplar arasında sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 14: Hasta ve kontrol grubunun Sürekli Öfke Öfke Tarzı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

	Hasta grubu		Kontrol grubu		p
	X	SD	X	SD	
Öfke ölçeği					
Sürekli öfke	23,5	6,8	22,6	7,2	0,5
Öfke içe	17,2	4,6	15,6	5,0	0,1
Öfke dışa	17,7	4,6	16,7	5,0	0,3
Öfke kontrol	20,7	4,4	20,1	4,7	0,5

Hasta grubunda depresyonu olan ve olmayan grup ve anksiyetesi olan ve olmayan gruplar arasında öfke düzeyleri ve öfke ifade etme tarzları karşılaştırılmış olup depresyonu olan grupta sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının depresyonu olmayan gruba göre yüksek olduğu, anksiyetesi olan grupta sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa puanlarının anksiyetesi olmayan gruba göre yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 15).

Tablo 15: Hasta grubunda depresyonu olan ve olmayan ve anksiyetesi olan ve olmayan gruplar arasında öfke düzeyleri ve öfke ifade etme tarzlarının dağılımı

	Depresyon		P	Anksiyete		p
	Var**	Yok		Var*	Yok	
	(n=16)	(n=34)		(n=36)	(n=14)	
	X ±SD	X± SD	X ±SD	X± SD		
Sürekli öfke	26,3±6,2	22,2±6,7	0,04	25,6±5,7	18,0 ±6,2	0,01
Öfke içe	19,8±4,5	16,0 ±4,3	0,01	18,4 ±4,3	14,1± 4,1	0,01
Öfke dışa	20,3 ±4,7	16,4±4,0	0,01	18,7±4,3	14,9±4,3	0,01
Öfke kontrol	18,8±3,9	21,6±	0,04	20,0 ±3,9	22,5± 5,3	0,1

*ÇATÖ ölçeğine göre anksiyete toplam puanının 25 ve üstü olması

** CDI ölçeğine göre depresyon toplam puanının 19 ve üstü olması

Hasta ve kontrol gruplarında sadece anksiyetesi olanlar ile anksiyete ve depresyonu olanların sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında farklılık görülmemiştir (Tablo 16).

Tablo 16: Hasta ve kontrol gruplarında sadece anksiyetesi olanlar ile anksiyete ve depresyonu olanların sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

	Hasta		p	Kontrol		p
	Sadece anksiyetesi olan (n=22)	Anksiyete ve depresyonu olan (n=14)		Sadece anksiyetesi olan (n=27)	Anksiyete ve depresyonu olan (n=5)	
	X	X		X	X	
	SD	SD		SD	SD	
Sürekli öfke	25,3	26,2	0,6	22,4	25,6	0,3
	5,2	6,7		7,6	6,5	
Öfke içe	17,6	19,7	0,1	15,3	21,4	0,1
	3,9	4,8		5,1	3,6	
Öfke dışa	17,9	20,1	0,1	16,4	18,4	0,4
	3,7	5,0		5,6	3,0	
Öfke kontrol	21,0	18,4	0,05	21,2	17,8	0,1
	3,9	3,5		4,8	4,7	

Hasta ve kontrol gruplarında sadece anksiyetesi olanlar ve anksiyete ve depresyonu olmayanların sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunda gruplar arasında fark yokken hasta grubunda anksiyetesi olanlarda sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışa puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 17).

Tablo 17: Hasta ve kontrol gruplarında sadece anksiyetesi olanlar ve anksiyete ve depresyonu olmayanların sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

	Hasta		p	Kontrol		p
	Sadece anksiyetesi olan (n=22)	Anksiyete ve depresyonu olmayanlar (n=12)		Sadece anksiyetesi olan (n=27)	Anksiyete ve depresyonu olmayan (n=16)	
	X SD	X SD		X SD	X SD	
Sürekli öfke	25,3 5,2	16,5 5,2	0,01	22,4 7,6	21,8 7,2	0,8
Öfke içe	17,6 3,9	13,0 3,1	0,01	15,3 5,1	14,0 3,9	0,4
Öfke dışa	17,9 3,7	13,7 3,3	0,01	16,4 5,6	16,5 4,9	0,9
Öfke kontrol	21,0 3,9	22,6 5,3	0,3	21,2 4,8	19,1 4,2	0,1

Hasta ve kontrol gruplarında depresyon ve anksiyete ölçeği ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının korelasyonu değerlendirilmiş ve hasta ve kontrol gruplarında depresyon puanları ile sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışa puanları pozitif korele iken anksiyete puanları hasta grubunda sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışa puanları, kontrol grubunda öfke içe puanları ile pozitif korele bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18: Hasta ve kontrol gruplarında depresyon ve anksiyete ölçekleri ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının korelasyonu

	Depresyon ölçeği		Anksiyete ölçeği	
	Pearson korelasyon Sig.		Pearson korelasyon Sig.	
	Hasta grubu	Kontrol grubu	Hasta grubu	Kontrol grubu
Depresyon/Anksiyete ölçeği	1	1	1	1
Sürekli öfke	0,477 0,01	0,393 0,01	0,520 0,01	0,168 0,245
Öfke içe	0,571 0,01	0,589 0,01	0,553 0,01	0,326 0,02
Öfke dışa	0,499 0,01	0,462 0,01	0,443 0,01	0,149 0,302
Öfke kontrol	-,241 0,09	-,279 0,05	-,278 0,05	0,20 0,89

Hasta ve kontrol grubunda CDI ve ÇATÖ ölçeklerine göre depresyonu olan ve anksiyetesi olan grupların sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 19).

Tablo 19: Hasta ve kontrol grubunda depresyonu ve anksiyetesi olanların sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

	Depresyon			Anksiyete		
	Hasta grubu (n:16)	Kontrol grubu(n:7)	P	Hasta grubu (n:36)	Kontrol grubu(n:32)	P
Sürekli öfke	26,3	25,2	0,69	25,6	22,9	0,089
Öfke içe	19,8	20,7	0,67	38,3	30,1	0,085
Öfke dışa	20,3	18,4	0,32	38,9	29,5	0,051
Öfke kontrol	18,8	18,4	0,81	20,0	20,6	0,544

Hasta grubunda Ç-YBOCS ölçeğine göre OKB şiddeti ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının korelasyonu değerlendirilmiş ve Tablo 20’de gösterilmiştir. Buna göre OKB şiddeti ile öfke içe puanları, sürekli öfke puanları ile öfke içe ve öfke dışa puanları, öfke içe puanları ile öfke dışa puanları pozitif korele, sürekli öfke puanları ile öfke kontrol, öfke dışa puanları ile öfke kontrol puanları negatif korele olarak bulunmuştur.

Tablo 20: Hasta grubunda Ç-YBOCS’a göre OKB şiddeti ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının korelasyonu

	Ç-YBOCS şiddet	Sürekli öfke	Öfke içe	Öfke dışa	Öfke kontrol
Ç-YBOCS şiddet					
Pearson	1	0,260	0,456	0,202	0,013
korelasyon		0,06	0,01	0,16	0,92
Sig.					
Sürekli öfke					
pearson	0,260	1	0,633	0,694	-,288
korelasyon	0,068		0,01	0,01	0,04
Sig.					
Öfke içe					
pearson	0,456	0,633	1	0,389	-,149
korelasyon	0,01	0,01		0,01	0,3
Sig.					
Öfke dışa					
pearson	0,202	0,694	0,389	1	-,376
korelasyon	0,160	0,01	0,01		0,01
Sig.					
Öfke kontrol					
pearson	0,013	-,288	-,149	-,376	1
korelasyon	0,92	0,04	0,3	0,01	
Sig.					

Hasta grubunda çocuklar için Maudsley ölçeğine göre OKB şiddeti ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının korelasyonu değerlendirilmiş ve Tablo 21’de gösterilmiştir. Maudsley puanı ile öfke içe arasında pozitif korelasyon görülmüştür.

Tablo 21: Hasta grubunda Maudsley ölçeğine göre OKB şiddeti ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının korelasyonu

	Maudsley	Sürekli öfke	Öfke içe	Öfke dışa	Öfke kontrol
Maudsley					
Pearsonkorelasyon	1	0,210	0,280	0,215	0,00
Sig.		0,142	0.049	0,133	0,99

Hasta grubunda Ç-YBOCS OKB şiddeti ile depresyon ve anksiyete puanlarının korelasyonu Tablo 22’de gösterilmiştir. Ç-YBOCS OKB şiddeti ile depresyon ve anksiyete puanları ve anksiyete puanları ile depresyon puanları pozitif korele bulunmuştur.

Tablo 22: Hasta grubunda Ç-YBOCS OKB şiddeti ile depresyon ve anksiyete puanlarının korelasyonu

	Ç-YBOCS OKB şiddeti	Depresyon ölçeği	Anksiyete ölçeği
Ç-YBOCS OKB şiddeti	1	0,373	0,484
Depresyon ölçeği	0,373	1	0,667
Anksiyete ölçeği	0,484	0,667	1
	0,01	0,01	0,01

Ç-YBOCS ölçeğine göre hasta grubu ölçek puanı 8-15 puan olanlar hafif hastalık, 16-23 puan olanlar orta derecede hastalık ve ölçek puanı 24 ve üstü olanlar ağır hastalık olarak gruplandırılmış ve gruplar arası depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır (Tablo 23). Hafif, orta ve ağır hastalık grupları arasında depresyon puanları, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanları açısından fark bulunmazken anksiyete puanlarının post hoc analizinde hafif hastalık ve ağır hastalık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (Tablo 24). Öfke içe puanlarının post hoc analizinde hafif ve orta derece hastalık ile hafif ve ağır hastalık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 24).

Tablo 23: Ç-YBOCS'a göre OKB şiddeti ve depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

	Depresyon ölçeği		Anksiyete ölçeği		Sürekli öfke		Öfke içe		Öfke dışı		Öfke kontrol	
Ç-YBOCS OKB şiddeti	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Hafif hastalık (8-15 puan) n=19	12,2	7,6	26,2	9,4	20,6	5,9	14,3	2,9	16,3	4,7	19,9	3,8
Orta derece hastalık (16-23 puan) n=17	15,5	8,1	35	15,1	25,5	8,0	19,4	4,8	18,6	4,5	20,2	5,2
Ağır hastalık (24 ve üstü puan) n=14	17,8	4,5	41,7	10,3	24,8	5,3	18,7	4,5	18,3	4,6	21,8	4,1
p	0,147		0,003		0,160		0,003		0,320		0,318	

Tablo 24: ÇYBOCS'a göre OKB şiddeti ve anksiyete, öfke içe puanlarının post hoc analizi

Anksiyete ölçeği		
Hafif hastalık (grup 1)	Grup 2	0,115
	Grup 3	0,003
	Grup 1	0,115
Orta derece hastalık (grup 2)	Grup 3	0,266
	Grup 1	0,003
Ağır hastalık (grup 3)	Grup 2	0,266
	Grup 1	0,003
Öfke içe		
Hafif hastalık (grup 1)	Grup 2	0,003
	Grup 3	0,008
	Grup 1	0,003
Orta derece hastalık (grup 2)	Grup 3	0,523
	Grup 1	0,008
Ağır hastalık (grup 3)	Grup 2	0,523
	Grup 1	0,008

Hasta grubunda maudsley puanları ile anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının karşılaştırılması yapıldığında Maudsley puanları ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları pozitif korele bulunmuştur (Tablo 25).

Tablo 25: Hasta grubunda Maudsley puanları ile anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının korelasyonları

	Anksiyete ölçeği	Depresyon ölçeği
Maudsley ölçeği korelasyon	0,435	0,483
Sig	0,002	0,001

Hasta grubunda obsesyonların sayısı 1 tane olanlar (n=22) ve birden fazla obsesyonu olanlar (n=28) ve kompulsiyon sayısı 1 tane olanlar (n=14) ve birden fazla kompulsiyonu olanlar (n=36) gruplandırılarak gruplar arasında depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması yapılmış obsesyon sayısı birden fazla olanlarda anksiyete ve öfke içe puanlarının daha yüksek olduğu, birden fazla kompulsiyonu olan grupta anksiyete puanları anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür (Tablo 26).

Tablo 26: Hasta grubundan obsesyon ve kompulsiyon sayıları ile depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları (X±SD)	Obsesyon sayısı			Kompulsiyon sayısı		
	Bir tane(n:22)	Birden fazla(n:28)	p	Bir tane(n:14)	Birden fazla(n:36)	p
Depresyon ölçek puanı	14,1±7,1	15,5±7,4	0,495	13,8±6,7	15,3±7,5	0,518
Anksiyete ölçek puanı	28,1±11,1	38,1±13,1	0,006	18,1±	28,3±	0,02
Sürekli öfke puanı	21,5±6,8	25,1±6,4	0,063	21,5±6,3	24,3±6,8	0,184
Öfke içe puanı	15,7±4,3	17,9±4,6	0,042	15,5±4,5	17,9±4,6	0,103
Öfke dışı puanı	23,5±	27,0±	0,394	16,4±2,7	18,1±5,1	0,230
Öfke kontrol puanı	20,8±4,6	20,6±4,3	0,914	20,0±4,1	21,0±4,6	0,515

Hasta grubunda en sık görülen baskın obsesyon (kirlenme n=23, dini n=11, diğer obsesyonlar n=7) ve kompulsiyon tipleri (yıkama/temizleme n=20, tekrarlayıcı törensel n=11, kontrol kompulsiyonu n=5) arasında depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması yapılarak Tablo 27’de gösterilmiştir. Kirlenme, dini ve diğer obsesyonu olan gruplar arasında depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanları açısından farklılık görülmemişken tekrarlayıcı törensel kompulsiyonları olanlarda kontrol kompulsiyonları olanlara göre öfke dışa, sürekli öfke ve anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 27,28).

Tablo 27: Hasta grubunda baskın obsesyon ve kompulsiyon tipleri arasında depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması

	Depresyon ölçeği	Anksiyete ölçeği	Sürekli öfke	Öfke içe	Öfke dışa	Öfke kontrol
Baskın obsesyon tipleri	Sig. 0,320	Sig. 0,116	Sig. 0,340	Sig. 0,826	Sig. 0,092	Sig. 0.207
Baskın kompulsiyon tipleri	Sig. 0,057	Sig. 0,007	Sig. 0,027	Sig. 0,101	Sig. 0,005	Sig. 0.915

Tablo 28: Hasta grubunda baskın kompulsiyon tipine göre anksiyete, öfke dışa ve sürekli öfke puanlarının post hoc analizi

		Sig.
Anksiyete ölçeği	Yıkama/temizleme (x=29,0)	0,021
	Tekrarlayıcı törensel (x=41,6)	0,646
	Kontrol	0,021
	Yıkama/temizleme (x=23,8)	0,016
Öfke dışa ölçeği	Yıkama/temizleme (x=17,3)	0,646
	Tekrarlayıcı törensel (x=20,1)	0,016
	Tekrarlayıcı törensel (x=17,3)	0,131
	Kontrol	0,09
	Yıkama/temizleme (x=20,1)	0,131
	Kontrol	0,004

	Kontrol (x=13,2)	Yıkama/temizleme Tekrarlayıcı törensel	0,09 0,004
Sürekli öfke	Yıkama/temizleme (x=12,2)	Tekrarlayıcı törensel Kontrol	0,144 0,089
	Tekrarlayıcı törensel (x=16,6)	Yıkama/temizleme Kontrol	0,144 0,009
	Kontrol (x=6,9)	Yıkama/temizleme Tekrarlayıcı törensel	0,089 0,009

4.2.7. Hasta ve Kontrol Gruplarının Ölçek Sonuçlarının Yaş Gruplarına İlişkin Bulguları

OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin yaş gruplarına (11,12,13 yaş 1. grup, 14,15,16 yaş 2.grup) göre Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon ölçeği, CDI, Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği, Maudsley Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği, Öfke düzeyi ve öfke ifade etme tarzları ölçeği puanları değerlendirilerek sonuçları tabloda gösterilmiştir (Tablo 29). Yaşlara göre yapılan değerlendirmede Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon ölçeği, CDI, Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği, Maudsley Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol ölçeği puanları açısından anlamlı farklılık bulunmazken 14,15, 16 yaş grubunda sürekli öfke ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubu ise yaş dağılımlarına göre CDI, Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği, Öfke düzeyi ve öfke ifade etme tarzları ölçeği puanları değerlendirildiğinde 11,12,13 yaş grubunda öfke kontrol ve anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 29: Hasta ve kontrol gruplarında yaş gruplarına göre ölçek puanlarının dağılımı

Ölçek puanları (X±SD)	Hasta		p	Kontrol		p
	1. Grup*	2. Grup**		1. Grup*	2.grup**	
Sürekli öfke	21,7±5,9	25,7±7,1	0,035	21,8±7,8	23,3±6,6	0,489
Öfke içe	16,7±4,6	17,8±4,7	0,387	15,6±5,8	15,6±4,2	0,963
Öfke dışı	17,1±4,0	18,3±5,2	0,335	16,2±5,8	17,1±4,3	0,963
Öfke kontrol	21,6±4,1	19,7±4,7	0,129	21,7±4,7	18,6±4,2	0,020
Depresyon ölçeği	14,5±7,6	15,3±6,9	0,690	11,6±8,7	11,7±5,2	0,961
Anksiyete ölçeği	32,7±13,9	34,9±12,4	0,552	31,1±12,9	24,3±10,3	0,047
Maudsley ölçeği	26,2	26,4	0,704			
Yale-brown ölçeği	25,7	25,2	0,891			

Hasta grubunda yaş grupları arasında obsesyon ve kompulsiyon sayıları değerlendirilerek Tablo 30'da gösterilmiştir. Gruplar arasında obsesyon ve kompulsiyon sayı dağılımları açısından fark görülmemiştir.

Tablo 30: Hasta grubunda yaş grupları arasında obsesyon ve kompulsiyon sayılarının dağılımı

		1. Grup*		2. grup**		
		N	%	N	%	
Obsesyon sayısı	1*	12	44,4	10	43,5	sig.0,945
	2**	15	55,6	13	56,5	
Kompulsiyon sayısı	1*	8	29,6	6	26,1	sig.0,945
	2**	19	70,4	7	73,9	

*Obsesyon/kompulsiyon sayısı 1

** Obsesyon/kompulsiyon sayısı 1'den fazla

4.2.8. Hasta ve Kontrol Gruplarının Ölçek Sonuçlarının Cinsiyetlere İlişkin Bulguları

OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin cinsiyetlere göre Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon ölçeği, CDI, Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği, Maudsley Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği, Öfke düzeyi ve öfke ifade etme tarzları ölçeği puanları değerlendirilerek sonuçları tabloda gösterilmiştir (Tablo 31). Cinsiyetlere göre yapılan değerlendirmede Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon ölçeği, CDI, Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği, Maudsley Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği, Öfke düzeyi ve öfke ifade etme tarzları ölçeği puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Kontrol grubunda ise cinsiyetler arası CDI, Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği, Öfke düzeyi ve öfke ifade etme tarzları ölçeği puanları değerlendirildiğinde sürekli öfke puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 31).

Tablo 31: Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyetlere göre ölçek puanlarının dağılımı

Ölçek puanları (X±SD)	Hasta		p	Kontrol		p
	Erkek(n:30)	Kız (n:20)		Erkek(n:30)	Kız (n:20)	
Sürekli öfke	23,2±6,6	24,1±7,1	0,651	24,3±7,1	20,1±6,7	0,041
Öfke içe	16,7±4,7	18,0±4,6	0,356	16,4±5,0	14,5±4,9	0,176
Öfke dışı	16,9±4,2	18,8±5,0	0,173	17,4±5,0	15,7±5,0	0,251
Öfke kontrol	27,3±	22,6±	0,262	20,1±4,4	20,1±5,1	0,983
Depresyon ölçeği	13,5±6,3	17,0±8,1	0,095	12,8±7,6	10,1±6,0	0,196
Anksiyete ölçeği	31,0±11,3	37,7±14,9	0,079	27,2±13,8	28,0±9,7	0,820
Maudsley ölçeği	19,1±6,7	19,2±8,6	0,957			
Yale-brown ölçeği	23,9	27,8	0,344			

Hasta grubunda cinsiyetler arası obsesyon ve kompulsiyon sayıları ve baskın obsesyon ve kompulsiyonlar açısından farklılık görülmemiştir (Tablo 32).

Tablo 32: Hasta grubunda cinsiyetler arası obsesyon ve kompulsiyon sayıları ve baskın obsesyon ve kompulsiyonların dağılımı

		Erkek (n:30)		Kız (n:20)		
		n	%	n	%	
Obsesyon sayısı	1*	14	46,7	8	40,0	sig.0,861
	2**	16	53,3	12	60,0	
Kompulsiyon sayısı	1*	9	30,0	5	25,0	sig.0,949
	2**	21	70,0	15	75,0	
Obsesyon tipi	Kirlenme	15	60,0	6	42,9	
	Dini	5	20,0	6	42,9	
	Diğer	5	20,0	2	14,3	
Kompulsiyon tipi	Yıkama/temizleme	8	50,0	8	50,0	
	Tekrarlayıcı/ törensel	5	31,3	6	37,5	
	Kontrol	3	18,8	2	12,5	

*Obsesyon/kompulsiyon sayısı 1

**Obsesyon/ kompulsiyon sayısı 1'den fazla olanlar

4.2.9. Hasta Grubunun Ölçek Sonuçlarının Anne ve Baba Eğitim Durumuna İlişkin Bulguları

Hasta grubunda anne baba eğitim durumu ile depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol, yale-brown ve maudsley ölçek puanlarının ilişkisine bakılmış ve hasta grubu anne eğitim düzeyine göre (okur yazar değil/ilkokul ve ortaokul/lise/lisans/lisanüstü) gruplandırılmıştır. Yapılan değerlendirmede gruplar arası ölçek puanları açısından fark görülmemiştir ($p>0.05$).

4.2.10. Hasta Grubunun Ölçek Sonuçlarının Okul Öncesi Eğitim Durumuna İlişkin Bulguları

Hasta grubunda okul öncesi eğitim alıp almama durumuna göre depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol, yale-brown ve maudsley ölçek puanlarında

farklılık olup olmadığına bakılmış ancak gruplar arasında ölçek puanları açısından farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

4.2.11. Hasta Grubunun Ölçek Sonuçlarının Ailedeki Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Durumuna İlişkin Bulguları

Hasta grubunda ölçek puanlarının ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile (psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı $n=16$ ve yokluğu $n=34$) ilişkisine bakılmış ve hastalık öyküsü ile ölçek puanları arasında farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) bireylerin sosyal, mesleki işlevselliği ve toplumsal etkinlikleri üzerinde önemli ölçüde bozulmaya neden olan, obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize, yüksek komorbidite oranına sahip kronik ruhsal bir bozukluktur (10-11). Bu çalışmada OKB tanısı konulmuş çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, bu hastalardaki öfke düzeyleri ve öfke ifade etme tarzları araştırıldı ve sonuçlar kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin bulguları ile karşılaştırıldı.

Bu amaçla 11-16 yaş arası OKB tanısı konulan 20'si kız, 30'u erkek toplam 50 çocuk ve ergen ile bu olguların yaşlarına ve cinsiyetlerine göre eşleştirilmiş 20'si kız, 30'u erkek toplam 50 çocuk ve ergen çalışmaya kabul edilerek, hasta ve kontrol grubu başlıkları altında iki grup oluşturuldu. Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalaması $13,55 \pm 2,0$ olup en küçük yaş 11, en büyük yaş 16 idi (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda OKB'nin çocuk ve ergenlerde ortalama başlangıç yaşı 11.7 ± 3.2 olarak gösterilmekle birlikte çalışmamızda daha önce tedavi almamış, ilk başvuruda OKB tanısı konulan 11-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi nedeni ile çalışmamızdaki çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması daha yüksek bulunmuştur (205). Çocuk hastaların obsesyonlarına karşı iç görüş geliştirmelerinde, sözel ifadelerinde kısıtlılık, annelerin semptomları fark etmemeleri, fark ettiklerinde bozukluk olarak düşünmemeleri, semptomların başlangıcından başvuruya kadar olan zamanı geciktiriyor olabilir (33). Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunda erkek/ kız oranı ise 3:2 olarak saptanmış olup ülkemizde 12-18 yaş arasındaki OKB tanısı konulan ergenlerle yapılan bir çalışmada erkek/kız oranı 2/3 olarak bulunmuştur (Tablo 2) (205). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında da 9-15 yaş arası çocuk ve ergenlerde OKB görülme oranı kız/erkek oranı 1.1 olarak, subklinik olgularda ise erkek/kız oranı 3/2 olarak gösterilmiş olup 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 çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olup çalışmamızın verileri literatürle uyumlu bulunmuştur (206-208).

Çalışmamızda gruplar arasında tanımlayıcı bağımsız değişkenlerin dağılımı açısından bir farklılık olup olmadığı araştırıldı. Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı değişkenlerden yaş, cinsiyet, yaş grubu dağılımı, eğitim ve eğitim grupları dağılımı açısından gruplar arasında farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Hasta grubunun kendisine ait tanımlayıcı değişkenlerinden okul öncesi eğitim almaları (kreş ya da anaokuluna gitmiş) açısından değerlendirildiğinde, okul öncesi eğitim almış olanlar OKB'si bulunanların %42'sini (n=21) , okul öncesi eğitim almayanlar %58'ini (n=29) oluşturdu. Çocuğun kreş ve anaokul eğitimi ile sosyalleşmesi, bilgi ve becerilerinin gelişmesi hızlanmakta olup kreş yada anaokulu eğitimi almamış olmak akademik başarı, benlik saygısı üzerine direk olumsuz etki yaparak psikopatoloji ortaya çıkışını artırıyor olabilir.

Hasta grubunun anne-babasına ait tanımlayıcı değişkenlerinden anne-baba yaşı aritmetik ortalamaları değerlendirildiğinde, OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin anne yaşı aritmetik ortalaması 40.3 (5.7 SD) iken, babaların yaş ortalaması 43.8 (6.5 SD) olarak bulundu. Hasta grubunun anne-babasına ait tanımlayıcı değişkenlerinden anne-babanın eğitim durumlarının dağılımına bakıldığında annelerin %66'sının, babaların %30'unun ilkökul mezunu olduğu görüldü (Tablo 3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada OKB tanısı konan ergenlerinin annelerinin %51.3'ünün okuma yazma bilmediği, %31.5'unun ilkökul mezunu olduğu, %13.8'inin ortaokul ve lise, %3.3'ü üniversite mezunu iken babaların %12.9'unun okula yazma bilmediği, %39'unun ilkökul mezunu, %37.1'inin ortaokul ya da lise mezunu, %11'inin üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir (209). Aynı çalışmada annesi üniversite mezunu olanlarda OKB görülme sıklığı daha yüksek, babası ortaokul mezunu olanlarda ise OKB görülme sıklığı daha düşük bulunmuştur (209).

Hasta grubunda anne-babanın sigara alkol kullanımları değerlendirildiğinde annelerin %12'sinin sigara kullandığı, % 88 inde sigara ya da alkol kullanımının olmadığı, babaların %42'sinde sigara, %6'sında hem sigara hem alkol kullanımının olduğu görüldü (Tablo 3). Alkol kullanan babaların ne kadarının bağımlılık ya da kötüye kullanım tanı ölçütlerini karşıladığına dair ayrıntılı sorgulama yapılmadı. Nordberg ve arkadaşlarının genel popülasyonda alkolik ebeveynlerin çocuklarını sağlık, büyüme, zihinsel gelişim ve psikopatoloji açısından okul çağına kadar takip ettikleri uzunlamasına çalışmanın sonuçları alkolik ebeveynlerin çocuklarının diğer çocuklara göre daha fazla pre- postnatal ölüm riski, daha zayıf zihinsel gelişim, daha fazla psikopatolojik belirti sergileme riski altında olduklarını göstermiştir (210).

Hasta grubunun kardeşlerine ilişkin tanımlayıcı değişkenlerinden kardeş sayısı, doğum sırası, ilk çocuk olma açısından değerlendirildiğinde kardeş sayısı ortalamasının 1.64 olduğu, olguların %20'sinin ilk çocuk olduğu görüldü (Tablo 3). Ülkemizde OKB'si olan

ergenlerle yapılan bir çalışmada kardeş sayısı ortalaması 5.9 iken olguların %27'sinin ailenin ilk çocuğu olduğu görülmüştür (209). 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 (211).

Hasta grubunun ailesine ilişkin tanımlayıcı değişkenlerinden ailedeki kişi sayısı , aile tipi değişkenleri açısından değerlendirildiğinde %98'inin anne-babası ve kardeşleri ile birlikte yaşadığı görüldü .Ülkemizde OKB'si olan ergenlerle yapılan bir çalışmada anne-baba ve kardeşlerle birlikte yaşama oranının %89.6 olduğu bildirilmiş olup çalışmamızın verileri literatürle uyumludur (209).

OKB'si bulunan gruptaki çocuk ve ergenlerin %68'inin aile üyelerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığı ya da öyküsü saptanmadı. Bu gruptaki çocuk ve ergenlerin %10' unda ailede OKB öyküsü, %8 inde depresyon öyküsü, %8'inde anksiyete bozukluğu öyküsü, %2 sinde psikotik bozukluk öyküsü, % 2'sinde MR öyküsü, %2'sinde adı belirtilmemiş bir psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin birinci derece yakınlarında OKB ve diğer anksiyete bozuklukları öyküsünün %43 oranında, bipolar bozukluğun %36,4 oranında görüldüğü bildirilmektedir (205, 151). Ailesinde psikiyatrik hastalık olanlarda OKB yaygınlığının daha sık olduğu, olguların erken yaş başlangıçlı olduğu, aile içi etkileşimin olgulardaki olumsuz düşünceleri pekiştirebileceği söylenmektedir (212). OKB tanısı konan bireylerin birinci derece akrabalarında OKB ve eşik altı OKB görülme oranlarının incelendiği bir diğer çalışmada kontrol etme kompulsiyonu olanların birinci derece akrabalarında %19.8, yıkama kompulsiyonu olanların birinci derece akrabalarında %8.7'sinde OKB/eşik altı OKB bildirilmiş olup OKB hastalarının birinci derece yakınlarında depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunun da sıklıkla görüldüğü ile ilgili çalışmalar da mevcuttur (213, 214). Çalışmamızın verileri çalışmalarda OKB hasta grubunun birinci derece akrabalarında %6-40 oranında psikiyatrik bozukluk bildiren literatürle uyumludur (215).

Hasta grubunun gelişimsel özellikleri ile ilgili değişkenlerinden doğum ağırlığı, anne sütü alma, yürümeye başlama yaşı, konuşma yaşı, sfinkter kontrolünü kazanmaya başlama yaşı değişkenleri açısından değerlendirildiğinde bir hastada düşük doğum ağırlığı,

iki hastada enürezis nokturna, dört hastada geç konuşma öyküsü tespit edildi (Tablo 5). Diğer değişkenler olağan gelişim aralıklarında idi.

Hasta grubunda tırnak yeme %28 oranında, tikler %8 oranında saptandı (Tablo 4). Tırnak yeme anksiyetenin bir göstergesi olabilir ve anksiyete azaltıcı bir işlev görebilir (216). Bazı araştırmacılar tırnak yemenin bir alışkanlık olduğunu ve altta yatan bir duygusal rahatsızlığa işaret etmediğini ifade etmişlerdir (217). Daha eski bir çalışmada, kontrol grubuna göre OKB tanılı grupta daha yüksek tırnak yeme oranları bildirilmiştir (218). 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 (219). OKB'si bulunan bireylerin düşük benlik saygısı ve ortaya çıkan durumsal anksiyeteleri nedeniyle anksiyeteyi azaltmak için daha fazla tırnak yeme davranışı geliştiriyor oldukları düşünülmektedir (226). 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 (164). Tik bozukluğu ile birlikte görülen OKB olguları daha erken başlangıçlı, erkeklerde daha sık ve ailelerinde tik bozukluğunun daha sık görüldüğü bildirilmektedir (73).

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 soruldu. Obsesyonların tipi sorulduğunda %44 hastada (n=22) tek obsesyon, %56 hastada (n=28) birden fazla obsesyon tespit edildi. Kompulsiyonların tipi sorulduğunda ise %28 hastada (n=14) tek kompulsiyon tipi görülürken % 72 hastada (n=36) birden fazla kompulsiyon tespit edildi (Tablo 6). 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 (129).

Çalışmalarda sadece obsesyonların olduğu olguların çocuk ve ergenlerde nadir olduğu, obsesyon ve kompulsyonların daha sıklıkla birlikte görüldüğü bildirilmiş olup çalışmamızdaki 50 çocuk ve ergenin tümünde obsesyon ve kompulsyonların birlikte görülmesi literatür ile uyumlu idi (220). Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada olguların %16.1'inde obsesyon olmaksızın kompulsyon, %6.5'unda sadece obsesyon, %77.4'inde obsesyon ve kompulsyonlar bir arada saptanmıştır (209). Bir diğer çalışmada ise çocuk ve ergen OKB olgularında ortalama 1.77 obsesyon ve 2.2 kompulsyon olduğu saptanmış olup çalışmamızdaki OKB olgularında %56 oranında görülen birden fazla obsesyon, %72 oranında görülen birden fazla kompulsyon mevcut veriler ile uyumlu idi (221).

Hasta grubu klinik görünümde baskın olan obsesyon ve kompulsyonlar açısından değerlendirildiğinde en sık görülen obsesyonun %46 ile (n=23) kirlenme olduğu, bunu %22 (n=11) ile dini obsesyonların ve %12 ile diğer obsesyonların izlediği, en sık görülen kompulsyonun ise yıkama temizleme kompulsyonunun %40 (n=20) olduğu, bunu tekrarlayıcı törensel davranışlarının %22 (n=11) ve kontrol etme kompulsyonlarının %10 (n=5) ile izlediği tespit edilmiştir (Tablo 7). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda en sık obsesyonun bulaşma (%49) en sık görülen kompulsyonun ise temizlenme (%68) ve bu kompulsyon kümesi içinde de en sık görülenin el yıkamanın olduğunu bildirmişlerdir (109). Çalışmamızda en sık görülen obsesyon %46 oranı ile kirlenme, en sık kompulsyon %40 oranı ile yıkama temizleme kompulsyonu idi. Yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerde, kuşku obsesyonu %20-50 arası oran ile en sık görülen ikinci obsesyon olduğu ve bunu kontrol etme kompulsyonunun izlediği bildirilmektedir (221). Çalışmalarda üçüncü sıklıkla görülen cinsel, dini, saldırganlıkla ilgili zihne yerleşen obsesyonel düşüncelerin olması çalışmamızda en sık görülen ikinci obsesyon idi (222). Ülkemizde OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan bir diğer çalışmada ise 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 kompulsyonlar ise yıkama/temizleme kompulsyonu (%45,7), kontrol etme kompulsyonu (%34,3), sıralama/düzenleme kompulsyonu (%28,6), diğer kompulsyonlar (%17,1), tekrarlayıcı törensel davranışlar (%8,6) ve aşırı büyüsel düşünceler/batıl davranışlar (%8,6) olarak bildirilmiş olup çalışmalarda obsesyon ve kompulsyon tiplerinin görülme oranları ve sıklıkları yaş grupları, çalışmanın yapıldığı yerler açısından değişebilmekle birlikte çalışmalarda çocuk ve ergen OKB'sinde en sık

kirlenme obsesyonu ve temizleme kompulsiyonunun görülmesi literatürle uyumlu bulunmuştur.

Hasta grubunun OKB belirtileri ve belirti şiddetleri Ç-YBOCS ile değerlendirildi. Hasta grubunda Ç-YBOCS puan ortalaması 18.7 idi (Tablo 8). Hasta grubunun OKB belirtileri Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği ile değerlendirildi. Bu gruptaki Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği ortalaması 19,1 idi (Tablo 10). 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 %36.7'sinde (n=18) hafif hastalık, %34,6'sında (n=17) orta derecede hastalık, %28,5 'inde (n=14) ağır hastalık tespit edildi (Tablo 8). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında 9-15 yaş arası OKB olgularının Ç-YBOCS'a göre %66.2 sinin hastalık şiddetinin hafif , %31.3 ünde hastalık şiddetinin orta, %2.5'unun hastalık şiddetinin ağır olduğu bildirilmiş olup çalışmamızın verileri literatürle uyumlu bulunmuştur (216).

Hasta grubunun Ç-YBOCS'a göre obsesyon ve kompulsiyonlarla geçen zamanın değerlendirildiğinde hastaların %54'ünde (n=27) hafif olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlardan etkilenme değerlendirildiğinde %34 hastada (n=17) hafif, %42 hastada (n=21) orta, % 14 hastada (n=7) ağır düzeyde etkilenmenin olduğu, göre obsesyon ve kompulsiyonlardan rahatsız olma değerlendirildiğinde hastaların çoğunluğunda (%38) obsesyon ve kompulsiyonlardan rahatsız olmanın ağır olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlara karşı direnme değerlendirilmiş ve hastaların %40 ında (n=20) direnmenin hafif, %36'sında (n=18) orta, %18'inde ağır ve % 2 sinde (n=1) ileri olduğu, obsesyon ve kompulsiyonların kontrolü değerlendirildiğinde hastaların çoğunda (%48) obsesyon ve kompulsiyon üzerinde kontrolün az olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlar hakkında içgörü değerlendirildiğinde hastaların %26'sında (n=13) içgörünün orta olduğu, % 56'sında (n=28) iyi olduğu, %14'ünde (n=7) mükemmel olduğu, % 4'ünde (n=2) içgörünün zayıf olduğu, göre patolojik kuşkularının değerlendirilmesi sonucunda hastaların % 42'sinde (n=21) patolojik kuşkunun olmadığı, % 34'ünde (n=17) hafif olduğu görüldü (Tablo 9). 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 uyumludur (206).

Çalışmalar, OKB'si olan çocukların %85'inin, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, davranım bozuklukları gibi bir ruhsal bozukluğun DSM-IV-TR tanı ölçütlerini karşıladığını, %50'sine yakın bir oranında ise birden fazla komorbid ruhsal bozukluk olduğunu, çocukların sadece %26'sında tek başına OKB bulunduğunu bildirilmiştir (4-6). Çocuklardaki en sık komorbid bozuklukların %34-51 oranında DEHB, %33-39 oranında majör depresif bozukluk, %26 oranında tik bozuklukları, %24 spesifik gelişimsel bozukluklar, %18-25 TB, %17-51 oranında karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %16 oranında yaygın anksiyete bozukluğunu bildiren çalışmaların yanında diğer bir çalışmada en sık komorbid hastalıklar %50 ile diğer anksiyete bozuklukları, %40 ile depresif bozukluklar, ortalama %25 ile tik bozuklukları ve sonra davranım bozukluğu (%18-33) şeklinde gösterilmiştir (6,126-128). Ülkemizde 12-18 yaş arasındaki OKB tanısı konulan ergenlerle yapılan bir çalışmada en sık eşlik eden tanının anksiyete bozukluğu olduğu, eşlik eden anksiyete bozukluğunun şiddeti arttıkça tedaviye yanıtızlığın arttığı gösterilmiştir (205). Çalışmamızda OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin anksiyete ölçeği toplam puan ortalaması $33,7 \pm 13,1$ olarak, kontrol grubunun anksiyete ölçeği toplam puan ortalaması $27,5 \pm 12,2$ olarak bulundu (Tablo 11). Hasta grubunda komorbid anksiyete bozukluğu % 72 (n=36), kontrol grubunda %64 (n=32) idi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.01$) (Tablo 12). Çalışmamızda OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin CDI ölçeği toplam puan ortalaması 14.9 ± 7.2 olarak bulunurken kontrol grubunun CDI toplam puan ortalaması ise 11.7 ± 7.0 olarak bulundu. Hasta grubunun % 32'sinde (n=16) depresyon görülürken kontrol grubunda bu oran %14 (n=7) idi. OKB'si olan grubun CDI ölçeği toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.02$) (Tablo 11). Örneklemin CDI ve Anksiyete ölçek puanları birlikte değerlendirildiğinde hasta grubunda depresyonu ve anksiyetesi olanlar %28(n=14) iken olmayanlar %24 (n=12) idi. Kontrol grubunda ise depresyonu ve anksiyetesi olanlar %10 (n=5) iken olmayanlar %32 (n=16) idi. (Tablo 12). Çalışmamızda DEHB ve davranım bozukluğu komorbidite açısından değerlendirilmemiş olup OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde en sık komorbid bozukluğun anksiyete bozukluğu (%72), ikinci sıklıkla depresif bozukluk olduğu (%32), %8 hastaya tiklerin de eşlik ettiği görüldü. 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 (11). OKB'si olan çocuk ve ergenlerin bazılarında yüksek oranda depresif belirtilerin görülmesi, kısıtlı içgörü, düşük entelektüel, bilişsel ve global işlevsellik düzeyleri ve semptomları üzerinde daha az kontrol sahibi olmaları ile ilişkilendirilmektedir (223). Ayrıca OKB nin yıpratıcı doğası ve kontrol edilemez olarak değerlendirilmesi nedeni ile olguların önemli bir kısmının, mesleki ve sosyal hayatlarındaki bozulmalardan dolayı, ikincil majör depresif bozukluk geliştirdiği bildiren çalışmalar da mevcuttur (139). OKB'deki olumsuz olaylara yönelik algılanan sorumluluk, düşüncelerin olumsuz olayları ortaya çıkarma olasılığını arttırması inancı (düşünce eylem kaynaşması olabilirlik boyutu), girici düşüncelerin, o eylemi yapmakla eş olması inancı (düşünce eylem kaynaşması ahlak boyutu) OKB hastalarında suçluluk duygularına neden olabilmektedir (224). Yapılan çalışmalarda OKB hastalarındaki düşünce eylem kaynaşması olabilirlik boyutu komorbid anksiyete bozukluğu, düşünce eylem kaynaşması ahlak boyutu ise komorbid depresif bozukluk ile ilişkilendirilmiştir (225). Bunun yanında OKB'de depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukta olduğu gibi nörobiyolojik anormalliklerin neden olduğu emosyon regülasyonunda bozuklukların görülebileceği de bildirilmektedir (226). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak anksiyete bozukluğu komorbiditesinin sıklıkla kliniğe eşlik ettiği, %32 (n=16) olguda depresif bozukluğun olduğu, olguların %28'inde (n=14) anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluğun birlikte görüldüğü saptanmıştır.

Çalışmamızda OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerden %76'sında en az bir komorbid hastalık %48 olguda tek bir komorbid hastalık % 28 olguda iki komorbid hastalık tespit edilmiştir. Veriler OKB'si olan çocukların %85'inin, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, davranım bozuklukları gibi bir ruhsal bozukluğun DSM-IV-TR tanı ölçütlerini karşıladığını, %50'sine yakın bir oranında ise birden fazla komorbid ruhsal bozukluk olduğunu, çocukların sadece %26'sında tek başına OKB bulunduğunu bildiren literatürle uyumludur.

Hasta grubunda OKB'ye komorbid anksiyete bozuklukları sıklık sırasına göre %66 (n=33) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %60 (n=30) sosyal fobi, %48 (n=24) panik bozukluk, %46 (n=23) yaygın anksiyete bozukluğu ve %28 (n=14) okul reddi şeklinde idi. Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerden %10'unda 1 anksiyete bozukluğu alt tipi, %14'ünde 2, %32'sinde 3, %20'sinde 4, %8'inde 5 anksiyete bozukluğu alt tipi komorbiditesi mevcuttu. Erişkin OKB hastalarıyla yapılan bir çalışmada komorbid anksiyete bozuklukları ayrı ayrı ele alındığında OKB'ye en sık eşlik eden anksiyete

bozukluğu özgül fobi iken (%48.3) bunu YAB (%33.3) ve PB (%28.3) izlemiştir (227). Ülkemizde 147 OKB hastasını içeren bir diğer çalışmada komorbid anksiyete bozuklukları görülme sıklıklarına göre; özgül fobi (%17), SF (%16), YAB (%12) ve PB (%10) şeklinde sıralanmıştır (228). Eisen ve arkadaşları ise 77 OKB hastasında en sık görülen yaşam boyu komorbid anksiyete bozukluğu olarak SF'yi (%23) bildirmiş, bunu özgül fobi (%21), YAB (%20), PB (%12) ve PTSS'nin (%8) izlediğini aktarmışlardır (229). Bu çalışmalar dışında, Crino ve Andrews OKB'de en sık görülen komorbid anksiyete bozukluğunun PB (%54) Tezcan ve arkadaşları ise YAB (%24) olduğunu bulmuşlardır (230).

Örneklemin sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puanları sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği ile değerlendirildiğinde OKB tanısı konulan grupta sürekli öfke puan ortalaması $23,5 \pm 6,8$, öfke içe puan ortalaması $17,2 \pm 4,6$, öfke dışı puan ortalaması $17,7 \pm 4,6$, öfke kontrol puan ortalaması $20,7 \pm 4,4$ olarak kontrol grubunda ise sürekli öfke puan ortalaması $22,6 \pm 7,2$, öfke içe puan ortalaması $15,6 \pm 5,0$, öfke dışı puan ortalaması $16,7 \pm 5,0$, öfke kontrol puan ortalaması $20,1 \pm 4,7$ olarak tespit edildi. Gruplar arasında sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla $p=0.5$, $p=0.1$, $p=0.3$, $p=0.5$) (Tablo 14). OKB tanısı konan hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB grubunda impulsivitenin ve riskli karar alma davranışlarının daha yüksek olduğu gösterilmiş olup bu çalışmada hasta grubu eksen 1 ve eksen 2 bozukluk komorbiditesi açısından değerlendirilmemiştir (190). Bir diğer çalışmada da OKB hastalarında ve onların sağlıklı birinci derece akrabalarında yüksek dürtüsellik düzeyleri saptanmışken OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin ebeveynleri hastaların her gün günün birkaç saatini alabilen öfke nöbetleri geçirdiklerini bildirmektedir (191,192). Ayrıca çalışmalar OKB'si bulunan kişilerde tehlike algılarının, zarardan kaçınma davranışlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (193). Çalışmalar OKB'li gençlerde yıkıcı davranışların %9 ile %57 gibi geniş bir aralıkta görülebildiğini bildirmektedir (7, 8). OKB hastalarında yıkıcı davranışlar öfke duymaktan, agresif davranışlara kadar değişebilmektedir. OKB hastalarında öfke patlamalarının değerlendirildiği bir diğer çalışmada öfke patlamaları %38.5 oranında bildirilmiştir (192). Çalışmalar OKB'de daha çok, öfke duymanın, agresif olmayan, sözel patlamaların daha sıklıkla olduğunu göstermekle birlikte OKB'deki kabul edilemez dürtü, düşünce ya da imgelerin, bu düşüncelerin kontrolü sağlanamaması, ritüellerin engellenmesi ve OKB ile ilişkili taleplerin reddinin öfkeye neden olabileceği ile ilgili çalışmalar mevcut olup

çalışmamızda komorbiditeden bağımsız olarak hasta grubu ve kontrol grubu arasında sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (194, 195). Çalışmalarda OKB'si olan çocuk ve ergenlerde sağlıklı kontrollere göre öfke patlamalarının daha sık olduğu gösterilmekle birlikte çalışmamızdaki kontrol grubundaki olguların ölçek puanlarının yüksekliği (%64 oranında anksiyete, %14 oranında depresif bozukluk) nedeni ile farklılık görülmemiş olabilir (192).

Hasta grubunda depresyon komorbiditesi olanlar ve depresyon komorbiditesi olmayanlar arasında öfke düzeyleri ve öfke ifade etme tarzları karşılaştırıldığında ise depresyonu olan grupta sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı puanlarının depresyonu olmayan gruba göre yüksek, öfke kontrollerinin düşük olduğu, anksiyete komorbiditesi olan ve olmayanlar arasında öfke düzeyleri ve öfke ifade etme tarzları karşılaştırıldığında ise anksiyetesi olan grupta sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı puanlarının anksiyetesi olmayan gruba göre yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 15). Kontrol grubunda sadece anksiyete komorbiditesi olanlarda herhangi bir komorbiditesi olmayanlara göre öfke puanları açısından farklılık görülmezken hasta grubunda anksiyete komorbiditesi olan grupta sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 17) Anksiyete komorbiditesi olanlarla anksiyete ve depresyon komorbiditesi olanlar öfke puanları açısından karşılaştırıldığında ise gruplar arasında herhangi bir farklılık görülmemiştir (Tablo 16). Çalışmalarda OKB tanısı konan hastalarda sürekli öfke, öfke içe puanlarının daha yüksek, öfke kontrollerinin daha az olduğunu göstermektedir (231). Bir diğer çalışmada OKB grubunda sağlıklı kontrollere göre daha fazla görülen öfkenin depresif semptomlar dışlandığında gruplar arasında farklılık göstermediği bildirilmiştir (232). Çalışmamızda çalışmalarla uyumlu olarak hasta ve kontrol grupları arasında öfke puanları açısından farklılık görülmezken komorbiditesi olan hastalarda öfke puanlarının daha yüksek olduğu, her iki grupta da depresyon puanlarının ile sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı puanları pozitif korele olduğu görülmüştür (Tablo 18).

Hasta grubunda Ç-YBOCS'a göre OKB şiddeti ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puanlarının korelasyonu değerlendirilmiş ve OKB şiddeti ile öfke içe puanları, sürekli öfke puanları ile öfke içe ve öfke dışı puanları, öfke içe puanları ile öfke dışı puanları pozitif korele, sürekli öfke puanları ile öfke kontrol, öfke dışı puanları ile öfke kontrol puanları negatif korele olarak bulunmuştur (Tablo 20). Maudsley ölçeğine göre ise OKB şiddeti öfke içe puanları ile pozitif korele bulunmuştur (Tablo 21). Ç-YBOCS ve

Maudsley ölçeklerine göre OKB şiddetleri değerlendirildiğinde ise şiddet puanları ile depresyon, anksiyete puanları, anksiyete puanları ile depresyon puanları pozitif korele bulunmuştur (Tablo 22,25). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada depresif bozukluk komorbiditesi, çalışmamızda olduğu gibi OKB şiddet puanı ve anksiyete puanları ile korele bulunmuştur (150). Bir diğer çalışmada ise OKB şiddeti, anksiyete ve depresif bozukluk şiddeti ile anksiyete bozukluğu şiddeti, depresif bozukluk şiddeti ile korele bulunmuştur (233). Depresyon komorbiditesi olan OKB hastalarının, depresyon komorbiditesi olmayan OKB hastaları ve sağlıklı kontrollerde karşılaştırıldığı bir tez çalışmasında ise en yüksek YBOCS OKB şiddet, hamilton anksiyete ve hamilton depresyon maudsley OKB ölçeği puanlarının depresyon komorbiditesi olan OKB grubunda olduğu gösterilmiştir (234). OKB'li çocuk ve ergenlerde yapılan bir diğer çalışmada Maudsley ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında psikiyatrik hastalık komorbiditesi olan ve olmayan gruplar arasında karşılaştırılması yapılmış olup komorbid eksen 1 hastalığı olan OKB hastalarında obsesyon ve kompulsiyon belirti puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (221, 228). OKB semptom şiddeti ile öfke patlamalarının ilişkili olmadığını gösteren çalışmaların yanında OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde yapılan diğer çalışmalarda OKB semptom şiddeti ile öfke patlamaları arasında korelasyon gösterilmiştir (192,235). Çalışmalarda özellikle öfke içe ve öfke kontrol puanlarının OKB şiddet puanları ile korele olduğu, komorbid depresif bozukluğun öfke, öfke içe ve öfke dışı puanları ile ilişkili olduğu bildirilmekte olup çalışmamızın verileri ile uyumludur (231, 236). Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarında depresif bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olanlar arasında öfke puanları açısından farklılık görülmemiş olup OKB hastaları ile yapılan çalışmalarda da OKB tanısı olmayan kontrol olgularında da depresif semptomlarla öfke düzeyleri korele olduğu bildirilmektedir (237) (Tablo 19). Kontrol grubunun verileri çocukluk çağında görülen irritabilite ve öfkenin depresif bozuklukla ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalarla uyumludur (9). OKB, panik bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi hastaları ile yapılan çalışmalarda ise anksiyete grupları ve OKB gruplarında öfke puanlarının yüksek olduğu gösterilmiş olup çalışmamızda anksiyetesi olan kontrol gruplarında da hasta grubundan farklı olmayan öfke puanları literatürle uyumlu bulunmuştur (238). Çalışmamızda görülen OKB şiddeti ile depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunun korelasyonu, komorbid hastalıkların hastalık belirtilerinin şiddetinde artış olarak değerlendirilebilir. Anksiyete ve depresif bozukluk komorbiditesi olan, OKB

semptomlarının daha şiddetli olduğu olgularda yıkıcı davranışların da daha sık görüldüğü bildirilmekte olup çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak OKB şiddeti ile öfke içe puanları pozitif korele bulunmuştur (235).

Ç-YBOCS'a göre hasta grubu ölçek puanı 8-15 puan olanlar hafif hastalık, 16-23 puan olanlar orta derecede hastalık ve ölçek puanı 24 ve üstü olanlar ağır hastalık olarak gruplandırılmış ve gruplar arası depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması yapıldığında hafif, orta ve ağır hastalık grupları arasında depresyon puanları, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanları açısından fark bulunmazken anksiyete puanlarının post hoc analizinde hafif hastalık ve ağır hastalık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.003$) (Tablo 23,24). Öfke içe puanlarının post hoc analizinde hafif ve orta derece hastalık ile hafif ve ağır hastalık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.008$) (Tablo 24). OKB semptom şiddeti ile öfke patlamalarının ilişkili olmadığını gösteren çalışmaların yanında OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde yapılan bir diğer çalışmada OKB semptom şiddeti ile öfke patlamaları arasında korelasyon gösterilmiştir (192,235). Yapılan çalışmalarda özellikle öfke içe ve öfke kontrol puanlarının OKB şiddet puanları ile korele olduğu gösterilmiştir (236). Anksiyete bozukluğu komorbiditesinin OKB semptomlarının daha şiddetli olduğu olgularda görüldüğünü gösteren çalışmalar ile uyumlu olarak çalışmamızda da OKB şiddeti ile öfke içe puanları ve anksiyete puanları ile pozitif korele bulunmuştur (235).

Hasta grubunda obsesyonların sayısı 1 tane olanlar ($n=22$) ve birden fazla obsesyonu olanlar ($n=28$) gruplandırılarak depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması yapılmış obsesyon sayısı birden fazla olanlarda anksiyete ve öfke içe puanlarının daha yüksek olduğu görülmüşken (sırasıyla $p=0.006$, $P=0.04$) kompulsyonların sayısı 1 tane olanlar ($n=14$) ve birden fazla obsesyonu olanlar ($n=36$) gruplandırılarak depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması yapıldığında birden fazla kompulsyonu olan grupta anksiyete puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0.02$) (Tablo 26). Yapılan çalışmalarda ise depresif bozukluk komorbiditesi olan OKB hastalarında obsesyon ve kompulsyon sayıları daha fazla, anksiyete bozukluğu komorbiditesi olanlarda daha az olduğu gösterilmiştir (239). Mevcut farklılık örneklem küçüklüğüne ve yöntem farklılıklarına bağlı olabilir.

Hasta grubunda en sık görülen baskın obsesyon tipleri (kirlenme n=23, dini n=11, diğer obsesyonlar n=7) arasında depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması yapıldığında kirlenme, dini ve diğer obsesyonu olan gruplar arasında depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanları açısından farklılık görülmemiştir (Tablo 27). OKB hastalarında öfke düzeyi ile yapılan bir çalışmada saldırganlık, cinsel, dini obsesyonlara sahip hastalarda öfke düzeyinin daha yüksek olduğu gösterilmiş olup inceleyen çalışmaların bir kısmında da öfke patlamalarının OKB semptomlarından ziyade depresif semptomlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (192,240). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan bir diğer çalışmada obsesyon ve kompulsiyon tipleri ile öfke patlamaları arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir (192). Semptom alt boyutları ile komorbid hastalıklar arasında yapılan çalışmalar istenmeyen düşünceler ve somatik obsesyonları olan OKB hastalarında anksiyete ve depresif bozukluk, kirlenme obsesyonu ve temizleme kompulsiyonları ile yeme bozuklukları, simetri obsesyonları, sıralama, düzenleme kompulsiyonları ile bipolar bozukluk ve panik bozukluğun daha sıklıkla görüldüğünü bildiren çalışmaların yanında semptom alt tipleri arasında anksiyete ve depresif bozukluk komorbiditesinin değişmediği ile ilgili çalışmalar da mevcuttur (193,241). Erişkin OKB hastaları ile yapılan bir diğer çalışmada da eksen I komorbiditesi olan ve olmayan OKB hastaları arasında somatik obsesyonlar dışında obsesyon ve kompulsiyon tipleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamışken saldırganlık obsesyonunun depresyon komorbiditesi ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (228, 242). Obsesyon ve kompulsiyon alt tipleri arasında impulsivitenin karşılaştırıldığı bir tez çalışmasında ise cinsel, saldırganlık ve dini obsesyonu olanlarda impulsivite puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (243). Çalışmamızda hasta grubunda en sık görülen baskın kompulsiyon tipleri (yıkama/temizleme n=20, tekrarlayıcı törensel n=11, kontrol kompulsiyonu n=5) arasında depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması yapıldığında gruplar arası farklılık görülen anksiyete, öfke dışa ve sürekli öfke puanlarının post hoc analizinde anksiyete ve öfke dışa puanlarının tekrarlayıcı törensel ve kontrol kompulsiyonları arasında farklılık gösterdiği, tekrarlayıcı törensel kompulsiyonları olanlarda kontrol kompulsiyonları olanlara göre öfke dışa, sürekli öfke ve anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 27,28). Kompulsiyon tipleri ile yapılan çalışmalarda çalışmamızın aksine kontrol kompulsiyonları impulsivite ile

ilişkilendirilmiş ve temizleme ve kontrol kompulsiyonları olan OKB hastalarında daha yüksek anksiyete puanları bildirilmiştir (244,245). Bu farklılıklar çalışmalarının yöntemlerinin ve örneklem sayılarının farklılıklarına bağlı olabilir.

OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin yaş gruplarına (11,12,13 yaş 1. grup, 14,15,16 yaş 2.grup) göre Ç-YBOCS, CDI, Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği, Maudsley Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği, Öfke düzeyi ve öfke ifade etme tarzları ölçeği puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında Ç-YBOCS, CDI, Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği, Maudsley Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol ölçeği puanları açısından anlamlı farklılık bulunmazken 14,15, 16 yaş grubunda sürekli öfke ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur ($p=0.03$) (Tablo 29). Kontrol grubunda ise yaş gruplarına 11,12,13 yaş grubunda öfke kontrol ve anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.02$, $p=0.04$) (Tablo 29). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada yaş ile depresyon komorbiditesinin arttığı gösterilmiş olup çalışmamızdaki yaş gruplardaki dağılımların yakınlığı nedeniyle mevcut ilişki görülmemiş olabilir (144). Bunun yanında OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan bir diğer çalışmada hastalar 3-9 yaş ve 10-18 yaş olarak gruplandırılmış ve 3-9 yaş grubundaki ailelerin anksiyete skorlarının daha yüksek puanladığı bildirilmiştir (246). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin öfke patlamaları açısından değerlendirildiği bir çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak erken yaşlarda öfke patlamalarının daha yaygın olduğu bildirilmiştir (192). Hasta grubunda yaş grupları arasında obsesyon ve kompulsiyon sayıları değerlendirildiğinde ise gruplar arasında obsesyon ve kompulsiyon sayı dağılımları açısından fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0.94$, $p=0.94$) (Tablo 30). OKB'si bulunan adolesanlarla yapılan çalışmalarda OKB semptomları ve şiddetinin yaş ve cinsiyetler arasında farklılık göstermediği bildirilmiş olup çalışmamızın bulguları literatür ile uyumludur (247).

OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin cinsiyetlere göre Ç-YBOCS, CDI, Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği, Maudsley Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği, Öfke düzeyi ve öfke ifade etme tarzları ölçeği puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında farklılık görülmezken kontrol grubunda cinsiyetler arası sürekli öfke puanlarının anlamlı olarak farklı olduğu, erkeklerde sürekli öfke puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü ($p=0.04$) (Tablo 31). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada cinsiyetler arası C-YBOCS puanları açısından fark bulunmazken, OKB ile eksen 1

hastalıklarının komorbiditesi ile cinsiyetler arası farklılıkların değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise depresif bozukluk komorbiditesinin kadın hastalarda daha sık olduğu gösterilmiş ancak yazarlar çalışmadaki kadın/erkek hasta oranının yüksekliği nedeniyle kadınlardaki yüksek komorbiditenin bu sonuca yol açmış olabileceği şeklinde yorumlamıştır (248,249). Bunun yanında OKB hastalarında cinsiyetler arası depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu komorbiditesinin farklı olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (250). OKB'si bulunan adolesanlarla yapılan bir çalışmada OKB şiddetinin yaş ve cinsiyetler arasında farklılık göstermediği bildirilmiş olup çalışmamızın bulguları mevcut çalışma ile uyumludur (247). OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada cinsiyetler arası öfke patlamaları açısından farklılık olmadığı bildirilmiş olup çalışmamızdaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir (192).

Hasta grubunda literatürle uyumlu olarak cinsiyetler arasında obsesyon ve kompulsiyon sayıları, baskın obsesyon ve kompulsiyon tipleri açısından farklılık görülmedi (sırasıyla $p=0.86$, $p=0.94$)(Tablo 32).

Çalışmamızda hasta grubunda anne ve baba eğitim durumu ile depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol, yale-brown ve maudsley ölçek puanlarının ilişkisine bakılmış ve hasta grubu anne eğitim düzeyine göre (okuryazar değil/ilkokul ve ortaokul/lise/lisans/lisanüstü) gruplandırılmıştır. Yapılan değerlendirmede gruplar arası ölçek puanları açısından fark görülmemiş olup çalışmamızın verileri komorbid eksen 1 hastalığı olanlar ve olmayan OKB hastaları arasında sosyodemografik veriler arasında fark olmadığını bildiren çalışmalarla uyumludur (227).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Kliniğimizde yapılan bu araştırmanın sonucunda aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

1. Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalaması $13,55 \pm 2,0$ olup en küçük yaş 11, en büyük yaş 16 idi .

2. Hasta ve kontrol grubunda erkek/ kız oranı ise 3:2 olarak saptandı.

3. Örneklemin kendisine ait tanımlayıcı değişkenlerden yaş, cinsiyet, yaş grubu dağılımı, eğitim ve eğitim grupları dağılımı açısından gruplar arasında farklılık saptanmadı.

4. OKB'si olan olguların %64'ü ortaokul eğitime devam eden çocuk ve ergenlerden %36'sının lise eğitimine devam eden çocuk ve ergenlerden oluşmaktaydı. Çalışmamızda OKB olan çocuk ve ergenler daha çok ortaokul eğitime devam eden olgulardı.

5. OKB'si bulunan grupta okul öncesi eğitim almış olanlar %42 (n=21) , okul öncesi eğitim almayanlar %58 (n=29) idi.

6. OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin anne yaşı aritmetik ortalaması 40.3 (5.7 SD) iken, babaların yaş ortalaması 43.8 (6.5 SD) olarak bulundu.

7. Hasta grubunun anne-babasına ait tanımlayıcı değişkenlerinden anne-babanın eğitim durumlarının dağılımına bakıldığında annelerin %66'sının babaların %30 ununun ilkökul mezunu olduğu görüldü.

8. OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin annelerinin %86'sı çalışmıyor, %14'ü çalışıyor; baba meslekleri açısından değerlendirildiğinde OKB bulunan gruptaki çocuk ve ergenlerin babalarının genelde işçi, esnaf ve memur olduğu saptanmıştır.

9. Hasta grubunda annelerin %12'sinin sigara kullandığı, % 88 inde sigara ya da alkol kullanımının olmadığı, babaların %42'sinde sigara, %6'sında hem sigara hem alkol kullanımının olduğu görüldü.

10. Hasta grubunun kardeş sayısı ortalamasının 1.64 olduğu, olguların %20'sinin ilk çocuk iken %80'inin ilk çocuk olmadığı görüldü.

11. Hasta grubunun %98'inin anne-babası ve kardeşleri ile birlikte yaşadığı görüldü.

12. OKB'si bulunan gruptaki çocuk ve ergenlerin %68'inin aile üyelerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığı ya da öyküsü saptanmadı. Bu gruptaki çocuk ve ergenlerin

%10'unda ailede OKB öyküsü, %8 inde depresyon öyküsü, %8'inde anksiyete bozukluğu öyküsü, %2 sinde psikotik bozukluk öyküsü, % 2'sinde MR öyküsü, %2'sinde belirtilmemiş bir psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu.

13. Hasta grubunun l'i (%2) prematür olarak, diğer olgular matür olarak, OKB bulunan gruptaki çocuk ve ergenlerin %64'ünün vajinal yol ile, %36'sı sezaryen ile dünyaya gelmişti.

14. Hasta grubunda tırnak yeme %28 oranında, tikler %8 oranında saptandı.

15. Hasta grubunun %44'ünde (n=22) tek obsesyon, %56'sında (n=28) birden fazla obsesyon tespit edildi.

16. Hasta grubunun %28'inde (n=14) tek kompulsiyon tipi görülürken % 72 hastada (n=36) birden fazla kompulsiyon tespit edildi.

17. Hasta grubunda en sık görülen obsesyonun %46 ile (n=23) kirlenme olduğu, bunu % 22 (n=11) ile dini obsesyonların ve %12 ile diğer obsesyonların izlediği, en sık görülen kompulsiyonun ise yıkama temizleme kompulsiyonunun %40 (n=20) olduğu, bunu tekrarlayıcı törensel davranışlarının %22 (n=11) ve kontrol etme kompulsiyonlarının %10 (n=5) ile izlediği görüldü.

18. Hasta grubunda Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği puan ortalaması 18.7 idi. Bu gruptaki Maudsley Obsesif- Kompulsif Bozukluk Ölçeği ortalaması 19,1 idi.

19. Hasta grubunun Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği puanlarına değerlendirildiğinde %36.7'sinde (n=18) hafif hastalık, %34,6'sında (n=17) orta derecede hastalık, %28,5 'inde (n=14) ağır hastalık tespit edildi.

20. Obsesyon ve kompulsiyonlarla geçen zaman hastaların %54'ünde (n=27) hafif , obsesyon ve kompulsiyonlardan etkilenmenin %34 hastada (n=17) hafif, %42 hastada (n=21) orta, % 14 hastada (n=7) ağır düzeyde olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlardan rahatsız olmanın hastaların %38 'inde ağır olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlara karşı direnmenin hastaların %40 ında (n=20) hafif, %36'sında (n=18) orta, %18'inde ağır ve % 2 sinde (n=1) ileri olduğu, obsesyon ve kompulsiyonların kontrolünün hastaların %48'inde az olduğu, hastaların %26'sında (n=13) içgörünün orta olduğu, % 56'sında (n=28) içgörünün iyi olduğu, %14'ünde (n=7) mükemmel olduğu, % 4'ünde (n=2) ise içgörünün zayıf olduğu, hastaların % 42'sinde (n=21) patolojik kuşkunun olmadığı, % 34'ünde (n=17) hafif düzeyde patolojik kuşkunun olduğu görüldü.

21. OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin anksiyete ölçeği toplam puan ortalaması $33,7 \pm 13,1$ olarak, kontrol grubunun anksiyete ölçeği toplam puan ortalaması $27,5 \pm 12,2$ olarak bulundu. Hasta grubunda anksiyete bozukluğu % 72 (n=36) oranında, kontrol grubunda %64 (n=32) oranında görüldü ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

22. Hasta grubunun CDI ölçeği toplam puan ortalaması 11.0 olarak bulunurken kontrol grubunun CDI toplam puan ortalaması ise 6.6 olarak bulundu. Hasta grubunun % 32'sinde (n=16) depresyon görülürken kontrol grubunda bu oran %14 (n=7) idi. Hasta grubunda yüksek oranda depresyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

23. OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde en sık komorbid bozukluğun anksiyete bozukluğu (%72), ikinci sıklıkla depresif bozukluk olduğu (%32), %8 hastaya tiklerin de eşlik ettiği görüldü.

24. Çalışmamızda OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerden %76'sında en az bir komorbid hastalık, %48 olguda tek bir komorbid hastalık, % 28 olguda iki komorbid hastalık tespit edildi.

25. Hasta grubunda OKB'ye komorbid anksiyete bozuklukları sıklık sırasına göre %66 ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %60 sosyal fobi, %48 panik bozukluk, %46 yaygın anksiyete bozukluğu ve %28 okul reddi şeklinde idi.

26. Hasta grubundaki çocuk ve ergenlerden %10'ünde 1 anksiyete bozukluğu alt tipi, %14'ünde 2, %32'sinde 3, %20'sinde 4, %8'inde 5 anksiyete bozukluğu alt tipi komorbisitesi mevcuttu.

27. OKB tanısı konulan grupta sürekli öfke puan ortalaması $23,5 \pm 6,8$, öfke içe puan ortalaması $17,2 \pm 4,6$, öfke dışı puan ortalaması $17,7 \pm 4,6$, öfke kontrol puan ortalaması $20,7 \pm 4,4$ olarak kontrol grubunda ise sürekli öfke puan ortalaması $22,6 \pm 7,2$, öfke içe puan ortalaması $15,6 \pm 5,0$, öfke dışı puan ortalaması $16,7 \pm 5,0$, öfke kontrol puan ortalaması $20,1 \pm 4,7$ olarak tespit edildi. Kontrol grubu ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

28. Hasta grubunda depresyonu olan grupta sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı puanlarının depresyonu olmayan gruba göre yüksek, öfke kontrol puanlarının daha düşük olduğu, anksiyetesi olan grupta ise sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı puanlarının anksiyetesi olmayan gruba göre yüksek olduğu görüldü.

29. Hasta grubunda sadece anksiyetesi olanlar (n=22) ile anksiyete ve depresyonu olanların (n=14) sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında farklılık görülmedi.

30. Hasta grubunda sadece anksiyetesi olanlar (n=22) ile anksiyete ve depresyonu olmayanlarla (n=12) karşılaştırıldığında anksiyetesi olan grupta sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışa puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

31. Kontrol grubunda anksiyete ve depresyonu olanlarda sadece anksiyetesi olanlara göre öfke içe puanlarının daha yüksek olduğu, anksiyete ve depresyonu olmayanlar ve anksiyetesi olanlar arasında ise öfke puanları açısından farklılık görülmedi.

32. Hasta grubunda OKB şiddeti ile öfke içe puanları, sürekli öfke puanları ile öfke içe ve öfke dışa puanları, öfke içe puanları ile öfke dışa puanları pozitif korele, sürekli öfke puanları ile öfke kontrol, öfke dışa puanları ile öfke kontrol puanları negatif korele olarak bulundu. C-YBOCS OKB şiddeti ile depresyon ve anksiyete puanları ve anksiyete puanları ile depresyon puanları pozitif korele bulundu.

33. Hasta grubunda hafif, orta ve ağır hastalık grupları arasında depresyon puanları, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanları açısından fark bulunmazken anksiyete puanlarının hafif hastalık ve ağır hastalık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Öfke içe puanları ise hafif ve orta derece hastalık ile hafif ve ağır hastalık grupları arasında farklı bulundu.

34. Hasta grubunda depresyon puanları ile sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışa puanları pozitif korele bulundu.

36. Hasta ve kontrol grupları arasında sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanları açısından anlamlı farklılık bulunmadı.

37. Hasta grubunda anksiyete puanları ile sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışa puanları pozitif korele, kontrol grubunda ise anksiyete puanları ile öfke içe puanları pozitif korele bulundu.

38. Hasta ve kontrol grubunda ÇATÖ ölçeğine göre anksiyetesi olan gruplar arasında sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanları açısından anlamlı farklılık bulunmadı.

39. Hasta grubunda obsesyon sayısı birden fazla olanlarda tek obsesyonu olanlara göre anksiyete ve öfke içe puanlarının daha yüksek olduğu görülmüşken birden fazla

kompulsiyonu olanların tek kompulsiyonu olanlara göre anksiyete puanlarının yüksek olduğu görüldü.

40. Hasta grubunda en sık görülen baskın obsesyon ve kompulsiyon tipleri arasında depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanlarının karşılaştırılması yapıldığında kirlenme, dini ve diğer obsesyonu olan gruplar arasında depresyon, anksiyete, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puanları açısından farklılık görülmedi.

41. OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin yaş grupları (11,12,13 yaş 1. grup, 14,15,16 yaş 2.grup) arasında ölçek puanları açısından farklılık değerlendirildiğinde sadece sürekli öfke ölçeği puanlarının 14,15,16 yaş grubunda yüksek bulundu.

42. Hasta grubunda yaş grupları arasında obsesyon ve kompulsiyon sayı dağılımları açısından fark görülmedi.

43. OKB'si bulunan çocuk ve ergenlerin cinsiyetlere göre ölçek puanları karşılaştırıldığında cinsiyetler arası farklılık görülmezken kontrol grubunda cinsiyetler arasında sadece sürekli öfke puanlarının anlamlı olarak farklı olduğu, erkeklerde sürekli öfke puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü.

44. Hasta grubunda cinsiyetler arası obsesyon ve kompulsiyon sayılarının dağılımına bakıldığında gruplar arasında farklılık görülmedi.

ÖNERİLER

OKB hastaları ile ilgili yapılan çalışmalar bazal sosyal fonksiyonların sağlıklı kontrollerden farklı olmadığı ancak depresif bozukluk komorbiditesinin psikosozyal fonksiyonlarda bozulmaya neden olduğunu göstermektedir (251). Çalışmalar depresif bozukluk komorbiditesi olan hastaların daha erken yaş başlangıçlı OKB hastaları olduğu, OKB belirtilerinin daha şiddetli olduğu, depresif bozukluk aile öyküsünün daha sık, fonksiyonel bozulmanın daha fazla ve yaşam kalitesinin daha kötü olduğu ve tedavi yanıtlarının daha düşük olduğunu bildirmektedir (159,160). Bu, OKB tanısının yanında komorbid bozuklukların tanılarının belirlenmesini ve tedavi planlanmasının yapılmasının önemini göstermektedir. Özellikle öfke şikayeti komorbid durumlar için uyarıcı olabilmekte olup OKB hastalarında ayrıntılı değerlendirmenin yapılmasını gerekli

kılmaktadır. Anne-babanın mevcut hastalık ve komorbid durumlar hakkında bilgilendirilmesi, tedavi sürecine katkılarını arttırmak ve bozuklukla baş etmelerini kolaylaştırmak adına önemli bulunmuştur.



OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERLERDE ÖFKE DÜZEYİ VE DEPRESYON İLİŞKİSİ

ÖZET

Obsesyon kişinin kendi zihninin ürünü olarak tanımladığı (düşünce sokulmasından farklı olarak), yok saymaya, bastırmaya ya da başka düşünce veya hareketlerle nötralize etmeye çalıştığı, benliği rahatsız eden (ego-distonik), yineleyici ve ısrarlı her türlü düşünce, dürtü ve imgeler, kompulsiyon ise, çoğu kez obsesif düşünceleri zihinden uzaklaştırmak için veya bu düşüncelerin verdiği sıkıntıyı azaltmak için yapılan ve irade dışı yineleyen hareketlerdir. 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.

Obsesyon ve kompulsiyonların yanında küçük provakasyonlarla tetiklenen öfke patlamaları da kliniğe eşlik edebilmektedir. OKB ritüellerindeki kesinti, OKB ile ilgili taleplerin reddi ile ilişkili olabilen öfke patlamaları OKB semptomlarının yanında OKB'ye komorbid bozukluklar ile de ilişkilendirilmiştir.

Bu çalışmada, OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri ve komorbid psikiyatrik bozuklukların dağılımı, OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin öfke düzeyleri ile komorbid bozukluklar arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

Çalışmanın örneklemini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk -Ergen Ruh Sağlığı ve hastalıkları Polikliniğine başvuran, DSM-V'e göre OKB tanısı konmuş ve zeka düzeyi normal saptanan, 11-18 yaş grubu 50 çocuk - ergenden oluşmuştur. Kontrol grubu, tanı grubu ile yaş ve cinsiyet özellikleri açısından eşleştirilmiş, bedensel ve ruhsal kronik hastalığı olmayan toplumdaki rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiş 50 çocuk ve ergenden oluşmuştur. Her iki grupta da çalışmadan dışlanma ölçütleri; okuma-yazma bilmeme, Mental retardasyonu olma, kafa travması, epilepsi ve başka major bir nörolojik bozukluğun bulunması olarak belirlenmiştir.

Çalışmada çocuk ve ergenlerin depresyon belirtileri Çocuklar İçin Depresyon Envanteri (CDI) ile; anksiyete belirtileri Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, obsesif-kompulsif belirtileri ve şiddeti Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği ve Çocuklar için Yale –Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği ile Öfke düzeyi Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği belirlenmiş, sosyodemografik özellikler “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” ile saptanmış, komorbid bozukluklar DSM-V tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir. Ayrıca her olguya zeka testi yaptırılmıştır. İstatistiksel analizde; gruplar arasında değişkenlerin karşılaştırılmasında Student t testi, Mann Whitney-U testi ve Chi-Square testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Sonuç olarak OKB tanısı konulan grupta erkek/kız oranının 3/2 olduğu, %44'ünde (n=22) tek obsesyon, %56'sında (n=28) birden fazla obsesyon,28'inde (n=14) tek kompulsiyon tipi görülürken % 72 hastada (n=36) birden fazla kompulsiyon görüldüğü, en sık görülen obsesyonun %46 ile (n=23) kirlenme olduğu, bunu % 22 (n=11) ile dini obsesyonların ve %12 ile diğer obsesyonların izlediği, en sık görülen kompulsiyonun ise yıkama temizleme kompulsiyonunun %40 (n=20) olduğu, OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde en sık komorbid bozukluğun anksiyete bozukluğu (%72), ikinci sıklıkla depresif bozukluk olduğu (%32), %8 hastaya tiklerin de eşlik ettiği, kontrol grubuna göre daha sık depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunun görüldüğü, Hasta grubunda OKB şiddeti ile öfke içe puanları, sürekli öfke puanları ile öfke içe ve öfke dışı puanları, öfke içe puanları ile öfke dışı puanları pozitif korele, sürekli öfke puanları ile öfke kontrol, öfke

dışa puanları ile öfke kontrol puanları negatif korele olarak, Yale Brown OKB şiddeti ile depresyon ve anksiyete puanları ve anksiyete puanları ile depresyon puanları pozitif korele olduğu, obsesyon ve kompulsiyon tipleri ve yaş grupları arasında ölçek puanları açısında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: OKB, depresyon, fke, ocuk, ergen



ANGER LEVEL AND DEPRESSION RELATION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

SUMMARY

Obsession is identified by person as the product of his own mind (as opposed to thought insertion) which person try to counting, repressing neutralize by other thought or action, is self disturbing (ego-dystonic), repetitive and insistent all kinds of thoughts, impulses or images, compulsion is involuntary repetitive movements, often made to move away obsessive thoughts from mind or to reduce the troubles caused by this ideas. Obsessive compulsive disorder (OCD) is a chronic mental disorder which is characterized by obsessions and compulsions, causing significant deterioration on occupational disability and social activities.

Outbursts may accompany near the clinic, triggered by the small provocations. Outbursts of anger may be associated with the rejection of the claims for OCD, interruption OCD rituals or comorbid disorders in addition to OCD symptoms.

In this study, we examined sociodemographic characteristics and distribution of comorbid psychiatric disorders in children and adolescents diagnosing OCD, anger level and its association with comorbid disorders.

Sample of this study is formed by 11-18 aged children and adolescents, made an application to Karadeniz Technical University, Child and Adolescents Mental Health and Diseases polyclinic which are diagnosed OCD according to DSM-V whom intelligence level is normally detected. The control group, selected from the community with non-randomly, is composed of 50 children and adolescents, matched for age and gender group with OCD and had no physical and mental chronic disease. The exclusion criteria from the study in both groups is defined as the presence of literacy to know, that the mental retardation, head trauma, epilepsy and other major neurological disorder.

Sociodemographic characteristics was detected using "Semi-Structured Interview Form", comorbid disorders was determined to predicating the DSM-V criteria. The "Child Depression Inventory", "The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders", "Yale-Brown Obsessive and compulsive scale for children", "Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory" and "Anger Scale" are given child and adolescents. WISC-R or Stanford Binet tests were applied. The differences between two groups were tested using independent sample t-test, Mann Whitney- U test, and chi-square test. All test values were considered significant at p less than 0.05.

The results have showed that in OCD group male/female ratio was 3/2. %44 of OCD patients had one obsession, % 56 had multiple obsessions. One compulsion was seen in %28 of OCD patients. The most common obsession was pollution (%46), second was religious obsessions (%22) and third was the other obsessions (%12). The most common compulsion was washing cleaning compulsions (%40). In OCD group the most common comorbid disorder was anxiety disorder (72%), the second was depressive disorder (32%), which accompanied the tiger to 8% of patients. Depressive disorders and anxiety disorders were most frequently in OCD group than the control group. In OCD group OCD severity scores and anger in scores, trait anger scores and anger in and out scores, anger in scores and anger out scores were positively correlated and trait anger and anger control scores, anger out and anger control scores were negatively correlated. Yale Brown OCD severity

scores and depression and anxiety scores and depression scores and anxiety scores werw positively correlated. In OCD group scale scores were not deffer between the age groups and obsession and compulsion types.

Key words: OCD, depression, anger, child, adolescent



KAYNAKLAR

- 1.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*, 110:4-13,2004.
- 2.Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 15(1):53-63,2010.
- 3.Lebowitz ER, Vitulano LA, Omer H: Coercive and disruptive behaviors in pediatric obsessive compulsive disorder: a qualitative analysis. 74(4):362-71, 2011.
- 4.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*, 46:335-41, 1989.
- 5.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, 2009:3671-78.
6. Geller DA: Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*, 29:353-70, 2006.
- 7.Ivarsson T, Melin K. Wallin L: Categorical and dimensional aspects of comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17:20–31, 2008.
- 8.Geller DA, Biederman J, Griffin S, Jones J. Lefkowitz TR: Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:1637–1646, 1996.
- 9.Stringaris A. Goodman R: Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:404–412, 2009.
- 10.Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N: Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:230-237, 2010.
- 11.Türkbay T, Söhmen T: Obsesif kompulsif bozukluk ile psikotik bozukluğun karışması: bir olgu sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7:106-112, 2010.

12. World Health Organization. WHOQOL, Measuring Quality of Life. Geneva, 1997. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
13. 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.
14. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R: Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 153:783-8, 1996.
15. Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkın R ve ark: Obsesif kompulsif bozukluk ve yaşam kalitesi. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2002 Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı, ss.184-185.
16. Beşiroğlu L, Ağargün M: Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sağlık Yardımı Arama Davranışı İle İlişkili Etmenler: Hastalık İle İlişkili ve Genel Etmenlerin Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17:213-22, 2006.
17. Shorrocks R, Butterfield D: The Penguin Latin Dictionary. 1th ed. London: Penguin Group, 2007.
18. Akgün N: Obsesyonel Nevroz Saplantı Zorlantı Bozukluğu. 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 1989, ss. 11-20.
19. Eyüboğlu S: Machbet. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1967.
20. Işık U, Şener Ş: Obsesif Kompulsif Bozukluk. In: Soykan Aysev A, Işık Taner Y (eds). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. İstanbul: Golden Print, 2007, ss. 507-519.
21. Erkmen H: Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Spektrum bozuklukları. In: Işık E, Taner E, Işık U (eds). Güncel Klinik Psikiyatri. 2. baskı. İstanbul: Golden Print, 2008, ss. 179-188.
22. Öztürk O, Uluşahin A: Saplantı Zorlantı Bozukluğu. In: Öztürk O, Uluşahin A (eds). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1.cilt. 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2008, ss.480-511.
23. Topçuoğlu V: Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik psikiyatri*, 6:46-50, 2003.
24. American Psychiatric Association. DSM-III: Diagnostic and statistical Manual of mental disorders III. Washington DC: American Psychiatric Press, 1980.
25. American Psychiatric Association. DSM-III-R: Diagnostic and statistical Manual of mental disorders III-R. Washington DC: American Psychiatric Press, 1987.

- 26.American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders IV. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
- 27.American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders IV. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
- 28.Öztürk O: Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü. ICD–10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1992.
- 29.Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Washington DC, 2000, In: Koroğlu E (çeviri ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.
- 30.Piacentini J, Langley AK: Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*, 60:1181-1194, 2004.
- 31.Reynolds S, Reeves J: Do cognitive models of obsessive compulsive disorder apply to children and adolescents? *Behav Cogn Psychother*, 36:463-471, 2008.
- 32.Lomax CL, Oldfield VB, Salkovskis PM: Clinical and treatment comparisons between adults with early- and late-onset obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 47:99-104, 2009.
- 33.Grados MA, Riddle MA: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *CNS Drugs*, 12:257- 277, 1999.
- 34.Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, et al: Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry*, 41:959-67, 1984.
- 35.Rasmussen SA, Eisen JL: The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 53 (Suppl):4-10, 1992.
- 36.Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL: Childhood-onset obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 15:767-775, 1992.
- 37.Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 15(1):53-63, 2010.
- 38.Pauls DL, Mundo E, Kennedy JL: The pathophysiology and genetics of obsessive compulsive disorder. In: Fineberg F, Marazziti D, Stein D (eds). *Obsessive compulsive disorder: A practical guide*. London: Martin Dunitz Lt., 2002, pp. 61–75.
- 39.Hudziak JJ, Van Beijsterveldt CE, Althoff RR, et al: Genetic and environmental contributions to the Child Behavior Checklist Obsessive- Compulsive Scale: a cross-cultural twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 61:608-16, 2004.

40. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet*, 8:450-458, 2005.
41. Pauls DL: The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 148C:133-9, 2008.
42. Ortiz 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.
43. Hanna GL, Vanderweele JV, Cox NJ, et al: Evidence for a susceptibility locus on chromosome 10p15 in early-onset obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 62:856-62, 2007.
44. Öztürk O, Uluşahin A. Kişilik Gelişimi: In: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1.cilt. 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2008, ss.94-116.
45. Odağ C: Saplantı Zorlantı Nevrozu. In: Odağ C (ed). Nevrozlar 2. cilt. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, 2001, ss.47-80.
46. Sadock BG, Sadock VA, Ruiz P (eds). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009, pp.3671-78.
47. Sungur MZ: Fobik hastalarda iki değişik biçimde uygulanan yüzleştirme tedavisinin karşılaştırılması olarak değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara, 1990.
48. 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, pp. 548-66.
49. Carr AT: Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychol Bull*, 81:311-8, 1974.
50. Rachman S: A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*, 35:793, 1997.
51. Salkovskis PM. Psychological Approaches To The Understanding of Obsessional Problems. In: Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter MA (eds). Obsessive-Compulsive Disorder New York: The Guilford Press, 1998.
52. Muris P, Merckelbach H, Clavan M.: Abnormal and normal compulsions. *Behav Res Ther*, 35:249-52, 1997.
53. Muris P, Merckelbach H: Suppression and dissociation. *Personality and Individual Differences*, 23:523-5, 1997.

54. Bradshaw JL, Sheppard DM: The neurodevelopmental frontostriatal disorders: evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization. *Brain Lang*, 73:297-320, 2000.
55. Schoenbaum G, Setlow B: Integrating orbitofrontal cortex into prefrontal theory: common processing themes across species and subdivisions. *Learn Mem*, 8:134-47, 2001.
56. March SJ, Benton MB: *Talking Back To OCD*. New York: The Guilford Press, 2006.
57. Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, Baxter LR: Neuroimaging and frontalsubcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl*, 35:26-37, 1998.
58. Stein DJ, Hollander E, Chan S, et al: Computed tomography and neurological soft signs in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 50:143-50, 1993.
59. Behar D, Rapoport JL, Berg CJ, et al: Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 141:363-9, 1984.
60. Luxenberg JS, Swedo SE, Flament MF, Friedland RP, Rapoport J, Rapoport SI: Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder detected with quantitative X-ray computed tomography. *Am J Psychiatry*, 145:1089-93, 1988.
61. Sanematsu H, Nakao T, Yoshiura T, Nabeyama M, Togao O, Tomita M et al: Predictors of treatment response to fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: an fMRI study. *J Psychiatr Res*, 44:193-210.
62. Szeszko PR, MacMillan S, McMeniman M, Chen S, Baribault K, Lim KO et al: Brain structural abnormalities in psychotropic drug-naïve pediatric patients with obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 161:1049-1056, 2004.
63. Gilbert AR, Akkal D, Almeida JR, Mataix-Cols D, Kalas C, Devlin B et al: Neural correlates of symptom dimensions in pediatric obsessive-compulsive disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48:936-944, 2009.
64. Lázaro L, Bargalló N, Castro-Fornieles J: Brain changes in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder before and after treatment: a voxel-based morphometric MRI study. *Psychiatry Res*, 172:140-146, 2009.
65. Radua J, Mataix-Cols D: Voxel-wise meta-analysis of grey matter changes in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 195:393-402, 2009.

66. Huyser C, Veltman DJ, de Haan E, Boer F: Paediatric obsessive-compulsive disorder, a neurodevelopmental disorder? Evidence from neuroimaging. *Neurosci Biobehav Rev*, 233:818-830, 2009.
67. Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, Koc M, Ozler S, Tezcan E: Neurochemistry of the hippocampus in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63:486-490, 2009.
68. MacMaster FP: Translational neuroimaging research in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci*: 12:165-741, 2010.
69. Capstick N: Clomipramine in obsessional states. *Psychosomatics*, 12:332-335, 1971.
70. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL et al: Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents: A double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 46:1088-1092, 1989.
71. Goddard AW, Shekhar A, Whiteman, AF, McDougle CJ: Serotonergic mechanisms in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Drug Discov Today*, 13:325-332, 2008.
72. Gross-Isseroff R, Cohen R, Sasson Y, Voet H, Zohar J: Serotonergic dissection of obsessive compulsive symptoms: a challenge study with m-chlorophenylpiperazine and sumatriptan. *Neuropsychobiology*, 50:200-205, 2004.
73. Kalra SK, Swedo SE: Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"? *J Clin Invest*, 119:737-46, 2009.
74. Olver JS, O'Keefe G, Jones GR, Burrows GD, Tochon-Danguy HJ, Ackermann U, et al: Dopamine D(1) receptor binding in the anterior cingulate cortex of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 83:85-88, 2010.
75. Koo MS, Kim EJ, Roh D, Kim CH: Role of dopamine in the pathophysiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*, 10:275-290, 2010.
76. Bortolozzi A, Diaz-Mataix L, Scorza MC, Celada P, Artigas F: The activation of 5-HT receptors in prefrontal cortex enhances dopaminergic activity. *J Neurochem*, 95:1597-607, 2005.
77. Kuroki T, Meltzer HY, Ichikawa J: 5-HT 2A receptor stimulation by DOI, a 5-HT 2A/2C receptor agonist, potentiates amphetamine-induced dopamine release in rat medial prefrontal cortex and nucleus accumbens. *Brain Res*, 972:216-21, 2003.
78. Zhou FC, Lesch KP, Murphy DL: Serotonin uptake into dopamine neurons via dopamine transporters: a compensatory alternative. *Brain Res*, 942:109-19, 2002.

- 79.O'Dell LE, Parsons LH: Serotonin 1B receptors in the ventral tegmental area modulate cocaine-induced increases in nucleus accumbens dopamine levels. *J Pharmacol Exp Ther*, 311:711-9, 2004.
- 80.Zhou FM, Liang Y, Salas R, Zhang L, De Biasi M, Dani JA: Corelease of dopamine and serotonin from striatal dopamine terminals. *Neuron*, 46:65-74, 2005.
- 81.Stahl SM: Depresyon ve Bipolar Bozukluk. In: Taneli B, Taneli Y (çev. eds). *Temel Psikofarmakoloji*. İstanbul: Yelkovan yayıncılık, 2003, ss. 365-400.
- 82.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*, 37:663-667, 1998.
- 83.Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S: Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*,30:1735-1740, 2005.
- 84.Coric V, Taskiran S, Pittenger C, Wasyluk S, Mathalon DH, Valentine G et al: Riluzole augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: an openlabel trial. *Biol Psychiatry*, 58:424-428, 2005.
- 85.Grant P, Lougee L, Hirschtritt M, Swedo SE: An open-label trial of riluzole, a glutamate antagonist, in children with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 17:761-767, 2007.
- 86.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)*, 174:530-8, 2004.
- 87.McDougle CJ, Barr LC, Goodman WK, Price LH: Possible role of neuropeptides in obsessive compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 24:1-24, 1999.
- 88.Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJ, et al: Cerebrospinal fluid neurochemistry in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 49:29-36, 1992.
- 89.Epperson CN, McDougle CJ, Price LH: Intranasal oxytocin in obsessivecompulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 40:547-9, 1996.
- 90.De Wied D: Long term effect of vasopressin on the maintenance of a conditioned avoidance response in rats. *Nature*, 232:58-60, 1971.
- 91.Lolait SJ, O'Carroll AM, McBride OW, König M, Morel A, Brownstein MJ: Cloning and characterization of a vasopressin V2 receptor and possible link to nephrogenic diabetes insipidus. *Nature*, 357:336-9, 1992.

92. Altemus M, Pigott T, Kalogeras KT, et al: Abnormalities in the regulation of vasopressin and corticotropin releasing factor secretion in obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 49:9-20, 1992.
93. Demet MM: Obsesif- kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15:45-52, 2005.
94. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, et al: Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27:764-71, 1988.
95. Hamburger SD, Swedo S, Whitaker A, Davies M, Rapoport JL: Growth rate in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 146:652-5, 1989.
96. Cooper JR, Bloom FE, Roth RH: Neuroactive peptides. In: Cooper JR, Oxford University Press, 1996, pp. 410–458.
97. Altemus M, Pigott T, L'Heureux F, et al: CSF somatostatin in obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 150:460-4, 1993.
98. Kruesi MJ, Swedo S, Leonard H, Rubinow DR, Rapoport JL: CSF somatostatin in childhood psychiatric disorders: a preliminary investigation. *Psychiatry Res*, 33:277-84, 1990.
99. Swedo SE, Snider LA: The neurobiology and treatment of obsessive compulsive disorder. In: Charney DS, Nestler EJ (eds). *Neurobiology of Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
100. 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*, 155:264-271, 1998.
101. 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*, 146:246–249, 1989.
102. Bronze MS, Dale JB: Epitopes of streptococcal M proteins that evoke antibodies that cross-react with human brain. *J Immunol*, 151:2820-8, 1993.
103. Kirvan CA, Swedo SE, Snider LA, Cunningham MW: Antibody-mediated neuronal cell signaling in behavior and movement disorders. *J Neuroimmunol*, 179:173-9, 2006.
104. Chapman F, Visvanathan K, Carreno-Manjarrez R, Zabriskie JB: A flow cytometric assay for D8/17 B cell marker in patients with Tourette's syndrome and obsessive compulsive disorder. *J Immunol Methods*, 219:181-186, 1998.

105. Snider LA, Swedo SE: Post-streptococcal autoimmune disorders of the central nervous system. *Curr Opin Neurol*, 16:359-65, 2003.
106. Murphy ML, Pichichero ME: Prospective identification and treatment of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection (PANDAS). *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156:356-61, 2002.
107. Perlmutter SJ, Leitman SF, Garvey MA, et al: Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood. *Lancet*, 354:1153-8, 1999.
108. Tükel R, Alkın T: Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. In: Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V (eds). *Anksiyete bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006, ss.277-98.
109. Diler RS, Avcı A: Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Croat Med J*, 43:324-329, 2002.
110. Wever C, Rey JM: Juvenile obsessive-compulsive disorder. *Aust NZJ Psychiatry*, 31:105, 1997.
111. Rapoport JL, Swedo S: Obsessive-compulsive disorder. In: Rutter M, Taylor E (eds). *Child and Adolescent Psychiatry*. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2003, pp.571-92.
112. Türkbay T, Doruk A, Erman H, Söhmen T: Obsesif Kompulsif Bozukluğun Belirti Dağılımının ve Komorbiditesinin Çocuk ve Ergenler ile Erişkinler Arasında Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3:86-9, 2000.
113. Khanna S, Rajendra PN, Channabasavanna SM: Sociodemographic variables in obsessive compulsive neurosis in India. *Int J Soc Psychiatry*, 32:47-54, 1986.
114. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, et al: Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 41:266-72, 2000.
115. Shooka A, al-Haddad MK, Raees A: OCD in Bahrain: a phenomenological profile. *Int J Soc Psychiatry*, 44:147-54, 1998.
116. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Khamseh A, Ebrahimkhani N, Issazadegan AA, Saif-Nobakht Z: Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *Int J Soc Psychiatry*, 48:20-8, 2002.
117. Tükel R: *Anksiyete Bozuklukları*. 1. baskı. Ankara: Çizgi Tıp Kitapevi, 2000, ss.81-104.

118. Demirok D, Unal F, Pehlivanrk B: ocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: Sosyodemografik ve klinik özellikler. ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 8:11-18, 2001.
119. Pollock RA, Carter AS: The familial and developmental context of obsessive-compulsive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 8:461-79, 1999.
120. Insel TR: Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 1990, 51 Suppl:4-8; discussion 9.
- 121.ner P, Aysev A: ocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *STED*, 10:409-11, 2001.
122. Smith EE, Jonides J: Storage and executive processes in the frontal lobes. *Science*, 283:1657-61, 1999.
123. Irak M, Flament F: ocukluk Dnemi Başlangılı Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Nropsikolojik Profili. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18:293- 301, 2007.
- 124.Singh D, Mattoo SK, Grover S ve ark: Effect of comorbid depression on neurocognitive functioning in patients with obsessive compulsive disorder: a study from india. *east asian arch psychiatry*, 25(1):3-15, 2015.
- 125.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, pp. 3671-78.
126. 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*, 158:1904-10, 2001.
- 127.Leonard HL, Freeman J, Garcia A, Garvey M, Snider L, Swedo SE: Obsessive-compulsive disorder and related conditions. *Pediatr Ann*, 30:154-60, 2001.
128. Shafran R: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*, 6:50-8, 2001.
129. Saliha Baykal, Koray karabekiroğu ve ark: ocukluk ağı başlangılı obsesif kompulsif bozukluk tanılı ocuk ve ergenlerde klinik ve nropsikolojik özelliklerin incelenmesi. *Nropsikiyatri arşivi*, 51:334-343, 2014.
130. 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*, 63(Suppl.6):20-29, 2002.

131. Carlsson ML: On the role of cortical glutamate in obsessive compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder, two phenomenologically antithetical conditions. *Acta Psychiatr Scand*, 102;401-413, 2000.
132. Aouizerate B, Guchl D, Cuny E ve ark: Pathophysiology of obsessive compulsive disorder: necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Prog Neurobiol*, 72:195-221, 2004.
133. 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*, 118:149-159, 2008.
134. Toros F, Tot S, Avcı A: Çocuk ve ergenlerde Tourette Bozukluğu: Sosyodemografik, klinik özellikler ve eştanılar. *Türk Psikiyatri Derg*, 13:187-195, 2002.
135. Mathews CA, Kaur N, Stein MB: Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety*, 25:742-51, 2008.
136. Pitman RK: Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a case study. *Compr Psychiatry*, 34:102-7, 1993.
137. Gershuny BS, Baer L, Jenike MA, Minichiello WE, Wilhelm S: Comorbid posttraumatic stress disorder: impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 159:852-4, 2002.
138. Gershuny BS, Baer L, Parker H, Gentes EL, Infield AL, Jenike MA: Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 25:69-71, 2008.
139. Sayar K, Uğurad I, Acar B: Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9:142-7, 1999.
140. Kaplan HI, Sadock BJ: Obsessive-Compulsive Disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Synopsis of Psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998, pp.609-1.
141. 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.
142. Ivarsson T, Melin K, Wallin L: Categorical and dimensional aspects of comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17:20-31, 2008.

143. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15:53–63, 2010.
144. Storch EA, Lewin AB, Larson MJ ve ark: Depression in youth with obsessive compulsive disorder: clinical phenomenology and correlates, 196(1):83-9, 2012.
145. Brown H.M, Lester K.J, Jassi A et al: Paediatric obsessive compulsive disorder and depressive symptoms: clinical correlates and CBT treatment outcomes, 43:933-942, 2015.
146. Quarantini Ic, Torres AR, Sampaio AS et al: Comorbid major depression in obsessive compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry*, 52(4):386-93, 2011.
147. Angst J, Gamma A, Endrass J, et al: Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255:65-71, 2005.
148. Wilens TE, Biederman J, Adamson JJ, et al: Further evidence of an association between adolescent bipolar disorder with smoking and substance use disorders: a controlled study. *Drug Alcohol Depend*, 95:188-98, 2008.
149. Faedda GL, Baldessarini RJ, Glovinsky IP, Austin NB: Pediatric bipolar disorder: phenomenology and course of illness. *Bipolar Disord*, 6:305-13, 2004.
150. Gordon A, Rasmussen SA: Mood-related obsessive-compulsive symptoms in a patient with bipolar affective disorder. *J Clin Psychiatry*, 49:27-8, 1988.
151. Fıstıkçı N, Hacıoğlu M, Erek Ş. ve ark: Bipolar bozukluğu olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk hastalarının klinik ve afektif mizaç özelliklerinin karşılaştırılması, *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25:26-31, 2012.
152. Tükel R, Meteris h, Koyucu A ve ark: The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin*, 256:240-5, 2006.
153. Maina G, Albert U, Pessina E, Bogetto F: Bipolar obsessive compulsive disorder and personality disorders. *Bipolar Disord*, 9:722-729, 2007.
154. Zutski A, Kamath P, Reddy YC: Bipolar and non bipolar obsessive compulsive disorder: a clinical exploration. *Compr Psychiatry*, 48:245-251, 2007.
155. Kamath P, Reddy YC, Kandavel T: Suicidal behavior in obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 68:1741-50, 2007.
156. Apter A, Horesh N, Gothelf D, et al. Depression and suicidal behavior in adolescent inpatients with obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord*, 75:181-9, 2003.

157. Torres AR, Ramos-Cerqueira AT, Ferrao YA ve ark: Suicidality in obsessive compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*.72(1):17-26, 2011.
158. Angelakis I, Gooding P, Tarrier N et al: Suicidality in obsessive compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 39:1-15, 2015.
- 159.Huppert JD, Simpson HB, Nissenon KJ et al: Quality of life and functional impairment in obsessive compulsive disorder: a comparison of patients with and without komorbidity, patients in remiission and healty controls. *Depression and Anxiety*, 26,39-45, 2009.
- 160.Abramowitz JS, Foa EB: Does comorbid major depressive disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behavior Therapy*, 31:795–800, 2000.
161. Holden C: 'Behavioral' addictions: do they exist? *Science*, 294:980-2, 2001.
162. Rasmussen SA, Eisen JL: Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacological trials in OCD. *Psychopharm Bull*, 24:466-469, 1988.
163. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee R, Silva P. Obsessive compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:1424-31, 1995.
164. Grant JE, Mancebo MC, Eisen JL et al: İmpulse-control disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 30;175(1-2):109-13, 2010.
- 165.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*, 162:1125-32, 2005.
- 166.Valderhaug R, Ivarsson T: Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14:164-73, 2005.
- 167.Rasmussen SA, Eisen JL: Phenemenology of Obsessive Compulsive Disorder. In: Stein DJ, Hollander E (eds).Textbook of Anxiety Disorders. Washington, DC: APA Press, 2002.
- 168.Türkbay T, Söhmen T: Obsesif kompulsif bozukluk ile psikotik bozukluğun karışması: bir olgu sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7:106-112, 2000.

169. 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* 18:131-135, 2009.
170. 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* 34:147-152, 2006.
171. 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*, 11:622-632, 2006.
172. Pişgin İ, Özen DŞ: Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2:117-131, 2010.
173. Biaggio MK: Sex Differences In Behavioral Reactions To Provocation Of Anger. *Psychol Rep*, 64:23-26, 1989.
174. Balkaya F, Şahin NH. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3):192-202, 2003.
175. Spielberger CD, Crane RS, Kearns WD: Anger And Anxiety In Essential Hypertension. *Stress And Emotion: Anxiety, Anger And Curiosity*. Spielberger CD (Ed), New York, Taylor & Francis, 1991, pp. 265-279.
176. Kassinove H, Sukhodolsky DG: Anger Disorders: Basic Science And Practice Issues. *Issues Compr Pediatr Nurs*, Jul-Sep;18(3):173-205, 1995.
177. Kennedy H.G: Anger And Irritability. *British Journal Of Psychiatry*, 161:145-153, 1992.
178. Togan SS: Ergenlerde Öfke Değerlendirme Ölçeği (Adolescent Anger Rating Scale-AARS)‘ Nin Türkçe Versiyonu. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, İstanbul 2005, ss. 9-15.
179. Novaco W.R: Anger Control: The Development And Evaluation Of An Experimental Treatment. Lexington, MA: Lexington Books, D.C. Health. Reviewed By Konecni, V. Good News For Angry People. *Contemporary Psychology*, 21, 397-398, 1976.
180. Berkowitz L: On The Formation And Regulation Of Anger And Agression: A Cognitive-Neoassociationistic Analysis. *American Psychologist*, 45:494- 503, 1990.

- 181.Kocak E: Ergenlerde Yalnızlığın Yordayıcısı Olarak Benlik Saygısı Ve Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana 2008, ss.28-52.
182. Starner TM, Peters RM: Anger expression and blood pressure in adolescents. *J School Nursing* 20: 335-342, 2004.
- 183.Albayrak B, Kutlu Y: Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2: 57-61, 2009.
184. Herrmann SD: Anger and aggression management in young adolescents: an experimental validation of the SCARE program. *Educ Treat Children*, 26: 273-302, 2003.
- 185.Türkçapar H. Güriz O. Özel A. Işık B. Dönbak Örsel I: Asosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda öfke ve depresyonun ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 15:119 -124, 2004.
186. Walker VJ, Beech HR: Mood state and the ritualistic behaviour of obsessional patients. *Brit J Psychiatry*, 115:1261–12639, 1969.
- 187.Hildebrand HP: A factorial study of introversion–extroversion by means of objective tests. Unpublished doctoral dissertation, University of London, 1953.
188. Rubenstein CS, Altemus M, Pigott TA, Hess A, Murphy DL: Symptom overlap between OCD and Bulimia Nervosa. *J Anxiety Disorders*, 9:1–9, 1995.
- 189.Whiteside SP, Abramowitz JS: Obsessive–compulsive symptoms and the expression of anger. *Cog Therapy Res*, 28:259–268, 2004.
- 190.Grassi G, Pallanti S et al: think twice, impulsivity and decision making in obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(4),263-272, 2015.
- 191.Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA et al: The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev*, 29:399-419, 2005.
- 192.Krebs G, Bolhuis K, Heyman I et al: Temper outbursts in paediatric obsessive compulsive disorder and their association with depressed mood and treatment outcome. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(3):313-322, 2013.
193. Tan O, Taş C: Symptom dimensions, smoking and impulsiveness in obsessive compulsive disorder, *psichiatria danubina*, 27(4):397-405, 2015.

194. Stringaris A, Goodman R: Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50,216–223, 2009.
195. Piri S, Kabakçı E: Düşünce eylem kaynaşması, yükleme biçimleri, depresif ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3):197-206, 2007.
196. Öy B: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2: 132–136, 1991.
197. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D ve ark: The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:545-553, 1997.
198. Karaceylan Çakmakçı F: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi AD, Kocaeli, 2004.
199. Hodgson RJ, Rachman S: Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther*, 15(5):389-95,1977.
200. Erol N, Savaşır I: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi bilimsel Çalışma Kitabı, 1988, ss. 104-14.
201. 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.
202. Özer AK. Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-tarz) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9:26-35, 1994.
203. Tekinsav Sütcü S, Aydın A: İki Farklı Öfke Ölçeğinin Çocuk ve Ergenler İçin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, (9) 2: 93-108, 2008.
204. Demirok D: Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: sosyodemografik ve klinik özellikler. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 8(1):11-18, 2001.
205. Karakoç S, Abalı O: Ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk tedavisi: poliklinik deneyimi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19:s201-203, 2009.
206. 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.

- 207.Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO: Obsessive compulsive disorder. The american psychiatric publishing textbook of psychiatry, 5th edition. 2008.
- 208.Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Lochner C et al: Early versus onset obsessive compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Res*, 128(2):175-82.
- 209.Selvi Y, Beşiroğlu L ve ark: Van il merkezinde lise son sınıf öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri*, 13:5-13, 2010.
210. Nordberg L, Rydelius PA, Zetterström R: Children of alcoholic parents: health, grovth, mental development and psychopathology until school age. Results from a prospective longitudinal study of children from the general population. *Açta Paediatr Suppl*, 387 (2): 1-24, 1993.
211. Aslan H, Unal M, Alparslan N: Ayaktan izlenen obsesif kompulsif bozukluk olgularında psikososyal özellikler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 33:169-176, 1996.
- 212.Calvo R Lazaro I et al: Parental psychopathology in child and adolescent obsessive compulsive disorder. *Soc psychiatry Epidemiol*, 42(8):647-655, 2007.
- 213.Bhattacharyya S, Prasanna CLN, Khanna S, Reddy YCJ, Sheshadri S: A family genetic study clinical subtypes of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Genet* 15:175-180, 2005.
214. Carter AS, Pollock RA, Suvak MK, Pauls DL: Anxiety and major depression comorbidity in a family study of obsessive compulsive disorder. *Depres Anxiety*, 20(4):165-74, 2004.
- 215.Juang YY, Liu CY: Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55:623-627, 2001.
- 216.Wells JH, Haines J, Williams CL: Severe morbid onychophagia: the classification as self -mutilation and a proposed model of maintenance. *Aust N Z JPsychiatry*, 32:534-545, 1998.
- 217.Silber KP, Haynes CE: Treating nailbiting: a comparative analysis of mild aversion and competing response therapies. *Behaviour Research and Therapy*, 30:15 -22, 1992.
- 218.Walker BA, Ziskind E: Relationship of nailbiting to sociopathy. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 164(1): 64-65, 1977.
- 219.Ghanizadeh A, Mosallaei S: Psychiatric disorders and behavioral problems in children and adolescents with Tourette Syndrome. *Brain Dev*, 31(1):15 - 19, 2009.

220. Demirok D, Unal F, Pehlivan Türk B: Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: sosyodemografik ve klinik özellikler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 8:11-18, 2001.
221. Avcı A, Tamam L, Toros F: Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: sosyodemografik, klinik özellikler ve eşanılar. Türk Psikiyatri Dergisi, 10(4):294-304, 1999.
222. Aslan H, Ünal M: Obsesif kompulsif bozukluk. Anksiyete Monografaları Serisi, 3:101-142, 1995.
223. Lewin BA, Bergman RL, Peris TL et al: Corraletes of insight among youth with obsessive compulsive disorder. J Child Psychology and Psychiatry, 51:603-11, 2010.
224. Shafran R, Thordarson DS, Rachman SR: Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. J Anx Disord, 10(5): 379-391, 1996.
225. Abramowitz JS, Whiteside S, Lynam D et al: Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder?: a mediating role of negative affect. Behav Res Ther, 41: 1069-1079, 2003.
226. 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, 167:1526-1532, 2010.
227. Tamam I, Saygılı M, Ünal M: Obsesif kompulsif hastalığı olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4:69-80, 2003.
228. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N: Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry, 43:204-209, 2002.
229. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD et al: Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. J Clin Psychiatry, 60:346-351, 1999.
230. Crino RD, Andrews G: Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. J Anxiety Disord, 10:37-46, 1996.
231. Painuly NP, Grover S, Kumar Mattoo S et al: Anger attacks in obsessive compulsive disorder. Industrial Psychiatry Journal, (20)2, 2011.
232. Whiteside SP, Abramowitz JS: The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive-compulsive disorder. Depress Anxiety, 21:106-111, 2005.

- 233.Desouky Del-S, Abdellatif İbrahim R, Salah Omar M: Prevalance and comorbidity of depression, anxiety and obsessive compulsive disorders among saudi secondary school girls. Arch Iran Med, 18(4):234-8, 2015.
234. Mızrak S: Depresyonlu ve depresyonsuz obsesif kompulsif bozuklukta immun sistem göstergeleri, 2006.
235. Storch E.A, Lewin A.B, Geffken G.R, Morgan J, Murphy T.K: The role of comorbid disruptive behavior in the clinical expression of pediatric obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 48,1204–1210, 2010.
- 236.Stephen P, Whiteside and Jonathan S: The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive compulsive disorder. Depression and Anxiety, 21:106-111, 2005.
237. Adam S.R, Andea R. A, Laurie A. G: Relationships between anger, symptoms and cognitive factors in OCD checkers. Behaviour Research and Therapy, (45),2712-2725, 2007.
- 238.Moscovitch DA, McCabe RE, Antony MM, Rocca L, Swinson RP: Anger experience and expression across the anxiety disorders. Depress Anxiety, 25:107–13, 2008.
- 239.Viswanath B, Narayanaswamy JC, Rajkumar RP et al: İmpact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive compulsive disorder. Compr Psychiatry, 53(6):775-82, 2012.
- 240.Storch EA, Jones A, Lewin AB et al: Clinical phenomenology of episodic rage in pediatric obsessive compulsive disorder. Minerva Pschiatrica, 52:89-95, 2011.
- 241.Hasler G, La Salle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D et al: Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. Psychiatry Res 135:121–32, 2005.
- 242.Besiroğlu L, Uguz F, Sağlam M ve ark: Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive compulsive disorder. J Affect Disord, 102(1-3):73-9, 2007.
- 243.Şahmelikoğlu Onur Ö: Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda impulsivite özelliklerinin üst bilişsel ve obsesif inançlarla ilişkisi, 2014.
244. Ettelt S, Ruhrmann S, Barnow S et al: İmpulsiveness in obsessive compulsive disorder: results from a family study. Acta Psychiatr Scand, 115(1):41-7, 2007.
245. Lopez-sola C, Fontenelle LF, Verhulst B et al: District etiological influences on obsessive compulsive symptom dimensions: a multivariate twin study. Depress Anxiety, 2015.

246. Selles RR, Storch EA, Lewin AB: Variations in symptom prevalence and clinical correlates in younger versus older youth with obsessive compulsive disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*, 45(6):666-74, 2014.

247. Kbolhuis T.A, Mcadams B, Monzani et al: Aetiological overlap between obsessive compulsive and depressive symptoms: a longitudinal twin study in adolescents and adults. *Psychological Medicine*, 44,1439-1449, 2014.

248. Karamustafaoğlu O, Ceylan Y.C, Bakım B ve ark.: Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*, 43:112-116, 2009.

249. Soreni N, Streiner D, McCabe R et al: Dimensions of perfectionism in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23:2,2014.

250. Demet M, Deveci A ve ark: Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:133-144, 2005.

251. Mavrogiorgou P, Bethge M, Luksnat S et al: Social cognition and metacognition in obsessive compulsive disorder: an explorative pilot study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 266:209, 2016.

EKLER

Ek-1: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Ek-2: Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI)

Ek-3: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Ek-4: Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği

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

Ek 6: Sürekli Öfke Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)

Ek 7: Hasta Grubu için Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 8: Kontrol Grubu için Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 9: Etik Kurul Onayı



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Tarih :

ÇOCUK PSIKIYATRİSİ KÜNSÜSÜ
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
	Grup 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	BÜYÜK EREVEYN
Normal	Zamanında	AKRABALAR (ayrı evde)
Kanamalı	Premature	
Hastalık	Postmature	
Ruhi Trauma	Provoke	
Primipar	Forceps	
Multipar	Sectio	
Doğum Yaşı	Normal	
Annenin Aktiviteleri	Evde-Klinikte	
ÖNEMLİ NOTLAR		EXAMEN KUBUĞU
		Ka
		Mük
		Öd sayısı
		Qualit. ötes
		N.1.6
		Aylık gtr
		Özet: Nkt

GELİŞİM	Okul öncesi eğit.
Anne Sınıfı	İlk Okul
Öğretme	Orta Okul
Diş Çıkarma	Öğretmen ilişkileri
Yürüme	Arkadaş ilişkileri
İlk Hece	Önemli notlar
Konuşma	
Tualet Eğit.	
Gündüz	Gece

MEDİKAL

PATOLOJİK HUYLAR

PSİKIYATRİK MUAYENE

ÖZET	Konuşma	Günlük İşlevler
GÖRÜNÜŞ	Yok	Tuaret
Apatik	Heceleme	Yemek
Sakin	Tek kelimeler	Giyim
Neşeli	Eksik cümleler	Oyun
Hiperaktif	Basit cümleler	Çevre - Okul Bilgisi
Ajte	Normal	Organ
Agresiv	Zeka (Klinik)	Henk
Negativist	Yüksek	Okuma
Autistik	Normal	Yazma
	Geni	Anime/ik
		Diğer

SOMATİK MUAYENE

ÖZET	Motor	Refleks
Solunum	Görme	Trofik
Dolanım	İşitme	Dengi

LABORATUVAR

KAN

İDRAR

RÖNTGEN

EEG

ZEKA TESTİ

SAHSİYET TESTİ

TEDAVİ :

İLK TANI :

KALITSAL

GEBELİK OLAYLARI

DOĞUM

DOĞUM SONRASI

AİLE İNCELEMESİ

TARİH

TAKİP

3/10

44-Soyadı:

Tarih:

Yaş:

Size uygun olanı (İtfen yuvarlak içine alınız!

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

www.ozgurcuokcu.com.tr

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

- R) 1) Ağrı ve sıızlardan endişe etmem.
2) Çoğu zaman ağrı ve sıızlardan endişe ederim.
3) Her zaman ağrı ve sıızlardan endişe ederim.
- S) 1) Kendimi yalnız hissetmem.
2) Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3) Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- S) 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 etkisi kadar iyi değil.
3) Zaten iyi olduğum derslerde çok başarılıyım.
- U) 1) Diğer zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2) Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3) Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1) Kimse beni sevmey.
2) Beni seven insanların olup olmamasından emla değilim.
3) Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1) Beni söylemeni genellikle yaparım.
2) Beni söylemeni çoğu zaman yaparım.
3) Beni söylemeni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1) İnsanlarla iyi geçirim.
2) İnsanlarla çoğu zaman kavga ederim.
3) İnsanlarla her zaman kavga ed

TEŞEKKÜRLER...

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	Huzursuzum.	0	1	2	YAB
8	Nereye giderse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2	AA
9	Birçok insan bana huzursuz görüdüğümü 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 aklıma kaçırarak 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.

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 nedeni 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 hissedirim.	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	Annemin 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	Diğer çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissedirim. (ör.Yüksək 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 hissedirim.	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):

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa "DOĞRU"yu, uygun değilse "YANLIŞ"ı
daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.	DOĞRU	YANLIŞ
2. Sık sık hoş gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.	DOĞRU	YANLIŞ
3. Dürüstliğe herkesten çok önem veririm.	DOĞRU	YANLIŞ
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.	DOĞRU	YANLIŞ
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
7. Değişmez kurallarım vardır.	DOĞRU	YANLIŞ
8. Aklıma takılan hoş olmayan düşünceler hemen hemen hergün beni rahatsız eder.	DOĞRU	YANLIŞ
9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.	DOĞRU	YANLIŞ
10. Hergün yaptığımı basit günlük işlerden bile emin olamam.	DOĞRU	YANLIŞ
11. Annem babam beni fazla sıkımsızlar (çocuklar için).	DOĞRU	YANLIŞ
Çocukken annem de, babam da beni fazla sıkımsızlardı (yetişkinler için).	DOĞRU	YANLIŞ
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için okulda/işimde geri kaldığım oluyor.	DOĞRU	YANLIŞ
13. Çok fazla sabun kullanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.	DOĞRU	YANLIŞ
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.	DOĞRU	YANLIŞ
17. Temizliğe aşırı düşkünüm.	DOĞRU	YANLIŞ
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
19. Pis tuvaletlere giremem.	DOĞRU	YANLIŞ
20. Esas sorunun bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.	DOĞRU	YANLIŞ
21. Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.	DOĞRU	YANLIŞ
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim.	DOĞRU	YANLIŞ
25. Alıştığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.	DOĞRU	YANLIŞ
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.	DOĞRU	YANLIŞ
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
28. Hergün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.	DOĞRU	YANLIŞ
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.	DOĞRU	YANLIŞ
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.	DOĞRU	YANLIŞ
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hasta aylarca hiçbirşeye el sürmediğim olur.	DOĞRU	YANLIŞ
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.	DOĞRU	YANLIŞ
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığımı duygusuna kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
34. Sık sık kendime birşeyleri dert edlirim.	DOĞRU	YANLIŞ
35. Önemli ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.	DOĞRU	YANLIŞ
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.	DOĞRU	YANLIŞ
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni gündüze rahatsız eder.	DOĞRU	YANLIŞ

Çeviren ve Uyarlayanlar : Dr. Neşe Erol, Dr. İplik Savasır (1988).

15.04.2023. 7:00

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, diş 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 birşey tuttuğu zaman bir yerinin kesilip kesilmediğini,

kanayıp kanamadığını kontrol etmek. Kendine zarar vermediğinden emin olmak için başkalarına sormak.

_____ Kötü veya korkunç birşey 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.

_____ 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 deyimi 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. Örneğın 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. Örneğın oyuncak, kitap pencere, duvardaki çiviler, ve hatta kumsaldaki kum taneciklerini sayma. Yıkınma gibi belli bir hareket yaparken de tekrar tekrar sayıyor olabilir.

_____ Diğer (tanımlayın)_____

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

_____ Simetri veya düzenleme ihtiyacı. Örneğın 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. Örneğın 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)_____

AŞIRI 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 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

_____ Törenselle 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) törenselle 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 törenselle davranışlar*

_____ Trikotillomani (saç koparma)*

_____ Diğer kendine zarar verici veya kendini yaralayıcı davranışlar*

_____ Diğer (tanımlayın)_____

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.)

7

KOMPULSİYONLARLA İLGİLİ SORULAR (MADDE 1-5)

"Şimdi sana önüne geçemediğin/durduramadığın bazı alışkanlıklarınla ilgili sorular soracağım." (Soruları sorarken saptadığınız 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

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.

4.KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DİRENME

Alişkanlıklarına 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 DERECESESİ

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

Adı, soyadı:

Tarih:

Doğum tarihi:

Tanı:

ÇY-BOKÖ OBSESYON TARAMA LİSTESİ

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

KİRLENME OBSESYONLARI

Şimdi Geçmişte

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

_____ Vücut atık veya salgılarından öğrenirim veya bunları aklıma takarım. Örneğin idrar, dışkı, tükürük 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 köpeğe, 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.

_____ 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.

_____ Şimdi Geçmişte

_____ 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 ölümle, kırmızı kanla ve yaralanmayla eşleştirme, mezarlığın yanından geçme, merdivenin altından geçme veya ölümü

hatırlatan diğer şeylerden korkmak gibi.

(tanımlayın) _____

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) _____
DİĞER 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) _____

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.)**

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 GEÇEN 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

7. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Bu düşünceler okul yaşantını, arkadaşlarıyla 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 bunalıtı ve

başka belirtilerle ilgili bunalıtıyı 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

9. OBSESİF DÜŞÜNCELERE KARŞI DİRENME

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

[Sadece direnme çabalarını değerlendiriniz. Obsesyonları kontrol etme başarılarınızı 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 DERESESİ

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.

11. HASTANIN OBSESİYONLARI 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. KAÇINMA

Obsesyonel düşüncelerin nedeniyle veya kompulsif hareketleri yapacağım endişesi ile herhangi birşeyi yapmaktan, bir yere gitmekten veya herhangi biri ile birlikte olmaktan

kaçındığının oluyor mu? (Yanıt evet ise şu soruyu sorunuz): Bu kaçınma ne oranda oluyor?

(Belirti listesinde nelerden kaçınıldığını not ediniz). Bazen kompülsiyonlar hastanın korktuğu birşeye temastan "kaçınma" şeklinde olabilir. Örneğin, meyve ve sebzelerin mikroplardan arındırılmak üzere çok fazla yıkanması bir kaçınma davranışı değil, kompülsiyon 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.

13. KARARSIZLIK DERECESESİ

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 güçlüğü.

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 mısın?

Kendi kontrolünde olmayan olaylardan dolayı kendini suçlar mısın?

(Normal sorumluluk duygusu, değersizlik duygusu ve patolojik suçluluk duygusundan ayırt ediniz. Suçluluk duyan bir kişi kendini veya yaptıklarını kötü, şeytani olarak değerlendirir.)

0- HİÇ

- 1- HAFİF Sadece sorulduğunda 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).

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 şüphe 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. Patolojik kuşkuları hemen her tür faaliyetini etkilemektedir. İş göremez durumdadır. (Hasta "Gözümün gördüğüne beynim/aklım inanmıyor" demektedir)

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 kanıya, 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.

COCUKLAR İCİN YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (3/1/ 90)**CY-BOCS TOPLAM PUANI (madde 1-10 toplamı)**

Hastanın adı, soyadı:

Tarih:

Protokol no:

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 1	uzun 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	2	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 1	uzun 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		Tam teslimiyet					
	0	1	2	3	4			
	Tam kontrol	Yeterli kontrol	Orta kontrol	Az kontrol	Kontrol yok			
10. OBSESYONLARIN KONTROLÜ	0	1	2	3	4			
OBSESYON ALTTOPLAMI (Madde 1-5 toplamı)					<input type="text"/>			
11. OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	0	1	2	3	4			
	Yok	Hafif	Orta	Ağır	İleri			
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	5	6	
18. GENEL DÜZELME	0	1	2	3	4	5	6	
19. GÜVENİRLİK	MÜKEMMEL: 0		İYİ: 1		ORTA: 2		ZAYIF: 3	



ÖFKE ÖLÇEĞİ

Değerli Öğrenciler;

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayan seçenek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Teşekkürler.

Hiç (1)
Biraz (2)
Oldukça (3)
Tümüyle (4)

	Sizi ne kadar tanımlıyor?			
	Hiç (1)	(2)	Tümüyle (3)	(4)
1. Çabuk parlam	(1)	(2)	(3)	(4)
2.Kızgın mizaçlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.Öfkesi burnunda bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
4.Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

- 5.Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır. (1) (2) (3) (4)
- 6.Öfkelenince kontrolümü kaybederim. (1) (2) (3) (4)
7. Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim. (1) (2) (3) (4)
- 8.Başkalarının önünde eleştirilmek eni çok hiddetlendirir. (1) (2) (3) (4)
- 9.Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir. (1) (2) (3) (4)
- 10.Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.(1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA.....

- Sizi ne kadar tanımlıyor?
Hiç Tümüyle
(1) (2) (3) (4)
- 11.Öfkemi kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)
12. Kızgınlığımı gösteririm. (1) (2) (3) (4)
- 13.Öfkemi içime atarım. (1) (2) (3) (4)
- 14.Başkalarına karşı sabırlıyım. (1) (2) (3) (4)
- 15.Somurtur ya da surat asarım. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA.....

- Sizi ne kadar tanımlıyor?
Hiç Tümüyle
(1) (2) (3) (4)
16. İnsanlardan uzak dururum. (1) (2) (3) (4)
- 17.Başkalarına iğneli sözler söylerim. (1) (2) (3) (4)
18. Soğukkanlılığımı korurum. (1) (2) (3) (4)
- 19.Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım. (1) (2) (3) (4)
- 20.İçin için köpürürüm ama gösteremem. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA.....

- Sizi ne kadar tanımlıyor?
Hiç Tümüyle
(1) (2) (3) (4)
21. Davranışlarımı kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)
- 22.Başkalarıyla tartışırım. (1) (2) (3) (4)
- 23.İçimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim. (1) (2) (3) (4)

24. Beni çileden çıkararak her neyse saldırırım. (1) (2) (3) (4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA.....

- Sizi ne kadar tanımlıyor?
Hiç Tümüyle
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm. (1) (2) (3) (4)
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir. (1) (2) (3) (4)
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim. (1) (2) (3) (4)
29. Kötü şeyler söylerim. (1) (2) (3) (4)
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA.....

- Sizi ne kadar tanımlıyor?
Hiç Tümüyle
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlerim. (1) (2) (3) (4)
32. Sinirlerime hakim olamam. (1) (2) (3) (4)
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim. (1) (2) (3) (4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)

HASTA/DENEĞİN VE/VEYA EBEVYNİNİN AYDINLATILMIŞ ONAMI

Ben, Dr. Canan İNCE tarafından yapılan ‘‘Obsesif kompulsif bozukluklu çocuk ve ergenlerde öfke düzeyi ve depresyon ilişkisi’’ çalışması konusunda bilgilendirildim. Bana çalışmanın amacının OKB lu bireylerde öfke düzeyi, öfke ifade etme tarzları ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi olduğunu anlattı. Bana/çocuğuma ve tüm diğer katılımcılara uygulanacak olan ölçeklerle hastalığının değerlendirileceğini öğrendim. Bana/çocuğuma ilgili klinik görüşmenin, ilgili ölçeklerin Dr. Canan İNCE 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 çocuk ve ergenlerde öfke düzeyi ve depresyon ilişkisi’’ adlı çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tanık/Vekil:

ve/veya Ebevyinin

Adı soyadı:

İmzası:

Hasta/Deneğin

Adı soyadı:

İmzası:

Aydınlatan Hekim:

Dr. Canan İNCE

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.D

04623775386

KONTROL GRUBU VE/VEYA EBEVYNİNİN AYDINLATILMIŞ ONAMI

Ben, Dr. Canan İNCE tarafından yapılan ‘‘Obsesif kompulsif bozukluklu çocuk ve ergenlerde öfke düzeyi ve depresyon ilişkisi ‘’ adlı OKB lu bireylerde öfke düzeyi, öfke ifade etme tarzları ve depresyon ilişkisinin değerlendirilip normal kontrollerle karşılaştırılacağı bir çalışmaya davet edildim. Öfke düzeyi, ifade etme tarzı ve depresyon konularında bilgilendirildim. Bana çalışmanın amacının OKB’li bireylerde öfke düzeyi, öfke ifade etme tarzları ve depresyon ilişkisinin 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 gösterileceği belirtildi. Gönüllü olarak katılmaya karar verdiğimiz araştırmanın bize herhangi bir maddi yükünün olmayacağı anlatıldı.

Ben, _____, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinde yürütülmekte olan ‘‘Obsesif kompulsif bozukluklu çocuk ve ergenlerde öfke düzeyi ve depresyon ilişkisi ‘’ adlı çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tanık/Vekil:
ve/veya Ebevyininin

Adı soyadı:

İmzası:

Hasta/Deneğin

Adı soyadı:

İmzası:

Aydınlatan Hekim:

Dr. Canan İNCE

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.D

04623775386

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL


Sayı: 24237859-123
Konu: Onay Belgesi

Tarih:03/02/2015

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

"Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Öfke Düzeyi ve Depresyon İlişkisi" başlıklı etik kurul 2014/140 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

Eki : 1 onay belgesi