

**T.C.**  
**MALTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARA**  
**UYGULANMIŞ OLAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ,**  
**İLAÇ TEDAVİSİ VE KOMBİNASYONUNUN**  
**ETKİLİLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÇİĞDEM KOŞE**

**081106119**

**İstanbul, Ekim 2010**

**T.C.**  
**MALTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARA**  
**UYGULANMIŞ OLAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ,**  
**İLAÇ TEDAVİSİ VE KOMBİNASYONUNUN**  
**ETKİLİLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÇİĞDEM KOŞE**

**081106119**

**Danışman Öğretim Üyesi:**

**Prof. Dr. SÜLEYMAN SALİH ZOROĞLU**

**İstanbul, Ekim 2010**

## TEZ ONAY SAYFASI

TARİH: .../...../.....

### T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Çiğdem Koşer'ye ait 'Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuklara Uygulanmış Olan Bilişsel Davranışçı Terapi, İlaç Tedavisi Ve Kombinasyonunun Etkililiklerinin Karşılaştırılması' adlı çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

(İmza)

Başkan .....

Akademik Unvanı, Adı Soyadı

(İmza)

Üye.....

Akademik Unvanı, Adı Soyadı (Danışman)

(İmza)

Üye.....

Akademik Unvanı, Adı Soyadı

## ÖZET

Literatür, çocukluk çağı Obsesif Kompulsif Bozukluk'un (OKB) tedavisinde, bilişsel davranışçı terapinin (BDT) ve ilaç tedavisi olarak, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) etkililiğini vurgulamaktadır. Bu çalışma için Ocak 2009 Ağustos 2010 tarihleri arasında kliniğe başvuran 1,500 çocuğun dosyası incelenmiş ve OKB tedavisini tamamlayan 47 çocuğun dosyaları analiz edilmiştir. Kırk yedi çocuğun dosyasında tedavi öncesi ön test ve tedavi sonrası son test olarak Çocukluk Çağı Yale Brown Ölçeği bilgileri bulunmaktadır, tedavi öncesi 16 puan ve üzeri skoru olan çocuklar bu çalışmaya dahil edilmiştir. Tedavi yöntemleri ve Yale Brown Ölçeği'nden alınan sonuçlar değerlendirilmiş ve 47 çocuğun dosyası tedavi yöntemlerine göre üç grupta analiz edilmiştir. Birinci grup ilaç tedavisi (SSRI) ile tedavi edilen çocuklar, ikinci grup bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilen çocuklar ve üçüncü grup ise bu iki tedavi yöntemi bir arada kullanılarak tedavi edilen çocuklardır. İstatistiksel analizler sonucu, hem tek başına uygulanan BDT tedavisinin hem ilaç tedavisinin hem de iki tedavi yönteminin birleştirilmesinin anlamlı olarak semptomları azalttığı bulunmuştur. Bilişsel davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin birlikte uygulanması sonuçları, sadece bilişsel davranışçı terapi sonuçlarına oranla anlamlı olarak daha etkili bulunmuştur. Bu çalışmada Türkiye'den seçilen bir örneklemin, çocukluk çağı OKB tedavi yöntemlerinin etkililiği bakımından literatür ile paralellik gösterdiği bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, OKB, BDT, SSRI, Tedavi

## **ABSTRACT**

The empirical literature on treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD) in children supports the combined efficacy of cognitive-behavior therapy (CBT) and medical treatment with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI). This study conducted to evaluate the efficacy of CBT alone and medical treatment with the selective serotonin reuptake inhibitor alone, or CBT and SSRI combined, as treatment for children with OCD. For the study 1,500 children's treatment folders between January 2009 to August 2010 scanned and 47 children's data, who has completed their OCD treatment, included in this study for analysis. Folders included pretest and posttest Yale-Brow scores of the sample. Sample consisted of children whose, Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) score of 16 or higher. The result of 47 patients' folders evaluated with respect to treatment. The treatment interventions in the folders was evaluated under three major groups CBT alone, selective serotonin reuptake inhibitor alone, combined CBT and selective serotonin reuptake inhibitor. Change in CY-BOCS score was evaluated by treatment status. Statistical analyses indicated a statistically significant advantage for CBT alone, selective serotonin reuptake inhibitor alone, and combined treatment. Combined treatment also proved superior to CBT alone. The findings of this study supported the findings in the literature about the treatment of OCD children, on a sample from Turkey.

**Key words:** Childhood, OCD, CBT, SSRI, Treatment

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	iii
ABSTRACT.....	iv
KISALTMALAR.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	x
GİRİŞ .....	1
1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk .....	1
1.2. Tanı Ölçütleri.....	5
1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihçesi .....	9
1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Çocuklarda Görülme Sıklığı.....	15
1.5. Fenomenoloji.....	17
1.5.1. Obsesyonlar .....	18
1.5.1.1. Kirlenme Obsesyonu.....	19
1.5.1.2. Somatik Obsesyonlar .....	21
1.5.1.3. Cinsel/Saldırgan Obsesyonlar .....	21
1.5.1.4. Simetri Obsesyonu .....	22
1.5.1.5. Dini Obsesyonlar.....	23

1.5.2. Kompulsiyonlar .....	23
1.5.2.1. Temizleme/ Yıkama Kompulsiyonu .....	23
1.5.2.2. Kontrol Etme Kompulsiyonu .....	24
1.5.2.3. Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar.....	26
1.5.2.4. Sıralama/Düzenleme Kompulsiyonu .....	26
1.6. Etiyoloji .....	28
1.6.1 Psikolojik Kuramlar .....	28
1.6.1.1. Davranışçı Kuramlar .....	28
1.6.1.2. Bilişsel Kuram.....	29
1.6.1.3. Bilişsel Davranışçı Kuram .....	30
1.6.2. Nörolojik Teoriler .....	33
1.6.3. Streptokok Enfeksiyonu Sonucu Gelişen Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalıklar (PANDAS).....	37
1.6.4. Genetik Teoriler .....	38
1.7. Komorbidite.....	39
1.9. Ayırıcı Tanı .....	44
1.10. OKB'nin Tedavisi .....	46
1.10.1. Davranışçı Terapi.....	47
1.10.2. Bilişsel Terapi .....	47
1.10.3. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT).....	48
Kaynak: (March ve Mulle, 2007) .....	57

1.10.4. İlaç Tedavisi.....	57
1.11.Araştırmanın Amacı .....	64
1.12. Araştırma Soruları .....	65
1.13. Araştırmanın Önemi .....	65
YÖNTEM.....	67
2.1. Örneklem .....	67
2.2. Veri Toplama Araçları.....	69
2.2.1. Anamnez Formu .....	69
2.2.2. Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Skalası (Children Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – ÇY-BOÖ).....	70
2.3. İşlem .....	71
3.BÖLÜM .....	73
BULGULAR.....	73
3.1. Tedavi Etkililiklerinin Ölçümü.....	77
IV. TARTIŞMA .....	81
4.1. Doğurgular.....	81
4.2.Eksiklikler.....	86
4.3. Öneriler.....	87
REFERANSLAR .....	88



## KISALTMALAR

<b>OKB</b>	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>DSM IV</b>	:Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
<b>ICD 10</b>	:Dünya Sağlık Örgütü Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması
<b>BDT</b>	:Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>SSRI</b>	:Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
<b>E/RP</b>	:Yüzleştirme ve Tepki Engelleme
<b>AMT</b>	: Anksiyete Yönetimi Eğitimi
<b>PANDAS</b>	: Streptokok Enfeksiyonu Sonucu Gelişen Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalıklar
<b>ÇY-BOKÖ</b>	: Çocuklar için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
<b>NIMH</b>	: Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>FDA</b>	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
<b>ANOVA</b>	: Varyans Analizi

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1. Pediatrik OKB Semptomları.....	18
Tablo 1.2. OKB ile İlişkili İşlevsiz İnançlar .....	31
Tablo 1.3. Normal Gelişimin Parçası olan Ritüeller ve Batıl İnançlar .....	45
Tablo 1.4. OKB’li Çocuklarda Görülen Bilişsel Çarpıtmalar.....	51
Tablo 1.5. BDT Seanslarının Yapısı .....	53
Tablo 1.6. BDT Seanslarının Hedefleri.....	57
Tablo 1.7. Pediatrik OKB Tedavisinde BDT Çalışmaları .....	58
Tablo 1.8. OKB’li Çocuklarda SSRI Kullanım Doz Aralığı.....	63
Tablo 2.1. Örneklemin Demografik Özellikleri.....	69
Tablo 2.2 Ebeveyn Yaş ve Eğitim Dağılımı.....	70
Tablo 3.1. Obsesyonların Dağılımı .....	74
Tablo 3.2. Kompulsiyonların Dağılımı .....	75
Tablo 3.3. OKB’ye Eşlik Eden Tanıların Dağılımı.....	76
Tablo 3.4 Grup Ortalamaları .....	78
Tablo 3.5. ANOVA Bulguları.....	78

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. OKB Döngüsü.....	33
Şekil 3.1. Obsesyonların Dağılımı .....	74
Şekil 3.2. Kompulsiyonların Dağılımı .....	75
Şekil 3.3. Eştanıların Dağılımı .....	76
Şekil 3.4. Tedavi Yöntemlerinin Karşılaştırılması.....	79

# 1. BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), kişide sıkıntı yaratan ve kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen tekrarlayıcı özellikli obsesyon ve/veya kompulsiyonların varlığı ile tanımlanır. Kişinin bilincine istem dışı giren, kişide anksiyete, bunaltı ve sıkıntı yaratan düşünce, görüntü ve dürtüler obsesyon olarak adlandırılır. Kompulsiyonlar ise, kişinin obsesyonlardan kurtulmak için ya da kendini yapmaya zorunlu hissettiği için ortaya çıkardığı, istem dışı tekrarlayıcı davranış ya da zihinsel ritüellerdir (American Psychiatric Association, 2000).

Episemiolojik çalışmalar OKB'nin çocuk ve ergenlerde görülme sıklığının %1-%3 olduğunu öne sürmektedir (Zohar, 1999). OKB çocukların yaşam kalitelerini düşürmekte ve onların aile akademik ve sosyal hayatlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Flament, 1988). OKB semptomları çocukluk döneminde tedavi edilmediğinde, yetişkinlikte devam etmekte ve kronikleşmektedir (Albano, March & Piacentini, 1999). OKB'li yetişkinler ile yapılan çalışmalarda, çoğunun semptomlarının çocukluk dönemi başlangıçlı olduğu bulunmuştur (Jakes, 1996). Çocukluk döneminde gerçekleştirilen tedavi, hem çocuğun hayat kalitesini

yükseltmekte, hem de OKB'nin yetkinlikte devam etmesini önlemede önemlidir. Ancak, obsesif kompulsif bozukluğu olan çocukların çok az bir kısmı doğru tanıyı ve tedaviyi alabilmektedir. Bu sebeple hastalığın daha bilinir hale gelmesi ve tedavi yöntemlerinin yaygınlaşması oldukça büyük önem taşır (March, Mulle ve Herbel, 1994).

Günümüzde, bütün uzmanlar, çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde, tedavi yöntemi olarak bilişsel davranışçı terapiyi ve ilaç tedavisi olarak da seçici serotonin geri alım önleyicilerinin (selective serotonin reuptake inhibitors, 'SSRI') kullanımını önermektedir. Kullanılan diğer ilaç tedavilerinin ve bilişsel davranışçı terapi dışındaki terapilerin, bozukluğun tedavisine fazla fayda sağlamadığı bilinmektedir (Abramowitz, Whiteside, ve Deacon, 2005).

Son otuz yılda, yetişkin popülasyonda obsesif kompulsif bozukluk (OKB) teşhisi ve tedavisi alanında oldukça zengin bir bilgi birikimi gerçekleşmiştir. Bu bilgi birikimi ışığında, bilişsel davranışçı terapi yöntemi, avantajları ve ulaşılabilirliği sayesinde birinci tedavi seçeneği haline gelmiştir. Günümüzde, bilişsel davranışçı terapi (BDT) yetişkin OKB tedavisinde en etkili tedavi yaklaşımı olarak bilinmektedir (Kozak ve Foa, 1997). Yetişkin obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde etkinliği bilinen bilişsel davranışçı terapi yöntemi, çocukluk çağı OKB tedavisinde de uygulanıp, bu alanda da etkili bir tedavi olduğu bulunmuştur (McElroy, Phillips, ve Keck, 1994). Bu bulgunun ardından, obsesif kompulsif bozukluk semptomlarının tedavisinde, bilişsel davranışçı terapinin etkili olduğunu gösteren çok sayıda sistematik ve ampirik çalışma yapılmıştır (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Bilimsel araştırmalar

incelendiğinde çocuk ve ergen popülasyonunda obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin %40 ila %65 arasında fayda gösterdiği görülmektedir (Barrett, Healy-Farrell, ve March, 1997, POTS Team, 2004).

‘Expert Consensus Guidelines’ uzmanların tedavi konusunda uzlaştıkları bir kılavuz niteliğindedir, obsesif kompulsif bozukluk üzerine uzmanlaşmış kurumlarda çalışan ve bu konuda uluslar arası konferanslara katılan 69 uzmanın ortak görüşünü içerir. Çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluk tedavisi, bilişsel davranışçı terapiyi ve farmakolojik tedavide SSRI tedavisini en etkili iki yöntem olarak ortaya koyar ve bilişsel davranışçı terapiyi çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde ilk tedavi seçeneği olarak sunar (March, Frances, Carpenter, ve Kahn, 1997).

OKB’li çocuklarda farmakolojik tedavinin etkinliğine dair çalışmalar olsa da, farmakolojik tedavi artı BDT ya da sadece BDT, sadece farmakolojik tedaviden daha etkili bulunmuştur (Waite ve Williams, 2009). Çocuklarda obsesif kompulsif bozukluğun tedavisine yönelik en kapsamlı çalışma ‘Pediatric Obsessive Compulsive Disorder Study Team (POTS)’ tarafından gerçekleştirilmiştir. Randomize ve kontrollü yapılan çalışma, Amerika’da üç önemli akademik merkezde yürütülmüş ve çalışmaya 7–17 yaşları arasında toplam 116 çocuk ve ergen katılmıştır. Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenler randomize olarak sadece bilişsel davranışçı terapi, SSRI , SSRI artı bilişsel davranışçı terapi ya da plasebo gruplarından birine yönlendirilmiştir. Her bir ergen ve çocuk içinde bulunduğu grupta on iki hafta boyunca tedavi görmüştür. Farmakolojik tedavi grubunda olan çocukların OKB semptomlarında %30 oranında bir azalma

görülürken, bilişsel davranışçı terapi grubunda tedavi gören çocukların semptomlarda %46 oranında azalma olmuştur. Farmakolojik tedavi bilişsel davranışçı terapi ile birleştirildiğinde ise semptomlarda %53 oranında azalma görülmüştür (POST, 2004).

Bilişsel davranışsal terapinin, farmakolojik tedaviye karşı avantajı tedavi sonrası dönemdedir. Farmakolojik tedavi sonrasında, hastalığın tekrarlaması (relapse) görülebilen bir durum olsa da, ilaç tedavisi bilişsel davranışçı terapi ile desteklendiğinde ya da bilişsel davranışçı terapi tek başına uygulandığında, hastalığın tekrarlanma oranının düştüğü bilinmektedir (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Bilişsel davranışçı terapi, hastalara, tedavide obsesyonların yarattığı kaygı ile başa çıkmanın yollarını öğretir. Kaygı ile başa çıkmayı öğrenen hastalar bu yöntemleri tedavi sonrasında da kullanarak, tedavinin sürdürülebilirliğini artırır (De Haan, Hoogduin, Buitelaar, ve Keijsers, 1998).

Çocuklara hangi tedavi yöntemi uygulanacağı çocuğun yaşına ve semptomların ağırlığına göre farklılık göstermektedir. Her yaşta, hafif-orta düzeyde obsesif kompulsif bozukluğu olan çocukların tedavisinde bilişsel davranışçı terapi tek başına etkili olabilirken, bozukluğun daha ağır seviyede olduğu durumlarda, çocuğun psikoterapiden fayda görmediği durumlarda ya da komorbidite olduğu durumlarda tedaviye farmakolojik tedavi eklenmelidir (March ve Mulle 1998). Araştırmalar, özellikle okul öncesi dönemde obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuklarda, ilaçların doğurabileceği yan etkilerden dolayı OKB tedavisine, bilişsel davranışçı terapi ile tedaviye başlanması gerektiğini vurgulamaktadırlar

(Abramowitz, Whiteside, ve Deacon, 2005; Rapoport ve Inoff-Germain, 2000; Turner, 2006).

Amerika dışında yapılan çalışmalar da aynı bulguları desteklemektedir. Avustralya'da yapılan meta-analiz çalışmalarında da bilişsel davranışçı terapi ve ilaç (SSRI) tedavisinin çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde, diğer yöntemlere göre daha etkili olduğunu ve tedavide bilişsel davranışçı terapisinin ilk seçenek olması gerektiği vurgulanmıştır (O'Kearney ve arkadaşları, 2006; Watson ve Rees, 2008). İngiltere'de önemli bir sağlık kurumu olan, National Institute for Clinical Excellence (NICE) da çocukların obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı terapisinin etkinliğini vurgulamıştır (Bolton ve Perrin, 2008; Drummond, ve arkadaşları, 2008; NICE,2005).

## **1.2.Tanı Ölçütleri**

Sınıflandırma el-kitapları, klinisyenler ve araştırmacılar arasındaki iletişimi kolaylaştırmak için geliştirilmiştir. 1980'de DSM-III'ün basılması ile terminolojiye daha kesin anlamlar katılmış oldu. DSM-III kategorik tanıları, soyut mental bozuklukları gözlemlenebilir kriterlere ayırıp, teorik perspektif kategorilere bölmüştür (Maser & Patterson, 2002). Psikopatoloji ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış ve operasyonel kriterler ile tanılarda güvenilirlik sağlanmıştır. DSM-III, uzmanların fikir birliği ile geniş bir ampirik literatürün birleşmesi ile oluşmuştur (Maşer ve Patterson 2002).

DSM-III ve yenilenen versiyonları DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) en sık kullanılan sınıflandırma manüelleri haline geldiler. Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ICD-10



birçok ülkede resmi tanı sistemi olsa da, DSM-IV-TR, ruh sağlığı uzmanları arasında en yaygın sınıflandırma sistemidir (Tablo1.1.). OKB'nin sınıflandırılması farklı el-kitaplarında benzerlik gösterir. ICD-10 Tanı Kriterlerine Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk; ICD-10'da kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif davranışlar, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

- (1) Kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar
- (2) Hastanın karşı koymadığı bazı düşünce ve davranışlar olsa da, düşünceler veya davranışlardan en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır
- (3) Tekrarlayıcı davranışı yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır
- (4) Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır (World Health Organization, 1992).

---

### **Tablo 1.1. DSM-IV-TR Tanı Kriterlerine Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk**

---

**A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır.**

---

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

---

- (1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler
- (2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir

(3) Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır

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

---

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

---

(1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alı koyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

(2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir

---

**B.** Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

---

**C.** Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozarlar.

---

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

---

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

---

İçgörüsü Az Olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa tanımlanmamıştır.

---

Kaynak: American Psychiatric Association, 2000

ICD-10 ve DSM-IV-TR tanı kriterleri temelde birbirlerine paralellik gösterse de farklılaştıkları noktalar vardır. OKB, DSM-IV-TR’de anksiyete bozukluğu olarak tanımlanırken, ICD-10’da bağımsız bir hastalıktır. ICD-10, belirtilerin en azından iki hafta boyunca sürmesini gerekli görürken, DSM-IV’ de süre için bir gereklilik yoktur. DSM-IV, o an içinde bulunulan tablo için iç görünün olmasını gerekli bulmazken, öyküde belli bir düzeyde içgörünün bulunmasını gerekli görmektedir. ICD-10 ise “en azından bir obsesyon ya da kompulsiyonun içinde bulunulan anda aşırı ya da mantıksız olduğunun farkında olunmasını” gerekli görmektedir. ICD-10’da “en azından bir obsesyon ya da kompulsiyona başarılı bir biçimde direnç gösterilmemesi” şartını ararken, DSM-IV’ de bu tür bir gereklilik tanımlanmamıştır. ICD-10’da haz veren deneyimlerin obsesyon ya da kompulsiyon olarak tanımlanamayacağını belirten bir ölçüt bulunmaktadır. DSM-IV ise, haz veren etkinlikler için genel bir dışlama ölçütü getirmemektedir. ICD-10 sistemi içinde, zihinsel kompulsiyonlar için ayrı bir yer bulunmamaktadır. ICD-10’da, DSM-IV’deki içgörüsü zayıf olan tip biçiminde bir ayırım yoktur ve beş alt tip tanımlanmıştır, bunlar; başka türlü adlandırılmayan OKB, obsesyonel düşünceler ve ruminasyonların ön planda olduğu tip, kompulsif eylemlerin baskın olduğu tip, obsesyonel düşünce ve kompulsiyonların karışık olduğu tipdir.

### **1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihçesi**

Obsesif kompulsif semptomlar insanlık tarihinde oldukça eskiye dayanır. Mitolojide yer alan Sisifos'un yaşadığı kısır döngü, obsesif kompulsif semptomları tanımlayan bir metafor olarak düşünülebilir. Mitolojide, tanrılar tarafından lanetlenip cezaya çarptırılmış ilk insan Sisifos'dur. Cezası büyük bir kayayı her gün dik bir tepeye çıkarmaktır; ancak ne zaman zirveye yaklaşırsa, kaya aşağı yuvarlanmaktadır ve her defasında baştan başlamak zorundadır. Sisifos'un cezası doruğa hiçbir zaman ulaşmayacak büyük kayayı sonsuza kadar itmektir.

Bu kadar eski metaforlara rastlamak mümkün olsa da, obsesif kompulsif semptomlar, görece yakın bir zaman olan 17. yüzyıla kadar tanımlanmamıştır. Ortaçağda, birçok psikiyatrik hastalık için olduğu gibi, OKB de büyü ve din kavramlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır. 17. Yüzyılda dış güçler tarafından zehirlenenlerin yaşadığı, dini melankoli olarak tanımlanmıştır (Jenike, Bear ve Minichiello, 1998). 'Malleus Maleficarum' (Cadının Çekici) Dominikler tarafından 1486 yılında basılmıştır ve obsesif kompulsif bozukluğun ilk tanımını içerir (Shapiro, Shapiro, Young ve Feinberg, 1988). 'Malleus Maleficarum' engizisyon döneminde, cadıların tanınması, yargılanması ve cezalandırmasını anlatan bir rehber niteliğindedir. Kitabın 10. bölümünde, şeytanın insanları nasıl çevrelediği (obsess) ve kendi düşüncelerine karşı davranmaya zorladığı (kompell) anlatılmaktadır. 1691'de İngiltere'nin Norwich psikoposu, John Moore, kişilerde gördüğü bir durumu obsesyon olarak tanımlamıştır. Bu kişilerin, bastırmaya çalışmalarına rağmen, ibadet ederken kafalarına saçma düşünceler geldiğini

anlatmıştır. O zamanların en popüler tedavi yöntemi ‘exorcism’ (şeytan çıkartma) idi ve bazı durumların tedavisinde fayda sağlamaktaydı. (Storch, Geffken ve Murphy, 2007)

19. yüzyılın ilk yarısında, tıbbi alandaki diğer değişimlerle beraber, OKB de din alanından çıkıp bilim alanında incelenmeye başlanılmıştır. Böylece zamanla dinsel görüşler yerini tıbbi açıklamalara bırakmıştır. Avrupa’da OKB ile ilgili yeni kavramlar oluşmaya başladığında psikiyatri, felsefe, fizyoloji, kimya ve diğer biyolojik bilimlerin güçlü etkisi altındaydı. Obsesif kompulsif semptomlar ilk başta delilik belirtisi olarak değerlendirildi. İçgörünün olduğu obsesyonlar, içgörünün bulunmadığı sanrılardan ayrıştırıldı. Kompulsiyonlar da, ani nöbetler halinde gelen ve stereotipik, dürtüsel davranışlardan ayrıldı. Bu dönem, psikiyatride OKB semptomlarının kaynağının duygu mu, bilinç mi, irade mi olduğu konusunda görüş ayrılıkları vardı (Del Porto, 1994).

1838 yılında Jean-Etienne Dominique Esquirol, ilk kez günümüz OKB tanımına bezeyen bir hastalığı yarı delilik hali olarak tanımladı. Esquirol’in hocası, Phillippe Pinel, bu hastalığın kaynağının ‘ruhun tutkusu’ olduğu hipotezini ve bunun hastanın mantığını tamamen etkileyen bir delilik olmadığını öne sürdü. Ayrıca, hastalar obsesyonlarının karşı konulamaz olduğunun farkında olduğu için, hastaların içgörüsünün olduğunu ve bunların yarı sanrısız olduğunu söyledi. (Storch, Geffken ve Murphy, 2007).

Avrupa’da erken tıbbi tanımlamaların her biri, günümüz OKB tanımının farklı bir özelliğine odaklanmaktaydı. İngilizler, dini perspektife ve melankoliye odaklanırken; Fransız okulu, irade kaybından ve hastalığın semptomlarının

yarattığı kaygıdan söz etmekteydi. Kompulsiyonlar da kişinin iradesi dışında olan dürtüsel delilik olarak tanımlandı ve bozukluk, irsi kaynaklı beyin patolojisi olarak tanımlandı.

Nevroz kavramı Cullen tarafından ilk kez 1977 yılında tanımlandı. Morel'in OKB'yi duygusal sanrılar olarak tanımlamasıyla ve otonom sinir sistemi patolojisinden kaynaklandığını açıklamasıyla nevroz kavramı gelişti (Storch, Geffken ve Murphy, 2007). Morel, anksiyete boyutundan dolayı OKB'yi ilk kez duygusal bozukluk olarak tanımladı ve bozukluğun sinirsel (nörotik) yönünü vurguladı. 19. yüzyılın sonlarına doğru, klinik gözlemlere dayanılarak, OKB 'iç görülü delilik' olarak adlandırdı. 19. yüzyılda Fransız psikiyatristlerce OKB'yi tanımlamak için kullanılan diğer kavramlar: sanrısız mani, mantıklı delilik, değişmeyen fikirler, dirençli düşünceler, dokunma sanrısı, bilinçli sanrılar ve şüpheli delilik şeklindedir(Storch, Geffken ve Murphy, 2007).

Fransızlar OKB'nin duygu ve irade yönlerini vurgularken, Alman yazarlar, OKB'yi entelektüel bir bozukluk ve mantıksız düşünceleri nörolojik olayların bilişsel göstergeleri olarak görüp paranoya ile birlikte değerlendirmişlerdir. 1868'de Griesenger ruminasyon ve sorma hastalığı olan "Grubelnsucht" üç vaka yayınlamıştır. Westphal 1878'de obsesyonları entelektüel düzeyde bir bozukluk olarak tanımlamak için, zorlayıcı düşünceler ve imgeler anlamına gelen, 'Zwangsvorstellung' kavramını kullanmıştır. Westphal, entelektüel bütünlük, duygusal kaynaklı olmayan patoloji, zorlayıcı düşünceleri bastıramama ve bu temsillerin tuhaflığına dair farkındalığı vurgulayarak, OKB'yi günümüz kriterlerine yakın olarak ilk tanımlayan kişi olmuştur. Etiyolojik olarak da genetik

faktörleri vurgulamıştır. ‘Zwangsvorstellung’ kavramı İngiltere’de ‘obsesyon’ olarak tercüme edilirken Amerika’da ‘kompulsiyon’ olarak tercüme edilmiştir. Obsesif- kompulsif kavramı iki tanım arasındaki uzlaşma sayesinde ortaya çıkmıştır (Storch, Geffken ve Murphy, 2007).

19. yüzyılın son çeyreği psikiyatrik bozuklukların, psikolojik bakış açıları ile değerlendirilmeye başlanıldığı bir dönemdi ve OKB, ‘nevrasteni’ (sinir zayıflığı) olarak değerlendirildi. 1869’da George Miller Beard ‘nevrasteni’ kavramını, obsesif kompulsif semptomlar ve bunun yanında anksiyete, yorgunluk, baş ağrısı, depresyon gibi diğer psikiyatrik semptomlar olarak tanımladı. Kaynağının ise santral sinir sisteminde bulunan enerjinin boşalması olduğu düşünülmekteydi. 20. Yüzyılın başlarında, Pierre Janet ve Sigmund Freud OKB semptomlarını nevrasteninin dışında değerlendirdi. Pierre Janet 1903’de obsesyonel hastaların, anksiyete, aşırı kaygı, enerji eksikliği ve şüphecilik içeren, anormal bir kişilikleri olduğunu ortaya koydu. Kompulsiyonların ve ritüellerin tedavisinde, sonradan davranışsal tekniklerle paralellikler gösterecek bazı teknikler kullanılmıştı (Storch, Geffken, ve Murphy, 2007).

Üç yüz yirmi beş hasta ile yapılan bir çalışmaya dayanarak, Janet obsesyon ve kompulsiyonların, sinirsel enerjinin yön değiştirmesinden kaynaklanan ilkel psikolojik durumlar olduğunu öne sürmüştür. Janet “Les Obsessions et la Psychasthenie” isimli çalışması ile obsesyon ve kompulsiyonların üçüncü seviye psikastenik hastalık olduğunu açıklamıştır. Psikastenik mental durumda, zorlama ajitasyonlarını üç grupta inceledi; mental grup (obsesyonlar), motor grup (tikler) ve duygusal grup (dismorfofobi). Bu semptomoloji günümüz obsesif kompulsif

spektrumunun tanımına oldukça yakındır. Psikasteninin ilk aşaması, obsesif kompulsif kişilik bozukluğunu ifade etmektedir. İkinci aşaması ise zorlayıcı ajitasyonlar ve obsesif kompulsif spektrumlu bozuklukların semptomlarını temsil etmektedir. “Les Obsessions et la Psychasthenie” OKB’nin psikopatolojisinin anlaşılmasına çok katkıda bulunmuş olsa da ,100 yıl sonra bile başka dillere çevirilmemiştir (Storch, Geffken, ve Murphy, 2007).

Freud’a göre zihin, bilinç dışı süreçler ile çalışır ve nevrotik psikopatolojiler, acı veren hatıraların bastırılıp, bilinç seviyesinden uzaklaşmasından kaynaklanır. 1895’de obsesif nevroz “Zwangsneurose” kavramı ilk kez Fried’un anksiyete nevrozu ile ilgili yazılarında yer almıştır. Freud, “Further Remarks on the Neuro-psychoses of Defense” çalışmasında, obsesyonele düşüncelerin varlığı ile ilgili devrimci bir teori öne sürmüştür, “çocukluk dönemi hazların bastırılmasından kaynaklanan, dönüştürülmüş kendilik suçlamaları”nı obsesif düşünceler olarak tanımlamıştır. Freud, zihinsel yapıyı, zihinsel enerjiyi ve defans mekanizmalarını anlamasını sağlayan ve bu yapılardan meydana çıkan obsesif nevroz kavramını geliştirmiştir. Bu kavram entelektüelleştirme ve dışlama (isolation), yapma-bozma, karşıt tepki geliştirmeyi içermektedir (Storch, Geffken ve Murphy, 2007).

Freud’un obsesif nevroz ile ilgili düşünceleri büyük ölçüde, 1909 yılında, 29 yaşındaki bir adamın psikanalitik tedavisi olan ‘Fare Adam’ vakası ile şekillendi. Hastanın çocukluğundan beri cinsel ve saldırgan obsesyonlara karşı geliştirdiği dürtüleri vardı, hayatının ilerleyen döneminde, insanların anüsüne fare koyarak onları cezalandıran sadistik bir asker ile karşılaştı. Freud’un hastası bundan sonra ölmüş olan babasının ve sevdiği bir kadının da bu şekilde cezalandırılmış



olabileceklerini düşünmeye başladı. Hasta analizlerinde bundan dehşet olarak bahsetse de Freud bunu, ‘kendi haz arzularındaki dehşet’ olarak yorumladı. Bu hastanın obsesyonlarının nedeni Freud tarafından tam olarak tanımlanamasa da, Freud bunu hastasının babasına karşı ambivalent duyguları (sevgi ve nefret) ve kendi cinsel kimliği hakkındaki şüpheleri ile ilişkilendirdi (Storch, Geffken ve Murphy, 2007)

Freud daha sonra ‘Totem ve Tabu’da, obsesif kompulsif semptomları sosyal ve antropolojik perspektiflerden ele almıştır. Kompulsiyonların, ilkel ritüeller gibi, büyülü bir şekilde dış dünyayı değiştiren ve felaketleri engelleyen insan davranışları olarak tanımlamıştır (Storch, Geffken ve Murphy, 2007).

1926’da Freud, obsesif kompulsif semptomların kökeni ile ilgili teorileri formüle etmiştir. ‘Inhibition, Symptom and Anxiety’ makalesinde, Obsesif kompulsif semptomların, tıpkı melankoli gibi ego’nun, süper ego tarafından cezalandırılmaktan korkusundan ortaya çıktığını ifade etmiştir. Eski yayınlarının tersine, Freud, obsesif kompulsif nevrozu, sert ve kontrolcü kişilik yapılanması ile tanımlanan “anal-erotik” yapıdan ayırtmıştır (Laplanche ve Pontallis, 2001). Freud’a göre “anal karakter” obsesif kompulsif semptomların gelişimine yatkınlık sağlayabilirdi, bu hastalıklar arası ‘kontinuum’ kavramını gündeme getirmekteydi. Bu tanımlar obsesif kompulsif bozukluk ile obsesif kompulsif kişilik bozukluğu arasında günümüzde bilinen farklılaşmayı andırmaktadır.

Bu tarihe kadar yapılan tüm tanımlamalar, yetişkin hastalara değinmektedir. O dönemde, obsesyonların sadece kendileri ile ilgili yüksek farkındalığı olan

insanlarda olacağına dair bir inanç mevcuttu ve bu yüzden çocuklarda görülemeyeceği düşünölmekteydi.

1903'te Pierre Janet 5 yaşındaki bir erkek çocuğun tekrarlayıcı düşünceleri ve mental tikleri olduğunu bildirmiştir (Leonard ve Rapoport, 1991). Bu OKB'nin çocuklarda ilk kez tanımlanması olmuştur. Adams 'Obsesif Çocuklar' adlı kitabında obsesif kompulsif semptomları olan 49 çocuğu tanımlamıştır ve çoğunluğun erkek olduğuna dikkat çekmiştir (39 erkek, 10 kız çocuk) (Adams, 1973). 1965 yılında, Skoog obsesif kompulsif nevrozun birçok psikiyatrik bozukluktan önce başladığını bildirmiştir. En azından kendi örneğinde, hastaların %15.5'inin obsesif kompulsif semptomları 19 yaşından önce ortaya çıkmıştır. Bunların arasından %10'un semptomları 14 yaş öncesinde, %6'sının semptomları ise 10 yaş öncesinde başlamıştır (Storch, Geffken ve Murphy, 2007)

#### **1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Çocuklarda Görölme Sıklığı**

1980'lere kadar çocuk ve ergenlerde OKB tanımlanması sınırlıydı ve örneklem küçüktü. Ancak 1989'da Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (*National Institute of Mental Health* (NIMH)) tarafından çocuk ve ergen DSM-III tanımlarını araştıran ilk uzun süreli (boylamsal) çalışmayı yayınladı. Sekiz farklı okuldan, 5596 öğrenci ile görüşme yapılarak OKB'nin çocuklar için görölme sıklığı % 0.04 bulun (Flament ve arkadaşları, 1988). Araştırmacılar, bu oranın psikiyatrik bozukluğu olan çocukların okula gelmemeleri ya da soru formlarını doldurup geri vermedikleri için, bu oranın gerçeğin altında olabileceğini vurgulamıştır (Flament, ve arkadaşları, 1988) Zohar ve arkadaşları İsrail'li ergenlerde yaygınlı %3.5 bulmuştur (Zohar ve arkadaşları, 1992). Valleni Basilie ve arkadaşları OKB

tanısını karşılama yaygınlığını %3, obsesif kompulsif semptomların yaygınlığını ise %19 bulmuştur. Bir diğer epidemiyolojik araştırma 18 yaşındaki 930 kişinin 1 yıllık görülme sıklığını %4 olarak bulmuştur.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuklarla yapılan daha yeni çalışmalarda, yetişkinlerle karşılaştığında erkeklerde daha yüksek görülme sıklığı (kız ve erkeklerde görülme oranı ergenlik dönemi ile eşitlenmektedir), tik bozukluğu ile daha yüksek komorbidite ve birinci dereceden akrabalarda daha yüksek oranda tik ve OKB bulunmuştur. Örneğin, Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, ve Cheslow 1989'da NIMH'nin örnekleminde, tiklerin olması araştırmaya dahil edilmeme nedeni olmasına rağmen çocukların %20'sinde sonradan tiklerin ortaya çıktığı bulunmuştur. Söz konusu klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, çeşitli ülkelerde OKB'nin çocuk, ergen ve yetişkinleri din, ırk ve sosyoekonomik statü farkı olmadan etkilediğini göstererek OKB'nin tarihini değiştirmiştir (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, ve Cheslow, 1989).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda Adana bölgesinde yapılan çalışmada % 2,7, Bursa bölgesinde ise % 5,1 OKB sıklığı bildirilmiştir (Güvender, Taneli, ve Güney, 1998). Çocukluk çağı başlangıçlı OKB için erkeklerde başlama yaşı ergenlik öncesi iken kızlarda ergenlikte başlar. Ergenlik döneminde OKB kızlar ve erkeklerde eşit gözükürken erişkinlikte kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür (Rasmussen ve Eisen, 1990).

## 1.5.Fenomenoloji

16.yüzyıl Latince ‘obsidere’ kelimesi kuşatmak, çevrelemek anlamına gelmektedir ve bugünkü obsesyon kelimesinin kökenidir. Kompulsiyon kelimesi 13–14. yüzyıl Latince ‘compellere’ kelimesinden gelir ve anlamı zorlamaktır. Kelime anlamı kuşatan ve zorlayan olan bu bozukluk Türkçe’ye de saplantı-zoraltı bozukluğu olarak da çevirilip kullanılmaktadır.

Tablo 1.1. pediatrik OKB’de en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonları göstermektedir. Pediatrik popülasyonda, en sık rastlanılan obsesyonlar, kirlenme korkusu, kendinin ya da tanıdıklarının zarar görmesi korkusu ve simetri dürtüsüdür. Bununla ilintili olarak çocuklarda en sık görülen kompulsiyonlar, yıkama ve temizleme, kontrol etme, sayma, tekrarlama, dokunma ve düzeltmedir (Abramowitz, McKay ve Taylor, 2008). Neredeyse her vakada, bu semptomlar bir ya da daha fazla olumsuz duyguyu, korku, şüphe, iğrenme ve zorunluluk duygularını içerir, bunlar içinde tamamlanmamışlığı bulundurur. Örneğin yıkama ritüeli, kirlenme korkusuna karşı ya da yapış yapış hissetmeye karşı bir tepki olabilir. Kökeninde ne olursa olsun birçok çocuk, hastalıklarının bir döneminde, yıkama ve kontrol etme ritüellerini yapmaktadır.

OKB semptomları zaman içinde sıklıkla değişim gösterir. Çocukların birçoğunda aynı dönemde birden çok OKB semptomu vardır ve çoğu ergenlik döneminin sonuna kadar neredeyse tüm klasik OKB semptomlarını deneyimlemektedir (Rettew, Swedo, Leonard, Lenane ve Rapoport, 1992).

**Tablo 1.1. Pediatrik OKB Semptomları**

<b>Obsesyonlar</b>	<b>Kompulsiyonlar</b>
Kirlenme Obsesyonu	Yıkama/Temizleme
Saldırganlık	Tekrarlama
Cinsel	Kontrol Etme
Simetri	Biriktirme
Dini	Sıralama/düzenleme
Büyüsel Düşüncele	Büyüsel Davranışlar
Somatik	Sayma
Biriktirme/Saklama	Diğer
Diğer	

**Kaynak:** Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, ve Cheslow, 1989

Sadece obsesyon ya da sadece kompulsiyonların görülme sıklığı oldukça azdır (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, ve Cheslow, 1989). Özellikle DSM-IV obsesyonlar ile mental ritüeller arasında net bir ayırım yaptıktan sonra, mental ritüelleri olmasına rağmen sadece obsesyon olarak yanlış tanı konulanların sayısı azalmıştır. Mental ritüellere örnek olarak dua etme ve sayma verilebilir.

### **1.5.1. Obsesyonlar**

Kişide kaygı yaratan, tekrarlayıcı düşünceler, görüntüler ve dürtüler obsesyon olarak adlandırılır. Kişi bu düşünceleri bastırmaya çalışsa da bu işe yaramaz. Kişi obsesyonların yarattığı kaygılardan kurtulmak için kompulsyonlara başvurur.

Obsesyonlar kişinin kendi zihninin bir ürünüdür. Günlük hayat sıkıntıları ile ilgili kaygılar değildir (Liseye giriş sınavı için endişelenmek gibi). Çocuklar obsesyonlarının içeriklerini anlatmada güçlük çekebilirler. “yolunda gitmeyen bir şeyler var”, “kötü bir şey olacak” gibi düşüncelerin kompulsif davranışlara sebep olduğunu söylerler. Çocuklarda görülen obsesyonları beş kategoride incelenebilir (Francis ve Gragg, 1996).

#### **1.5.1.1. Kirlenme Obsesyonu**

Mikroplar, hastalıklar ve temizlik ile ilgili obsesyonlardır. Çocuklar nesnelere “pis” olduğunu söylerler. Örneğin, çocuk, ev dışında, sokakta bir nesneye dokunduğunda mikrop kapacağını düşünüp korkmaya başlar. Çocuk çevresinin görüntüsü ile ilgili dikkati artmıştır (Tolin, Abramowitz, Brigidi, ve Foa, 2003).

Yapılan araştırmalarda en sık görülen obsesyonun kirlenme korkusu olduğu bulunmuştur.. OKB hastalarının yaklaşık %55-58’inde görülür. Kirlenme korkusu, genel olarak mikrop kapma ve hastalanma kaygıları ile ilgilidir. Kişi ‘pis’ düşündüğü nesnelere uzak durmayı tercih eder. Kişi kirlenmeye yol açacak nesnelere ile karşılaşmayı engellenmek için anlamsız kontrol davranışları geliştirebilir. Korkulan nesneden uzak durulmadığı durumlarda, el yıkama ve temizlenme ritüelleri ortaya çıkar. Buna paralel olarak annesi ile olumsuz düşüncelerini engelleyemeyen çocuk kirlenmiştir ve bilişsel olarak temizlenmek için dua eder. Bu durumlar için yapma-bozma savunma mekanizmasına gönderme yapılabilir (Kozak ve Foa, 1997).

Kirlenme korkusu ile birlikte görülen, kirlenmenin kişiye nasıl bulaşacağı konusunda gerçek dışı inançlar da vardır, bunlar sympathetic magic (Sempatik

Büyü) olarak da adlandırılır. Sympathetic magic, bulaşma ve benzerlik kavramlarını içerir. Bulaşma, nesnelerin temas yolu ile birbirlerini etkilemeleri anlamına gelir ve temas anında ortaya çıkan etki, temas bittikten sonra da sürmektedir. Benzerlik ise, birbirine benzeyen iki şeyin aynı özellikleri taşıdığı anlamında kullanılır. Bir şeyin imgesi, o şeyin özgün halinde taşıdığı “özü” barındırmaktadır. Yani pis şeye benzeyen nesnelere de kişi de aynı düşünceleri uyandırdığı için kaygıya yol açar (Francis ve Gragg, 1996).

İğrenme duygusu, organizmanın pis şeylere temasını engelleyen, uyuma yönelik bir duygudur ve iğrenme duygusunun, kirlenme temelli obsesyon ve kompulsiyonların, hem etiolojisi hem de devam etmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kirlenme korkusunda bu duygunun işlevini araştırmak gerekir. İğrenme duygusunun iki kategorisi vardır (1) Özünde iğrenç olanlar, (2) bedene benzeyenler, kokmuş et, çöpe atılan şeyler özünde iğrenç olup doğrudan hoşnutsuzluğa yol açarken, kan, doku parçası ceset gibi bedeni anımsatan görüntüler, hijyenik normlara uyulmaması halinde iğrenme duygusuna neden olmaktadır (Power ve Dalgleish, 1997).

İğrenme duygusu ve kirlenme korkusu arasındaki bağlantıyı araştıran bir çalışmada, kirlenme korkusu yoğun olan bireylerin, kirlenme ile ilgisi olmayan uyaranlar karşısında bile, yoğun iğrenme duygusu yaşadıkları bulunmuştur. İğrenme korkudan farklı olarak parasempatik sinir sistemi ile bağlantılıdır. Bu bulgu kirlenme korkusu taşıyan, iğrenme duygusunu ortadan kaldırmanın neden zor olduğunu göstermektedir (Kozak ve Foa, 1997).

Kirlenme korkusu pis olduğu düşünölen ya da pis bir Őeyle teması olduğu var sayılan uyaranlardan, kaçınma ile ilişkilidir. Kaçınma, kirlenme korkusuna özđu bir davranış olup, diğer OKB belirtilerine göre daha sık görülür. Kirlenme korkusu olan hastalar, sayma ritüellerini de geliştirebilirler örneğin 10 kere ellerini yıkamadan temizlendiklerini düşünmemeleri gibi. Bu alt tipin bilişsel yanışları; düşünce-davranış çakışması “kirli Şeyleri düşünmek, kirlenmek demektir”, şişkin sorumluluk “Hepsini yıkamalıyım yoksa insanlar hastalanır”, aşırı tehdit algılaması “ Hasta görünen biri ile tokalaştım. Hemen yıkanmalıyım”, belirsizliğe katlanamama “ Kir küçük olsa bile insana zarar verebilir” ve mükemmeliyetçi “Asıl olan tüm kirlerden kurtulmaktır” kaygılar. Bu araştırmada incelenen hastalardan biri daha önce balkonda mastürbasyon yaptığı için, balkona girdiğinde kirlendiğini düşünüp hemen yıkanmakta ve balkonda tutulan yiyecekleri kirli oldukları için yememektedir (Abramowitz, McKay, Taylor, 2008).

#### **1.5.1.2.Somatik Obsesyonlar**

Sürekli ve tekrarlayıcı bedensel kaygılardır. Örneğin, çocuklar baş ağrıları olduğunda ya da televizyonda engellilerle ilgi bir program seyrettiklerinde kendilerinin de bir hastalık geliştirmekte olduğunu düşünürler (Clark, 2004).

#### **1.5.1.3. Cinsel/Saldırgan Obsesyonlar**

Kişinin geçmişte ya da gelecekte kabul edilmez cinsel ya da agresif bir davranış yaptığına ya da yapacağına dair düşünceleri ve imajları vardır. Öğretmenlerinin önünde mastürbasyon yapmak ya da kardeşini öldürmek gibi istenilmeyen obsesif



düşünceleri olabilir. Kişi bu düşüncelerinden dolayı kendini suçlu hisseder (Tolin, Abramowitz, Brigidi, ve Foa, 2003).

#### **1.5.1.4. Simetri Obsesyonu**

Nesneleri belirli bir şekilde yerleştirme, olayları belirli sırada programlama, davranışları belirli sırada yapma ya da nesneleri simetrik yapma kaygısıdır. Örneğin, bir çocuk okula gittiğinde, oyuncaklarının düzeninin ya da yatağının düzeninin bozulup bozulmadığı ile ilgili kaygılar yaşayabilir. Bir şeylerin doğru olmaması kaygısı taşırlar. Ya da, çocuk kliniğe girdiği şekilde çıkmazsa bir şeylerin ters gideceğini düşünebilir. Simetri obsesyonları, sıraya koyma ve düzenleme kompulsiyonları ile eşleştirilmiştir. Simetri obsesyonlarının, aynı zamanda sayma ve tekrar etme kompulsiyonları ile de bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Kimi simetri obsesyonları majik düşünce ile birliktedir. Düşüncelerin sonuçlarını engellemek için kişi nesneleri belli bir sıraya sokar (elbiselerim düzenli olmazsa annem ölecek düşüncesi gibi). Burada da diğer OKB'lerde olduğu gibi kişi zararı engellemek için kaçınır. Simetri obsesyonlarının bir başka şekli, kişinin sürekli çevresindeki nesneleri düzenlemesidir. İlk durumda anksiyete beklenen bir özellik iken ikinci durumda, duygusal bir doyumsuzluk söz konusudur. Kişi “eksiklik” ve bir şeylerin yolunda gitmediğini hisseder. Bir şeylerin yolunda gitmediği duygusu, kendisini duyular aracılığı ile gösterir. Pierre Janet, yüzyıl önce OKB üzerine yazılarında, eksiklik duygusu tanımlaması yapmıştır (Francis ve Gragg, 1996).

### **1.5.1.5. Dini Obsesyonlar**

Kişi bir günah işlediği ya da işleyeceği endişesi yaşar. Aşırı suçluluk yaşar ve genellikle bu sebepten cehenneme gideceğini düşünür. Kişinin aklından Allah'a karşı kötü sözler söylemek geçebilir (Clark, 2004).

### **1.5.2. Kompulsiyonlar**

Kompulsiyonlar, kişinin, obsesyonlara karşı ya da kendi kuralları nedeniyle, kendini yapmak zorunda hissettiği, tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel aktivitelerdir. Stresi azaltmak için, ortaya çıkacağı düşünülen katastrofik bir sonucu engellemek ve obsesyonları nötrlemek için, genellikle rasyonel olmayan uyumsuz davranışlardır. Aşırı derecede tekrarlayan, anlamsız, amaçlı davranışlar kompulsiyon olarak adlandırılır. Kompulsiyon, istemli bir davranış olsa da, dayatıcıdır ve kişiyi eyleme zorlar. Hastalar yaşadıkları rahatsızlıktan kurtulmak için yaparlar ama gönüllü davranışlar değildirler (Francis ve Gragg, 1996).

#### **1.5.2.1. Temizleme/ Yıkama Kompulsiyonu**

Kişinin kendini ve çevresini, aşırı yıkama ve temizlemesi, temiz olmadığını düşündüğü nesnelere, kişilerden ve mekânlardan uzak durması. Genellikle kirlenme obsesyonları ile ilişkilidir. Örneğin 10 yaşındaki bir çocuk odası dışındaki her yerin kirli olduğunu düşünüyordu. Bu sebeple odasının dışına çıkmak istemiyordu. Odasında bilgisayar klavyesinin ve CD kaplarının da pis olduğunu düşünüyordu ve bunları elledikten sonra ellerini yıkıyordu. Odasına kimsenin girmesini istemiyordu çünkü dışardan geldikleri için, odasını kirlenmelerinden korkuyordu (Abramowitz, McKay ve Taylor, 2008).

### **1.5.2.2.Kontrol Etme Kompulsiyonu**

Kişiler davranışları ve nesnelere tekrar tekrar kontrol etmek ihtiyacı hissederler. Genellikle şüphe ve düzen, simetri obsesyonlarının yarattığı kaygıyı azaltma amaçlı davranışlardır. Örneğin 7 yaşında bir kız çocuğu evdeki kapıların kilitli olduğunu üç kontrol etmeden uyuyamıyordu. Bir diğer çocuk kitaplarının kaybolmadığından emin olmak için, okula gitmeden önce defalarca çantasındaki kitapları kontrol ediyor ve hatta bu sebepten dolayı servisi bile kaçırdığı oluyordu.

Elektrik düğmelerini, pencere ve kapı kilitlerini açılıp kapama ve aynı soruyu defalarca sorma gibi davranışları içeren, herhangi bir zarar veya hata olasılığı söz konusu olmadığı halde ortaya çıkan kontrol etme davranışıdır. Kontrol etme davranışından bahsederken, “insanın her şeyini yitirmesi, kendini göçertmesi” ifadelerini kullanır. Patolojik kuşku, kararsızlık, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük semptomun özelliklerindedir (Shafran, Cooper, ve Fairburn, 2002).

Kompulsif kontrol etme davranışının arkasındaki motivasyon, gelecekte ortaya çıkabilecek felaketleri engelleme kaygısı ile bağlantılıdır. Kişiler bu davranışları zarardan korunmak için yapar. OKB hastaları zararı önleme konusunda yanlış bir değerlendirme yapıp, koruyucu amaçlı büyüsel davranışlara başvurmaktadır. Hata sonucu ortaya çıkan bir suç ile bilerek işlenmiş suç arasında, sonuçları aynı olduğu için, bir fark olmadığını düşünürler. Bunlar genellikle ahlaksal katı kurallar ile ilişkilidir. Ahlak-eylem çatışması (moral-action-fusion) yaşarlar. En sık görülen kompulsiyon kontrol etme kompulsiyonudur (Tolin, Abramowitz, Brigidi, ve Foa, 2003).

Haz, insana özgü ve temel nitelikli davranışsal eğilim olarak tanımlanır. İnsanın neyin iyi olduğunu belirlemesi ve kötü ve tatsız olanları elemesi evrimsel olarak gereklidir. İyi-kötü değerlendirmesi insanların milyonlarca yıl ayakta kalmasını ve felaketleri önlemesini sağlamıştır. Güvenlik arayışı davranışı çağlar boyunca insanları izlemiştir. Aristo “Biz defalarca neyi yapıyorsak oyuz” demiştir. Çoğu insan patolojik seviyede olmayan kontrol davranışı sergiler. Kontrol etmek insanın yapısında vardır (Abramowitz, McKay, Taylor, 2008).

Karşıya geçmek için sağa sola bakmak, normal bir kontrol davranışı iken, patolojik kontrol etme davranışında, ortada bir şey yokken, kötülüğe yol açacak olasılıklar üzerine odaklanmak söz konusudur. Kompulsif kontrol etme davranışında kişinin düşündüğü tehlike asla olmuş ya da olacak değildir. Diğer konularda mantıklı olan hastalar, kontrol etme davranışlarını engelleyemezler. Kişi kompulsif davranışı yaptıktan sonra kötülük gerçekleşmemesi (kompulsif davranış olmasa da olmayacaktı), kişinin davranışının sürmesine etken olur (Francis ve Gragg, 1996).

Kompulsif kontrol etme davranışı, obsesyonel kuşkuların ve belirsizliğin yol açtığı huzursuzlukta geçici bir azalma sağlar. Kompulsif kontrol etme davranışı, aktif kaçınma olarak kavramsallaştırılmıştır. Kontrol davranışı obsesyonların yarattığı kaygıyı geçici de olsa azalttığı için olumsuz pekiştirici görevi yaparak varlığını sürdürmektedir. Kompulsif kontrol etme paradoksal olarak, kaygıyı giderme amacı taşır ama obsesyonların yeniden ortaya çıkmasına neden olarak gelecekte tekrar kaygı yaşanmasına sebep olur. Kompulsif kontrol etme davranışı, suç, eleştiri gibi tehditler karşısında korunma işlevini yerine getirir. Fakat kaçma

sonucu rahatlama geçicidir. Anksiyetenin ortaya çıkması ve ardından gelen rahatlama, koşullanmış bir döngü olarak devam eder (Tolin, Abramowitz, Brigidi, ve Foa, 2003).

### **1.5.2.3. Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar**

Fiziksel ya da mental hareketlerin, anksiyete azalana kadar belli bir sayıda tekrarlanmasıdır. Örneğin bir ergen elini defalarca yıkamadan kendini temizlenmiş hissetmiyordu. 6 yaşında bir kız çocuğu ailesine aynı soruyu, cevabını almasına rağmen defalarca soruyordu (Shafran, Cooper, ve Fairburn, 2002).

Bu kompulsiyonu olan çocukların, onlara bazı şeyleri ne kadar yapmaları gerektiğini gösteren genellikle uğurlu ya da özel bir sayıları olur. Bir başka vakada, 15 yaşında bir erkek hasta biriyle göz göze geldiğinde kendini 4 kere yutkunmak zorunda hissediyordu (Kozak ve Foa, 1997).

### **1.5.2.4. Sıralama/Düzenleme Kompulsiyonu**

Simetri obsesyonu ile ilişkilidir. Çocukların eşyalarının belirli bir düzeni vardır ve bu düzenin bozulması onları oldukça rahatsız eder, hemen düzeni sağlamaya çalışırlar. 6 yaşında bir kız çocuğu odasındaki eşyaların düzeni bozuk olduğunda odasında uyumayı reddediyordu konusudur (Abramowitz, McKay, Taylor, 2008).

### **1.5.2.5. Biriktirme Kompulsiyonu**

Biriktirme obsesyonuna karşılık olan davranışlardır, kişinin eşyalarını atamaması ya da lüzumsuz eşyaları biriktirmesidir. Biriktirme Obsesyonu çocuklar bir şeylerin atılması ile ilgili kaygılanırlar, çünkü attıkları şey sonra

lazım olabilir. Attıkları bir şeyin katastrofik sonuçlar yaratacağını düşünürler. Örneğin çocuk odasındaki küçük kağıt parçalarını atmasının sınavda kalmasına, sınıfta kalmasına, hiç üniversiteye girememesine ve iyi bir iş bulamamasına neden olacağını düşünmektedir (Francis ve Gragg, 1996).

Obsesif kompulsif bozukluk, en erken tanımlarından beri heterojen yapısı ile dikkat çekmektedir. O zamandan beri OKB semptomlu hastaları homojen ve birbirinden bağımsız alt gruplarda toplama çalışmaları yapılmaktadır. Bu ayırmalarda nörobiyolojik faktörler, genetik geçiş ve tedaviye cevap gibi etkenler göz önünde bulundurulmuştur. Bu heterojen yapıya rağmen DSM-IV-TR OKB'yi tek bir bozukluk olarak değerlendirmektedir (Tolin, Abramowitz, Brigidi, ve Foa, 2003).

Obsesif bozukluğun farklı semptomları olan alt tiplerini tanımlamak mümkündür. Alt tipler ortak semptom kümelerinden oluşmaktadır. Bunlar temel olarak üç alt grupta toplanılabilir. Birinci alt tip agresif, cinsel, dinsel ve somatik obsesyonlar ile kontrol kompulsiyonudur. İkinci alt tip ise, kirlilik obsesyonları ve temizlik kompulsiyonudur ve son alt tip olarak biriktirme, istifleme davranışları düşünülmektedir. Alt tiplerin tanımlanması ile farklı alt tiplere farklı tedavi yöntemleri uygulayıp daha iyi tedavi sonuçları alınması hedeflenmektedir (Kozak ve Foa, 1997).

OKB'nin alt tiplerden oluşan bir hastalık olduğunu ortaya koyulmuştur. Marks, kirlenme/yıkama ve zarar/ kontrol etmeyi birbirinden ayırmış ve farklı alt tipler olduğu düşüncesini ortaya atmıştır. O zamandan beri çok sayıda alt tip çalışması yapılmıştır. Kompulsif kontrol ve kompulsif yıkama sık rastlanan iki alt tiptir,

diğer alt tipler üzerinde daha az görüş birliği söz konusudur (Abramowitz, McKay, Taylor, 2008).

## **1.6.Etiyoloji**

### **1.6.1 Psikolojik Kuramlar**

#### **1.6.1.1. Davranışçı Kuramlar**

Davranışçı kuram, öğrenme ilkelerine dayanır. OKB'nin oluşumu ve devamında Mowrer (1960) 'in "İki Aşamalı Öğrenme " kuramının yeri önemlidir. Bu kurama göre klasik koşullanma yolu ile öğrenilen korku, edimsel koşullanma yoluyla (kaçınma davranışları ile) artarak pekişir ve devamlılık kazanır (Mowrer, 1960). Kısaca, davranışçı modele göre, aslında korkutucu olmayan ve herkesin aklına gelebilecek düşünceler (ör: mikrop kapma, hastalanma gibi) koşullanma yolu ile bireyde anksiyete ile bağlantılanmakta ve rahatsız edici özellikler (bu düşüncelerden korkma) kazanmaktadır. Bu tür düşüncelerin akla gelmesi artık bireyde anksiyete oluşturmakta ve birey anksiyeteden korunmak için kaçma ve kaçınma davranışları geliştirmektedir. Bu kaçma ve kaçınma davranışları ise anksiyeteyi azaltarak, bir tür pekiştireç gibi rol oynamaktadır. Bunun dışında, birey bir dizi tekrarlayıcı (kompulsif) davranışlar geliştirerek de anksiyetesini azaltmaya çalışmaktadır. Kompulsif davranışlar da anksiyeteyi azalttığı için pekiştireç gibi rol oynayarak, aynı davranışların artmasına yol açmaktadır. Anksiyete ile başa çıkmakta yalnızca kaçma/ kaçınma/ tekrarlama gibi stratejiler kullanıldığından, anksiyete arttıkça (obsesif düşüncenin sıklığı, yoğunluğu ve bu

düşünceye inanç) bu stratejiler daha da çok kullanılmakta ve böylelikle kısır döngü içine girilmektedir (Kozak ve Foa, 1997).

#### **1.6.1.2. Bilişsel Kuram**

Bilişsel modeller, obsesyon ve kompulsyonların, nöropsikolojik ve bilişsel süreçlerdeki işlev bozukluğuna bağlı olduğu hipotezine dayanır. Örneğin kompulsif kontrol etme davranışının kaynağı kişinin kapıyı kilitleyip kitlemediğini, ütünün fişini çekip çekmediğini, fırını kapatıp katmadığını hatırlamamasıdır. Elini yıkamayı durduramamanın nedeni ise, kir, mikrop, hastalık ile ilgili düşünceleri unutamamasıdır. Nöropsikolojik süreçteki işlev bozuklukları bilişsel kontrol sağlayamamaya ve seçim yapamamaya neden olacaktır. OKB'nin altında yatan bilişsel eksiklikler, nörobiyolojik olanların aksine işlevseldir, beyin anormallikleri ile ilişkili değildir. Başka bir yoldan anlatmak gerekirse bilişsel problemler bilgisayarın donanımından değil yazılımından kaynaklanmaktadır (Clark, 2004).

OKB'nin en bilinen bilişsel eksiklik modeli Reed'in (1985), bilişsel-yapısal modelidir. OKB'li kişilerin hatıralarını ve deneyimlerini birleştiremediklerini ve organize edemediklerini öne sürer. Bu sebeple, OKB'li kişiler kalsifikasyon yapmaları gerektiğinde çok katı kategori limitleri kullanırlar. Reed'e göre, uyarıların, durumların ya da olayların, özellikleri ile ilgili net olamamak, OKB'li kişilerde sürekli bir şüphe uyandırır. Bu şüpheyi azaltmak için kişiler, el yıkama, tekrarlama ve kontrol etme gibi kompulsif ritüellere yönelirler. (Jakes, 1996)



### 1.6.1.3. Bilişsel Davranışçı Kuram

Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel davranışçı modelleri, işlevsiz inançların ve sıradan zorlayıcı düşüncelerin yorumlanmasının obsesyon ve kompulsiyonların oluşumuna yol açtığını söylemektedirler. Bu modellerin temeli zorlayıcı düşüncelerin normal olduğunu ve herkesin zaman zaman bunları deneyimlediği bulgusuna dayanır. Bu normal zorlayıcı düşünceler, kişi tarafından önemsedikçe ve kişi bu düşünceler yüzünden kendisinin bir zarara neden olacağını düşündükçe, stres yaratan ve zaman alan bu düşünceler klinik obsesyonlara dönüşür. İstenilmeyen düşünceler ve bu düşünceleri kontrol etme çabası kişinin zamanının çoğunu alır. Kişinin düşüncelerini yanlış yorumlaması, bu düşüncelerin önemli ve tehdit edici olduğunu düşünmesinden kaynaklanır. Örneğin, kişi olumsuz davranışları düşünmenin, bunları yapmakla aynı anlama geldiğini zannetmek gibi. OKB'nin bilişsel temelleri ile ilgilenen uluslararası bir çalışma grubu, yetişkinlerde obsesyonların gelişmesinin altında yatan bazı temel inançlar bulmuşlardır. Tablo1.2. bu temel inançları göstermektedir (Frost ve Steketee, 2002).

Örneğin bir çocuğun aklına annesinin öleceği düşüncesi geldiğini varsayalım.

Aynı düşünce aklına gelen bir çok kişi bu düşüncenin önemsiz ve zararsız

olduğunu düşünüp bu düşüncüyü zihinlerinde bir kenara iteceklerdir. Bilişsel

davranışçı modele göre, kişi bu düşünceye, (“annemin öleceğini düşünmek beni

çok kötü bir çocuk yapar”, “bunun olmasını engellemek için dikkatli olmalıyım”

gibi) olumsuz duygular ortaya çıkaracak kadar çok önem yüklerse, bu düşünceler,

**Tablo 1.2. OKB ile İlişkili İşlevsiz İnançlar**

<b>İnanç</b>	<b>Tanım</b>
Artmış sorumluluk	Kişi, olumsuz sonuçlar doğurmaya, ya da bu sonuçları engellemeye gücü olduğuna inanır.
Düşüncelere gereğinden fazla önem verme	Belirli bir düşüncenin o an zihinde olması bu düşüncenin önemli olduğunu gösterir.
Düşünce ve davranışların birbirine karışması	Belirli bir düşünceyi düşünüyor olmanın düşündüğü şeyin gerçekleşeceğini göstermesi gibi.
Düşünceleri kontrol etme ihtiyacı	Kişinin kendi zihnini kontrol etmesi mümkün ve gereklidir.
Tehdidin büyütülmesi	Olumsuz olayların çok kötü bir şekilde sonuçlanacağı düşüncesi.
Mükemmeliyetçilik	Hataların ve mükemmel olmamanın kabul edilemez olduğu düşüncesi.
Belirsizliğe tahammülsüzlük	Her şeyin belirli olabileceği ve böylece olumsuz olayların ortaya çıkmayacağı düşüncesi

**Kaynak:** Frost ve Steketee, 2002

klirik obsesyonlar haline gelir. İstenilmeyen bu düşünceler, kişide stres yaratır ve kişi bu düşünceleri bastırmaya ve bu düşünceler ile ilgili olumsuz olayların ortaya çıkmasını engellemeye çalışır ve bu durumda çocuk annesinin ölmesini engellemek için kompulsif davranışları sergilemeye başlar (Albano, March, ve Paicentini, 1999).

Bilişsel davranışçı perspektife göre, pasif kaçınma davranışı ve kompulsif ritüeller, istenilmeyen zorlayıcı düşünceleri engellemek için yapılan ve işe yaramayan davranışlar olarak kavramsallaştırılabilir. Kaçınma ve ritüellerin işe yaramadığını gösteren birkaç görüş vardır (Abramowitz, 2006).

(1) Bu davranışlar kısa süreli olarak obsesyonların yarattığı stresi azaltsa da, olumsuz pekiştirici görevi de görüp davranışı güçlendirirler.

(2) Kaygının bu şekilde ani olarak düşmesi, kişinin kaygı yaratan durumda daha fazla kalıp yüzleşmesini ve bu sayede kaygının kendiliğinden azalmasını engellemektedir.

(3) Kaçınma ve kompulsiyonlar obsesyonların sıklığını artırır, obsesyonları hatırlatıp tekrarlamasına yol açarlar.

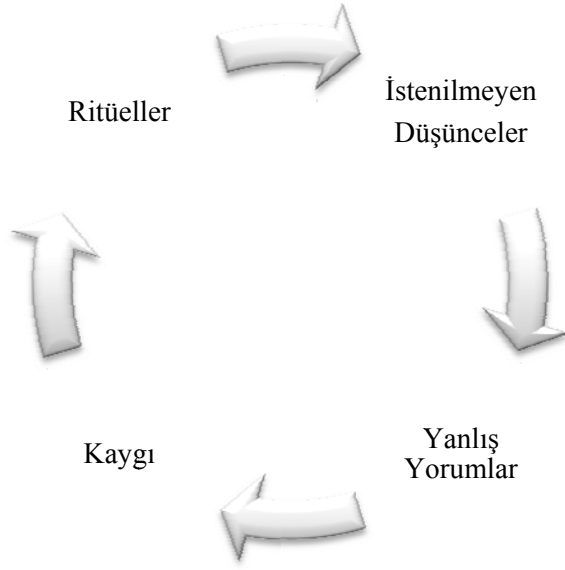
(4) Ritüellere devam etmek işlevsiz inançların ve obsesif düşüncelerin yanlış yorumlanmasının sürekliliğine yol açar.

Ritüelin gerçekleşmesinden sonra kişinin başına korktuğu şeyin gelmemesini, kişi ritüeli gerçekleştirmiş olmasına bağlar. Elini her gün defalarca yıkayan bir çocuk, hasta olmamasını, her an hasta olacağı korkusunun mantıksızlığına değil, ellerine yıkamasına bağlar (O'Kearney, Anstey, Von Sanden ve Hunt, 2006).

Özet olarak, bilişsel davranışçı modele göre, kişi sıradan, istenilmeyen bir düşünceye fazla anlam yüklerse, kaygı yaşamaya ve bu düşünceden kurtulmaya ve korkulan sonucun başına gelmesini engellemeye çalışır. Bu, düşüncelerde paradoksal artışa ve obsesyonların kaygı yaratmasına ve sürekliliğine yol açar. Kompulsif ritüeller, istenilmeyen düşüncelerin sürekliliğini sağlar ve kişinin hatalı düşüncelerini düzeltmesine engel olarak, kişiyi kısır bir döngüye sokar; (Kozak ve Foa, 1997) istenilmeyen düşünceler, yanlış yorumlara, yanlış yorumlar kaygıya, kaygı ritüellere, ritüeller ise istenilmeyen düşüncelere yol açmaktadır (Şekil 1.1.).

### 1.6.2. Nörolojik Teoriler

Nörolojik teorilere göre, OKB'li kişilerin, ön frontal-striatal-talamik ağlarında diğer kişilere göre farklılıklar gözlemlenmektedir. Nöro görüntüleme sistemleri gelişmeden önce bile OKB ile bazal ganglion bozukluklarının ilişkisi olduğu bilinmekteydi. Bazı bazal gangliyon bozuklukları olan kişilerin obsesif kompulsif davranış gösterme oranları artmaktadır. Ama her bazal gangliyon bozukluğunun obsesif kompulsif bozukluğa yol açmadığı da bilinmektedir,



**Şekil.1.1. OKB Döngüsü**

**Kaynak:** Kozak ve Foa, 1997

örneğin Parkinson ve Wilson's hastalıkları bazal gangliyon kökenli olsalar da obsesif kompulsif belirtilerle fazla ilişkileri yoktur. Bu, bazal gangliyon içinde olan yapısal bir bozukluğun değil de, bazal gangliyon'a yansıyan sinir sistemi

bozukluklarının obsesif kompulsif bozukluğa yol açtığını düşündürmektedir (Fitzgerald, MacMaster, Paulson ve Rosenberg, 1999).

Araştırmalar özellikle fronto-striatal ağ ile ilgili bozuklukların üzerinde durmaktadır (Alexander, Crutcher, & DeLong, 1990) Beş fronto-striatal ağ tanımlanmıştır ve bunlar; (1) motor, (2) oculomotor, (3) dorsolateral prefrontal, (4) vebtral (lateral orbital) prefrontal, ve (5) limbik anterior singulat ve medial orbital'dır (Alexander, Crutcher ve DeLong, 1990). Bu ağların işlevleri birbirinden farklıdır ve bunlardan ikisi frontal korteksten gelen bilgiyi düzenleyip, dış uyaranlara uygun, davranışsal tepkilerin verilmesini sağlar (Mega ve Cummings, 1994). Doğrudan olan ağ, korteksin talamusu uyarmasını kolaylaştırır, dolaylı ağ ise, bilinmeyen uyaranlara karşı, talamus'un seti ortadan kaldırıp korteks'in tepki vermesini kolaylaştırır. OKB'li bireylerdeki semptomların, doğrudan ağdaki aktivitenin, dolaylı ağ aktivesine oranla daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hala netlik kazanmamış olsa da bulgular ventral prefrontal, dorsolateral prefrontal ve limbik ağların işlevselliklerinin OKB'nin patagezinde oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Oculomotor tepkilerin inhibisyonu, ventral prefrontal kortekste, anterior singulat kortekste, medial temporal kortekste ve ventral striatumdaki serebral kan akışını yavaşlatır. Rosenberg ve arkadaşları (1997), pediatrik OKB popülasyonunun, oculomotor tepki inhibisyonunda eksiklikler olduğunu bulmuştur. Pediatrik OKB popülasyonunda bu anormalliklerin ve anterior singulat anormalliklerinin, OKB semptomlarının artması ile ilişkisi bulunmuştur (Rosenberg ve arkadaşları, 1997). OKB'li çocuklarda bazal ganlia'da küçülme olduğu bulunmuştur ve anterior singulat yoğunluğundaki artış, bazal gangliyonun küçülmesi ile ilişkilendirilmiştir

(Szeszko, MacMillan, Mcmeniman, Chen, Baribault ve Lim, 2004). Streptokok Enfeksiyonu Sonucu Gelişen Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalıklar (PANDAS) grubunda ise, bazal gangliyon'da büyüme görülmüştür . Pediatrik OKB hastalarının bazal gangliyonunda büyüme ya da küçülme olması, OKB semptomlarının değerlendirilmesinde, nöroanatomik değişim yerine, bazal gangliyondaki sinirsel ağındaki bozuklukların düşünülmesinin daha doğru olduğunu göstermektedir (Allen, Leonard ve Swedo, 1995).

OKB'li çocukların, prefrontal korteksindeki beyaz ve gri maddelerin oranı, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ortaya anlamlı bir fark çıkmamıştır. Fakat OKB'li 21 çocuk ve kontrol grubu ile yapılan bir çalışmada, korpus kallosum'un genu bölgesi, kontrol grubuna oranla anlamlı bir şekilde büyük çıkmıştır (Rosenberg ve arkadaşları, 1997). Bir başka çalışmada genu bölgesindeki sinyal yoğunluğunda artış bulmuştur (Fitzgerald, MacMaster, Paulson ve Rosenberg, 1999). Genu, sağ ve sol ventral prefrontal korteks'i birbirine bağlayan bölgedir. Rosenberg, Keshavan ve arkadaşları, OKB'li çocukların anterior singulat hacminde bölgesel artışlar bulmuştur (Rosenberg ve arkadaşları, 1997).

Anterior singulat hacmindeki artış, striatal miktarının azalması ile ilişkilidir. Bu da talamusda yapısal değişimlere yol açabilir. Kontrol gurubu ile karşılaştırılınca OKB'li çocukların talamus oranlarında büyüme görülmüş. 12 haftalık SSRI kullanımdan sonra talamus'un boyutu küçülmüş ve kontrol grubu ile anlamlı fark ortadan kalkmıştır. Talamik boyutun küçülmesi ile OKB semptomlarının azalması ilişkilidir (Fitzgerald, MacMaster, Paulson ve Rosenberg, 1999).

OKB'li çocukların, amigdalasında anormallikler gözükülebilmektedir. Amigdala'nın prefrontal ve bazal gangliyon ağları ile zengin bağlantıları vardır. Ayrıca, OKB'li çocukların, pituitary büyüklüğünde de azalma olabilmektedir. Beyin görüntüleme alanında çocuklar ile ilgili yapılmış çalışma yoktur, bilgiler yetişkinler ile yapılan (PET) ve (fMRI)'lerden gelmektedir. Bu bulgular glikoz metabolizmasında, bölgesel serebral kan akışında ve fronto-straital-talamik ağda anormallikler göstermektedir. PET radyasyon verdiği için çocuklar ile yapılması tercih edilmemektedir (Allen, Leonard ve Swedo, 1995).

Pediyatrik ve yetişkin OKB tedavisinde SSRI'lar dışında hiç bir ilacın placebo'dan etkili olmaması, OKB'nin serotonin hipotezini güçlendirmektedir. Aksini gösteren bulgular olsa da, plaselet ve serebrospinal sıvısı çalışmaları OKB'de serotonik değişimler olduğunu göstermektedir (March ve arkadaşları., 1998; POTS, 2004).

Yetişkin OKB'lerde dopamin düzensizlikleri görülmüştür. Ama CSF'deki dopamin metabolite, homovanilik asit oranları hem çocuk hem de yetişkin OKB'lilerde, kontrol grubundan farklı çıkmamıştır. OKB'nin patogenezinde dopamin artışı olduğu düşünülmektedir. Pediyatrik OKB'de, dopamin/serotonin oranının yükselmesi, tepki becerilerinde gecikmeye yol açacaktır. Kaudat çekirdeği, metabolik anormalliğin temel bölgesi, korteksten yoğun glutamate almaktadır, bu frontal korteks'de, striatal glutamate'in azalmasına neden olmaktadır. Glutamate, Kaudat'deki serotoninin salınımını inhibe etmektedir. Araştırmalarda, OKB'li çocuklarda, kontrollere oranla kaudat glutamine'inin anlamlı olarak yükseldiği bulunmuştur. İlaç kullandıktan sonra bu oran düşerken 12 haftalık BDT'den sonra düşmemiş (Storch, Geffken ve Murphy, 2007).

### **1.6.3. Streptokok Enfeksiyonu Sonucu Gelişen Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalıklar (PANDAS)**

Poststreptokokkal otoimmünite çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve Tourette bozukluğu dahil tik bozuklukları için etiyolojik bir faktör olarak ileri sürülmüştür. Bu hipotezin ortaya çıkışı bir seri klinik gözleme dayanmaktadır: (1) Sydenham korneası olan çocukların  $\frac{3}{4}$ 'ünde obsesif kompulsif bozukluk semptomlarının belgelenmesi (2) Çocukluk çağı başlangıçlı OKB ve Tourette bozukluğu birlikteliği araştırmaları. Bu çalışmaların sonuçları klinik gidişi A grubu  $\beta$ -hemolitik streptokok enfeksiyonu sırasında ani ve dramatik semptom artışı ile karakterize bir grup obsesif kompulsif bozukluklu çocuğun araştırılmasına neden olmuş ve bu hastalara PANDAS terimi uygun görülmüştür.

OKB hastalarının %11-%33'ünün hastalıklarının başlamasının PANDAS ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Streptococcal enfeksiyonundan sonra, aniden OKB çıkan vaklar raporlanmıştır. PANDAS ile savaşmak için üretilen antikorlar, bazal gangliyon ve özellikle kaudat çekirdeğindeki hücrel öğeler ile etkileşime girerler. PANDAS'ın tanı kriterlerinden biri, OKB ve/ya tik bozukluklarının olmasıdır. PANDAS hastalarının ilk semptomları, el yıkama, biriktirme ve tuvalet hijyeni ritüelleridir. OKB ile PANDAS'ın farkları (1) PANDAS'da semptomlar strep enfeksiyonundan sonra aniden çıkarken, OKB'de semptomlar yıllar içinde yavaş yavaş gelişmektedir, (2) PANDAS sadece yedi yaşına kadar olan çocuklarda görülmektedir, (3) PANDAS'da seperasyon anksiyetesi, hiperaktivite, duygusal labilite gibi başka semptomlar da görülmektedir (Swedo, Leonard, ve Garvey, 1998).



#### 1.6.4.Genetik Teoriler

Genetik araştırmalar sonucu, OKB'li kişilerin birinci dereceden akrabalarında, kontrol grubuna oranla altı kat daha fazla OKB görüldüğü bulunmuştur. Bulgulara göre OKB'li çocukların ailelerinde, OKB'li yetişkinlerin ailelerine oranla daha sık OKB görülmektedir (Nestadt ve arkadaşları, 2000). Çocuk ve yetişkin OKB'li kişilerin aileleri ile yapılan çalışmalar, özellikle çocukluk çağı başlangıçlı OKB'de genlerin etkisinin fazla olduğunu bulmuşlardır. Yapılan meta-analiz çalışması (Rettew, Swedo, Leonard, Lenane ve Rapoport, 1992) sonucuna göre, OKB'li yetişkinlerin ailelerinde OKB görölme oranı %8.3 iken, OKB'li çocukların ailelerinde OKB görölme oranı %11-%23'dür. Çocukluk çağı OKB'de tik komorbiditesinin oldukça yüksek olması, genetik etkenlerin ön planda olduğunun başka bir göstergesidir. Miguel ve arkadaşları bu özelliklerden dolayı çocukluk çağı OKB'nin bir alt tip olarak incelenebileceğini ortaya koymuşlardır. Ayrıca OKB spektrumlu bozuklardan body disforik bozukluk ve yolma (trikotilomani, patolojik deri yolma ve patolojik tırnak yeme), OKB'li kişilerin ailelerinde kontrol gruba oranla daha sık görülmüştür (aktaran Philips, McElroy ve Keck, 1993).

Kalıtımın şeklini belirlemek için yapılan segregasyon çalışmalarında, genler ana faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Sınırlı OKB fenotipleri ile yapılan çalışmalarda, fenotip genişledikçe, anlamlı olarak belirli bir kalıtım fenotipi ortaya çıkmamaktadır. Tüm çalışmalar OKB kökeninde genlerinde ana etken olduğunu göstermektedir. 1981'de Carey ve Gottesman tarafından 15 tek yumurta, 15 çift yumurta ikizi ile bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çift yumurta ikizlerinde OKB

görülme oranı %47 bulunurken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %87 bulunmuştur. Kişilerin kendi raporlamalarına dayanan klinik dışı geniş bir araştırmada, incelenen 419 tek ve çift yumurta ikizlerinde, OKB %47 irsi çıkmıştır. 1055 yetişkin kadın ikiz ile yapılan çalışmada ise, obsesyonların %33'ünün, kompulsiyonların ise %26'sının irsi olduğu bulunmuştur. 4,564 (1,541 tek yumurta, 3,032 çift yumurta) ikiz çocuk ile yapılan bir araştırmada, OKB'de genetik faktörün %65 olduğu bulunmuştur. İkinci pediatrik ikiz çalışması 7–12 yaşları arasında 10,110 (3,830 tek yumurta, 6,280 çift yumurta) çift ikiz ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma da OKB'de genetik faktörlerine dikkat çekmektedir. Sonuç olarak ikiz çalışmaları OKB'li çocuklarda genetik faktörlerin oranını %26-%65 aralığında göstermektedir (Carey ve Gottesman, 1981).

### **1.7.Komorbidite**

Komorbidite olması hastalığın gidişatını ve tedaviye yanıtı etkilediğinden önemlidir. Obsesif Kompulsif Bozukluğun komorbidite oranı yüksektir, araştırmalar bu oranın %70'e kadar çıkabildiğini göstermektedir (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, & Cheslow, 1989). En sık olarak diğer anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), diğer anksiyete bozuklukları, davranım bozuklukları, depresyon ve bipolar bozukluklar ile komorbidite gösterir. Yaşam boyu prevalans çalışmalarında hastaların %15'inden daha azının sadece OKB tanısına aldığı görülmektedir. Klinik çalışmalarda, OKB hastalarının %50–75'inin en az bir ek hastalık tanısı aldıkları saptanmıştır. Tedavi sırasında komorbidite durumu mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Komorbid psikopatolojilerin tedavisinde kullanılan ilaçlar OKB'yi olumsuz yönde etkiliyor

olabilmektedir. Örneğin, DEHB tedavisinde kullanılan stimülanlar, obsesif kompulsif davranışlarda artışa sebep olabilmektedirler (Borcherding, Keysor, Rapoport, Elia ve Amass, 1990).

OKB'si olan çocukların çoğunda komorbidite görülür. OKB ve diğer psikiyatrik bozukluklar arasında ayırıcı tanı koymak benzer semptomlardan dolayı güç olabilir. Psikiyatrik tanılarının yanında OKB'li çocuklar, hastalıklarından dolayı ikincil fiziksel problemler ile de ilişkili olabilir, tekrarlayıcı el yıkamadan dolayı egzama, ya da beden dışkılarının tutulmasından dolayı, enürezis ve enkoprezis. Pediatrik OKB ile komorbid bozukluklar ile ilgili bir çok çalışma olsa da, az bir kısmı eş zamanlı komorbid bozukluğu incelemektedir (Snider ve Swedo, 2000).

Tik bozukluğu ve Tourette bozukluğu, OKB ile en sık görülen komorbid psikiyatrik bozukluklardır. Çocukluk çağı başlangıçlı OKB'de bu bozukluklarla komorbidite %80 gibi yüksek oranlardadır (Leonard & Rapoport, 1991). Bazı araştırmalar, bu bağlantıdan dolayı, OKB ve tik bozuklukları arasındaki komorbidite çok yüksek olduğu için, çocukluk çağı başlangıçlı OKB'de, yetişkinlik çağı başlangıçlı OKB'den farklı olarak, tik ile ilişkili bir alt tip olabileceği düşünülmektedir (Eichstedt & Arnold, 2001). OKB'li kişilerin ailelerinde yüksek düzeyde Tourette bozukluğu gözükmektedir, bu iki bozukluk arasında ortak genetik özellikler olduğunu düşündürmektedir. Bir çalışmada, 15 yaşında küçük erkeklerin, daha büyük erkeklere ve kızlara göre daha sık komorbid tik bozukluğu gösterdiği bulunmuştur . Bu tik ile ilişkili OKB'nin erkeklerde daha sık görüldüğüne dair geçmiş bulgular ile paralellik göstermektedir. Bütün

çalışmalar iki bozukluk arasında yakın ilişki olduğunu göstermektedir ama bu ilişki ile ilgili bilgi azdır (Storch, Geffken ve Murphy, 2007).

OKB'nin gelişimi ile ilgili boylamsal bir araştırmada, OKB semptomlarının ve tik bozuklukların gelişiminde ortak örüntüler olduğu bulunmuştur. 700 çocukluk bir örnekleme, denekler çocukluktan başlayıp ergenliğe ve sonrasında yetişkinlik dönemlerine kadar izlenmiştir. 15 yıl boyunca dört kere psikiyatrik bozukluk ile ilgili yaygınlıklara bakılmıştır. Sonuçlar, çocukluk ve erken ergenlik dönemlerinde tiklerin varlığı, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde obsesif kompulsif semptomların görülme ihtimalini arttırdığını göstermektedir, bu daha önceki çalışmalar ile de paralellik göstermektedir (Peterson, Pine, & Brook, 2001). Bunun yanında, erken ergenlikte OKB ve tik bozukluğu olanlar, sadece tik bozukluğu olanlara oranla yetişkinlikte daha fazla tik bozukluğu yaşamaktadır.

Çeşitli tahminler olması ile birlikte anksiyete bozuklukları ile OKB'nin komorbiditesinin %50-60 oranlarında olduğu bilmektedir (Zohar, 1999). Geller ve arkadaşları (1996), yaygın anksiyete bozukluğunun ve seperasyon anksiyetesinin, OKB ile en sık komorbidite gösteren bozukluklar olduğunu ortaya koymuşlardır. Anksiyete bozukluklarının OKB için risk faktörü olduğuna dair ya da OKB'nin, anksiyete bozukları için risk faktörü olduğuna dair literatürde henüz bir bulgu yoktur. OKB'li hastalarda sosyal fobiye bakıldığında, çalışmaya katılanların yaşına göre, %2-25 arasında görülme sıklığı değişmektedir. Ayrıca, daha uzun süre OKB yaşayan çocuklarda sosyal fobinin görülme oranının arttığına dair çalışmalar vardır (Geller, Biederman, ve Griffin, 1996).

Depresyon ve pediatrik OKB'nin birlikte görülmesi çeşitli araştırma programlarına konu olmuştur (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, ve Cheslow, 1989; Peterson, Pine, ve Brook, 2001). Yapılan bir çalışmada, OKB'li çocukların depresyon oranı, sağlıklı çocukların, davranım bozukluğu olan çocukların ve OKB dışı anksiyete bozukluğu olan çocukların depresyon oranı ile karşılaştırılmıştır. 11 yaşındaki çocukların sağlıklı kontrol grubuna göre daha depresif olduğu ve 15 ve 18 yaşlarında ise, OKB grubunun depresyon oranının diğer bütün gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları erken dönem ergenlikte yaşanan depresyonun, genç yetişkinlikte OKB'nin belirleyicisi olduğunu da göstermektedir. Klinik örnekleme majör depresyonla komorbidite %10 ila %26 (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane ve Cheslow, 1989). Bu oran yüksek olsa da yetişkinlikte görülen komorbiditeye göre düşüktür. Rasmussen ve Eisen (1990) yaptıkları çalışmada OKB'li yetişkinlerin üçte ikisinin majör depresyon kriterlerini de karşıladığını bulmuşlardır. Aynı zamanda, OKB'nin sürekliliği depresyon gelişimi ile ilişkili olabilmektedir, daha uzun süren OKB'nin, majör depresyon riskini arttırdığı bilinmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1990).

Çocukluk çağı başlangıçlı OKB'nin majör depresyonla paralellik göstermesi literatürü desteklemektedir. Bazı araştırmalar OKB'nin depresif bir doğası olduğunu ve depresif bilişsel yapılanmalara yol açtığını ileri sürmüşlerdir (Swedo, Leonard, ve Garvey, 1998). Bipolar bozukluk ile OKB'nin komorbiditesi incelendiğinde, erken başlangıçlı OKB'de bipolar bozukluk ile komorbiditenin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Masi, Perugi, Toni, Millepiedi, Mucci ve Bertini, 2004).

Çeşit araştırmalar, boylamsal ve kesitli düzenlemelerde, OKB ve DEHB'nin birlikte görüldüğünü bulmuşlardır. Özellikle sosyal fonksiyonlar, okul problemleri ve depresyon bakımından, DEHB, OKB ile birlikte görüldüğü durumlarda, sadece OKB'ye oranla sıkıntılar artmaktadır. OKB'li çocuklarda, DEHB tanısı almayacak olan dikkat eksiklikleri ve yıkıcı davranışlar gözlemlenebilmektedir. Bu sebeple eş tanı koymadan önce bu semptomların yapısı dikkatle incelenmelidir. OKB'li çocukların %30'unda DEHB ile komorbidite olduğu düşünülmektedir (Geller, Biederman, ve Griffin, 1996). Boylamsal çalışmalar, ergenlikte DEHB tanısı alan kişilerde, erken yetişkinlik döneminde daha sık obsesif kompulsif belirtiler gösterdiği bulunmuştur. Aynı bulgu daha genç popülasyonda da bulunmuştur OKB ve DEHB komorbiditesi olan çocukların %80'ni, OKB tanısından önce, DEHB tanısı almıştır (Peterson, Pine ve Brook, 2001).

Davranım bozukluğu ve karşı gelme karşı çıkma bozuklukları gibi yıkıcı davranış bozuklukları, OKB'si olan popülasyonda, normal popülasyona oranla daha sık görülmektedir. Bu OKB'li çocukların mükemmeliyetçi kişilikleri ile çelişkili bir bulgudur. Çocukluk çağında obsesif kompulsif bozukluk ile obsesif kompulsif kişilik bozukluğu arasındaki fark göz ardı edilebilir (King, Leonard, ve March, 1998). OKB ile karşı gelme karşı çıkma bozukluğu arasındaki ayırıcı tanı zaman zaman zor olabilir çünkü çocuklardaki katı kompulsiyonlar, karşı çıkma davranışları ile paralellik göstermektedir. Bu alt grup klinikte dikkatle incelenmelidir çünkü komorbid yıkıcı davranışlar ilaç tedavinin yan etkisi olarak da ortaya çıkabilmektedir (Geller, 2003).

Hem pediatrik hem de yetişkin grupta OKB ile farklı kategorideki bozukluklar ile de komorbidite görülür. Yeme bozuklukları ve beden disforik bozuklukların çocukluk dönemi OKB ile komorbiditesi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Almanya'daki ergen örnekleminde 15 yaş üzerinde OKB tanısı almış kızlarda yeme bozuklukları normal örnekleme oranla yüksek bulunmuştur (King, Leonard ve March, 1998).

Trikotilomani ve deri yolma gibi dürtü kontrol bozuklukları da hem çocukluk çağı hem de yetişkinlik dönemi OKB ile birlikte görüldüğü çalışmalar vardır. Bu bozukluklar ile kompulsif davranışlar arasındaki ayırıcı tanı, tedavinin nasıl ilerleyeceğini belirleme konusunda önemlidir (Fontenelle, Mendlowicz ve Versiani, 2005).

### **1.9.Ayırıcı Tanı**

Çocukta tekrarlayıcı düşünceler ya da ritüalistik davranışlar görüldüğünde ilk önce bunun normal gelişiminden bir sapma olup olmadığı değerlendirilmelidir. Çocukluk çağı ritüelleri normal gelişimsel ritüeller ya da çocukluk çağı batıl inançları olabilir (Tablo 1.3.). Çocuğun normal gelişiminin bir parçası olan bu ritüeller ve batıl inançlar, çocuklarda OKB riskini arttırmamaktadır (King, Leonard ve March, 1998).

Bu batıl inançlar ile OKB semptomları arasında önemli farklar vardır. Normal ritüeller çok erken yaşta başlarken, OKB semptomları daha geç ortaya çıkar ve

**Tablo 1.3. Normal Gelişimin Parçası Olan Ritüeller ve Batıl İnançlar**

2-5 yaş	Yemek, banyo ve uykuya dalma davranışlarında ritüeller
3-5 yaş	Tekrarlayıcı oyun aktiviteleri (bloklardan kule yapma)
5-6 yaş	Grup oyunları ile ilgili katı kurallar (ip atlama gibi)
6-11 yaş	Batıl inançlı oyunlar ( yalan söylerken yapılan çapraz parmak) Kolleksiyon yapma ( pul koleksiyonu gibi)
12 yaş ve sonrası	Ünlü insanların yaptığı aktivitelerle aşırı meşgul olma, spor karşılaşmaları ile ilgili batıl inançlar (karşılaşma öncesi dua etme)

**Kaynak:** King, Leonard ve March, 1998

sosyal, duygusal gelişimi olumsuz etkiler ve kontrol etme, yıkama gibi daha farklı davranışları etkiler. Batıl inançlar ve OKB semptomlarının içerikleri farklılık gösterir. Batıl inançlar hayat boyu sürer ve iyi şans getirdiğine inanılır; dört yapraklı yonca bulmak, nazar boncuğu taşımak gibi. Ayna kırmak ve siyah kedi görmenin ise kötü şans getirdiğine inanılır. Obsesif kompulsif semptomlar ise bu temalar ile ilişkili değildir (Francis ve Gragg, 1996).

Eğer çocuğun davranışları normal gelişimin dışında ise, doğru tanıyı koyma süreci başlar. Tekrar edici davranışlar sadece saç yolma ile ilgiliyse kişi Trikotilomani tanısı alır. Ani ve tekrarlayıcı motor ve vokal davranışlar Tik ya da Tourette Bozukluğu tanısı alır. Anoreksia ve Bulimia gibi durumlar kişinin yemek, kilo ve görünüşüyle ilgili aşırı kaygılardır ve Beden Disforik Bozukluk Tanısı konulur. Eğer kişi hasta olacağına dair aşırı kaygılı ise, Hipokandria tanısını değerlendirmek gerekir (Drummond ve arkadaşları, 2008).



Bağımlılık davranışları da kompulsif olarak değerlendirilebilecek semptomlar olarak değerlendirilebilir. Fakat kişinin tekrarlayıcı davranışı kişiye keyif veriyor ise bu kompulsiyon olarak değerlendirilmemelidir. Yıkıcı davranım bozukluklarındaki tekrarlayıcı düşünce ve davranışlar ise, istenilen sonuca varma amaçlı davranışlar olduğundan dolayı kompulsif davranış kümesine sokulamaz.

Yaygın Gelişimsel Bozukluğun da OKB ile ortak yönleri vardır. Yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alan çocukların da tekrarlayıcı davranışları, ilgi alanları ve ritüelleri vardır. Bu davranışlar anksiyete engelleme ya da olumsuz bir durumun ortaya çıkmasını engelleme amaçlı olmadıkları için obsesif kompulsif semptomlardan ayrışırlar (Adams, 1973).

Ergenlikte gelişen psikotik bozukluklar ile OKB semptomlarını ayırtmak zaman zaman oldukça güç olabilir. Psikotik durum, obsesyonlardan başlayıp, sanrılara kadar ilerleyen bir süreçte ortaya çıkar. Korkuların gerçekçi olmadığını farkında değildirlerdir. Ayrıca psikotik bozukluklarda aşırı içe çekilme, sanrılar ve halüsinasyonlar gibi obsesif kompulsif kişilerde görülmeyen semptomlar da görülür. Doğru tanıyı koymak doğru tedavi yöntemini belirlemek açısından oldukça önemlidir (Storch, Geffken ve Murphy, 2007).

### **1.10. OKB'nin Tedavisi**

Kaygı herkesin hayatında olan normal bir duygudur. Sinir sisteminden kaynaklanan fizyolojik yönü ve sıkıntılardan kaynaklanan psikolojik yönü vardır. Ancak, kaygının günlük ve sosyal hayatı olumsuz etkilediği durumlar da vardır. Çocukların hayatında ise anksiyete, çocuğun okul hayatını ve arkadaşları ile olan ilişkilerini olumsuz etkilediğinde bir bozukluk halini alır ve bu durumda çocuk bir

müdahaleye ihtiyaç duyar. Eğer tedavi edilmezse sosyal hayatta, oyun hayatında, aile ve okul hayatında hasara yol açabilecek önemli bir hastalıktır. OKB çocuklukta görülen kaygı bozukluklarından biridir. Çocuğu çocukta obsesif düşünceler ya da kompulsif davranışlar görülebilir. Bunların OKB olabilmesi için anlamsız olması, çocukta stres yaratması, işlevselliğini engellemesi ve süreklilik göstermesi gerekmektedir. Hem Bilişsel Davranışsal Terapinin hem de Farmakolojik tedavinin OKB üzerinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Farmakolojik tedavinin çocuk ilaç kullandığı sürece etkili olduğu ve BDT kadar etkili olmadığı ileri sürülmektedir (Storch, Geffken ve Murphy, 2007).

### **1.10.1. Davranışçı Terapi**

1966'da Meyer'in, yüzleştirme ve tepki engelleme (E/RP) ile davranışçı terapiyi geliştirmesine kadar OKB'nin psikoterapiye dirençli olduğu düşünülüyordu. 1986'da Foa ve Kozak E/RP'yi geliştirip yaygınlaştırmışlardır. Obsesyonlar anksiyeteyi artırır ve bu anksiyeteyi azaltmak için kompulsiyonlar devreye girer. E/RP'nin sönme süreci ile bu bağı zayıflattığına inanılmaktaydı ve bir çok çalışma bu yaklaşımın etkili olduğunu destekledi ve E/RP, OKB tedavisinde güçlü ampirik bulgularla desteklenmiş bir tedavi halini aldı Fakat E/RP ile tedavi edilen OKB vakalarının hepsinin semptomlarında anlamlı bir azalma görülmediği için, bazı hastalar E/RP'yi reddettikleri için ve tedavi kaygı yarattığı için, tedaviyi tamamlanmadan bırakanlar olmuştur (Barett, Healy, Piacentini ve March, 2004).

### **1.10.2. Bilişsel Terapi**

Bu sebeple bilişsel terapi OKB'ye alternatif bir tedavi olarak ve E/RP'ye tamamlayıcı olarak Salkovskis'in (1985) çalışmalarından yola çıkarak geliştirildi.

OKB'nin bilişsel tedavisi çarpıtılmış ve zorlayıcı düşünceleri hedef alır. Hatalı düşünceler, kaygının artmasına ve bu kaygının yok edilmesi için kişinin çabalmasına (kompulsiyon) yol açar. OKB'de sıklıkla karşılaşılan hatalı düşünceler; artmış sorumluluk, tehdidin abartılması, düşüncelere fazla önem verilmesi ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacıdır (Salkovskis, 1985).

### **1.10.3. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)**

Bilişsel müdahaleler E/RP'ye eklenerek, ortaya çıkan tedavi OKB'nin bilişsel davranışçı terapisi (BDT) olarak adlandırılmıştır. BDT'nin yetişkin OKB hastaları ile başarılı uygulamalarından sonra araştırmacılar ve klinisyenler bu yöntemi, çocuk ve ergen OKB hastalara uyarlamaya başladı (Rapoport ve Inoff-Germain, , 2000). O zamandan beri pediatrik OKB'nin bilişsel davranışçı terapi uygulamasında çok gelişme olmuştur. Bunlardan en önemlisi March ve Mulle 1998'de hazırladığı, bilişsel davranışçı terapinin çocukluk çağı OKB'sinde uygulanmasını anlatan kitaptır (March ve Mulle, 1998).

Genel olarak, pediatrik OKB'de BDT, çocuklara ve aileye, obsesyon ve kompulsiyonlar ile başa çıkma yollarını öğreten bir psikoterapi yöntemidir. BDT, ampirik bilginin klinik uygulamayı yönlendirdiği, kanıta dayalı bir yöntemdir. Tedavinin davranışçı bileşenleri, klasik koşullanma, korku ve kaygı, nötr bir uyararla, rahatsız eden bir uyarar arasında ilişki kurulmasından ortaya çıkar. Koşullanmış uyarar rahatsız edici uyararın özelliklerini alır. OKB'li hastalar, olumsuz uyararların yarattığı kaygıya tepki olarak, tehditi azaltmak için, kaçınma ya da kompulsiyon tarzında davranışlar sergilerler ve bu da anksiyeteyi yapay bir şekilde azaltır. Kaçınma ve ritüeller yoluyla, kaygıyı azaltmak ve

ertelemek, koşullu korkuyu olumsuz pekiştireç yoluyla güçlendirir. Bu kaçınma ve ritüeller stres azaltıcı özelliklerinden dolayı, süreklilik sağlarlar (March, 1995)

Bu çerçevede, E/RP egzersizleri, kişinin, korku ve ritüellere yol açan uyararla yüzleşmesine yardımcı olur. E/RP, etkili bir BDT'nin temel unsurudur. E/RP'nin en temel unsuru ise, hastanın kaygı veren uyararla karşılaştıktan sonra, kaygısının engellenmemesi ve böylece, korkunun azalmasını sağlayan doğal koşullanmanın (alışma ve sönme) meydana gelmesidir. İlk adım olarak, hasta, ebeveyn ve terapist, hep beraber çocukta kaygı yaratan ve bu kaygıyı azaltmak için çocuğun ritüellere başvurduğu durumların listesini çıkarır. Bu listenin hiyerarşik olarak çıkarılması gerekir. Yüzleştirme, çocuğu kaygısı azalana kadar bu uyarana maruz bırakarak gerçekleşir. Çocuğun anksiyetesi devam ederken, yüzleştirme kesilirse, bu anksiyeteye alışmayı ve anksiyetenin korkulan sonuca yol açmadığının anlaşılmasını engeller. Yüzleşmeden fazla fayda sağlanabilmesi için, hastanın korktuğu durumda kalması gerekir. Bu durumda kişinin olaya odaklanması kaygıyı yaşamayı ve uyarılması gerekir. Bu çocuk ve ergenler için oldukça zorlayıcıdır ve kendilerini güvende hissetmelerini sağlayacak davranışı yapma eğilimindedirler (örneğin elini bir masaya değdirip kirlendiğini düşünen OKB'li bir çocuğun bunun yüzleşmek yerine bir an önce elini yıkamak istemesi gibi) (Albano, March ve Paicentini, 1999).

BDT kişiye beceriler kazandıran bir müdahaledir. Seans içinde yapılan yüzleştirmeler dışında eve verilen yüzleştirme ödevleri, çocuğun daha kolay öğrenmesinde ve öğrendiklerini genelleyebilmesinde önemli bir rolü oynar. Hasta ve ailenin iki seans arasında yapmaları gereken ödevleri vardır. Bu ödevler hasta

ve terapist beraber karar verir. Ödev genel olarak E/RP egzersizlerini içerir (March ve Mulle, 1998).

Tedavinin bilişsel bileşenleri, psikopatoloji araştırmalarının bulguları, obsesyonların altında yatabilecek düşüncelerin öneminin altını çizmektedir. OKB'nin son dönem, bilişsel davranışçı modelleri, semptomlara, uyarandaki potansiyel tehlike ile ilgili, bu durmaların olumsuz sonuçları ile ilgili, ve kişinin davranışları ile ilgili şüpheler gibi uygunsuz düşüncelerin yol açtığını vurgular. Örneğin kirlenme obsesyonu olan ergenler, ev dışında bir tuvalet kullandıklarında, hastalık kapma ihtimallerini ve hastalığın ciddiyetini abartabilirler. Çocuklarda bilişsel çarpıtmalar tablo 1.4.'de sıralanmıştır (Salkovskis, 1985).

Bilişsel yeniden yapılandırma, kaygı yaratıcı düşünceleri değiştirmeyi hedefler. Kaygı yaratıcı durum öncesinde, durum sırasında ve sonrasında, kişilerin olumsuz düşünceleri vardır. Bu düşüncelerin doğruluğunun, sokratik sorgulama ya da davranışçı deneyimler ışığında değerlendirilmesi (kontrol etme ritüeli yapılmayınca korkulan sonuç gerçekten oluyor mu, olmuyor mu diye test etmek). Bu bilgiler doğrultusunda, rasyonel, alternatif düşünceler oluşturmak. Bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri ve yüzleştirme ögesini içerir, fakat burada yüzleştirmenin amacı kişileri (korktukları uyararla yüzleştiklerinde aldıkları riskin derecesi ile ilgili) kişinin düşüncelerini değiştirmesini sağlayacak bilgi toplamadır. Kaygı yaratan düşünceler ile daha objektif, veriye dayalı “konuşma” ile kaygıda azalma olur (Abramowitz, 2006).

**Tablo 1.4. OKB’li Çocuklarda Görülen Bilişsel Çarpıtmalar**

Bilişsel Çarpıtma	Örnek
Şüphe ya da belirsizlik	“Bilgisayarı kapatıp kapatmadığımı hatırlayamıyorum.
Düşünce Eylem Karışımı	Eğer annemi öldürdüğümü düşünürsem bunu yapmak isteyebilirim.
Tehdidi Büyütmek	Klozete oturursam bana AIDS bulaşır.
Over-estimating	Eğer klozete oturursam %50 AIDS olacağım
Artmış Sorumluluk	İç çamaşırımı çekerken Bismillah demezsem annem kanser olacak.

**Kaynak:** Salkovskis, 1985

Küçük çocukların obsesyonlarını fark etmesi ve obsesyonlar ile kompulsiyonlar arasındaki bağı kurması zor olabilir. Terapist tedavi egzersizleri uygulayarak, çocuktan daha fazla bilgi alabilir ve çocuğa obsesyonları öğretebilir. Terapist çocuğa yüzleştirme egzersizi yaptırıp, bu sırada ne düşündüğünü sorabilir. Bilişsel bileşenlerin farkında olmayan çocuklara terapist, olumsuz yaşantılarını sorabilir. Ayrıca terapide kullanılan psikolojik eğitim ve metaforlar, çocuğun zihinsel gelişimine uygun olmalı ve terapinin kavramsal temelini oluşturmalıdır. Küçük çocuklar yaşadıkları ana odaklıdır, E/RP’de yaşadıkları stresin ne işe yarayacağını anlamakta güçlü çekebilirler. Bu özellikle obsesyon ve kompulsiyonlarından rahatsızlık duymayan çocuklar için daha zordur (Albano, March ve Paicentini, 1999).

Pediatric OKB'nin tedavisinde, ailenin katılımının önemi, tedavinin ana ögesi olarak görülmektedir. Çocuğun semptomlarının sürekliliğine yol açan durumlara değinmek gerekmektedir. Sistematik olarak ritüellerdeki bilinci çocuğun obsesyonlar aklına geldiğinde alternatif davranışlar göstermesini sağlayacaktır.

Geleneksel olarak, pediatrik OKB için BDT, haftada 1 saatlik seanslar şeklinde gerçekleştirilir. Fakat çocuğun ihtiyaçlarına göre bazı değişiklikler yapılabilir. Yüzleştirmenin uzunluğuna göre seansın süresi artabilir. Haftada bir gün terapiye cevap vermeyen çocukların seanslarının yoğunlukları artırılabilir (Storch, Geffken ve Murphy, 2007).

Bilişsel davranışçı terapi, çocukluk çağı OKB'nin bilişsel davranışçı terapisini anlatan manüel John March tarafından düzenlenmiş ve seanslar yapılandırılmıştır (March ve Mulle, 1998). Yapılandırılmış seanslar ile ilgili bilgi verildiğinde çocuklar seansları daha fazla kontrolleri altında hissedeceklerdir. Aile üyeleri seans sırasında yeni bir gündem hakkında konuşma talebinde bulunurlarsa bunun için de yeni bir seans düzenlenmelidir, ya da o seansta buna vakit ayrılabilir.

Tedavi 12 haftalık seanslarda toplam 4 bölümden oluşur. Her seansta hedefler saptanır, geçmiş hafta gözden geçirilir, yeni bilgiler iletilir, 'maruz bırakma/ tepki engelleme' hedefleri seçilir ve gelecek haftanın ödevleri verilir (Tablo 1.5.) (March ve Mulle, 1998).

**Tablo 1.5. BDT Seanslarının Yapısı**

<b>Hedef</b>	<b>Zaman</b>
Aile ile çocuğun karşılanması	5 dakika
Ödevin üzerinden geçmek	5 dakika
Haftanın konusunu çalışma	20 dakika
Terapist destekli uygulama	10 dakika
Ödevde karar verme	10 dakika
Aile ile seans ve ödev hakkında konuşma	10 dakika

**Kaynak:** March ve Mulle, 1998

1.Seans: Psikoeğitim: İlk seansta eğitime başlanılıp tüm tedavi boyunca devam etmek gerekir. Bu eğitimin amacı, çocuk ve aileye OKB'nin nörodavranışsal bir sorun olduğunu anlatılıp onlara tedavi rasyoneli verilir. Sinir sistemi yanlılıkla, çocuğun hafif bir korku hissetmesi gereken bir uyarana karşı, çocuğun çok fazla korku, stres ve şüphe hissetmesine yol açtığı anlatılır. Bir metaforik olarak, sinir sistemindeki bir sorundan dolayı çocuğun korku ses ayarı bozulması anlatılabilir. Diyabet hastalığı ile analogi yapılabilir. Diyabette pankreas yeterli seviyede inisülin üretmediği için kişi inisülin alımına ihtiyaç duyar. OKB'de beyin yeterli seratonin üretemez ve ilaç beyindeki seratonin seviyesini yükseltir. İlaç artı BDT'den sonra beyin fonksiyonlarının farklılaştığı çeşitli çalınmalardan öğrenilmiştir. Diyabetteki diyet ve egzersizin yerini burada uygulamalar ve tepki engellemeleri almaktadır. Hem OKB hem de diyabette hastaların tamamı tamamen iyileşmez. Bunun için uzun süreli bir tedaviye ihtiyaç vardır. Çocukların hastalığı daha iyi anlayabilmeleri için bozuk yangın alarmı analogisi de sıklıkla kullanılmaktadır. Çocuktan bozuk bir yangın alarmı düşünmesi istenir, alarm en



hafif bir dumanda bile ötmeye başlamaktadır. Çaydanlıktan çıkan duman bile alarmı devreye sokar. İşte tıpkı bu örnekte olduğu gibi çocuğa kendisinin de aklına gelen düşüncelere karşı aslında aşırı tepki verdiği anlatılmalıdır (Waite ve Williams, 2009).

Tedavinin psikolojik bölümü çocuğun OKB'ye patronluk taslamasını hedefler. Tedavi koçluk seanslarından oluşur ve çocuğa OKB ile savaşması ve OKB'yi zihninden kovması için beceriler öğretilir. Aile seansları ailenin çocuğa destek vermesini sağlamak içindir. İlaç OKB'nin sesini kısımaya yardımcı olur ama OKB'nin patronluk taslamak çocuğun görevidir. Tedavinin etkinliği ve faydaları ilk seansta anlatılır (March ve Mulle, 2007).

2. Seans: Problemi Dışsallaştırma: Temel olarak ilk bir iki seansta yapılır. Ama tedavi boyunca ana temalardan biri olarak kalmaya devam eder. Böylece aile ve çocuk OKB'nin çocuktan bağımsız bir hastalık olduğunu anlarlar, çocuğu ve uygunsuz davranışları birbirinden ayırıştırırlar. Çocuğa OKB'ye komik bir takma ad vermesi teklif edilebilir. OKB'yi, çocuk için kötü alışkanlıktan, savaşılacak bir düşmana dönüştürmek önemlidir. Çocuğun ve ailenin hastalığı bu şekilde tekrardan anlamlandırılması gerekir. Aileler bu bilgiler doğrultusunda, kompulsiyonların çocukların suçlanması gereken kötü davranışlar olduğunu düşünmekten vazgeçirilirler. Hep beraber bir takım olarak OKB'ye karşı savaş vermeleri gerektiği anlatılmalıdır. Çocuktan obsesyon ve kompulsiyonlarını yazdığı bir günlük tutması istenilir. Ve en az stres veren duruma 1 puan en az stres verilen duruma 10 puan vererek bunları puanlandırması istenilir (Carr, 2006).

3. Seans: Haritalandırma: 3. ya da 4. seansta OKB semptomları bir hiyerarşi ile listelenir. Yapılan puanlamaya göre, 0–2 zaten çocuğun hep OKB’yi yendiği, başa çıkabildiği ya da kontrol ettiği durumlar, 6–10 arasındaki durumlarda OKB’nin hep yendiği durumlar olarak hiyerarşide sıralanır. İkisinin ortasındaki geçiş alanı belirlenir. Bu alandaki davranışlar yüzleşme ve tepki engelleme için seçilir (March ve Mulle, 2007).

4–12. Seanslar: Kaygı Kontrolü Eğitimi, Yüzleşme ve Tepki Engellenmesi (E/RP): Yapılan araştırmalar bize yüzleştirmenin tedavinin kalbi olduğunu göstermektedir. E/RP dereceli olarak yapılmalıdır ve uygulama sırasında bazı stratejiler kullanılmalıdır. Anksiyete yönetimi eğitimi (AMT), relaksasyon, diyaframdan nefes alma ve yapılandırılmış konuşmayı içerir ve en önemli stratejidir. Bu stratejiler çocuğa E/RP uygulamaları sırasında kullanabileceği araçlar olarak öğretilir. E/RP terapist destekli hayali ve in vivo yüzleştirmeyi ve tepki engelleme alıştırmalarını ve haftalık ev ödevlerini içerir. Uygulamaları yapacak olan çocuk olduğu için geçiş alanından çocuğun kendi seçtiği bir semptom ile yüzleştirme yapması çocuğun uyumunu arttırırken, ortaya çıkabilecek aksamaları engeller. Çocuk OKB’ye karşı direnç gösterdiği her seans geçiş alanı yeniden yapılandırılır (Waite ve Williams, 2009).

Çocuğa, OKB ile başa çıkabilmesi için en etkili yolun E/RP olduğu öğretilir ve bu yöntemi ne zaman ve nerede kullanacağıyla ilgili kontrol çocuğa bırakılır. Yüzleşmenin ve tepki engelleme tanımı örnekler ile anlatılmalıdır. Kendi evi dışında bir tuvalete gittiğinde lavaboya ya da tuvalete dokunmaktan çekinen çocuğa, bu durumda lavaboya dokunmasının bir yüzleşme olduğu anlatılır. Elini

lavaboya değirdikten sora duyulan rahatsızlığa rağmen yıkamamak ise tepki engellemektir. Çocuk bu durumda endişenin hep artarak ilerleyeceğini düşünecektir. Bu durumda çocuğa, artan endişenin engellenmediğinde, bir noktadan sonra azalma göstereceği anlatılmalıdır (March, 1995).

Yüzleşme ve tepki engellemede çocuğa yardımcı olacak bazı araçlar vardır. Bunlardan biri korku termometresidir, bu korkunun ne kadar yükseldiği ve azaldığı konusunda çocuğa yardımcı olur. Çocuğa rahatlatma egzersizleri ve OKB'ye karşı konuşmayı öğretilir. OKB'nin karşı çıktııkça zayıflayacağı ve ciddiye almadıkça rahatsız etmeyeceği çocuğa anlatılır. OKB ile yavaş yavaş başa çıkması gerektiği, acele etmemesi, ama hiç bir şey yapmaz ise rahatsızlığının gitgide artacağı bilgisi çocuğa verilir. Terapist OKB'ye karşı mücadelesinde çocuğa destek olacağını belirtir (March ve Mülle, 1998).

1., 6., 12. Seanslar: Aileleri Dahil Etme; Aile 1. 6. ve 12. seanslarda gelir aileye her seansın başında o seansın hedefi ile ilgili yazılı bilgi verilir. Hastalık hakkında daha fazla bilgilenmesi için aileye çeşitli kitaplar önerilebilir. Ailelerinden çocukları OKB'ye karşı direnç gösterdiğinde onları ödüllendirmeleri istenir. OKB'den çok çocuğun hayatındaki olumlu giden durumlara odaklanmaları önemle tavsiye edilir. Ailelere, çocuğa kızmamaları, onu suçlamamaları ve çocuğun yaşıdığı stresi anlamaları gerektiği anlatılır (March ve Mülle, 2007).Tedavi 16. Haftada mezuniyet töreni ve 22. Haftadaki kontrol seansı ile biter (Tablo1.6.). Kontrol gruplu yapılan BDT çalışmalarının sonuçları Tablo1.7.'de verilmiştir.

**Tablo 1.6. BDT Seanslarının Hedefleri**

Seans	Uygulama
1	Nörodavranışsal çerçevenin çizilmesi
2	Problemin saptanması
3	OKB haritası çıkartma
4-12	Maruz bırakma/Tepki engelleme çalışmaları
1,6,12	Aile seansları
16	Mezuniyet
22	Kontrol görüşmesi

**Kaynak:** (March ve Mulle, 2007)

#### **1.10.4. İlaç Tedavisi**

Son 30 yılda OKB'nin ilaç tedavisinde çok hızlı ilerlemeler olmuştur. Klomipramin 1989'da OKB tedavisi için onaylı ilk ilaçtı. Çocukluk çağı OKB'nin farmakolojik tedavisi üzerine yapılan randomize kontrollü çalışmaları kapsayan ilk meta-analizde (Geller, et al., 2003), sonuçlar çocukluk çağı OKB tedavisinde, farmakolojik tedavinin plaseboya oranla anlamlı olarak daha etkili olduğu bulunmuştur. Meta-analitik bulgular çocuklarda en etkili farmakolojik ajanların SSRI'lar olduğunu göstermektedir. Randomize kontrollü çalışmalar, sertralin,

**Tablo 1.7. Pediatrik OKB Tedavisinde BDT Çalışmaları**

Araştırmacılar	Araştırma Bilgisi	Ölçme Yöntemi	Araştırma Sonuçları
de Haan ve ark., 1998	E/RP- clomipramine 12 Hafta boyunca Her hafta iki grup için görüşme CDS Toplam N=22 Yaş aralığı 8-18	CY-BOCS LOI-C CBCL	- E/RP'de çocukluk çağı Yale-Brown Ölçeğinde semptomlarda % 59.9 azalma - Klomipramin kullanılan grupta çocukluk çağı Yale-Brown ölçeğine göre semptomlarda /33,4 azalma - İki grupta da LOI-CVCDs ve CBCL puanlarında iki grupta da anlamlı azalma (gruplar arası fark yok) - Gruplar arası CDS ve CBCL sonuçları arasında fark yok
Barrett ve ark., 2004	1. Bireysel aile temelli BDT; 2. Grup aile temelli BDT; 3. Bekleme listesi kontrol Grubu 14 hafta boyunca her hafta 1 seans Toplam N=77 Yaş aralığı 7-17	ADIS-P CY-BOCS NIMH GOCS MASC CDI FAD DASS-21 SAS	-1. grubun %88'i tedavi sonrası, ADIS sonuçlarına göre OKB tanısı almadı -2. grubun %76'sı tedavi sonrası OKB tanısı almadı -3. grubun tümü OKB tanısı almaya devam etti -NIMH-GOCS ve CY-BOCS değerlendirme ölçeklerine göre, hem 1. hem de 2. grupta, 3. gruba oranla, OKB semptomlarında anlamlı bir azalma -1. grubun CY-BOCS sonuçlarında %65 azalma görülmüş -2. grubun CY-BOCS sonuçlarında %61 azalma görülmüş - NIMH-GOCS ve CY-BOCS'nin 1. ve 2. grup sonuçları arasında fark yoktur

Tablo 1.7. (Devam)

Araştırmacılar	Araştırma Bilgisi	Ölçme Yöntemi	Araştırma Sonuçları
Pediyatrik OKB Çalışma Grubu (POTS) 2004	Gruplar 1.BDT 2.Sertralin 3.BDT ve Sertralin 4.İlaç Placebo  Toplam N=97 Yaş aralığı 7-17	CY-BOCS	- Çalışma sonucunda, ilk 3 grubun CY-BOCS puanları azalma gösterirken 4. Grubun puanlarında azalma olmadı - 3. Grubun CY-BOCS sonuçları 1.ve 2. Gruba göre daha düşük çıktı - 1.ve 2. grubun CY-BOCS sonuçları arasında fark çıkmadı - Sonuçlar: - 1. grup %39.3 - 2. grup %21.4 - 3. grup %53.6 - 4. grup %3.6 iyileşme gösterdi - İyileşme oranları 1 ve 3. gruplar arasında fark göstermezken 2. Ve 4. gruplar arasında fark gösterdi
Storch ve ark., 2005	1.Haftada bir aile temelli BDT 2.Yoğun aile temelli BDT Toplam N=32 Yaş aralığı 7-17	ADIS-P CY-BOCS CGI Ölçeği	-1. Grupta %67, 2. Grupta ise %94 iyileşme görülmüştür - 1. ve 2. grubun CY-BOCS sonuçlarında anlamlı bir fark yoktur -Tedaviyi bırakan kişi sayısı 1. grupta 3 kişi iken 2. grupta 0'dır

Tablo 1.7. (Devam)

Araştırmacılar	Araştırma Bilgisi	Ölçme Yöntemi	Araştırma Sonuçları
March ve ark., 1994	1. Bilişsel Davranışçı Terapi 2. İlaç tedavisi 10 seans Toplam N=15 Yaş aralığı 8-18	NIMH GOCS Y-BOCS CGI Ölçeği	- Y-BOCS ölçeği sonuçlarında %50 azalma - NIMH GOCS kriterlerine göre semptomlarda %40 azalma -18 aylık takip çalışmalarında iyileşmeler kalıcı olmuştur
Piacentini ve ark., 1994	Ailenin dahil edildiği BDT Toplam N=3 Yaş aralığı 9-13	NIMH GOCS CY-BOCS CGI Ölçeği	- CY-BOCS ölçeği sonuçlarında %50 azalma - NIMH GOCS kriterlerine göre %51 azalma -12 aylık takip çalışmalarında iyileşmeler kalıcı olmuştur
Wever ve Rey, 1997	1. BDT 2. Farmakolojik  2 haftalık seans 12 günlük seans Toplam N=57	CY-BOCS CBCL  GFES	- CY-BOCS ölçeği sonuçlarında %60 azalma -Tedavi sonrası takip çalışmasında %68 iyileşme -24 aylık takip çalışmalarında iyileşmeler kalıcı olmuştur

Tablo 1.7. (Devam)

Araştırmacılar	Araştırma Bilgisi	Ölçme Yöntemi	Araştırma Sonuçları
Franklin ve ark., 1998	BDT- %57 ilaçla eş zamanlı 1. Yoğun (18 seans) 2. Haftalık (16 seans)  Toplam N=4 Yaş aralığı 10-17	HAM-D Y-BOCS	- Y-BOCS ölçeği sonuçlarında %67 azalma - 1. ve 2.gruplar arasında fark görülmemiştir -BDT'nin etkisi ilaçla birlikte kullanıldığında değişmemiştir -9 aylık takip çalışmalarında iyileşmeler kalıcı olmuştur
Fischer ve ark., 1994	Eş zamanlı ilaç kullanımının olduğu ve olmadığı BDT Haftada bir 7 seans Toplam N=15 Yaş aralığı 12-17	CY-BOCS	- CY-BOCS ölçeği sonuçlarında %32 azalma - 6 aylık takip çalışmalarında iyileşmelerin %50'si kalıcı olmuştur
Thienemann ve ark., 2001	Eş zamanlı ilaç kullanımının olduğu ve olmadığı grup BDT  Haftada bir 14 seans Toplam N=18 Yaş aralığı 13-17	CY-BOCS CGI ölçeği CDI CBCL PSI MASC	- CY-BOCS, CGI ölçeği, CDI, MASC ve CBCL ölçeklerinde tedavi sonrası anlamlı iyileşme - CY-BOCS ölçeği sonucunda %25 azalma olmuştur -Tedavi öncesi ve sonrası PSI sonuçlarında fark olmamıştır



Tablo 1.7. (Devam)

Araştırmacılar	Araştırma Bilgisi	Ölçme Yöntemi	Araştırma Sonuçları
Walters ve ark., 2001	Ailenin dahil edildiği BDT	CY-BOCS ADIS-C/P	- Deneklerden %86'sı ADIS sonuçlarına göre iyileşmiştir
	Haftada bir 14 seans	NIMH GOCS	- CY-BOCS, NIMH-GOCS ölçekleri sonuçlarında %60 azalma olmuştur
	Toplam N=7	CGAS	-3 aylık takip çalışmalarında iyileşmeler kalıcı olmuştur
	Yaş aralığı 10-14	MA OC CDI FAD/FAS	
Benazon ve ark., 2001	BDT	CY-BOCS	- NIMH-GOCS ölçeklerinde %44 azalma
	Haftada bir 12 seans	CGI ölçeği NIMH	- CY-BOCS ölçeğinde %50 azalma
	Toplam N=16	GOCS	
	Yaş aralığı 8-17	HAM-A	
Piacentini ve ark., 2002	1.BDT	CY-BOCS	- NIMH-GOCS ölçeklerinde %45 azalma
	2.BDT ve ilaç tedavisi	CGI ölçeği NIMH GOCS	- 1. Ve 2. Grupların sonuçları arasında fark görülmemiştir.
	Toplam N=42	CDI/ CBCL	
	Yaş aralığı 5-17	MASC COIS	

Kaynak: (Storch, Geffken, &amp; Murphy, 2007)

fluvoxamin ve fluoksetin ve paroksetin gibi, seçici serotonin geri alım engelleyicilerinin (SSRI), plasebo ile karşılaştırıldığında daha etkili olduğu bulunmuştur (March, Frances, Carpenter, ve Kahn, 1997).

ABD Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA)'in çocuklarda kullanılmasına onayladığı SSRI'lar, fluoksetin (Prozac<sup>®</sup>), fluvoksamin ve sertralindir. "Expert Consensus Guideline" (1997) en düşük başlangıç dozunu ve dozun yavaş, yan etkileri de göz önünde bulundurularak 6-8 haftada yükseltilmesini önermektedir (Tablo1.8)

**Tablo 1.8. OKB'li Çocuklarda SSRI Kullanım Dozu Aralığı**

Başlangıç Dozu, (mg)			
İlaç	Ergenlik Öncesi	Ergenlik	Ortalama Doz Aralığı
Klomipramin	6.25-25	25	50-200
Fluoksetin	2.5-10	10-20	10-80
Sertralin	12.5-25	25-50	50-200
Fluvoksamin	12.5-25	25-50	50-300
Paroksetin	2.5-10	10	10-60
Sitalopram	2.5-10	10-20	10-60

Kaynak: Storch, Geffken ve Murphy, 2007

FDA ilk dört hafta boyunca haftada bir, sonraki dört hafta boyunca 15 günde bir, on ikinci haftadan sonra ise 3 haftalık aralıklar ile ilaç takibinin yapılmasını önermektedir. Bu süre boyunca klinisyenlerin acil durumlarda sürekli ulaşılabilir

olması gerekmektedir ve aile klinisyen ile iletişime geçme konusunda motive edilmelidir (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998).

Randomize kontrollü çalışmalardan toplanan bilgiler, ilaç tedavisinin genel etkisini anlamak bakımından yeterlidir. Bir meta-analiz, ilaç, çalışma deseni ve sonuçların ölçülmesinin sonuçlardaki farklılığı nasıl etkilediğini araştırmıştır (Geller ve arkadaşları., 2003). Çalışmada; klomiprapin ve dört SSRI (paroksetin, fluoksetin, fluvoksamin ve sertralin), dört çalışma deseni, dört bağımlı değişken ve iki tip ölçüm derecesi vardı. Çalışma sonuçları, ilaç tedavisinin etkinliğinin plaseboya oranla oldukça anlamlı bir fark gösterdiğini belirtmektedir. Çalışmalarda, klomipramin, diğer SSRI'lara göre daha etkili bulunmuştur ve diğer SSRI'lar arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. İlaç sonucunda, ocukların Yale-Brown testinden aldıkları sonuçlar, plasebo tedavisine göre 6 puan daha düşük çıkmaktadır. En iyi tedavi sonucunu almak için ilaç tedavisinin, bilişsel davranışı tedavi ile birlikte uygulanması önerilmektedir (March, Mulle, ve Herbel, 1994).

### **1.11.Araştırmanın Amacı**

Yukarıda özetlenen literatür doğrultusunda, bu çalışmanın amacı Türkiye rnekleminde, DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan, 6-16 yaş aralığındaki, OKB tanısı almış çocuklara, uygulanan bilişsel davranışı terapi ve SSRI tedavi yöntemlerinden alınan sonuçları karşılaştırmaktır. Bu iki tedavi yöntemi çocukluk ağı OKB tedavisinde etkinlikleri kanıtlanmış iki temel tedavi yöntemidir. Bugüne kadar yapılan çalışmalar bu iki tedavi yönteminin diğer tedavi yöntemlerine oranla OKB semptomlarının daha fazla azalttığı doğrultusundadır

(Abramowitz, Whiteside and Deacon, 2005; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998; POTS, 2004). Bu çalışmalar doğrultusunda bu çalışmanın hipotezi; obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuklara uygulanmış olan, ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin, sadece ilaç tedavisi ve sadece bilişsel davranışçı terapiye oranla, OKB semptomlarında daha fazla azalma sağlamış olduğu yönündedir.

### **1.12. Araştırma Soruları**

Bu araştırmada cevaplanması planlanan diğer sorular;

Cinsiyetler arasında tedavi sonuçları farklılaşmakta mıdır?

Hastalığın başlangıç yaşına göre tedavi sonuçları farklılaşmakta mıdır?

Çocuk ve ergenler arasında tedavi sonucu farklılaşmakta mıdır?

Sertralin ve Fluoksetin kullanan kişiler arasında tedavi sonuçları farklılaştı mı?

### **1.13. Araştırmanın Önemi**

Episemiolojik çalışmalardan elde edilen bulgular, obsesif kompulsif bozukluğun çocuk ve ergenlerde görülme sıklığının %1-3 olduğunu göstermektedir (Zohar, 1999). Bu bozukluğun çocukların akademik, sosyal ve aile yaşamlarındaki işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği ve hayat kalitelerini düşürdüğü bilinmektedir (Albano, March, ve Paicentini, 1999; Flament, ve arkadaşları., 1988). Çocukluk döneminde tedavi edilmeyen OKB semptomlarının, kronikleştigi ve yetişkinlikte de devam ettiğine dair bulgular mevcuttur (Albano, March ve Piacentini, 1999). Yapılan araştırmalarda yetişkin OKB hastaların yaklaşık % 80'inin semptomlarının, çocukluk ya da ergenlik dönemi

başlangıçlı olduğu bulunmuştur (Jakes, 1996). Çocukluk döneminde gerçekleştirilen tedavi, hem çocukların hayat kalitesini yükseltme, hem de yetişkinlik döneminde bozukluğun devam etmesini önleme bakımından önemlidir. Ancak, obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin az bir kısmı doğru tanıyı ve buna uygun tedavi alabilmektedir (March, Mullen, ve Herbel, 1994). Bu araştırma tedavi etkinliklerinin karşılaştırılması ve çocukluk çağı OKB'nin tedavisinde en etkin tedavi yöntemini belirlemeyi hedeflemektedir.

Bugüne kadar çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluğun tedavisi ile ilgili kapsamlı çalışma POTS ekibi tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Çalışma 116 çocuk ile yapılmış ve ilaç tedavisi ile Bilişsel davranışsal terapinin etkilikleri karşılaştırılmıştır. Bulunan sonuçlar iki tedavi yönteminin de etkili olduğu ancak iki tedavi birleştirilerek uygulandığında tedavinin etkililiğinin arttığı yönündedir. Buna benzer çalışmalar çeşitli ülkelerde yapılmış ve benzer sonuçlar bulunmuştur. Ancak tedavi etkililiklerinin karşılaştırıldığı çalışmalar genellikle gelişmiş ülkelerde yapılmıştır (De Haan, Hoogduin, Buitelaar ve Keijsers, 1998; O'Kearney, Anstey, Von Sanden ve Hunt, 2006). Bu çalışma benzer tedavi yöntemleri uygulandığında gelişmekte olan bir ülkede alıncak tedavi sonuçlarını karşılaştırmak için hazırlanmıştır. Çalışmanın önemi, tedavi yöntemlerinin belirlenip Türkiye'de ileriki dönemlerde daha çok çocuğa tedavi yolu açarak iyileşmelerine yardımcı olmaktır. Çalışmanın literatüre sağlayacağı katkı, bugüne kadar tedavi etkililiklerinin karşılaştırıldığı toplumlardan farklı bir toplumsal yapıda tedavi sonuçlarının incelenmesidir.

## 2.BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 2.1. Örneklem

Araştırma, Ocak 2009 – Ağustos 2010 tarihleri arasında özel bir çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran çocukların dosyalarının incelendiği geriye dönük bir dosya taramasıdır. 1500 çocuğun dosyasının incelenip, OKB tanısı alıp tedavisini tamamladığı saptanan, 6-16 yaşları arasında (yaş ortalaması 11.5), 47 çocuğun (20 kız, 27 erkek) dosyalarındaki verileri değerlendirilmiştir. Hastalar arasında yatan hasta yoktur, hepsi tedavilerini ayaktan sürdürmüştür. Tedaviye katılmış olan çocukların hepsi Türkiye’de yaşamakta ve Türkçe konuşmaktadır.

Çocukların Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri: (1) 6-16 yaşları arasında olmak; (2) Yale-Brown testinden 16 ya da üzeri puan almış olmak; (3) Genel IQ puanlarının 85 ve üzerinde olması (WÇZÖ-R ile belirlenen); (4) Anne-babalarının en az ilkokul mezunu olması; (5) Yaygın gelişimsel bozukluk, psikoz, madde bağımlılığı tanısı almış olmaması ya da nörolojik bir bozukluğunun olmaması.

Araştırmada çocuk psikiyatrisi kliniğe başvurmuş ve OKB tanısı almış çocukların tedavi öncesi ve tedavi sonrası Çocukluk Çağı Yale-Brown sonuçları

karşılaştırılıp, Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan çocukların hangi tedavi yönteminden daha fazla fayda gördüğü incelenmiştir. Dosya incelemeleri sonucu, tedavi yöntemleri literatür doğrultusunda üç ana başlık altında toplanmıştır. Birinci tedavi yöntemi ilaç tedavisi (SSRI), ikinci tedavi yöntemi bilişsel davranışçı terapi, üçüncü tedavi yöntemi ise ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı tedavinin birlikte uygulanmasıdır. Tedaviler aynı uzman tarafından gerçekleştirilmiş, hangi çocuğa hangi tedavinin uygulandığı dosyasından detaylı olarak öğrenilmiştir. Bilişsel davranışçı terapi giriş bölümünde anlatılan March ve Mulle'un 2007 basımlı 'Talking Back to OCD' el-kitabı takip edilerek standart bir şekilde uygulanmıştır.

Dosyalardan alınan bilgiye göre, ebeveyni ilaç tedavisini kabul etmeyen ve daha önce psikoaktif ilaç kullanımı olup, ilaca karşı beklenmedik yan etkiler gösteren kişiler, sadece bilişsel davranışçı terapi grubuna yönlendirilmiştir. Şehir dışından gelip haftalık terapilere devam edemeyecek kişiler ise sadece ilaç tedavisi grubuna yönlendirilmiştir. Tedavi için başvuran diğer OKB'li çocuklar ise ilaç tedavisi artı bilişsel davranışçı terapi grubuna yönlendirilmiştir.

Tez çalışmasında 20'si (%42.6) kız, 27'si (%57.4) erkek olmak üzere toplam 47 olgununun dosyası incelenmiştir. İlaç tedavisi grubu 16, bilişsel davranışçı terapi grubu 16 ve ilaç tedavisi artı bilişsel davranışçı terapi grubu 15 olgudan oluşmaktadır. Araşmada incelen dosyalardaki çocukların en küçüğü 6 en büyüğü 16 yaşında dir. Çocukların yaş ortalaması  $11.5 \pm 3.4$  dir. Çocuklardan 35 tanesi (%74.5) ilkokul eğitimi, 12 tanesi (%25.5) ise lise eğitimi görmektedir. Olguların

I.Q. testi sonucu ortalaması  $102 \pm 8.3$  dir. 47 olgunun ortalama kardeş sayısı  $3.00 \pm 0.7$ 'dir. Semptomların olgularda başlama yaşının ortalaması ise  $7.1 \pm 23$ 'dür.

Ailelerin %35'inde anksiyete bozukluğu, %14 oranında depresyon ve %5 oranında diğer bozukluklar olduğu görülmüştür. Örneklemin demografik özellikleri tablo 2.1'de verilmiştir.

**Tablo 2.1. Örneklemin Demografik Özellikleri**

Özellikler	BDT Grubu	SSRI Grubu	SSRI ve BDT Grubu
Kişi Sayısı	16	16	15
Erkek Sayısı	7 (%43.8)	10 (%62.5)	8 (%53.3)
Kız Sayısı	9 (%56.2)	6 (%37.5)	7 (%46.7)
Yaş Ort. (SD)	11.3 (3.9)	12.2 (2.6)	11.1 (3.6)
Kardeş Sayısı	3.1	2.8	3.0
Tanı Alma Yaşı	6.5	7.3	7.4

Ebeveyn özellikleri ise; annelerin yaş ortalaması  $34.4 \pm 7.0$ 'dir. Annelerinin 13 tanesi (%27.7) ilkokul, 5 tanesi (%10.6) ortaokul, 26 tanesi (%55.3) lise, 3 tanesi (%6.4) ise üniversite mezunuydu. Annelerin 4 tanesi (%8.5) çalışmaktadır, 43 tanesi (%41,5) çalışmamaktadır. Babaların yaş ortalaması ise  $39.6 \pm 5.6$  dir. 7 tanesi (%14.9) ilkokul, 9 tanesi (%19.1) ortaokul, 20 tanesi (%42.6) lise, 11 tanesi (%23.4) ise üniversite mezunuydu. Bu bulgular tablo 2.2.'de gösterilmektedir.

## 2.2. Veri Toplama Araçları

### 2.2.1. Anamnez Formu

Çocukların dosyalarında bulunan Anamnez Formu'nda bulunan bilgiler kullanılmıştır. Form, çocuk ile ilgili demografik bilgileri, sosyo ekonomik



bilgileri, doğum ve gelişim bilgilerini, hastalığın hikâyesini ve I.Q. testi sonuçlarını içerir. Form Ek A'da yer almaktadır.

**Tablo 2.2. Ebeveyn Yaş ve Eğitim Dağılımı**

	<b>Anne</b>	<b>Baba</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	34.4±7.0	38.5±5.6
<b>Eğitim Durumu</b>		
<b>İlkokul</b>	13(%27.7)	7(%14.9)
<b>Ortaokul</b>	5(%10.6)	9(%19.1)
<b>Lise</b>	26(%55.3)	20(%42.6)
<b>Üniversite</b>	3(%6.4)	11(%23.4)

### **2.2.2. Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Skalası (Children Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – ÇY-BOÖ)**

ÇY-BOÖ 20 maddeden oluşmaktadır. Dosyalardaki skalalar tek bir Çocuk Psikiyatrisi tarafından doldurulmuştur. OKB belirtilerinin son 1 hafta içindeki ağırlığını ölçmek için kullanılan yarı-yapılandırılmış bir araçtır. Beş temel bölümden oluşur: (1) yönergeler, (2) obsesyon tarama listesi, (3) obsesyonların ağırlığını saptama maddeleri, (4) kompulsiyon tarama listesi, (5) kompulsiyonların ağırlığını saptama maddeleri. Puanlama yapılırken hem çocuğun kendisinden hem de ebeveynlerden alınan bilgiler kullanılır. Kompulsiyon alt toplam puanı 1-5. maddelerin, obsesyon alt toplam puanı 6-10. maddelerin toplamından elde edilir. Çocuklarda erişkinlere kıyasla ilk uygulamada daha fazla zaman ayrılması ve çocuğun gelişim düzeyine göre obsesyon ve kompulsiyonların farklı terimlerle açıklanması gerekmektedir. Form Ek B'de yer almaktadır

ÇY-BOÖ, 6-16 yaşları arasındaki çocuklarda kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Scahill ve ark. (1977) tarafından çocuklar için geçerli ve güvenilir ( $\alpha=.85$ ) olduğu gösterilmiştir . Türkçeye uyarlaması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yücelen ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmıştır ( $\alpha=.77$ ). Çalışmada ÇY-BOÖ toplam puana göre “0-7 subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24-31 ağır, 32-40 ileri derecede ağır” diye OKB bulgularının ağırlığı derecelendirilmiştir.

### **2.3. İşlem**

Dosyalara özel bir çocuk psikiyatrisi kliniğinden ulaşılmıştır. Kurumdan sözlü olarak izin alındıktan sonra, Ocak 1999- Ağustos 2010 tarihleri arasında bütün dosyalar kliniğin arşivinden çıkarılmış ve hepsinin anamnez ve tanı formları tek tek incelenmiştir. Bireylerden kliniğe ilk başvurduklarında standart olarak tedavi bilgilerinin araştırılmalarda kullanılabileceğine dair yazılı izin alınmış olduğu için ve çalışma geriye dönük dosya taraması olduğu için kişilerden tekrar onam formu talep edilmemiştir. Taranan 1500 dosyadan sadece 47 tanesi OKB tanısını almış ve tedavilerini tamamlamışlardır. OKB tedavisini tamamlayan çocukların hepsinin dosyası çalışmaya dahil edilmiştir.

Üç grupta devam eden tedavilerden, bilişsel davranışçı terapide, March ve Mulle’un 2007 basımlı ‘Talking Back to OCD’ adlı kitabı adım adım takip edilmiştir. Her katılımcı tedaviyi aynı kişiden almıştır, tedaviler anksiyete bozuklukları üzerinde uzmanlaşmış bir psikiyatrist tarafından verilmiştir. Manüel özelliğindeki kitabın adımları, tezin giriş bölümünde, OKB’nin tedavisi kısmında, bilişsel davranışçı terapi alt başlığı altında detaylı olarak anlatılmıştır. Bu yöntemin kullanımı için John March’dan e-posta yolu ile onay alınmıştır. İlaç

tedavisinde ise, sadece FDA onayı olan SSRI'lar (sertralin ve fluoksetin) kullanılmıştır. 47 çocuğun 25 tanesi sertralin, 22 tanesi ise fluoksetin kullanılmıştır. Üç grubun tedavisi de toplam 12 haftada tamamlanmıştır. Sertralinin başlangıç dozu 25 mg/gün olarak belirlendi ve istenilen klinik etki sağlanan kadar 200 mg/gün'e kadar yükseltildi. Fluoksetinin başlangıç dozu 5 mg/gün olarak belirlendi ve istenilen klinik etki sağlanan kadar 40 mg/gün'e kadar yükseltildi.

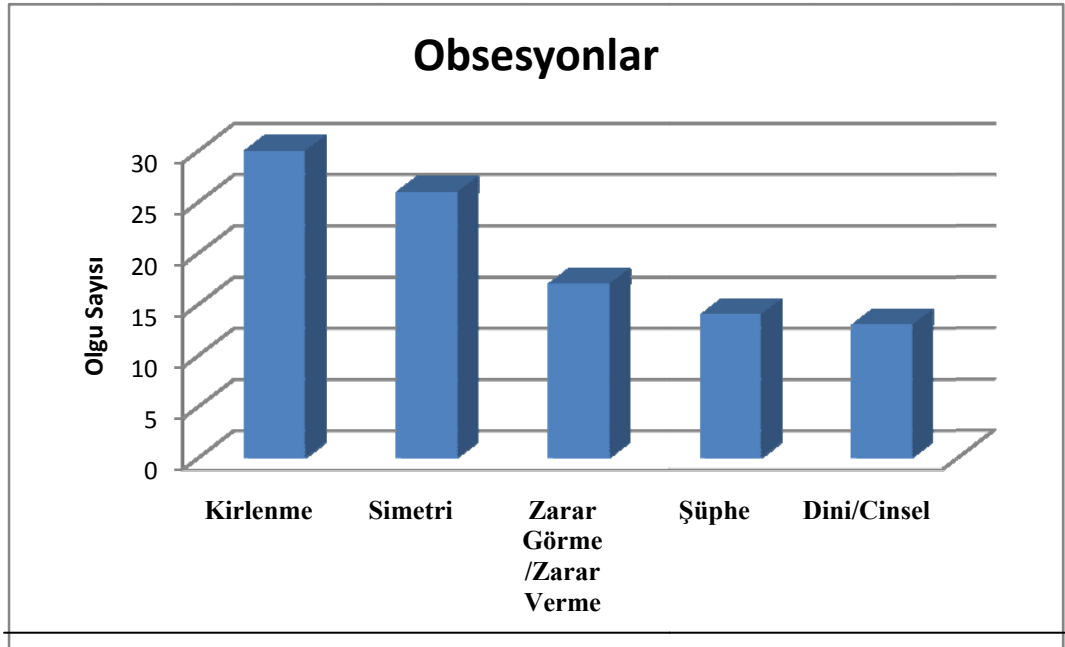
### **3.BÖLÜM**

#### **BULGULAR**

Olguların 4 tanesinde sadece obsesyon, 3 tanesinde sadece kompulsiyon 40 tanesinde hem obsesyon hem de kompulsiyon görülmüştür. 5 olguda tek tip obsesyon, 4 olguda tek tip kompulsiyon görülürken, diğer olguların obsesyon ve kompulsiyonları çeşitlilik göstermektedir. Olguların %33'ünün kirlenme, %27'sinin simetri obsesyonu mevcuttur (Tablo3.2, Şekil3.1) . En sık görülen kompulsiyonlar ise %33 yıkama/temizleme ve %27 düzeltme kompulsiyonudur (Tablo3.3, Şekil3.2). Sonraki sıklığa sahip kompulsiyon kontrol etme kompulsiyonudur. 12 vakada sadece OKB görülürken, 35 vakada %75 çeşitli komorbiditeler görülmüştür, en sık görülen komorbidite, %66'lık oran ile diğer anksiyete bozuklukları, %49 oranla yıkıcı davranım bozukluğu (dikkat dağınıklığı ve hiperaktivite, davranım bozukluğu ve karşı çıkma, karşı gelme bozukluğu) ve %40'lık oran ile, tik ve Tourette bozukluğudur bu bulgular Tablo 3.4 ve Şekil3.3'de gösterilmektedir.

**Tablo 3.2. Obsesyonların Dağılımı**

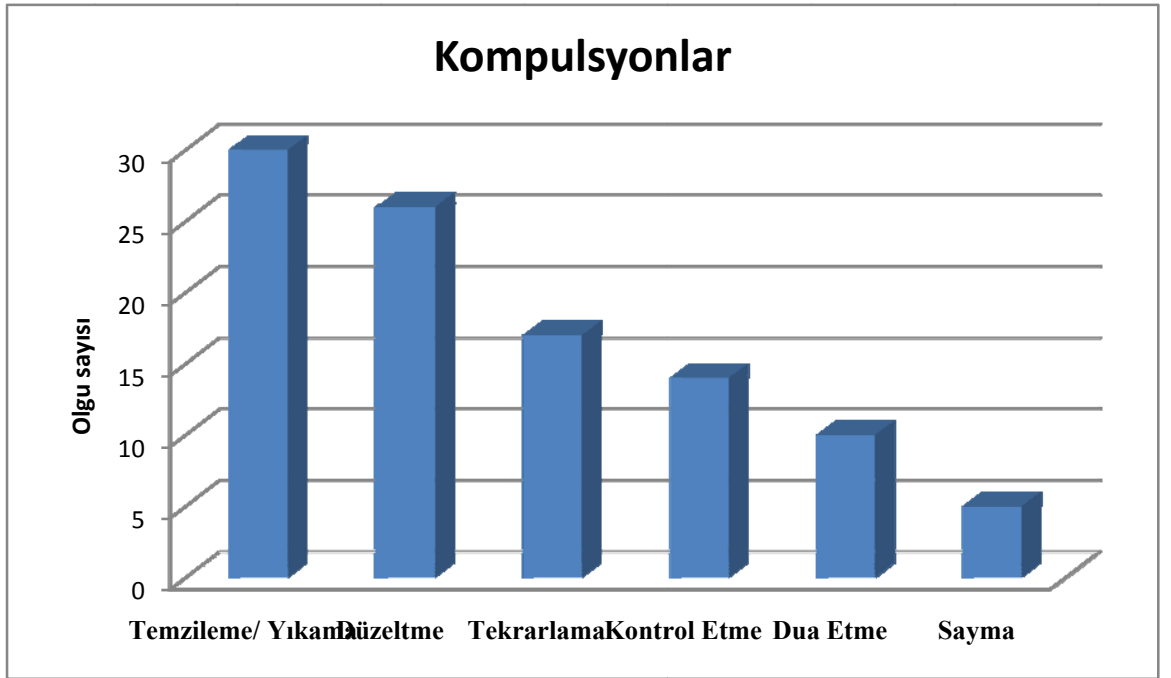
Obsesyonlar	Olgu Sayısı	Yüzde
Kirlenme	30	% 63.8
Simetri	26	%55.3
Zarar Görme /Zarar Verme	17	%36.2
Şüphe	14	%29.8
Dini/Cinsel	13	%27.7



**Şekil 3.1. Obsesyonların Dağılımı**

**Tablo 3.3 Kompulsiyonların Dağılımı**

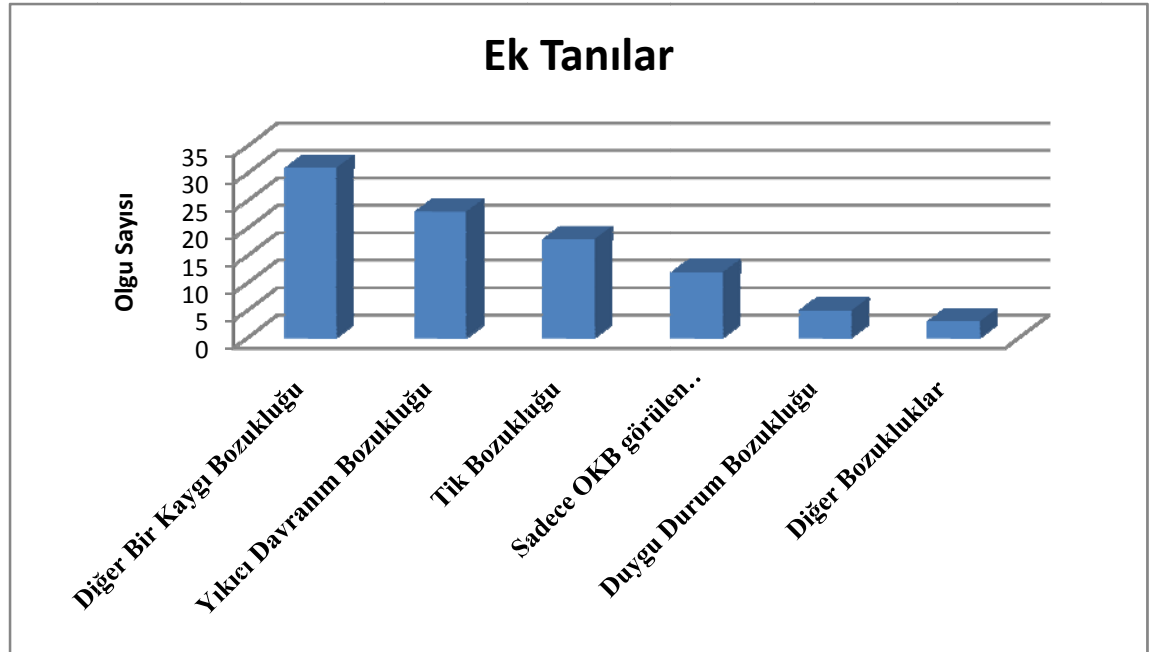
Kompulsiyonlar	Olgu Sayısı	Yüzde
Temizleme/ Yıkama	30	% 63.8
Düzeltilme	26	%55.3
Tekrarlama	17	%36.2
Kontrol Etme	14	%29.8
Dua Etme	10	%21.3
Sayma	5	%10.6



**Şekil 3.2. Kompulsiyonların Dağılımı**

**Tablo 3.4.OKB'ye Eşlik Eden Tanıların Dağılımı**

Ek Tanılar	Hasta sayısı	Yüzde
Sadece OKB görülen Vakalar	12	% 25.6
Diğer Bir Kaygı Bozukluğu	31	% 66.0
Yıkıcı Davranım Bozukluğu	23	% 48.9
Tik Bozukluğu	18	% 38.3
Duygu Durum Bozukluğu	5	% 10.6
Diğer Bozukluklar	3	%6.9



**Şekil 3.3. Eş Tanıların Dağılımı**

### 3.1. Tedavi Etkililiklerinin Ölçümü

Çalışmanın temel ölçümlerini tanımlamak için betimsel analiz sonuçları kullanılmıştır. Tedavi etkililiğini görmek için ise, son ölçümü tekrar ölçümlü karışık desen iki faktörlü varyans analizi uygulanmıştır. Ön test, son test ÇY-BOKÖ grup içi desen olup ‘Tedavi Faktörü’ olarak, üç grup tedavi yöntemi gruplar arası desen olup ‘Grup Faktörü’ olarak tanımlanmıştır. Grup faktörünün ortalama değerleri (İlaç tedavisi grubu, bilişsel davranışçı terapi grubu ve ilaç tedavisi artı bilişsel davranışçı terapi grubu) tedavi faktörü (ön test, son test), çalışmanın temel ölçümlerdir ve tablo 3.5’de ortalamaları gösterilmektedir. Bu çalışmanın birinci bağımsız değişkeni uygulanan tedavi grubudur üç seviyesi vardır birinci seviye ilaç tedavisi, ikinci seviye, bilişsel davranışçı terapi ve üçüncü seviye işse ilaç tedavisi ile bilişsel davranışçı tedavinin bir arada uygulanmasıdır ve analizin gruplar arası desenini oluşturmaktadır. İkinci bağımsız değişken ÇY-BOKÖ uygulama zamanıdır, bunun birinci seviyesi ön test ikinci seviyesi ise son testtir ve faktör analizinin grup içi desenini oluşturmaktadır. Bu çalışmanın bağımlı değişkeni, ise ÇY-BOKÖ’den alınan puanlardır.

3 (Grup) x 2 (ön test son test) son ölçümü tekrar ölçümlü karışık desen iki faktörlü ANOVA sonuçları Tablo 3.6’da verilmiştir. Ön test ve son test sonuçları üç grupta da birbirinden anlamlı olarak farklı çıkmıştır  $F(1, 45) = 279.76$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .90$ . Her üç grupta da tedavi sonrası ÇY-BOKÖ puanlarında anlamlı azalma olmuştur. Gruplar arası sonuçlar birbirinden farklı çıkmazken, iki bağımsız değişkenin etkileşim sonuçları anlamlı çıkmıştır  $F(2, 45) = 5.60$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .27$ . Post hoc



sonuçlarındaki LSD karşılaştırmalarına göre, ilaç tedavisi artı bilişsel davranışçı terapinin sonuçları, sadece bilişsel terapiye oranla anlamlı olarak daha etkili çıkmıştır (tablo 3.5). Birinci zamanda yapılan testler ön test ikinci zamanda yapılan testler ise son testtir.

**Tablo 3.5. Grup Ortalamaları**

Gruplar	Ön Test Sonuçları	Son Test Sonuçları
Sadece BDT	22.3 <sub>a</sub>	13.7 <sub>b</sub>
Sadece İlaç Tedavisi	23.8 <sub>a</sub>	15.6 <sub>bc</sub>
İlaç Tedavisi ve BDT	21.6 <sub>a</sub>	8.9 <sub>c</sub>

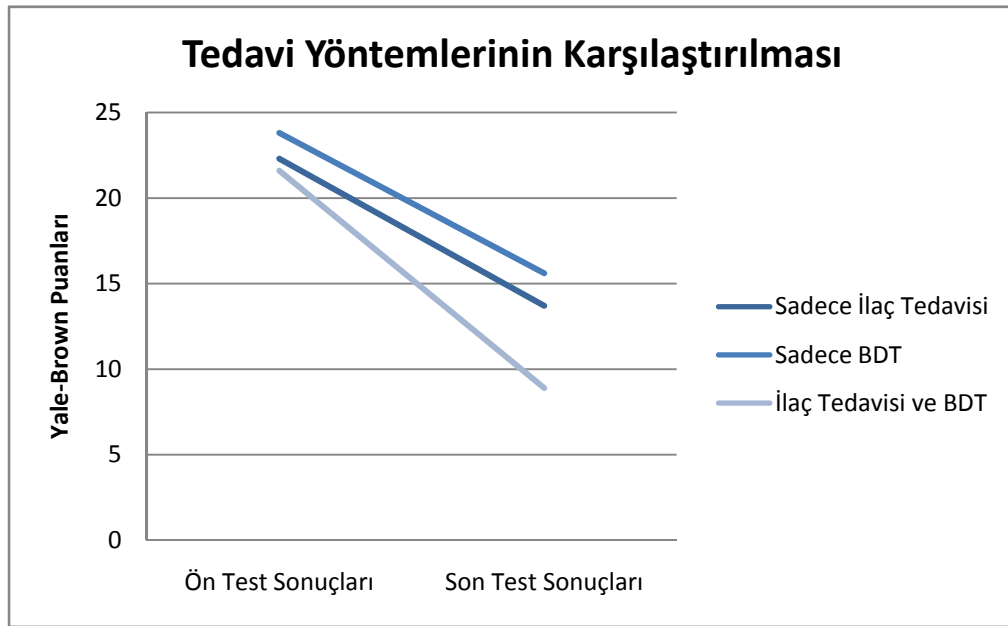
Not: Aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbirinden anlamlı olarak farklıdır.

**Tablo 3.6. ANOVA Bulguları**

	SS	df	MS	F	$\eta^2$
Grup	214.61	2	107.30	2.46	.14
Hata	1354.58	45	43.70		
Zaman	1635.41	1	1635.41	279.76*	.90
Grup x Zaman	65.50	2	32.75	5.60*	.26
Hata	181.22	45	5.85		

Not. \* p<.01

Sonuç olarak, ön test sonuçlarında sadece ilaç tedavisi, sadece bilişsel davranışçı terapi, ve ilaç tedavisi ile bilişsel davranışçı terapinin beraber uygulanacağı üç grubun test sonuçları arasında anlamlı bir fark yoktur. Son test sonuçlarına göre üç tedavi yöntemi de anlamlı olarak ÇY-BOKÖ puanlarını düşürmüştür olsa da ilaç tedavisi ile bilişsel davranışçı terapinin birlikte uygulanması sadece bilişsel davranışçı terapiye oranla ÇY-BOKÖ sonuçlarında anlamlı olarak daha fazla puan düşmesine yol açmıştır. İlaç tedavisi sonuçları hem bilişsel davranışçı terapiye oranla hem de, ilaç tedavisi artı bilişsel davranışçı terapiye oranla anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Şekil 3.5).



**Şekil 3.4. Tedavi Yöntemlerinin Karşılaştırılması**

Tedavi sonuçlarında cinsiyet ve hastalığın başlama yaşı bakımından anlamlı bir fark çıkmamıştır. Her tedavi grubu için kız ve erkeklerin aldığı ön test ve son test CY-BOKÖ puanları birbirinden anlamlı olarak farklılaşmamıştır ( $F(2,43) = 1, p > .05$ ). OKB semptomları daha erken başlayan kişiler, daha geç yaşta başlayan kişilere oranla tedavi sonuçlarında anlamlı bir fark göstermemiştir ( $F(2,43) = 0.89, p > .05$ ). Tedavi sonuçları kullanılan ilaca göre değerlendirildiğinde de iki ilaç arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır ( $F(2,43) = 3.17, p > .05$ ).

Çocuk ve ergenlerin tedavi sonuçları bilişsel davranışçı terapi grubunda, anlamlı olarak farklı çıkmıştır ( $F(2,43) = 34.54, p < .05, \eta^2 = .20$ ). 11 yaş ve öncesi çocuk 12 yaş ve sonrası ergen olarak değerlendirilen örnekleme, sadece bilişsel davranışçı terapi grubunda ergenlerin CY-BOKÖ puanları çocuklara oranla anlamlı olarak düşmüştür.

## IV. TARTIŞMA

### 4.1. Doğurgular

OKB, çocuk ruh sağlığı alanında sıklıkla karşılaşılan önemli sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanısı konulmaz ve uygun biçimde tedavi edilmezse, ruhsal sorunlar, davranış bozuklukları, aile ve çevreyle ilişkilerin bozulması ve eğitimin aksaması gibi pek çok ikincil soruna yol açarak, çocukların tüm yaşamlarını etkileyebilmektedir (Abramowitz, 2006).

Çocuk nüfusunun oldukça büyük yer tuttuğu ülkemizde, klinikte sıklıkla karşılaştığımız OKB'nin tedavi yöntemlerinin etkililiklerinin karşılaştırılmasına katkıda bulunacağı düşünülerek planlanan bu çalışmada 6-16 yaşlarında, OKB tanısı almış ve tedavi görmüş 47 çocuğun tedavi sonuçları, tedavi öncesi ve sonrası Çocukluk Çağı Yale Brown Ölçeği sonuçlarına göre karşılaştırılmıştır. Yaklaşık 1 yıllık sürede tamamlanan çalışma, dosyalarda bulunan verilerin değerlendirmesini içermektedir.

Dosyalardaki veriler doğrultusunda ve bu alanda çalışan uzmanların görüşleri doğrultusunda (March, Frances, Carpenter, & Kahn, 1997) tedavi yöntemleri üç ana grupta toplanmıştır. Bu tedavi yöntemleri, bilişsel davranışçı terapi, ilaç tedavisi (SSRI) ve iki tedavi yönteminin birleşiminden oluşan tedavidir. 47

olgunun 16'sında bilişsel davranışçı terapi, diğer 16'sında ilaç tedavisi ve son 15 olguda ise ilaç tedavisi artı bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Her üç grupta da tedavi öncesi ve sonrası Yale Brown ölçeği puanlarının istatistiksel analizi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucu, hem bilişsel davranışçı terapinin hem ilaç tedavisinin hem de iki tedavi yönteminin kombinasyonunun, OKB belirtilerinde anlamlı olarak azalmaya yol açtığı ortaya çıkmıştır. Bu bulgular, çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluk tedavisi, bilişsel davranışçı terapiyi ve farmakolojik tedavide SSRI tedavisini en etkili iki yöntem olarak ortaya koyan çalışmaları desteklemektedir (March, Frances, Carpenter, ve Kahn, 1997, POSTS 2004).

Çocuklarda obsesif kompulsif bozukluğun tedavisine yönelik Pediatric Obsessive Compulsive Disorder Study Team (POTS) tarafından gerçekleştirilmiş en kapsamlı çalışmada Farmakolojik tedavi grubunda olan çocukların OKB semptomlarında %30 oranında bir azalma görülürken, bilişsel davranışçı terapi grubunda tedavi gören çocukların semptomlarda %46 oranında azalma olmuştur. Farmakolojik tedavi bilişsel davranışçı terapi ile birleştirildiğinde ise semptomlarda %53 oranında azalma görülmüştür (POST, 2004).

Bu çalışmanın sonucunda ise, sadece ilaç tedavisi %45, sadece bilişsel davranışçı terapi %39, iki tedavinin birleşiminde ise %59 oranında, Yale Brown ölçeği puanında düşüş sağlamıştır. POST çalışmasında bilişsel davranışçı terapi ile ilaç tedavisi artı bilişsel davranışçı terapi arasında anlamlı bir fark bulunmazken, bu çalışmadaki fark anlamlı çıkmıştır, bunun dışında çalışmalar birbirine paralellik göstermektedir.

Daha yakın tarihli olan Waite ve Williams'ın 2009 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada ise OKB'li çocuklarda, bilişsel davranışçı terapi artı ilaç tedavisi, sadece, bilişsel davranışçı terapiye oranla anlamlı olarak daha etkin çıkmıştır. Bu alanda yapılan araştırmaların sonuçları hep aynı olmasa da çalışmaların çoğunun ortak bulgusu üç tedavi yönteminin de etkinliği üzerinde durmaktadır (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; Abramowitz, Whiteside, ve Deacon, 2005; POST 2004) ve bu çalışmanın bulguları da bu yönüyle literatürü desteklemektedir.

Üç tedavi yönteminin de çocukluk çağı OKB tedavisinde etkili olduğu düşünüldüğünde, tedaviye nasıl başlamak gerektiği sorusu akla gelmektedir. Yapılan araştırmalara göre, ilaç tedavisi başta BDT ile aynı etkililiği gösterse de takip aşamasında ilaç kesildiğinde semptomların geri dönme oranının yüksektir. İlaç kullanıldığı süre boyunca etkililiğini gösterse de tedavi kesildiğinde semptomların tekrar ortaya çıktığı bulunmuştur. Buna ek olarak ilaçların çocuklarda gösterebileceği baş ağrısı, mide bulantısı gibi yan etkileri olabilmektedir. Bazı çocuk ve ergenler yan etkilerinden dolayı ilacı tedavisini yarıda bırakmak durumunda kalabilmektedirler (Abramowitz, Whiteside ve Deacon, 2005).

Bilişsel davranışçı terapi ise, kişide yeni bir düşünce kalıbı oluşturarak, yüzleşme ve tepki engelleme yoluyla kişiye aktif olarak OKB semptomları ile mücadele etmenin yollarını öğretir. Kişi bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar yardımıyla, semptomlar ile mücadele etmeyi öğrenir ve semptomlara karşı güç kazanır. Böylece bir kere ortadan kalkan semptomlar tekrar ortaya çıktığında kişi artık

onlar ile mücedele etmenin yolunu biliyordur. Bu sebeple, OKB tedavisini bilişsel davranışçı terapi ile almış kişilerde, semptomların geriye dönüş oranı ilaç tedavisi alan kişilere oranla daha düşük bulunmuştur (Rapoport ve Inoff-Germain, 2000).

Bu bilgiler değerlendirildiğinde obsessif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin tedavisine bilişsel davranışçı terapi ile başlamak ve terapiden fayda sağlanamaz ise tedaviye ilaç eklemek en etkili çözüm olarak görülmektedir ve bu görüş literatür tarafından desteklenmektedir (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998).

Olgular, çocuk ve ergen olarak iki gruba ayrıldıklarında BDT grubundaki ergenlerin CY-BOKÖ puanlarında, çocuklara oranla daha fazla düşüş olmuştur. Bilişsel davranışçı terapinin bilişsel yaklaşımı düşünce ve duygulara odaklanır. Çocuklar ise ancak 6 yaşından itibaren düşünce ve duyguların farkına varmaya başlarlar ve bu yavaş ilerleyen bir süreçtir (Carr, 2006). Örnekleme ergenlerin çocuklara oranla bilişsel davranışçı terapiden daha fazla fayda sağlamalarının nedeni, düşünce ve duygu alanlarındaki algılarının daha fazla gelişmiş olması olabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyet bakımından değerlendirildiğinde, tedavi sonuçlarında anlamlı bir farklılaşma ortaya çıkmamaktadır. Yurt dışında yapılan benzer çalışmalardaki cinsiyet ile ilgili bulgular, bu bulgu ile paralellik taşımaktadır (Barett, Healy, Piacentini, & March, 2004). Ne ilaç tedavisi ne bilişsel davranışçı terapi ne de iki tedavi yönteminin birlikte uygulanmasının sonuçları cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Semptomların başlama yaşı değerlendirildiğinde, tedavi

sonuçlarının bu değişkene göre de anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Çocukların tedaviden gördüğü fayda semptomların başlama yaşından bağımsızdır.

Çocukluk dönemi obsesif kompulsif bozukluk tedavisi son 30 yıldır araştırılmakta ve genellikle bu konu ile ilgili araştırmalar gelişmiş batı ülkelerinde yapılmaktadır. Bu çalışmanın literatüre katkısı, uygulanan tedavi yöntemlerinin, farklı kültürel yapısına rağmen, gelişmekte olan bir ülkede de benzer sonuçlar vermesidir. Çalışma ocukluk ağı OKB'nin ve tedavisinin kültürden bağımsız olduğunu göstermeye katkı sağlamaktadır.

Kullanılan iki ilacın arasındaki etkilik farkı, bu çalışmanın bir diğer araştırma sorusudur. Daha önce çeşitli SSRI'ların etkiliklerini karşılaştırılan çalışmalar yapılmış ve SSRI'lar arasında tedavi etkililiği bakımından bir fark çıkmamıştır (Geller ve arakdaşları, 2003). Bu çalışmanın bulgularına göre de kullanılan iki ilaç tedavi etkililiği bakımından farklılaşmamıştır.

Çalışmada rneklem seçilirken sadece OKB tanısı almış dosyalar değil ek tanı almış kişilerin de dosyaları çalışmaya dahil edilmiştir. Literatüre baktığımızda çocukluk ağı OKB bozukluğunun %70-80 oranında ek tanı aldığı bilinmektedir. Bu bilgi doğrultusunda ek tanı almayan, tanıları sadece OKB olan vakaların çalışmaya dahil edilmiş olması durumunda alışma OKB'li çocukların sadece %20-30'unu temsil ediyor olurdu. Bu sebepten dolayı çalışmanın daha gerçekçi bir popülasyonu temsil etmesi bakımından ek tanısı olan vakalar da çalışmaya dahil edilmiştir. Nitekim çalışmada da dahil edilen vakaların %75'i ek tanı almıştır.



## 4.2.Eksiklikler

Çalışmanın temel eksikliği tedavi yöntemlerinin uygulanması yerine, daha önceden uygulanmış tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi olmuştur. Geriye dönük dosya taraması olan bütün çalışmaların ortak eksikliği olan; verilerin, olduğu esas zaman diliminden farklı bir zaman diliminde, yazıya dayalı kaynaklardan elde edilmiş olması bu çalışma için bit temel eksikliklerdir.

Çalışmanın bir diğer eksikliği kontrol grubu ya da bekleme listesidir. Bu eksiklik OKB semptomları üzerinde zamanın etkisini gözlemlenmesine fırsat vermemiştir. 12 hafta boyunca hiç tedavi edilmeden bekleyen hastaların semptomlarındaki değişimi, tedavi gören hastalardaki semptom değişimi karşılaştırmak konusunda çalışma eksiklik göstermiştir. Fakat bu daha önce öne sürülen eksiklik olan çalışmanın dosya taraması olmasının ikincil bir sonucudur . Çalışma geriye dönük bir tarama olduğu için bekleme listesi ya da kontrol grubu eklemek mümkün olmamıştır.

Çalışmanın dosya taraması olmasının yarattığı bir diğer eksiklik ise tedaviye başlayıp yarıda bırakanların, tedaviyi bırakma nedenlerinin bilinmemesidir. Tedavisini yarım bırakan çocukların dosyalarında tedaviyi yarım bırakma nedenleri yer almadığı ve tedaviyi bıraktıkları zamanda CY-BOKÖ skorları bilinmediği için bu dosyaları çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca dosyalarda ilaç yan etkileri ile ilgili yeterli bilgi olmadığı için çalışma bu bilgileri sunma konusunda da eksiklik göstermiştir.

Ayrıca araştırmanın 47 olgudan oluşmuş olması da bu araştırma için bir kısıtlamadır. Örneklem sayısının görece düşük olması çalışmanın genellenebilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

### **4.3. Öneriler**

İleriki çalışmalarda tedavi yöntemlerinin uygulanarak çalışmanın gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Böylece bu çalışmanın kısıtlamalarının önüne geçilmiş olunacaktır. Örneğin çalışmayı yarıda bırakanlar, yarıda bırakma nedenleri ve ilaçın yan etkileri daha etkili olarak çalışılabilir olacaktır.

İleriki çalışmalarda, bir grup hiç tedavi yapılmadan sadece psikolog ile görüşme yaparak, diğeri bir grup da plasebo tedavisi ile kontrol gruplarını oluşturabilir. Böylece tedavi edilmeden geçen zamanda semptomların değişimini görme imkanı olacaktır.

Ayrıca bilişsel davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin birlikte uygulanmasının sadece bilişsel davranışçı terapiye oranla daha etkili olmasına yol açabilecek faktörlerin araştırılıp, incelenmesinde fayda olacaktır.

Çalışmanın daha büyük bir örneklemle tekrarlanması, bulguların daha fazla genellenebilir olmasını sağlayacaktır. Ayrıca çalışma daha önceki çalışmalarda yapıldığı gibi (POTS, 2004) çok merkezden yürütülebilir. Birkaç merkezde aynı anda başlayacak daha büyük örneklemli bir çalışma bulguların genellenebilirliğini arttıracaktır.

## REFERANSLAR

- Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Abramowitz, J., McKay, D., & Taylor, S. (2008). *Obsessif-kompulsif bozukluk ve bağlantılı sorunlar el kitabı*. (B. Dogan, Çev.) İstanbul: Okuyan Us Yayın.
- Abramowitz, J., Whiteside, S., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36, 55-63.
- Adams, P. L. (1973). *Obsessive children*. New York: Penguin.
- Albano, A., March, J., & Paicentini, J. (1999). Cognitive behavioural treatment of obsessive compulsive disorder. In R. Ammerman, M. Hersen, C. Last, A.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 37(suppl), 27-45.
- American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Ammerman, M. Hersen, & C. Last (Eds.), (1998) *Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents* (pp. 193-215). Boston: Allyn and Bacon.
- Alexander, G., Crutcher, M., & DeLong, M. (1990). Basal ganglia-thalamocortical circuits: parallel substrates for motor, oculomotor, 'prefrontal' and 'limbic' functions. *Progress in Brain Research*, 85, 119-146.
- Allen, A., Leonard, H., & Swedo, S. (1995). Case study: A new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrom. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 307-311.

- Barett, P., Farrell, L., Pina, A., Peris, T., & Piacentini, J. (2008). Evidence based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* , 37, 131-155.
- Barett, P., Healy, L., Piacentini, J., & March, J. (2004). Treatment of OCD in children and adolescent. In P. Barrett, T. Ollendick, P. Barett, & T. Ollendick (Eds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents* (pp. 187-216). Chichester, England: Wiley.
- Bolton, D., & Perrin, S. (2008). Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* , 39, 11-22.
- Borcherding, B., Keysor, C., Rapoport, J., Elia, J., & Amass, J. (1990). Motor/vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs: Is there a common vulnerability? . *Psychiatric Research* , 33, 83-94.
- Carey, G., & Gottesman, I. (1981). *Twin and family studies of anxiety, phobic, and obsessive disorders in anxiety*. New York: Raven.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach* (2nd ed.). U.K.: Routledge.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- De Haan, E., Hoogduin, K., Buitelaar, J., & Keijsers, G. (1998). Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 37, 1022-1029.
- Diler, R., & Avci, A. (2000). Open-label trial of paroxetine in children with obsessive-compulsive disorder . *Current Therapeutic Research* , 61, 706-719.
- Drummond, L., Fineberg, N., Heyman, I., Kolb, P., Pillay, A., Rani, S., et al. (2008). National service for adolescents and adults with severe obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *The Psychiatrist* , 32, 333-336.
- Eichstedt, J., & Arnold, S. (2001). Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD? *Clinical Psychology Review* , 21, 137-157.
- Fitzgerald, K., MacMaster, F., Paulson, L., & Rosenberg, D. (1999). Neurobiology of childhood obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* , 8, 533-575.

- Flament, M., Whiteker, A., Rapoport, J. D., Berg, C., Kalikow, K., Sceery, W., et al. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 27, 764-771.
- Fontenelle, L., Mendlowicz, M., & Versiani, M. (2005). Impulse control disorders in patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* , 59, 30–37.
- Francis, G., & Gragg, R. (1996). *Childhood obsessive compulsive disorder*. California: Sage Publications.
- Frost, R., & Steketee. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assesment and treatment*. Oxford: Elsevier.
- Geller, D. (2003). Impact of comorbidity on treatment response to paroxetine in pediatric obsessive-compulsive disorder: is the use of exclusion criteria empirically supported in randomized clinical trials? . *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* , 13, 19-29.
- Geller, D., Biederman, J., & Griffin, S. (1996). Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *Journal of American Acdey of Child andAdolescent Psychiatry* , 35, 1637-1646.
- Geller, D., Biederman, J., Stewart, S., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., et al. (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* , 160, 1919-1928.
- Güvender, N., Taneli, S., & Güney, N. (1998). *Bursa ilinde çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojik ve fenomolojik özellikleri*. İzmir: 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitapçığı, Çeşme.
- Hanna, G. (1997). Trichotillomania and related disorders in children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development* , 27, 255-268.
- Hornsey, H., Banerjee, S., Zeitlin, H., & Robertson, M. ( 2001). The prevalence of tourette syndrome in 13–14-year-olds in mainstream schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* , 42, 1035-1039.
- Jakes, I. (1996). *Theoretical approaches to obsessive-compulsive disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jenike, M., Bear, L., & Minichiello, W. (1998). An overview of obsessive compulsive disorder. M. Jenike, L. Bear, & W. Minichiello içinde, *Obsessive compulsive disorder-Practical management* (s. 3-11). New York: Mosby.

- King, R., Leonard, H., & March, J. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 27S–45S.
- Kobak, K., Greist, J., Jefferson, J., Katzelnick, D., & Henk, H. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychopharmacology*, 136, 205-212.
- Kozak, M., & Foa, E. (1997). *Mastery of obsessive compulsive disorder: Client work book*. USA: Graywind Publications.
- Laplanche, J., & Pontallis, I. (2001). *Language of psycho-analysis*. Sao Paulo: Martins Fontes.
- Leonard, H., & Rapoport, J. (1991). Obsessive-compulsive disorder. J. Wiener, & M. Dulcan içinde, *Textbook of child and adolescent psychiatry* (s. 323-329). Virginia: American Psychiatric Publishing Inc.
- March, J. (1995). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: A review and recommendations for treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 34, 7-18.
- March, J., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. New York: Guilford Press.
- March, J., & Mulle, K. (2007). *Talking back to OCD: The program that helps kids and teens say "no way"-and parents say "way to go"*. New York: Guilford Press.
- March, J., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. (1997). The expert consensus guidelines series: Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 1-72.
- March, J., Mulle, K., & Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: An open trial to a new protocol-driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 333-341.
- Marks, I. (1981). Review of behavioral psychotherapy: Obsessive-compulsive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 138, 584-592.
- Maser, J., & Patterson, T. (2002). Spectrum and nosology: Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North American*, 25, 855-885.
- Masi, G., Perugi, G., Toni, C., Millepiedi, S., Mucci, M., & Bertini, N. (2004).

Obsessive-compulsive bipolar comorbidity: focus on children and adolescents. *Journal of Affective Disorders* , 78, 175-183.

McElroy, S., Phillips, K., & Keck, P. (1994). Obsessive-compulsive spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* , 55, 33-51.

McKay, D., Piacentini, J., Greisber, S., Graae, F., Jaffer, M., & Miller, J. (2006). The structure of childhood obsessions and compulsions: Dimensions in an outpatient sample. *Behavior Research and Therapy* , 44, 137-146.

Mega, M. S., & Cummings, J. L. (1994). Frontal-subcortical circuits and neuropsychiatric disorders. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* , 6, 358-370.

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. London: NICE, 2005. (Clinical guideline 31.)

Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O., Liang, K., LaBuda, M., et al. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* , 57, 358-363.

O'Kearney, R., Anstey, K., Von Sanden, C., & Hunt, A. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents . *Cochrane Database of Systematic Reviews* , 343-351.

Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The pediatric obsessive-compulsive disorder treatment study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292, 1969-1976.

Peterson, B., Pine, D., & Brook, J. (2001). A perspective longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention deficit-hyperactivity disorder in epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 40, 685-695.

Petter, T., Richter, M., & Sandor, P. (1998). Clinical features distinguishing patients with Tourette's syndrome and obsessive compulsive disorder from patients with obsessive compulsive disorder without tics. *Journal of Clinical Psychiatry* , 59, 456-459.

- Philips, K., McElroy, S., & Keck, P. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, *150*.
- Piacentini, J., & Langley, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 1181-1194.
- Piacentini, J., Langley, A., & Roblek, T. (2007). *Cognitive-behavioral treatment of childhood OCD: It is only a false alarm*. USA: Oxford University Press.
- Power, M., & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and emotion: From order to disorder*. Hove: Psychology Press.
- Rapoport, J. (1989). *The boy who couldn't stop washing*. New York: Penguin.
- Rapoport, J., & Inoff-Germain, G. (2000). Practitioner review: Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 419-431.
- Rasmussen, S., & Eisen, J. (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *51*, 10-13.
- Rettew, D., Swedo, S., Leonard, H., Lenane, M., & Rapoport, M. (1992). Obsessions and compulsions across time in 79 children with obsessive compulsive disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 1050-1056.
- Salkovskis, P. (1985). Cognitive-behavioural analysis of obsessional-compulsive disorder and the treatment implications. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 571-583.
- Scahill, L., Riddle, M., McSwiggin-Hardin, M., & Ort, S. (1977). Childre's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 884-852.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 773-791.
- Shapiro, A., Shapiro, E., Young, J., & Feinberg, T. (1988). *Gilles de la Tourette Seyndrome*. New York: The Raven Press.
- Snider, M., & Swedo, M. (2000). Pediatric obsessive compulsive disorder: Case study. *JAMA*, *284*, 3104-3106.
- Storch, E., Geffken, G., & Murphy, T. (2007). *Handbook of child and adolescent*



*obsessive-compulsive disorder*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Swedo, S., Leonard, H., & Garvey, M. (1998). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*, *71*, 155-264.
- Swedo, S., Rapoport, J., Leonard, H., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 335-341.
- Szeszko, P., MacMillan, S., Mcmeniman, M., Chen, S., Baribault, K., & Lim, K. (2004). Brain structural abnormalities in psychotropic drug-naive pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1049-1056.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*, 233-242.
- Turner, C. (2006). Cognitive-behavioral theory and therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Current studies and future directions. *Clinical Psychology Review*, *26*, 916-938.
- Waite, P., & Williams, T. (2009). *Obsessive compulsive disorder: cognitive behavioural therapy with children and young people*. London: Taylor and Francis Group.
- Watson, H., & Rees, C. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 489-498.
- World Health Organization. (1992). *Classification of Mental and Behavioral Disorders, Tenth Edition (ICD-10)*. Geneva: World Health.
- Yucelen, A. G., Rodopman-Arman, A., Topcuoglu, V., Yazgan, M. Y., & Fisek, G. (2006). Interrater reliability and clinical efficacy of Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in an out-patient setting. *Comprehensive Psychiatry*, *47*, 48-53.
- Zinner, S. (2004). Tourette syndrome - much more than tics; Moving beyond misconceptions to diagnosis. *Contemporary Pediatrics*, *21*, 22-36.
- Zohar, A. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, *8*, 445-460.

Zohar, A., Ratzoni, G., Pauls, D., Apter, A., Bleich, A., Kron, S., et al. (1992). An epidemiological study of obsessive compulsive disorder and related disorders in Israel adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1057-1061.

## EK A

### ANAMNEZ

Soyadı : .....	<b>Kesin Tanı :</b>
Adı : .....	
Cinsi : .....	<b>Karar</b>
Doğum Tarihi ve Yeri : .....	
Baba Adı : .....	İlaç : .....
Anne Adı : .....	Psikoterapi : .....
Okul - Sınıf : .....	Özel Geri Eğt. : .....
Getiren - Gönderen : .....	Bakım Sınıfı : .....
Ev Adresi, Telefon : .....	Özel Sınıf : .....
	Konuşma Eğt. : .....
	Grup Terapi : .....
Sekreter : .....	<b>Sosyal Görevli</b>

### SİKAYET :

ANNE (ÖZ - ÜVEY) BABA	KARDEŞLER
Yaş : .....	1. ....
Meslek : .....	2. ....
Tahsil : .....	3. ....
Sağlık : .....	4. ....
Alkol - Sigara : .....	5. ....
Soy Hastalıkları : .....	6. ....
Suçluluk : .....	7. ....
Akrabalık : .....	8. ....
Geçimsizlik - Ayrılık : .....	.....

### **HAMİLELİK**

Normal.....  
Kanama.....  
Hastalık .....

Ruhl Travma .....

Primipar .....

Multipar.....

Doğum Yaşı.....

Annenin Aktiviteleri.....

.....

**ÖNEMLİ NOTLAR:**

### **DOĞUM**

Zamanında..... Kilo.....  
Premature..... Boy.....  
Postmature .....

Provoke..... Asfiksi.....

Forceps..... Ağlama.....

Sectio..... Emme Ref. ....

Normal..... Kuvöz .....

Evde-Klinikte..... Sanlık.....

.....

### **BÜYÜK EBEVEYN AKRABALAR (Aynı Evde)**

.....

.....

### **EKONOMİK DURUM**

Kira .....

Mülk .....

Oda Sayısı .....

Çocuk Odası .....

Nüfus .....

Aylık Gelir .....

### **ÖNEMLİ NOT:**

**GELİŞİM**

Anne Sütü: .....  
Oturma: .....  
Dış Çıkarma: .....  
Yürüme : .....  
İlk Hece: .....  
Konuşma: .....  
Tuvalet Eğitimi: .....  
Gündüz: ..... Gece:.....

Okul Öncesi Eğitim: .....  
İlköğretim : .....  
Öğretmen İlişkileri: .....  
Arkadaş İlişkileri: .....  
Önemli Notlar: .....  
.....  
.....  
.....

**MEDİKAL****PATOLOJİK HUYLAR:****PSİKIYATRİK MUAYENE:****Ö Z E T:****Görünüş**

Apatik: .....  
Sakin: .....  
Neşeli: .....  
Hiperaktif: .....  
Ajite: .....  
Agresiv: .....  
Negativist: .....  
Autistik: .....

**Konuşma:**

Yok: .....  
Heceleme: .....  
Tek Kelimeler: .....  
Eksik Cümleler: .....  
Basit Cümleler: .....  
Normal: .....  
Zeka (Klinik)  
Yüksek: .....  
Normal: .....  
Geri: .....

**Günlük İşlemler:**

Tuvalet: .....  
Yemek: .....  
Giyim: .....  
Oyun: .....  
Çevre - Okul Bilgisi  
Organ: .....  
Renk: .....  
Okuma: .....  
Yazma : .....  
Aritmetik: .....  
Diğer: .....

**SOMATİK MUAYENE:****Ö Z E T:**

Solunum: .....  
Dolanım: .....  
Endokrin: .....  
Sonuç: .....

Motor: .....  
Görme : .....  
İşitme: .....

Refleks: .....  
Trofik: .....  
Dengi: .....

**LABORATUVAR**

KAN	İDRAR	RONTGEN	EEG

**ZEKA TESTİ****SAHSİYET TESTİ**

TEDAVİ : .....

İLK TANI : .....

KALITSAL

GEBELİK OLAYLARI

DOĞUM

DOĞUM SONRASI

**AİLE İNCELEMESİ**

TARİH	TAKİP

## EK B

Adı, soyadı:  
Doğum tarihi:

Tarih:  
Tanı:

### ÇY-BOKÖ KOMPULSİYON TARAMA LİSTESİ

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

#### YIKAMA/ TEMİZLEME KOMPULSİYONLARI

Şimdi Geçmişte

- 1 \_\_\_\_\_ Uzun uzun, sık sık veya belli bir sırayla el yıkama.
- 2 \_\_\_\_\_ 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.
- 3 \_\_\_\_\_ 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.
- 4 \_\_\_\_\_ Kirlenmeye neden olacak diğer maddelerle teması önlemek için önlem almak veya bu maddeleri ortadan kaldırmak/kaldırtmak. Örneğin aile üyelerinden böcek ilaçlarını, çöpü, gaz bidonunu, çığ eti, boyaları, ilaç dolabındaki ilaçları veya evdeki kedinin çöpünü kaldırmalarını istemek. Kaçınmadığı durumlarda eldiven kullanmak.
- 5 \_\_\_\_\_ Diğer (tanımlayın) \_\_\_\_\_

#### KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

- 1 \_\_\_\_\_ Kilitleri, oyuncakları, okul kitap ve gereçlerini, elektrikli ev aletlerini kontrol etme.
- 2 \_\_\_\_\_ Yıkama, giyinme veya soyunma ile ilgili kontrol etme.
- 3 \_\_\_\_\_ Başkalarına zarar verip vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme. Örneğin farkında olmadan birine zarar verip vermediğini kontrol etmek, emin olmak için başkalarına sormak.
- 4 \_\_\_\_\_ 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.
- 5 \_\_\_\_\_ 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.
- 6 \_\_\_\_\_ Hata yapıp yapmadığını kontrol etme. Örneğin yazı yazarken, okurken, veya basit hesaplamalar yaparken hata yapıp yapmadığını kontrol etme.
- 7 \_\_\_\_\_ Somatik obsesyonlara bağlı kontrol. Ölümcül bir hastalığı veya yarası olmadığını 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

1. \_\_\_\_\_ 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 deyişini aramak veya okuması gereken birşeyi anlamadığından endişe duymak ya da bazı harflerin şekliyle ilgili takıntılarının olması. Yazdıklarını silip tekrar yazmaktan kağıt yıpranabilir.
2. \_\_\_\_\_ Sıradan faaliyetleri tekrar tekrar yapmak zorunda hissetme. Örneğin elektrik düğmelerini, elektrikli ev aletlerini veya oyuncakları açıp açıp kapama, kapıdan içeri girmek-dışarı çıkmak, sandalyeye oturmak-kalkmak, saç tarama, belli bir yöne bakma gibi hareketleri tekrarlamak. Bunu "doğru" sayıda yapana kadar kendisini "doğru" yapmış hissetmez.
3. \_\_\_\_\_ Diğer (tanımlayın) \_\_\_\_\_

### SAYMA KOMPULSİYONLARI

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

\_\_\_\_\_ Diğer (tanımlayın) \_\_\_\_\_

### SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

\_\_\_\_\_ Simetri veya düzenleme ihtiyacı. Örneğin eşyaları belirli bir sıraya göre dizmek veya kişisel eşyalarını özel bir şekilde düzenlemek. eşyaları sıranın veya yatağın üzerine, oyuncakları rafa, kitapları kitaplığa dizmek. Eşyaları "düzene" sokmak için saatler harcayabilir ve bu düzen bozulduğunda çok rahatsız olabilir. Raflaki 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 parçalarını, ip vb.) sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek. Örneğin eski okul ödevleri, notlar, teneke kutu, kağıt havlu, paket kağıdı, boş şişeleri bir gün ihtiyacım olabilir düşüncesiyle atmamak, sokaktan veya çöpten işe yaramaz şeyler toplamak.

\_\_\_\_\_ Diğer (tanımlayın) \_\_\_\_\_

### 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

- 1 \_\_\_\_\_ 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.
- 2 \_\_\_\_\_ 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.
- 3 \_\_\_\_\_ Kendine \_\_\_\_\_, başkalarına \_\_\_\_\_ zarar gelmemesi için veya kötü durumlara \_\_\_\_\_ karşı önlem alma (kontrol etme dışında). Örneğin kırılabilir veya koskin eşyalardan, aletlerden uzak durmak.
- 4 \_\_\_\_\_ Tören haline gelmiş yemek yeme davranışları\*. Örneğin yemeğe başlamadan önce yiyecek, çatal, kaşık belli bir şekilde düzenlenmelidir. Yemek kati bir kurala göre yenmeli veya zamanı gelmeden yenmemelidir.
- 5 \_\_\_\_\_ Aşırı uzun liste hazırlama\*.
- 6 \_\_\_\_\_ 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.
- 7 \_\_\_\_\_ "Tam yerinde" olduğunu hissedene dek dokunma veya eşyaları düzenleme ihtiyacı\*.
- 8 \_\_\_\_\_ Göz kırpması veya gözünü bir noktaya dikmeyi içeren törenselle davranışlar\*.
- 9 \_\_\_\_\_ Trikotillomani (saç koparma)\*
- 10 \_\_\_\_\_ Diğer kendine zarar verici veya kendini yaralayıcı davranışlar\*
- 11 \_\_\_\_\_ Diğer (tanımlayın) \_\_\_\_\_



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

Simdi Geçmişte

- 1 \_\_\_\_\_ Kir, mikrop ve bazı hastalıklardan kaygılanmak. Örneğin, bazı sandalyelere oturunca, el sıkışınca ya da kapı kollarına dokununca mikrop kapmaktan.
- 2 \_\_\_\_\_ Vücut atık veya salgularından öğrenirim veya bunları aklıma takarım. Örneğin idrar, dışkı, tükürük gibi.
- 3 \_\_\_\_\_ Çevreyi kirleten maddelerden aşırı kaygı duymak. Örneğin radyasyon, fabrika atıkları ve benzeri maddelerin çevreyi veya içtiğimiz suyu kirleteceğini düşünmek.
- 4 \_\_\_\_\_ Evde kullanılan temizlik maddelerinden aşırı derecede kaygılanmak. Örneğin bulaşıkların tam durulanmayıp, bulaşık deterjanının vücudumuzda birikeceğini düşünmek.
- 5 \_\_\_\_\_ Hayvanlardan/\_böceklerden aşırı derecede kaygılanmak. Örneğin, bir köpeğe, kediye ya da başka bir hayvana dokunup kirlenmekten korkmak gibi.
- 6 \_\_\_\_\_ Yapışkan maddeler veya atıklardan aşırı derecede rahatsızlık duymak. Yağlı maddelerden tiksirmek gibi.
- 7 \_\_\_\_\_ Hastalık bulaşacak diye korkmak. Örneğin, mikrop kapıp hastalanmak.
- 8 \_\_\_\_\_ Birine hastalık bulaştırmaktan korkmak.
- 9 \_\_\_\_\_ Hastalık veya mikrop bulaşması halinde olabileceklerden korkmak.
- 10 \_\_\_\_\_ Diğer (tanımlayın) \_\_\_\_\_

#### SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- 1 \_\_\_\_\_ Kendine zarar vereceğinden korkmak. Örneğin çatal ya da bıçakla yemek yerken onlarla kendine zarar vermekten, Reskin eşyaları tutmaktan, cam pencerelerin yanında yürümekten korkmak.
- 2 \_\_\_\_\_ Başkalarına zarar vereceğinden korkmak. Örneğin, insanların yemeklerine zehir koymaktan, bebeklere zarar vermekten, birini araba altına itmekten, birini üzmetten, hayal ettiği kötü bir olaydan sorumlu tutulmaktan, yanlış şeyler söyleyerek birine zarar gelmesine neden olmaktan korkmak.
- 3 \_\_\_\_\_ Kendine zarar geleceğinden korkmak.
- 4 \_\_\_\_\_ 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.
- 5 \_\_\_\_\_ Aklına vahşi veya korkutucu görüntüler gelmesi. Örneğin, katiller veya parçalanmış vücutlar, araba kazaları, tiksindirici görüntüler.
- 6 \_\_\_\_\_ Ayıp sözler söyleme veya küfür etme korkusu. Örneğin cami okul gibi halka açık yerlerde terbiyesiz sözler söylemekten korkmak.

### Simdi Geçmişte

- 7 \_\_\_\_\_ Utanılacak birşey yapmaktan korkmak\* . Örneğin gaz çıkarmak, geçirmek gibi.
- 8 \_\_\_\_\_ 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.
- 9 \_\_\_\_\_ Hırsızlık yapmaktan korkmak. Örneğin, bakkaldan birşey çalmak, kasiyeri dolandırmak, mağazalardan eşya çalmaktan korkmak.
- 10 \_\_\_\_\_ Yangın, hırsızlık gibi kötü olaylardan kendisinin sorumlu tutulacağından korkmak. Örneğin, cvden çıkarken evi yeterince dikkatli kontrol etmemesi yüzünden yangına ya da soyguna neden olmak.
- 11 \_\_\_\_\_ 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:)

- 1 \_\_\_\_\_ Rahatsız edici ve kabul edilemez cinsel düşünceler, görüntüler ve dürtülerim vardır. Örneğin yabancılar, ailesi ve arkadaşları hakkında.
- 2 \_\_\_\_\_ Homoseksüellik ile ilgili \*
- 3 \_\_\_\_\_ Başkalarına karşı cinsel davranışlar (saldırgan)\*
- 4 \_\_\_\_\_ 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 İNANC OBSESYONLARI

- 1 \_\_\_\_\_ 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.
- 2 \_\_\_\_\_ Diğer (Batıl inançlar) Örneğin siyah ölümlü, kırmızı kanla ve yaralanmayla eşleştirme, mezarlığın yanından geçme, merdivenin altından geçme veya ölümlü hatırlatan diğer şeylerden korkmak gibi.  
(tanımlayın) \_\_\_\_\_

### SOMATİK OBSESYONLAR

Simdi Geçmişte

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

2 \_\_\_\_\_ 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

1 \_\_\_\_\_ 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.

2 \_\_\_\_\_ 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.

3 \_\_\_\_\_ Diğer (tanımlayın) \_\_\_\_\_

### DİĞER OBSESYONLAR

- 1 \_\_\_\_\_ Bilme veya hatırlama iltiyacı
- 2 \_\_\_\_\_ Belirli şeyleri söyleme korkusu
- 3 \_\_\_\_\_ Tam doğru şeyi söyleyememe korkusu
- 4 \_\_\_\_\_ İstenmeyen (şiddet içermeyen), zihni meşgul eden görüntüler
- 5 \_\_\_\_\_ Zihni meşgul eden, girici tarzda sesler, kelimeler, sayılar veya müzik
- 6 \_\_\_\_\_ duymak
- 6 \_\_\_\_\_ Diğer (tanımlayın) \_\_\_\_\_

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

Hastanın adı, soyadı:  
Protokol no:

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

Tarih:  
Klinisyen:

**1. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN**

	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ağır 3	İleri 4
1b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz.)	Semptom yok 0	Uzun 1	Hafif 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 4 Tam teslimiyet

**5. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ**

Tam kontrol 0 1 2 3 4 Yeterli kontrol kontrol kontrol kontrol kontrol yok

KOMPULSİYON ALTTOPLAMI ( madde 1-5 toplamı)

**6. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN**

	Mükemmel Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ağır 3	Yok İleri 4
6b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz.)	Semptom yok 0	Uzun 1	Hafif 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 0 1 2 3 4 Tam teslimiyet

**10. OBSESYONLARIN KONTROLÜ**

Tam kontrol 0 1 2 3 4 Yeterli kontrol kontrol kontrol kontrol kontrol yok

OBSESYON ALTTOPLAMI ( Madde 1-5 toplamı)

**11. OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ**

0 1 2 3 4

**12. KAÇINMA**

Yok 0 1 2 3 4 Hafif

**13. KARARSIZLIK**

0 1 2 3 4

**14. PATOLOJİK SORUMLULUK**

0 1 2 3 4

**15. YAŞLAMA**

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: ORTA: 2 ZAYIF: 3

## CV

**Ad:** Çiğdem

**Soyad:** KOŞE

**Doğum Tarihi:** 24.01.1981

**Adres:** Fahri Acan sok. Arı apt. 3/7 Feneryolu /Kadıköy

**Tel:** 0 538 282 16 20

**e-mail:** [cigdemkosee@gmail.com](mailto:cigdemkosee@gmail.com)

### **Eğitimi:**

Kalamış İlk Okulu 1989-1993

Koç Özel Lisesi 1993-1999

ODTÜ 1999-2004 Psikoloji (Lisans) /Sosyoloji (Çift Ana Dal)

Maltepe Üniversitesi 2008-2010 Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

**Yabancı Dil:** İngilizce (TOEFL: 253)

**Bilgisayar Deneyimi:** Power Point, Word, SPSS, Excel

### **Deneyimleri:**

- ODTÜ Psikoloji ve sosyoloji bölümlerinde yürütülen toplam 3 araştırmada anketörlük ve data analizi

- Birleşmiş Milletler, International Labour Organization, IPEC proje asistanlığı
- Çalışma Bakanlığı İş Baş Müfettişi proje asistanlığı
- Cerrahpaşa Üniversitesi Psikiyatri ABD psikoloji bölümü yaz stajı
- Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde yaz stajı

### **İş Deneyimleri:**

- Kartal Özel Tercih Rehabilitasyon Merkezi (Kasım 2004-Mart 2005)
- Balıklı Rum Hastanesi (Aralık 2004-Agustos 2005)
- İBB Sağlık AŞ Toplumsal Temelli Rehabilitasyon Birimleri (Nisan 2005-Temmuz 2006)
- ALG Psikoteknik Değerlendirme Merkezi (Temmuz 2006- Mart 2007)
- Çapa Çocuk Psikiyatrisi Derneği (Şubat 2008 - )

### **Aldığı Eğitimler:**

Aile Terapisi Eğitimi

Rorschah Eğitimi (Tevfika İkiz)

Bilişsel Davranışsal Terapi Eğitimi (Mehmet Sungur)

WISC-R Uygulama Sertifikası (Türk Psikologlar Derneği)

### **Dernekler:**

Türk Psikologlar Derneği