



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
GENEL PSİKOLOJİ BİLİM DALI

OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARINDA CİNSİYET AÇISINDAN  
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ  
ARASINDAKİ FARKLARIN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Duran GÖLCÜK

**135201110**

DANIŞMAN

Doç. Dr. Muhammed AYZAZ

İSTANBUL, 2016



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

GENEL PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARINDA CİNSİYET  
AÇISINDAN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK  
BELİRTİLERİ ARASINDAKİ FARKLARIN  
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Duran GÖLCÜK**

İstanbul, 2016

## **YEMİN METNİ**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Okul Çağı Çocuklarında Cinsiyet Açısından Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri Arasındaki Farkların İncelenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Duran GÖLCÜK

## ONAY

Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporum sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun .....yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

**Duran GÖLCÜK**

## ÖZET

### OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARINDA CİNSİYET AÇISINDAN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ ARASINDAKİ FARKLARIN İNCELENMESİ

**Duran Gölcük**

**Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı**

**Danışman: Doç. Dr. Muhammed AYAZ**

**Ağustos, 2016**

Bu çalışmanın amacı bir eğitim kurumuna devam eden ilkokul çağı çocuklarında; cinsiyetler arasında OKB belirtileri açısından farklılıkların ve çocuklardaki OKB belirtileri ile davranışsal sorunların ilişkisinin incelenmesidir. Araştırmanın örneklemi bir ilkokulda eğitim gören 98 kız ve 72 erkek olmak üzere toplam 170 çocuk ve ebeveynlerinden oluşmaktadır. Çocuklardaki obsesyon ve kompulsiyonlar “Boyutsal Yale Brown Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği (BY-BOKÖ)” ile davranışsal sorunlar “4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇEDDÖ/4-18)” ile değerlendirilmiştir.

Bulaşma, diğer (batıl inanç, uğurlu uğursuz sayılar v.b.) ve toplam OKB belirti puanlarının kız çocuklarında erkek çocuklarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsel ve dini, zarar verme, simetri/sıralama /tekrar ve biriktirme belirti grupları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Toplam OKB belirtileriyle içe yönelim, dışa yönelim ve toplam problem davranış sorunları arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları okul çağı çocuklarında OKB belirtileri açısından cinsiyetler arasında bazı farklar olduğunu ve OKB belirtileri ile problem davranışlar arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları, okul çağı çocuklarında OKB semptomlarının taranmasının ve davranışsal sorunlarla birlikte değerlendirilmesinin önemine dikkat çekmektedir.

## **ABSTRACT**

### **THE STUDY ON DIFFERENCES BETWEEN GENDER BASED OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER OF SCHOOL AGED CHILDREN**

**Duran GÖLCÜK**

**Master' s Thesis, Psychology Department**

**Advisor: Doç. Dr. Muhammet AYAZ**

**August, 2016**

The aim of that study is; researching the primary school aged children by the view of the differences among gender based symptoms of obsessive compulsive disorder and the relation between symptoms of obsessive compulsive disorder and behavioral problems. The sample of this research includes 98 girls and 72 boys, total of 170 children, attending to a primary school and their parent. Obsesion and compulsion on children are evaluated according to The Dimensional Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) with behavioral problems and Child Behavior Checklist (CBCL/4-18).

Contamination worries and cleaning compulsions, miscellaneous (superstitions, lucky-unlucky numbers and etc), and total OCD symptom severity are significantly higher in girls than boys based on statistics. The study does not find out any difference between two groups interms of sexual and religious, harm, symmetry/ordering/re-doing, and hoarding symptoms. The study showed a positive connection between total OCD symptom and internalizing and externalizing and total behavior problem score.

The result of our study is presenting that there are some differences among school aged children's OCD symptoms according to genders and there is a connection between OCD symptoms and problem behaviors. The results of our study is drawing attention to the importance of caring the symptoms of OCD and evaluating with behavioral problems.

## **TEŞEKKÜR**

Tez araştırmanın süresince öncelikli olarak devamlı yanımda olup, her soru sorduğumda cevapsız kalmadığım, yol gösterici tez danışmanım, Doç. Dr. Muhammed Ayaz olmak üzere tez araştırmanın devam ettiği süre boyunca yardımlarını esirgemeyen mesai arkadaşlarım öğretmen ve idarecilerime, tüm katılımcılara ve emeği geçen herkese teşekkürlerimi borç bilirim.

**Duran GÖLCÜK**

AĞustos, 2016

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	IX
EKLER LİSTESİ.....	X
KISALTMALAR.....	XI

### 1. BÖLÜM

#### GİRİŞ

1. 1. Giriş ve Amaç.....	1
--------------------------	---

### 2. BÖLÜM

#### GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım.....	4
2.1.1. Klinik Bulgulara Göre Obsesyon Tipleri.....	5
2.1.2. Klinik Bulgulara Göre Kompulsiyon Tipleri.....	6
2.1.3. DSM-V' e göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri.....	8
2.1.4. (ICD-10; F-42) Obsesif-Kompulsif Bozukluk İçin Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması.....	10
2.2. Tarihçe.....	11
2.3. Epidemiyoloji.....	14
2.4. Etiyoloji.....	16
2.4.1. Psikanalitik Kuram.....	16
2.4.2. Davranışçı Kuram.....	17
2.4.3. Bilişsel Kuram.....	17
2.4.4. Üst Bilişsel Model.....	18
2.4.5. Biyolojik Kuram.....	19
2.4.5.1. Genetik.....	19
2.4.5.1.1. Klasik Aile ve İkiz Çalışmaları.....	19
2.4.5.1.2. Moleküler Genetik Çalışmaları.....	20



2.4.5.1.3. Bağlantı (Linkage) Çalışmaları.....	20
2.4.5.1.4. İlişkilendirme (Asosiyasyon) Çalışmaları.....	21
2.4.5.1.5. Tüm Genomun İncelendiği Çalışmalar.....	21
2.4.5.1.6. OKB Genetiği Çalışmalarının Geleceği.....	22
2.4.5.2. Nörobiyoloji.....	22
2.4.5.2.1. Nörobiyolojik Modeller.....	22
2.4.5.2.2. Nörobiyolojik Bulgular.....	23
2.4.5.2.3. OKB’ de Elektrofizyolojik Özellikler.....	24
2.4.5.2.4. Nörotransmitterler.....	24
2.5. Pediatrik OKB.....	25
2.6. Komorbidite.....	26
2.7. Ayırıcı Tanı.....	30
2.7.1. Normal Gelişimsel Ritüeller.....	30
2.7.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	31
2.7.3. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu.....	31
2.7.4. Özgül Fobi.....	31
2.7.5. Tourette Sendromu.....	31
2.7.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	32
2.7.7. Otizm ve Asperger Bozukluğu.....	32
2.7.8. Çocukluk Çağı Şizofrenisi.....	32
2.7.9. Nörolojik Bozukluklar.....	33
2.8. Tedavi Yöntemleri.....	33
2.8.1. Davranışçı Terapi.....	34
2.8.2. Bilişsel Terapi.....	35
2.8.3. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT).....	36
2.8.4. Psikanaliz ya da Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi.....	38
2.8.5. Psikofarmokoterapi.....	39
2.8.6. Alternatif Tedaviler.....	40
2.9. Prognoz.....	40
2.10. Amaç.....	41

### 3. BÖLÜM YÖNTEM

3.1. Örneklem.....	41
--------------------	----

<b>3.2. Veri Toplama Araçları</b> .....	41
<b>3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu</b> .....	41
<b>3.2.2. Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeği (BY-BOKÖ)</b> .....	42
<b>3.2.3. 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇEDDÖ/4-18)</b> .....	42
<b>3.3. Uygulama</b> .....	43
<b>3.4. İstatistiksel Değerlendirme</b> .....	43

#### **4. BÖLÜM BULGULAR**

<b>4.1. Çocukların Sosyodemografik Özellikleri</b> .....	44
<b>4.2. Çocuklar İçin Kullanılan Ölçeklere İlişkin Bulgular</b> .....	50

#### **5. BÖLÜM TARTIŞMA VE SONUÇ**

<b>5.1. Araştırmanın Sonuçları ve Literatür Karşılaştırmaları</b> .....	54
<b>5.2. Kısıtlılıklar</b> .....	58
<b>5.3. Sonuç ve Öneriler</b> .....	58
<b>KAYNAKÇA</b> .....	60
<b>EKLER</b> .....	71
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	85

## TABLULAR LİSTESİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>Tablo 1.</b> Çocuk Eğitim ve Yaşam Bilgileri Dağılımı .....	44
<b>Tablo 2.</b> Çocuk Ruh Sağlığı Bilgileri Dağılımı .....	45
<b>Tablo 3.</b> Anne/Baba ve Akraba Bilgileri Dağılımı .....	46
<b>Tablo 4.</b> Anne Hamilelik ve Çocuğun Doğum Dönemi Dağılımı.....	47
<b>Tablo 5.</b> Kardeşleriyle Aynı Anne Baba Birlikteliği.....	48
<b>Tablo 6.</b> Çocukların Gelişim Durumu ile Katılımcıların Yaş ve Gelir Dağılımı.....	49
<b>Tablo 7.</b> 4-18 Yaş Çocuk ve Ergen Davranış Değerlendirme Ölçeğinden Alınan Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Anlamlılık Düzeyleri .....	50
<b>Tablo 8.</b> Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeğinden Alınan Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Anlamlılık Düzeyleri.....	51
<b>Tablo 9.</b> Cinsiyetlere Göre OKB Belirti Dağılımı.....	52
<b>Tablo 10.</b> Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeği ile 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....	53

## EKLER LİSTESİ

<b><u>Ek No</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>EK 1.</b> Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	71
<b>EK 2.</b> Sosyodemografik Bilgi Formu .....	72
<b>EK 3.</b> Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeği .....	75
<b>EK 4.</b> 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği.....	83

## KISALTMALAR

<b>AN</b>	:Anoreksiya Nervoza
<b>BDT</b>	:Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>BN</b>	:Bulimia Nervoza
<b>BT</b>	:Bilgisayarlı Tomografi
<b>CBCL/4-18</b>	:Child Behavior Checklist 4-18 Years
<b>ÇEDDÖ/4-18</b>	:4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği
<b>DAT</b>	:Dopamin taşıyıcı
<b>DEHB</b>	:Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DSM V</b>	:Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
<b>DY-BOCS</b>	:The Dimensional Yale-Brown Obsesive-Compulsive Scale
<b>BY-BOKÖ</b>	: Boyutsal Yale Brown Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği
<b>E/RP</b>	:Yüzleştirme ve Tepki Engelleme
<b>EEG</b>	:Elektroensefalografi
<b>FDA</b>	:Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
<b>GABA</b>	:Gama-Amino Bütirik Asit
<b>ICD 10</b>	:Dünya Sağlık Örgütü Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
<b>KSTK</b>	:Kortiko-Striato-Talamo-Kortikal
<b>MRI</b>	:Manyetik Rezonans
<b>MRS</b>	:Manyetik Rezonans Spektroskopi
<b>NIMH</b>	:Ulusal Akıl Sağlığı Örgütü
<b>OKB</b>	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>OKKB</b>	:Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
<b>PET</b>	:Pozitron Emisyon Tomografisi
<b>SGI</b>	:Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
<b>SPSS</b>	:Statistical Program for Social Sciences
<b>SSRI</b>	:Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
<b>WHO</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>YB</b>	:Yeme Bozukluğu

## 1. BÖLÜM

### GİRİŞ

#### 1.1. Giriş ve Amaç

Obsesyonlar; kişinin kendi bilinç düzeyine gelmesini engelleyemediği, kişiyi sürekli bir şekilde rahatsız eden ısrarlı, zorlayıcı, imajlar, düşünce ve fikirlerdir. Kompulsiyonlar ise kişinin kendi isteği dışında zihnine gelen kendini tedirgin eden bu saplantılardan kurtulmak için kişinin isteği dışında, karşı koymak istese de karşı koyamadığı kendini yapmak zorunda hissettiği birtakım davranışlardır. Obsesyon ve kompulsiyonları kişi kendi benliğine (ego-distonik) yabancı hisseder (Öztürk, 2007; Mukaddes, 2000; Arkonaç, 1987).

Obsesyonlar kişinin anksiyetesini artırır, kişi anksiyetesini yenmek için kompulsiyonlar yerine getirir. Kişi kompulsiyonları yapmaz direnirse anksiyetesi tekrar artar. Obsesif-kompulsif bozukluğu olanlar genellikle obsesyonların anlamsız olduğunun farkındadır, obsesyon ve kompulsiyonları benliğe yabancı (ego-distonik) olarak yaşar. Hastaların % 10-25' inde tek başına sadece obsesyonlar vardır (Köroğlu, 1995). Çocuklarda da bazen obsesyon olmaksızın kompulsiyon olduğu durumlar vardır (Mukaddes, 2000). Klasik tanımlara aykırı olarak içgörünün az olduğu OKB' li hastaların belirli bir oranındakileri tarafından obsesyonlar saçma olarak görülmez (Tükel, 2009).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), ilk olarak Esquirol tarafından tanımlanmıştır. Çeşitli kültürlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda obsesif kompulsif bozukluğun yaygınlığının %1-3 oranında görüldüğü ve bimodal dağılım gösterdiği belirtilmiştir. Çocukluk çağında erkeklerde daha fazla görülürken, erişkin dönemde kadın erkek oranı eşit durumda olduğu ya da kadın oranının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Belirti farklılıkları değerlendirildiğinde kadınlarda bulaşma obsesyonları ile temizlik kompulsiyonlarının erkelerde dini ve cinsel obsesyonlar ile simetri ve düzenleme kompulsiyonlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bütün bu bulguların yanında erkeklerde bulaşma ve agresyon obsesyonlarının daha fazla

olduğunu veya her iki cinsiyet arasında fenomolojik olarak hiçbir farklılık olmadığını gösteren araştırmalar da vardır (Altıntaş ve Özçürümez, 2015; Karamustafalıoğlu, 2010).

OKB olgularının çoğunda çocukluk dönemi belirtilerine vurgu yapılırsa bile son zamanlara kadar OKB' nin çocuklarda olmayacağına inanılıyordu. Yapılan çalışmalarda erişkinlerin 1/2' si ile 1/3' ünde, bazı çalışmalarda ise erişkin vakaların %80' inde bozukluğun çocukluk veya ergenlikte başladığının belirtilmesi, çocukluk çağı OKB sıklığının erişkin oranlarına yakın olduğunu düşündürmektedir (aktr. Diler ve Avcı, 1999).

Pediyatrik OKB ise 18 yaşından önce başlayıp, sıkıntı vererek vakit alan, okul hayatında, sosyal ve aile işlevlerinde bozulmalara yol açan bir hastalıktır. Çocuk yaş grubunda çoğu zaman obsesyon ve kompulsiyonlar bir arada görülebilir. Obsesyonların genel popülasyondaki sıklığı %1-3, pediyatrik popülasyonda ki sıklığı ise %1-2 olarak belirtilmiştir (Adaletli, 2015).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar çocuk ve ergen popülasyonunda obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) %10' a varan oranlarda olduğunu ortaya koymuştur. Ancak çocuk ve gençler, belirtileri arkadaşlarından ve yetişkinlerden sakladıkları ayrıca düşüncelerini kolayca açıklayamadıkları için gerçek sayının ortaya çıkması zorlaşmaktadır. Okullarda yapılan araştırmalarda ise bu çocukların ya ölçekleri yanıtlamaktan kaçınmaları veya sorunlarından ötürü okulda bulunamamaları sebebiyle ölçekleri yanıtlayamadıkları belirtilmektedir. Tüm bu zorluklara rağmen hastalığın 1/3' ü ile 1/2' sinin 15 yaş ve öncesinde ortaya çıktığı sistematik çalışmalarla belirtilmiştir. Çocuklarda cinsiyet dağılımına göre yapılan çalışmalarda ise OKB' nin erkek çocuklarda kızlara oranla daha fazla görüldüğü 2,5 yıl kadar kızlardan erken başladığı fakat bu belirtilerin ergenlik dönemi ile birlikte kızlarda artış gösterdiği belirtilmiştir (aktr. Palulu ve Erol, 1999).

Swedo ve arkadaşlarının (1992) bildirdiğine göre çocuklar ve ergenler çoğu zaman gülünç olma veya alaya alınma endişesi yüzünden OKB belirtilerinden söz etmemeleri nedeniyle kaygı bozukluğu ya da depresyon tanısı almaktadırlar. OKB çocuklarda 3 yaş gibi çok erken yaşlarda

başlayabileceği gibi ergenlik döneminde de başlayabilir. Pen ve arkadaşlarına göre çocuklar ve erişkinler çoğu zaman benzer obsesyon ve kompulsiyon göstermelerine karşın, çocuklarda farklı belirtilerde ortaya çıkabilmekte ayrıca komorbid tanılarda da farklılık gözlenebilmektedir (Türkbay ve ark., 2000).

Çocukluk çağı obsesyonlarının çok çeşitli ve farklı klinik varyasyonlarının olduğu görülmektedir. Normal gelişimsel davranış paterninden OKB bulgularına giden yelpaze olduğu görülür. Çocukluk çağının gelişimsel özelliklerine göre bu varyasyonlar şekillenebilir. İki yaşındaki bebeklik dönemi davranışlarının dışı vurumu; açık çekmecelerin kapatılması, belli bir düzende oyuncakların dizilmesi, aynı şeyleri yapmakta ısrar gibi kompulsif ritüeller olabilecek davranışlardır.

Okul öncesi döneme geçişte bu ritüellerin bir kısmının kaybolduğu bir kısmının ise farklı bir şekle bürünerek tekrar ortaya çıktığı görülür. Lekeli bir kıyafetin giyilmemesi, yiyeceklerin biraz döküldüğünde rahatsızlık duyması, günlük akışa sıkı sıkı dikkat etme, yatma saati ritüellerine katı bir şekilde bağlılık, sık sık anneden onay alma gibi davranışlara dönüşebilmektedir. Bu davranışlar birçok çocukta görülebilmekte ve klinik bir tanı alacak şekilde dışı vurum oluşturmaya da bu davranışların yoğun bir şekilde görüldüğü çocukların OKB geliştirme riski artmaktadır. Anne babalar bu davranışları çocuğun mizacı olarak gördüğü için çocukları tedaviye getirmemektedir.

Okul çağında ise aşırı sorumluluk duygusu kuralları katı bir şekilde takip etme, eleştirel bakış açısı, hata yapmaktan korkma, temizlik titizlik, amatör koleksiyonculuk belirtileri şeklinde dikkati çekmektedir. Ergenlik döneminde ise agresif-cinsel yönden rahatsız edici düşünceler, aşırı sorumluluk sahibi olma, ilişkilerinde kuralcılık, sevdiklerine zarar geleceği korkusu düşünceleri şeklinde seyreder.

Her çocukta görülen gelişim süreçleri normal şeklinden belirgin bir şekilde sapmaya uğradığında OKB tanısı için değerli hale gelir. Buna göre bu hastalığın nörogelişimsel bir süreç içerisinde yavaş yavaş kendini gösterdiği ya da belli bir tetikleyici faktör ile ortaya çıktığı söylenebilir (Abalı, 2012).



Çocukluk dönemi başlangıçlı OKB hastalarının performanslarının farklı yönlerini belirleyen çalışmalar yetişkinler kadar fazla değildir. Cox ve arkadaşlarının (1989) yaptığı bir çalışmada 8-18 yaş arası OKB tanısı almış hastalar ile cinsiyet, yaş ve el kullanımı açısından eşlenmiş sağlıklı kontrollerin nöropsikolojik performansları karşılaştırılmış dikkat performansı açısından bakıldığında OKB grubunun toplam doğru oranı sağlıklı kontrollerden düşük çıktığı görülmüştür (Irak ve Flament, 2007).

Sonuç olarak, bu yapılan çalışmanın amacı OKB belirtisi olan okul çağı çocuklarıyla yapılan çalışmaların azlığı nedeniyle OKB belirtilerinin cinsiyetlere göre farklılığını ortaya koyabilmek ve bu konuda bir katkı sunabilmektir.

## 2. BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Tanım

Latince’ de kuşatma anlamında olan “*obsidore*” sözcüğü obsesyon sözcüğünün kökenidir (Karaçetin, 2010).

Obsesyon (saplantı), kişinin kendi arzusu dışında ortaya çıkan, benliğe yabancı (ego-distonik) olarak bilinç alanına zorla istenmeden giren, tedirginlik yaratan, zihinden bir türlü uzaklaştırılamayan anılar, dramatik sahneler ve tekrarlayıcı düşüncelerdir (Mukaddes, 2000; Öztürk, 2007; Geçtan, 2012).

Kompulsiyonlar ise obsesyonlara yanıt olarak, istenmeden zihnine gelen zorlantılı düşünceleri azaltmak ve anksiyeteden kurtulmak amacıyla yapılan yineleyici törensel davranışlardır (Mukaddes, 2000; Öztürk, 2007; Tükel, 2009; Geçtan, 2012).

İnsanın kirlendiğini düşünmesi takıntı (obsesyon), buna yanıt olarak temizlenmek amacıyla tekrar tekrar el yıkaması zorlantı (kompulsiyon), çocuğunu camdan atacağını düşünmek takıntı (obsesyon), bu düşündüğünü yapmamak için cam kenarlarına yaklaşmaması ise zorlantı (kompulsiyon) dur (Tan, 2010).

Bazı obsesyonları kışlık yiyecek depo etmek için yuvasına böcek larvası taşıyan bir çeşit Afrika karıncasının davranışına benzetebiliriz. Şöyle ki; Afrika karıncası yuvasına böcek larvasını kışlık yiyecek depo etmek için bırakır. Eğer karınca yuvasına larva götürdüğü zaman yuvanın dışında götürdüğü larvaya benzer ikinci bir larva konursa, karınca dışarı çıkınca bu larvayı görür içerideki larvanın kaçıp kaçmadığını kontrol etmek için tekrar yuvasına döner ve taşıdığı larvanın yerinde olduğunu görür, tekrar dışarı çıkar dışarıdaki larvayı görür, tekrar kontrol etmek için yuvaya döner, bakar larva yerinde duruyor defalarca kalan ömrünü sonuna kadar iki larva arasında yuvaya girip çıkmakla tüketir (Songar, 1977).

Obsesif düşüncelerin etkisiyle ortaya çıkan kompulsif davranışların tek başlarına bir amaçları olmayıp, gelecekte olabilecek kötü olayları engellemeye ve denetlemeye yönelik girişimlerdir (Köknel, 1990).

Çocuklarda da çoğu zaman saplantılı düşüncelere zorlantılı davranışlar eşlik edebilir. “Çocuğun içinden bunu şöyle yapmazsam annem ölebilir” gibi bir düşünce geçebilir. İlkokul çağındaki bir çocuk yerde bulunan çatlak yerlere basarsa veya yolda gördüğü arabaları saymazsa annesinin başına kötü bir iş geleceğini düşünerek bunu büyümlü bir yolla engelleyebileceğini sanıp içinden belli bir sayıda “tövbe-tövbe” demeye kendini zorunlu hisseder (Yörükoğlu, 1986).

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ile Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB) isimleri benzer olsa da; klinik açıdan birbirinden farklı şeylerdir. OKKB de obsesyon veya kompulsiyonların varlığı yerine düzenli olmak, mükemmeliyetçi olmak ve denetim altında tutabilmek düşünülüp durulur. Ayrıca söz konusu bozukluk tanısı konulabilmesi için bozukluğun genç erişkinlik döneminde başlamış olması gerekir. Hem OKKB ve hem de OKB tanısının birlikte konması için her iki bozukluğunda semptomlarının kişide beraber bulunması gerekir (Koroğlu, 1995).

### **2.1.1. Klinik Bulgulara Göre Obsesyon Tipleri:**

**Saldırganlık Obsesyonları:** Başkalarına zarar verme, öldürme yaralama şeklinde gelişen düşüncelerdir. Zarar verme obsesyonu olan büyük

suçluluk duyarak kişiler sivri ve yaralayıcı nesnelere, sevdiği kişilerle yalnız kalmaktan kaçınırlar. Bu tür obsesyonlar arabaların önüne kendini atma pencerelerden atlama şeklinde de görünebilir.

**Bulaşma Obsesyonları:** El sıkışmalarda, kapı tokmağı veya bazı nesnelere dokunduğunda, tuvalete gidince idrar sıçramış olabileceğinden, mikrop kapmaktan korkarlar ve bu nedenle eşyalara dokunmaktan ve insanlarla temas kurmaktan kaçınırlar.

**Kuşku Obsesyonları:** Bir işin yapılıp yapılmadığı hakkında emin olamamak şeklinde gelişerek yaptığı işi yapmadığı hakkında tereddüt ederek kontrol eder.

**Cinsel Obsesyonlar:** Kişide çocuklarıyla, ebeveyniyle ilişkiye girdiği şeklinde utanılacak düşünce ve imgeler oluşur, eşcinsel olmakla ilgili korkuları içeren düşüncesi tarzında ortaya çıkar.

**Simetri ve Kesinlik İhtiyacı ile Birlikte Olan Obsesyonlar:** Nesne veya olayların belli bir düzen de olması veya eşyaların tam bir simetri içinde bulunması şeklindedir.

**Dinsel Obsesyonlar:** Dindar bir insanda günah sayılan düşüncelerin akla gelmesi şeklindedir.

**Somatik Obsesyonlar:** AIDS, kanser, kuduz gibi hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanma düşüncesi şeklinde gelişir ve kişi bu hastalıklara yakalanma korkusu içinde çeşitli önlemlere başvurur.

### **2.1.2. Klinik Bulgulara Göre Kompulsiyon Tipleri**

**Temizlik Kompulsiyonları:** Bu durumda ki kişi kendisini ve çevresini kirli ve pis hissederek, defalarca el yıkar, banyo yapar, sürekli ev eşyalarını temizler, saatlerce bulaşıkları, çamaşırları yıkar ve bu şekilde gerilimden kurtulacağını sanır.

**Kontrol Etme Kompulsiyonları:** Sıklıkla havagazını musluğunu, kapı kilitlerini kapatıp kapatmadığını kontrol, ütünün fişini prizde unutup unutmadığını kontrol şeklinde güvenliği sağlamakla ilişkili olarak ortaya çıkar.

**Düzenleme Kompulsiyonları:** Rahatsızlık duygusunu hafifletmek amacıyla eşyaları belli bir düzen içinde dengeli ve simetrik bir şekilde tutmak şeklinde gelişir.

**Tekrarlama Kompulsiyonları:** Bir takım törensel davranışları belli sayıda yapmak şeklindedir. Tam olarak yapıldığından emin olana kadar davranışını tekrarlayabilir.

**Sayma Kompulsiyonları:** Apartman katlarını, araba plakalarını okuma şeklindeki zihinsel kompulsiyondur.

**Dokunma Kompulsiyonu:** Kişi kendisini belli nesnelere dokununca rahatlayacağını hissetme şeklinde gelişir.

**Biriktirme Kompulsiyonu:** Bir şeye ihtiyacı olmadığı halde satın alma bazı önemsiz de olsa, sahip olunan hiçbir şeyi atamama şeklinde kendini gösterir.

OKB bulguları cinsiyetler açısından incelendiğinde kirlilik obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları daha çok kadınlarda, cinsellik, simetri, saldırganlık, düzenlilik obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları ise erkeklerde görüldüğü şeklindedir (Karamustafalıoğlu, 2010).

İstenmeyen bilişler Salkovskis' e göre genel popülasyonda %90 normal yaşantılar şeklindedir. OKB' li kişiler bu zorlantılı düşüncelere normal kişiler gibi sadece şaşırıp görmezden gelmezler. Bu zorlantılı düşüncelere özel anlamlar yükleyerek altta yatan inançları gereği kendisine ya da başka birisine zarar verebileceği inancına kapılarak bu düşüncelerini yok etmek için harekete geçmesi gerektiği hissiyatına kapılırlar (aktr. Yurtsever ve Sütçü, 2016).

Gelişim ve öğrenmenin bir gereği olarak bazı tekrarlı hareketler çocukluk döneminde doğal karşılanabilir. 2-3 yaşındaki çocuklar oyuncaklarıyla tekrar tekrar aynı hareketlerle oynaması, bazı sözcükleri

öğrenmenin bir gereği olarak tekrarlarla söylemesi saplantı ve zorlantı olarak değerlendirilemez (Öztürk, 2007).

*“Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) daha önceki sınıflandırmalarda anksiyete bozuklukları ana başlığı altında yer almaktayken, DSM-5’ te yeni tanımlanan bazı psikiyatrik tanılarla birlikte obsesif kompulsif spektrum bozuklukları içerisinde ele alınmıştır.”* (aktr. Gürkan, 2015).

Mental hastalıkların hepsinde nasıl ki Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan ICD-10 ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM –V tanı sistemleri kullanılmakta ise OKB tanısı içinde ICD-10 ve DSM –V tanı sistemleri kullanılmaktadır (aktr. Kaya, 2010).

### **2.1.3. DSM-V’ e göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri**

**A.** Takıntılar (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı

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

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

**2.** Kişi bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmama ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunlar başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme girişimlerinde bulunur.

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

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

**2.** Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntılardan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan

sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştirileceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

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

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

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

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

Varsa belirtiniz:

**İç görüşü iyi ya da oldukça iyi:** Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışların kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığına ya da gerçek olabileceğinin ya da gerçek olmayabileceğinin ayırımındadır.

**İç görüşü kötü:** Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

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

Varsa belirtiniz:

**Tikle ilişkili:** Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır. (Çev. Köroğlu, 2013).

#### **2.1.4. (ICD-10; F-42) Obsesif-Kompulsif Bozukluk İçin Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-10**

##### **F-42 Tanı Ölçütleri**

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır.

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

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

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

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

Bu bozukluğun temel özelliği, yineleyici obsesyonel düşünceler veya kompulsif hareketlerin bulunmasıdır. Obsesyonel düşünceler, zihine yineleyici ve kalıplaşmış bir biçimde giren düşünce, imge ve dürtülerdir.

Hemen her zaman huzursuzluk verirler. Hasta sıklıkla bunlara karşı direnmeye çalışır fakat bunu başaramaz. Bu düşünceler, hastaya istem dışı ve tiksindirici gelse de hasta bunları yine kendi düşünceleri olarak algılar. Kompulsif hareket ve törenler, tekrar tekrar yapılan kalıplaşmış davranışlardır. Bu hareketleri yapmak hastaya haz vermez ve bunlar bir amaca yönelik değildir. Hastada, kendisine bir zarar geleceği ya da kendisi yüzünden başkalarına bir zarar geleceği korkusu vardır. Kompulsif hareketlerin, nesnel olarak gerçekleşme olasılığı bulunmayan bu tip olayları önleyebileceğine inanılır. Her zaman olmamakla birlikte, genellikle bu davranış kişi tarafından anlamsız ve etkisiz bulunur ve bunlara karşı direnme çabası gösterilir; hastalık, çok uzun bir süredir sürmekte ise bu direnç çok zayıftır. Otonomik bunaltı belirtileri sıklıkla bulunur, fakat belirgin otonomik uyarılma belirtileri bulunmaksızın ruhsal gerginlik ve sıkıntının bulunması da sık rastlanan bir durumdur (aktr. Pulular, 2009).

## 2.2. Tarihçe

İnsanlık tarihi kadar eski olan obsesyon ve kompulsiyonlar Malles Maleficarum' da şeytan tarafından ele geçirilen olarak tanımlanmıştır (aktr. Karaçetin, 2010). Çok eski din kitaplarında saplantı ve zorlantılı davranışlara işaret eden örnekler vardır. Büyüsel ve dinsel ayinlerin kaynağında çoğunlukla obsesif kompulsif savunma düzeneklerine benzeyen savunma düzenekleri mevcuttur (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Din karşıtı ve cinsel içerikli istenmeyen düşünce sahipleri, ortaçağ döneminde şeytan tarafından ele geçirilen kişiler olarak tanımlanıp yakılarak cezalandırılırdı. Dinsel düşüncelerin ve korkuların yinelenmesi şeklinde açıklanan bu durum sonradan farklı ritüelleri ve korkuları kapsayacak şekilde bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Rahip Napier 17. yüzyıl başlarında Alice Davys isimli kadında gözlenen, elbiselerini devamlı yıkayarak hiçbir yere dokunamama şeklindeki uzun yıllar süren davranışını “ağır melankoli” durumunu tanımlamaktadır (Işık ve Şener, 2007). Obsesif kompulsif bozukluk birçok psikiyatrik hastalık gibi ortaçağda din ve büyü kavramlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır (aktr. Şahin, 2012). Yine aynı yüzyıl içinde İngiliz yazar ve şair Shakespeare, Lady Macbeth karakterinde, kirlenme obsesyonları



ve el yıkama kompulsiyonlarını hastalık tanımlaması yapmadan obsesif-kompulsif nevrozun klasik bir örneğini göstermiştir. Lady Macbeth, kocası Macbeth' i etkileyerek Kral Duncan' ı öldürtür. Bu olaydan sonra Lady Macbeth, Kralın ölümüne sebep olduğundan dolayı ellerinin kirlendiğini düşünerek, ellerini temizlemek için “*Arabistan’ ın bütün kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenmez*” diyerek sürekli ellerini yıkar (Işık ve Şener, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

İlk kez obsesyon ve kompulsiyonların klinik yansımaları 19. yüz yıla gelindiğinde açığa kavuşmaya başlamıştır. İlk kez Esquirol 1838 yılında Matmazel F isimli vakada herhangi bir duygudan kaynaklanmayan, bastırılmayan tekrarlı hareketleri gözlemlemiş ve o dönemdeki geçerli tanı olan monomani tanısı içinde “*delire partiel*” den bahsetmiştir. Matmazel F saçma olduğunu bildiği halde sürekli olarak eline bir şey bulaşmış hissine kapılarak parmaklarını ovuşturup sürekli ellerini yıkamaktan kendisini alıkoyamamaktadır (Işık ve Şener, 2007; Bayar ve Yavuz, 2008).

Richard Burton, köprü, havuz kıyısı ve kayalık yerlerde bulunamayan, bulunursa düşüp boğulacağı ya da asılı kalacağı hissine kapılan bir vakayı 1883 yılında yayınlanan “*Melenkoninin Anatomisi*” adlı meşhur eserde yayımlamıştır. Yine aynı vakada sessiz bir ortamda uygunsuz bir şekilde yüksek sesle bağırarak saçma konuşmalar yapacağı korkusundan da bahseder Morel 1866 yılında ilk kez obsesyon kelimesini kullanarak bu bozukluğun akıl hastalığı değil, otonom sinir sisteminden meydana gelen duyguların bir hastalığı olduğunu belirtmiştir (Işık ve Şener, 2007).

1875 yılında da Legrand du Saulle 27 vakalık bir hastalık serisi yayınlarken bu hastalığı dikkat çekici bir şekilde “*İç görülü delilik*” olarak adlandırıp neredeyse bugünkü netliğine kavuşturmuştur (Işık ve Şener, 2007; Öznur ve Erdem, 2015).

1877 yılında Westphal ise hastalık bizar davranış sergilese dahi, hastalığın ego-distonik olduğunu, tekrarlı hareketlerin impulsif, ruminatif, ya da kompulsif olarak ayrıldığını belirterek hastalığın duyguların değil bir düşünce hastalığı olduğunu açıklamıştır (Işık ve Şener, 2007).

1895 yılında Freud, agresif veya cinsel dürtülerin obsesyona sebep olduğunu ileri sürerek bu dürtülerin anksiyete oluşturduğunu fakat reaksiyon formasyon ve represyon gibi ego savunma mekanizmaları tarafından bu anksiyetenin yok edilmeye çalışıldığını açıklamıştır (aktr. Öznur ve Erdem, 2015).

Fransız ruh hekimi Pierre Janet 1903’ te (20. yüz yılda) 5 yaşında bir erkek çocukta görülen “kendine ait düzenliliğine, temizliğine, dürüstlüğüne” dair obsesyonları “mental tic” olarak belirtip OKB’ nin temelini gerçeklik işlevlerinde bozukluktan meydana gelen “tamamlanmamışlık duygusunun oluşturduğunu söyleyerek hastalığı “*psikastenî*” başlığı olarak ele almış ve davranışçı tekniklerle ritüellerin düzelebileceğini açıklamıştır. “*Psikastenî*” Janet’ ye göre kişide irade zayıflaması sonucunda meydana geliyordu.

Bozukluğun psikodinamik temellerini S. Freud ortaya koymuştur (Mukaddes, 2000; Işık ve Şener, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1935’ te Kanner bazı çocuklarda görülen OKB varlığının belirtilerinin sebebinin ebeveynlerin mükemmeliyetçi tutumu yüzünden olduğunu belirtmiştir. Berman 1942’ de OKB olan dört çocuğun belirtilerinin erişkinlerdeki OKB içeriğine benzerliğini tartışmaya açmıştır. 1955’ te Despert’ s OKB tanısı alan 68 çocuğun psikotik çocuklardan ayırt edilebileceğini söylemiştir. 1965’ te Anna Freud küçük çocukların yaptığı tekrarlama ve seromonilerin (gece yatma ritüelleri ve sayı sayma kompulsiyonları) OKB’ den ayırt edilmesi gerektiğini belirtmiştir (Mukaddes, 2000).

1991 yılında Rapport tarafından yayınlanan çocuklardaki klinik manifestoyu ortaya koyan bir kitap bu konuda çok önemli bir aşamadır (Abalı, 2012).

Yüzyılı aşkın bir süredir OKB, iyi tanımlanan bir bozukluk olmasına rağmen ancak 1980 yılından sonra DSM sistemi içinde yer almıştır. Günümüzde yaygın olarak kullanılan yapılandırılmış sınıflandırmalara 1980’ de yayınlanan DSM-III (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) ile girmiştir (Öznur ve Erdem, 2015).

### 2.3. Epidemiyoloji

Farklı sınıflandırma kriterleri ve kullanılan çalışma desenindeki farklılıklar nedeniyle OKB sıklığının doğru olarak belirlenmesinde bazı zorluklar vardır. İşlev kaybının oluşması ile hastalığın başlaması arasında oldukça uzun zaman geçmesi nedeniyle hastalar başlangıçtan uzun zaman sonra tanı almaktadır. Ayrıca iç görünümün az olması ve utanıldığı için belirtilerin saklanması, eş tanılar nedeniyle başka farklı nedenlerle tedaviye başlanması ve bu arada OKB' nin atlanması ve hastalığın kendi doğası nedeniyle oluşan güçlüklerde hastalığın tanınmasını zorlaştırır (Şahin, 2012).

Uzun yıllar boyunca OKB nadir rastlanılan bir ruhsal bozukluk olarak kabul edilip toplumda görülme sıklığı %1' in altında olduğu sanılıyordu. 1980 yıllarında yapılan çalışmalar genel popülasyonda ki prevalansını %0.05 olarak göstermekte ve tedaviye dirençli olarak bildirmektedir. Bu yaklaşık oran hastaların sıkıntılarının farkına varmasına rağmen çevresindekiler tarafından geç ve nadir olarak müracaatlarına bağlı bir orandır (Bayar ve Yavuz, 2008; Atmaca, 2012; Öznur ve Erdem, 2015).

Yatarak tedavi gören psikiyatrik hastalar arasında yapılan ilk çalışmalarda OKB oranı (%0,05-4,0) olarak bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri' nde genel popülasyonda yapılan 5 epidemiyolojik havzanın değerlendirilerek yapılan çalışmada OKB' nin yaşam boyu prevalansının daha sık (%1,9-3,3) olduğu belirtilmiştir (Öznur ve Erdem, 2015).

Güncel epidemiyolojik çalışmalarda OKB en sık rastlanılan dördüncü ruhsal bozukluk olarak bulunmuştur. Kendinden önce en sık görülen ruhsal bozukluklar sırayla fobiler, madde kullanım bozukluğu ve depresyondur. Toplumda görülme sıklığı diabetes mellitus ve astımın görülme sıklığı kadardır (Bayar ve Yavuz, 2008; Öznur ve Erdem, 2015).

Farklı kültür ve toplumlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar OKB' nin yaşam boyu prevalansının yaklaşık (%2-3) olduğunu göstermektedir (aktr. Karaman ve ark., 2011).

Yaşam boyu prevalansı her ülkeye göre değişiklik göstermektedir. En düşük oranların Tayvan' da (%0,5-%0,9) Hindistan' da ise (%0,6) olduğu gözlenmektedir. Kuzey ve Orta Avrupa' da ise bu oranın (%2,6 ve %3,2) arasında olduğu belirtilmiştir (Bayar ve Yavuz, 2008).

OKB diğer bazı ruhsal bozukluklarla birlikte görülmektedir. %67 ile majör depresyon OKB ile bulunma eğilimi en yüksek hastalıktır. Özgül fobi %22, sosyal fobi %18, yeme bozukluğu %17, alkol kötüye kullanım ve bağımlılığı %14, panik bozukluğu %12 ve Tourette sendromu %7 oranında eşlik etmektedir (Öznur ve Erdem 2015).

Erişkinlerle yapılan çalışmaların bir kısmında kadın erkek arasında fark olmadığını belirtmekle birlikte bazı çalışmalarda ise bu oranın 1,2-1,8 olduğu açıklanmaktadır. Bunun farklı çıkmasının sebebinin OKB' nin depresyonla birlikte komorbid olarak bulunmasından kaynaklandığına dikkat çekilmektedir. Ortalama başlangıç yaşı 21,9 ile 35,5 arasında bulunmuştur. %65 hastada ise başlangıç yaşı 25 yaşından önce yine hastaların %15' inde başlangıç yaşı 35' in üstünde olduğu belirtilmiştir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Önceleri OKB' nin çocuk ve ergenlerde nadir görüldüğü sanılırdı. Son yıllarda yapılan çalışmalar ise bu bozukluğun sanıldığı kadar seyrek olmadığını göstermektedir. Flament ve arkadaşları 5000 lise öğrencisiyle yaptığı çalışmada OKB' nin ömür boyu yaygınlığını %2 olarak saptamıştır. Zahor ve arkadaşları ise OKB oranını puberte öncesi dönemde %1, ergenlerde %4 olarak bulmuşlardır. Geriye dönük yapılan çalışmalarda erişkin OKB vakalarının 1/3 ile 1/2' sinin çocukluk çağında başladığı görülmektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise çocuklukta OKB tanısı alanların %41' inde erişkinlik döneminde de OKB tanısı aldıkları görülmektedir

Subklinik olanların gözden kaçırıldığı başvuruların daha çok ergenlik çağında yapılarak okul öncesi dönemin atlandığı bilinmektedir. Flament ve arkadaşlarının adolesan döneminde yaptığı çalışmalara göre nokta prevelans %0,35 yaşam boyu prevelans ise %0,4 bulunmuştur (aktr. Karaman ve ark., 2011; aktr. Abalı, 2012).

Daha küçük yaşta olgularda bildirilmekle birlikte çocuklukta başlangıç yaşı genellikle 7-12 yaş arasındadır. Çocukluk döneminde erkeklerde 1,5 kat daha fazla ortaya çıkarken ergenlik döneminde kız ve erkeklerde yaklaşık eşit oranlarda görülmektedir. Erkek çocuklarda puberte öncesi dönemde görülen OKB nin tik bozukluğuyla birlikteliği sıktır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre çocukluk döneminde tedavi edilmeyen OKB' nin kronik bir şekilde devam ettiği belirtilmiştir (Öner ve Aysev, 2001).

Pediyatrik popülasyondaki ömür boyu OKB prevalans oranı %0,2-1,2 arasındadır. Geller ve arkadaşlarının okul çağı döneminde buldukları prevalans ise %2-4 arasındadır. OKB' nin başlangıç yaş ortalamasının (7,5-12,5) olarak okul çağı döneme denk gelmesi önemli bir bulgudur. Aynı çalışmada cinsiyetlere göre oran erkeklerde daha sık olarak 3:2 olduğu görülmüştür (aktr. Abalı, 2012).

Obsesif kompulsif bozukluk Türkiye Ruh Sağlığı araştırmasına göre bir yıl içerisindeki yaygınlığı %0,5 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışma olarak Doğan ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastalığın hayat boyu yaygınlığı %3,7 olarak, diğer bir çalışma olarak Çilli ve arkadaşlarının yaptığı alan çalışmasında bir yıllık OKB yaygınlığı %3; bir alan çalışmasında ise bu 12 aylık OKB yaygınlık oranı %2.01 olarak belirtilmiştir (aktr. Tatlı, 2012).

## **2.4. Etiyoloji**

### **2.4.1. Psikanalitik Kuram**

OKB ile ilgili olan ilk psikanalitik görüşler Freud tarafından 19. yüzyıl sonlarında ortaya konmuştur. Freud' a göre obsesyonel nevroz, histeriye benzer biçimde ödipal istekler sonucunda ortaya çıkar. Freud obsesyon ve kompulsiyonları "çocuklukta geçirilmiş cinsel örselenmenin sonucu anababaya karşı düşmanca dürtülerin denetimi" olarak açıklar. Dürtülerin bastırılması sebebiyle denetimden çıkma ihtimaline karşı yeni önlemler alırken bunun sonucunda törensel davranışlar ortaya çıkmaktadır. Freud ödipal dönemin çatışmaları ile başedemeyen hastanın anksiyete duyduğunu ve daha önceki anal sadistik döneme gerilediğini açıklamaktadır. Anal sadistik dürtüler kişi için rahatsız edici olduğundan ve bunlara gerilese de ödipal çatışmanın tam

üstesinden gelemediğinden hasta bu dürtülere karşı sürekli bir mücadele içerisine girer. Freud ayrıca üst benliğin de gerilemeye uğradığını katı, acımasız bir yapıya büründüğünü belirtir (Baykal, 2011; Diler ve Avcı, 1999).

Psikanalitik kurama göre saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullanılan savunma düzeneklerinden “bastırma” (undoing), “karşıt tepki kurma” (reaction formation) ve “yalıtma” (isolation) OKB’ nin üç temel savunma düzenekleridir. Bu üç temel savunma düzeneği obsesif kompulsif belirtilerin şeklini ve niteliğini belirler. “Yapıp-bozma” ve “yer değıştirme” savunma düzenekleri ile de OKB belirtilerinin oluştuğı sanılmaktadır (Diler ve Avcı, 1999; Tükel, 2009; Taner, 2003).

Alfred Adler’ e (1931) göre anababaların aşırı hükmedici tutumları yüzünden yeterlilik duygusu geliştiremeyen bireyde obsesif-kompulsif bozukluk meydana gelir. Bu kişiler aşağılık duygusuyla yüklü olduğundan bilinçdışında kendilerinin kontrol edebileceğı bir alana sahip olmak için kompulsif ritüeller geliştirirler (Davison ve Neale, 2011).

#### **2.4.2. Davranışçı Kuram**

Bu öğrenme kuramına göre obsesyonlar koşullanmış uyaranolardır ve anksiyeteye sebep olurlar. Kompulsiyonlarla bu yaşanan anksiyete giderilmeye çalışılır bunda başarılı olunursa kompulsif davranış öğrenilerek pekiştirilir. Kompulsif davranış, ardından anksiyetenin azalması kompulsiyonun tekrarlanmasına yol açarak kısır bir döngü haline gelmesine sebep olur. Anksiyete düzeyini azaltmada kullandığı ritüellere karşı koymak için OKB’ si olan hasta, fobik kaçınma davranışı da geliştirilebilir. Anksiyeteyi azaltmadaki etkinliklerinden dolayı, kademeli olarak kaçınma stratejileri öğrenilmiş kompulsif davranış kalıpları haline gelerek sabitleşirler (Diler ve Avcı, 1999; Öznur ve Erdem, 2015).

#### **2.4.3. Bilişsel Kuram**

1974’ te OKB’ de bilişsel görüşü ilk ortaya koyan Carr OKB’ de “gerçek dışı tehdit içeren” değıerlendirmeler olduğunu açıklamıştır. Obsesyonların temeli bilişsel kurama göre istenmeyen sıkıntı veren düşünce ve

imgelerin katastrofik bir şekilde yorumlanmasıdır. Bu yanlış yorumlamalar ortadan kalkmadan obsesyonlar devam eder. Obsesyonlar sebebiyle oluşan kaygı düşünsel ya da davranışsal ritüellerle kaçınma ya da ruminasyonlarla azaltılmaya çalışılır (Diler ve Avcı, 1999; Işık ve Şener, 2007; Öznur ve Erdem, 2015).

OKB' nin belirtilerini açıklamak için Salkovskis "Abartılı Sorumluluk Algısı" modelini ortaya koymuştur. Bu modele göre normal bireylerin zihninden de OKB' li bireylerin zihinlerinden geçen benzer içerikli imge, dürtü düşünceler geçer. OKB' li kişilerde sıkıntı yaratmasının sebebi bu zorlayıcı düşüncelerin kendisi değil, bu zorlayıcı düşüncelerin yanlış değerlendirilmesi nedeniyle abartılı bir sorumluluk duygusunu ortadan kaldırmaya ya da etkisiz kılmaya yönelik işlevi olmayan çaba içine girmeleridir (aktr. Pişgin ve Özen, 2010).

#### **2.4.4. Üst Bilişsel Model**

Üst-biliş kavramı biliş kavramına göre daha yeni bir kavramdır. Bilişsel kurama göre anlamlı şekilde farklı bir kavramdır. Son yıllarda üzerinde çokça araştırma yapılmaktadır. Bilişleri düzenleyip kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapılar ve süreçler olarak tanımlanan yapıya üst-bilişsel model denir. *"Üst-biliş, kişinin ne bildiği hakkındaki bilgisi, ne düşündüğü hakkındaki düşüncesi veya kendi bilişsel süreci üzerine çevrilmiş gözüdür. Üst-bilişsel model üç ana kuram üzerine oturmaktadır. Bunlar; Benliği Düzenleyen Yürütücü İşlevler, Bilişsel Dikkat Sendromu ve Üst-Bilişsel İnançlar kuramlarıdır."* OKB' nin Üst-Bilişsel modeline göre kişiler girici tarzdaki bazı düşüncelerin etkileri ve önemine yönelik olumsuz birtakım inançlara sahiptirler. Örneğin "olumsuzluklara karşı hazır olmak için daima endişe içinde olmalıyım" gibi (aktr. Yörük ve Tosun, 2015).

Klinik gözlemlere bakıldığında OKB' deki temel sorunun üst-biliş düzeyinde olduğu görülmektedir. Örnek olarak üst biliş fonksiyonlarından birisi olan bellek performansına duyulan güvenin OKB' li hastalarda düşük olması yerleşik bir bulgudur. Çocukluk dönemi başlangıçlı OKB' de üst-bilişin

ele alındığı çalışma neredeyse yok denecek kadardır. Bu nedenle çocukluk dönemi başlangıçlı OKB’deki bilişsel ve nöropsikolojik süreçlere ilişkin oluşturulan modellerin üst biliş sürecini de kapsayacak şekilde yeni araştırmalar yapılması gerekir (Irak ve Flament, 2007).

## **2.4.5. Biyolojik Kuram**

### **2.4.5.1. Genetik**

#### **2.4.5.1.1. Klasik Aile ve İkiz Çalışmaları**

Tüm psikiyatri genetiği araştırmalarında olduğu gibi OKB’de genetik etkiyi inceleyen araştırmaların en önemli bilgi kaynağı ikiz ve aile çalışmalarından gelmiştir. İkiz çalışmaları incelendiğinde monozigot ikizlerde konkordans oranı %70-80 dolaylarında iken, dizigot ikizlerde yapılan farklı çalışmalarda bu oranın %20-50 aralığında olduğu bildirilmektedir (Taner, 2003; Bayar ve Yavuz, 2008; Tükel, 2009; Karaman ve ark. 2011; akt. Şengül ve Herken, 2012).

Grootheste ve arkadaşları, 1929 ile 2005 arası yapılan OKB ile ilgili ikiz çalışmalarını açıklayan araştırmaları inceleyerek 2005 yılında kapsamlı bir gözden geçirme yazısı yayınlamışlardır. Bu çalışmaya göre çocuklarda yapılan çalışmalarda genetik kalıtımı %45-%65, erişkinlerde ise %27-%47 olduğunu açıklamışlardır. Tek yumurta ikizlerinde genetik yapıların aynı olmasına rağmen konkordans oranı %100 çıkmadığı için OKB’de çevresel faktörlerinde etkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır (akt. Şengül Herken, 2012).

OKB tanısı alan çocuklarla 1973 yılında Adams ilk geniş çaplı araştırmayı yapmış bu 49 çocuğun %71’inin aile öyküsünde, %55’inin anne veya babasında OKB dışında başka bir ruhsal bozukluğa rastlanmamıştır. Hollingsworth (1980) OKB tanılı çocukların %80’inin anne veya babasının ruhsal ya da fiziksel bir hastalığı olduğunu Swedo SE ise OKB tanısı olan çocukların %25’inin birinci derece yakınlarında OKB olduğunu açıklamıştır (aktr. Avcı ve Aslan, 1995).

Riddle 21 OKB tanısı konan çocuğun anne babasıyla yaptığı bir çalışmada bu çocukların anne ve babalarının %71’inde OKB yada obsesif



kompulsif belirtiler olduğunu, belirti birlikteliğinin sırasıyla anne-oğul, baba-oğul daha sonra da anne-kız ikilileri biçiminde olduğunu belirtmiştir. Yine bu çalışmaya göre ana babadaki belirtilerle çocuktaki belirtiler farklı bulunmuştur (akt. Avcı ve Aslan, 1995; Işık ve Şener, 2007).

Vural ve arkadaşlarının ülkemizde(2002) yaptığı bir çalışmada ise OKB' li çocukların ailelerinde %11 oranında OKB olduğunu belirtmişlerdir (Işık ve Şener, 2007).

#### **2.4.5.1.2. Moleküler Genetik Çalışmaları**

Moleküler genetik çalışmaları pozisyonel ve aday gen yaklaşımı olarak iki şekilde incelenebilir. Pozisyonel yaklaşımda özellikle bağlantı analizi yöntemleri hastalığın patofizyolojisiyle ilgili bilgiye gerek olmadan genlerin kromozomal lokalizasyonlarını belirleyen tamamen genetik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Aday gen yaklaşımında ise araştırmacı hastalığa müdahil olan geni tanımaya ihtiyaç duymakta hastalığın biyolojisini iyi bilme gereksinimi duymaktadır. Uygulamalarda ise aday gen ve pozisyonel yaklaşımları birlikte ele alınıp kullanılmaktadır. Genetik bağlantı analizinden kasıt genlerin işlevselliğine bakarak kromozomlardaki lokalizasyonlar arası ilişkileri belirleyen istatistiksel bir yöntem düşünülmektedir. Bu yöntem kromozomlar üzerinde yakın yerlerdeki belirteçler kullanılarak hastalığın bir sonraki nesilde ortaya çıkıp çıkmayacağını ortaya koyan genetik bir analizdir (akt. Şengül ve Herken, 2012).

#### **2.4.5.1.3. Bağlantı (Linkage) Çalışmaları**

Klasik ve ikiz çalışmalarında genetik geçişin gösterilmesinden sonra bu geçişten sorumlu gen lokusları tespit edilmeye çalışılmış ve Weissbeck ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmayla 4p13 kromozom alanında OKB ile bir bağlantı saptanmıştır. Fakat Hanna ve arkadaşları ise 9p24 kromozom alanını bağlantılı olarak tespit etmişlerdir. Tüm psikiyatri genetiği çalışmalarındaki bağlantı analizi çalışmalarının farklı çıkması nedeniyle son yıllarda bu çalışmalar yerine tüm genomu inceleyen bağlantı araştırmaları öne çıkmaktadır (akt. Şengül Herken, 2012).

#### **2.4.5.1.4. İlişkilendirme (Asosiyasyon) Çalışmaları**

OKB genetiği çalışmalarında en fazla yapılan çalışma ilişki genetiği araştırmalarıdır. Serotonin taşıyıcı geninde (SERT) gözlenen polimorfizmler hem depresyon ve hem de anksiyete bozukluklarının temel kaynağı olan genetik polimorfizmlerdir. Bu gen üzerinde birçok polimorfizm saptansa da üzerinde en çok yoğunlaşılan polimorfizm genin promotör bölgesinde bulunan uzun (l) ve kısa (s) polimorfizmidir. Bu polimorfizm' in OKB ile ilişkisini Lin, 13 araştırmayı bir meta analiz şeklinde açıklayarak (s) alenininin OKB ile ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Meta analiz sonucuna göre bu gen için ss (kısa, kısa) genotipi taşıyanların 1s (uzun, kısa) ve ll (uzun, uzun) genotip taşıyanlara göre 1,21 daha fazla OKB' ye yakalanma riski olduğunu belirtmiştir. Serotonin reseptörlerinde gözlenen polimorfizmlerinde OKB ile ilişkisine bakıldığında en çok üzerinde durulan reseptörler 5HT2A, 5HT2C ve 5HT1B resöptlerleridir. 5HT2A 1438A/G, 5HT1B 861G/C ve 5HT2C Cys23Ser polimorfizleri OKB ile ilişkili polimorfizmlerdir. Fakat bu polimorfizmlerin OKB ile ilişkisi olmadığını belirten çalışmalarda vardır. Dopaminerjik sistemde gözlenen genetik polimorfizmlerde OKB ile ilişkili olup olmadığı incelenmiş çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Özellikle dopamin taşıyıcısı olan (DAT) ve dopamin reseptörlerinde (DRD1, DRD2, DRD3 ve DRD4) yapılan gözleme göre genetik polimorfizmlerle OKB ilişkisinde bu çelişki daha da fazladır. Nörotransmitterlerin metabolizmasında rol oynayan genlerde gözlenen polimorfizmlerle OKB ilişkisini inceleyen araştırmalara bakıldığında en çok COMT ve MAO-A geni öne çıkmaktadır (akt. Şengül ve Herken, 2012).

#### **2.4.5.1.5. Tüm Genomun İncelendiği Çalışmalar**

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte tek nokta polimorfizm çalışmalarının yetersiz olduğu anlaşılmış ve yerini tüm genomun incelendiği ilişkilendirme ve bağlantı çalışmalarının yapıldığı genetik araştırmalara bırakmıştır. OKB' da tüm genomu inceleyen ilk bağlantı çalışması Shugart ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmaya bakıldığında 1, 6, 7 ve 15 numaralı kromozomlarda OKB ile bağlantılı bölgeler bulunmuştur. Fakat en önemli bağlantı 3q27-28 kromozom bölgesinde bulunmuştur. Daha sonra Ross ve arkadaşları tüm genomu inceleyen çalışmalar yapmışlar OKB ile bağlantılı olan birkaç bölge

bulsalar da en güçlü bölge olarak 15q14 kromozom bölgesinin olduğunu belirtmişlerdir. Nestadt ve arkadaşlarının yaptığı incelemelerde ise NANOGP8, MEIS2, PBX1 ve LMX1A genlerinin OKB ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (akt. Şengül ve Herken, 2012).

#### **2.4.5.1.6. OKB Genetiği Çalışmalarının Geleceği**

OKB genetiği çalışmalarının önemli bir kısmı ilişkilendirme çalışmalarıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalara göre serotonin ve dopaminin rolü daha da artmıştır. Fakat hastalıktan sorumlu aday bir gen veya direkt bir kromozom bölgesi bulunamamıştır. Ayrıca son yıllarda DNA dizisi değişikliğinden çok kalıtımla geçen fenotipik değişimi, gen ekspresyon değişikliğini ve varyasyonları inceleyen epigenetik çalışmalarda vardır (akt. Şengül ve Herken, 2012).

İkiz ve aile çalışmaları genetik etiyojolojiyi desteklese de moleküler genetik çalışmalarında bağlantılı bulunan kromozomal bölge çalışmaları farklılık göstermekte ilişkilendirme çalışmalarında da öne çıkan çalışmalar aday bir gen bulunamamıştır. Hastalığın klinik ve etiyojolojik olarak heterojen bir dağılımlı olması sebebiyle tutarsız sonuçlar ortaya çıkmakta ve genetik çalışmalara göre erken başlayan OKB, tikle birlikte olan OKB, OKB' deki duyusal fenomenin veya belirti boyutlarını kullanan yaklaşımlar tavsiye edilmektedir (aktr. Özcan, 2010). Bütün bunlardan anlaşıldığına göre yapılan OKB gen çalışmalarının bazılarında kalıtsal özellik varken bazılarında olmadığı yine yapılan son çalışmalarla birlikte OKB ile immün sistem arasında pozitif sonuçlar bulunabilmektedir (aktr. Amil, 2013).

#### **2.4.5.2. Nörobiyoloji**

##### **2.4.5.2.1. Nörobiyolojik Modeller**

OKB' yi açıklamak için şimdiye kadar çeşitli nörobiyolojik modeller sunulmuştur. Bu modellerden bazıları; Modell Modeli, Baxter Modeli ve Schwartz Modelidir. Bu modeller arasında bazı farklar olsa da tümü incelendiğinde prefrontal korteksi (orbitofrontal ve singulat korteksler) limbik alan, bazal ganglionlara ve medial talamusa bağlayan döngülerdeki işlev

bozukluğundan kaynaklandığına odaklanmış olup bu döngülerdeki bozukluk sebebiyle beynin bilgiyi işleme sürecini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Öznur ve ark., 2013).

#### **2.4.5.2.2. Nörobiyolojik Bulgular**

OKB olan hastaların beyin görüntüleme çalışmaları incelendiğinde elde edilen sonuca göre orbitofrontal korteks, kaudat nükleus ve talamus arasında bulunan nöronal bağlantılarda aktivite değişiklikleri görünmektedir. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) benzeri görüntüleme çalışmalarında OKB' li hastaların frontal loblarında, singulat ve bazal ganglionlarında (özellikle kaudat nükleusta) artmış metabolizma ve kan akışı saptanmıştır. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MRI) çalışmalarına bakıldığında OKB hastalarının kaudat nükleus çaplarının bilateral azaldığı görülmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008; Öznur ve Erdem, 2015).

Psikiyatrik bozukluklarda yaygın olarak kullanılan Magnetik Rezonans Spektroskopisi (MRS) beyin metabolitlerinin invaziv olmayan bir şekilde ölçümünü sağlar. Fitzgerald, Rsenberg ve ark.(2000) tedavi almayan pediatrik OKB' li olguların MRS analizlerinde, sol ve sağ medial talamuslarında NAA oranlarında belirgin düşüklük saptamışlardır. Sol medial talamusta NAA oranının düşüklüğü kompulsif olmayan fakat obsesif semptomların şiddetiyle ters orantılı olduğu şeklinde açıklanmıştır (Yalçın, 2008).

Çocuk ve ergen OKB hastaları üzerinde yapılan nöropsikolojik çalışmalar erişkinlere göre daha azdır. Yalçın ve arkadaşlarının yaptığı 8 ile 16 yaşları arasında olan çocuk ve ergenlerden meydana gelen 45 OKB olgusu ve kontrol grubuyla yaptıkları bir çalışmada toplam zeka bölümü katsayıları benzer olsa da, kontrol grubuna göre OKB grubunda daha yüksek sözel zeka bölümü ve daha düşük performans zeka bölümü tespit edilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada OKB tanısı çocuk ve ergenlerde görsel uzamsal-mekansal algılama, görsel tarama, anlık, kısa süreli sözel bellek ve öğrenme alanlarında gerilik saptanmış, uzun süreli sözel belleklerinin ise daha güçlü oldukları tespit edilmiştir. Sözel akıcılık, dikkat, çalışma belleği, tepki ketlemesi, bozucu etkiye direnç, bilgi işleme hızı, psikomotor hız, kurulumu değiştirme,

kavramsallaştırma, soyut düşünme ve irdeleme açısından gruplar arasında belirgin bir farklılık saptanmamıştır (Yalçın ve ark. 2012).

Obsesyon ve kompulsiyonların oluşumuna en güncel varsayımlara göre Kortiko-Striato-Talamo-Kortikal (KSTK) devresinde oluşan dengesizlik nedeniyle ortaya çıkan orbito-frontal-subkortikal döngüdeki hiperaktivite neden olmaktadır (Taner, 2003; Işıklı ve Gönül, 2012; Gürkan, 2015). Bu yolakta işlev gören nörotransmitter OKB patofizyolojisinde de rol oynamaktadırlar. OKB tedavisinde bu nörokimyasal maddeler ve taşıyıcıları üzerinden etki gösteren ilaçların etkili oldukları gösterilmiştir. Bu nörotransmitterlerin en önemlileri serotonin, dopamin, gamma aminobutrik asit (GABA) ve glutamattır (Gürkan, 2015).

Minör nörolojik bir bozukluk olan ve nörogelişimsel sorunların varlığına işaret ettiği düşünülen silik nörolojik belirtiler OKB hastalarında sağlıklı kişilere göre daha fazladır (Varma ve ark. 2012).

#### **2.4.5.2.3. OKB' de Elektrofizyolojik Özellikler**

OKB' nin temporal lob EEG' nin kantitatif analizine göre gözler kapalı dinlenme halindeyken, delta ve alfa artışı sergilemektedir. OKB' li hastalara kokusal bir uyaran verildiğinde yavaş beta frekansında bir değişiklik olmaz veya az bir azalma görülür. Normal kişilerde ise beta frekansında kokuya karşı artış olmaktadır. Temporal lobu aktivite etme işlemine karşı bu şekilde bir yanıt olması OKB' yi aklımıza getirir (Arıkan, 1999).

#### **2.4.5.2.4. Nörotransmitterler**

OKB' nin patofizyolojisinde serotonerjik sistemin işlevinde bozukluk olduğu düşünülmektedir. Kortikostriatal ve medial frontal korteksteki serotonerjik transmisyonun serotonin geri alım engelleyicileri ile düzeltilmesi OKB belirtilerinde de azalma sağlamaktadır (aktr. Taner, 2003).

OKB' de çeşitli ilaçlarla yapılan birçok çalışma serotonin disregülasyonunun olduğu varsayımını destekler niteliktedir. Elde edilen bilgiler serotonerjik ilaçların ((SSRI) Seçici serotonin geri alım inhibitörü) diğer nörotransmitter sistemlerini etkileyen ilaçlardan daha fazla etkili

olduğunu göstermektedir (Işıklı ve Gönül, 2012; aktr. Şimşek, 2015; aktr. Öznur ve Erdem, 2015).

Dopaminin OKB patagonezinde dopamin nörotransmisyon sisteminin de etkisinin olabileceğini destekler nitelikte birçok veri vardır. Beyinde özellikle bazal ganglionlarda dopamin ve serotonin sistemleri arasında işlevsel ve anatomik bağların çok anlamlı olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca düşük doz antipsikotik ilaçlar SSRI ile birlikte kombine kullanıldığında tedaviye verilen yanıt yükselmektedir. Presinaptik dopamin gerilim inhibitörü olan kokainin OKB' li hastalarda belirtileri arttırdığı, dopamin agonisti olan quinapirol uzun süre kullanılıncaya kompulsif davranışların ortaya çıkmakta olduğu belirtilmiştir (aktr. Akpınar, 2007).

## **2.5. Pediatrik OKB**

Çocuk ve ergenlerde görülen OKB gidişat ve sonuç itibarıyla önemli bir bozukluktur. Gelişimsel özellikleri dikkate alındığında çocuktaki OKB semptomatolojinin buna göre değerlendirilmesi gerekir. Çocuklar yaşlarına bağlı olarak obsesif kompulsif davranışlar gösterebilir (Abalı, 2012).

Çocuk ve ergen yaş grubunda OKB' nin yaşam boyu yaygınlığı %0,5-1 arasındadır. OKB olan erişkin hastaların 1/3-1/2 kadarında belirtilerin çocukluk döneminde başladığı bildirilmektedir. OKB' nin hem çocuklarda ve hem de erişkinlerde ailesel kümelenme eğilimi gösterdiği bilinse de OKB ile ilişkili özgül genetik faktörler ve aileye özgü davranışsal risk faktörleri yeterince bilinmemektedir (Durukan ve ark., 2010).

OKB çocukluk çağında (10-11 yaş) ve ergenliğin sonundan erişkinliğe geçerken (19-23 yaş) olmak üzere iki kez pik yapar. Bilinen en erken yaş iki yaş olmasına rağmen altı yaşından önce görülmesi nadirdir. On iki yaşından önce başlayan OKB olgularının incelendiği bir çalışmada erkeklerde düzen/simetri kızlarda bulaşma/yıkama en sık rastlanan belirtilerdir. 3-9 yaş ve 10-18 yaş OKB gruplarının karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB şiddeti açısından gruplar arasında bir fark bulunamamıştır.

Erişkin yaş gruplarında yapılan çalışmalarda cinsiyetler arasında fark bulunamazken çocuklarla yapılan çalışmalarda ise erkek çocuklarında OKB'nin daha sık olduğu bildirilmektedir. Çocukluk Çağı OKB ile yetişkin OKB benzerlik gösterse de ancak önemli farklılıkları da vardır. Çocuklar kendi belirtilerinin doğasını anlamakta erişkinler gibi farkındalıkları yoktur. Çocuklarda obsesyon ve kompulsiyonlar çok geniş bir çeşitlilikte olabilir, bu da hastanın erişkinlikteki klinik görünümünü yansıttığı düşünülür. Çocuklarda obsesyonsuz kompulsiyon daha çoktur. Ülkemizde çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmaya göre olguların %39,2' sinde obsesyon ve kompulsiyonların birlikte görüldüğü %8' inde sadece obsesyonların olduğu ve %52' sinde sadece kompulsiyonların olduğu bildirilmiştir. Scahill ve arkadaşları (2003) çocuklarda en sık görülen obsesyonların bulaşma ve zarar görme, en sık kompulsiyonların ise yıkama ve zarar görmekten korunma ritüelleri olduğunu bildirmişlerdir (aktr. Tahiroğlu ve Çelik, 2016; Pişgin ve Özen, 2010).

Çocuk ve ergenlerde OKB' a eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar arasında duygulanım, anksiyete, dikkat eksikliği ve öğrenme güçlüğü, tik bozuklukları en sık olanlarıdır. Çeşitli çalışmalarda %60-80 arasında değişen komorbidite oranları vardır. OKB olan çocukların ailelerinin kendiliğinden zamanla geçecek diye çocuğun törensel davranışlara katılması tanı ve tedaviyi geciktirmektedir (Demirok ve ark., 2001).

## **2.6. Komorbidite**

Komorbidite demek, hastalıkların birden fazlasının şans eseri bir arada bulunma olasılığından çok daha fazla bir ihtimalle bir arada ortaya çıkarak görünmesidir. Aslında komorbidite tanımı üzerinde tam bir anlaşma sağlanabilmiş değildir. Bir kişide iki bozukluğun eş zamanlı olarak bir arada bulunması mudur? Bu durumda primer bozukluk ve sekonder bozukluk ayırımı yapabilirsek hangisi primer bozukluk olarak kabul edilecektir? Her ne olursa olsun hastalıkların aynı bireyde bir arada bulunması ilginçtir. Bu durumdan faydalanılarak komorbidite incelemeleri yapılmaktadır. Böylece her iki bozukluk için ortak bir patofizyoloji olup olmadığı ve en önemlisi de etiyolojisinin ne olduğu soruları cevaplanabilir (aktr. Kökrek ve ark., 2012).

OKB, diğ er psikiyatrik bozukluklarla bir arada sıkça görülen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Yapılan toplum temelli araştırmalara göre OKB tanısı almış çocuklarda komorbidite oranı %50' nin üzerindedir (Adaletli, 2015; aktr. Baykal 2011; Tükel, 2009; Işık ve şener, 2007; aktr. Diler ve ark., 1999).

Hanna ise OKB tanısı konan çocukların %80' inin hayatları boyunca başka bir ruhsal bozukluk tanısı aldıklarını bildirmektedir. OKB ile en sık rastlanılan komorbidite ise dikkat eksikliğ i hiperaktivite bozukluğu (DEHB), diğ er yıkıcı davranım bozuklukları, tik bozuklukları, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluklar, özgül öğrenme bozuklukları, psikotik bozukluklar, enüresiz ve enkoprezis şeklindedir. Komorbiditelerin dağılımı yaşa göre değ işiklik gösterir. Erken yaşlarda OKB ile birlikte tik bozuklukları, DEHB ve anksiyete birlikteliğ i riski artarken, psikotik bozukluklar ve duygu durum bozuklukları komorbiditesi yaşla birlikte artış göstermekte ve bu durum özellikle de ergenlik döneminde belirginleşmektedir. Ulusal Mental Sağlık Enstitüsünün çocukluk dönemi OKB' si ile yaptığı çalışmada hastaların sadece %26' sının herhangi bir ek psikopatolojiye sahip olmadığı belirtilmiştir (aktr. Baykal, 2011).

Erişkinlerle yapılan çalışmalarda depresif bozukluğ un OKB hastalarında en sık görülen komorbidite olduğu bildirilmektedir. Ayrıca bu kişiler anksiyete bozukluklarına da yatkındır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Tourette sendromu tanılı hasta grubunda OKB eş tanısının %75 olduğu belirtilmiştir. Tik bozukluğuyla birlikte bulunan OKB olguları erkeklerde daha sık ve daha erken dönemde ayrıca ailelerinde de fazla bulunduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluk, majör depresyon, davranım bozukluğu ve dürtüselliğ in eklendiğ i OKB olgularında intihar girişiminin arttığı bildirilmiştir (aktr. Karaman ve ark., 2011).

OKB' un bipolar bozuklukla yaşam boyu birliktelik sıklığı, yapılan araştırmalara göre %14-21, klinik çalışmalarda %10-35 olarak belirtilmiştir (aktr. Tatlı, 2012). Çocuklarda en sık görülen komorbidite oranları; DEHB (%34-%51), majör depresyon (%33-%39), tikler (%26), özgül öğrenme güçlüğ ü (%24), Tourette Sendromu (%18-%25), karşı olma-karşı gelme



bozukluğu (%17-%51) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%16) şeklindedir (aktr. Karaman ve ark., 2011; aktr. Baykal, 2011).

DEHB, OKB ve Tourette bozukluklarında kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) yolaklardaki anormallikler birbirine benzer. Bu üç bozuklukta da KSTK dolaylı yolağında ketlenme ya da direk yolakta aşırı aktivasyon olabilir. Bu bozuklukların sıkça birlikte görülmesi de bu görüşü desteklemektedir (Öner ve ark. 2008).

Alkol ve madde kullanım bozuklukları da OKB ile birlikte görünmektedir. Crino ve arkadaşlarının 1996 yılında yaptıkları bir çalışmaya göre OKB' de alkol kötüye kullanım ya da bağımlılığı görülme oranı %24,1 ilaç kötüye kullanım veya bağımlılığı görülme oranı %17,6 olarak bildirilmektedir (aktr. Tatlı, 2012).

Şizofreninin başlangıcı olan ergenlik döneminde, OKB' ye benzer belirtiler olabilmektedir. Araştırmacıların çoğu bu iki bozukluğu birbiriyle ilişkisi olmayan iki ayrı durum olarak kabul etmekle birlikte eğer olgular iki tanı ölçütlerini de karşılıyorsa bazı araştırmacılar, bu durum için “şizo-obsesif bozukluk” terimini kullanmaktadır ve bunu OKB ve şizofrenik bozukluğun eş tanılı olduğu durumlar olarak değerlendirmektedir (aktr. Bahalı ve ark., 2007).

Şizofreni ve OKB arasında düşünce sürecindeki bozukluk, algı patolojisi ve klinik gidiş açısından örtüşmeler olduğu bildirilmiştir. Şizofrenik hastaların en az (%13-47) sinde obsesif kompulsif semptomların görülmesi son zamanlarda şizofreni-OKB ilişkisine ilgiyi arttırmış birinden diğere geçişler olabileceğini öne sürmüştür. 1991 yılında yapılan bir çalışmada üç çift monozigot ikize OKB tanısı konuyor. Daha sonra bu hastalardan ikisine şizofreni, birine şizoaffektif bozukluk ve yine üçüne birden şizopital kişilik bozukluğu tanısı konuyor. Bunun istatistiksel bir şans mı ya da birlikte genetik bir geçiş mi olduğunun cevabı zor bir sorudur. Bu gözlemlerin sonucunda şu söylenebilir. OKB ve şizofreni spektrum bozuklukları birlikte görülebilir. OKB olan kişiler ve akrabaları yüksek oranda şizofreni olma riski taşımaktadırlar. OKB ve şizofreni arasında yüksek ihtimalle bir bağlantı olduğu belirtilmiştir. Bunun kesin olarak kanıtlanabilmesi için daha başka ve geniş örneklem

gruplarıyla nörobiyolojik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Gül ve Doğan, 2014).

Şizofreni hastaları üzerinde son dönemde yapılan çalışmalara bakıldığında, OKB' nin varlığının işlevsellik semptom şiddeti ve nörokognitif testlerdeki performans üzerinde olumsuz etkileri olduğunu açıklamışlardır. Şizofreni hastalarında OKB eş tanısı varsa şizofreni başlangıç yaşının daha erken dönemde başladığı ve daha fazla intihar düşüncesi ve intihar girişimi olduğu belirtilmiştir (aktr. Üçok, 2012).

Yeme bozukluğu ile obsesif kompulsif bozukluk arasında yüksek komorbidite oranları ile klinik ve kişilik özellikleri bakımından benzerlik bulunması araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Popülasyonun geneline bakıldığında yeme bozukluğu (YB)' nun yaşam boyu prevalansı anoreksiya nervoza (AN) için %0,5-%0,9 ve bulimia nervoza (BN) için yaklaşık %1,5 iken, OKB' nin yaşam boyu yaygınlığı %2,3 olduğu belirtilmektedir. OKB ve yeme bozukluğu (YB) komorbiditesini araştıran pek çok farklı sonuçlu çalışma vardır. OKB teşhisi konmuş hastalarda yaşam boyu yeme bozukluğu (YB) görülme oranı %11-42 arasındadır. Yaşam boyu OKB yaygınlığı anoreksiya nervoza (AN) hastalarında %11-69 arasında iken, bulimia nervoza (BN) hastalarında %3-43 arasındadır. Her iki hastalığın prevalans oranları çarpılarak rastlantısal komorbidite oranları hesaplanıp bulunabilir. OKB ve yeme bozukluğu (YB) için saptanan komorbidite oranları rastlantısal oranların çok üzerinde çıkması nedeniyle iki bozukluk arasında görülen komorbidite tesadüfi olmaktan uzaktır (Karayılan ve Erol, 2012).

Erişkinlik dönemi çalışmalarına göre obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun OKB ile daha az birliktelik durumu vardır. Bu da beklentinin aksine bir durumdur. OKB ile komorbid kişilik bozuklukları %50-60 oranında bağımlı ve kaçınan kişilik bozuklukları olarak belirtilmektedir (Işık ve Şener, 2007).

OKB komorbiditesini semptom bazında inceleyen Hasler ve arkadaşları (2005), OKB alt tiplerinin bazı psikiyatrik bozukluklarla daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Yapılan bu araştırmanın sonucuna göre; simetri

obsesyonları, tekrarlama sayma ve düzenleme kompulsiyonları; bipolar bozukluklar ve panik bozukluk/agorafobi ile kirlenme obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları; yeme bozuklukları ile saldırganlık, cinsel, dini somatik obsesyonlar ve kontrol kompulsiyonları ise anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar ile yüksek ilişkili olduğu tespit edilmiştir (aktr. Kuruoğlu, 2009).

OKB' de öz kıyım vakaları az olmasına rağmen duygu durum veya anksiyete bozukluğu komorbiditesinin bu oranı arttırdığı düşünülür ve OKB hastalarında ruhsal bozukluğu olmayanlara göre 3 kat, başka bir ruhsal bozukluğu olanlara göre 2 kat fazla öz kıyım girişimi oranı bildirilmiştir (Karakuş ve Tamam, 2015).

## **2.7. Ayırıcı Tanı**

### **2.7.1. Normal Gelişimsel Ritüeller**

Obsesif kompulsif bozukluğun ayırıcı tanısı, özellikle çocukluk çağı anksiyete bozuklukları sıklıkla obsesif düşünceleri andıran korkularla seyrettiğinden önemli bir durumdur. Yapılan gelişimsel çalışmalara bakıldığında çocukların normal davranışları içinde anlamlı bir şekilde törensel ve kompulsiyon benzeri davranışlar olabilir (Baykal, 2011).

Çocuklar çoğunlukla “tam ayarında” hissini doyurana kadar hareketlerini tekrar ederler. Bu hareketlerin sadece bir kısmı özgül bir endişe eşliğinde açıklanabilir. Örneğin bir çocuk yatmadan önce terliğini tam olması gibi oluncaya kadar düzenleyip koyana kadar uyumayabilir. Ya da yemek masası tam istediği şekilde düzenlenmeden yemek yemeye oturmayabilir. Anna Freud (1965) tüm çocukların anal devre öncesinde veya sırasında temizlik, düzene düşkünlük, yeme ve uykuya yatma törenleri gibi takıntıların olabileceğini ve bu durumun fallik döneme geçişte kademeli bir şekilde ortadan kalktığını bildirmiştir (Arman ve ark. 2003).

Çocuğun normal gelişim dönemlerinde yaptığı yemek veya yatma zamanı ritüel davranışları, birçok günlük aktivitelerinde görülen

ritüellerin OKB' yle ayırıcı tanısı, bu ritüellerin içeriği, zamanlama ve şiddeti değerlendirilerek yapılmalıdır (Işık ve Şener, 2007).

### **2.7.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

Hemen hemen tüm günlük olaylar hakkında gelişebilen rahatsız edici düşüncelerle görünen çocukluk dönemine ait olan bu bozukluğun OKB' yle ayırıcı tanısı düşünce bozukluğunun sihirli ya da bizar bir şekilde olması ve çoğu hasta tarafından gerçek dışı kabul edilmesiyle yapılmaktadır (Işık ve Şener, 2007; Bayar ve Yavuz, 2008).

### **2.7.3. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu**

Ayrılma anksiyetesinde çocuk anne baba veya kendine bakım veren kişinin başına kötü bir şey gelecek diye korkup düşünse bile OKB de olduğu gibi bunu engelleyebilmek adına kompulsif davranışlar geliştirmez (Işık ve Şener, 2007).

### **2.7.4. Özgül Fobi**

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların çoğunda fobilerde vardır. Pierre Janet bu iki bozukluğa psikasteniy diyerek tek bir hastalık olduğunu ileri sürmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Kaygı hissi özgül fobiyi oluşturan uyaranla ortaya çıkmakta bu kaygı hissine karşı kaygıyı yenmek için OKB de olduğu gibi kompulsif bir davranış göstermemekte sadece kaçınma davranışı görülmektedir (Işık ve Şener, 2007).

### **2.7.5. Tourette Sendromu**

Tourette Sendromlu hastaların %90' ında ağır kompulsif belirtiler görülmesi nedeniyle bu hastaların 2/3' üne yanlışlıkla OKB tanısı konmaktadır (Karaman ve ark., 2011). Bu bozukluk ile OKB nin ayırıcı tanısı, Tourette sendromunda tiklerin obsesif bir düşünce olmadan da istemsiz olarak ortaya çıkmasıdır (Mukaddes, 2000; Işık ve Şener, 2007).

### **2.7.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

OKB hastasında var olan dürtüsellik ve ritüelistik kompulsif davranışları nedeniyle DEHB tanısı almalarına neden olmaktadır (Işık ve Şener, 2007).

### **2.7.7. Otizm ve Asperger Bozukluğu**

Otizm ve asperger bozukluğundada tekrarlı ve stereotipik özellikli davranışlar vardır. Fakat bu davranışlar obsesif bir düşünceden sonra gelişmez. OKB de ise davranışlar obsesif bir düşünceden sonra gelişen kaygıyı azaltmak amacıyla yapılır (Işık ve Şener, 2007).

### **2.7.8. Çocukluk Çağı Şizofrenisi**

Bizar ve alışılmadık şekilde obsesyonların kimi zaman hezeyan boyutunda olması boyutunda değerlendirilmesi nedeniyle, OKB'li çocuklara şizofreni tanısı konmaktadır. Ayırıcı tanı OKB de gerçeği değerlendirme yetisinin kaybolmamış olması ve şizofrenide görülen sanrı ve varsanların bulunmamasıyla yapılır. Ayrıca şizofrenide bulunan obsesif düşünceler benlikle uyumludur. Şizofrenide hasta genellikle obsesyon ve kompulsiyonlarını önlemek için çaba göstermez. Bunların kendisinin yaşamını kısıtladığını ve kendisine sıkıntı verdiğini belirtmez (Işık ve Şener, 2007; Karaman ve ark., 2011).

Bazı OKB vakalarında gerçeği değerlendirme yetisi kaybolup obsesyonlar hezeyanlar boyutuna gelebilir. Obsesyonla hezeyan arasında yer alan durumlarda “zayıf iç görülü OKB tanısı konabilir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Sanrılı düşünceli OKB hastaları “atipikOKB”, “psikotik görünümlü OKB” veya “psikotikOKB” terimleriyle adlandırılmaktadır. Olguların her iki tanı kriterlerini de karşıladığı durumları bazı uzmanlar “şizoOKB” adıyla belirtmişlerdir (Türkbay ve Söhmen, 2000).

### **2.7.9. Nörolojik Bozukluklar**

Merkezi sinir sistemindeki kimi lezyonlarda ve temporal lob epilepsisinde gözlenen düşünce bozuklukları, bilinç kaybı ve değişikliklerinin ani olması, motor güç kayıplarının olması gibi bulgular dikkate alınarak OKB'yle ayırıcı tanıya gidilir (Işık ve Şener, 2007). Ayrıca Trikotillomanide dismorfobi, hipokondriasis olguları OKB benzeri özellikler taşır. Depresif bozukluklarda da bazen obsesif düşüncelere rastlanabilir. Depresyon, kendine ait diğer belirtilerin bir bütünlük göstermesiyle OKB den ayrılır. Fakat dikkat edilmesi gereken durum OKB'ye eşlik eden depresyondur (Karaman ve ark. 2011).

### **2.8. Tedavi Yöntemleri**

Uzun yıllar boyunca OKB tedaviye dirençli bir hastalık olarak düşünülüyordu. Fakat son yıllarda davranışçı yöntemlerin ve psikofarmakolojideki önemli gelişmelerin olması sebebiyle bu düşünce değişmiştir (Diler ve Avcı, 1999).

OKB'nin semptomları psikodinamik terapi ve psikanalize çok fazla dirençli olduğu içindir ki tedavide farmakolojik ve davranışçı tedaviler daha çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan kontrollü çalışmalara göre farmokoterapinin, davranışçı tedavinin veya bu ikisinin birlikte kullanılmasının OKB semptomlarını önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir (Köroğlu, 1995). Çalışmalarda BDT'nin en az ilaçlar kadar etkili olduğu ve özellikle hafif-orta şiddetteki vakalarda olmak üzere birçok hastada ilk tercih olması gerektiği bildirilmektedir (Uğuz, 2012).

OKB'nin etiyolojisine bakıldığında biyolojik faktörler daha ön planda olmasına rağmen OKB tedavisinde farmakolojik yöntemler kadar davranışsal yöntemlerde başarıyla kullanılan bir yöntemdir. Tedavi seçeneklerinde ilaçlı tedavi mi yoksa davranış terapisi mi ya da kombine bir metod mu kullanılacağı hastanın özelliklerine göre belirlenip uygulanır (Bayar ve Yavuz, 2008).

### 2.8.1. Davranışçı Terapi

Aslında herkesin aklına gelebilecek korkutucu olmayan düşünceler OKB' si olan kişide koşullanma yoluyla anksiyete ile ilişkilendirilmekte bu nedenle rahatsız edici özellikler kazanmaktadır (klasik koşullanma). Aklına gelen ve anksiyete oluşturan bu tür düşüncelerden kurtulmak için birey korunmak için kaçınma davranışı sergilemektedir. Bu kaçınma davranışı anksiyeteyi azalttığı için bir tür pekiştirici rolü oynamaktadır (edimsel koşullanma). Obsesyonel düşünceden kaynaklanan ve koşullanma yoluyla oluşan emosyonel durum arasında oluşan bağlantının söndürülebilmesi için hastanın düşüncelerden kaçmaması ya da bu düşünceleri nötralize etmek için çeşitli ritüelleri yapmaması gerekir.

Farmakoterapiye bir alternatif olarak maruz kalma ve tepki önlemeyi (Expo-sure and response prevention-ERP) içeren davranışçı tedaviler OKB' nin psikolojik tedavisinde uzun yıllardır kullanılmaktadır. Bu konuda ki ilk çalışmalar Victor Meyer (1966) tarafından yapılmıştır ve 40 yılı aşkın süredir bu tedavi OKB' de başarıyla kullanılmaktadır. ERP' nin OKB' de etkin bir tedavi olduğunu gösteren çok sayıda kontrollü çalışma vardır. Foa ve Kozak (1996) 12 ERP çalışması ve yaklaşık 330 hastayı içeren bir incelemede OKB' si olan hastaların %83' ünün bu tedaviye cevap verdiklerini saptamıştır. Ayrıca hastaların %76 (16 çalışmada 376 hasta)' sının gördükleri fayda tedavi bitiminden ortalama 2,4 yıllık izlemde devam etmiştir. ERP' nin OKB hastaları üzerinde bu kadar başarılı olmasına rağmen ERP' nin OKB' nin tüm semptomlarını iyileştirmede tek başına yeterli olmadığına dair birçok yayın da vardır (Türkçapar ve Şafak, 2012). Alıştırma (exposure) ve tepki önlenmesinin (response prevention) birlikteliğinin OKB' de en etkili yöntem olarak kullanıldığı kabul edilmektedir.

Bu tedavide amaç hastanın belirli programlar dahilinde anksiyeteye sebep olan ve kompulsiyonlarını arttıran durumların üzerine gitmesi sağlanarak kompulsiyonları önlenmesi sağlanmaktadır. Kompulsiyonların etkin bir biçimde durdurulması ya da önlenmesiyle hastaların en korktukları durumlarla karşı karşıya kalmaları başlangıçtaki sıkıntı ve korkunun alışmayla giderek

azalması sağlanmaktadır. Davranış tedavisi için hastanın etkilendiği kendi evi gibi belli ortamlarda tedavinin uygulanması gerekebilir (Akpınar, 2007).

### **2.8.2. Bilişsel Terapi**

Bu kuramı geliştiren Salkovskis (1998) genel popülasyonun yaklaşık %90' ının klinik obsesyonlara benzer içerikte girici düşünceler deneyimlediklerini araştırmalarında belirtmişlerdir. Normal girici düşüncüyü obsesyondan ayıran düşüncenin içeriği değil düşünceye yüklenen yorumdur. Salkovskis' e göre girici düşünceler kişinin kendisine veya başkasına zarar verebileceği şeklinde yorumlandığında ve bu zararı önlemekte sorumlu olduğunun algılanarak yorumlandığı durumlarda problem ortaya çıkıyor (Türkçapar ve Şafak, 2012).

Hatalı inançlar değiştirilerek yeniden uyarlanması ile yapılır. OKB' li hastalar tehlikenin oluşma ihtimalini ve tehlikenin sonuçlarını, sorumluluk düzeylerini ve sorumluluklarının sonucunu abartılı algırlar. Bu hatalı düşünceler sonucu anksiyete oluşur ve birey anksiyeteden kaçınmak için kompulsif davranışlar sergiler (Akpınar, 2007).

Bu tedavide en önemli olan basamak, hastanın kendi düşüncelerini daha az tehdit edici şekilde açıklayabileceği yeni yorumlar getirebilmesidir. Hastanın gerçek bir risk varmış gibi algıladığı durumun aslında sadece kendi öznel değerlendirmesi sonucu ortaya çıktığını vurgulamak gerekir. Hasta düşündüğü şeylerin olma ihtimalinin çok yüksek olduğunu düşünebilir. Hastaya belirli şeyleri düşününce gerçek yaşamda bunların olup olmama şansının ne olduğuna yönelik ispat için test edilmesi yönünde cesaret verilir.

Tedavide bilişsel hataların belirlenmesi ve daha sonra işlevsel olmayan bu düşüncelerin yerine yaşanan durumla daha gerçekçi düşüncelerle değiştirilmesi öğretilir. Buradaki amaç daha olumlu düşünmeyi sağlamak değil, daha az tehdit edici ve daha gerçekçi düşüncelerin gelişmesini sağlamaktır (Türkçapar ve Şafak, 2012).



### 2.8.3. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

OKB' de davranışçı terapi çok etkili bir yöntemdir.

Tedavinin iki temel bileşeni obsesyonlarla ilişkili görülen anksiyeteyi azaltmaya yönelik maruz bırakma (exposure) ve obsesyonel düşünce veya ritüellerin sıklığını azaltmak için yanıt önleme (response prevention)' dir.

Her iki tekniğin temelinde yatan belirti olarak karşımıza çıkan uyumsuz tepkilerin önlenerek söndürülmesi bunların yerine daha sağlıklı yeni davranışların kazandırılmasıdır. Önce anksiyete oluşturacak davranışlar uyarılır (expousure) daha sonra anksiyeteye tepki olarak ardından gelecek olan yanıtlar önlenir (Şimşek, 2015; Karaman ve ark., 2011; Baykal, 2011; Pulular, 2009). BDT de uygulamalar terapist eşliğinde hastanın ev ödevleri şeklinde devam eder. Uygulamalar eğer terapist eşliğinde yapılırsa daha yararlıdır. BDT' nin bölümleri; hastalık hakkında bilgilendirme, bilişsel yeniden yapılandırma, beceri oluşturarak terapist kontrolünde uyarana maruz bırakma ve alıştırma, yanıt önleme, ev ödevleri vermedir. Çocukluk çağı başlangıçlı OKB' de BDT' nin etkinliğini ortaya koyan kontrollü çalışmalardan elde edilen veriler çok sınırlıdır. ABD' inde çocuk OKB olgularını tedavilerinde BDT ilaçla birlikte ya da tek başına ilk seçenek olarak bildirilmiştir. Davranışçı tedavinin en önemli yararının ritüelistik davranışlar üzerine olduğu Alonso ve arkadaşları tarafından açıklanmıştır (Karaman ve ark., 2011). Çalışmalarda BDT' nin etkili olduğu ve özellikle hafif-orta şiddetteki vakalarda olmak üzere birçok hastada ilk tercih olması gerektiği bildirilmektedir (Uğuz, 2012).

Çocuk, ergen ve yetişkin OKB olgularında BDT etkin bir psikoterapotik tedavi yöntemidir. 10 hafta süren BDT uygulaması yapılan OKB hastası erişkinlerde bu on hafta sonunda PET ile sağ kaudat nükleus metabolizmasında azalma olduğu gösterilmiştir. Obsesyonlarından sıkıntı duyan ve bu durumdan kurtulmak için uğraşan, bulgularının ayrıntılı olarak farkına varabilen çocuklar bu tedaviye daha iyi yanıt verebilir. Çocuklara uygulanan BDT ' de yetişkinlerde olduğu gibi karşı karşıya bırakma (exposure) ve tepki önleme (response prevention) yöntemleri bir arada kullanılmaktadır. "Karşı karşıya bırakma yöntemi" anksiyete azalana dek kişiyi korkulan

uyaranla karşı karşıya bırakma esasına dayanır. Karşı karşıya kalmaların tekrarı sonucunda çocuğun yaşadığı anksiyete azalmakta ve son aşamada hedeflenen korku yaratan uyaran artık anksiyeteye neden olmamaktadır. Uygun bir şekilde yapılan karşı karşıya kalmada, kişinin ritüelleri engellemesi gerekmektedir. Buna “tepki önleme” denilmektedir. En az korkulan uyarandan başlanıp bir sıralama yapılarak sıra ile hedef bulgular ve derecelendirmesi yapılarak tedavi uygulanır. Gerçek ortamda yapılan ve daha uzun süren aynı zamanda terapistin eşlik ettiği alıştırmaların daha etkili olduğu bildirilmektedir. BDT ile başarı ile tedavi edilen çocukların iyilik durumlarının sürmesi için belirli aralıklarla BDT’ nin tekrarlanması gerekir (Diler ve Avcı, 1999).

OKB’ nin bilişsel davranışçı tedavisinde etkin bir tedavi hastalığın ve bunun bireyde yansımalarının tam olarak anlaşılmasıyla mümkündür. Tedavi planı her hastanın durumuna, hastalığın seyrine ve standart ölçümlerle elde edilen verilerden elde edilen değerlendirmelere göre hastaya ait formülasyon temel alınarak yapılmalıdır. Persons ve Davidson (2011)’ a göre oluşturulan bu tedavi planı teorik olarak elde edilmiş olup deney ve gözlemlere dayalı tedavi stratejisine dayandırılmalıdır. Hastanın terapisi boyunca devam eden yeni veriler elde edildikçe formülasyonu dolayısıyla tedavi planını şekillendiren dinamik bir süreç değerlendirme olarak ele alınır. Terapi boyunca ele almak durumunda kaldığımız obsesyonel materyal, hastanın bireysel olarak uğraşları ve yaşantılarına özel olduğu için obsesyonel düşünce, imaj ve dürtülerin değerlendirmesi obsesyonun doğası gereği zor olabilir (Lapsekili ve Ak, 2011).

Karşı karşıya bırakmanın amacı bir “alışkanlık” yaratıp takıntılara ve eşlik eden rahatsızlığı ve kaygıyı azaltmaktır. Sinir sisteminin uzun süreli yineleyen uyaranlara alışması veya sinir sisteminin bunlardan sıkılması olan doğal sürece alışkanlık denir. Alışkanlıklar gerçek yaşam kaygıları ve törensel davranışları ortaya çıkartan durumlarla uzun süreli olarak karşı karşıya gelinerek sağlanır. Buna “yaşayarak” ya da “gerçek yaşamda karşı karşıya gelme denir. Örneğin hasta kişiye boş bir çöp kovasına dokunması ve ardından kaygısını gidermek için her zaman yaptığı el yıkama davranışını yapmaması söylenir. Bu yapılan alışkanlık sürecine göre tekrarlanan bu uygulamalardan sonra hasta korktuğu kötü sonuçların ortaya çıkmadığını böylece başlangıçta

eşlik eden kaygısının azaldığını görür. Karşı karşıya gelme uygulamaları bebek adımlarla aşama aşama yapılır. Örneğimizdeki çöp kovasına “güvenli” bir noktasına tek bir parmak ucuyla dokunulur. Daha sonra bütün bir parmakla alışkanlık oluşana dek dokunulur. Sonra sırayla birkaç parmak elin ön yüzü daha sonra elin arka yüzüyle dokunulur. Her adımda korkuyla yüzleşilir. Belirli düzeyde anksiyete ortaya çıkar, daha sonra aşamalı bir şekilde belirli bir alışkanlığın doğal olarak oluşması sağlanmış olur. Bazen de korkulan ya da kaygı duyulan durum yeniden oluşturulmayabilir. Sözelimi sevdiği birini kaybetme korkusu ya da hastalanma korkusu belirli bir şekilde oluşturulabilecek durumlar değildir. Bu gibi durumlarda imgesel karşı karşıya gelme yöntemi kullanılır. Bu imgesel karşı karşıya gelme yönteminde de alışkanlık oluşana dek korkulan imge ya da durum ardı ardına uzun süre zihinde görselleştirilir (Köroğlu, 2015).

OKB’ si olan 8 ile 14 yaş arasında 14 çocuk ve onların ana babalarına 14 hafta süreyle yapılan bilişsel davranışçı grup tedavisi sonunda belirtiler ve işlevsellikte belirgin düzelmeler sağlanmıştır. OKB’ si olan 8 ile 19 yaş arasında 48 çocuk ve ergende bireysel ve grup bilişsel davranışçı aile terapisinin etkinliğini karşılaştırılan bir çalışmaya göre 12-18 aylık izlem sonucunda bireysel terapi alanların %70’ inin grup terapisi alanların %84’ ünün belirtisiz olduğu ortaya konmuş çocuk ve ergenlerdeki OKB’ nin tedavisinde bireysel terapi ve grup bilişsel-davranışçı aile terapisinin etkin yöntemler olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada 77 OKB’ li çocuk ve ergende bireysel aile bazlı BDT’ nin etkinliği ve grup aile bazlı BDT etkinliği karşılaştırılmış, her iki yöntemde BDT tedavisinde birbirine üstünlüğü olmayan etkili yöntemler olduğu saptanmıştır (Işık ve Şener, 2007).

#### **2.8.4. Psikanaliz ya da Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi**

Freud obsesyonel nörozların tedavisinin analitik çalışmalarda zorluk ve ilginçliğinden söz etmiştir. Süreç içerisinde psikodinamik tedavilerin bu bozukluğun tedavisinde hastaların direnç gösterdikleri için kısıtlılığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca hastalar değişmeye ve değişikliklere karşı direnen katı bir kişilik yapısı olması da tedaviyi zorlaştıran nedenlerdendir. Ancak psikanalitik yönelimli terapiyle bu olgulara eşlik eden depresyon ve anksiyete

semptomlarıyla başetmek, başetme becerilerini arttırmak, aile ilişkilerini düzenleme, arkadaş ilişkilerini ve kaçınmaları azaltmak amacıyla dinamik oryantasyonlu terapinin işlevsel ve etkin olduğu vurgulanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Mukaddes, 2000).

### **2.8.5. Psikofarmakoterapi**

Çocuk ve ergenler için sınırlı sayıda ilaç olması nedeniyle çocukluk çağı OKB farmakoterapisi ile ilgili veriler erişkine göre daha sınırlı olmakla birlikte giderek artmaktadır (Abalı, 2012).

OKB' li hastalara ilk basamak uygulanacak tedavi serotonin geri alım inhibitör (SGİ) ve BDT uygulamalarından oluşur (Tükel, 2009).

Seçici serotonin geri alım İnhibitörleri (SSRI) grubu ilaçların (Fluoksetin, Sertralin, Sitalopram, Paroksetin, Fluvoksamin) OKB tedavisinde etkin olduğu bildirilmiştir. SSRI grubu ilaçların etkili dozları olarak genellikle depresyon tedavisi için kullanılan günlük dozdan fazlası kullanılır. Bu ilaçlardan antidepresan olarak da kullanılanların antiobsesyonel etkileri antidepresanlardan bağımsız daha uzun ve daha yüksek dozlarda olacak şekilde ortaya çıkmaktadır. SSRI grubu ilaçlardan yanıt alınamıyorsa dirençli OKB den söz edilir (Mukaddes, 2000; Karaman ve ark., 2011, Bayar ve Yavuz, 2008; Işık ve Şener, 2007).

Klomipramin çocukluk çağı OKB' sinde FDA onaylı bir trisiklik antidepresandır. Ayrıca yapılan klinik çalışmalarda SSRI grubu ilaçlardan daha iyi performansı olduğu görülen bir ilaçtır. Bazı uzmanlara göre yeterli miktarda klomipramin kullanıldıktan sonra dirençli OKB den söz edilebileceğini belirtmişlerdir (Gürkan, 2015). Üçüncü seçenek olarak SSRI' lara ve klomipramine cevap alınamayan olgularda venlafaksin, klonezapam ve MAOI' leri denenebilir (Taner, 2003).

Şiddetli OKB için klonazepam kullanımı güçlendirme tedavisi olarak önerilmiştir (Halayem ve ark. 2013).

### 2.8.6. Alternatif Tedaviler

**Elektrokonvülsif terapi:** Tedaviye dirençli birincil OKB vakalarında etkili değildir. Şiddetli depresyon eş tanısı ve özkıyım düşünceleri varsa iş ve sosyal yaşamı iyice bozulmuş vakalarda kullanılır.

**Yineleyici transkarniyal magnetik uyarı:** Depresyon eştanısı olan vakalarda tercih edilir. Dirençli birincil OKB' lerde etkisi olmadığı düşünülür.

**Psikocerrahi:** Bu tedavi için vakaların en az 5 yıldır sürmesi, 18-61 yaş grubunda sosyal işlevleri etkilenmiş, farmokoterapiye, BDT ve diğer tedavi seçeneklerine yanıt vermemiş, semptomatik iyileşmenin Yale Brown OKB ölçeğine göre %25 in altında olması gibi ölçütler aranmaktadır. Singulotomi, subkaudat traktotomi, kapsülotomi ve limbik lökotomi gibi cerrahi teknikler kullanılır. Tedavinin yan etkileri olarak frontol lob işlev bozukluğu olmaktadır. İyileştirme oranı % 45-60' tır.

**Vagal sinir uyarısı:** Bu tedavi yöntemi 1988' den beri 24 ülkede kullanılmış olsa da değişik sonuçlar alınmıştır.

**Derin beyin uyarısı:** Bu tedavi yönteminde internal kapsüle yerleştirilen elektrotlarla uygulanan başka bir tekniktir. İyileştirme oranı %25-%50' tır (Selvi ve Güleç, 2012; Pulular, 2009).

OKB' de cerrahi girişimler farklı olsada ortak özelliği tedavi bozulmuş olduğuna inanılan korteks-sitriatum-talamus-korteks (KSTK) bir veya birkaç noktada lezyon oluşturarak paralel devrelerini kesintiye uğratarak semptomları ortadan kaldırmaktır (Barlas ve ark. 2008, Bayraktar, 1997).

### 2.9. Prognoz

Pediyatrik OKB' nin gidişatını inceleyen çalışmalardan, Flament (1990) OKB tanısı alan olguların %93' ünü 2-7 yıl arayla inceleyerek %6' sının halen OKB tanısı aldığı ve komorbiditenin sıkça görüldüğünü bildirmiştir. Leonard (1993) ise 2-7 yıllık takiple SSRI ve BDT tedavileri kullanılan %43 olguların halen OKB tanısı aldığı, %11 semptom olmadığını belirtmiştir. Ayrı bir takip çalışmasında yapılan değerlendirmede ise olguların %70' i halen ilaç

kullanıyordu şeklindedir. Bu çalışmalardan ve diğer başka çalışmalardan anlaşılan OKB' nin kronik seyri ciddi tedaviye rağmen tam remisyonunun sağlanamadığını göstermektedir (Mukaddes, 2000).

### **2.10. Amaç**

Bu çalışmanın amacı bir eğitim kurumuna devam eden okul çağı çocuklarında;

1. Cinsiyetler açısından obsesyon ve kompulsiyon belirti farklarının incelemesi,
2. Obsesyon ve kompulsiyonların davranışsal sorunlarla ilişkisinin incelenmesidir.

## **3. BÖLÜM**

### **YÖNTEM**

#### **3.1. Örneklem**

Araştırmamızın örneklemini İstanbul ili Zeytinburnu ilçesi sınırları içerisinde bulunan bir İlkokulda eğitim gören 7-10 yaş grubundaki 170 çocuk ve ebeveynlerinden oluşmaktadır. Araştırma örneklemini oluşturan çocukların %57,6'sı (98) kız, %42,4' ü (72) erkektir.

#### **3.2. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada, araştırmaya katılacak öğrencilerin bazı kişisel bilgilerini belirleme amacıyla "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeği BY-BOKÖ" ve "4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇEDDÖ/4-18)" kullanılmıştır.

##### **3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Araştırmaya katılan öğrencilerinin, araştırmanın değişkenleri ile ilgili olabileceği düşünülen bazı özelliklerini belirlemek amacıyla çalışmacı tarafından bir form oluşturulmuştur. Bu formda; cinsiyet, yaş, çocuğun zihinsel

ve fiziksel gelişimi, anne-baba eğitim düzeyi, ailelerinin ortalama aylık geliri gibi sorular yer almaktadır. Bu formun bir örneği ek 1' de sunulmuştur.

### **3.2.2. Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeği/ BY-BOKÖ** "*The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale /DY-BOCS*"

Obsesif Kompulsif Bozukluk belirtilerinin varlığını ve şiddetini değerlendiren son zamanlarda geliştirilmiş bir ölçektir. Diğer OKB ölçeklerinden farklı olarak OKB semptomlarını boyutsal olarak değerlendirmektedir. İçeriklerine göre obsesyonları ve kompulsiyonları ayrı ayrı değerlendirme, semptom şiddetini değerlendirme gibi güçlü yönleri vardır. Ölçek, Türkiye'deki çocuk ve ergenlerde büyük bir örneklem üzerinde uygulanmış ve iç tutarlılığı mükemmel bulunmuş olup ve OKB belirti boyutlarının sıklığını ve şiddetini değerlendirmek için gelecek vaat eden bir ölçek olduğu belirtilmiştir (Güler ve ark. 2016). Ölçeğin orijinali 88 madde olup Türkçe uyarlamasında 85 maddesi kullanılmıştır. Çalışmamızda OKB belirti gruplarını değerlendirmek için ölçeğin belirtileri değerlendiren kısmı tarama ölçeği olarak kullanılmıştır. Bu ölçeğin bir örneği Ek 2'de sunulmuştur.

### **3.2.3. 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇEDDÖ/4-18)** "*Child Behavior Checklist 4-18 Years (CBCL/4-18)*"

Bu ölçek 4-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını anne babalarından elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla Achenbach ve Edelbrock (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk çocuklarına uyarlama çalışmaları Erol ve arkadaşları (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek 20 yeterlik (spor eğilimi, sosyal durumu okul başarısı, v.s olan) 118 problem maddesinden oluşmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin yeterlilik ile ilgili maddeleri değerlendirmeye alınmamıştır. Çocuk ve gençlerde davranış ve duygusal sorunları tanımlayan 118 madde değerlendirilmiştir. Sorun davranışlar son altı ayda görülme sıklık derecesine göre 0, 1 ve 2 olarak derecelendirilir ve maddeler çeşitli alt ölçekler içinde gruplandırılır. Ölçekten İçe Yönelim ve Dışa Yönelim gibi iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe

Yönelim grubunu “Sosyal İçe Dönüklük, Somatik Yakınmalar, Anksiyete/Depresyon” Dışa Yönelim grubunu ise “Suça Yönelik Davranışlar ve saldırgan davranışlar” alt testlerinin toplamı oluşturmaktadır. Ayrıca her iki gruba da girmeyen Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları da ölçekte yer almaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alpha katsayısı ile hesaplanmış ve katsayılar İçe Yönelim de .82, Dışa Yönelimde .81 ve Toplam Probleme .88 olarak bulunmuştur (Balat ve ark., 2008). Ölçek verileri orijinal ölçeğin değerlendirildiği CROSS (CBCL/4-18) programına işlenerek değerlendirilip ölçek alt puanları bulunmuştur. Bu ölçeğin bir örneği ek 3’ te sunulmuştur.

### **3.3. Uygulama**

Araştırmada gereksinim duyulan verilerin toplanmasında örnekleme belirtilen eğitim kurumuna devam eden 7-10 yaş grubundaki çocukların ebeveynlerine, çocuklarıyla birlikte araştırmaya katılmalarını sağlamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan 350 adet içinde bilgilendirilmiş onam formunda olduğu sosyodemografik bilgi formu ve çalışmada kullanacağımız ölçekler dağıtılmıştır. Çocuğun problem davranışlarını ölçmek amacıyla “4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği” ve obsesyon ve kompulsiyon belirtilerini ölçmek amacıyla “Boyutsal Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Belirti Ölçeği” uygulanmıştır. 253 ebeveyn bilgilendirilmiş onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul etmiş, 97 çocuğun ebeveyni çalışmaya katılmak istememiştir. Ancak çalışmaya başladığımız 253 ebeveyninden 107’si ölçekleri eksik doldurmuştur. Eksik ölçek formu dolduranlarla tekrar iletişime geçilerek 24 ölçek formunun eksikliği tamamlanmış 83 ölçek formunun eksikliği tamamlanamamıştır. Toplam doğru doldurulan 170 ölçek formu elde edilmiş ve veri analizimizde kullanılmıştır.

### **3.4. İstatistiksel Değerlendirme**

Bu çalışmada veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS for Windows, 21.0) kullanılarak analiz edildi. Çocukların sosyodemografik değişkenlerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Kategorik verilerin



karşılaştırılmasında Ki-kare testi, sürekli verilerin karşılaştırılmasında Student-t testi uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık  $p \leq 0,05$  olarak alındı.

#### 4. BÖLÜM

#### BULGULAR

Bu bölümde, sosyodemografik bilgilerden elde edilen verilerin frekansları, yüzdeleri ve problem konularının sınılanması sonucu toplanan verilerin istatistiksel analizleri ile elde edilen bulgular bulunmaktadır.

#### 4.1.Çocukların Sosyodemografik Özellikleri

**Tablo 1: Çocuk Eğitim ve Yaşam Bilgileri Dağılımı**

Çocuk Eğitim ve Yaşam Sosyodemografik Özellik	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
<b>Çocuğun Cinsiyeti</b>	98 (57,6)	72 (42,4)	170 (100)
<b>Anaokul Kreşe</b>	<b>Gitti</b>	41 (56,9)	101 (59,4)
	<b>Gitmedi</b>	31 (43,1)	69 (40,6)
<b>İlkokulda Gittiği Sınıflar</b>	<b>2. Sınıf</b>	8 (11,1)	21 (12,4)
	<b>3. Sınıf</b>	24 (33,3)	64 (37,6)
	<b>4. Sınıf</b>	40 (55,6)	85 (50,0)
<b>İlkokula Başlama Yaşı</b>	<b>5 Yaş</b>	8 (11,1)	21 (12,4)
	<b>6 Yaş</b>	24 (33,3)	64 (37,6)
	<b>7 Yaş</b>	40 (55,6)	85 (50,0)
<b>Tuvalet Eğitimi</b>	<b>Sorun var</b>	0 (0,0)	3 (1,8)
	<b>2-5 Yaş</b>	92 (93,9)	164 (96,5)
	<b>Diğer</b>	3 (3,1)	3 (1,8)
<b>Anne/Baba Dışında Bakım Veren</b>	<b>Evet</b>	14 (19,4)	36 (21,2)
	<b>Hayır</b>	58 (80,6)	134 (78,8)
<b>Aynı Evde Çocukla Birlikte Yaşayanlar</b>	<b>Sadece Annesiyle</b>	0 (0,0)	1 (0,6)
	<b>Anne ve Babasıyla</b>	3 (4,2)	10 (5,9)
	<b>Anne Baba ve Kardeşleriyle</b>	64 (88,9)	145 (85,3)
	<b>Anne, Baba, Kardeş ve Diğerleri</b>	1 (1,4)	2 (1,2)
	<b>Anne ve Diğer Kardeşler</b>	4 (5,6)	11 (6,5)
	<b>Baba ve Diğer Kardeşler</b>	0 (0,0)	1 (0,6)

Çalışma örneklemindeki 170 çocuğun %57,6' i (n=98) kız, %42,4' si (n=72) erkektir. Çocukların %59,4' ü (n=101) okul öncesi eğitim almıştır. Çalışma grubunun %50' si (n=85) ilkokul 4. Sınıfa, diğer yarısı 2. ve 3. sınıfa gitmektedir. Örneklemdaki çocukların %50' si (n=85) 7 yaşında, %12,4' ü (n=21) 5 yaşında ve %37,6' sı (n=64) 6 yaşında ilkokula başlamıştır. Tuvalet alışkanlığını büyük çoğunluğu %96,5' i (n=164) 2-5 yaşları arasında kazanmıştır. Kızların %3,1' inde (n=3) tuvalet sorunu halen devam etmektedir. %21,2' sine (n=36) anne ve baba dışında bakım verilmektedir. Çoğunluğu %85,3' ü (n=145) anne, baba ve kardeşleriyle birlikte yaşamaktadır. Çocuğun eğitim ve yaşam bilgileri değişkenleri Tablo 1' de gösterilmektedir.

**Tablo 2: Çocuk Ruh Sağlığı Bilgileri Dağılımı**

Çocuk Ruh Sağlığı Sosyodemografik Özellik		Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
Uykuda Sorun	Sorun Yok	73 (74,5)	53 (73,6)	126 (74,1)
	Uykuya Dalamama	4 (4,1)	1 (1,4)	5 (2,9)
	Gece Uyanma	16 (16,3)	13 (18,1)	29 (17,1)
	Gündüz Uyumama	2 (2,0)	1 (1,4)	3 (1,8)
	Diğer	3 (3,1)	4 (5,6)	7 (4,1)
Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniğine Başvuru	Evet	15 (15,3)	6 (8,3)	21 (12,4)
	Hayır	83 (84,7)	66 (91,7)	149 (87,6)
Zihin/Beden Engeli	Var	0 (0,0)	2 (2,8)	2 (1,2)
	Yok	98 (100,0)	70 (97,2)	168 (98,8)
Çocukta Ruhsal Bozukluk Tanısı	Tanı Yok	93 (94,9)	68 (94,4)	161 (94,7)
	Enürezis	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
	Enkoprezis	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
	DEHB	1 (1,0)	3 (4,2)	4 (2,4)
	Gece Terörü	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
	Mental Retarde	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,6)
	Okul Fobisi	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
İlaç Kullanımı	Evet	12 (12,2)	13 (18,1)	25 (14,7)
	Hayır	86 (87,8)	59 (81,9)	145 (85,3)
Halen İlaç Kullanım Nedeni	Astım	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,6)
	DEHB	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,6)
	Mental Retarde	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,6)
Hastaneye Yatı mı	Evet	12 (12,2)	24 (33,3)	36 (21,2)
	Hayır	86 (87,8)	48 (66,7)	134 (78,8)

Çalışma örneklemindeki çocukların %74,1' inde (n=126) uyku sorunu yoktur. Çocukların %12,4' ü (n=21) ruh sağlığı kontrolü için başvuru yapmıştır. Çocukların %1,2'si (n=2) zihinsel engellidir. Ruh sağlığı tanısı en çok %2,4'ü (n=4) DEHB olarak belirtilmiştir. Çocukların %14,7' si (n=25) Astım, DEHB ve Mental Retarde nedeniyle halen ilaç kullanmaktadır. Çocukların %21,2' si (n=36) değişik nedenlerle hastaneye yatmıştır. Çocuğun ruh sağlığı değişkenleri Tablo 2' de gösterilmektedir.

**Tablo 3: Anne/Baba ve Akraba Bilgileri Dağılımı**

Anne/Baba Sosyodemografik Özellik		Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
Anne Baba Hayatta	Hayatta	98 (100,0)	72 (100,0)	170 (100,0)
	Hayatta Değil	0 (00,0)	0 (00,0)	0 (00,0)
Anne/Baba Çocukla Birlikte	Anne Çocukla Beraber	97 (99,0)	72 (100,0)	169 (99,4)
	Anne Çocukla Değil	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
	Baba Çocukla Beraber	90 (91,8)	67 (93,1)	157 (92,4)
	Baba Çocukla Değil	8 (8,2)	5 (6,9)	13 (7,6)
Annenin Bitirdiği Son Okul	Okuryazar	6 (6,1)	5 (6,9)	11 (6,5)
	İlkokul	39 (39,8)	19 (26,4)	58 (34,1)
	Ortaokul	22 (22,4)	10 (13,9)	32 (18,8)
	Lise ve üstü	31 (31,6)	38 (52,8)	69 (40,6)
Babanın Bitirdiği Son Okul	Okuryazar	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	İlkokul	31 (31,6)	17 (23,6)	48 (28,2)
	Ortaokul	18 (18,4)	13 (18,1)	31 (18,2)
	Lise ve üstü	49 (50,0)	42 (58,3)	91 (53,5)
Anne Baba Çalışma Durumu	Anne çalışıyor	21 (21,4)	10 (13,9)	31 (18,2)
	Anne Çalışmıyor	77 (78,6)	62 (86,1)	139 (81,8)
	Baba Çalışıyor	95 (96,9)	69 (3,1)	164 (96,5)
	Baba Çalışmıyor	3 (3,1)	3 (4,2)	6 (3,5)
Anne Baba Birlikte Yaşadığı	Birlikte	89 (90,8)	89 (90,8)	156 (91,8)
	Boşanmış	6 (6,1)	4 (5,6)	10 (5,9)
	Ayrı Yaşıyor	3 (3,1)	1 (1,4)	4 (2,4)
Anne Baba Akrabalığı	Akraba	14 (14,3)	12 (16,7)	26 (15,3)
	Akraba Değil	84 (85,7)	60 (83,3)	144 (84,7)
Akrabalarda Ruhsal Bozukluk Tanısı	Tanı Var	5 (5,1)	3 (4,2)	8 (4,7)
	Tanı Yok	93 (94,9)	69 (95,8)	162 (95,3)
	Baba OKB	2 (2,0)	1 (1,4)	3 (1,8)
	Babaanne OKB	2 (2,0)	1 (1,4)	3 (1,8)
	Depresyon	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,6)
	Zihinsel Engelli	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,6)

Çalışma örneklemindeki bütün çocukların anne ve babaları hayattadır. Çocuklardan %0,6' sı (n=1) annesinden ayrı, %7,6' sı (n=13) babasından ayrı diğerleri anne ve babasıyla birlikte. Çocukların annelerinin %6,5'i (n=11) hiç okula gitmemiş sadece okur yazardır. Annelerin %40,6' sı (n=69), babaların %53,5'i (n=91) lise ve üstü eğitim görmüştür. Babalarda okula gitmeyen yoktur. Annelerin büyük çoğunluğu %81,8'i (n=139) çalışmıyor, babaların büyük çoğunluğu ise %96,5' i (n=164) herhangi bir işte çalışmaktadır. Çocukların anne ve babalarının %91,8' i (n=156) birlikte, %5,9' u (n=10) boşanmış, %2,4' ü (n=4) ayrı yaşamaktadır. Anne ve babalarının %15,3' ü (n=26) akrabadır. Çocuğun akrabalarının %95,3' ünde (n=162) ruhsal bozukluk tanısı yoktur. Akrabalarında ruhsal bozukluk tanısı olanların %1,8'i (n=3) baba OKB, %1,8'i (n=3) babaanne OKB, %0,6'sı (n=1) depresyon ve %0,6'sı (n=1) zihinsel engelli tanısı almıştır. Çalışma örneklemindeki çocukların akrabalık bilgileri Tablo 3' te gösterilmektedir.

**Tablo 4: Anne Hamilelik ve Çocuğun Doğum Dönemi Dağılımı**

Anne Hamilelik Dönemi Sosyodemografik Özellik		Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
Hamilelikte Doktor Takibi	Evet	96 (98,0)	68 (94,4)	164 (96,5)
	Hayır	2 (2,0)	4 (5,6)	6 (3,5)
Hamile Döneminde Önemli Hastalık	Evet	3 (3,1)	5 (6,9)	8 (4,7)
	Hayır	95 (96,9)	67 (93,1)	162 (95,3)
Çocuğun Doğum Zamanı	Zamanında	91 (92,9)	68 (94,4)	159 (93,5)
	Prematür (< 37 hf)	5 (5,1)	4 (5,6)	9 (5,3)
	Postmatür (>40 hf)	2 (2,0)	0 (0,0)	2 (1,2)
Çocuğun Doğum Şekli	Normal	49 (50,0)	36 (50,0)	85 (50,0)
	Sezeryan	49 (50,0)	36 (50,0)	85 (50,0)
Çocuğun Doğum Sırasında Zorluğu	Normal	79 (80,6)	53 (73,6)	132 (77,6)
	Mor Doğum	1 (1,0)	3 (4,2)	4 (2,4)
	Ağlamama	5 (5,1)	3 (4,2)	8 (4,7)
	Sarıklık	11 (11,2)	10 (13,9)	21 (12,4)
	Havale	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
	Diğer	1 (1,0)	3 (4,2)	4 (2,4)
	Küvezde Kalması	Evet	10 (10,2)	10 (13,9)
	Hayır	88 (89,8)	62 (86,1)	150 (88,2)

Çocuğa hamilelik döneminde iken annelerin %96,5' i (n=164) doktor takibi yaptırmıştır. Hamilelik döneminde annelerin çoğunluğu %95,3' ü (n=162) önemli bir hastalık geçirmemiş ve %93,5' i (n=159) zamanında doğum yapmıştır. Çocukların yarısı %50 (n=85) normal şekilde yarısı sezeryanla doğmuştur. Çocukların doğum anında zorluğu olarak en çok %12,4' sı (n=21) sarılık, en az %0,6' sı (n=1) havale olduğu görülmekte %77,6' sında (n=132) ise hiçbir zorluk görülmemektedir. Çocukların doğumdan sonra %11,8' i (n=20) küvezde kalmış, %88,2' si (n=150) küvezde kalmamıştır. Çocukların annelerinin hamilelik ve çocuğun doğum öyküsü ile ilgili değişkenleri Tablo 4' te gösterilmektedir.

**Tablo 5: Kardeşleriyle Aynı Anne Baba Birlikte**

Kardeş	Kız n (%)		Erkek n (%)		Toplam n (%)	
	Öz Bir	Üvey Ayrı	Öz Bir	Üvey Ayrı	Öz Bir	Üvey Ayrı
Kardeşi Yok	15 (15,3)		11 (15,3)		26 (15,3)	
	Anne Baba		Anne Baba		Anne Baba	
<b>Toplamda</b>	80 (96,4)	3 (3,6)	60 (98,4)	1 (1,6)	140 (97,2)	4 (2,8)
<b>1.Kardeş</b>	80 (81,6)	3 (3,1)	61 (84,7)	0 (0,0)	141 (82,9)	3 (1,8)
<b>2.Kardeş</b>	38 (100)	0 (0,0)	22 (95,7)	1 (4,3)	60 (98,4)	1 (1,6)
<b>3.Kardeş</b>	7 (100,0)	0 (0,0)	7 (100,0)	0 (0,0)	14 (100,0)	0 (0,0)
<b>4.Kardeş</b>			1 (100,0)		1 (100,0)	

Çalışma örneklemindeki çocukların %97,2' si (n=140) kardeşleriyle aynı anne babadan, %2,8' si (n=4) aynı anne babadan değildir. Kardeş öz ve üveylik bilgileri Tablo 5'de gösterilmektedir.

**Tablo 6: Çocukların Gelişim Durumu ile Katılımcıların Yaş ve Gelir Dağılımı**

Özellik	Cinsiyet	n	Min	Max	$\bar{X}$	Ss
Çocuk Yaş Dağılımı	Kız	98	6,82	10,30	8,96	,82
	Erkek	72	7,14	10,98	9,27	,83
Anne Yaş Dağılımı	Kız	98	26	50	36,16	5,18
	Erkek	72	25	46	35,03	4,29
Baba Yaş Dağılımı	Kız	98	28	55	40,63	5,40
	Erkek	72	30	53	38,99	4,59
Aylık Gelir Dağılımı (TL)	Kız	98	750	6000	2445,4	1014,73
	Erkek	72	600	15000	2648,6	1812,38
Çocuk Doğum Ağırlığı (kg)	Kız	98	2,00	4,10	3,16	,41
	Erkek	72	1,10	4,10	3,30	,45
Desteksiz Oturma Zamanı (Ay)	Kız	98	5	36	7,22	3,33
	Erkek	72	4	36	7,39	3,75
Yürüme Zamanı (Ay)	Kız	98	8	30	12,63	3,15
	Erkek	72	9	48	12,86	4,83
Anlamlı Cümle Kurma Zamanı (Ay)	Kız	98	8	48	18,97	7,10
	Erkek	72	9	72	20,24	9,68

Çalışma örneklemindeki çocuklardan kızların yaş ortalamasının  $8,96 \pm 0,82$  (min:6,82, max:10,30), erkeklerin yaş ortalamasının  $9,27 \pm 0,83$  (min:7,14, max:10,98), kız annelerinin yaş ortalamasının  $36,16 \pm 5,18$  (min:26, max:50), erkek annelerinin yaş ortalamasının  $35,03 \pm 4,29$  (min:25, max:46), kız babalarının yaş ortalamasının  $40,63 \pm 5,40$  (min:28, max:55), erkek babalarının yaş ortalamasının  $38,99 \pm 4,59$  (min:30, max:53) olduğu saptanmıştır. Kızların ailelerinin gelir ortalamasının  $2445,4 \pm 1014,73$  (min:750, max:6000) tl, erkek ailelerinin aylık gelir ortalamasının  $2648,6 \pm 1812,38$  (min:600, max:15000) tl olduğu saptanmıştır. Kız çocuklarının ortalama doğum ağırlığının  $3,16 \pm 0,41$  (min:2,00, max:4,10) kg ve erkeklerin doğum ağırlık ortalamasının  $3,30 \pm 0,45$  (min:1,10, max:4,10) kg olduğu saptanmıştır. Kızların ortalama  $7,22 \pm 3,33$  (min:5, max:36) aylıkken desteksiz oturduğu,  $12,63 \pm 3,15$  (min:8, max:30) aylıkken yürüdüğü,  $18,97 \pm 7,10$  (min:8, max:72) aylıkken ilk anlamlı cümlesini kurduğu, erkeklerin ise

ortalama  $7,39 \pm 3,75$  (min:4, max:36) aylıkken desteksiz oturduğu,  $12,86 \pm 4,83$  (min:9, max:48) aylıkken yürüdüğü,  $20,24 \pm 9,68$  (min:9, max:72) aylıkken ilk anlamlı cümlesini kurduğu saptanmıştır. Çocukların gelişim durumu, katılımcıların yaş ve aile gelir değişkenleri Tablo 6' da gösterilmektedir.

#### 4.2. Çocuklar İçin Kullanılan Ölçeklere İlişkin Bulgular

**Tablo 7: 4-18 Yaş Çocuk ve Ergen Davranış Değerlendirme Ölçeğinden Alınan Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Anlamlılık Düzeyleri**

Problem Davranışlar	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Sosyal İçe Dönüklük	Kız	98	55,24	6,65	168	,06	,95
	Erkek	72	55,18	6,89			
Somatik Sorunlar	Kız	98	56,38	8,24	165,36	1,15	,25
	Erkek	72	55,04	6,85			
Anksiyete/Depresyon	Kız	98	57,84	7,75	168	,01	,99
	Erkek	72	57,82	8,13			
Sosyal Sorunlar	Kız	98	54,65	6,36	168	,82	,42
	Erkek	72	53,86	6,09			
Düşünce Sorunları	Kız	98	57,49	7,96	168	-,57	,57
	Erkek	72	58,18	7,59			
Dikkat Sorunları	Kız	98	56,23	7,35	168	1,05	,29
	Erkek	72	55,08	6,61			
Suça Yönelik Davranış	Kız	98	52,34	4,93	168	,50	,62
	Erkek	72	51,96	4,81			
Saldırgan Davranış	Kız	98	53,17	5,77	167,83	1,42	,16
	Erkek	72	52,10	4,10			
Cinsel Sorunlar	Kız	98	51,35	4,71	168	,68	,50
	Erkek	72	51,88	5,40			
Dışa Yönelim	Kız	98	47,64	9,84	168	1,14	,25
	Erkek	72	45,99	8,59			
İçe Yönelim	Kız	98	54,72	11,57	168	-,17	,86
	Erkek	72	55,03	10,99			
Toplam Problem	Kız	98	51,91	11,60	168	,62	,53
	Erkek	72	50,85	10,07			

Tablo 7' de çocukların cinsiyetine göre ÇEDDÖ puanlarının ortalama ve standart sapmaları ile anlamlılık düzeyleri verilmiştir. İki ortalama arasındaki farkı karşılaştırmada t testi yapılmıştır. Toplam problem, içe

yönelim, dışa yönelim ve alt ölçekler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (  $p > .05$  ).

**Tablo 8: Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeğinden Alınan Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Anlamlılık Düzeyleri**

Belirti Grubu	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Zarar Verme	Kız	98	,72	1,41	168	,70	,47
	Erkek	72	,58	1,15			
Cinsel ve Dini	Kız	98	,66	1,52	168	-,01	,99
	Erkek	72	,67	1,70			
Simetri/Sıralama/Tekrar	Kız	98	1,09	1,92	164,20	1,70	,09
	Erkek	72	,62	1,64			
Bulaşma	Kız	98	1,04	1,90	162,09	2,19	,03
	Erkek	72	,53	1,14			
Biriktirme/Toplama	Kız	98	,69	1,26	163,15	1,29	,19
	Erkek	72	,46	1,10			
Diğer	Kız	98	1,62	2,54	159,70	2,82	,01
	Erkek	72	,75	1,46			
Toplam	Kız	98	5,84	7,91	167,95	2,10	,04
	Erkek	72	3,61	5,90			

Tablo 8’ de çocukların cinsiyetine göre Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeği’nden alınan puanların cinsiyete göre dağılımı puanlarının ortalama ve standart sapmaları ile anlamlılık düzeyleri verilmiştir.



Toplam OKB belirtisi sayısı, bulaşma ve diğer (batıl inanç, uğurlu/uğursuz sayı) obsesyonlar ve kompulsiyon ortalamaları kızlarda erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer belirti grupları (zarar verme, cinsel ve dini, simetri/sıralama/tekrar, biriktirme/toplama) açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 9: Cinsiyetlere Göre OKB Belirti Dağılımı**

<b>OKB TÜRÜ</b>	<b>Kız n(%)</b>	<b>Erkek n(%)</b>	<b>Toplam n(%)</b>
<b>Zarar Verme OKB Belirtisi</b>	29 (29,6)	20 (27,8)	49 (28,8)
<b>Cinsel ve Dini OKB Belirtisi</b>	24 (24,5)	14 (19,4)	38 (22,4)
<b>Simetri/Sıralama/Tekrar OKB Belirtisi</b>	35 (35,7)	17 (23,6)	52 (30,6)
<b>Bulaşma OKB Belirtisi</b>	36 (36,7)	18 (25,0)	54 (31,8)
<b>Biriktirme/Toplama OKB Belirtisi</b>	30 (30,6)	17 (23,6)	47 (27,6)
<b>Diğer OKB Belirtisi</b>	40 (40,8)	22 (30,6)	62 (36,5)
<b>Toplam OKB Belirtisi</b>	63 (64,3)	40 (55,6)	103(60,6)

Tablo 9’ da çocukların cinsiyetine göre Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeği’nden alınan verilere göre cinsiyete göre OKB belirti yüzde oranları ve sayıları verilmiştir. Çalışma örneklemindeki çocuklardan kızların %29,6’ sında (n=29), erkeklerin %27,8’ inde (n=20) zarar verme, kızların %24,5’ inde (n=24), erkeklerin %19,4’ ünde (n=14) cinsel ve dini, kızların %35,7 (n=35), erkeklerin %23,6’ sında (n=17) simetri/sıralama/tekrar, kızların %36,7’ sinden (n=36), erkeklerin %25’ inde (n=18) bulaşma, kızların %30,6’ sında (n=30), erkeklerin %23,6’ sında (n=17) biriktirme/toplama, kızların %40,8’ inde (n=40), erkeklerin %30,6’ sında

(n=20) diğ er, kızların %64,3' ünde (n=63), erkeklerin %55,6' sında (n=40) toplam OKB belirtileri oldu ğ u saptanmıştır.

Cinsiyetlere göre OKB belirtilerinin yüzde oranlarını Ki kare analizi ile karşılaştırdığımızda; zarar verme ( $x^2 = .067$ ,  $p = .796$ ), cinsel ve dini ( $x^2 = .609$ ,  $p = .435$ ), simetri ( $x^2 = 2,864$ ,  $p = .091$ ), bulaşma ( $x^2 = 2,637$ ,  $p = 1,104$ ), biriktirme ( $x^2 = 1,017$ ,  $p = .313$ ), diğ er ( $x^2 = 1,886$ ,  $p = .170$ ), toplam ( $x^2 = 1,325$ ,  $p = .250$ ) değerleri bulunmuştur. Cinsiyetlere göre OKB belirti yüzde oranları arasında ( $p > 0,05$ ) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadı ğ ı saptanmıştır.

**Tablo 10: Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeği ile 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları**

		Zarar Verme	Cinsel Ve Dini	Simetri Sıralama Tekrar	Bulaşma	Biriktirme Toplama	Diğ er	Toplam
<b>İç e Yönelim</b>	r	,33**	,30**	,28**	,23*	,18*	,35**	,38**
	p	,001	,001	,001	,003	,021	,001	,001
<b>Dış a Yönelim</b>	r	,16*	,27**	,27**	,16*	,10	,31**	,31**
	p	,035	,001	,001	,043	,188	,001	,001
<b>Toplam Problem</b>	r	,27**	,30**	,30**	,21**	,17*	,36**	,38**
	p	,001	,001	,001	,006	,030	,001	,001

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Tablo 10' da Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Ölçeği ile 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği arasındaki pearson korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Tablo 10' da görüldüğ ü zere iç e yönelim ile zarar verme OKB belirtileri arasında ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,01$ ), cinsel ve dini OKB belirtileri arasında ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,01$ ), simetri/sıralama/tekrar yapma OKB belirtileri arasında ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,01$ ), diğ er

(batıl inanç, uğurlu/uğursuz sayı) OKB belirtileri arasında ( $r=0,35$ ;  $p<0,01$ ) ve toplam OKB belirtileri arasında ( $r=0,38$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönlü zayıf bir ilişki, bulaşma OKB belirtileri arasında ( $r=0,23$ ;  $p<0,01$ ) ve biriktirme OKB belirtileri arasında ( $r=0,18$ ;  $p<0,05$ ) pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır.

Dışa yönelim ile zarar verme OKB belirtileri arasında ( $r=0,16$ ;  $p<0,05$ ) ve bulaşma OKB belirtileri arasında ( $r=0,16$ ;  $p<0,05$ ) pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki, cinsel ve dini OKB belirtileri arasında ( $r=0,27$ ;  $p<0,01$ ), simetri/sıralama/tekrar yapma OKB arasında ( $r=0,27$ ;  $p<0,01$ ), diğer (batıl inanç, uğurlu/uğursuz sayı) OKB belirtileri arasında ( $r=0,31$ ;  $p<0,01$ ) ve toplam OKB belirtileri arasında ( $r=0,31$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır.

Toplam problem ile biriktirme arasında çok zayıf, diğer bütün OKB belirtileri arasında ise pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır.

## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA VE SONUÇ

#### 5.1. Araştırmanın Bulguları ve Literatür Karşılaştırmaları

Bu çalışmada bir eğitim kurumuna devam eden 7-10 yaş grubu okul çağı çocuklarında; cinsiyetler arasında OKB belirtileri açısından farklılıklar incelenerek, çocuklardaki OKB belirtileri ile çocuklardaki davranışsal sorunların ilişkisi değerlendirilmiştir.

Literatürde Karno ve arkadaşlarının (1988) bildirdiğine göre obsesif kompulsif bozukluk sıklığı kültürel etkenlerden bağımsız olarak yaşam boyu yaygınlığı %2-3 olarak tahmin edilmektedir. Fineberg ve arkadaşlarının (2013) bildirmesine göre ise 30 yıllık bir izlem çalışmasında OKB sıklığı %3,5, obsesif-kompulsif semptomların sıklığı ise %11,2' dir. Ülkemizde Bursa' da yapılan bir tarama çalışmasında OKB sıklığı %5,1 olarak bildirilmiştir (Güvender ve ark., 1988).

Okasha ve arkadaşlarının (2001) de bildirdiğine göre obsesif kompulsif tanı kriterlerini tam karşılamayan fakat obsesif kompulsif belirtiler gösteren

bireyler toplumda çok daha fazladır. Subklinik veya eşik altı olarak tanımlanan bu olgulara bakıldığında toplum temelli ergenlerle yapılan bir çalışmada obsesif özellikler %26,2, obsesif kompulsif belirtiler %43,1 gibi yüksek oranlarda bulunmuş ve bunların %19,6' sının OKB kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (Tahiroğlu ve Çelik, 2016). Çalışmamızda OKB belirtilerinin yazında belirtilenden belirgin olarak yüksek oranlarda saptanması bu alanda yapılan birçok çalışmadan farklı olarak OKB belirtilerini değerlendirmek için kullandığımız ölçeğin belirtileri kesitsel olarak değil yaşam boyu boyutsal olarak değerlendirmesi ve çalışmamızda klinik değerlendirme yapılmadığı için ebeveynlerin ölçekteki bazı maddeleri yanlış anlamasından kaynaklanmış olabilir. Aynı zamanda çalışmamızda klinik değerlendirme ve işlevselliğe yönelik bir değerlendirme yapılmamış olması nedeniyle çalışma sonuçlarımızın OKB tanısı için değil sadece yaşam boyu OKB belirtilerinin varlığı açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yazın incelendiğinde çocuk yaş grubunda OKB belirtilerinin erkeklerde daha fazla olduğu görüşü baskındır (Thomsen ve Mikkelsen 1991; Scahill ve ark. 2003; Moncebo ve ark. 2008). Bazı çocuk ve erişkin çalışmalarında ise OKB belirtilerinin eşit ya da kızlarda biraz daha fazla olduğu bildirilmiştir (Riddle ve ark. 1990; Geller 2006; Akpınar 2007).

Çalışmamızda okul çağı çocuklarında OKB belirtileri ve cinsiyet arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmamıza göre toplam OKB belirtileri kızlarda erkeklerden daha fazla saptanmıştır. Benzer şekilde ülkemizde 6-18 yaş arasındaki 110 çocuk ve ergenle yapılan bir çalışmada kız oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (Tanıdır ve ark., 2015).

Çalışmamızda OKB belirti grupları açısından yapılan değerlendirmede bulaşma ve diğer (batıl inanç, uğurlu/uğursuz sayı) belirti sayısının kızlarda erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Yazın incelendiğinde çocuk yaş grubunda cinsiyetleri OKB belirti grupları açısından değerlendiren az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu alanda erişkinlerde yapılan çalışmalarda ve kısıtlı sayıdaki çocuk çalışmalarında bulaşma belirti grubunun kızlarda daha fazla olduğu saptanmıştır (Tükel ve ark., 2004; Cherian 2004). Benzer şekilde Çelikel'in (2007) yaptığı bir çalışmada klinik olmayan örnekleme çocukluk

çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon ve obsesif kompulsif belirtileri incelediği çalışmada temizlik ve düşüncelere kapılma bakımından kızlarda erkeklere göre daha yüksek puanlar gözlenmiştir. Çocuk yaş grubunda bulaşma belirtilerinin erkeklerde daha fazla olduğunu saptayan çalışmalar da (Tanıdır ve ark., 2015) olmasına rağmen çalışmamızın bulaşma belirti grubu ile ilgili sonuçları yazındaki ağırlıklı görüşü desteklemektedir.

Kızlarda bulaşma obsesyonu ve temizlik kompulsiyon belirti puanlarının erkeklere göre anlamlı derecede fazla çıkması toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanıyor olabilir. Kızların temizlik yapma, bulaşık ve çamaşır yıkama gibi ev içi faaliyetlere yönlendirildiği ve bu davranışları iyi yaptıklarında ödüllendirildikleri düşünüldüğünde, titizliğin övüldüğü bir ortamda bulaşma obsesyonları temizlik kompulsiyonları puanlarının fazla çıkması şaşırtıcı değildir. Bu farklılığın ortaya çıkmasında kadınların pekiştirme gibi süreçle gerçekleşen öğrenmelerinin etkili olduğunu ileri sürmek mümkündür.

Çocukluk yaşlarında cinsel ve dini obsesyonları cinsiyetler açısından karşılaştıran az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları birbirleri ile tutarlı bulunmamıştır. Cinsel ve dini obsesyonların erkeklerde daha fazla olduğunu (Mataix-Cols ve ark., 2008), kızlarda daha fazla olduğunu (Tanıdır ve ark., 2015) ve cinsiyetler açısından farklılık bulmayan çalışmalar vardır. Çalışmamızın sonuçları cinsel ve dini obsesyonlar açısından farklılık olmadığı görüşünü desteklemektedir. Çalışma sonuçları arasında belirgin farklılıkların olması; cinsel ve dini obsesyonların çalışmaya alınan çocukların yaş gruplarının farklı olması, kültürel özellikler ya da çalışmalarda klinik değerlendirme yapılıp yapılmaması gibi değişkenlerden etkilendiğini düşündürmektedir.

Zarar verme, simetri/sıralama /tekrar, biriktirme belirti gruplarını cinsiyetler açısından karşılaştıran çocuk grubunda çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ülkemizde 6-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerle zarar verme, biriktirme ve tekrarlama obsesyon ve kompulsiyonları açısından çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (Tanıdır ve ark., 2015). Tükel ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada ise sadece zarar verme

obsesyonları erkeklerde daha fazla saptanırken, diğer obsesyonlar ve kompulsiyonlar açısından cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır. 15 yaşındaki ergenlerle yapılan bir çalışmada biriktirme belirtileri kızlarda erkeklerden daha fazla saptanmıştır (Ivanov ve ark., 2013).

Çocukluk çağında OKB tanısı alan ve OKB tanısı almasa bile OKB semptomları görülen çocukların benzer şekilde okulda davranışsal sorunlarının olduğu ve zarar verici davranışlar gösterdikleri bildirilmektedir (Black ve Gaffney, 2008; Alvarenga ve ark., 2016). Ayrıca OKB tanısı alan çocukların sağlıklı kontrollere göre tüm CBCL alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Alvarenga ve ark., 2016). Çalışmamızda da daha önce aynı alanda yapılan çalışmalara benzer şekilde OKB semptomları ile davranışsal sorunlar arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çocuklarda OKB semptomlarına eşlik eden davranışsal sorunların çocukların akademik, sosyal ve gelişimsel olarak çocukların işlevselliğini olumsuz etkilediği ve komorbid ruhsal bozukluk gelişimine zemin hazırladığı düşünülmektedir. Çalışmamızın bu alandaki sonuçları çocuklarda OKB semptomlarının erken yaşta değerlendirilmesinin yanı sıra eşlik eden davranışsal sorunlarının da değerlendirilerek çocukların uygun ruhsal destek sistemlerinden faydalandırılmasının önemine dikkat çekmektedir.

Çocukluk çağında görülen OKB ile içe yönelim sorunları arasında bir ilişki olduğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi içe yönelim sorunları ile ilişkili ruhsal bozukluk tanılarının OKB ile komorbiditelerinin sık olduğu bilinmektedir (Alvarenga ve ark., 2016; Storch ve ark., 2006 ). Çalışmamızda "4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği" ile belirlenen içe yönelim sorunları ile çocuklardaki OKB semptomları arasında pozitif bir ilişki olması yazındaki bilgileri desteklemektedir. Çocuklardaki içe yönelim sorunlarının ve zor mizaç varlığı ile erişkinlikteki OKB arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Grisham ve ark., 2011). Çocukluk çağındaki içe yönelim sorunları ile OKB semptomları arasındaki bu ilişkinin semptomların taranması, tanı konulması, tedavi ve takipte önemli olduğu düşünülmektedir.

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda OKB semptomlarının çocuklarda içe yönelim sorunlarının yanı sıra dışa yönelim sorunlarıyla birlikteliğinin sık

görüldüğü saptanmıştır (Alvarenga ve ark., 2016; Jacob ve ark., 2012). Ayrıca OKB tanısı alan çocuklarda DEHB ve Karşı Gelme Bozukluğu gibi dışa yönelim sorunları ile ilişkili ruhsal bozukluk tanılarının birlikteliğinin sık olduğu bildirilmektedir (Tükel, 2009; Işık ve Şener, 2007). Çalışmamızda da OKB semptomları ile dışa yönelim sorunları arasında pozitif bir ilişki saptanması OKB'nin işlevsellik üzerine olumsuz etkilerine içe yönelim sorunlarının yanı sıra dışa yönelim sorunlarının da etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca eşlik eden davranışsal sorunların ve komorbid ruhsal bozuklukların OKB tedavisini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Kano, 2013). OKB semptomları görülen çocuklarda dışa yönelim sorunlarına yönelik müdahalelerin OKB tedavisine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **5.2. Kısıtlılıklar**

Çalışmamız İstanbul ili Zeytinburnu ilçesinde bir ilkokulda yapılmış kesitsel bir çalışma olup, sonuçlar genel popülasyonu yansıtmayabilir. Çalışma yapılması planlanan gruptan çalışmaya kabul etmeyen ve çalışmaya katılmayı kabul etmesine rağmen ölçekleri uygun şekilde dolduramayan ebeveynlerin fazlalığı önemli kısıtlılıklardan biridir. Çalışmamızda klinik değerlendirme yapılmaması ve işlevselliğin değerlendirilmemiş olması saptanan belirtilerin klinik önemini değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. "Boyutsal Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Belirti Ölçeği" nin klinisyen tarafından uygulanmaması nedeniyle obsesyon ve kompulsiyon gibi anlaşılması ebeveynler tarafından zor olan konularda ölçeğin uygun şekilde doldurulmamasına neden olmuş olabilir.

## **5.3. Sonuç ve Öneriler**

Çalışmamızda bulaşma, diğer (batıl inanç, uğurlu uğursuz sayılar v.b.) ve toplam OKB belirti puanlarının kız çocuklarında erkek çocuklarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Cinsel ve dini, zarar verme, simetri/sıralama /tekrar ve biriktirme belirti grupları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Toplam OKB belirtileriyle içe yönelim, dışa yönelim ve

toplam problem davranış sorunları arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları okul çağı çocuklarında OKB belirtileri açısından cinsiyetler arasında bazı farklar olduğunu ve OKB belirtileri ile problem davranışlar arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları, okul çağı çocuklarında OKB semptomlarının taranmasının ve davranışsal sorunlarla birlikte değerlendirilmesinin önemine dikkat çekmektedir.

Ülkemizde yapılmış çalışmalar incelendiğinde okul çağı çocuklarında obsesif kompulsif belirtilerin cinsiyetlere göre davranış ilişkisini inceleyen fazla çalışma yoktur. Bu durum ise ortaya çıkardığımız bulguların geçmiş araştırmalar yardımıyla desteklenmesini zorlaştırmaktadır. Bilimsel çalışma yapmak isteyenler bu alandaki çalışmaları arttırmaları ve ortaya çıkan bulgular doğrultusunda bu problemleri yaşayan çocuklara daha fazla yardımcı olmalarına katkı sağlanacağı düşünülmekte ve önerilmektedir. Bu alanda çalışma yapmak isteyenlerin örneklem sayısını arttırmaları araştırmaya katılan katılımcıların değişik sosyo/kültürel farklılığını dikkate almaları, yaş gruplarının daha geniş yelpazede olması önerilerek alanın ilerlemesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



## KAYNAKÇA

- Abalı, O. (2012). Pediatrik Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri* 5 (3):11-17
- Adaletli H. (2015). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Eş Tanılar. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 22 (1): 18-20
- Akpınar, A. (2007). Ergenlik Döneminde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul
- Altıntaş, E. ve Özçürümez, G. (2015). Obsesif Kompulsif Tanılı Hastaların Cinsiyet Farklılığı Açısından Değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal*. 40 (3):409-417
- Alvarenga P.G., do Rosario M.C., Cesar R.C., Manfro G.G., Moriyama T.S., Bloch M.H., Shavitt R.G., Hoexter M.Q., Coughlin C.G., Leckman J.F., Miguel E.C. (2016) Obsessive-compulsive symptoms are associated with psychiatric comorbidities, behavioral and clinical problems: a population-based study of Brazilian school children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25(2):175-82
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *(DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. 5. Baskı. E. Köroğlu (çev.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amil, O. (2013). Dini İçerikli Obsesif Kompulsif Davranışların Sosyodemografik Açıdan İncelenmesi ve Vesvese İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı, Kayseri
- Arman, A.R. ve ark. (2003). Çocukluk çağı törensel Davranışları ve Eşlik Eden “Tam Ayarında” Bileşenin Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yeri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 10 (1):29-35

- Arıkan, M.K. (1999). *Temel Psikiyatrik Sendromlar*. İstanbul: Çantay Kitabevi
- Arkonaç, O. (1987). *Psikiyatrik Semptomlar ve Sendromlar*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
- Atmaca, M. (2012). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yapısal Beyin Görüntüleme Çalışmaları. Bir Gözden Geçirme, *Türkiye Klinikleri*. 5 (3):18-23
- Avcı, A. ve Aslan, H. (1995). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocukların Ailelerinde Obsesif Kompulsif Belirti Puanları. Karşılaştırmalı Bir Klinik Çalışma, *Düşünen Adam*. 8 (2):11-15
- Bahalı, M.K. ve ark. (2007) Çocukluk çağı Şizofrenisinde Obsesif Kompulsif Semptomlar. Bir Olgu Sunumu, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 14 (1):33-37
- Balat, G.U. ve ark.(2008). Okul Öncesi Eğitim Alan Çocukların Davranış Problemlerinin Anne ve Öğretmen Değerlendirmeleri Açısından Karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 34:263-275
- Barlas, O. ve ark. (2008). Dirençli Obsesif Kompulsif Bozuklukta Cerrahi Tedavi: Anterior Kapsülotomi. *Sinir Sistemi Cerrahisi Dergisi*. 1 (2):86-92
- Bayar, R. ve Yavuz, M. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*. No:62. S:185-192
- Baykal, S. (2011). Çocukluk Çağı Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Klinik ve Nöropsikolojik Özelliklerin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun.

Bayraktar, E. (1997). Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*. 1:25-32

Black D.W. ve Gaffney G.R. (2008). Subclinical obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: additional results from a "high-risk" study. *CNS Spectr*, 13(9 Suppl 14):54-61.

Davison, G.C., Neale, J. M. (2011). *Anormal Psikoloji*. 7. Baskı. İ. Dağ (çev. Ed.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Demirok ve ark. (2001). Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 8 (1):11-18

Diler, R.S. ve ark. (1999). Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk: Sosyodemografik, Klinik Özellikler ve Eşanlılar, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 10 (4):294-304

Diler, R.S. , Avcı, A. (1999). *Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluklar*. Adana: Novartis Ürünleri A.Ş.

Durukan, İ. ve ark. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Annelerinin Mizaç ve Karakter Özellikleri *Gülhane Tıp Dergisi*. 52: 28-31

Fernández de la Cruz L., Barrow F., Bolhuis K., Krebs G., Volz C., Nakatani E., Heyman I., Mataix-Cols D. (2013). Sexual obsessions in pediatric obsessive-compulsive disorder: clinical characteristics and treatment outcomes. *Depress Anxiety*, 30(8):732-40.

Geçtan, E. (2003). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. 20. Baskı. İstanbul: Metis Yayınları

Geller D.A. (2006). Review Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*, 29(2):353-70.

- Grisham J.R., Fullana M.A., Mataix-Cols D., Moffitt T.E., Caspi A., Poulton R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*, 41(12):2495-506.
- Güler, A.S. ve ark. (2016). Psychometric properties of the DY-BOCS in a Turkish sample of children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry* 65 (2016)15-23
- Gül, A.İ. ve Doğan, Y. B. (2015). Şizofreni Hastalarında ve Birinci Derece Yakınlarında Obsesif Kompulsif Semptomların Araştırılması. *Bozok Tıp Dergisi*. 5 (2):10-15
- Gürkan, K. (2015). *Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi*. 1. Bakı. İstanbul: Özel Pedam Sağlık Yayıncılık İletişim Reklamcılık Hizmetleri Ltd.Şti.
- Halayem, S. ve ark. (2015). Şiddetli Bir Çocukluk Çağı Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk Olgusunda Güçlendirme Tedavisi Olarak Klonazepam. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 26 (4):291-294
- Irak, M. ve Flament, M. F. (2007). Çocukluk Dönemi Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nöropsikolojik Profili, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18 (4):293-301
- Işıklı, S. ve Gönül, A.S. (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*. 5 (3):24-32
- Ivanov V.Z., Mataix-Cols D., Serlachius E., Lichtenstein P., Anckarsäter H., Chang Z., Gumpert C.H., Lundström S., Långström N., Rück C. (2013). Prevalence, Comorbidity and Heritability of Hoarding Symptoms in Adolescence: A Population Based Twin Study in 15-Year Olds. *PLoSOne*, 8(7):e69140.
- Işık, U. ve Şener, Ş. (2007). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları*. İstanbul: Asimetrik Paralel Yayınları

- Jacob M.L., Morelen D., Suveg C., Brown Jacobsen A.M., Whiteside S.P. (2012). Emotional, behavioral, and cognitive factors that differentiate obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders in youth. *Anxiety Stress Coping*, 25(2):229-37.
- Kaner, S. ve Çiçekçi, A. U.; Gözden Geçirilmiş Davranış Problemleri Kontrol Listesinin Türkçeye Uyarlanması, *Özel Eğitim Dergisi*, 2000;2 (4):23-34
- Kano Y. (2013). Treatment-refractory OCD from the viewpoint of obsessive-compulsive spectrum disorders: impact of comorbid child and adolescent psychiatric disorders. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 115(9):990-6.
- Karaçetin, G. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Annelerin Çocuklarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirmesi ve Major Depresif Bozukluğu Olan Annelerin Çocuklarıyla Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- Karaman, D. ve ark. (2011). Çocukluk Çağı Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3 (2):278-295
- Karamustafalıoğlu, O. (2010) Obsesif Kompulsif Bozukluk. [http://www.turkishfamilyphysician.com/upload/2010-1/ \(12.06.216\)](http://www.turkishfamilyphysician.com/upload/2010-1/(12.06.216))
- Karakuş, G. ve Tamam, L. (2015). Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklarda Özkıym, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 24 (3):402-413
- Karayılan, S. ve Erol, A. (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Yeme Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri*. 5 (3):76-84
- Kaya, V. (2010). Gebelik Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk: Klinik Özellikler, Komorbidite ve İlişkili Etkenler. Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya

- Köknel, Ö. (1990). *Korkular Takıntılar Saplantılar*. 1. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar
- Kökrek, Z. ve ark. (2012). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Eşzamanlı Duygudurum Bozuklukları Tanısı: Yöntemsel Sorunlar ve Etiyopatogenez. *Türkiye Klinikleri*. 5 (3):49-58
- Köroğlu, E. (1995) *Obsesif Kompulsif Bozukluk (Olgu Örnekleriyle)* Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 Tanı Odaklı Klinik Psikiyatri*. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Kuruoğlu, D.S. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Sürekli Öfke Düzeyleri, Öfke İfade Tarzları İle Obsesif Kompulsif Semptomları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul
- Lapsekili, N. ve Ak, M., Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi Sürecinde Yol Gösterici: Formülasyon, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2012;1 (1):21-27
- Mancebo M.C., Garcia A.M., Pinto A., Freeman J.B., Przeworski A., Stout R., Kane J.S., Eisen J.L., Rasmussen S.A. (2008). Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults. *Acta Psychiatr Scand*, 118(2):149-59.
- Mataix-Cols D., Nakatani E., Micali N., Heyman I. (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(7):773-8.
- Mukaddes, M. (2000). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi*. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.

- Öner, P. ve ark. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Serebral Kan Akımlarının Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 19 (1):13-18
- Öner, P. ve Aysev, A. (2001). Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Sted* 10 (11):409-411
- Özcan, H. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda ve Hastalanmış Kardeşlerinde Nöropsikolojik, Elektrofizyolojik ve Nörolojik Bozukluklar. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara
- Öznur, T. ve Erdem, M. (2015). Analizden Nörobiyolojiye Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Anatol J Clin Investig*. 9 (3):153-160
- Öznur, T. ve ark. (2013). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nöropsikolojik Defisitlerin Beyin Bölgeleri İle İlişkisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.5 (3):343-354
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
- Öztürk, M. (2007). *Çocuk Psikiyatrisi*. 7. Baskı. İstanbul: Uçurtma Yayınları
- Palulu, N. ve ark. 1999). Obsesif Kompulsif Bozukluğun İlkokul ve Ortaokul Çocuklarında Görülme Sıklığı: Norm Çalışması, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 6 (2):89-98
- Pişgin, İ. ve Özen D.Ş. (2010). Çocukluktan Erişkinliğe Obsesif Kompulsif Bozuklukta Hatalı Değerlendirme ve İnanç Alanları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2 (1):117-131
- Pulular, A. (2009). Edirne İli Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi, Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Edirne.

- Riddle M.A., Scahill L., King R., Hardin M.T., Towbin K.E., Ort S.I., Leckman J.F., Cohen D.J. (1990). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(5):766-72
- Scahill L., Kano Y., King R.A., Carlson A., Peller A., LeBrun U., Do Rosario-Campos M.C., Leckman J.F. (2003). Influence of age and tic disorders on obsessive-compulsive disorder in a pediatric sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 13 Suppl 1:S7-17
- Selvi, Y. ve Güleç, M. (2012). Dirençli Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Psikofarmakolojik Tedavi Seçenekleri, *Türkiye Klinikleri*. 5 (3):63-68
- Seçer, İ. (2014). Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Çocuk Formunun Türkçeye Uyarlanması Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Eğitim ve Bilim Dergisi*. 39 (176):355-367
- Songar, A. (1977). *Psikiyatri Modern Psikobiyoloji ve Ruh Hastalıkları*. 1.Baskı. İstanbul: Geçit Kitabevi
- Sucuoğlu, B. (2003). Sorun Davranışlar Kontrol Listesi Türkçe Formunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Türk Psikolojisi Dergisi*. 18 (52):77-91
- Storch E.A., Ledley D.R., Lewin A.B., Murphy T.K., Johns N.B., Goodman W.K., Geffken G.R. (2006). Peer victimization in children with obsessive-compulsive disorder: relations with symptoms of psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 35(3):446-55
- Şahin, N. (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerindeki Mizaç, Karakter Özellikleri ve Psikopatolojinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.



- Şengül, C. ve Herken, H. (2012) Obsesif Kompulsif Bozukluk Genetiği. *Türkiye Klinikleri*. 5 (3):38-42
- Şimşek, M.K. (2015). Ergenlerde Obsesif Kompulsif Belirtiler İle Depresyon ve Anksiyete Duyarlılığı Arasındaki İlişkinin Yapısal Eşitlik Modeli İle İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Erzurum
- Tahiroğlu, A. Y. ve Çelik, G. G. (2016). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. (Edt. Akay, A. P. ve Ercan, E. S.). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları
- Taner, E. (2003). *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar*. İstanbul: Oluşur Grafik Basım Hizmetleri A.Ş.
- Tan, O. (2010). *Takıntılar*. 8. Baskı. İstanbul: Timaş Yayınları
- Tanıdır, C., Adaletli, H., Gunes, H., Kilicoğlu, A. G., Mutlu, C., Bahali, M.K.,& Uneri, O. S. (2015). Impact of Gender, Age at Onset, and Lifetime Tic Disorders on the Clinical Presentation and Comorbidity Pattern of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 25(5): 425-31.
- Tatlı, M. (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı Almış Kişilerde Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Bu Bozukluğun Gelişimi ve Belirti Şiddetiyle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Thomsen P.H. ve Mikkelsen H.U. (1991). Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the demographic and diagnostic characteristics of 61 Danish patients. *Acta Psychiatr Scand*, 83(4):262-6.

- Tükel R., Polat A., Genç A., Bozkurt O., Atli H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 45(5):362-6.
- Tükel, R. ve ark. (2009). *Psikiyatri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi. İ.Ü. Tıp Fakültesi Yayın No:2009/1
- Türkbay, T. ve Söhmen, T. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluk İle Psikotik Bozukluğun Karışması: Bir Olgu Sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 7 (2):106-112
- Türkbay, T. ve ark. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Belirti Dağılımının ve Komorbiditesinin Çocuk ve Ergenler ile Erişkinler Arasında Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 3:86-91
- Türkçapar, M.H. ve Şafak, Y. (2012). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Özellikler ve Bilişsel Tedaviler. *Türkiye Klinikleri*. 5 (3):69-75
- Uğuz, F. (2012). Hamilelik ve Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri* 5 (3):85-90
- Üçok, A. (2012). Şizofrenide Obsesif Kompulsif Belirtilerin Yeri, *Türkiye Klinikleri*. 5 (3):59-62
- Varma, G. S. ve ark. (2012). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Silik Nörolojik Belirtiler. *Türkiye Klinikleri*. 5 (3):33-37
- Yalçın, Ö. Ve ark. (2012). Çocuk ve Ergen Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Bilişsel İşlevlerinin Kontrol grubuyla Karşılaştırılması: Geniş katılımlı Nöropsikolojik Bir Çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 49:119-128
- Yalçın, Ö. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocukların Nöropsikolojik Testlerle, Beyin Magnetik Rezonans Spektroskopi Bulgularının Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara

Yörükoğlu, A. (1986). *Çocuk Ruh Sağlığı*. 11. Baskı. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları

Yörük, P. ve Tosun, A. (2015). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Üst-Bilişsel Model. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 7 (2):190-207

Yurtsever, S.S. ve Sütçü, S.T. (2016). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi: Sistematik Bir Gözden Geçirme, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 8 (Suppl 1):39-60

## EK 1.

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

#### Sayın velimiz;

Okulumuz öğretmenlerinden Duran GÖLCÜK tarafından çocukluk çağında görülen Takıntı Hastalığı (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve diğer ruhsal sorunlar ile ilgili bir araştırma yapılmaktadır. Takıntı hastalığında rahatsızlık veren zorlayıcı düşünceler ve bu zorlayıcı düşüncelerden kurtulmak için yapılan davranışlar görülür. Bu ruhsal sorun çocuklarda sıkça bulunmasına rağmen kolay fark edilememesi nedeniyle çocuğun hayatını zorlaştırıp, akademik başarısını da olumsuz etkilemektedir.

Bu çalışmanın amacı Takıntı Hastalığı ile ilgili belirtileri olan çocukları erken saptamak ve okul yaşamına etkilerini incelemektir. Çalışmaya katılım için aşağıda isimleri verilen ve onam formuyla birlikte gönderilen ölçeklerin eksiksiz doldurulması gerekmektedir. Ölçeklerin karşısında kimin tarafından doldurulacağı belirtilmiştir.

Doldurulan ölçekler uzmanlar (Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Duran Gölcük ve Çocuk Psikiyatristi Doç. Dr. Muhammed Ayaz) tarafından değerlendirilerek çocuğunuzla ilgili belirtilen bozukluklar açısından risk varsa önlem almanız için tarafınıza bilgi verilecektir. Bu bilgiler çocuğun ebeveynleri dışında kimseyle paylaşılmayacaktır.

Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi aşağıdaki telefon numarasından arayınız. Araştırmaya katılım gönüllük esasına bağlı olup çalışmaya katılmayı istemiyorsanız aşağıdaki “Hayır” kutucuğunu işaretleyip formları geri gönderebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz “Evet” kutucuğunu işaretleyerek imzalamanızı, bu onam formunu da diğer ölçeklerle beraber göndermenizi rica ederiz.

Hayır

Evet

**Öğrenci Adı Soyadı:**

**Katılımcı Veli Adı Soyadı:**

**İmza:**

**Tel:**

**Adres:**

## EK 2.

### Sosyodemografik Bilgi Formu (Çocuk adına veli dolduracak.)

Çocuğun Adı ve Soyadı: .....

Form Doldurma Tarihi :..... Formu

Dolduran.....

#### Çocuğun

Cinsiyeti 1. Kız  2. Erkek   
Doğum Tarihi: --- / --- / ---  
Anaokulu/Kreşe Gitti : 1.Evet  2. Hayır   
Okula başlama yaşı:..... Sınıfı: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

#### Çocuğunuzun bedensel veya zihinsel bir engeli var mı?

1. Var  2. Yok

Var ise;

Açıklayınız:

Ne zaman başladı: 1. Doğuştan  2. Doğumdan sonra .....yaşında

Tedavi görüyorsa kullandığı ilaçlar:

Özel eğitim alıyorsa; nerede:.....

ne zamandan beri:.....

ne kadar sıklıkla;.....

1) 2gün/haftadan az  2) 2gün/haftadan 3) diğer

#### Annesi

Yaşı:.....

Hayatta mı: 1. Evet  2.Hayır

Hayır ise ölüm yılı ve sebebi:.....

Çocukla beraber mi yaşıyor: 1.Evet  2.Hayır

Hayır ise nedeni ve süresi:.....

Başarıyla bitirdiği okul:

1. Okur- yazar  2. İlkokul  3. Ortaokul  4. Lise ve üstü

Mesleği:.....

1. Çalışmıyor  2. Çalışıyor  yaptığı iş ve günde kaç saat çalıştığı:.....

#### Babası

Yaşı:

Hayatta mı: 1. Evet  2. Hayır

Hayır ise ölüm yılı ve sebebi:

Çocukla beraber mi yaşıyor: 1. Evet  2. Hayır

Hayır ise nedeni ve süresi:

Başarıyla bitirdiği okul:

1. Okur- yazar  2. İlkokul  3. Ortaokul  4. Lise ve üstü

Mesleği:.....

1. Çalışmıyor  2. Çalışıyor  yaptığı iş ve günde kaç saat çalıştığı:....

#### Anne baba birlikteliği

1. Birlikte  2. Boşanmış

3. Ayrı yaşıyor

ayrı ise;

çocuk kaç yaşında iken ayrılmışlar:....

çocuk kiminle kalıyor:.....

**Anne ve baba arasında akrabalık var mı:**

- 1.Evet  2.Hayır

**Aynı evde kimler yaşıyor?**

1. anne  2. baba  3. kardeşler  kaç tane kardeş: ....4. babaanne   
5. büyükbaba  6. anneanne  7. dede  8. diğerleri

**Kardeşler**

- Birinci Kardeş 1. Anne Baba bir  2. Anne Baba ayrı   
Yaşı:..... Cinsiyeti:.....Okula gidiyorsa sınıfı:.....Sağlık durumu 1. İyi  2. Hasta   
İkinci Kardeş 1. Anne Baba bir  2. Anne Baba ayrı   
Yaşı:..... Cinsiyeti:.....Okula gidiyorsa sınıfı:.....Sağlık durumu 1. İyi  2. Hasta   
Üçüncü Kardeş 1. Anne Baba bir  2. Anne Baba ayrı   
Yaşı:..... Cinsiyeti: Okula gidiyorsa sınıfı:.....Sağlık durumu 1. İyi  2. Hasta   
Dördüncü Kardeş 1. Anne Baba bir  2. Anne Baba ayrı   
Yaşı:.....Cinsiyeti:.....Okula gidiyorsa sınıfı:.....Sağlık durumu 1. İyi  2. Hasta

- Anne baba dışında çocuğun bakımına yardım eden kişiler var mı:** 1. Evet  2. Hayır   
Evet ise ne kadar süre ile ve;  
1. Aileden biri   
2. Yabancı biri

**Anne ve babanın kendisinde veya yakın akrabalarında ruhsal rahatsızlıkları olan var mı?**

- 1.Evet  2.Hayır

Var ise tanıları yazınız.

.....

**Annenin gebeliğinde:**

- Gebelikte düzenli doktor takibine gitti mi? 1. Evet  2. Hayır   
Gebelik sırasında önemli bir hastalık geçirdi mi?1. Evet  2. Hayır   
Evet ise hastalığı yazınız.....

- Gebelik sırasında herhangi bir sebeple ilaç kullandı mı?1. Evet 2. Hayır

Evet ise ilacı yazınız:.....

**Çocuğun Tıbbi Öyküsü:**

- Doğum zamanı 1. Zamanında   
2. Erken (prematür= 37 haftadan önce)   
3. Geç (postmatür=40 haftadan sonra)   
Doğum ağırlığını yazınız .....
- Doğumun şekli 1. Normal  2. Sezaryen
- Doğum sırasında ve sonrasında bir zorluk yaşandı mı? 1. Mor doğum  2. Ağlamama  3. Sarılık   
4. Havale  5. Yaralanma  6. Diğer
- Küvezde kaldı mı? 1. Evet  2. Hayır   
Evet ise nedeni ve süresi:
- Çocuğun uyku sorunu oldu mu? 1.Evet  2. Hayır   
Evet ise nasıl?

1. Uykuya dalmama  2. Gece sık uyanma   
3. Gündüz uyumama  4. Diğer

Herhangi bir sebeple Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniği' ne başvurduunuz mu?  
1. Evet  2. Hayır

Aldığı bir ruhsal bozukluk tanısı var mı? 1. Evet  2. Hayır   
Evet ise ruhsal bozukluk tanısını yazınız.....

Herhangi bir sebeple ilaç kullandı mı? 1. Evet  2. Hayır

Evet ise:

adı ve dozu:.....

halen kullanıyor mu? 1. Evet  2. Hayır

Herhangi bir sebeple hastaneye yattı mı? 1. Evet  2. Hayır

Evet ise nedenini yazınız:.....

Ailenin toplam aylık geliri:.....

**Çocuğun Gelişim Öyküsü:**

Ne zaman desteksiz oturdu? .....

Ne zaman emekledi? .....

Ne zaman yürüdü? .....

İlk hecesi ne zaman? .....

Ne zaman anlamlı cümle kurdu? .....

Tuvalet eğitimi ne zaman? 1. Halen sorun var  2. 2-5 yaş arası  3. diğer

### EK 3. Boyutsal Yale-Brown Obsesif Kompulsif Belirti Ölçeği

Formu dolduran:

Hasta ile yakınlığı:

#### Obsesif-Kompulsif Belirti Listesi

NOT: Bu anket formu obsesif kompulsif belirtileri sorgulamaktadır. Lütfen bütün formu doldurunuz.

**Bu formu doldururken aşağıdaki tanımları göz önünde tutunuz:**

**Obsesyonlar:** istemeden zihne gelen rahatsız edici düşünceler veya hayallerdir. Bir ışığın kapanıp kapanmadığı veya bir kapının kilitlenip kilitlenmediğine ilişkin tekrarlayıcı düşünceler, bir hastalık veya mikrop kapacağına ilişkin kaygılar örnek olarak verilebilir. Bu düşünceler veya hayaller kişi onları uzaklaştırmaya, düşünmemeye çalışsa da ya da yokmuş gibi davransa da zihne gelmeye devam ederler.

**Kompulsiyonlar:** Kişinin anlamsız olduğunu bildiği halde yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn: el yıkama, düzene koyma, kilitleri kontrol etme) ya da zihinsel eylemlerdir (örn: sayı sayma). Aşağıda bu kelime ile benzer olarak **ritüel** kelimesi de kullanılmıştır.

Lütfen aşağıdaki kutucuklardan size uygun düşenleri işaretleyiniz (“geçmişte vardı” seçeneği daha önce var olan ancak son bir haftadır görülmeyen belirtiler içindir). Eğer bir belirti şu anda mevcut ise lütfen başlangıç yaşını belirtiniz. Çocuklar için; aileleri çocuklarının yardımı ile formu doldurmalıdır.

#### A1. Zarar Hakkındaki Obsesyonlar ve ilişkili Kompulsiyonlar

		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var son 1 haftadır	Geçmiş te vardı	Başlangıç yaşı
1	<b>Kendime zarar verebileceğime ilişkin obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, çatal veya bıçakla kendime zarar verme korkusu, keskin objeleri ellemekten ya da yakınında olmaktan korkma, bir arabanın önüne atlama korkusu, cam kenarında yürümekten korkma.				
2	<b>Zarar görebileceğime ilişkin obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, yeterince dikkatli olmadığım için yaralanacağım korkusu. Belli nesne veya insanların bana zarar vereceği korkusu.				
3	<b>Kendimin veya başka birinin bana zarar verip vermediğini kontrol ederim.</b> Örneğin, keskin bir şeyi tuttuktan sonra yara veya kan izleri aramak, zarar görüp görmediğinizi doktorlar veya diğer kişilerden güvence arayarak kontrol etmek.				
4	<b>Başka birine zarar verebileceğim hakkında obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, başkalarının yemeğini zehirleme, bebeklere zarar verme, birini arabanın/trenin önüne itme.				
5	<b>Korkunç bir olaydan sorumlu olabileceğime ilişkin obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, bir yangını başlatmak, bir hırsızlık/cinayetten sorumlu olmak.				
6	<b>Korkunç bir olaydan sorumlu olabileceğime ilişkin obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, bir yangını başlatmak, bir hırsızlık/cinayetten sorumlu olmak.				



7	<b>Başkalarına zarar vermediğimi ya da başkalarının zarar görmediğini kontrol ederim.</b> Örneğin, birine onun bilgisi olmadığı halde zarar vermediğinizi kontrol etmek. Diğer insanlara sorarak ya da telefonla arayarak her şeyin yolunda olduğundan emin olmaya çalışma.				
8	<b>Aklımdan şiddet ve dehşet dolu hayaller geçer.</b> Örneğin, cinayet, araba kazası görüntüleri veya parçalanmış bedenlere ilişkin kanlı görüntüler.				
9	<b>Terbiyesiz sözler veya hakaretler ağızdan kaçırabileceğime ilişkin obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, bir cami ya da okul gibi sessiz fakat çevrede bir çok insanın olduğu bir yerde terbiyesiz sözler söyleme korkusu. Terbiyesiz şeyler yazma korkusu.				
10	<b>Utanç verici bir şey yapacağıma ilişkin obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, kalabalık içinde soyunma korkusu, sosyal ortamlarda aptal durumuna düşme korkusu.				
11	<b>İstemediğim bir dürtüye uyma obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, Dürtüyle olarak bir arkadaşımı bıçaklama, arabayla birine çarpma, bir şey çalma korkusu.				
12	<b>Korkunç bir şey oldu mu / olacak mı diye kontrol ederim.</b> Örneğin, gazetelerde, radyoda neden olduğuna inandığın bir felaket hakkında haber aramak. Diğer insanlardan güven alma ihtiyacı için de soruyor olabilirsin.				
13	<b>Kendime veya başkalarına gelebilecek zararı engellemek için kontrol ederim veya başka yöntemler uygulardım.</b> Örneğin, keskin aletlerden uzak durabilir, Makas ya da bıçak kullanmayı reddedebilirsiniz, Zarar verici bir şey olmadığından emin olmak için yanınızda birinin olmasını isteyebilir, diğer insanlardan güven alma ihtiyacı hissedebilirsiniz.				
14	<b>Korkunç sonuçları engellemek için olağan işleri yineleme ihtiyacı duyarım.</b> Örneğin, kötü bir düşünceye sahip olunca kötü bir sonucu engellemek için belli bir hareketi defalarca yapmak. Lütfen bu maddeyi tekrarlama davranışları sadece zarar verici düşüncelere karşılık olarak yapıyorsa işaretleyin.				
15	<b>Kontrol etme davranışları dışında zihinsel ritüellerim vardır.</b> Örneğin, zihinsel ritüeller zihninizde yaptığımız kompulsiyonlardır; mesela kötü bir düşüncenin etkisini telafi etmek için iyi bir şey düşünmek gibi. Lütfen bu maddeyi zihinsel ritüelleri sadece kendinize veya başkasına zarar verme obsesyonlarına karşılık yapıyorsanız işaretleyin.				
<b>B1. Cinsel ve Dini İçerikli Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar</b>					
		<b>Hiç bir zaman olmadı</b>	<b>Şu anda var son 1 haftadır</b>	<b>Geçmiş te vardı</b>	<b>Başlangıç yaşı</b>
16	<b>Uygunsuz veya yasaklı cinsel düşünce, dürtü veya hayallerim vardır.</b> Örneğin, aile, arkadaş veya yabancılar hakkında istenmeyen cinsel düşünceler.				
17	<b>Çocukları veya aile içi ilişkileri içeren cinsel obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, Kendi veya başkasının çocuğuna cinsel tacizde bulunma hakkında istenmeyen düşünceler.				
18	<b>Homoseksüalite hakkında obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, Ya homoseksüel isem/ya birden homoseksüel olursam gibi yersiz endişeler.				

19	<b>Diğer insanlara yönelik şiddet içeren cinsel davranışlar hakkında obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, yabancılara, arkadaşlara, aile bireyelerine karşı istenmeyen şiddet içeren cinsel davranış hakkında hayaller.				
20	<b>Cinsellik ile ilgili yanlış bir şey yapmadığımdan emin olmak için bir şeyleri kontrol ederim.</b> Örneğin, bir sorun var mı diye özel yerlerinizi, yatağı, kıyafetleri kontrol etmek. Diğer insanlardan bir şey olmadığına dair güven alma ihtiyacı.				
21	<b>Cinsel obsesyon ve kompulsiyonları engellemek için belli, yer, eşya veya kişilerden uzak dururum.</b> Örneğin, Belli resim veya başlık yazılarını görmemek için kitapçıların magazin bölümlerinden uzak durmak.				
22	<b>Allah hakkında kötü konuşma, kutsal şeylere karşı saygısızlık hakkında obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, Allah hakkında kötü bir şey söyleme ve bunun için cezalandırılma endişesi.				
23	<b>Ahlaki olarak neyin gerçekten doğru, neyin yanlış olduğu hakkında obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, her zaman ahlaki olarak doğru olanı yapma kaygısı, yalan söylemiş veya birini kandırılmış olma korkusu.				
24	<b>Bazı şeyleri söylemeye korkarım.</b> Örneğin, yanlış bir tavsiye vermekten, ölmüş veya hayatta olan biri hakkında kötü veya uygunsuz bir söz söylemekten korkma.				
25	<b>Dini olarak yanlış bir şey yapıp yapmadığımı kontrol ederim.</b> Örneğin, Kuran' ı veya başka kutsal nesnelere kontrol etmek, İmam, hoca ya da dini bilgisine güvendiğiniz insanlardan kötü bir şey olmadığına dair güvence istemek.				
26	<b>Dini görevler veya eşyalar hakkında kompulsiyonlarım vardır.</b> Örneğin, Dini eşyaları sürekli temizlemek, kontrol etmek. Saatlerce dua etmek, dini kişilerden gereğinden fazla güvence istemek.				
27	<b>Din ve ahlak obsesyon ve kompulsiyonlarımı engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum.</b> Örneğin, Camiye gitmemek, şeytanın etkisi altında kalmaya ilişkin düşünceleri artıracığı için bazı televizyon programlarını izlememek.				
28	<b>Korkunç sonuçları engellemek için olağan aktiviteleri yineleme ihtiyacı duyarım.</b> Örneğin, kötü bir cinsel, veya dini tekrarlayıcı düşünceden sonra, kötü bir sonu engellemek için belli bir hareketi defalarca yapma ihtiyacı duymak. Lütfen bu maddeyi tekrarlama davranışları sadece bu düşüncelere karşılık olarak yapılıyorsa işaretleyin.				
29	<b>Bazı şeyleri anlatma, sorma, itiraf etme ihtiyacım vardır.</b> Örneğin, Diğer insanlardan yanlış bir şey yapmadığınıza dair güvence almak, yapmadığım bir şeyi itiraf etmek, daha iyi hissetmek için mahrem düşüncelerinizi birine anlatmak.				
30	<b>Kontrol etme dışında zihinsel ritüellerim vardır.</b> Örneğin, zihinsel ritüeller zihninizde yaptığımız kompulsiyonlardır; kötü bir düşüncenin etkisini telafi etmek için iyi bir şey düşünmek gibi. Lütfen bu maddeyi zihinsel ritüelleri sadece kendinize veya başkasına zarar verme obsesyonlarına karşılık yapıyorsanız işaretleyin.				

C1. Sıralama, Simetri, Sayma, Tekrar Tekrar Yapma, Her şeyin Tam Ayarında Olması İhtiyacı					
		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var son 1 haftadır	Geçmiş te vardı	Başlangıç yaşı
31	<b>Bazı şeylerin ‘tam’ veya ‘mükemmel’ olması ile ilgili obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, el yazısının mükemmel olması, kitapların tam dizilmiş, hesapların tam yapılmış olması hakkında endişe veya huzursuzluk hissi.				
32	<b>Simetri obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, nesnelerin düzgün veya simetrik olmadığı hakkında zihnin meşgul olması.				
33	<b>Hata yapıp yapmadığımı kontrol ederim.</b> Örneğin, okurken, yazarken, basit hesaplamalar yaparken hata yapmadığından emin olmak için sürekli kontrol etme. Yapılacaklar listesi oluşturup bunu sürekli kontrol etme.				
34	<b>Tekrar tekrar okuyup yazarım.</b> Örneğin, tekrar tekrar okuma döngüsüne takılıp kalma nedeniyle birkaç sayfayı okumak veya kısa bir mektup yazmak için saatler harcamak. Mükemmel kelimeyi ya da ifadeyi aramak, okuduğu bir kelimenin tam anlamını bulmaya çalışmak veya bazı harflerin şekillerine takılmak.				
35	<b>Tekrarlamam gereken rutinlerim vardır (sandalyeye oturup kalkmak, kapıdan girip çıkmak).</b> Diğer örnekler bir aleti açıp kapatmak, saç taramak, belli bir yöne bakmak olabilir. Bunları ‘doğru’ sayıda yapmadıkça veya istenen simetriye ulaşmadıkça rahat edememek. Bu maddeyi kötü bir düşünceden kurtulmak için bir şeyi tekrar tekrar yapmaktan farklı düşünün.				
36	<b>Sayma kompulsiyonlarım vardır.</b> Örneğin, tavan, yer döşemelerini, kitaplıktaki kitapları, evlerin pencerelerini, kiremitleri, halıdaki desenleri, hatta kumsaldaki kum tanelerini saymak.				
37	<b>Sıralama ve düzenleme kompulsiyonlarım vardır.</b> Örneğin, masanın üzerindeki kalemleri, kağıtları, kitaplıktaki kitapları düzenlemek. Evdeki eşyaları düzenlemek için çok zaman harcamak, bu düzen bozulursa çok sinirlenmek.				
38	<b>Simetrik olarak eşyalara dokunma, hareketleri veya nesnelere eşitleme kompulsiyonlarım vardır.</b> Örneğin, bir şeye sağ tarafından dokununca aynı şekilde sol tarafına da dokunma ihtiyacı.				
39	<b>Eşyalara dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi duyarım.</b> Örneğin, kendinizi tahta gibi sert veya ocak gibi sıcak yüzeylere dokunmak için zorlanmış hissedebilirsiniz. Diğer insanlara, eşyalara hafifçe dokunma, eşyalara dokunma için kendini zorlanmış hissetme.				
40	<b>“Tam olarak doğru” şeyi söylemediğimden korkarım.</b> Örneğin, birine yanıt verirken veya bir şey söylerken ‘tam doğru’ kelimeyi veya deyimini bulma ihtiyacı hissedebilirsiniz.				
41	<b>Kontrol etme dışında zihinsel ritüellerim vardır.</b> Örneğin, zihinsel ritüeller zihninizde yaptığımız kompulsiyonlardır. Lütfen bu maddeyi sadece zihinsel ritüelleri simetri ve düzen obsesyonlarına karşılık yapıyorsanız işaretleyin.				

42	<b>Simetri ve düzen obsesyon ve kompulsiyonlarını engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum.</b> Örneğin, Evde bu obsesyon ve kompulsiyonları arttıracak eşyalara bakmamak.				
<b>D1. Kirlenme Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları</b>					
		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var son 1 haftadır	Geçmişte vardı	Başlangıç yaşı
43	<b>Kir ve mikroplarla ilgili obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, belli sandalyelere oturmak, el sıkışmak, kapı kollarını ellemek ile mikrop kapma korkusu.				
44	<b>Vücut atık veya salgularından (idrara, dışkı, tükürük) fazlaca kaygılanmak veya öğrenmek.</b> Örneğin, Kendinin veya başkasının idrar, üreme salgısı veya dışkısına değme korkusu.				
45	<b>Çevreyi kirleten maddelerden (asbest, radyasyon, toksik atıklar) kaygı duymak.</b> Örneğin, asbest, radyoaktif maddelerden etkilenme korkusu, toksik atık alanları içeren yerlerle ilişkili şeylerden korkma. Hava kirliliğinden etkilenme korkusu.				
46	<b>Böcek ve hayvanlarla ilgili obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, sineklerden mikrop kapma korkusu, kedi, köpek veya diğer hayvanlarla temas korkusu.				
47	<b>Yapışkan maddelerden veya atıklardan rahatsızlık duymak.</b> Örneğin, diş macunu, bant, veya diğer yapışkan maddelerin mikrop içerdiğinden korkmak				
48	<b>Bulaşma nedeni ile hastalanacağıma ilişkin endişe duyarım.</b> Örneğin, bulaşmanın direkt bir sonucu olarak hasta olma kaygısı. Bulaşma nedeniyle AIDS veya kanser gibi hastalıklara yakalanma korkusu.				
49	<b>Aşırı veya törensel olarak el yıkama kompulsiyonlarım vardır.</b> Örneğin, Kir ve mikroplar hakkında endişeleriniz ya da yeterince temiz olmadığı hissi nedeniyle defalarca el yıkama. Yıkamanın sırası bozulursa tüm süreci baştan başlatma. Bu davranışlar belli sayıda veya belli bir şekilde el yıkamayı içerebilir.				
50	<b>Aşırı veya törensel duş, banyo veya tuvalet alışkanlıklarım vardır.</b> Örneğin, belirli bir şekilde yapılması gereken duş, banyo veya tuvalet alışkanlıkları. Aşırı miktarda tuvalet kâğıdı tüketmek. Yıkama/temizleme davranışı bölündüğünde her şeye baştan başlamak.				
51	<b>Evdeki eşyaların tekrar tekrar temizlenmesi ile ilgili kompulsiyonlarım vardır.</b> Örneğin, aşırı ve/veya defalarca tuvalet, sifon, yer, mutfak tezgahını ve eşyalarını temizleme				
52	<b>Kirlenmeye neden olacak maddeler ile teması önleyen veya onları ortadan kaldıracak diğer şeyler yaparım.</b> Örneğin, aile bireylerinden çöpü, böcek ilaçlarını, benzin bidonlarını boyaları, çiğ etleri, kedi kumunu vs. ortadan kaldırmalarını istemek. Lastik eldiven kullanmak.				
53	<b>Kontrol etme dışında zihinsel ritüellerim vardır.</b> Örneğin, zihinsel ritüeller zihninizde yaptığımız kompulsiyonlardır. Lütfen bu maddeyi zihinsel ritüelleri sadece kirlenme obsesyonlarına karşılık yapıyorsanız işaretleyin.				

54	<b>Kirlenme obsesyon ve kompulsyonlarını engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum.</b> Örneğin, umumi tuvaletlere gitmemek, otel havlularını kullanmamak, el sıkışmamak. Bunun için aile üyelerinden kapıları açmalarını isteyebilir ya eldiven kullanıyor olabilirsiniz.				
<b>E1. Biriktirme / Toplama Obsesyon ve Kompulsyonları</b>					
		<b>Hiç bir zaman olmadı</b>	<b>Şu anda var (son 1 haftadır)</b>	<b>Geçmiş te vardı</b>	<b>Başlangıç yaşı</b>
55	<b>Eşyaları biriktirme, gelecek için saklama obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, gelecekte işe yarayabileceği endişesi ile bir şeyi (kağıt, dokuman, bilet) atma hakkında endişelenme.				
56	<b>Eşyaları atma konusunda obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, Pek çok şeyi manevi değeri için saklamak, alma veya biriktirme isteği duymak.				
57	<b>Eşyaları kaybetme obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, önemsiz şeylerin (bir kağıt parçası) kaybolmasından korkma.				
58	<b>Bir şeyi saklamam gerekip gerekmediği konusunda karar verirken zorlanırım.</b> Örneğin, öylesine alınan bir şeyi atıp atmamaya karar veremeyip saklamak.				
59	<b>Biriktirme, saklama kompulsyonlarım vardır.</b> Örneğin, Bir gün ihtiyacımız olabilir korkusuyla atmadığımız eski gazete, konserve kutuları, notlar, boş kutular, ambalaj kağıtları ile odanız dolu olabilir. Sokaktan, çöpten eşya almak.				
60	<b>Biriktirme ve saklama hakkında zihinsel ritüellerim vardır.</b> Örneğin, zihinsel ritüeller zihnimizde yaptığımız kompulsyonlardır, mesela kötü bir düşüncenin etkisini telafi etmek için iyi bir şey düşünmek gibi ya da zihninizdeki hazırladığımız bir listenin sırasına uyma ihtiyacı. Lütfen bu maddeyi zihinsel ritüeller sadece biriktirme ve saklama hakkındaysa işaretleyiniz.				
61	<b>Biriktirme ve saklama kompulsyonlarımı engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum.</b> Örneğin, belirli dükkanlar, marketlerden uzak durmak, gazete okumamak. Eşyaları atmak veya dolabı temizlemek için diğer kişilerden yardım almak.				
<b>F1. Bedensel Obsesyonlar ve İlişkili kompulsyonlar</b>					
		<b>Hiç bir zaman olmadı</b>	<b>Şu anda var son 1 haftadır</b>	<b>Geçmiş te vardı</b>	<b>Başlangıç yaşı</b>
62	<b>Belli bir hastalık ya da rahatsızlık hakkında endişelenirim.</b> Örneğin doktorların güvencesine rağmen kanser, kalp hastalığı, AIDS gibi bir hastalığa yakalanmak hakkında.				

63	<b>Belli bir hastalık ya da rahatsızlığa yakalanmadığımı kontrol ederim.</b> Kalp hastalığı, beyin tümörü, bazı kanser türleri gibi ciddi bir hastalığının olmadığına ilişkin arkadaşlarım ya da doktorların güvencesini aramak.				
64	<b>Belli bir hastalık ya da rahatsızlığa yakalanmadığıma ilişkin kontrol davranışları dışında zihinsel ritüeller.</b> Bu ritüeller sizin zihninizden yaptığınız kompulsiyonlardır. Lütfen bu maddede yaptıklarınızın sadece bedensel bir hastalık ile ilişkili olduğunu kontrol ediniz.				
65	<b>Yakalanmaktan korktuğum bir hastalık ile ilgili obsesyon ve kompulsiyonlarımı engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum.</b> Örneğin hastalık düşüncelerini artıracığı için hastanelerden uzak durmak.				
<b>G1. Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar</b>					
		<b>Hiç bir zaman olmadı</b>	<b>Şu anda var son 1 haftadır</b>	<b>Geçmişte vardı</b>	<b>Başlangıç yaşı</b>
66	<b>Belli şeyleri bilmeye veya hatırlamaya ihtiyacım vardır.</b> Örneğin, plaka numaraları, t-shirt sloganları gibi önemsiz şeyleri hatırlama ihtiyacı				
67	<b>Batıl inançlarla ilgili korkularım vardır.</b> Örneğin, kara kedi, merdivenin altından geçmek, ayna kırmak.				
68	<b>Batıl inançlara uygun davranışlarım vardır.</b> Örneğin, Uğursuz bir sayı içeriyorsa (mesela 13) tren, uçak veya otobüse binmeme, ayın 13'ünde evden çıkmakta isteksiz olma, bir cenaze geçerken ya da mezarlıktan geçerken giyilen kıyafetleri atma.				
69	<b>Uğurlu / uğursuz sayılarım vardır.</b> Örneğin, 13 sayısı gibi genelde uğursuz olarak bilinen rakamlar hakkında kaygılar, belirli hareketleri uğurlu sayı kadar tekrarlama, günün belli şanslı saatlerinde bir işe başlamak, kötü şans getireceğine inanılan numaralardan uzak durmak				
70	<b>Özel anlamı olan renklerle ilgili obsesyon ve kompulsiyonlarım vardır.</b> Örneğin, siyah ölüm ile, kırmızı kan ile ilişkilendirilebilir, bu renkleri olan eşyalardan kaçınabilirsiniz.				
71	<b>İstenmeden zihne gelen anlamsız sesler, kelimeler, sayılar, veya müzikler.</b> Örneğin, zihninizde durduramadığınız sesler, kelimeler, müzikler duyma. Belli kelime ya da isimlere takılıp kalma.				
72	<b>Şiddet içermeksizin istenmeyen görüntüler zihnimi meşgul eder.</b> Örneğin, belli resimlerin, sahnelerin detaylarına takılmak.				
73	<b>Bu obsesyon ve kompulsiyonları engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum.</b> Örneğin, çizgilere basmamak, belli sayıları yazmaktan kaçınmak.				
74	<b>Rutin davranışları tekrar tekrar yaparım ve bu beni yavaşlatır.</b> Örneğin, yıkanmak, giyinmek, evden çıkmak saatler alır. Yemek, konuşmak, su içmek gibi olağan aktiviteler için gereğinden çok fazla zaman harcama.				
75	<b>İhtiyacım olandan çok daha fazla liste yaparım.</b> Yapılacaklar veya kontrol edilecekler için listeler yaparım.				

<b>H1. Obsesif-Kompulsif Yelpazede Yer alan Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar</b>					
		<b>Hiç bir zaman olmadı</b>	<b>Şu anda var son 1 haftadır</b>	<b>Geçmiş te vardı</b>	<b>Başlangıç yaşı</b>
76	<b>Yakın bir aile bireyinden ayrı kalma ihtimali hakkında aşırı endişelenirim.</b> Örneğin, anne babası, çocuğu ya da eşinin başına korkunç bir şey geleceği ya da onları bir daha göremeyeceği korkusu.				
77	<b>Sevdiğim birini kaybetmemi (birinden ayrı kalma) engellemek amacıyla yaptığım kompulsiyon veya ritüellerim vardır.</b> Örneğin, o kişiyi odadan odaya takip etmek, telefonla sürekli aramak, başına kötü bir şey gelmesin diye dua etmek.				
78	<b>Başka birine dönüşme obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, başka biri gibi olma, hatta o kişiye dönüşme korkusu, vücudun bazı kısımlarının kendine ait olmadığı düşüncesi.				
79	<b>Obsesif bir şekilde düşünüp durduğum biri hakkında düşünmekten kurtulmak için yaptığım kompulsiyonlar vardır.</b> Örneğin, istenmeyen düşünceleri bastırmak, bu düşünceleri kovmak için belli hareketler yapmak, ya da belli şeyler düşünmek.				
80	<b>Gözlerimi dikip bakma ritüellerim vardır.</b> Örneğin, bir şeye belli bir şekilde belli bir süre bakma ihtiyacı hissedebilirsiniz.				
81	<b>Kendimin veya bir başkasının söylediği bir şeyi tekrarlama ihtiyacım vardır.</b> Örneğin, Akıldan çıkmayan bir kelime, deyim ya da az önce söylediğiniz ya da duyduğunuz bir ifadenin son kısmı olabilir.				
82	<b>Vücudumun bir kısmı veya dış görünüşümün bir bölümü hakkında kaygılarım vardır.</b> Örneğin, kulaklar, burun, yüz, gözler ya da vücudunuzun bir diğer parçasının görünümü ya da işlevi hakkında endişelenme. Tersini söylenmesine rağmen bazı yerlerinin çirkin olduğunu düşünme.				
83	<b>Dış görünüşüm hakkındaki bu kaygılar nedeniyle bir şeyleri kontrol ederim.</b> Örneğin, arkadaşlardan sürekli dış görünüm ile ilgili olumlu yorum duyma isteği. Aynada çirkin olduğuna inanılan bölgeyi sürekli kontrol etme ya da beden kokularını kontrol etme. Sürekli kendine itina gösterme ve diğer insanlarla vücudunun bazı yönlerin karşılaştırma ihtiyacı. Belli günlerde belli kıyafetleri giyme. Kilo ile ilgili takıntılar.				
84	<b>Yemek ile ilgili obsesyonlarım vardır.</b> Örneğin, tarifler, kaloriler, diyet ile ilgili obsesyonlar.				
85	<b>Fiziksel egzersiz ile ilgili obsesyon ve/veya kompulsiyonlarım vardır.</b> Örneğin, kalori yakmak için egzersiz yapma obsesyonları, bunlara bağlı olarak belli kurallara, sürelerle göre egzersiz yapma.				
Ölçeği doldurmanız aşağı yukarı ne kadar zaman almıştır?.....dakika					Teşekkürler

## EK 4. 4 – 18 YAŞ ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Çocuğun adı soyadı:.....

Tarih:.....

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için hiç doğru değilse (0), bazen ya da biraz doğru ise (1), çok ya da sıklıkla doğru ise (2) sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

1- Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır.	0 1 2	29- Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar. Açıklayınız	0 1 2
2- Alerjisi vardır. (yeme, koklama ile, tozlu bir yerde bulunmakla, kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vs. olması)	0 1 2	30- Okula gitmekten korkar.	0 1 2
3- Çok tartışır.	0 1 2	31- Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar.	0 1 2
4- Astımı (nefes darlığı) vardır.	0 1 2	32- Mükemmel olması gerektiğine inanır.	0 1 2
5- Karşı cinsten biri gibi davranır.	0 1 2	33- Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınıdır	0 1 2
6- Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar.	0 1 2	34- Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür.	0 1 2
7- Övünür, yüksekte atar, hava yapar.	0 1 2	35- Kendini değersiz hisseder.	0 1 2
8- Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz.	0 1 2	36- Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz.	0 1 2
9- Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz. Açıklayınız...	0 1 2	37- Çok kavga, dövüş eder.	0 1 2
10- Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir.	0 1 2	38- Onunla çok alay edilir. (Arkadaşları onunla çok alay eder.)	0 1 2
11- Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır.	0 1 2	39- Başlı belada olan kişilerle dolaşır.	0 1 2
12- Yalnızlıktan yakınıdır.	0 1 2	40- Olmayan sesler işitir. Açıklayınız...	0 1 2
13- Kafası karışıktır, şaşkın görünür.	0 1 2	41- Düşünmeden ya da aniden hareket eder. (Aklına eseni yapar.)	0 1 2
14- Çok ağlar.	0 1 2	42- Başkalarıyla beraber olmaktansa yalnız kalmayı tercih eder.	0 1 2
15- Hayvanlara eziyet eder.	0 1 2	43- Yalan söyler ve hile yapar.	0 1 2
16- Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır.	0 1 2	44- Tırnaklarını yer.	0 1 2
17- Hayale dalıp gider, kendini unuttur.	0 1 2	45- Sinirli ve gergindir.	0 1 2
18- Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur.	0 1 2	46- Kas seğirmeleri, tikleri vardır. Açıklayınız...	0 1 2
19- Hep dikkat çekmek ister.	0 1 2	47- Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır.	0 1 2
20- Eşyalarına zarar verir.	0 1 2	48- Diğer çocuklar tarafından sevilmez.	0 1 2
21- Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir.	0 1 2	49- Kabızlık çeker.	0 1 2
22- Evde söz dinlemez.	0 1 2	50- Çok korkak ve kaygılıdır.	0 1 2
23- Okulda söz dinlemez.	0 1 2	51- Baş dönmesi vardır.	0 1 2
24- İştahsızdır, az yemek yer.	0 1 2	52- Kendini çok suçlu hisseder.	0 1 2
25- Diğer çocuklarla geçinemez.	0 1 2	53- Aşırı yemek yer.	0 1 2
26- Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez.	0 1 2		
27- Genellikle kıskançtır.	0 1 2		
28- Yenilip içilmeyecek şeyleri yer ya da içer. (kum, kil, kalem, silgi gibi) Açıklayınız....	0 1 2		



54- Aşırı yorgundur.	0 1 2	82- Evin dışında çalmaları vardır.	0 1 2
55- Çok kiloludur.	0 1 2	83- İhtiyacı olmayan nesnelere toplar, biriktirir. Tanımlayınız...	0 1 2
56- Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:	0 1 2	84- Acayip tuhaf davranışları vardır. Açıklayınız...	0 1 2
a- Ağrılar, sızılar	0 1 2	85- Acayip tuhaf düşünceleri vardır. Açıklayınız...	0 1 2
b- Baş ağrıları	0 1 2	86- İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.	0 1 2
c- Bulantı, kusma hissi	0 1 2	87- Duygudurumunda ani değişiklikler olur.	0 1 2
d- Gözle ilgili şikayetler, açıklayınız...	0 1 2	88- Çok sık küser.	0 1 2
e- Döküntüler ya da başka cilt sorunları	0 1 2	89- Şüphecidir.	0 1 2
f- Mide, karın ağrısı ve kramplar	0 1 2	90- Küfürlü ve açık saçık konuşur.	0 1 2
g- Kusma	0 1 2	91- Kendini öldürmekten söz eder.	0 1 2
h- Diğer, açıklayınız...	0 1 2	92- Uykuda yürür ve konuşur. Açıklayınız...	0 1 2
57- İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.	0 1 2	93- Çok fazla konuşur.	0 1 2
58- Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar. Açıklayınız...	0 1 2	94- Başkalarıyla çok dalga geçer alay eder.	0 1 2
59- Herkesin ortasında cinsel organıyla oynar.	0 1 2	95- Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir.	0 1 2
60- Cinsel organıyla çok fazla oynar.	0 1 2	96- Cinsel konuları fazlaca düşündür.	0 1 2
61- Okul başarısı düşüktür.	0 1 2	97- İnsanları tehdit eder.	0 1 2
62- Dengesiz ve sakardır.	0 1 2	98- Parmak emer.	0 1 2
63- Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder.	0 1 2	99- Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür.	0 1 2
64- Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder.	0 1 2	100- Uyku sorunu vardır.	0 1 2
65- Konuşmayı reddeder.	0 1 2	101- Okuldan kaçır, dersini asar.	0 1 2
66- Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar. Tanımlayınız...	0 1 2	102- Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir.	0 1 2
67- Evden kaçır.	0 1 2	103- Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir.	0 1 2
68- Çok bağırır, çağırır.	0 1 2	104- Çok gürültücüdür.	0 1 2
69- Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar.	0 1 2	105- Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır.	0 1 2
70- Olmayan şeyleri görür. Açıklayınız...	0 1 2	106- Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermektense zevk alır.	0 1 2
71- Sıkılgan ve utangaçtır.	0 1 2	107- Gündüz altını ıslatır.	0 1 2
72- Yangın çıkartır	0 1 2	108- Yatağını ıslatır.	0 1 2
73- Cinsel sorunları vardır. Açıklayınız...	0 1 2	109- Sızlanır, mızırdanır.	0 1 2
74- Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar.	0 1 2	110- Karşı cinsten olmayı ister.	0 1 2
75- Çekingen ve ürkektir.	0 1 2	111- İçe kapanıktır, başkaları ile birlikte olmak istemez.	0 1 2
76- Çocukların çoğundan daha az uyur.	0 1 2	112- Evhamlıdır, her şeyi dert edinir.	0 1 2
77- Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur. Açıklayınız...	0 1 2	113- Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız...	0 1 2
78- Kakasıyla oynar ya da etrafa bulaştırır.	0 1 2		
79- Konuşma güçlüğü vardır. Açıklayınız...	0 1 2		
80- Boş gözlerle uzun uzun bakar.	0 1 2		
81- Evden çalmaları vardır.	0 1 2		

**LÜTFEN TÜM MADDELERİ CEVAPLAYINIZ. TEŞEKKÜRLER...**

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Kişisel Bilgiler</b>	
<b>Adı Soyadı</b>	Duran GÖLCÜK
<b>Doğum Yeri ve Tarihi</b>	Çorum, 1964
<b>E-MAİL</b>	golcukd@gmail.com
<b>ADRES</b>	Zeytinburnu/İstanbul
<b>Eğitim Durumu</b>	
<b>Ön Lisans Eğitimi</b>	İ.Ü. Fen Fak. Matematik-Astronomi
<b>Lisans Eğitimi</b>	C.Ü. Ziraat Fak. Tarım Ekonomisi
<b>Yüksek Lisans Eğitimi</b>	Arel Üniversitesi Psikoloji
<b>Bildiği Yabancı Diller</b>	Orta Düzey Fransızca ve İngilizce
<b>Bildiği Bilgisayar Programları</b>	Power Point, World, Excel, SPSS
<b>Mesleği</b>	MEB' de Öğretmen
<b>Aldığı Eğitimler</b>	
<b>Eğitim ve Yaşam Koçluğu Eğitimi</b>	Aydın Üniversitesi Ömer Çam
<b>Klinik Görüşme Teknikleri</b>	Tin Psikoloji
<b>MMPI Eğitimi</b>	MIND ENGINEERS Psikoloji
<b>Rorschah Eğitimi</b>	Psikolojik Testler Derneği Mutlu Hacıosmanoğlu