

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI
ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇOCUK VE ERGENLERDE OBSESİF KOMPULSİF
BOZUKLUĞUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE EŞLİK EDEN
BOZUKLUKLAR

UZMANLIK TEZİ
DR. MERVE AKTAŞ TERZİOĞLU

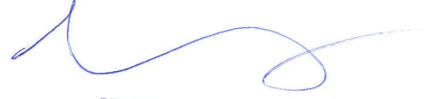
TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. BURCU ÇAKALOZ

DENİZLİ-2015

Doç. Dr. Burcu ÇAKALOZ danışmanlığında Dr. Merve AKTAŞ TERZİOĞLU tarafından yapılan “Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri ve Eşlik Eden Bozukluklar” başlıklı tez çalışması 16/01/2015 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

B. Çakaloğlu



ÜYE

Gülseren Uhlü



ÜYE

Özlem Güner



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

16/01/2015

Prof. Dr. Hasan Horken

Pamukkale Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimi süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime olan katkıları, sağladıkları çalışma ortamı ve koşullar ile mutlu ve verimli bir asistanlık süresi geçirmemi sağlayan hocalarım Doç.Dr.Burcu ÇAKALÖZ'a, Yrd.Doç.Dr.Gülşen ÜNLÜ'ye, Yrd.Doç.Dr. Önder ÖZTÜRK'e, Yrd.Doç.Dr. Bürge KABUKÇU BAŞAY'a, Yrd.Doç.Dr. Ömer BAŞAY'a;

Tez sürecindeki ilgisi, hoşgörüsü, desteği, sabrı, yardımları ve katkıları nedeniyle tez danışmanım Doç. Dr. Burcu ÇAKALÖZ'a;

Rotasyon süresince birlikte çalışma şansı bulduğum, deneyimlerinden faydalandığım ve eğitim sürecime katkıda bulunan Psikiyatri A.D.'nin değerli hocaları Prof.Dr.Hasan HERKEN'e, Prof.Dr.Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU'na, Prof.Dr.Figen ÇULHA ATEŞCİ'ye, Prof.Dr.Osman ÖZDEL'e, Prof.Dr.Filiz KARADAĞ'a, Doç.Dr.Abdullah Cem ŞENGÜL'e, Doç.Dr.Gülfizar SÖZERİ VARMA'ya, Doç. Dr. Selim TÜMKAYA'ya ve Psikiyatri Anabilim Dalı'nın tüm değerli çalışanlarına;

Çocuk Nörolojisi rotasyonu boyunca çalışma şansı bulduğum ve bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof.Dr. Ayşe SERDAROĞLU'na ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.D.'nin değerli hocaları Prof.Dr.Elvan İŞERİ ve Doç.Dr. Yasemen IŞIK TANER'e ve asistan arkadaşlarıma;

Asistanlık eğitimi süresi boyunca yardımlarını ve dostluklarını esirgemeyen Dr.Adil ZORLU'ya, Dr.Yetiş IŞILDAR'a, Dr. Ahmet BÜBER'e, Dr.Sehra AKSU'ya ve çalışma ortamını daha keyifli bir hale getiren ve beraber çalıştığım için mutlu olduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Tezimin istatistik alanındaki yardım ve katkıları için Arş.Gör.Hande ŞENOL'a;

Çalışmaya gönüllü olarak katılan değerli çocuklar ve ailelerine;

Her aşamada desteğini, anlayışını, sevgisini hissettiğim eşim Emin'e, yaşamımın her döneminde olduğu gibi tez dönemimde de sonsuz sabır ve destekleri ile yanımda olan annem, babam ve ablama;

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
ONAY SAYFASI	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
SİMGELER VE KISALTMALAR	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
TABLolar DİZİNİ	XI
ÖZET	XIII
İNGİLİZCE ÖZET	XV
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	4
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	4
Tanım	4
Tarihçe	5
Epidemiyoloji	7
Etiyoloji	8
Genetik Nedenler	8
Biyolojik Nedenler	10
Nörotransmitterler İle İlgili Değişiklikler	12
Nörogörüntüleme Çalışmaları	13
Nöroimmünoloji - PANDAS	15
Psikodinamik Kuram	16
Bilişsel Kuram	17
Klinik Özellikler	17
Tanı Ölçütleri	19
DSM-IV-TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri	19
DSM-5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri	21
ICD-10'a göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri	22

Ayırıcı Tanı	23
Eşlik Eden Bozukluklar	24
Tedavi	26
<i>Bilişsel Davranışçı Terapi</i>	26
<i>Farmakolojik Tedaviler</i>	28
<i>Fluoksetin</i>	29
<i>Sertralin</i>	30
<i>Paroksetin</i>	31
<i>Fluvoksamin</i>	31
<i>Sitalopram</i>	32
<i>Kombine Tedaviler</i>	32
<i>Güçlendirme Tedavileri</i>	32
<i>Deneyisel Farmakolojik Tedaviler</i>	33
<i>D-Sikloserin</i>	33
<i>Riluzol</i>	33
<i>Memantin</i>	34
Gidiş	34
GEREÇ VE YÖNTEM	36
ÖRNEKLEM	36
Olgu Grubu	36
Olgu Grubu İçin Dahil Olma Kriterleri	36
Olgu Grubu İçin Dışlama Kriterleri	36
YÖNTEM	37
GEREÇLER	38
Sosyodemografik Veri Formu	38
Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu – Versiyon 1.0 (ÇDŞG – ŞY)	38
Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği	39
Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	40
BULGULAR	41

ÇOCUKLARA İLİŞKİN DEMOGRAFİK VERİLER	41
Yaş	41
Cinsiyet	41
Eğitim Düzeyi ve Eğitim Süresi	41
Akademik Başarı	42
Arkadaş İlişkileri	42
Ailede Çocuk Sayısı ve Sıralaması	42
Yaşam Yeri	43
Sosyoekonomik Düzey	44
AİLEYE İLİŞKİN VERİLER	44
Anne ve Babaların Yaşları	44
Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi	44
Anne ve Babaların İş Durumu	45
Aile Yapısı	46
Annelerin Fiziksel Hastalık Öyküsü	46
Babaların Fiziksel Hastalık Öyküsü	46
Annelerin Ruhsal Hastalık Öyküsü	46
Babaların Ruhsal Hastalık Öyküsü	47
Çekirdek Ailede OKB Varlığı	47
Çekirdek Ailede Obsesyon Varlığı	47
Annede Obsesyon Varlığı ve Tipleri	48
Babada Obsesyon Varlığı ve Tipleri	48
Çekirdek Ailede Kompulsiyon Varlığı	49
Annede Kompulsiyon Varlığı ve Tipleri	49
Babada Kompulsiyon Varlığı ve Tipleri	50
Geniş Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	51
HASTALIĞA İLİŞKİN VERİLER	52
Belirtilerin Ortaya Çıkış Yaşı	52
Hekime Başvuru	52
ÇOCUKLAR İÇİN YALE-BROWN OBSESİF KOMPULSİF ÖLÇEĞİ (CY-BOCS) İLE ELDE EDİLEN VERİLER	53

Obsesyon Varlığı ve Tipleri	53
Kompulsiyon Varlığı ve Tipleri	54
Obsesyon ve Kompulsiyon Puanları	56
EŞ TANILARA İLİŞKİN VERİLER	58
ERKEN VE GEÇ BAŞLANGIÇLI OKB’NİN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER	63
İLAÇ TEDAVİSİNE İLİŞKİN VERİLER	69
TARTIŞMA	70
SONUÇLAR	94
KAYNAKLAR	96
EKLER	139
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	139
EK-2 Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (CY-BOCS, ÇY-BOKÖ)	142
EK-3 Pamukkale Üniversitesi Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgeleri	161

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HT	Serotonin /5-hidroksitriptamin
AGTE	Ankara Gelişim Tarama Envanteri
BT	Bilgisayarlı Tomografi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
CY-BOCS	Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği
ÇDŞG-ŞY	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
DAT	Dopamin Aktif Taşıyıcı
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DRD1	Dopamin Reseptör D1
DRD2	Dopamin Reseptör D2
DRD4	Dopamin Reseptör D4
DSM	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
DSM-II	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2th ed.
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3th ed.
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3th ed., revision
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed.
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed., text revision
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 5th ed.
D-YBOCS	Boyutsal Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği

EEG	Elektroensefalografi
EKG	Elektrokardiyografi
EX/RP	Maruz Bırakma/Tepkiyi Önleme
FDA	Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
fMRI	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GABA	Gamma-aminobütirik asit
GABHS	A grubu beta hemolitik streptokok
GPe	Globus Pallidus Eksternal Segment
GPI	Globus Pallidus İnternal Segment
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflaması 10.Gözden Geçirme
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NAA	N-asetil-aspartat
NIRS	Near-İnfrared Spektroskopi
NMDA	N-metil-D-aspartat
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PANDAS	Pediyatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluklar
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
PTSB	Post Travmatik Stres Bozukluğu
SGAİ	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SPECT	Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

SVF	Sosyodemografik Veri Formu
TAD	Trisiklik Antidepresan
WAİS	Wechsler Yetişkin Zeka Testi
WISC-R	Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu
Y-BOCS	Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği



ŞEKİLLER DİZİNİ		Sayfa No
ŞEKİL 1	OKB etyolojisinde rol alan beyin alanları ve işleyişi (OKB nörobiyolojik model)	11



TABLolar DİZİNİ		Sayfa No
Tablo 1	Olguların eğitim düzeyleri	42
Tablo 2	Olguların ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu	43
Tablo 3	Olguların ailelerinin çocuk sayısı	43
Tablo 4	Olguların yaşam yeri	43
Tablo 5	Olguların ailelerinin sosyoekonomik düzeyi	44
Tablo 6	Olguların anne ve baba yaş ortalaması	44
Tablo 7	Olguların anne ve babalarının eğitim düzeyi	45
Tablo 8	Olguların anne ve babalarının mesleki durumu	45
Tablo 9	Olguların aile yapıları	46
Tablo 10	Anne ve babalarda fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı	47
Tablo 11	Olguların ebeveynlerinde OKB varlığı	47
Tablo 12	Olguların ailelerinde obsesyon varlığı	48
Tablo 13	Olguların annelerinde belirlenen obsesyon tipleri	48
Tablo 14	Olguların babalarında belirlenen obsesyon tipleri	49
Tablo 15	Olguların ailelerinde kompulsiyon varlığı	49
Tablo 16	Olguların annelerinde belirlenen kompulsiyon tipleri	50
Tablo 17	Olguların babalarında belirlenen kompulsiyon tipleri	50
Tablo 18	Olguların geniş ailesinde ruhsal bozukluk varlığı	51
Tablo 19	Olguların geniş ailesinde belirlenen ruhsal bozukluklar	51
Tablo 20	Olguların obsesif kompulsif semptomlar için çocuk psikiyatrisine başvuru durumu	52
Tablo 21	Olgularda obsesif kompulsif semptomların başlangıç yaşı ve hekime başvuru süresi açısından kız ve erkek cinsiyetlerin değerlendirilmesi	53
Tablo 22	Olgularda obsesyon varlığı	53
Tablo 23	Olgularda kompulsiyon varlığı	54
Tablo 24	Olgularda belirlenen obsesyon ve kompulsiyon tiplerinin sıklıkları	56
Tablo 25	Olguların CY-BOCS puanları	57

Tablo 26	Olguların CY-BOCS puanları ile cinsiyet ilişkisi	57
Tablo 27	Olgularda cinsiyete göre eş tanı sıklığı	58
Tablo 28	Olgularda belirlenen eş tanılar	59
Tablo 29	Olgularda belirlenen eş tanıların cinsiyetlere göre değerlendirilmesi	60
Tablo 30	Olgularda özgül fobi varlığı ve cinsiyet ilişkisi	61
Tablo 31	Olgularda DEHB varlığı ve cinsiyet ilişkisi	62
Tablo 32	Olgularda tik bozukluğu varlığı ve cinsiyet ilişkisi	62
Tablo 33	Olgularda beden dismorfik bozukluk varlığı ve cinsiyet ilişkisi	62
Tablo 34	Olgularda sosyal fobi varlığı ve cinsiyet ilişkisi	63
Tablo 35	Olgularda eş tanı varlığı ile CY-BOCS puanları arasındaki ilişki	63
Tablo 36	Olgularda erken ve geç başlangıçlı OKB varlığı ile cinsiyet ilişkisi	64
Tablo 37	Olgularda erken ve geç başlangıçlı OKB’de obsesyon ve kompulsiyon tipleri	65
Tablo 38	Erken ve geç başlangıçlı OKB olgularında eşlik eden diğer ruhsal bozuklukların değerlendirmesi	66
Tablo 39	Olgularda erken ve geç başlangıçlı OKB varlığı ile CY-BOCS puanlarının ilişkisi	67
Tablo 40	Olgularda erken ve geç başlangıçlı OKB varlığı ile ailelerinde OKB varlığının ilişkisi	68
Tablo 41	Olgularda erken ve geç başlangıçlı OKB varlığı ile geniş ailelerinde ruhsal bozukluk varlığının ilişkisi	68
Tablo 42	Olguların tedavi durumları	69

ÖZET

Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri

ve Eşlik Eden Bozukluklar

Dr.Merve Aktaş Terzioğlu

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkan, kişinin eğitim, iş ve sosyal yaşamında işlevsellik kaybına neden olan, kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyen, obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize bir bozukluktur.

Bu çalışmada OKB tanılı çocuk ve ergenlerde, OKB'nin başlangıç yaşını, ailelerin sosyoekonomik düzeyini ve ailede OKB görülme sıklığını, obsesyon ve kompulsiyonların tipini, obsesyon ve kompulsiyonlarda cinsiyet farkının ve başlangıç yaşının öneminin olup olmadığını, eşlik eden diğer ruhsal bozuklukların varlığını, hangi eş hastalıkların ne sıklıkta hangi yaş grubunda ve cinsiyette daha sık görüldüğünü araştırmak amaçlanmıştır. Çalışmaya Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 1 Haziran 2013 - 31 Mayıs 2014 tarihleri arasında başvuran, 0-18 yaş arasında, DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre OKB tanısı alan, her iki cinsiyetten 93 çocuk ve ergen, ailelerinin yazılı, kendilerinin sözlü onayı alınarak dahil edilmiştir. Klinik görüşmede ÇDŞG-ŞY'ye (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu, K-SADS-PL) göre yarı yapılandırılmış görüşme ve ÇDŞG-ŞY içeriğinde değerlendirilmeyen diğer ruhsal bozukluklar için DSM-IV-TR tanı ölçütlerinin esas alındığı yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılmış, olgulara semptom dağılım ve şiddetini tespit edebilmek için CY-BOCS (Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği, ÇY-BOKÖ) uygulanmıştır. Tarafımızca hazırlanan SVF (Sosyodemografik Veri Formu) yüz yüze görüşme tekniğiyle aileden bilgi alınarak klinisyen tarafından doldurulmuştur.

Çalışmamıza alınan 93 olgunun %58.1'i (n=54) kız ve %41.9'u (n=39) erkek, olguların başvuru yaş ortalaması 11.50 ± 3.97 (3-17) yıl, belirtilerin ortaya çıktığı yaş ortalaması 7.79 ± 3.78 (2-15) yıldır. Olgular başlangıç yaşlarına göre

değerlendirildiğinde %72.1'inin (n=67) erken başlangıçlı (≤ 10 yaş), %27.9'unun (n=26) geç başlangıçlı (>10 yaş) olduğu belirlenmiştir. Olgularda en sık görülen obsesyon ve kompulsiyon tiplerinin kirlenme obsesyonları (%83.9) ve kontrol kompulsiyonları (%86.0) olduğu bulunmuştur. Olguların obsesyon puanları değerlendirildiğinde ortalama puan 14.35 ± 2.94 (6-19), kompulsiyon puanları değerlendirildiğinde ortalama puan 14.05 ± 2.23 (4-18), toplam puan değerlendirildiğinde ortalama puan 28.54 ± 4.41 (17-35) olarak hesaplanmıştır. Obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlar açısından kızlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Olguların %78.5'inde (n=73) eş tanı saptanmıştır. Olgulardaki en sık eş tanılar özgül fobi (%46.2), ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%33.3), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (%31.2), tik bozuklukları (%30.1) olarak bulunmuştur.

Erken başlangıçlı OKB'nin klinik özellikleri, seyri ve ilaç tedavi yanıtları ile ilgili elimizde kesinlik kazanmış bilgi bulunmadığı göz önüne alınarak, erken başlangıçlı OKB ile ilgili olarak daha büyük örneklemli, klinik özelliklerin, seyrin ve tedavi yanıtlarının değerlendirildiği daha ileri çalışmaların gerekli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Erken Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk, Geç Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk, CY-BOCS, Sosyodemografik Özellikler, Eş Tanı

SUMMARY

Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder and Comorbid Disorders in Child and Adolescent

Merve Aktaş Terzioğlu, MD.

Obsessive-compulsive disorder (OCD) might be emerged at any time of the lifespan; causes a loss of functionality in one's educational, work and social life; affects one's life negatively and is characterized with obsession and compulsion.

Focusing on OCD diagnosed children and adolescents, this study aims to investigate that, OCD's age of onset, families' socio-economic level and frequency of OCD in families, the type of obsession and compulsion, the importance (if any) of sex and age of onset in OCD, concomitant mental disorder (if any), and which concomitant illnesses occur in which age group and sex more frequently. This study covers 93 child and adolescent from both sexes and between the age of 0-18, who consulted to Pamukkale University Faculty of Medicine Child and Adolescent Mental Health and Diseases Polyclinic between the dates of 1 June 2013 and 31 May 2014 and diagnosed as OCD based on DSM-IV-TR diagnose criteria. Written approval of families and oral approval of children and adolescents were obtained to be included in the study. During the clinic interview, semi-structured interviews were conducted based on K-SADS-PL and DSM-IV-TR diagnoses criteria (for other mental disorders that are not covered in K-SADS-PL). In order to examine the distribution and intensity of symptoms, CY-BOCS was employed. A sociodemographic data form that was designed by author, was completed by clinician through face to face interview with families.

Among the 93 cases, 58.1% (n=54) were female and 41.9% (n=39) were male, the average age at the first consultancy was 11.50 ± 3.97 (3-17) years, and the average age of the first symptoms' emergence was 7.79 ± 3.78 (2-15). Considering the age of onset of the cases, 72.1% (n=67) were early age of onset (≤ 10 age), 27.9% (n=26) were late age of onset (>10 age). Most frequent obsession and compulsion types were contamination obsession (83.9%) and control compulsion (86.0%) in the cases. Average score of obsession was 14.35 ± 2.94 (6-19) and average score of

compulsion was 14.05 ± 2.23 (4-18), total score was 28.54 ± 4.41 (17-35), and there were no significant difference between females and males in terms of obsession, compulsion and total score. There were psychiatric comorbidity in 78.5% (n=73) of the cases. Most frequent psychiatric comorbidity were specific phobia (46.2%), separation anxiety disorder (33.3%), attention deficit hyperactivity disorder (31.2%), tic disorders (30.1%).

Considering the lack of any definite information about early age of onset OCD's clinic features, course and response to medical treatment, further studies are needed, which cover broader sample, and evaluate clinic features, courses and responses to medical treatments in early age of onset OCD.

Key words: Early-Onset Obsessive Compulsive Disorder, Late-Onset Obsessive Compulsive Disorder, CY-BOCS, Sociodemographic Characteristics, Psychiatric Comorbidity

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) kişinin yaşamını olumsuz etkileyebilen obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize bir bozukluktur. DSM-IV-TR obsesyonları istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ve düşlemler olarak, kompulsiyonları ise kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar olarak tanımlar (1).

DSM-5'te ise obsesyonlar girici ve istenmeyen şekilde yaşantılanan, tekrarlayıcı ve inatçı, belirgin bir kaygı veya sıkıntıya neden olan düşünceler, imgeler ve itkiler olarak, kompulsiyonlar ise obsesyonlara yanıt olarak veya bireyin yapılması zorunda hissedilen kurallara göre yapmak zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanır (2). DSM-IV-TR'de Anksiyete Bozuklukları başlığında yer alan OKB DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar adı altında Anksiyete Bozuklukları'ndan ayrı bir başlık altında toplanmıştır. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında Obsesif Kompulsif Bozukluk, Vücut Dismorfik Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Obsesif Kompulsif Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk tanıları toplanmıştır (1,2).

ICD-10 (International Classification of Disease, Hastalıkların Uluslararası Tanı Sınıflandırması) tanı sınıflandırmasında “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” başlıkları altında sınıflandırılır (3).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda erişkinlerde OKB'nin yaşam boyu prevalansının %1-3 olduğu bildirilmektedir (4).Çocuk ve ergenlerde de benzer oranlar bildirilmiştir (5-7). OKB'nin çocuk ve ergenlerde nadir görüldüğü düşünülmese de yapılan epidemiyolojik çalışmalar OKB'nin çocuk ve ergenlerde prevalansının %1-4 arasında olduğunu ortaya koymaktadır (8,9).Yaklaşık her 200 çocuk ve ergenden biri eğitim, mesleki, sosyal alanlarda işlevselliğin bozulmasına yol açan OKB ile karşılaşmaktadır (1,8,10).

OKB yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Sıklıkla çocukluk çağlarında başlayan bozukluğun 3 yaşından önce görülmesi ise nadirdir (11,12). Çocukluk çağında başlama yaşı sıklıkla 9-11 yaştır (13-15). Yapılan çalışmalar erişkin hastaların %80' inde belirtilerin 18 yaş öncesi ortaya çıktığını göstermektedir (16). Çoğu çalışmada erişkin erkek ve kadınlarda OKB sıklığı eşit bulunmakla beraber (17-19), bazı çalışmalarda OKB'nin genç erkeklerde daha sık görüldüğü saptanmıştır (18,20). Çocuklarda erkek/kız oranı 3/2 iken, ergenlerde bu oran 1/ 1'dir (21).

Çocuk ve ergende en sık görülen obsesyonların kirlenme, şüphe/kuşku obsesyonları olduğu, en sık görülen kompulsiyonların yıkama/temizleme ve simetri/düzenleme kompulsiyonları olduğu belirtilmiştir (15,22,23). Diler ve Avcı (2002) yaptıkları çalışmada en sık görülen obsesyonun kirlenme (%48.9), en sık görülen kompulsiyonun yıkama/temizleme (%68.1) olduğunu saptamışlardır (24).

Orta-yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip gençlerde OKB görülme sıklığı düşük sosyoekonomik seviyeye sahip gençlere göre daha sıktır (24,25). Ailenin ilk çocuklarında OKB görülme olasılığı diğer çocuklara göre yüksek bulunmuştur (26).

OKB etyolojisinde genetik yüklülüğün önemli rol oynadığı, özellikle ebeveynlerde ya da diğer kardeşlerde OKB görülmesinin riski arttırdığı bilinmektedir (27-29).

Erken başlangıçlı OKB'de eşlik eden psikiyatrik hastalıkların daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Swedo ve arkadaşları (1989) OKB tanıları çocukların %74'ünde bir psikiyatrik eş tanı bulunduğunu bildirmişlerdir (23). Yapılan çalışmalarda OKB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun depresif bozukluk olduğu belirtilmekle birlikte (15,24,30), Swedo ve Kalra (2009) OKB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun tik bozukluğu olduğunu saptamışlardır (31). Bazı çalışmalarda erken başlangıçlı OKB; tik bozukluğu ile ilişkili, ailesel, sporadik ve PANDAS ile ilişkili olmak üzere alt tiplere ayrılmaktadır (4). Tik Bozukluğu ile ilişkili alt tip diğer alt tiplere göre yıkıcı davranış bozuklukları, trikotillomani ve diğer özel ve yaygın gelişimsel bozukluklar ile daha yüksek oranda ilişkili bulunmuştur (30,32-34).

Bu alışmada, OKB tanılı ocuk ve ergenlerde; OKB'nin başlangıç yaşını, ailelerin sosyoekonomik düzeyini ve ailede OKB görülme sıklığını, obsesyon ve kompulsiyonların tipini, obsesyon ve kompulsiyonlarda cinsiyet farkının ve başlangıç yaşının öneminin olup olmadığını, eşlik eden diğer ruhsal bozuklukların varlığını, hangi eş hastalıklarının ne sıklıkta hangi yaş grubunda ve cinsiyette daha sık görüldüğünü araştırmak amaçlanmıştır.



GENEL BİLGİLER

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve kompulsiyon belirtileri ile giden kronik ruhsal bir bozukluk olup kişinin sosyal, toplumsal ve mesleki işlevselliği üzerinde önemli ölçüde bozulmaya neden olur (35).Yaklaşık her 200 çocuk ve ergenden biri eğitim, mesleki, sosyal alanlarda işlevselliğin bozulmasına yol açan OKB ile karşılaşmaktadır (1,8,10).

DSM-IV-TR’de obsesyonlar istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler olarak tanımlanır, bireyin bu düşüncelere, dürtülere ya da düşlemlere önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalıştığı ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalıştığı, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak gördüğü belirtilir. Kompulsiyonlar ise obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanır. Bu bozukluğun gidişi sırasında erişkin bireyler obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etse de çocuklar için bu geçerli olmayabilir. Obsesyon ya da kompulsiyonlar egoya yabancıdır. Obsesyon ve kompulsiyonlardan yalnızca biri ya da her ikisi bir arada bulunabilir (1).

DSM-5’te ise obsesyonlar; girici ve istenmeyen şekilde yaşantılanan, tekrarlayıcı ve inatçı, belirgin bir kaygı veya sıkıntıya neden olan düşünceler, imgeler ve itkiler olarak, kompulsiyonlar ise obsesyonlara yanıt olarak veya bireyin yapılması zorunda hissedilen kurallara göre yapmak zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanır (2). DSM-IV-TR’de Anksiyete Bozuklukları başlığında yer alan OKB, DSM-5’te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar adı altında Anksiyete Bozuklukları’ndan ayrı bir başlık altında toplanmıştır. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında

Obsesif Kompulsif Bozukluk, Vücut Dismorfik Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Obsesif Kompulsif Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk tanıları toplanmıştır (1,2). ICD-10 (International Classification of Disease, Hastalıkların Uluslararası Tanı Sınıflandırması) tanı sınıflandırmasında “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır (3).

OKB'nin uluslararası prevalansı %1.1-%1.8'dir, çocukluk çağında erkeklerde OKB daha yüksek oranda gözlenmesine karşın erişkinlikte kadınlar erkeklere göre biraz daha yüksek oranda etkilenmektedirler (2).

Tarihçe

OKB tarih boyunca farklı terimler ile anılmıştır (36). OKB tarihi kuşkusuz insanlık tarihi kadar eskidir. Din kitaplarında da OKB semptomlarına benzer davranışlar ifade edilmiştir (19). Yüzyıllar önce, dine küfreden veya cinsel düşünceleri olan kişilerin ruhlarının şeytan tarafından ele geçirildiğine inanılırdı (37). Obsesyonlara ilişkin bu dini görüş o dönemin dünya görüşüne uygundu (37). Tedavi ise ele geçirilen talihsiz ruhtan şeytanın çıkarılması üzerine tasarlanmıştı (37). Shakespeare'in Lady Macbeth adlı eserinde de işlediği cinayet nedeni ile üzerinden atamadığı suçluluk duygusunu sık sık ellerini yıkayarak çözmeye çalışan bir kadından bahsedilmektedir (38,39). OKB alanında çalışma yapan Fransız hekimlerin katkıları çok büyüktür. Pinel (1745-1826) 'folie raisonnante', Esquirol (1772-1840) ise 'monomanie' (dürtü monomanisi) ve 'folie du doute et du toucher' (kısmi delilik) terimlerini kazandırmışlardır (40). İlk kez Esquirol (1838) tarafından melankolinin bir belirtisi olarak obsesyonlar ve kompulsiyonlar tanımlanmıştır (40). Morel (1886) iyi bir semiyolojik tanım yapmış, Luys (1883) 'Des Obsessions Pathologiques' isimli makalesinde ilk kez obsesyon terimini kullanmıştır (40). OKB alanında çocuk olgu sunan ilk isimlerden biri olan Pierre Janet (1903) tarafından tanımlanan psikastenî ve obsesyonlar psişik enerjinin azalması ve yüksek zihinsel aktivitede bozulma ürünü olarak görülmüştür (40, aktaran). Richard Burton (1883), Melankolinin Anatomisi adlı eserinde, topluluk içinde uygunsuz şeyler söyleme korkusu olan, köprü ve havuz kenarlarına korkuları yüzünden yaklaşamayan bir olgu tanımlamıştır (41). Freud,

inatçılık, cimrilik, dakiklik ve düzenli olmak gibi kişisel özellikler ile obsesyonel nöroz semptomları arasındaki ilişkiyi belirtmiş, OKB'yi psikodinamik açıdan açıklamıştır. OKB semptomları ve dini ritüeller arasındaki benzerliğe de dikkat çekmiştir (42-44).

30 yıl öncesinde bir çocuk psikiyatristi için çocukluk çağı OKB'si çok nadir görülen bir durumdu (40). Çoğu klinik tartışmalar, Sigmund Freud'un (1953) ünlü 'Rat Man' olgusunda belirtildiği gibi çözülmemiş ödipal çatışmaya sekonder olan nevrotik anal regresyon teorisi etrafında dönüyordu (40,aktaran). Anna Freud (1936) savunma mekanizmaları olarak izolasyon, reaksiyon formasyon, patolojik şüphelerin kullanıldığını belirtmiştir (40,aktaran). Genç hastalarda psikodinamik tedavi, sonuçları uzun vadede belirsiz olsa da oldukça popülerdi ve üzerinde çok fazla konuşulan, düşünülen ve yayın yapılan alanlardan biriydi (40).1940-1950'li yıllarda şiddetli obsesyonları olan ve tüm tedavilere direnç gösteren erişkin olgularda frontal lobotomi gibi nöroşirürji operasyonları uygulanmakta, şizofreninin prodromal bulgularına benzeyen OKB semptomları gösteren daha büyük ergenler için de operasyon yapıp yapılamayacağı konusu tartışılmaktaydı (40). 1960'ların sonunda ve 1970'lerin başında fenelzin ve çok daha önemli olan klomipramin gibi spesifik ilaç tedavileri bulunmuştu. Aynı zamanda ilk davranışçı terapiler ortaya çıktı ve sonraki yıllarda daha çok önem kazandı.1980'lerin sonunda, fluoksetin piyasaya sürüldü ve hızlı bir şekilde güçlü bir antiobsesyonel ilaç olarak kabul gördü (40).

OKB 19. yüzyılda depresif durumun bir parçası olarak, tekrarlayan obsesyon ve kompulsiyonlar ile giden bir sendrom olarak tanımlanmıştır (45). OKB ile ilgili önemli gelişmeler 1980'lerin başında yapılan epidemiyolojik çalışmalarla ortaya konmuştur (45).

DSM-III 'te OKB, obsesyon veya kompulsiyonlarla giden, başka bir ruhsal bozukluğa bağlı olmadan kişide önemli ölçüde kaygı ya da işlevsellikte bozulmaya neden olan bir bozukluk olarak tanımlanır. DSM-III-R'de ise kaygı ve zaman kaybının günde 1 saatten uzun sürdüğünden ya da kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğinde azalmaya yol açtığından bahsedilmiştir. DSM-IV'te ise 'kişi obsesyonlarının aşırı ve mantıksız olduğunu bilir' maddesi eklenmiştir (46). DSM-III-R'de kompulsiyonlar davranış olarak, DSM-IV-TR'de ise kompulsiyonlar,

obsesyonlardan kaynaklanan anksiyeteyi azaltmak için oluşturulan zihinsel eylemler ya da davranışlar olarak tanımlanmıştır (45). DSM-IV-TR’de Anksiyete Bozuklukları başlığında yer alan OKB, DSM-5’te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar adı altında Anksiyete Bozuklukları’ndan ayrı bir başlık altında toplanmıştır. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında Obsesif Kompulsif Bozukluk, Vücut Dismorfik Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Obsesif Kompulsif Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk tanıları toplanmıştır (1,2).

Epidemiyoloji

OKB prevalansının doğru olarak belirlenmesi konusunda güçlükler yaşanmaktadır. Bu güçlüklerin nedeni farklı sınıflandırma ölçütleri ve çalışmalarda metadolojik farklılıklardır (47). DSM-5’te; OKB’nin uluslararası prevalansı %1.1- %1.8, Amerika Birleşik Devletleri’nde de bu orana benzer şekilde OKB’nin 1 yıllık prevalansı %1.2 olarak bildirilmektedir (2). DSM-IV-TR’de; erişkinlerde 1 yıl içerisinde OKB görülme oranı %0.5-%2.1, yaşam boyu OKB görülme oranı ise %2.5 olarak, çocuk ve ergenlerde ise 1 yıl içerisinde OKB görülme oranı ise %0.7, yaşam boyu OKB görülme oranı %1-%2.3 olarak bildirilmiştir (1). Çocukluk çağında erkeklerde OKB daha yüksek oranda gözlenmesine karşın, erişkin dönemde kadınların erkeklere göre biraz daha yüksek oranda etkilenmekte olduğu bildirilmiştir (2). OKB, 1.derece akrabalarında OKB tanısı bulunan bireylerde daha sık gözlenmektedir (48).

Geller’in (2006) çoğu okul anketleri olan epidemiyolojik çalışmalardan derlediği çalışmasında, çocukluk çağı OKB’nin başlangıç yaş aralığı 7.5-12.5 yaş olarak, yaygınlığı ise %2- %4 arasında bulgulanmıştır (21). Flament ve arkadaşları (1988) tarafından OKB tanılı ergenlerle yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, OKB prevalansı yaklaşık %2 olarak bulunmuştur (5). Ergenlerde yapılan bir diğer çalışmada da prevalans benzer oranda bulunmuştur (9).Yapılan diğer çalışmalarda, çocuk hastalarda OKB oranı %0.5 ile %4 arasında saptanmıştır (7,49).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında erişkin yaş grubunda OKB prevalansı araştırılmış, çalışmaya 5 eyaletten 18.500

erişkin katılmıştır. Yapılan çalışmada OKB prevalansı %1.9 - %3.3 sıklığında saptanmış, başlangıç yaşı 20-25 yaş aralığında bulunmuş ancak hastaların yaklaşık yarısı hastalığın semptomlarının aslında çocukluk ve ergenlik döneminde başladığını belirtmiştir (50,51).

OKB çocukluk ve ergenlikte bimodal dağılım göstermektedir (5). Bimodal dağılım gösteren hastalıkta ilk pik 11 yaş civarında, 2. pik ise erken gençlikte gözlenmektedir (52). OKB’de çocuklarda erkek/kız oranı 3/2 iken, ergenlerde bu oran 1/ 1’dir (21).

1-15.6 yıl devam etmiş olan 16 çalışma örneğinin meta-analizinin yapıldığı çalışmada, OKB’nin kalıcılık oranları çocukluk başlangıçlı OKB için %41, subklinik OKB için %60 oranında saptanmıştır (53). OKB başlangıç yaşı, hastalığın süresi ve tedavi alınmasının erişkin dönemde OKB’nin kalıcılığını öngören üç faktör olduğu belirtilmektedir. Bu üç faktöre ek olarak, eş tanı varlığı ve tedaviye başlangıçta tedavi yanıtının az olmasının OKB prognozunu olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (31).

Çocukluk başlangıçlı OKB’nin %0.1 gibi düşük bir oranda görüldüğü düşünülürken tedavi ve tanı alanındaki gelişmeler hastalığın daha iyi tanınmasına yol açmıştır (54).

Etiyoloji

OKB’nin etiyolojisi hakkında kesin bilgiler olmamakla beraber, yapılan çalışmalarda genetik, biyolojik, nörokimyasal, yapısal, psikodinamik, bilişsel birçok nedenin rol oynadığı düşünülmektedir.

Genetik Nedenler

OKB’nin bazı alt tiplerinde genetik faktörlerin rol aldığı bilinmektedir, geç başlangıçlı ve aile öyküsü olmayan OKB olgularının farklı bir alt tip olduğu düşünülmektedir. Tourette bozukluğu eşlik eden OKB olgularında genetik geçişin ön planda olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (55).

OKB olgularının 1.derece akrabalarında, OKB’nin genetik geçiş riski daha yüksektir. Bazı çalışmalarda monozigot ikizlerde genetik geçişin %67, dizigot

ikizlerde ise %31 oranında görüldüğü, OKB' nin genetik geçişinin %45-65 oranında olduğu saptanmıştır (56,57). Bununla birlikte OKB hastalarının ailelerinde obsesif kişilik bozukluğu ve subklinik OKB görülme sıklığı daha yüksektir (56,57).

Cinsiyet dağılımında, eş tanı çeşitliliğinde, OKB'nin ailesel geçiş özelliklerinde çocukluk başlangıçlı OKB ile ergen başlangıçlı OKB özellikleri birbirine benzerken, erişkin başlangıçlı OKB de ise bu özellikler farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar hem fenomenolojik hem de etiyolojik olarak kendini göstermektedir (20).

Ailesel OKB'nin tahmini genetik geçiş riski %11-12 olarak belirtilmiş (58), Geller ve arkadaşlarının (2006) yazdığı bir derlemede, çocuk OKB olgularının tahmini ailesel geçiş riskinin %25 civarında olduğu bildirilmiştir (21).

Başlangıç yaşı, genetik geçiş ile ilişki için en önemli faktördür. Lenane ve arkadaşları (1990) tarafından yapılan bir çalışmada, ciddi OKB olgularının ailelerinde babaların %25'i, annelerin %9'unda OKB bulunduğu ortaya çıkmıştır (59).

Walitza ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada sadece bir glutamat taşıyıcı gen erken başlangıçlı OKB ile ilişkilendirilmiştir (12). Genetik çalışmaların bir diğer kolu da serotonerjik ve dopaminerjik sistemleri kapsamaktadır. Van Grootheest ve arkadaşlarının (2008) yaş grupları 12,14,16 yaş olan çok sayıda ikiz eşlerinin katılımı ile yaptıkları çalışmada, OKB semptomları sadece 14 ve 16 yaş grubunda kızlarda daha sık olarak tespit edilmiş, genetik faktörler tüm yaş gruplarında cinsiyet farkı gözlenmeden OKB semptomlarından sorumlu tutulmuştur (60). Çevresel faktörlerin ise 12 yaş grubunda semptomlara katkıda bulunduğu tespit edilmiştir (60). 8083 aileden monozigot ya da dizigot ikiz eşleri ile yapılan benzer bir çalışmada, aileler tarafından Çocuk Davranış Kontrol Listesinin Obsesif Kompulsif Ölçeği doldurulmuş olup, OKB'nin çocuklukta genetik faktörlere, paylaşılmış ya da paylaşılmış olmayan çevresel faktörlere bağlı olarak ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır (61). Aynı ölçek kullanılarak 4246 ikiz eşi ile yapılan başka bir çalışmada da elde edilen sonuçların %55'inin genetik faktörlere, %45'inin çevresel faktörlere bağlı olduğu bulunmuştur (62).

Çocukluk dönemi başlangıçlı OKB'de gözlenen yüksek orandaki ailesel geçişte 7., 8.,13. ve 24. kromozomlar suçlanmaktadır (63). Bir başka kromozom

araştırmasında, OKB'nin alt grubu olan istifçilikle 14. kromozomun güçlü ilişkisinin bulunduğu, ayrıca OKB ile X, 3., 7. ve 15. kromozomların bağının olabileceği bildirilmiştir (64). İmpulsif-addiktif-kompulsif davranışlarda DRD2 polimorfizminin rolünü gösteren çalışmalar mevcuttur (65,66). Daha eski çalışmalarda ise OKB'nin inkomplet penetranslı otozomal dominant taşınabileceği ileri sürülmüştür (38,67,68). 219 aile ile yapılan, etkilenmiş ikiz çiftlerin ve geniş ailelerin analizini içeren başka bir çalışmada, 3q,6q,7p,1q ve 15q kromozomları üzerinde yatkınlık bölgeleri belirlenmiş, en kuvvetli bağlantı kromozom 3q27-28 üzerinde saptanmıştır (69).

Biyolojik Nedenler

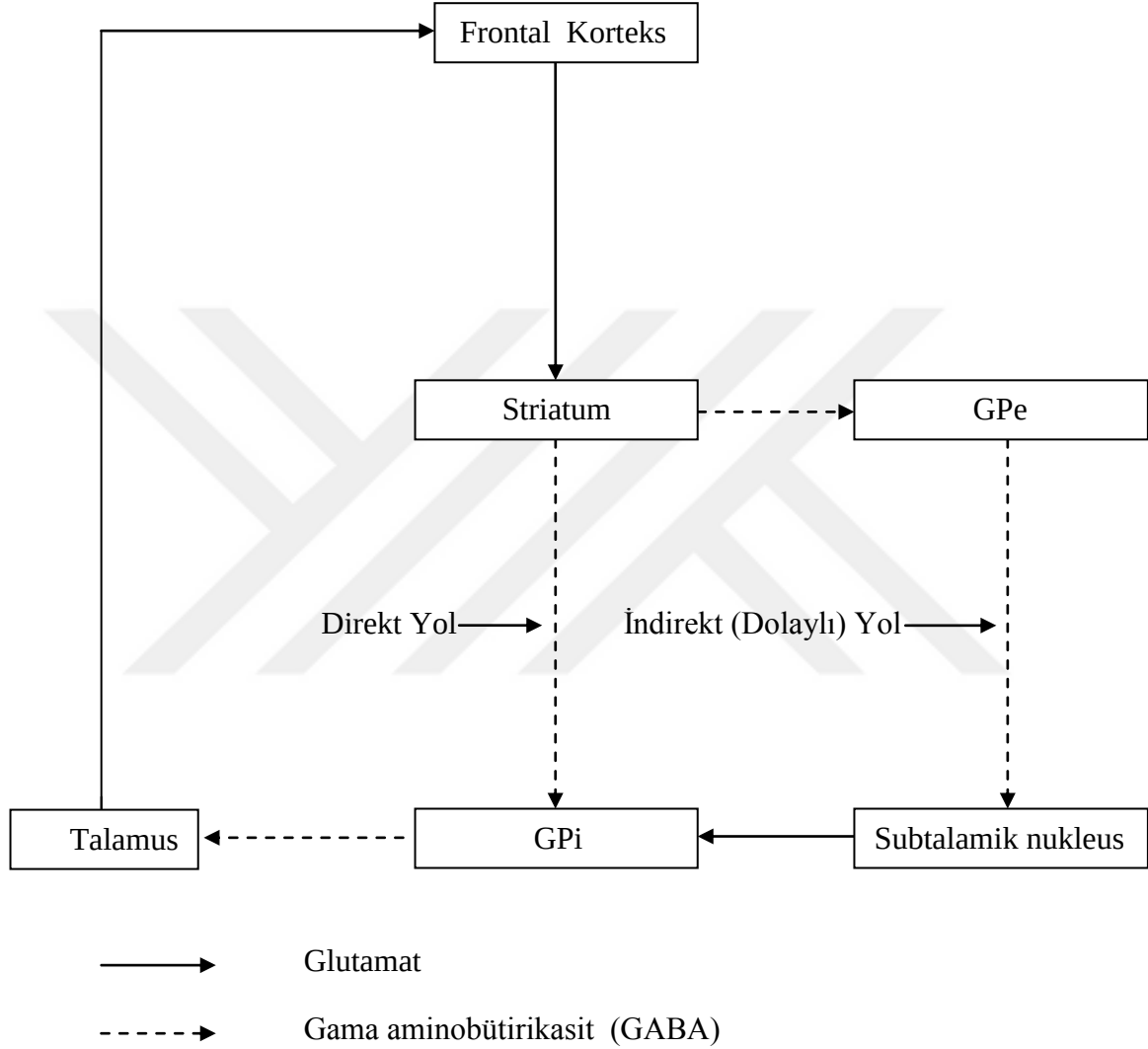
Patofizyoloji-Bazal Gangliyon Disfonksiyonu

OKB semptomlarının bazal gangliyon disfonksiyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Örneğin, Tourette bozukluğu artmış OKB sıklığı ile ilişkili bulunmaktadır (40). Von Economo (1931), influenza ensefalitine sekonder ritüelistik davranışlar gözlemlemiş ve bu belirtileri bazal gangliyon yıkımına bağlamıştır. Birçok çalışmada bazal gangliyonda otoimmün iflamasyonun sonucunda Sydenham Koresi ile beraber OKB görülmüştür (40). A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının tetiklediği PANDAS (Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluklar), bazal gangliyonla karşı oluşan otoimmün reaksiyon nedeni ile başlayan ani başlangıçlı tikler ve OKB belirtilerine neden olmaktadır (40).

Bazal gangliyon disfonksiyonu ve OKB arasındaki ilişkiden ilk kez Constantin von Economo'nun (1931) Postensefalit Parkinson hastalığı ile ilgili hazırladığı tezinde bahsedilmiş, hastaların bazal gangliyon hasarlarının geçirilmiş ciddi influenza enfeksiyonlarına bağlı olduğu belirtilmiştir (31, aktaran). Bu tezde Von Economo motor tik ve ritüel benzeri davranışlardan bahsetmiş ve hastalarının bu hareketleri 'istemedikleri halde' tamamlamak zorunda hissettiğini belirterek, OKB tanımına yakın bir tanımlama yapmıştır (31).

Son 20 yılda yapılan çalışmalarda görülmüştür ki, OKB kortiko-striato-talamo-kortikal devre sistemi ile ilişkilidir (70,71). Bazal gangliyon; kaudat nukleus, putamen, globbus pallidus internal segment, globbus pallidus eksternal segment, substantia nigra, subtalamik nukleus çekirdeklerinden oluşmaktadır. Bazal

gangliyon, serebral korteks, talamus, beyin sapı ile bağlantılıdır ve motor kontrol, kognisyon, emosyon ve öğrenme fonksiyonları ile ilişkilidir (31).



Şekil.1. OKB etyolojisinde rol alan beyin alanları ve işleyişi (OKB nörobiyolojik model) (72,73)

OKB etyolojisinde rol oynadığı düşünülen mekanizma şekil-1’de gösterilmiştir (72,73). MSS’de eksitator ve inhibitör modulatorler mevcuttur, bu nörotransmitterler glutamat ve GABA’dır. Glutamat MSS’de eksitator rol oynarken, GABA ise inhibitör rol oynamaktadır. Korteksten salgılanan glutamat striatumu uyarır, direkt olarak striatumdan salınan GABA, globus pallidusun internal segmentini (GPi) inhibe eder ve GPi segmentten GABA salgılanması azalır. Böylece talamus baskıdan

kurtulur, glutamat salgılar ve korteksi uyarır. İndirekt (dolaylı) yolda ise striatumdan salınan GABA, globbus pallidusun eksternal segmentinden (GPe) GABA salgılanmasını azaltır, subtalamik nükleus baskıdan kurtulur ve glutamat salgılar, GPi segmenti bu şekilde uyarılmış olur ve GABA salgılayarak talamusu baskılar, böylece direkt yol talamusu uyarırken, indirekt (dolaylı) yol ise talamusu baskı altına alır. OKB patofizyolojisinde direkt yolun aşırı çalışması, indirekt (dolaylı) yolağın ise yetersiz çalışması suçlanmaktadır (72-74).

Nörotransmitterler İle İlgili Değişiklikler

İlaç tedavisi çalışmalarından elde edilen kanıtlara göre, dopaminerjik, serotonerjik ve glutamaterjik sistemler OKB’de rol almaktadır. OKB patofizyolojisinde suçlanan nörotransmitterlerden biri serotonindir. Özellikle obsesif kompulsif semptomların, MSS’nin serotonerjik yolağının aşırı duyarlılığı ve aşırı çalışmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (75). Serotonin OKB’deki rolü, OKB hastalarının SSRI tedavisinden fayda görmesi ile birçok çalışmada desteklenmiştir. Sonuçlar, özellikle klomipramin ve fluvoksamin tedavilerinin OKB semptomlarını %30-50 oranında azalttığı yönündedir (75). Sumatriptan ve meta-klorofenilpiperazin (m-CPP) gibi serotonin reseptör agonistlerinin OKB olgularında semptomları kötüleştirilmesi de serotonin hipotezini desteklemektedir (76).

Ravizza ve arkadaşları (1995) tarafından rapor edilen bir çalışmada tedavi yanıtı ile OKB başlangıç yaşı arasında ilişki olduğu bildirilmiş, bu çalışmada 53 erişkin 6 ay boyunca klomipramin ya da fluoksetin ile tedavi edilmiştir (77). Y-BOCS (Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği) skorunda en az %40 düşüş olan grup tedaviye yanıt veren grup olarak kabul edilmiştir (77). Çalışmanın sonucunda başlangıç yaşı ve tedavi yanıtı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (77). Erken başlangıçlı OKB tanısı olan bireylerin tedavi yanıtlarının, geç başlangıçlı OKB tanısı olan bireylere göre daha zayıf olduğu bildirilmiştir. Çocukluk çağında başlayan OKB’nin, erişkinlikte başlayan OKB’ye göre serotonin reuptake inhibitörlerine daha az yanıt verdikleri, bu nedenle de serotoninin çocukluk çağı başlangıçlı OKB patofizyolojisinde daha az rolünün olduğu düşünülmektedir (20,77).

OKB’de 5-HT2A serotonerjik reseptör gen polimorfizmi saptanmış ancak 5-HT1D β serotonerjik reseptör geniyle ilgili kanıt bulunamamıştır (78).

Çocukluk çağı başlangıçlı olgular dopamin fonksiyonlarında anormalliklere de sahip olabilirler. Dopaminerjik sistem anormallikleri, Tourette bozukluğunun da etiyolojisinde rol oynamaktadır (79). Tourette bozukluğu ve çocukluk çağı başlangıçlı OKB arasındaki ilişki eş tanı ve ailesel yüklülük açısından göz önüne alındığında, dopamin ve serotoninin bu hastalıkların temelinde yer aldığı varsayılabilir. Bu nedenle çocukluk çağı başlangıçlı OKB olgularında antipsikotik ile güçlendirme tedavisinin semptomlarda faydalı olabileceği düşünülmektedir (20).

OKB olgularında anterior singulat kortekste DRD1 işlev bozukluğu olduğu bildirilmiştir (80). Başka bir çalışmada ise, 5-HT reseptör genlerinin yanı sıra DAT ve DRD4 geni çalışılmış, ancak ilişki saptanamamıştır (81).

Glutamat beyinin en önemli eksitator nörotransmitteridir. OKB’nin etyopatogenezinde glutamat işlev bozukluğunun da rol aldığını destekleyen çalışmalar da vardır (82). OKB hastalarının beyin omurilik sıvılarında glutamat düzeyleri sağlıklı bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (83). Tedaviye dirençli OKB hastalarının glutamat antagonisti olan riluzolden fayda gördüğünü destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (73,84).

Nörogörüntüleme Çalışmaları

Çocukluk ve ergenlik döneminde OKB’nin yüksek prevalansına rağmen elimizdeki veriler sıklıkla yetişkin nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilmiştir. Çocuk popülasyonda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) ve SPECT (Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi) gibi nörogörüntüleme sistemleri oldukça nadir kullanılmaktadır. Noninvaziv tekniklerden olan fMRI (Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme), NIRS (near-infrared spektroskopisi) ve EEG (Elektroensefalografi) çocuk ve ergenlerde daha çok tercih edilmektedir (85).

En yaygın kabul edilen nörobiyolojik çalışma modeli kortiko-striato-talamik döngüdeki disfonksiyondur (85). OKB tanısı olan çocuk ve ergenlerde yapılan

nörogörüntüleme çalışmalarında prefrontal-striatal-talamik döngü ve bununla ilişkili bazal ganglion bölümlerinde işlev bozukluğu saptanırken, erişkinlerde gözlenen orbitofrontal korteks ve kaudat nukleus ile ilgili işlev bozukluğu tespit edilememiştir (86).

fMRI görüntüleme tekniğinin kullanıldığı geniş bir literatür taramasında çocukluk çağı başlangıçlı OKB’de kortiko-striato-talamik devreler en çok suçlanan alanlar olmuştur (87). Frontal korteksten gelen glutamaterjik sinyaller striatal aktiviteyi arttırmakta, talamik inhibisyonu azaltmaktadır. Bu meta-analizin sonuçlarında; çocuk OKB olgularda, singular gyrus daha büyük hacimde ve daha aktif, striatum küçük, orbitofrontal korteks gri madde yoğunluğu sağ tarafta artmış, talamik volüm ve korpus kallosum ise daha büyük bulunmuştur (87).

Lazaro ve arkadaşlarının (2009) 15 çocuk ve ergen ile voxel tabanlı morfometrik MRI yöntemi ile yaptıkları çalışmada, hasta grubunda çift taraflı olarak sağ ve sol parietal lob gri cevher hacminin ve sağ parietal beyaz cevher hacminin kontrol grubuna göre daha küçük olduğu belirlenmiş, altı aylık tedavi ile hasta ve kontrol grupları arasında hacim farkının ortadan kalktığı gözlenmiştir (88). MacMaster ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan MRG çalışmasında 28 OKB hastası ile 21 sağlıklı gönüllü grubu karşılaştırılmış, OKB hastalarında daha büyük hacimli sağ orbitofrontal korteks saptanmıştır (89).

Çocukluk çağı başlangıçlı OKB hastaları ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı BT çalışmalarında, kaudat nukleus OKB hastalarında anlamlı olarak daha küçük bulunmuştur (90,91).

Gohle ve arkadaşları (2008) tarafından erişkin OKB hastalarında yapılan EEG çalışmasında frontal korteks aktivitesini destekleyen bulguya rastlanmamıştır (92).

OKB hastalarında yapılan bir SPECT çalışmasında frontal korteks kan akımında artış saptanmıştır (78). Yetişkin OKB hastalarında yapılan PET ve SPECT çalışmalarında talamus, striatum, orbitofrontal korteks ve anterior singulat kortekste anormallikler gözlenmiştir (93).

OKB tanısı olan çocuklar ve kontrol grubu ile yapılan proton manyetik rezonans spektroskopik görüntüleme çalışmasında, OKB tanısı olan çocuklarda anterior singulat korteks hacminde artış gözlemlenmiştir (94). Başka bir proton

manyetik rezonans spektroskopik görüntüleme çalışmasında ise 8-15 yaş arası tedavi almayan 11 çocuk OKB olgu ve 8-15 yaş arası 11 sağlıklı çocuktan oluşan kontrol grubu karşılaştırılmış, nöronal canlılık markeri varsayılan N-asetil-aspartat (NAA), kreatin/fosfokreatin ve kolin seviyelerinin sağ ve sol talamusun medial ve lateral segmentlerinde ölçümü yapılmış, OKB olan grupta medial talamusta NAA yoğunluğunun azaldığı saptanmıştır (95).

Nöroimmünoloji - PANDAS

Streptokok enfeksiyonları psikiyatrik semptomlarla seyreden bir hastalık olan Sydenham Koresine yol açmaktadır. Sydenham koresi ile OKB ilişkisinin fark edilmesi ile birlikte Swedo ve arkadaşları (1998) tarafından OKB etyolojisinde de immünite temeli olabileceği düşünülmüştür (97). Streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen OKB’de antinükleer antikorların etken olduğu gösterilmiş, ayrıca romatizmal ateşe yatkınlık belirteci olan D8/17 lenfosit markerinin kontrol grubuna göre daha yaygın saptandığı belirlenmiştir (96,97). Bu hasta grubunu tanımlamak için PANDAS (Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluk) tanımı yapılmıştır (96,97).

Swedo ve arkadaşları (1998) streptokok enfeksiyonlarının sadece OKB gelişiminde rol almadığını, tik bozukluğu, DEHB, emosyonel labilite, ayrılık anksiyetesi bozukluğunda da rolünün olabileceğini belirtmişlerdir (97). Ayrıca trikotilomaniye de sebep olabileceği belirtilmektedir (98). Antikor oluşumu bazal gangliyonda inflamatuvar bir reaksiyonu tetikleyebilmektedir. Bazal ganglionlarda oluşan bu reaksiyon sadece GABHS’e (A grubu beta hemolitik streptokok) bağlı değildir. Diğer mikroorganizmaların da (virusler, borrelia ve mikoplasma) bu tarz bir enflamasyona neden olabilmeleri mümkündür (31).

PANDAS Tanı Ölçütleri (97)

- 1.OKB veya tik bozukluğu bulunması
- 2.Belirtilerin prepubertal dönemde başlaması
- 3.Belirtilerin ani başlangıçlı ve epizodik olması
- 4.Bulguların alevlenmesi ile GABHS enfeksiyonu arasında ilişki olması
- 5.Motor hiperaktivite, koreiform hareketler, tikler gibi nörolojik belirtiler ile semptomların alevlendiği dönem arasında ilişki bulunması

PANDAS ile eş hastalanım da sık gözükmetedir. Özellikle DEHB (%40), duygudurum bozuklukları (%42), anksiyete bozuklukları (%32) PANDAS tanısına eşlik etmektedir (97).

21 PANDAS olan OKB olgu ile 18 PANDAS olmayan OKB olgunun karşılaştırıldığı bir çalışmada, PANDAS olan OKB çocuklarda hiperaktivite, impulsivite, el yazısı bozukluğu ve okul başarısında düşüklük, motor ve vokal tikler daha yüksek oranda gözlenmiş, PANDAS olmayan OKB olgularda ise daha yüksek oranda ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve sosyal fobi saptanmıştır (99).

Leckman ve arkadaşlarının (2011) yaptığı prospektif bir çalışmada, üst solunum yolu enfeksiyonu ile tik ve OKB semptomlarındaki alevlenmelerin ilişkisi incelenmiştir. 31 PANDAS ve 53 PANDAS olmayan olgu incelendiğinde, PANDAS olan olgularda GABHS enfeksiyonu ile tik ve OKB alevlenmeleri arasında zamansal olarak hiçbir bağlantı bulunamamıştır (100).

Psikodinamik Kuram

Freud anal döneme fiksasyon ya da regresyonun OKB gelişiminde rolü olduğunu belirtmiştir (44). OKB hakkında psikodinamik etkenlerden bahsedebilmek için öncelikle psikodinamik kuramdan özellikle de anal kişilik özelliklerinden bahsetmek gerekmektedir. Anal dönem 1- 3 yaş arasındaki döneme verilen isimdir. Bu dönem çocuğun artık yavaş yavaş bağımsızlığını elde ettiği dönemdir. Çocuk yürümeye, konuşmaya ve benliğini diğerlerinden ayırt etmeye başlamıştır. Bu dönemin haz bölgeleri anal ve üretral bölgelerdir. Çocuk, anal ve üretral kaslardaki hakimiyetini fark etmesiyle beraber bu bölgelere bağlı eylemlerin aile içinde ve toplumda ilgi çektiğini de fark etmiştir. Eğer çocuk kakasını, çişini tutabiliyorsa ve bu alanda annenin komutlarına uymakta ise çevre tarafından ödüllendirilmektedir. Artık bu bölgeler çocuk için özel bir ilgi alanı ve haz bölgesidir. Çocuk tutma ve bırakma işlemlerinden haz almaktadır. Bu alandaki yetilerini aile ve çevre ile bir iletişim aracı gibi kullanmayı öğrenmiştir. Ambivalan duygulanım bu dönemde oldukça belirgindir. Ambivalan duygulanım özellikle eyleme geçme alanında belirgindir ve kararsızlık olarak gözlenmektedir. Anneye kızınca dışkısını, idrarını tutma, uygunsuz ortamlarda bırakma şeklinde davranışları görülmektedir. Bu nedenle bu döneme anal-sadistik dönem de denilebilir (101). Anal dönemde, ailenin ve

çocuğun dikkati haz bölgelerine odaklanmıştır. Bu dönemdeki yanlış anne-baba tutumlarının çocukta anal fiksasyona ve anal kişilik özelliklerinin gelişmesine katkıda bulunduğu bilinmektedir. Çocuğa sıkı, katı verilen tuvalet eğitimi, aşırı denetleyici yaklaşımlar, aşırı koruyucu olma, ayıp ve günah kavramları ile ilgili ailenin yoğun uğraşısı bu yanlış yaklaşımlar arasındadır (101). Freud'un görüşü güncelliğini korumaktadır. OKB'de anal regresyon ve/veya fiksasyonun önemli kanıtları bulunmaktadır. Bu dönemin aşılması gereken sorun alanlarının (ambivalans, kuşku, güvensizlik, özerklik, karmaşa) işlenme biçimleri OKB ve obsesif kompulsif kişililiğin belirleyicisi olmaktadır. Karşılıklı güç denemesi ve baskı OKB'de temel sorunlardır. Kontrol etme, denetleme, kuralcılık, başkaları üzerinde baskı kurma OKB'de başlıca kişilik özellikleridir. Herkesi kontrol etme, her şeyi denetleme, kişinin kendisini dış etkenlerden, tehditlerden koruma yoludur (44). Karşıt tepki kurma, yapıp bozma, yalıtma, düşünselleştirme, akla uygunlaştırma obsesif-kompulsif kişilik yapısının ve OKB'nin başlıca savunma mekanizmalarıdır (102).

Bilişsel Kuram

Obsesif düşüncelerin temellerinin nitelik olarak farklı olmadığı, obsesif düşüncelerin temellerinin normal zorlayıcı düşüncelerden kaynaklanmakta olduğu varsayılmaktadır. Bu modele göre aslında obsesif düşünceler herkeste bulunmakta ancak kendi zihinsel etkinliğini yanlış yorumlama eğiliminde olan bireylerde OKB gelişmektedir (103). Normal zorlayıcı düşünceler ile obsesyonların farkı düşüncelerin kontrol edilip edilemeyeceği değildir. OKB olan bireyler bu zorlayıcı düşünceleri, zarar ve zararın önlenmesinden sorumlu olabileceklerinin göstergesi olarak yorumlamaktadırlar (103).

Klinik Özellikler

Çocuk ve ergenlerde de erişkinlerle aynı tanı ölçütleri kullanılır, sınıflandırma ve OKB tanımı farklılık göstermez. Ancak erişkin OKB ile çocuk ve ergen OKB olgularının klinik özellikleri farklı olabilmekte, çocukluk çağı başlangıçlı OKB'de obsesyon olmadan kompulsiyonlar görülebilmektedir (104,105). Çocuklarda, kompulsiyon olmadan yalnızca obsesyon ise nadiren gözükmemektedir (74,105).

Demirok ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada, yaş ortalaması 11.7 olan 125 OKB tanısı olan çocuk ve ergen incelenmiş, olguların %91.2'sinde kompulsiyonların, %48'inde obsesyonların olduğu, %52'sinde sadece kompulsiyon, %8.8'inde ise sadece obsesyonların olduğu, %39.2'sinde obsesyon ve kompulsiyonların birlikte görüldüğü belirtilmiştir (105).

Çocuk ve ergenlerde en sık görülen obsesyonların kirlenme, şüphe/kuşku obsesyonları olduğu, en sık görülen kompulsiyonların yıkama/temizleme ve simetri/düzenleme kompulsiyonları olduğu belirtilmiştir (15,22,23). Diler ve Avcı (2002) yaptıkları çalışmada, en sık görülen obsesyonun kirlenme (%48.9), en sık görülen kompulsiyonun yıkama/temizleme (%68.1) olduğunu saptamışlardır (24).

Çocuklarda kirlenme ile ilgili uğraşlar, kendisine ya da başkasına zarar verme korkuları, simetri ile ilgili uğraşı yaygın obsesyon türü olmakla birlikte ritüelin doğru şekilde tamamlanamamasının kötü bir sonuç doğuracağına inanmak da oldukça siktir. Çocuklarda sık görülen kompulsiyonlar ise yıkama, kontrol etme ve ritüellerdir (1). Bunlar sıklıkla belli sayılarda tekrarlanır, bazen de tik benzeri bir davranış halini alarak birey tam yerinde hissedene kadar devam da edebilir. Leckman ve arkadaşları (1997) çocukluk çağı başlangıçlı OKB'yi şüphe ve kontrol, simetri ve düzenleme, kirlenme ve yıkama, istifleme olarak fenomenolojik 4 alt tipe ayırmışlardır (106).

Obsesyonlar sıklıkla egodistonik (benliğe yabancı) olarak yaşantılanır ancak küçük çocuklarda ya da içgörüsü az ya da kısıtlı olan ergen ve erişkinlerde ise egosintonik (benlikle uyumlu) olarak yaşantılanmaktadır (2). Birey, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür, düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir (35). Çocukluk dönemi başlangıçlı OKB'de, çoğunlukla çocuklar içgörülerinin az olmasından dolayı eylemlerinden rahatsızlık duymamaktadır (107). Çocukluk dönemi başlangıçlı OKB ile ilgili çalışmalarda; zayıf içgörüsü olan çocukların, içgörüsü iyi olan çocuklara göre prognozlarının daha kötü olduğu belirtilmiştir (108).

Orta-yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip gençlerde OKB görülme sıklığı düşük sosyoekonomik seviyeye sahip gençlere göre daha siktir (24,25). Ailenin ilk çocuklarında OKB görülme olasılığı diğer çocuklara göre yüksek bulunmuştur (26).

OKB tanılı çocuk ve ergenlerin aileleri sıklıkla olguların törensel davranışlarına katılırlar, bu şekilde belirtilerin ortadan kalkabileceğini düşünürler, bu durum da tanı ve tedaviyi geciktirir (109).

Erken başlangıçlı bozuklukta, eşlik eden psikiyatrik hastalıkların daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Swedo ve arkadaşları (1989), OKB tanılı çocukların %74'ünde bir psikiyatrik eş tanı bulunduğunu bildirmişlerdir (23). Yapılan çalışmalarda OKB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun depresif bozukluk olduğu belirtilmekle birlikte (15,24,30), Swedo ve Kalra (2009) OKB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun tik bozukluğu olduğunu saptamışlardır (31).

OKB tanısı cinsiyete göre değerlendirildiğinde, çocuklarda erkek/kız oranı 3/2 iken, ergenlerde bu oran 1/ 1'dir (21).

OKB'nin kronik, sık sık alevlenen bir rahatsızlık olması, büyük kısmının çocukluk yaşlarında başlamış olması ve sıklıkla çocuk psikiyatristi olmayan hekimlerce gözden kaçması nedeni ile bireylerin işlevselliği olumsuz etkilenmektedir.

Tanı Ölçütleri

***DSM-IV-TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri* (1,35)**

A.Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

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

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

(2)Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler, sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

(3)Birey bu düşüncelerine, dürtülerine ya da düşlemlerine önem vermemeye, bunları baskılamaya çalışır veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

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

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

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

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

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında, kimi zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. (Not: Bu ölçüt çocuklar için geçerli değildir)

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

D. Başka bir Eksen-I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir. (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme)

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

Varsa Belirtiniz:

İçgörüsü az olan tip: O sıradaki epizodda kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa

DSM-IV-TR’de Anksiyete Bozuklukları Başlığında yer alan OKB DSM-5’te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar adı altında Anksiyete Bozukluklarından ayrı bir başlık altında toplanmıştır. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında Obsesif Kompulsif Bozukluk, Vücut Dismorfik Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Obsesif Kompulsif Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk tanıları toplanmıştır (1,2).

DSM-5’e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri (2)

A.Obsesyon ve/veya kompulsiyon varlığı;

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Girici ve istenmeyen şekilde yaşantılanan, tekrarlayıcı ve inatçı, belirgin bir kaygı veya sıkıntıya neden olan düşünceler, imgeler ve itkiler.

(2) Birey bu tekrarlayıcı düşünceler, imgeler ve itkileri bastırmaya veya göz ardı etmeye çalışır veya başka bir düşünce ya da eylem ile nötralize etmeye çalışır.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Obsesyonlara yanıt olarak veya bireyin yapılması zorunda hissedilen kurallara göre yapmak zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemlerdir.

(2) Tekrarlayıcı davranışlar ve zihinsel eylemler, kaygıyı azaltmak veya kaygıdan korunmak, korkulan olaydan kaçınmak amacı ile yapılır; ancak, bu davranışlar ve zihinsel eylemler tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişki içinde değildir veya aşırı düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar davranışlarının veya zihinsel eylemlerinin amaçlarını anlatamayabilirler.

B.Obsesyon ve kompulsiyonlar zaman alıcıdır (örn. günde 1 saatten fazla) veya klinik olarak belirgin kaygıya veya sosyal, iş ve diğer önemli alanlarda işlevsellik kaybına neden olmaktadır.

C.Obsesif-kompulsif semptomlar bir maddeye (madde kötüye kullanımı ya da ilaca) veya başka bir sağlık durumuna bağlı değildir.

D.Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun semptomları ile daha iyi açıklanamaz.(örn. yaygın anksiyete bozukluğunda gözlenen aşırı kaygı; beden dismorfik bozukluğunda gözlenen beden ile yoğun uğraşı; istifçilik de gözlenen

sahip olduklarını elden çıkarmakta zorluk veya ilişkisini kesmekte güçlük; trikotillomani de gözlenen saç koparma; deri yolma hastalığında gözlenen deri koparma; basmakalıp davranış bozukluğunda gözlenen stereotipiler; yeme bozukluğunda gözlenen törensel yeme davranışları; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluğunda olduğu gibi madde veya kumarı düşünme; hastalık kaygısı bozukluğunda gözlenen bir hastalığı olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluğunda olduğu gibi cinsel düşlemler, itkiler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü kontrolünde ve davranım bozukluklarında gözlenen dürtüler; major depresif bozuklukta gözlenen suçluluk duyguları, ruminasyonlar; şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda gözlenen düşünce sokulması, sanrılar veya otistik spektrum bozukluklarında gözlenen tekrarlayıcı davranışlar)

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi veya oldukça iyi: Birey, obsesif kompulsif bozukluk inançlarının kesinlikle veya olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin veya olamayacağının ayrımını yapabilmektedir.

İçgörüsü kötü: Birey, obsesif kompulsif bozukluk inançlarının olasılıkla gerçek olduğuna inanır.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Birey, obsesif-kompulsif bozukluğu inançlarının kesinlikle gerçek olduğunu düşünür.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Bireyin o sırada veya geçmişte tik bozukluğu öyküsü bulunmaktadır.

ICD-10'a göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri (F42) (3)

Tanı koyabilmek için obsesyonlar veya kompulsiyonlardan biri (veya her ikisi beraber), en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu gün vardır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen özelliklere sahip olmalıdır:

- (a) Kişinin kendi düşünceleri veya dürtüleri olarak algılanırlar;
- (b) Kişi düşünceler ya da hareketlerden en az birine karşı direnç göstermektedir, kişinin artık karşı koyamadığı düşünceler ve hareketler bulunabilir;
- (c) Hareketi tamamlama düşüncesi haz verici olmamalıdır (gerginlik veya bunalımın giderilmesi amaçlanır);
- (d) Düşünceler, dürtüler ve imgeler rahatsızlık verici şekilde tekrarlayıcı olmalıdır.

OKB tanısı ICD-10'da belirti dağılımına göre tekrar kodlanır. (obsesif düşüncelerin hakim olduğu tip, kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip, obsesyonel düşünce ve davranışların birlikte olduğu tip, diğer obsesif kompulsif bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluk ayrışmamış tip)

ICD-10 (International Classification of Disease, Hastalıkların Uluslararası Tanı Sınıflandırması) tanı sınıflandırmasında “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” başlıkları altında sınıflandırılır (3). OKB, ICD-10'da, F-42 kodu ile tanımlanır (3).

Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda; gelişimsel törensel davranışlar, fobik bozukluklar, hipokondriasis, beden dismorfik bozukluğu, yeme bozukluğu, depresif bozukluk, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, tik bozuklukları, stereotipik hareketler, yaygın gelişimsel bozukluklar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, trikotillomani, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, temporal lob epilepsisi, ensefalit sonrasında gelişen komplikasyonlar, kafa travması, ilaç kullanımı (özellikle atipik antipsikotikler) gibi durumlar akla getirilmelidir (2, 19, 40,74).

Çocukluk döneminde gözlenen normal ve gelişime yardımcı olan, sosyalleşmeyi sağladığı kabul edilen, yatma zamanı ritüelleri gibi gelişimsel törensel davranışlar ile ısrarcı tekrarlayan düşünceler ve kompulsiyonları ayırt etmek çok önemlidir. Çocukluk döneminde bu ritüeller gelişime yardımcıdır, normal sayılır. Tekrarlayıcı düşünceler ve kompulsiyonlar ise bireyi rahatsız eder. Yeme bozukluklarında ise odaklanılan alan kişinin görünümü ve kilo alma ile ilgili yoğun korkudur. Yemekler ve kalorileri ile ilgili yoğun zihinsel uğraşı vardır. Depresif hastalarda ruminatif düşünceler, özellikle kendini suçlayıcı, değersizleştirici, kendisi ve geleceği ile ilgili olumsuz düşünceler, suçluluk duyguları mevcuttur. Çocuklarda gözlenen ayrılık anksiyetesi bozukluğunda ise çocukların esas kaygıları bakım veren kişinin kaybına, ebeveynlerinin sağlığı ve güvenliğine yöneliktir. Sosyal fobide ise diğer insanlar tarafından yargılanma ile ilgili kaygılar ve düşünceler mevcuttur. Yaygın anksiyete bozukluğunda, günlük olaylar ile ilgili abartılı ve gerçekçi olmayan

korkular mevcuttur, korkular hayatın her alanına yayılmıştır. Beden dismorfik bozuklukta, kişi fiziksel görünümündeki bir kusur ile ilgili ruminatif düşüncelere sahiptir. Yaygın gelişimsel bozuklukta ise bireyin kendini uyarma ve stereotipik davranışına bağlı olarak tekrarlayıcı hareketler gözlenmektedir. Bu tekrarlayıcı davranışlar, özel ilgi alanları gibi yaygın gelişimsel bozukluğun çekirdek belirtilerindendir. Psikotik bozukluklarda bizar düşünceler, sanrılar ve varsanılar bulunmaktadır. Trikotillomani ise obsesyonlardan ziyade bir dürtü kontrol bozukluğudur, OKB ve trikotillomani sıklıkla bir arada görülmektedir. Hipokondriasis ise ciddi bir hastalığı olduğunu düşünüp durma, ciddi bir hastalığa yakalanmak ile ilgili yoğun korkuların bulunması ile karakterizedir (40).

Eşlik Eden Bozukluklar

Çocuklarda OKB tanısına sıklıkla başka bir psikiyatrik eksen-1 tanısı eşlik etmektedir (23). Swedo ve arkadaşları (1989), çocukluk çağı başlangıçlı OKB'nin %74'ünde (23), Türkbay ve arkadaşları (2000) ise OKB olan çocuk ve ergenlerin %44.5'inde eş tanı bildirmişlerdir (110). Çocuklarda OKB'nin saf formu görülmesine rağmen OKB tanısına sıklıkla başka bir ruhsal bozukluk da eşlik etmektedir. Geller (2006) yazdığı derlemede, çocukların %39'unun ve ergenlerin %62'sinin hastalıklarının bir döneminde depresif bozukluk eş tanısı aldıklarını bildirmiştir (21). Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluğun en sık gözlenen eş tanı olduğu çeşitli çalışmalarda yer almaktadır (15,30). Kaplan ve Sadock (1995) erişkin OKB olgularının 1/3'ünde depresif bozukluk geliştiğini bildirmiştir (37).

Swedo ve Kalra (2009) OKB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun tik bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (31). Tourette bozukluğu, OKB tanısı olan çocukların %25'inde, ergenlerin ise %9'unda görülmektedir. (40). Erişkin OKB olgularında eşlik eden yıkıcı davranış bozuklukları çok fazla raporlanmamaktadır. Ancak OKB çocukların %51'i ve ergenlerin %36'sında eşlik eden DEHB tanısı bulunmaktadır. KOKGB eş tanısı için bu oran OKB çocuklarda %51, OKB ergenlerde %47 olarak tespit edilmiştir (40). Storch ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmanın sonuçları, OKB tanısı ile yıkıcı davranış bozukluğu birlikteliğinin kötü aile şartları, ailenin sosyokültürel seviyesinde düşüklük, hastalık ile baş etmede yetersizlik ile ilişkili olduğunu, OKB semptomlarının daha ciddi ve

ie yönelim sorunlarının daha sık olduğunu, bu hastalara 3.6 kat daha fazla atipik antipsikotik reçete edildiğini göstermiştir (111).

Eşlik eden anksiyete bozuklukları ocuk ve ergenlerde yaygındır, çocuklarda %56, ergenlerde %35 oranında ayrılık anksiyetesi bozukluğu eşlik etmektedir. Diğer anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı %31 oranındadır (40). Yaygın gelişimsel bozukluk ile OKB tanısının beraber görülme oranı % 5 olarak belirtilmiştir. Obsesif kompulsif semptomlarla bu hastalarda gözlenen stereotipik hareketlerin ayırımı önem arz etmektedir (40). Ergenlerde OKB tanısına yeme bozukluğu ve madde kötüye kullanımının eşlik etme oranı her iki hastalık için de %2'dir (40).

Canavera ve arkadaşlarının (2010) yaşları 10-17 yaş arasında değişen 28 OKB tanılı olgu ile yaptıkları çalışmada olgular 2 gruba ayrılmıştır. 1. grup sadece OKB tanısı alan olgulardan oluşurken, 2.grup ise OKB tanısı ile beraber depresif bozukluk tanısı alan olgulardan oluşturulmuştur. Çalışma sonuçlarında; 2. grupta daha ciddi ie yönelim sorunları olduğu, daha ciddi obsesif kompulsif belirtilerin grldği ve daha sık aile içi çatışma yaşadıkları saptanmıştır (112).

Janowitz ve arkadaşlarının (2009) 252 erişkin OKB tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada, tik bozukluğu ve Tourette bozukluğunun erken başlangıçlı OKB'ye (≤ 10 yaş) eşlik etme oranının, geç başlangıçlı OKB'ye (>10 yaş) eşlik etme oranına göre 2 kat daha sık (%53.7) olduğunu bildirmişlerdir (113).

Joshi ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, OKB ve bipolar bozukluk tanılı genç olgulardan oluşan 2 grup karşılaştırılmıştır. OKB tanısı olan grup ile bipolar bozukluk tanısı olan grup ile yapılan çalışmada; bipolar bozukluğu olan olguların %21'inde ek olarak OKB tanısının olduğu, OKB tanılı olguların %15'inde ek olarak bipolar bozukluk tanısının olduğu görülmüştür (114). Bipolar bozukluk ve OKB tanısının birlikte grldği olgularda istifleme davranışı, işlevsellik kaybı ve eşlik eden bozukluklar daha sık gözlenmekte, ayrıca bu iki ruhsal bozukluğun birlikteliklerinde diğer anksiyete bozuklukları da daha sık görülmektedir. Bipolar bozukluk ve OKB tanısı olan olgulara en sık yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobinin eşlik ettiği belirtilmekte, eşlik eden bozuklukların daha erken başlangıçlı olduğu, şiddetli seyrettiği ve prognozlarının kötü olduğu bildirilmektedir (40).

Peris ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada 71 OKB tanılı ergen değerlendirilmiş ve OKB tanısına %21 oranında depresif bozukluğun eşlik ettiği saptanmıştır (115). Depresif semptomların daha ciddi OKB semptomları ile ilgili olduğu belirtilmiştir (40,115).

OKB ve DEHB birlikteliğinin araştırıldığı bir çalışmada, DEHB ile çocukluk dönemi başlangıçlı OKB hastalarında bulunan istifleme davranışı arasında güçlü bir ilişki bulunduğu rapor edilmiştir (116). Çocukluk çağı başlangıçlı OKB, DEHB ve tik bozukluğu ile, ergenlik ve genç erişkinlik başlangıçlı OKB ise depresyon ve anksiyete bozuklukları ile daha sık birlikte görülmektedir (117).

Hirani ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada anoreksia nervosa tanılı çocuk ve ergenlerde OKB belirtilerini incelemişlerdir. Bu çalışmada en sık görülen obsesyonların kirlenme, saldırganlık ve somatik obsesyonlar olduğu, en sık görülen kompulsiyonların da düzenleme, kontrol etme kompulsiyonları olduğu saptanmıştır (118).

Lafleur ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, OKB tanılı çocuklarda PTSS ve travmaya maruz kalma oranının kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu raporlanmıştır (119).

Grant ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, yaş ortalaması 13.8 yıl olan 70 OKB tanılı çocuk ve ergende OKB ile dürtü kontrol bozukluğu arasındaki ilişki araştırılmıştır. OKB'ye en sık eşlik eden dürtü kontrol bozukluğunun patolojik deri yolma (%12.8) ve kompulsif tırnak yeme (%10) olduğu saptanmış, OKB ile trikotillomani birlikteliğinin %1.4 oranında olduğu belirlenmiştir (120).

OKB ile tik bozukluğunun beraber görüldüğü olgular incelendiğinde, erkeklerde daha sık görüldüğü, daha erken yaşlarda başladığı, ailelerinde tik bozukluğunun daha sık olduğu belirtilmektedir (2). Toros ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada, Tourette bozukluğu tanılı olguların %75'inde OKB eş tanısının bulunduğu saptanmıştır (121).

Tedavi

Bilişsel Davranışçı Terapi

Psikososyal müdahaleler özellikle maruz bırakma ve tepki önleme, yaklaşık 40 yıldır çalışılan ve OKB spektrum bozuklukları tedavisinde son derece etkili olduğu

kanıtlanmış olan yöntemlerdir (122-124).Güncel maruz bırakma/tepkiyi önleme egzersizleri (EX/RP) Foa ve Kozak'ın (1986) teorik modellerinin harmanlanmasına dayanmaktadır. Obsesyonlara uzun süreli maruz kalma, ritüelleri engellemeye çalışma, yanlış ve çarpık inançları maruz bırakma egzersizleri ile düzeltme temel ilkeleridir (125). Hasta tamamlaması gereken ritüelleri tamamlamadığında yaşayacağı sıkıntıyı, olumsuz sonuçları zihninde resmetmeye çalışarak hayali olarak kendini bu olumsuz sonuçlara maruz bırakabilir ve anksiyete düzeyinde azalma gerçekleşene kadar zihnindeki bu senaryoları okuyabilir, dinleyebilir, böylece korkulan uyaran ile provake olan anksiyete azalır (126). Foa ve Kozak'ın (1986) teorilerine dayanarak, gerçek ya da hayali maruz kalma egzersizleri obsesyonun yarattığı stres ile baş etmek için tasarlanmıştır. Bu egzersizler tekrarlandıkça korkulan düşünce ve durumlar ile ilgili bilgilere, yanlış inanışlara, değerlendirmelere, bağlantılara ulaşılması ve düzeltilmesi sağlanmaktadır (125). Maruz bırakma tipik olarak kademeli olarak gerçekleştirilir. Daha az sıkıntı yaratan durumlar ile başlanarak, daha şiddetli anksiyete oluşturan durumlara doğru ilerlenir (126). Maruz bırakma/tepkiyi önleme egzersizlerinde ritüellerden olabildiğince kaçınmak, ritüellerin tamamlanmaması durumunda ortaya çıkan anksiyete ile baş etmeye çalışmak amaçlanır (126). Hastaların maruz bırakma ve tepki önleme (EX/RP) çalışmalarında zorluklar yaşayabilecekleri, ancak bu iki bileşenin beraber uygulanmasının tedavideki etkinliği konusunda hastaların bilgilendirilmesinin gerekli olduğu vurgulanmaktadır (126,127). Terapist hastayı egzersizler konusunda desteklemeli, ritüellerle baş etmesi konusunda alternatif öneriler sunabilmeli, hastayı teşvik etmelidir. Ayrıca hastanın ailesini de hastaya egzersizler sırasında nasıl yardım edebilecekleri konusunda eğitmelidir (126). Özellikle çocuk ve ergen hastalarda ailenin eğitilmesi ve evde ailenin yardımcı terapist görevini alması önemlidir(126).

Hodgson ve arkadaşları (1972) tarafından yapılan çalışmada, bir grup hasta kademeli maruz bırakma yöntemi ile tedavi edilirken diğer grup ise terapinin başında en stresli duruma maruz bırakma yöntemi ile tedavi edilmiştir. Tedaviden faydalanım incelendiğinde iki yaklaşım arasında farklılık görülmemiştir. Fakat çalışma sonucunda hastaların tercihi kademeli yaklaşımdan yana olmuştur (128).

Hastayı motive etmek ve hedefler konusunda anlaşmak başarılı bir maruz bırakma ve tepki önleme (EX/RP) çalışmasının temel unsurlarıdır. Tedavinin başında

düşük-orta zorluklar ile karşı karşıya gelmek daha sonrasında ciddi sorun alanlarına geçmek gerekir. Maruz bırakma tipik bir tempoda ilerlemeli ve hastanın onayı olmadan maruz bırakma egzersizleri yapılmamalıdır (126).

Her ne kadar maruz bırakma seanslarının ne sıklıkta yapılması gerektiği konusunda fikir birliği yoksa da takip sonuçları haftada 1-2 seanstan ya da yoğun tedavi biçiminden fayda görüleceğini belirtir. Yoğun maruz bırakma terapi programlarından (yaklaşık bir ay boyunca günlük oturumlar) oldukça iyi sonuçlar elde edilmiştir (129,130). Ancak benzer başarının daha aralıklı oturumlarla da elde edildiğini bildiren çalışmalar vardır (131-133). Motivasyonu yüksek, hafif-orta ağırlıkta günlük ev ödevlerinin önemini anlamış OKB olgularında aralıklı oturumların da işe yaradığı, daha ciddi semptomlar gösteren, maruz bırakma ve tepki önleme (EX/RP) ödevlerini yerine getirmekte zorlanan olgularda ise yoğun tedavi programının uygulanmasının tercih edilmesi gerektiği bildirilmiştir (126).

48 çocuk ve ergen ile yapılan bir çalışmada bireysel ve grup bilişsel terapi karşılaştırılmış, 12-18 ay sonunda bireysel terapi alanların %70'inde, grup terapisi alanların %84'ünde semptomlar tamamen kaybolmuştur. OKB tedavisinde bireysel ve grup bilişsel terapinin etkin olduğu bildirilmiştir (134).

BDT'nin etkinliği çocuk ve ergenlerde gösterilmiştir (103).BDT, hafif-orta şiddette OKB tanısı olan çocuk ve ergenlerde ilk basamak tedavi olarak kabul edilir. İlaçla birlikte ya da tek başına ilk seçenek tedavi olarak kullanılması gerektiği, olguların özellikle maruz bırakma ve tepki önleme tekniklerinden fayda gördükleri bildirilmiştir (41,135,136). İç görüşü olan çocuk ve ergenler BDT'den daha fazla fayda görmektedirler (136).

Farmakolojik Tedaviler

OKB'nin medikal tedavisinde ilk seçenek Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleridir (SGAİ) (137). SGAİ'lerin antidepresan etkisinden bağımsız olarak antiobsesyonel etkileri daha uzun sürede ve daha yüksek dozlarda görülmektedir. Antiobsesyonel etkiler ilaç kullanımından haftalar sonra postsinaptik reseptörlerde geri çekilme ve desensitivizasyon sonrasında gözlenmektedir (137,138). En sık kullanılan SGAİ'ler; fluoksetin, sertralin, fluvoksamin, paroksetindir. Bir TAD (trisiklik antidepresan) olan klomipramin ise altın standart ilaç olmakla birlikte olası

yan etkileri ve belli aralıklar ile elektrokardiyografi (EKG) takibi gerektirmesi nedeni ile dirençli OKB olgularında tercih edilmesi önerilmektedir (74).

Çocuk ve ergen OKB olgularında ilaç tedavisinin semptomları azalttığı gösterilmiştir. SGAİ etkinliği klomipramin ile kıyaslandığında, SGAİ klomipramine göre daha az potent olmasına rağmen güvenilirliğinin daha yüksek, tolerabilitesinin daha iyi olması, kardi toksik etkilerinin ise klomipramine göre daha az olması nedeni ile ilk seçenek olmaktadır (139-143). Yüksek tolerabilite düzeyine ek olarak, OKB ile sık birlikte görülen diğer ruhsal hastalıklarda da SGAİ'lerden faydalanım gözlenmektedir (144-146). Ancak SGAİ ile yapılan OKB tedavisi sonrasında da yüksek oranlarda nüks görülebilmektedir (147).

Çocuk ve ergenlerde OKB'nin farmakolojik tedavisi diğer çocukluk çağı anksiyete bozukluklarına göre randomize kontrollü çalışmalar ile daha çok araştırılmıştır (148). Çocuk ve ergenlerde OKB tedavisinde kullanılan SGAİ'lerin (149,150); fluoksetin (141,142), fluvoksamin (143), paroksetin (151-153) ve sertralinin (154-158) kısa ve orta vadeli etkilerini araştıran birçok çalışma vardır. Erişkin OKB tedavisinde paroksetin, fluoksetin, fluvoksamin, sertalin FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından onaylanmıştır (126,129,159-161). Ergenlerde OKB tedavisinde klomipramin (162) , fluvoksamin (143), sertralin (155) ve fluoksetin (141) FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) çalışmalarında plaseboda üstün bulunmuştur. Yazında klomipramin dışında, sitalopram, fluvoksamin, paroksetinin de çocuk ve ergen OKB tedavisinde etkili olduğu bildirilmektedir (93, 163, 164).

Fluoksetin

Fluoksetin, kontrollü çalışmalar ile çocuk ve ergen OKB tedavisinde etkili olduğu gösterilen ve 1988 yılında FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından onay almış olan bir SGAİ'dir (140). Çalışmalarda fluoksetinin çocukluk çağı OKB tedavisinde etkin olduğu belirtilmektedir (141,145,165-168).

Baysal ve Ünal (1996) tarafından yapılan çalışmada, 20 ile 60 mg/gün dozunda fluoksetinin OKB belirtilerinde yaklaşık %50 azalmaya yol açtığı bulgulanmıştır (144,169). Geller ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan çalışmada, fluoksetin

tedavisinin yüksek dozlarında sağaltımın da daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (166). Yazında fluoksetinin çocukluk çağı OKB tedavisinde etkili olduğunu gösteren çalışmaların aksine plaseboya üstünlüğünü saptamayan çalışmalara da rastlanmaktadır (140-142).

Çocukluk çağı OKB tedavisinde fluoksetin tedavisi sonrası, belirtilerin tekrarlama oranının %43.5 ile %50 arasında olduğu belirtilmektedir (140,167). 7 yaş öncesi OKB tedavisinde fluoksetinin (5-20 mg/gün) etkin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (170,171).

Sertralin

OKB tedavisinde sertralin molekülü ile tedavide etkinin 4. haftada gözlenmeye başladığı belirtilmiştir (155). OKB’de sertralin tedavisi 25-50 mg/gün dozları ile başlar, 200 mg/g’e kadar çıkılabilir (147). Sertralin ile ilgili yapılan çalışmalarda, sertralinin kullanımı sırasında hafif-orta düzeyde yan etkilere neden olabileceğinden bahsedilmektedir (147).

Wagner ve arkadaşları tarafından yapılan 12 aylık uzun süreli çalışmada, sertralin tedavisi alan gençlerde CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) ölçek puanlarında önemli gelişmeler saptanmıştır (172). Bu çalışmada çocukların %53’ü, ergenlerin %41’i tam remisyona (CY-BOCS < 8) girmişlerdir. Çocukların %22’si, ergenlerin %28’inde kısmi düzelme (CY-BOCS 9-15; minimal klinik bozukluk) saptanmıştır (172). Sonuç olarak gençlerin %70- %75’inin uzun süreli tedaviden fayda gördüğü bildirilmiştir (172).

OKB tedavisinde sertralin ile ilgili farklı yöntemlerle araştırmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarında faydalanımın %21.4 ile %100 arasında değişmekte olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bazı çalışmalarda semptomlarda ortalama %50 düzeyinde azalma raporlanmıştır (173,174). İki çalışmada da OKB tedavisinde sertralinin plasebodan üstünlüğü gösterilmiştir (155,175). Başka bir çalışmada çocukluk çağı OKB hastalarında 52 haftalık sertralin tedavisi ile % 47 oranında tam düzelme, %25 oranında kısmi düzelme gözlenmiştir (158). Çalışmalarda sertralin ile bilişsel-davranışçı terapi kıyaslandığında, iki grup arasında tedaviden faydalanım açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (175,176). Ancak izlemde sertralin tedavisi alan grupta, BDT ile tedavi alan gruba göre daha yüksek oranda nüks gözlenmiştir

(176).Ayrıca BDT ile sertralin tedavisini beraber alan grupta, sadece BDT ile tedavi alan ya da sadece sertralin ile tedavi alan gruba göre belirgin faydalanım gözlenmiştir (175).

Paroksetin

Paroksetin OKB tedavisinde kullanılan bir SGAİ olup, OKB tedavisinde başlangıç dozunun 10 mg/g ile 20 mg/g arasında değişebileceği, maksimum 60 mg/g düzeyine çıkılabileceği bildirilmektedir. Paroksetinin yan etki profili diğer SGAİ'ler ile benzerdir (147).

Yapılan çalışmalarda OKB tedavisinde paroksetin ile semptomlarda düzelmenin 4 ile 6 haftada başladığı bildirilmiştir (163,177). Çocukluk çağı OKB tedavisinde paroksetin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda obsesyon ve kompulsiyonlardaki azalmanın %29 ile %50 arasında değişmekte olduğu belirlenmiştir (163,177). Klinik çalışmaların yanı sıra deneysel çalışmalarda da paroksetin plaseboya üstün olduğu gösterilmiştir (150,178).

Fluvoksamin

Fluvoksamin, çocuk ve ergen OKB tedavisinde 1994 yılında FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından onaylanmıştır. Çocuk ve ergen OKB tedavisinde 2 ayrı bağımsız örnekleme test edilmiştir. Her iki durumda da ilaç etkinliği gösterilmiştir (143,179).

OKB tedavisinde fluvoksamin tedavisi 25 mg/g'lik dozlarla başlar, daha sonrasında yavaş yavaş 50 mg/g'lik artışlar ile titre edilerek gerekirse 300 mg/g'e kadar çıkılabilir (147). Fluvoksamin ile tedavi edilen çocuk ve ergenlerde tedavinin 4-6. haftaları arasında cevap alınmaya başladığı belirtilmektedir (179). Fluvoksamin tedavisi sırasında hafif-orta düzeyde yan etkiler gözlemlendiği bildirilmiştir (147). Fluvoksaminin 10 haftalık kullanımında semptomlarda %25 oranında azalma gözlenmiş (143), 1 yıllık kullanımı sonrasında ise semptomlarda %42 oranında azalma gözlenmiştir (180).

Sitalopram

Sitalopram OKB tedavisinde sıklıkla araştırılan SGAİ'lerden biri olmasına rağmen OKB tedavisinde sitalopram etkinliği bir kontrol grubuna karşın değerlendirilmemiştir (147). Bununla birlikte tek bir grup (181-184) ya da iki ilacın (164) kıyaslandığı çeşitli çalışmalarda etkinliği ve güvenilirliği ile ilgili olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Sonuçlar sitalopram ile OKB tedavisi alan gruplarda önemli gelişmelerin varlığını göstermektedir. Bu nedenle sitalopramın plasebo grubu ile karşılaştırmalı etkinlik çalışmalarında umut verici sonuçlar elde edilebilir (147). Bugüne kadar yapılan çalışmalarda sitalopram tedavisinin tolere edilebilir düzeyde yan etkilerinin olduğu belirlenmiştir (147).

Kombine Tedaviler

OKB tedavisi ile ilgili çalışmalarda terapi ile ilaç tedavisi çok az çalışmada beraber kullanılmıştır. Kombine tedavilerde BDT'ye ek olarak SGAİ ya da klomipramin kullanılmıştır (175,185-190). Bu çalışmalardan birinde OKB tedavisinde BDT ile sertralin tedavide birlikte kullanılmış, kombine tedavi alan grupta, sadece BDT ile tedavi alan ya da sadece sertralin ile tedavi alan gruba göre belirgin faydalanım gözlenmiştir (175). Daha önce yapılan çalışmayı tamamlayıcı şekilde yapılan çalışmada SGAİ tedavisine BDT eklenmiş, BDT ve SGAİ tedavisi alan grupta obsesif semptomlarda daha fazla azalma gözleendiği belirtilmiştir (187). Storch ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, OKB tedavisinde BDT'ye D-sikloserin eklenmesi ile de umut verici sonuçlar elde edilmiştir (191).

Güçlendirme Tedavileri

Çocukluk çağındaki OKB hastalarının yaklaşık yarısında tedaviye direnç gözlenmektedir (74). Bu nedenle SGAİ tedavisinin en az 10-12 hafta etkin dozda uygulanması, tedaviden faydalanım görülmezse başka bir SGAİ tedavisine geçilmesi, eğer 2. SGAİ'den de fayda alınamazsa güçlendirme tedavilerine geçilmesi önerilmektedir (74,164).

OKB tedavisinde ilk seçenek tedavinin başarısızlığı sonrası diğer farmakolojik seçeneklerin kullanımına geçilmesi önerilir (147). Bu seçeneklerden biri SGAİ güçlendirmesi olabilir (147). SGAİ'lerin etkisini potansiyalize etmek için trisiklik antidepresanlar (192,193) ve atipik antipsikotikler (194-196), anksiyolitikler-buspiron (197) kullanılmaktadır. Tüm bu tedavilerin olgularda olumlu gelişme sağladığı bildirilmiştir (147). OKB tedavisinde 3.basamak tedavi, ilk 2 basamak tedaviden ve güçlendirme tedavisinden fayda sağlanamaması üzerine geçilmesi önerilen basamaktır (147). Bu grupta atipik antipsikotiklerden ziprasidon (198), plazma değişimi yöntemi (199,200) glutamat antagonistlerinin (73) denenmekte olduğu çalışmalar bildirilmiştir.

OKB tedavisinde ikinci bir SGAİ eklenmesi ya da risperidon, haloperidol, klonazepam, buspiron gibi ilaç tedavilerinin eklenmesinin güçlendirme tedavi seçeneklerinden biri olabileceği bildirilmiştir (74). Çalışmalarda risperidonun güçlendirme tedavisinde kullanılan en çok araştırılmış ve güvenilir olan ilaçlardan biri olduğu raporlanmıştır (201).

Tik bozukluğu eş tanısı olan OKB olgularının tedavisinde antidopaminerjik etki gösteren antipsikotikler önerilmektedir (202-205).

Deneyisel Farmakolojik Tedaviler

D-Sikloserin

OKB tedavisinde erişkinlerle yapılan çalışmalarda, BDT tedavisine D-Sikloserin eklenmesi ile BDT tedavisinin güçlendirilebileceği bildirilmektedir (206-211). Çocuk ve ergen anksiyete bozukluklarında ve OKB tedavisinde de D-sikloserin ile BDT etkisinin güçlendirilebileceği düşünülmektedir (206-211). Storch ve arkadaşlarının (2010) yaptığı randomize kontrollü çalışmada, OKB tedavisinde BDT'ye D-sikloserin eklenmesi ile umut verici sonuçlar elde edilmiştir (191).

Riluzol

OKB patofizyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalarda primer eksitator nörotransmitter olan glutamatın aşırı salındığı ve OKB patofizyolojisinin temelinde yer alabileceği güncel araştırmalar ile desteklenmektedir (212). Riluzol potent bir

glutaminerjik antagonisttir. Bu nedenle aşırı çalışan glutamat yolağını hedef almak için yeni bir tedavi yolu olabileceği düşünülmektedir (212). Anksiyete bozukluğu tanısı olan yetişkinlerle yapılan çalışmalarda riluzol tedavisinin OKB (213) ve YAB (yaygın anksiyete bozukluğu) (214) tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir.

OKB tedavisinde riluzol kullanımının araştırıldığı 6 OKB olgu ile yapılan 12 haftalık çalışmada, tedavi sürecinde 4 katılımcıdan yanıt alınırken, 1 katılımcıdan da araştırma tamamlandıktan sonra yanıt alındığı bildirilmiştir (73). Çocukluk çağı OKB tedavisinde riluzol kullanımı ile ilgili yapılan başka bir randomize kontrollü çalışmada, çalışmaya otizm spektrum bozukluğu ve OKB eş tanısı olan 46 olgu alınmıştır (215). Çalışmada riluzolün olası yan etkileri ile ilgili bazı sonuçlar elde edilmiştir. Ek tedavileri de olan 2 katılımcıda pankreatit geliştiği, bir çalışmacıda da karaciğer transaminazlarının yükseldiği, bazal steatoz görüldüğü bulgulanmıştır. Her 3 katılımcıda da tedavi kesilmesi ile iyileşme sağlanmıştır (215).

Memantin

Memantin, NMDA (N-metil-D-aspartat) reseptörünün ankompetatif antagonistidir. Memantin nörönlari glutamatın nörotoksik etkilerinden koruduğı düşünülmektedir (216). Erişkin OKB tedavisinde memantin ile ilgili yapılan çalışmada memantin ümit verici sonuçlar gösterdiği belirtilmiştir (217). Erişkin OKB tedavisinde memantin kullanımı ile ilgili yapılan bir başka çalışmada ise çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (218). Çocukluk çağı OKB tedavisinde memantin kullanımı ile ilgili tanımlanan bir olgu raporunda, tedaviye dirençli OKB tanısı olan 15 yaşında bir kız olgunun memantin tedavisine güçlü yanıt verdiği, 1 aylık memantin tedavisinden sonra olguda sadece hafif-eşik altı belirtilerinin kaldığı gösterilmiş, 9 aylık takipte relapsa yönelik herhangi bir işaret görülmediği bildirilmiştir (219).

Gidiş

OKB kronik seyirli bir bozukluktur. Belirti şiddeti dalgalı bir seyir gösterebilir, stres ile tetiklenebilir (103). Thomsen ve Mikkelsen (1993) yaptıkları çalışmada 3.5 yılın sonunda OKB tanılı çocuk hastaların 1/2'sinde OKB tanısının devam ettiğini, 1/3'ünde döngüsel, kalan kısmında ise kronik gidişat olduğunu bildirmişlerdir (220).

Bu çalışmada 3.5 yıl boyunca klomipramin tedavisi almış olan 54 olgunun %43'ünün hala OKB tanısını karşılamaya devam ettiği, %6'sının düzeldiği, geri kalan olgularda ise eşik altı belirtilerin bulunduğu belirlenmiştir (220).

Çocuk ve ergenlerle yapılan en büyük ve en uzun süreli çalışmada, takipte olan OKB tanılı ergenlerin yaklaşık %60'ında klinik tablonun gerilediği, %40'ında ise OKB semptomlarının görülmeye devam ettiği, bunlarında üçte birinde orta-ciddi düzeyde semptomların bulunduğu bildirilmiştir (221). Katılımcıların yaklaşık üçte ikisinde olumlu değişimler gözlemlendiği, eşik altı semptomların devam ettiği bildirilmiştir. OKB'nin devamlılığını ve direncini gösteren birincil prediktörün hastalık süresi olduğu, OKB'nin ciddiyetinin hastalığın gidişini yordamadığı belirtilmiştir (221). OKB tanılı çocuk ve ergenlerin yaklaşık %70'inin başka bir eksen-1 tanısının olduğu ve en yaygın gözlenen bozukluğun anksiyete bozuklukları olduğu saptanmıştır (221).

Her kronik hastalık gibi OKB de yaşam kalitesini ve sosyal etkileşimi olumsuz etkilemektedir. Aile ilişkilerinde gözlenen bu olumsuz etkinin en az depresif bozukluk ve şizofreninin yarattığı olumsuz etki kadar ağır olduğu bilinmektedir (222). Yapılan çalışmalarda, OKB olgularında evlenmiş olmanın olumlu bir prognostik faktör olduğu ve remisyonda anlamlı derecede artış görülmesini sağladığı bildirilmiştir (223). OKB hastaları eğitimlerini tamamlasalar bile yaklaşık %80'inin iş ve sosyal hayatlarında sorunlar yaşadığı belirtilmiştir (53). Tedavi yanıtı, tik bozukluğu öyküsü, ailede eksen-1 bozukluk öyküsü, erken başlangıç, semptomların ciddiyeti, cinsel-dinsel obsesyonlar, içgörü yokluğu, algı bozuklukları, depresif bozukluk, yıkıcı davranış bozuklukları ve diğer ruhsal bozuklukların eşlik etmesi, şizotipal kişilik bozukluğu ve hastane yatış öyküsünün kötü prognozu öngördüğü belirtilmiştir (53,224).

GEREÇ VE YÖNTEM

ÖRNEKLEM

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanan bu çalışma, 1 Haziran 2013 - 31 Mayıs 2014 tarihleri arasında, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapılmıştır.

Olgu Grubu

Araştırma için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne OKB belirtileri ile başvuran 0-18 yaş hastaların araştırmacı tarafından ilk değerlendirilmesi yapılmıştır. Çalışmanın dahil olma kriterlerini karşılayanlara ÇDŞG-ŞY (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu, K-SADS-PL) uygulanarak DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan, ailelerinden yazılı olarak, kendilerinden sözel olarak onay alınan 0-18 yaş arası her iki cinsiyetten çocuk ve ergen çalışmaya alınmıştır.

Olgu Grubu İçin Dahil Olma Kriterleri:

1. 0-18 yaş arasında olması
2. Araştırmacının klinik değerlendirmesi, ÇDŞG-ŞY ve DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre OKB tanı ölçütlerini karşılıyor olması
3. Çalışmaya katılım öncesinde ebeveynlerin yazılı, hastanın kendisinin sözlü onam vermiş olması

Olgu Grubu İçin Dışlama Kriterleri:

1. Gerekli değerlendirmelerin tamamlanmaması veya çalışmaya katılmaktan vazgeçilmiş olması

YÖNTEM

Araştırma, 1 Haziran 2013 - 31 Mayıs 2014 tarihleri arasında, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yürütülmüştür.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne OKB belirtileri ile başvuran hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden çocuk ve ergenler ebeveynleriyle birlikte klinik görüşme için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na davet edilmiştir. Bu aşamada tüm klinik görüşmeler, ÇDŞG-ŞY uygulaması konusunda eğitim almış olan araştırmacı tarafından sürdürülmüştür. Klinik görüşmede ÇDŞG-ŞY'ye göre yarı yapılandırılmış görüşme ve ÇDŞG-ŞY kapsamında yer almayan ruhsal bozukluklar için DSM-IV-TR tanı kriterleri kullanılmıştır. Bu görüşmede hasta çocuklara semptom dağılım ve şiddetini tespit edebilmek CY-BOCS (Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği, ÇY-BOKÖ) uygulanmıştır. Tarafımızca hazırlanan SVF (Sosyodemografik Veri Formu) yüz yüze görüşme tekniğiyle aileden bilgi alınarak klinisyen tarafından doldurulmuştur. Zeka düzeyi değerlendirmesi gerek görülen 6-16 yaş arası hastalar için WISC-R (Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu), 16-18 yaş arası hastalar için WAIS (Wechsler Yetişkin Zeka Testi), 6 yaş altında olan çocuklar için gelişim düzeyini belirlemek amaçlı AGTE (Ankara Gelişim Tarama Envanteri) uygulanması planlanmıştır ancak çalışmamızda hiçbir olgu için zeka düzeyi belirlenmesi gerekmemiştir. Çalışma prospektif-tanımlayıcı desenli bir çalışmadır.

Araştırmaya katılan tüm çocuk ve ergenler ile aileleri Helsinki Deklarasyonuna uygun olacak şekilde çalışma hakkında bilgilendirilip, ebeveynlerden yazılı onam, çocuk ve ergenlerden sözel onam alınmıştır. Araştırma öncesi Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30/04/2013 tarih ve 2013/6 sayılı karar ile onam alınmıştır.

GEREÇLER

Sosyodemografik Veri Formu (SVF)

Olguların sosyodemografik verilerinin toplanması amacıyla tarafımızca düzenlenmiş olan bilgi formudur. Çalışmaya alınan çocuk ve ergenler ile anne-babalarına yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Form aracılığıyla çocuğa ve aileye ait sosyodemografik verilerin elde edilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca anne ve babalarda obsesyon ve kompulsyon bulunup bulunmadığı, mevcut fiziksel ve ruhsal bozukluklar da sosyodemografik veri formunda sorgulanmıştır.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Versiyon 1.0 (ÇDŞG – ŞY)

Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilen çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve şu anda mevcut olan ruhsal bozukluklarını saptama amacıyla uygulanan yarı yapılandırılmış tanı görüşmesidir. Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilen görüşme çizelgesinin geçerli ve güvenilir bir tanı ölçeği olduğu bildirilmiştir (225). Aile ve çocuk ile ayrı ayrı görüşülerek uygulanır. Aile ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Aile ve çocuktan elde edilen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa araştırmacı kendi klinik gözlemine göre karar verir.

DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütleri esas alınmış olup, uygulanırken aşağıdaki bölümlerin tamamlanması gerekmektedir:

1.Yapılandırılmamış Başlangıç Görüşmesi: Çocuğun sosyodemografik bilgileri, şikayeti, geçmişte ve şuan mevcut ruhsal ve fiziksel bozuklukları ve aldığı tedaviler, okuldaki durumu, sosyal ilişkileri, hobileri gibi bilgiler edinilir.

2.Tanı Amaçlı Tarama Görüşmesi: ÇDŞG-ŞY’de yer alan tanıların ana belirtileri sorgulanmaktadır. Her bir belirtiyi değerlendirmek için sorular ve değerlendirme ölçütlerinin yanı sıra her bir tanı için o bozukluğun dışlama kriterleri bulunmaktadır. Eğer herhangi bir bozukluk saptanmışsa tarama görüşmesi tamamlandıktan sonra saptanan ruhsal bozukluk ile ilgili ekler uygulanmalıdır.

3.Ek Tamamlayıcı Kontrol Listesi: Tamamlanması gereken eklerin, geçmişteki ve şuanda mevcut atakların zamanlarıyla birlikte not edildiği bölümdür.

4.Tanı Ekleri: ÇDŞG-ŞY’de her tanı için DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütleri verilerek, “Duygulanım Bozuklukları”, “Psikotik Bozukluklar”, “Anksiyete Bozuklukları”, “Davranış Bozuklukları”, “Madde Kötüye Kullanımı ve Diğer Bozukluklar” olmak üzere beş tanı eki yer almaktadır.

5.Özet Yaşam Boyu Tanı Kontrol Listesi: Kontrol listesi verilerin sentezlenmesini amaçlar.

6.Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği: Genel değerlendirme ölçeği ile çocuğun işlevselliği değerlendirilir.

Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından ÇDŞG-ŞY’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ve Türkçeye çevirisi yapılmıştır (226).

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

Goodman ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir ölçektir (227). Bu ölçek klinik görüşmeye dayanmakta, obsesyon ve kompulsiyon tipleri değerlendirilmektedir.

Obsesyon tarama listesinde; kirlenme obsesyonları, saldırganlık obsesyonları, cinsel obsesyonlar, biriktirme/saklama obsesyonları, büyüsel düşünceler/ batıl inanç obsesyonları, somatik obsesyonlar, dini obsesyonlar, diğer obsesyonlar değerlendirilmektedir.

Kompulsiyon tarama listesinde; yıkama/ temizleme kompulsiyonları, kontrol etme kompulsiyonları, tekrarlayıcı törensel davranışlar, sayma kompulsiyonları, sıralama/düzenleme kompulsiyonları, biriktirme/toplama kompulsiyonları, aşırı büyüsel düşünceler/ batıl davranışlar, diğer insanları içeren törensel davranışlar, diğer kompulsiyonlar değerlendirilmektedir. Obsesyon ve kompulsiyon tarama listesinden sonra obsesyon ve kompulsiyonlar ile ilgili sorular bulunmaktadır, sorular görüşme sonrasında klinisyen tarafından puanlanır, obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti ölçülür (227).

Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

İstatistiksel değerlendirmeler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0” 21.0 paket programında yapılmıştır. Elde edilen bütün verilerin dağılımının normal olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ve Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik olan verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi (X^2) kullanılmış, sonuçlar sayı ve yüzde şeklinde verilmiştir. Gruplar arasında normal dağılıma uyan verilerde parametrik bir yöntem olan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız gruplarda t testi), gruplar arasında normal dağılım göstermeyen verilerde parametrik olmayan bir yöntem olan Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu çalışma, 1 Haziran 2013 – 31 Mayıs 2014 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde yapılmıştır. OKB tanılı hastalardan oluşan olgu grubu 93 çocuk ve ergenden oluşmuştur.

ÇOCUKLARA İLİŞKİN DEMOGRAFİK VERİLER

Yaş

Çalışmaya alınan tüm çocukların yaş ortalaması 11.50 ± 3.97 (3-17) yıldır. Kızların yaş ortalaması 11.72 ± 3.98 (4-17) , erkeklerin yaş ortalaması ise 11.18 ± 3.98 (3-17) yıldır.

Cinsiyet

Çalışmaya alınan tüm çocukların %58.1'i (n=54) kız ve %41.9'u (n=39) erkektir (k/e:1.4/1). Çalışmaya alınan çocuklardan erken başlangıçlı OKB tanısı alanların %56.7'si (n=38) kız, %43.3'ü (n=29) erkek (k/e:1.3/1), geç başlangıçlı OKB tanısı alanların %61.5'i (n=16) kız, %38.5'i (n=10) erkektir (k/e:1.6/1).

Eğitim Düzeyi ve Eğitim Süresi

Çalışmadaki tüm çocukların %2.2'si (n=2) henüz okula gitmemekte, %10.8'i (n=10) anaokuluna, %25.7'si (n=24) ilkokula, %31.2'si (n=29) ortaokula, %29'u (n=27) liseye gitmektedir, %1.1'i (n=1) sadece özel eğitim almaktadır (Tablo 1).

Kızların %1.9'u (n=1) henüz okula gitmemekte, %11.1'i (n=6) anaokuluna, %22.1'i (n=12) ilkokula, %31.5'i (n=17) ortaokula, %31.5'i (n=17) liseye gitmektedir, %1.9'u (n=1) sadece özel eğitim almaktadır (Tablo 1).

Erkeklerin %2.6'sı (n=1) henüz okula gitmemekte, %10.2'si (n=4) anaokuluna, %30.8'i (n=12) ilkokula, %30.8'i (n=12) ortaokula, %25.6'sı (n=10) liseye gitmektedir (Tablo 1).

Tablo1: Olguların eğitim düzeyleri

	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitim						
Okula başlamamış	1	1.9	1	2.6	2	2.2
Anaokulu	6	11.1	4	10.2	10	10.8
İlkokul	12	22.1	12	30.8	24	25.7
Ortaokul	17	31.5	12	30.8	29	31.2
Lise	17	31.5	10	25.6	27	29
Özel eğitim	1	1.9	0	0	1	1.1
Toplam	54	100	39	100	93	100

Akademik Başarı

Çalışmaya katılan 93 çocuktan eğitim alan 91 çocuğun akademik başarıları aile ve çocuklardan alınan bilgiye göre değerlendirildiğinde, eğitim alan çocukların %17.5'inin (n=16) akademik başarılarının çok iyi düzeyde, %47.3'ünün (n=43) iyi düzeyde, %20.9'unun (n=19) orta düzeyde, %14.3'ünün (n=13) kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Arkadaş İlişkileri

Çalışmaya katılan çocukların arkadaş ilişkileri aile ve çocuklardan alınan bilgiye göre değerlendirildiğinde, çalışmaya katılan çocukların %53.7'sinin (n=50) arkadaş ilişkilerinin iyi düzeyde, %32.3'ünün (n=30) orta düzeyde, %14.0'ünün (n=13) kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Ailede Çocuk Sayısı ve Sıralaması

Çalışmadaki ailelerin ortalama çocuk sayısı 2.02 ± 0.59 (1-3)'dur. Çalışmadaki çocukların %51.6'sı (n=48) ailedeki 1. Çocuk, %38.7'si (n=36) ailedeki 2.çocuk, %9.7'si (n=9) ise ailedeki 3. Çocuktur (Tablo 2).

Çalışmadaki çocukların %16.1'i (n=15) tek çocuk, %65.6'sı (n=61) 2 kardeş, %18.3'ü (n=17) 3 kardeşir (Tablo 3).

Tablo2: Olguların ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu

	n	%
1. çocuk	48	51.6
2. çocuk	36	38.7
3. çocuk	9	9.7
Toplam	93	100

Tablo3: Olguların ailelerinin çocuk sayısı

	n	%
1 çocuk	15	16.1
2 çocuk	61	65.6
3 çocuk	17	18.3
Toplam	93	100

Yaşam Yeri

Çocukların yaşam yerleri değeriendirildiğinde; %83.8'inin (n=78) ilde, %8.6'sının (n=8) ilçede, %5.4'ünün (n=5) köyde, %2.2'sinin (n=2) kasabada yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo4: Olguların yaşam yeri

	n	%
Yaşam Yeri		
İl	78	83.8
İlçe	8	8.6
Köy	5	5.4
Kasaba	2	2.2
Toplam	93	100

Sosyoekonomik Düzey

Çalışmaya katılan çocukların ailelerinin sosyoekonomik düzeyleri değerlendirildiğinde %34.4'ünün (n=32) sosyoekonomik düzeyinin iyi, %61.3'ünün (n=57) sosyoekonomik düzeyinin orta, %4.3'ünün (n=4) sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu bulgulanmıştır (Tablo 5).

Tablo5: Olguların ailelerinin sosyoekonomik düzeyi

	n	%
Sosyoekonomik Düzey		
Yüksek	32	34.4
Orta	57	61.3
Düşük	4	4.3
Toplam	93	100

AİLEYE İLİŞKİN VERİLER

Anne ve Babaların Yaşları

Çalışma grubundaki çocukların annelerinin yaş ortalaması 39.06 ± 6.3 (26-53) yıl, babalarının yaş ortalaması ise 42.87 ± 6.9 (30-63) yıldır (Tablo 6).

Tablo6: Olguların anne ve baba yaş ortalaması

	Anne ort± SS	Baba ort± SS
Yaş	39.06 ± 6.3	42.87 ± 6.9

Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi

Çalışma grubundaki çocukların annelerinin %40.8'i (n=38) ilkokul mezunu, %9.7'si (n=9) ortaokul mezunu, %23.7' si (n=22) lise mezunu, %22.6'sı (n=21) üniversite mezunu, %3.2'si (n=3) yüksek lisans mezunudur (Tablo 7).

Çalışma grubundaki çocukların babalarının %28'i (n=26) ilkokul mezunu, %11.8'i (n=11) ortaokul mezunu, %22.6'sı (n=21) lise mezunu, %34.4'ü (n=32) üniversite mezunu, %3.2'si (n=3) yüksek lisans mezunudur (Tablo 7).

Tablo7: Olguların anne ve babalarının eğitim düzeyi

	Anne		Baba	
	n	%	N	%
Eğitim				
İlkokul	38	40.8	26	28
Ortaokul	9	9.7	11	11.8
Lise	22	23.7	21	22.6
Üniversite	21	22.6	32	34.4
Yüksek Lisans	3	3.2	3	3.2
Toplam	93	100	93	100

Anne ve Babaların İş Durumu

Çalışmaya dahil edilen tüm çocukların annelerinin %64.4'ü (n=60) ev hanımı, %17.2'si memur (n=16), %9.7'si (n=9) işçi, %5.4'ü (n=5) esnaf, %2.2'si (n=2) emekli, %1.1'i (n=1) çiftçidir (Tablo 8).

Çalışmaya dahil edilen tüm çocukların babalarının %32.2'si (n=30) esnaf, %31.1'i (n=29) işçi, %28'i memur (n=26), %6.5'i (n=6) emekli, %1.1'i (n=1) çiftçi, %1.1'i (n=1) çalışmamaktadır (Tablo 8).

Tablo8: Olguların anne ve babalarının mesleki durumu

	Anne		Baba	
	n	%	N	%
Meslek				
Çalışmıyor	60	64.4	1	1.1
Memur	16	17.2	26	28
İşçi	9	9.7	29	31.1
Esnaf	5	5.4	30	32.2

Emekli	2	2.2	6	6.5
Çiftçi	1	1.1	1	1.1
Toplam	93	100	93	100

Aile Yapısı

Tüm ebeveynlerin medeni durumu değerlendirildiğinde %91.4'ünün (n=85) evli olduğu, %8.6'sının (n=8) boşanmış olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo9: Olguların aile yapıları

	n	%
Evli	85	91.4
Boşanmış	8	8.6
Toplam	93	100

Annelerin Fiziksel Hastalık Öyküsü

Çalışmaya katılan çocukların annelerinin %21.5'inin (n=20) fiziksel hastalığının bulunduğu, %78.5'inin (n=73) fiziksel hastalığının bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 10).

Babaların Fiziksel Hastalık Öyküsü

Çalışmaya katılan çocukların babalarının %20.4'ünün (n=19) fiziksel hastalığının bulunduğu, %79.6'sının (n=74) fiziksel hastalığının bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 10).

Annelerin Ruhsal Hastalık Öyküsü

Çalışmaya katılan çocukların annelerinin %66.7'sinin (n=62) ruhsal hastalığının bulunduğu, %33.3'ünün (n=31) ruhsal hastalığının bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 10).

Babaların Ruhsal Hastalık Öyküsü

Çalışmaya katılan çocukların babalarının %38.7'sinin (n=36) ruhsal hastalığının bulunduğu, %61.3'ünün (n=57) ruhsal hastalığının bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo10: Anne ve babalarda fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı

		Anne		Baba	
		n	%	n	%
Fiziksel Hastalık	Var	20	21.5	19	20.4
	Yok	73	78.5	74	79.6
Toplam		93	100	93	100
Ruhsal Hastalık	Var	62	66.7	36	38.7
	Yok	31	33.3	57	61.3
Toplam		93	100	93	100

Çekirdek Ailede OKB Varlığı

Çalışmaya katılan çocukların ebeveynlerinin %55.9'unda (n=52) OKB bulunduğu, %44.1'inde (n=41) ise OKB bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo11: Olguların ebeveynlerinde OKB varlığı

		n	%
OKB	Var	52	55.9
	Yok	41	44.1
Toplam		93	100

Çekirdek Ailede Obsesyon Varlığı

Çalışmaya katılan çocukların ebeveynlerinin %52.7'sinde (n=49) obsesyon bulunduğu, %47.3'ünde (n=44) ise obsesyon bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo12: Olguların ailelerinde obsesyon varlığı

		n	%
Obsesyon	Var	49	52.7
	Yok	44	47.3
Toplam		93	100

Annede Obsesyon Varlığı ve Tipleri

Çalışmaya katılan annelerin %29'unda (n=27) kuşku obsesyonu, %26.9'unda (n=25) kirlenme obsesyonu, %7.5'inde (n=7) somatik obsesyon, %6.5'inde (n=6) büyüsel düşünceler/ batıl inanç obsesyonları, %5.4'ünde (n=5) dini obsesyon, %4.3'ünde (n=4) saldırganlık obsesyonu, %1.1'inde (n=1) biriktirme/saklama obsesyonu saptanmıştır. Annelerin hiçbirisi cinsel obsesyon tariflememiştir (Tablo 13).

Tablo13: Olguların annelerinde belirlenen obsesyon tipleri

	n	%
Obsesyon Tipi		
Şüphe/Kuşku	27	29
Kirlenme	25	26.9
Somatik	7	7.5
Büyüsel düş./Batıl inanç	6	6.5
Dini	5	5.4
Saldırganlık	4	4.3
Biriktirme/Saklama	1	1.1

Babada Obsesyon Varlığı ve Tipleri

Çalışmaya katılan babaların %17.2'sinde (n=16) kirlenme obsesyonu, %11.8'inde (n=11) kuşku obsesyonu, %3.2'sinde (n=3) saldırganlık obsesyonu, %2.2'sinde (n=2) biriktirme/saklama obsesyonu, %2.2'sinde (n=2) somatik obsesyon, %1.1'inde (n=1) dini obsesyon saptanmıştır. Babaların hiçbirisi cinsel ve büyüsel düşünceler/ batıl inanç obsesyonları tariflememiştir (Tablo 14).

Tablo14: Olguların babalarında belirlenen obsesyon tipleri

	n	%
Obsesyon Tipi		
Kirlenme	16	17.2
Şüphe/Kuşku	11	11.8
Saldırganlık	3	3.2
Biriktirme/Saklama	2	2.2
Somatik	2	2.2
Dini	1	1.1

Çekirdek Ailede Kompulsiyon Varlığı

Çalışmaya katılan çocukların ebeveynlerinin %54.8'inde (n=51) kompulsiyon bulunduğu, %45.2'sinde (n=42) ise kompulsiyon bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo15: Olguların ailelerinde kompulsiyon varlığı

		n	%
Kompulsiyon	Var	51	54.8
	Yok	42	45.2
Toplam		93	100

Annede Kompulsiyon Varlığı ve Tipleri

Çalışmaya katılan annelerin %30.1'inde (n=28) kontrol etme kompulsiyonu, %26.9'unda (n=25) yıkama/temizleme kompulsiyonu, %25.8'inde (n=24) sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %5.4'ünde (n=5) aşırı büyüsel düşünceler/ batıl davranışlar, %2.2'sinde (n=2) tekrarlayıcı törensel davranışlar, %2.2'sinde (n=2) biriktirme/toplama kompulsiyonu, %2.2'sinde (n=2) diğer insanları içeren törensel davranışlar saptanmıştır. Annelerin hiçbiri sayma kompulsiyonu ve diğer kompulsiyonları tariflememiştir (Tablo 16).

Tablo16: Olguların annelerinde belirlenen kompulsiyon tipleri

	n	%
Kompulsiyon Tipi		
Kontrol etme	28	30.1
Yıkama/Temizleme	25	26.9
Sıralama/Düzenleme	24	25.8
Büyüsel düş/Batıl dav.	5	5.4
Tekrarlayıcı törensel dav.	2	2.2
Biriktirme/Toplama	2	2.2
İnsanları iç.törensel dav.	2	2.2

Babada Kompulsiyon Varlığı ve Tipleri

Çalışmaya katılan babaların %17.2'sinde (n=16) yıkama/ temizleme kompulsiyonu, %12.9'unda (n=12) sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %10.8'inde (n=10) kontrol etme kompulsiyonu, %4.3'ünde (n=4) biriktirme/toplama kompulsiyonu, % 1.1'inde (n=1) sayma kompulsiyonu, %1.1'inde (n=1) aşırı büyüsel düşünceler/ batıl davranışlar saptanmıştır. Babaların hiçbirisi tekrarlayıcı törensel davranışlar, diğer insanları içeren törensel davranışlar ve diğer kompulsiyonları tariflememiştir (Tablo 17).

Tablo17: Olguların babalarında belirlenen kompulsiyon tipleri

	n	%
Kompulsiyon Tipi		
Yıkama/Temizleme	16	17.2
Sıralama/Düzenleme	12	12.9
Kontrol etme	10	10.8
Sayma	1	1.1
Biriktirme/Toplama	4	4.3
Büyüsel düş/Batıl dav.	1	1.1

Geniş Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü

Çalışmaya katılan çocukların geniş ailelerinde ruhsal hastalık olup olmadığı değerlendirildiğinde; %37.6'sının (n=35) geniş ailesinde herhangi bir ruhsal hastalığın bulunmadığı, %62.4'ünün (n=58) geniş ailesinde herhangi bir ruhsal bozukluğun bulunduğu, %36.6'sının (n=34) OKB, %11.8'inin (n=11) depresif bozukluk, %6.5'inin (n=6) anksiyete bozukluğu, %2.2'sinin (n=2) bipolar bozukluk, %2.2'sinin (n=2) şizofreni, %1.1'inin (n=1) tik bozukluğu, %1.1'inin (n=1) DEHB tanılarının olduğu, %1.1'inin (n=1) özkıym nedeni ile exitus olduğu saptanmış olup, geniş ailesinde ruhsal bozukluk saptanan 58 çocuğun geniş ailesi değerlendirildiğinde; ailelerin %58.7'sinin (n=34) OKB, %19'unun (n=11) depresif bozukluk, %10.4'ünün (n=6) anksiyete bozukluğu, %3.4'ünün (n=2) bipolar bozukluk, %3.4'ünün (n=2) şizofreni, %1.7'sinin (n=1) tik bozukluğu, %1.7'sinin (n=1) DEHB tanılarının olduğu, %1.7'sinin (n=1) özkıym nedeni ile exitus olduğu öğrenilmiştir. Çalışmamızda, geniş aile grubu ebeveynler dışındaki akrabalarından oluşturulmuştur (Tablo 18, Tablo 19).

Tablo18: Olguların geniş ailesinde ruhsal bozukluk varlığı

	n	%
Ruhsal Bozukluk Var	58	62.4
Ruhsal Bozukluk Yok	35	37.6
Toplam	93	100

Tablo19: Olguların geniş ailesinde belirlenen ruhsal bozukluklar

	n	%
Ruhsal Bozukluk		
OKB	34	58.7
Depresif Bozukluk	11	19
Anksiyete Bozukluğu	6	10.4
Bipolar Bozukluk	2	3.4
Şizofreni	2	3.4

Tik Bozukluğu	1	1.7
DEHB	1	1.7
Özkıym	1	1.7
Toplam	58	100

HASTALIĞA İLİŞKİN VERİLER

Belirtilerin Ortaya Çıkış Yaşı

Çalışmaya alınan tüm çocuklarda belirtilerin ortaya çıktığı yaş ortalaması 7.79 ± 3.78 (2-15) yıldır. Kızlarda belirtilerin ortaya çıkış yaşı 7.87 ± 3.73 (2-15), (ortanca 7.00), erkeklerde belirtilerin ortaya çıkış yaşı 7.67 ± 3.90 (2-15), (ortanca 7.00) yıldır.

Hekime Başvuru

Çalışmaya katılan çocukların %15.1'inin (n=14) daha önce obsesif kompulsif semptomlar için bir çocuk psikiyatristine başvurduğu, %84.9'unun (n=79) ise daha önce obsesif kompulsif semptomlar bir çocuk psikiyatristine başvurmadığı öğrenilmiştir (Tablo 20).

Tablo20: Olguların obsesif kompulsif semptomlar için çocuk psikiyatrisine başvuru durumu

		n	%
Başvuru	Var	14	15.1
	Yok	79	84.9
	Toplam	93	100

Obsesif-Kompulsif semptomların başlangıcı ile hekime başvuru arasındaki süre değerlendirildiğinde; ortalama 2.55 ± 2.35 yıl (1-10), (ortanca 2.00) yıl olarak tespit edilmiştir.

Obsesif-Kompulsif semptomların başlangıcı ile hekime başvuru arasındaki süre kız olgularda ortalama 2.63 ± 2.42 (ortanca 2.00), erkek olgularda ortalama 2.44 ± 2.28 (ortanca 2.00) yıldır.

Obsesif-Kompulsif semptomların başlangıç yaşı ile hekime başvuru arasındaki süre açısından kızlar ile erkekler arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 21).

Tablo21: Olgularda obsesif kompulsif semptomların başlangıç yaşı ve hekime başvuru süresi açısından kız ve erkek cinsiyetlerin değerlendirilmesi

	Kız ort± SS (ortanca)	Erkek ort± SS (ortanca)	p
Hekime başvuru süresi	2.63 ± 2.42 (2)	2.44 ± 2.28 (2)	0.697 (p>0.05)*
Semptomların başlangıç yaşı	7.87 ± 3.73 (7)	7.67 ± 3.90 (7)	0.821 (p>0.05)**

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız gruplarda t testi),** Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

ÇOCUKLAR İÇİN YALE-BROWN OBSESİF KOMPULSİF ÖLÇEĞİ (CY-BOCS, ÇY-BOKÖ) İLE ELDE EDİLEN VERİLER

Obsesyon Varlığı ve Tipleri

Çalışmaya katılan çocukların %94.6'sında (n=88) obsesyon bulunmakta, %5.4'ünde (n=5) obsesyon bulunmamaktadır (Tablo 22).

Tablo22: Olgularda obsesyon varlığı

		n	%
Obsesyon	Var	88	94.6
	Yok	5	5.4
Toplam		93	100

Çalışmaya katılan 54 kız OKB'nin %94.4'ünde (n=51), 39 erkek OKB'nin %94.9'unda (n=37) obsesyon mevcuttur.

Çocukların %83.9'unda (n=78) kirlenme obsesyonu, %75.3'ünde (n=70) saldırganlık obsesyonu, %61.3 (n=57) şüphe/kuşku obsesyonu, %58.1'inde (n=54)

dini obsesyon, %51.6'sında (n=48) diğer obsesyonlar, %47.3'ünde (n=44) somatik obsesyon, %33.3'ünde (n=31) büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları, %21.5'inde (n=20) biriktirme/saklama obsesyonu, %15.1'inde (n=14) cinsel obsesyonların bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 24).

Kızların %85.2'sinde (n=46) kirlenme obsesyonu, %77.8'inde (n=42) saldırganlık obsesyonu, %68.5'inde (n=37) şüphe/kuşku obsesyonu, %57.4'ünde (n=31) dini obsesyon, %53.7'sinde (n=29) somatik obsesyon, %50'sinde (n=27) diğer obsesyonlar, %38.9'unda (n=21) büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları, %24.1'inde (n=13) biriktirme/saklama obsesyonu, %14.8'inde (n=8) cinsel obsesyonların bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 25).

Erkeklerin %82.1'inde (n=32) kirlenme obsesyonu, %78.1'inde (n=28) saldırganlık obsesyonu, %59'unda (n=23) dini obsesyon, %53.8'inde (n=21) diğer obsesyonlar, %51.3'ünde (n=20) şüphe/kuşku obsesyonu, %38.5'unda (n=15) somatik obsesyon, %25.6'sında (n=10) büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları, %17.9'unda (n=7) biriktirme/saklama obsesyonu, %15.4'ünde (n=6) cinsel obsesyonların bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 26).

Kompulsiyon Varlığı ve Tipleri

Çalışmaya katılan çocukların %97.8'inde (n=91) kompulsiyonların bulunduğu, %2.2'sinde (n=2) kompulsiyonların bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 23).

Tablo23: Olgularda kompulsiyon varlığı

		n	%
Kompulsiyon	Var	91	97.8
	Yok	2	2.2
Toplam		93	100

Çalışmaya katılan 54 kız OKB'nin %98.1'inde (n=53), 39 erkek OKB'nin %97.4'ünde (n=38) kompulsiyon mevcuttur.

Çocukların %86.0'sında (n=80) kontrol etme kompulsiyonu, %80.6'sında (n=75) yıkama/temizleme kompulsiyonu, %77.4'ünde (n=72) diğer insanları içeren törensel davranışlar, %68.8'inde (n=64) tekrarlayıcı törensel davranışlar, %63.4'ünde (n=59) sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %58.1'inde (n=54) aşırı büyüsel düşünceler/batıl inanışlar, %57'sinde (n=53) diğer kompulsiyonlar, %32.3 (n=30) biriktirme/toplama kompulsiyonu, %19.4'ünde (n=18) sayma kompulsiyonu bulunmaktadır (Tablo 24).

Kızların %90.7'sinde (n=49) kontrol etme kompulsiyonu, %85.2'sinde (n=46) yıkama/temizleme kompulsiyonu, %81.5'inde (n=44) diğer insanları içeren törensel davranışlar, %70.4'ünde (n=38) sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %68.5'inde (n=37) tekrarlayıcı törensel davranışlar, %59.3'ünde (n=32) diğer kompulsiyonlar, %51.9'unda (n=28) aşırı büyüsel düşünceler/batıl inanışlar, %29.6'sında (n=16) biriktirme/toplama kompulsiyonu, %20.4'ünde (n=11) sayma kompulsiyonu bulunmaktadır (Tablo 25).

Erkeklerin %79.5'inde (n=31) kontrol etme kompulsiyonu, %74.4'ünde (n=29) yıkama/temizleme kompulsiyonu, %71.8'inde (n=28) diğer insanları içeren törensel davranışlar, %69.2'sinde (n=27) tekrarlayıcı törensel davranışlar, %66.7'sinde (n=26) aşırı büyüsel düşünceler/batıl inanışlar, %53.8'inde (n=21) sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %53.8'inde (n=21) diğer kompulsiyonlar, %35.9'unda (n=14) biriktirme/toplama kompulsiyonu, %17.9'unda (n=7) sayma kompulsiyonu bulunmaktadır (Tablo 26).

Kızlar ve erkeklerde belirlenen obsesyon ve kompulsiyon tipleri açısından kızlar ile erkekler arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo24: Olgularda belirlenen obsesyon ve kompulsiyon tiplerinin sıklıkları

Olgularda Belirlenen Obsesyon Tiplerinin Sıklıkları			Kızlarda Belirlenen Obsesyon Tiplerinin Sıklıkları		Erkeklerde Belirlenen Obsesyon Tiplerinin Sıklıkları	
	n	%	n	%	n	%
Obsesyon Tipi						
Kirlenme	78	83.9	46	85.2	32	82.1
Saldırganlık	70	75.3	42	77.8	28	78.1
Şüphe/Kuşku	57	61.3	37	68.5	20	51.3
Dini	54	58.1	31	57.4	23	59.0
Diğer	48	51.6	27	50.0	21	53.8
Somatik	44	47.3	29	53.7	15	38.5
Büyüsel Düş/Batıl inanç	31	33.3	21	38.9	10	25.6
Biriktirme/Saklama	20	21.5	13	24.1	7	17.9
Cinsel	14	15.1	8	14.8	6	15.4
Olgularda Belirlenen Kompulsiyon Tiplerinin Sıklıkları			Kızlarda Belirlenen Kompulsiyon Tiplerinin Sıklıkları		Erkeklerde Belirlenen Kompulsiyon Tiplerinin Sıklıkları	
	n	%	n	%	n	%
Kompulsiyon Tipi						
Kontrol Etme	80	86.0	49	90.7	31	79.5
Yıkama/Temizleme	75	80.6	46	85.2	29	77.4
Diğer İns.İç. Tören. Dav.	72	77.4	44	81.5	28	71.8
Tekrarlayıcı Tören. Dav.	64	68.8	37	68.5	27	69.2
Sıralama/Düzenleme	59	63.4	38	70.4	21	53.8
Aşırı Büy. Düş/Batıl İnan.	54	58.1	28	51.9	26	66.7
Diğer	53	57.0	32	59.3	21	53.8
Biriktirme/Toplama	30	32.3	16	29.6	14	35.9
Sayma	18	19.4	11	20.4	7	17.9

Obsesyon ve Kompulsiyon Puanları

Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeğinin (CY-BOCS, ÇY-BOKÖ) puan hesaplaması için önerdiği yaş aralığı ve çalışmaya katılan çocukların gelişim düzeyi dikkate alındığında, 8 yaş ve üzeri çocuklar puan hesaplanmasına dahil edilmiş, çalışmaya katılan çocukların %77.4'ünün (n=72) puanları hesaplanmıştır.

Obsesyon puanları değerlendirildiğinde ortalama puan 14.35 ± 2.94 (6-19), (ortanca 15.00), kompulsiyon puanları değerlendirdiğinde ortalama puan 14.05 ± 2.23

(4-18), (ortanca 14.00), toplam puan değerlendirildiğinde ortalama puan 28.54 ± 4.41 (17-35), (ortanca 28.50) olarak hesaplanmıştır (Tablo 27).

Tablo25: Olguların CY-BOCS puanları

	Ortalama± Standart Sapma (Ortanca)
Obsesyon Puanı	14.35 ± 2.94 (15)
Kompulsiyon Puanı	14.05 ± 2.23 (14)
Toplam Puan	28.54 ± 4.41 (28.5)

Olguların CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) puanları değerlendirildiğinde; obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlar açısından kızlar ile erkekler arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 28).

Tablo26: Olguların CY-BOCS puanları ile cinsiyet ilişkisi

	kız ort± SS (ortanca)	erkek ort± SS (ortanca)	p
Obs puan	14.44 ± 3.22 (16)	14.21 ± 2.53 (15)	0.495 ($p > 0,05$)
Komp puan	13.79 ± 2.50 (14)	14.45 ± 1.73 (14)	0.384 ($p > 0,05$)
Toplam puan	28.47 ± 4.92 (30)	28.66 ± 3.61 (28)	0.795 ($p > 0,05$)

Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ anlamlıdır.

EŞ TANILARA İLİŞKİN VERİLER

Hastaların eş tanıları aile ve çocuk ile ayrı ayrı görüşülerek ÇDŞG-ŞY (Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması, K-SADS-PL) ile değerlendirilmiştir. ÇDŞG-ŞY içeriğinde değerlendirilmeyen diğer ruhsal bozukluklar için DSM-IV-TR tanı ölçütlerinin esas alındığı yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılmıştır.

Çocukların %78.5'inde (n=73) OKB tanısına eşlik eden ruhsal bozukluk saptanmıştır. Kızların %74.1'inde (n=40), erkeklerin %84.6'sında (n=33) eş tanı saptanmıştır (Tablo 29).

Tablo27: Olgularda cinsiyete göre eş tanı sıklığı

		Kız		Erkek	
		n	%	n	%
Eştanı	Var	40	74.1	33	84.6
	Yok	14	25.9	6	15.4
Toplam		54	100	39	100

Çocukların eş tanıları incelendiğinde; %61.3'ünde (n=57) anksiyete bozukluğu (%46.2'sinde (n=43) özgül fobi,%33.3'ünde (n=31) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %23.7'sinde (n=22) yaygın anksiyete bozukluğu, %21.5'inde (n=20) performans anksiyetesi, %10.8'inde (n=10) sosyal fobi, %1.1'inde (n=1) panik bozukluk, %1.1'inde (n=1) akut stres bozukluğu), %31.2'sinde (n=29) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %30.1'inde (n=28) tik bozukluğu, %17.2'sinde (n=16) alışkanlık bozukluğu, %15.1'inde (n=14) beden dismorfik bozukluğu, %10.8'inde (n=10) depresif bozukluk, %9.7'sinde (n=9) enürezis, %8.6'sında (n=8) karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %6.5'inde (n=6) özgül öğrenme bozukluğu, %5.4'ünde (n=5) davranım bozukluğu, %5.4'ünde (n=5) fonolojik bozukluk, %3.2'sinde (n=3) yeme bozukluğu, %2.2'sinde (n=2) yaygın gelişimsel bozukluk, %1.1'inde (n=1) bipolar bozukluk, %1.1'inde (n=1) enkoprezis, %1.1'inde (n=1) konversiyon bozukluğu, %1.1'inde (n=1) kekemelik bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 30).

Tablo28: Olgularda belirlenen eş tanılar

	n	%
Eş tanı		
Özgül Fobi	43	46.2
Ayrılık.Ank.Boz.	31	33.3
DEHB	29	31.2
Tik Bozukluğu	28	30.1
Yaygın Anksiyete Boz.	22	23.7
Performans Anksiyetesi	20	21.5
Alışkanlık Bozukluğu	16	17.2
Beden Dismorfik Boz.	14	15.1
Depresif Bozukluk	10	10.8
Sosyal Fobi	10	10.8
Enürezis	9	9.7
KOKGB	8	8.6
Özgül Öğrenme Boz.	6	6.5
Davranım Bozukluğu	5	5.4
Fonolojik Bozukluk	5	5.4
Yeme Bozukluğu	3	3.2
Yaygın Gelişimsel Boz.	2	2.2
Bipolar Bozukluk	1	1.1
Panik Bozukluk	1	1.1
Konversiyon Bozukluğu	1	1.1
Akut Stres Bozukluğu	1	1.1
Kekemelik	1	1.1
Enkoprezis	1	1.1

Kızların eş tanıları incelendiğinde; %64.8’inde (n=35) anksiyete bozukluğu (%61.1’inde (n=33) özgül fobi,%35.2’sinde (n=19) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %25.9’unda (n=14) yaygın anksiyete bozukluğu, %24.1’inde (n=13) performans anksiyetesi, %1.9’unda (n=1) sosyal fobi, %1.9’unda (n=1) panik bozukluk), %22.2’sinde (n=12) beden dismorfik bozukluğu, %20.4’ünde (n=11) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %20.4’ünde (n=11) tik bozukluğu , %20.4’ünde (n=11) alışkanlık bozukluğu, %13’ünde (n=7) depresif bozukluk, %7.4’ünde (n=4) karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %5.6’sında (n=3) enürezis,

%3.7'sinde (n=2) davranım bozukluğu, %3.7'sinde (n=2) yeme bozukluğu, %1.9'unda (n=1) fonolojik bozukluk, %1.9'unda (n=1) özgül öğrenme bozukluğu, %1.9'unda (n=1) yaygın gelişimsel bozukluk, %1.9'unda (n=1) bipolar bozukluk, %1.9'unda (n=1) kekemelik bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 31).

Erkeklerin eş tanıları incelendiğinde; %56.4'ünde (n=22) anksiyete bozukluğu (%30.8'inde (n=12) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %25.6'sında (n=10) özgül fobi, %23.1'inde (n=9) sosyal fobi, %20.5'inde (n=8) yaygın anksiyete bozukluğu, %17.9'unda (n=7) performans anksiyetesi, %2.6'sında (n=1) akut stres bozukluğu), %46.2'sinde (n=18) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %43.6'sında (n=17) tik bozukluğu, %15.4'ünde (n=6) enürezis, %12.8'inde (n=5) alışkanlık bozukluğu, %12.8'inde (n=5) özgül öğrenme bozukluğu, %10.3'ünde (n=4) karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %10.3'ünde (n=4) fonolojik bozukluk, %7.7'sinde (n=3) depresif bozukluk, %7.7'sinde (n=3) davranım bozukluğu, %5.1'inde (n=2) beden dismorfik bozukluğu, %2.6'sında (n=1) yeme bozukluğu, %2.6'sında (n=1) yaygın gelişimsel bozukluk, %2.6'sında (n=1) enkoprezis, %2.6'sında (n=1) konversiyon bozukluğu bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 31).

Tablo29: Olgularda belirlenen eş tanıların cinsiyetlere göre değerlendirilmesi

Eştanı	Kız		Erkek	
	n	%	n	%
Özgül Fobi	33	61.1	10	25.6
Ayrılık.Ank.Boz.	19	35.2	12	30.8
DEHB	11	20.4	18	46.2
Tik Bozukluğu	11	20.4	17	43.6
Yaygın Anksiyete Boz.	14	25.9	8	20.5
Performans Anksiyetesi	13	24.1	7	17.9
Alışkanlık Bozukluğu	11	20.4	5	12.8
Beden Dismorfik Boz.	12	22.2	2	5.1
Depresif Bozukluk	7	13	3	7.7
Sosyal Fobi	1	1.9	9	23.1
Enürezis	3	5.6	6	15.4

KOKGB	4	7.4	4	10.3
Özgül Öğrenme Boz.	1	1.9	5	12.8
Fonolojik Bozukluk	1	1.9	4	10.3
Davranım Bozukluğu	2	3.7	3	7.7
Yeme Bozukluğu	2	3.7	1	2.6
Yaygın Gelişimsel Boz.	1	1.9	1	2.6
Bipolar Bozukluk	1	1.9	0	0
Panik Bozukluk	1	1.9	0	0
Konversiyon Bozukluğu	0	0	1	2.6
Akut Stres Bozukluğu	0	0	1	2.6
Kekemelik	1	1.9	0	0
Enkoprezis	0	0	1	2.6

Özgül fobi kızların %61.1'inde (n=33), erkeklerin ise %25.6'sında (n=10) görülmektedir, özgül fobi eş tanısının istatistiksel olarak anlamlı şekilde kızlarda daha sık görüldüğü bulunmuştur (p=0.001) (Tablo 32).

Tablo30: Olgularda özgül fobi varlığı ve cinsiyet ilişkisi

		Kız	Erkek	p=0.001
Özgül Fobi	Var	33(%61.1)	10(%25.6)	
	Yok	21(%38.9)	29(%74.4)	
Toplam		54 (%100)	39 (%100)	

Ki kare testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu erkeklerin %46.2'sinde (n=18), kızların ise %20.4'ünde (n=11) görülmektedir, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu eş tanısının istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerde daha sık görüldüğü bulunmuştur (p=0.008) (Tablo 33).

Tablo31: Olgularda DEHB varlığı ve cinsiyet ilişkisi

		Kız	Erkek	p=0.008
DEHB	Var	11(%20.4)	18(%46.2)	
	Yok	43(%79.6)	21(%53.8)	
Toplam		54 (%100)	39 (%100)	

Ki kare testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır.

Tik bozukluğu erkeklerin %43.6'sında (n=17), kızların ise %20.4'ünde (n=11) görülmektedir, tik bozukluğu eş tanısının istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerde daha sık görüldüğü bulunmuştur (p=0.016) (Tablo 34).

Tablo32: Olgularda tik bozukluğu varlığı ve cinsiyet ilişkisi

		Kız	Erkek	p=0.016
Tik Bozukluğu	Var	11(%20.4)	17(%43.6)	
	Yok	43(%79.6)	22(%56.4)	
Toplam		54 (%100)	39 (%100)	

Ki kare testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır.

Beden dismorfik bozukluğu kızların %22.2'sinde (n=12), erkeklerin %5.1'inde (n=2) görülmektedir, beden dismorfik bozukluğu eş tanısının istatistiksel olarak anlamlı şekilde kızlarda daha sık görüldüğü bulunmuştur (p=0.023) (Tablo 35).

Tablo33: Olgularda beden dismorfik bozukluk varlığı ve cinsiyet ilişkisi

		Kız	Erkek	p=0.023
Beden Dismorfik Bozukluk	Var	12(%22.2)	2(%5.1)	
	Yok	42(%77.8)	37(%94.9)	
Toplam		54 (%100)	39 (%100)	

Ki kare testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır.

Sosyal fobi erkeklerin %23.1'inde (n=9), kızların %1.9'unda (n=1) görülmektedir, sosyal fobi eş tanısının istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerde daha sık görüldüğü bulunmuştur (p=0.001) (Tablo 36).

Tablo34: Olgularda sosyal fobi varlığı ve cinsiyet ilişkisi

		Kız	Erkek	p=0.001
Sosyal Fobi	Var	1(%1.9)	9(%23.1)	
	Yok	53(%98.1)	30(%76.9)	
Toplam		54 (%100)	39 (%100)	

Ki kare testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

Ayrıca ileri istatistiksel değerlendirmede; olgularda OKB'ye eş tanı eşlik etmesi ile CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) puanları (obsesyon, kompulsiyon, toplam puan) açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 37).

Tablo35: Olgularda eş tanı varlığı ile CY-BOCS puanları arasındaki ilişki

	Eş tanı var ort± SS (ortanca)	Eş tanı yok ort± SS (ortanca)	p
Obs. Puan	14.29 ± 2.97 (15)	14.53 ± 2.94 (15)	0.728 (p>0.05)
Komp. Puan	14.11 ± 2.27 (14)	13.88 ± 2.15 (14)	0.509 (p>0.05)
Toplam	28.58 ± 4.37 (28)	28.41 ± 4.66 (30)	0.889 (p>0.05)

Mann Whitney U testi kullanılmıştır. P<0.05 anlamlıdır.

ERKEN VE GEÇ BAŞLANGIÇLI OKB'NİN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Çalışmaya katılan olgular başlangıç yaşlarına göre değerlendirildiğinde %72.1'inin (n=67) erken başlangıçlı (≤ 10 yaş), %27.9'unun (n=26) geç başlangıçlı (>10 yaş) olduğu belirlenmiştir.

İleri istatistiksel değerlendirmede; erken başlangıç OKB (≤ 10 yaş) ile geç başlangıç OKB (>10 yaş) açısından kızlar ile erkekler arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 38).

Tablo36: Olgularda erken ve geç başlangıçlı OKB varlığı ile cinsiyet ilişkisi

		Kız	Erkek	p=0.672
Ortaya çıkış yaşı	≤10 yaş	38 (%70.4)	29(%74.4)	
	>10 yaş	16 (%29.6)	10(%25.6)	
Toplam		54 (%100)	39 (%100)	

Ki kare testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır.

Erken başlangıçlı OKB’de belirlenen obsesyonlar incelendiğinde; %85.1’inde (n=57) kirlenme obsesyonu, %71.6’sında (n=48) saldırganlık obsesyonu, %56.7’sinde (n=38) şüphe/kuşku obsesyonu, %55.2’sinde (n=37) dini obsesyon, %49,3’ünde (n=33) somatik obsesyon, %46.3’ünde (n=31) diğer obsesyonlar , %29.9’unda (n=20) büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları, %22.4’ünde (n=15) biriktirme/saklama obsesyonu, %11.9’unda (n=8) cinsel obsesyonlarının bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 39).

Erken başlangıçlı OKB’de belirlenen kompulsiyonlar incelendiğinde; %82.1’inde (n=55) kontrol etme kompulsiyonu, %80.6’sında (n=54) diğer insanları içeren törensel davranışlar, %79.1’inde (n=53) yıkama/temizleme kompulsiyonu, %68.7’sinde (n=46) tekrarlayıcı törensel davranışlar, %65.7’sinde (n=44) sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %59.7’sinde (n=40) diğer kompulsiyonlar, %55.2’sinde (n=37) aşırı büyüsel düşünceler/batıl inanışlar, %38.8’inde (n=26) biriktirme/toplama kompulsiyonu, %17.9’unda (n=12) sayma kompulsiyonlarının bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 39).

Geç başlangıçlı OKB’de belirlenen obsesyonlar; %84.6’sında (n=22) saldırganlık obsesyonu, %80.8’inde (n=21) kirlenme obsesyonu, %73.1’inde (n=19) şüphe/kuşku obsesyonu, %65.4’ünde (n=17) dini obsesyon, %65.4’ünde (n=17) diğer obsesyonlar, %42.3’ünde (n=11) büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları, %42.3’ünde (n=11) somatik obsesyon, %23.1’inde (n=6) cinsel obsesyon, %19.2’sinde (n=5) biriktirme/saklama obsesyonlarının bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 39).

Geç başlangıçlı OKB’de belirlenen kompulsiyonlar incelendiğinde; %96.2’sinde (n=25) kontrol etme kompulsiyonu, %84.6’sında (n=22)

yıkama/temizleme kompulsiyonu, %69.2'sinde (n=18) tekrarlayıcı törensel davranışlar, %69.2'sinde (n=18) diğer insanları içeren törensel davranışlar, %65.4'ünde (n=17) aşırı büyüsel düşünceler/batıl inanışlar, %55.7'sinde (n=15) sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %50'sinde (n=13) diğer kompulsiyonlar, %23.1'inde (n=6) sayma kompulsiyonu, %15.4'ünde (n=4) biriktirme/toplama kompulsiyonlarının bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 39).

Tablo37: Olgularda erken ve geç başlangıçlı OKB'de obsesyon ve kompulsiyon tipleri

	Erken Baş. OKB		Geç Baş. OKB	
	n	%	n	%
Obsesyon Tipi				
Kirlenme	57	85.1	21	80.8
Saldırganlık	48	71.6	22	84.6
Şüphe/Kuşku	38	56.7	19	73.1
Dini	37	55.2	17	65.4
Diğer	31	46.3	17	65.4
Somatik	33	49.3	11	42.3
Büyüsel Düş/Batıl inanç	20	29.9	11	42.3
Biriktirme/Saklama	15	22.4	5	19.2
Cinsel	8	11.9	6	23.1
Kompulsiyon Tipi				
Kontrol Etme	55	82.1	25	96.2
Yıkama/Temizleme	53	79.1	22	84.6
Diğer İns.İç. Törensel Dav.	54	80.6	18	69.2
Tekrarlayıcı Törensel Dav.	46	68.7	18	69.2
Sıralama/Düzenleme	44	65.7	15	55.7
Aşırı Büy.Düş./Batıl İnanış	37	55.2	17	65.4
Diğer	40	59.7	13	50
Biriktirme/Toplama	26	38.8	4	15.4
Sayma	12	17.9	6	23.1

Erken başlangıçlı OKB'de belirlenen eş tanımlar incelendiğinde; % 49.3'ünde (n=33) özgül fobi, %37.3'ünde (n=25) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %31.3'ünde (n=21) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %29.9' unda (n=20) tik

bozukluğu, %23.9’unda (n=16) yaygın anksiyete bozukluğu, %19.4’ünde (n=13) performans anksiyetesi, %16.4’ünde (n=11) alışkanlık bozukluğu, %13.4’ünde (n=9) enürezis, %11.9’unda (n=8) sosyal fobi, %11.9’unda (n=8) depresif bozukluk, %10.4’ünde (n=7) beden dismorfik bozukluğu, %9’unda (n=6) özgül öğrenme bozukluğu, %7.5’inde (n=5) karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %6’sında (n=4) fonolojik bozukluk, %4.5’inde (n=3) davranım bozukluğu, %4.5’inde (n=3) yeme bozukluğu, %3’ünde (n=2) yaygın gelişimsel bozukluk, %1.5’inde (n=1) bipolar bozukluk, %1.5’inde (n=1) enkoprezis, %1.5’inde (n=1) konversiyon bozukluğu, %1.5’inde (n=1) kekemelik, %1.5’inde (n=1) akut stres bozukluğu bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 40).

Geç başlangıçlı OKB’de belirlenen eştanılar incelendiğinde; % 38.5’inde (n=10) özgül fobi, %30.8’inde (n=8) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %30.8’inde (n=8) tik bozukluğu, %26.9’unda (n=7) performans anksiyetesi, %23.1’inde (n=6) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %23.1’inde (n=6) yaygın anksiyete bozukluğu, %19.2’sinde (n=5) alışkanlık bozukluğu, %26.9’unda (n=7) beden dismorfik bozukluğu, %11.5’inde (n=3) karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %7.7’sinde (n=2) depresif bozukluk, %7.7’sinde (n=2) davranım bozukluğu, %7.7’sinde (n=2) sosyal fobi, %3.8’inde (n=1) fonolojik bozukluk, %3.8’inde (n=1) panik bozukluk bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 40).

Tablo38: Erken ve geç başlangıçlı OKB olgularında eşlik eden diğer ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi

Eştanı	Erken Baş. OKB		Geç Baş. OKB	
	n	%	n	%
Özgül Fobi	33	49.3	10	38.5
Ayrılık.Ank.Boz.	25	37.3	6	23.1
DEHB	21	31.3	8	30.8
Tik Bozukluğu	20	29.9	8	30.8
Yaygın Anksiyete Boz.	16	23.9	6	23.1
Performans Anksiyetesi	13	19.4	7	26.9
Alışkanlık Bozukluğu	11	16.4	5	19.2
Beden Dismorfik Boz.	7	10.4	7	26.9
Depresif Bozukluk	8	11.9	2	7.7
Sosyal Fobi	8	11.9	2	7.7

Enürezis	9	13.4	0	0
KOKGB	5	7.5	3	11.5
Özgöl Öğrenme Boz.	6	9	0	0
Fonolojik Bozukluk	4	6	1	3.8
Davranım Bozukluğu	3	4.5	2	7.7
Yeme Bozukluğu	3	4.5	0	0
Yaygın Gelişimsel Boz.	2	3	0	0
Bipolar Bozukluk	1	1.5	0	0
Panik Bozukluk	0	0	1	3.8
Konversiyon Bozukluğu	1	1.5	0	0
Akut Stres Bozukluğu	1	1.5	0	0
Kekemelik	1	1.5	0	0
Enkoprezis	1	1.5	0	0

Erken başlangıçlı OKB ve geç başlangıçlı OKB, CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) puanları açısından değerlendirildiğinde erken başlangıçlı OKB ile geç başlangıçlı OKB arasında CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 41).

Tablo39: Olgularda erken ve geç başlangıçlı OKB varlığı ile CY-BOCS puanlarının ilişkisi

		ort± SS (ortanca)	Min – Maks	p
Obs.puan	≤10 yaş	14.28±2.95 (15)	6 – 19	0.841
	>10 yaş	14.46±2.98 (16)	9 – 19	
Komp.puan	≤10 yaş	13.93 ± 1.83 (14)	10 – 18	0.255
	>10 yaş	14.27 ± 2.84 (14,5)	4 – 18	
Toplam puan	≤10 yaş	28.43 ± 4.18 (28,5)	17 – 35	0.755
	>10 yaş	28.73 ± 4.86 (29)	18 – 35	

Mann Whitney U testi kullanılmıştır. P<0.05 anlamlıdır.

Erken başlangıçlı OKB ve geç başlangıçlı OKB, ailelerinde OKB varlığı açısından değerlendirildiğinde, erken başlangıçlı OKB ile geç başlangıçlı OKB arasında ailelerinde OKB varlığı açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.238$) (Tablo 42).

Tablo40: Olgularda erken ve geç başlangıçlı OKB varlığı ile ailelerinde OKB varlığının ilişkisi

	Aile OKB		
	var	yok	
Erken başlangıç	40 %76.9	27 %65.9	p=0.238
Geç başlangıç	12 %23.1	14 %34.1	
Toplam	52 %100	41 %100	

Ki kare testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır.

Erken başlangıçlı OKB ve geç başlangıçlı OKB, geniş ailelerinde ruhsal bozukluk varlığının açısından değerlendirildiğinde, erken başlangıçlı OKB ile geç başlangıçlı OKB arasında geniş ailelerinde OKB varlığı açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.708$) (Tablo 43).

Tablo41: Olgularda erken ve geç başlangıçlı OKB varlığı ile geniş ailelerinde ruhsal bozukluk varlığının ilişkisi

	Geniş Aile Ruhsal Boz.		
	var	yok	
Erken başlangıç	41 %70.7	26 %74.3	P=0.708
Geç başlangıç	17 %29.3	9 %25.7	
Toplam	58 %100	35 %100	

Ki kare testi uygulanmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır.

İLAÇ TEDAVİSİNE İLİŞKİN VERİLER

Çalışmamıza aldığımız çocukların %34.2'si (n=32) bu değerlendirmeyi yaptığımızda herhangi bir ruhsal bozukluk için hiçbir zaman ilaç tedavisi almamış, çocukların %31.1'i (n=29) sadece antidepresan tedavi, %15.1'i (n=14) antidepresan+antipsikotik tedavi, %5.4'ü (n=5) metilfenidat veya atomoksetin tedavisi, %5.4'ü (n=5) antidepresan+metilfenidat tedavisi, %2.2'si (n=2) sadece antipsikotik tedavi, %2.2'si (n=2) antipsikotik+metilfenidat, %2.2'si (n=2) antidepresan+antipsikotik+metilfenidat tedavisi, %1.1'i (n=1) antidepresan+antipsikotik+duygudurum düzenleyici tedavisi, %1.1'inde (n=1) antidepresan+ duygudurum düzenleyici tedavisi almaktadır.

Tablo42: Olguların tedavi durumları

	n	%
Tedavi Durumu		
Tedavi yok	32	34.2
AD	29	31.1
AD+AP	14	15.1
MPH/ATM	5	5.4
AD+MPH	5	5.4
AP	2	2.2
AP+MPH	2	2.2
AD+AP+MPH	2	2.2
AD+AP+DDD	1	1.1
AD+DDD	1	1.1
Toplam	93	100

TARTIŞMA

Bu çalışmada, OKB tanılı çocuk ve ergenlerde; OKB'nin başlangıç yaşını, ailelerin sosyoekonomik düzeyini ve ailede OKB görülme sıklığını, obsesyon ve kompulsiyonların tipini, obsesyon ve kompulsiyonlarda cinsiyet farkının ve başlangıç yaşının öneminin olup olmadığını, eşlik eden diğer ruhsal bozuklukların varlığını, hangi eş hastalıkların ne sıklıkta hangi yaş grubunda ve cinsiyette daha sık gözüktüğünü araştırmak amaçlanmıştır.

Bu çalışmada olguların başvuru sırasındaki yaş ortalaması 11.50 ± 3.97 (3-17) yıl olarak belirlenmiştir. Kızların yaş ortalaması 11.72 ± 3.98 (4-17) yıl, erkeklerin yaş ortalaması ise 11.18 ± 3.98 (3-17) yıldır. Türkiye'de yapılan bir OKB çalışmasında da bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde olguların başvuru sırasındaki yaş ortalaması 11.08 ± 3.36 yıl olarak tespit edilmiştir (228). Geller ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları çalışmada OKB tanısı alan çocukların başvuru yaş ortalamasının 13.2 yıl olduğu tespit edilmiştir (229). Çalışmamızdaki bu sonuç 11 yaş civarı başvurunun daha sık olduğunu gösteren yazın ile uyumludur.

Çalışmamızda tüm çocukların %58.1'i (n=54) kız ve %41.9'u (n=39) erkektir. Çalışmamızda kız/erkek oranı 1.4/1'dir. Çalışmaya alınan çocuklardan erken başlangıçlı OKB tanısı alanların %56.7'si (n=38) kız, %43.3'ü (n=29) erkek, geç başlangıçlı OKB tanısı alanların %61.5'i (n=16) kız, %38.5'i (n=10) erkektir. Erken ve geç başlangıçlı OKB olgularında kız/erkek oranı değerlendirildiğinde, erken başlangıçlı OKB tanısı alan olgularda oran 1.3/1, geç başlangıçlı OKB olgularında ise oran 1.6 /1 olarak bulgulanmıştır.

Ergenlik döneminde OKB tanısının cinsiyetlere göre dağılımını inceleyen çalışmalarda, OKB tanısının kızlarda erkeklere göre daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir. Vivan ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları epidemiyolojik bir çalışmada OKB tanılı ergen olguların %78.7'sinin kız olduğu belirtilmektedir (230). Van Groothest ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada 12,14,16 yaşlarında ikizler değerlendirilmiş, obsesif kompulsif semptomlar (OKS) 14 yaş ve 16 yaş grubunda kız cinsiyeti için istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda bulunmuştur (60). Labad ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, reproduktif döngü ve OKB arasındaki ilişki incelenmiş, OKB başlangıcı ile menarş başlangıcının katılımcıların

%22'sinde aynı yıl meydana geldiği tespit edilmiştir (231). Bu sonuç, yazındaki kız cinsiyette ergenlik dönemi ile beraber cinsiyet hormonlarında görülen değişikliklerin OKB ve OKS'de artış olduğunu gösteren çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir (60,231). Bizim çalışmamızla benzer şekilde birçok çalışmada da OKB prevalansının kız cinsiyetinde erkek cinsiyetine göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (7,51,232). Yazındaki diğer çalışmalarla benzer şekilde bizim çalışmamızda da ergenlik döneminde kızlarda daha fazla OKB tanısı saptanmış olup, bu bulgu yazın ile uyumludur. Yazında kız ve erkeklerde OKB prevalanslarının benzer oranlarda olduğunu gösteren çalışmaların (6,233,234) aksine, Geller' in (2006) bir çalışmasında çocuklarda erkek/kız oranı 3/2, ergenlerde 1/1 olarak bildirilmiştir (21).

Çalışmadaki tüm çocukların %2.2'si (n=2) henüz okula gitmemekte,%10.8'i (n=10) anaokuluna, %25.7'si (n=24) ilkokula, %31.2'si (n=29) ortaokula, %29'u (n=27) liseye gitmektedir, %1.1'i (n=1) sadece özel eğitim almaktadır.

Çalışmaya katılan 93 çocuktan eğitim alan 91 çocuğun akademik başarıları değerlendirildiğinde, eğitim alan çocukların %35.2'sinin akademik başarısının orta-kötü düzeyde olduğu, çalışmaya katılan çocukların arkadaş ilişkileri değerlendirildiğinde %46.3'ünün arkadaş ilişkilerinin sorunlu olduğu belirlenmiştir. Arkadaş ilişkilerini ve sosyal işlevselliği değerlendiren çalışmalarda OKB şiddeti ile işlevsellik düzeyinde bozulma arasında ilişki gösterilmekte, arkadaş ilişkilerinin ve sosyal ilişkilerin orta-kötü düzeyde olduğu belirtilmektedir (15,30,235-237). Bu bilgiler ile benzer şekilde, bizim olgularımızda da gözlenen düşük akademik başarı ve akran ilişki sorunları OKB'nin işlevselliği bozmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda olguların %51.6'sının ailedeki ilk çocuk olduğu belirlenmiştir. Literatürde de çalışmamızla uyumlu olarak OKB tanısı alan çocuk ve ergenlerin sıklıkla ailelerin ilk çocukları olduğu belirtilmektedir (26,30,228). Sulloway (1996, 2001) ailelerin ilk çocuklarının kişilik şekillenmesinde aile ilişkilerinin daha fazla rol oynadığını, ilk çocukların otoriteye ve kurallarla daha fazla uyum gösterdiğini bildirmiştir (228,aktaran). Bu sebeplerden dolayı OKB'nin ailenin ilk çocuklarında daha fazla görüldüğü düşünülmekte, genetik faktörlere ek olarak çevresel faktörlerin de OKB'nin etiyolojisinde rol oynadığı görüşü desteklenmektedir. Vardar (2000)

OKB'nin genetiği ile ilgili çalışmasında, çevresel faktörlerin de OKB'nin fenotipik ekspresyonunda rol aldığını bildirmiştir (238). Van Groothest ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları ergenlik döneminde obsesif kompulsif semptomlar ile ilgili ikiz çalışmasında da, çevresel etkenlerin özellikle ergenlik döneminin başında belirgin olarak etkili olduğu bildirilmiştir (60).

Tüm ebeveynlerin %91.4'ünün evli olduğu, %83.8'inin il merkezinde yaşadığı, %95.7'sinin sosyoekonomik düzeyinin orta-yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Yazında çalışmamızla uyumlu olarak orta-yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip gençlerde OKB görülme oranının, düşük sosyoekonomik seviyeye sahip gençlere göre çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir (24,25). Edirne'de yapılan başka bir çalışmada da OKB olgularının ailelerinin %10'unun orta-üst sosyoekonomik seviyeye sahip olduğu bildirilmiş ancak kontrol grubunda da bu oran %9.8 olarak saptandığı için istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (239). Bu veriler orta-yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip ailelerin çocuklarının ruh sağlığı ile ilgili farkındalıklarının daha yüksek, hastaneye başvurularının daha kolay olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda annelerin %49.5'inin lise ve üniversite mezunu olduğu, %64.4'ünün çalışmadığı, babaların %60.2'sinin lise mezunu ve üniversite mezunu olduğu, %1.1'inin çalışmadığı saptanmıştır. Ailede eğitim seviyesinin yükselmesi ile ruhsal hastalıklar için farkındalığın arttığı gözlenmektedir.

Çalışmamızda annelerin %66.7'sinin, babaların %38.7'sinin ruhsal bir bozukluğu olduğu, annelerin %21.5'inin, babaların %20.4'ünün fiziksel hastalığının bulunduğu saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda ebeveynlerin %55.9'unun OKB tanısı aldığı, %52.7'sinde obsesyon bulunduğu, %54.8'inde kompulsiyon bulunduğu saptanmıştır. OKB etiyolojisinde, genetik faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. OKB etiyolojisinde genetik yüklülüğün önemli rol oynadığı, özellikle ebeveynlerde ya da diğer kardeşlerde OKB görülmesinin riski arttırdığı bildirilmiştir (27-29). Çocuk ve ergen OKB olgularının 1.derece akrabalarında gözlenen psikiyatrik bozuklukların araştırıldığı bir çalışmada da, OKB olgularının 1. derece akrabalarında %30 oranında OKB tespit edilmiştir (59). Bazı çalışmalarda OKB' nin genetik geçişinin %45-65

oranında olduğu, OKB hastalarının ailelerinde obsesif kişilik bozukluğu ve subklinik OKB görülme sıklığının daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (56,57). Ayrıca OKB olgularının 1.derece akrabalarında genetik geçiş riskinin daha yüksek olduğu, monozigot ikizlerde genetik geçişin %67, dizigot ikizlerde ise %31 oranında görüldüğü bildirilmiştir (56,57). Çalışmamızda da ebeveynlerde yüksek oranda OKB tanısının saptanması literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda olguların annelerinin %29'unda şüphe/kuşku obsesyonu, %26.9'unda kirlenme obsesyonu, %30.1'inde kontrol etme kompulsiyonu, %26.9'unda yıkama/temizleme kompulsiyonu bulunduğu, babalarının %17.2'sinde kirlenme obsesyonu, %11.8'inde şüphe/kuşku obsesyonu, %17.2'sinde yıkama/temizleme kompulsiyonu, %12.9'unda sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %10.8'inde kontrol etme kompulsiyonu bulunduğu belirlenmiştir. Annelerde en sık şüphe/kuşku obsesyonu ve kontrol etme kompulsiyonu, babalarda ise en sık kirlenme obsesyonu ve yıkama/ temizleme kompulsiyonu görülmektedir.

Yazında en sık görülen obsesyonun kirlenme obsesyonu (240-244) ve en sık görülen kompulsiyonun yıkama/temizleme kompulsiyonu (240-243) olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Eğrilmez ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları çalışmada; şüphe/kuşku obsesyonlarının kirlenme obsesyonlarından sonra gözlenen en sık obsesyon olduğu, şüphe/kuşku obsesyonuna da en sık kontrol kompulsiyonlarının eşlik ettiğı bildirilmiştir (245).

Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak olguların babalarında da en sık kirlenme obsesyonu ve yıkama/temizleme kompulsiyonu görülmüştür. Annelerde ise çok az bir farkla en sık şüphe/kuşku obsesyonun, ikinci sırada ise kirlenme obsesyonun görüldüğü, kompulsiyonlardan ise en sık şüphe/kuşku obsesyonu ile uyumlu olarak kontrol kompulsiyonlarının, ikinci sırada ise kirlenme obsesyonu ile uyumlu olarak yıkama/temizleme kompulsiyonlarının görüldüğü belirlenmiştir. Çalışmalarda da en sık gözlenen obsesyon ve kompulsiyon türleri bizim çalışmamızda ebeveynlerde ilk sıralarda saptanmıştır. Literatürde cinsiyet ayrımı yapılmadan toplam olgu sayısına göre sıklık sıralaması yapılmıştır. Bizim çalışmamızda ebeveynlerin anne ve baba olarak ayrı ayrı gruplandırılması da sıklık sıralamasındaki farklılıklara neden olmuş olabilir. Ebeveynlerin obsesyon ve

kompulsiyonlarını anne ve baba olarak ayırmadan değerlendirdiğimizde en sık kirlenme obsesyonu ve yıkama/temizleme kompulsiyonunun görüldüğü, bu durumda obsesyon ve kompulsiyonların sıklık açısından literatürle uyum gösterdiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan çocukların %37.6'sının (n=35) geniş ailesinde herhangi bir ruhsal bozukluğun bulunmadığı, %62.4'ünün (n=58) geniş ailesinde herhangi bir ruhsal bozukluğun bulunduğu, %36.6'sının OKB, %11.8'inin depresif bozukluk, %6.5'inin anksiyete bozukluğu, %2.2'sinin bipolar bozukluk, %2.2'sinin şizofreni, %1.1'inin tik bozukluğu, %1.1'inin DEHB tanılarının olduğu, %1.1'inin özkıym nedeni ile exitus olduğu saptanmış olup geniş ailesinde ruhsal bozukluk saptanan 58 çocuğun geniş ailesi değerlendirildiğinde; bu ailelerin %58.7'sinin OKB , %19'unun depresif bozukluk, %10.4'ünün anksiyete bozukluğu, %3.4'ünün bipolar bozukluk, %3.4'ünün şizofreni, %1.7'sinin tik bozukluğu, %1.7'sinin DEHB tanılarının olduğu, %1.7'sinin özkıym nedeni ile exitus olduğu belirlenmiştir. Pauls (2008) yazdığı derlemede, erişkin OKB olgularının akrabalarında OKB tanısının kontrol grubuna göre neredeyse 2 kat daha fazla görüldüğünü, bu oranın çocuk ve ergenlerde 10 kata yakın olduğunu bildirmiştir (69). OKB tanısı alan olguların geniş ailelerinde OKB prevalansı ve subklinik OKB'nin anlamlı oranlarda daha yüksek saptandığı bildirilmektedir (238). Nestadt ve arkadaşları (2000) normal populasyonda %2.7 olarak saptanan OKB oranlarının, OKB tanısı olan olguların ailelerinde %11.7 oranında saptandığını bildirmiştir (58). OKB tanısı alan olgularda, başlangıç yaşı ile ailesel geçiş arasında ilişki bulunduğu, 18 yaşından sonra başlangıç gösteren OKB olgularında ise ailesel geçişin bulunmadığı belirtilmektedir (58). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak geniş ailede yüksek oranda OKB tanısının saptanması, OKB'nin genetik ve çevresel faktörlerden yüksek oranda etkilendiğini göstermektedir. Çocukların geniş ailesinde mevcut ruhsal bozukluklar değerlendirildiğinde OKB tanısından sonra en sık depresif bozukluk (%19) ve anksiyete bozukluğu (%10) görüldüğü saptanmıştır. Mc Keon ve Murray (1987) yaptıkları çalışmada OKB olgularının aile öyküsünde kontrol grubuna göre depresif bozukluğun yaşam boyu prevalansının anlamlı oranda yüksek bulunduğunu belirtmiştir (238,aktaran). Yazında da ailelerde anksiyete bozukluğunun ön planda olduğu bildirilmiştir (30,31,48,74,110). Bizim çalışmamızın sonuçları literatürle

uyumlu olmakla beraber bu veriler ebeveynlerle görüşme yolu ile elde edilmiştir. Ebeveynler ile psikiyatri uzmanı tarafından yapılandırılmış görüşme tekniği uygulanarak yapılacak olan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Olgularda belirtilerin ortaya çıktığı yaş ortalaması 7.79 ± 3.78 (2-15) yıldır. Kızlarda belirtilerin ortaya çıkış yaşı 7.87 ± 3.73 (2-15), erkeklerde belirtilerin ortaya çıkış yaşı 7.67 ± 3.90 (2-15) yıldır. Çalışmalarda OKB'nin yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabileceği, sıklıkla çocukluk çağlarında başlayan bozukluğun 3 yaşından önce görülmesinin ise nadir olduğu bildirilmiştir (11,12). Riddle ve arkadaşlarının (1990) ve Türkbay ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları her iki çalışmada da OKB için bildirilen en erken başlangıç yaşı 3 yaştır (15, 110). Bazı çalışmalarda çocukluk çağında OKB'nin başlama yaşı 9-11 yaş olarak belirtilmiştir (13-15). Riddle ve arkadaşları (1990) OKB başlangıç yaş ortalamasını 9 yıl (15), Last ve arkadaşları (1989) ise 10.7 yıl olarak saptamışlardır (246). Bir başka epidemiyolojik çalışmada ise başlangıç yaşının ortalaması 9.7 yıl olarak bildirilmiştir (230). Bizim çalışmamızdaki bulgular diğer çalışmalara göre semptomların 1-2 yıl önce başladığını göstermektedir. Bu farklılık örneklemin büyüklüğünden ve çalışmanın bir üniversite hastanesine başvuran olgulardan oluşturulmuş olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca elde edilen bulgular ailelerin eğitim seviyelerinin, sosyoekonomik seviyelerinin ve farkındalık düzeylerinin yüksek olmasının bir sonucu da olabilir.

Çalışmamızda semptomların başlama yaşı ile cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu konudaki çalışma sonuçları çelişkilidir. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak, Gülseren ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada cinsiyetler arasında başlangıç yaşı açısından fark gözlenmediği bildirilmiştir (247). Bazı çalışmalarda da OKB'nin erkek çocuklarda daha erken başlangıçlı olduğu bildirilmiştir (23,246,248). Bu çalışmaların tersine Türkbay ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında ise OKB'nin kızlarda daha erken yaşlarda başladığı bildirilmiştir (110).

Çalışmaya katılan çocukların %15.1'i daha önce obsesif kompulsif semptomlar için bir çocuk psikiyatristine başvurmuştur. Bir epidemiyolojik alan çalışmasında OKB tanılı olguların sadece %9.3'ünün doktor başvurunun olduğu, %6.7'sinin ise OKB tedavisi aldığı bildirilmiştir (230). Edirne'de ergen OKB olgular ile yapılan

başka bir çalışmada ise olguların %20'sinin OKB semptomları nedeni ile psikiyatri başvurularının olduğu, tedavi aldıkları bildirilmiştir (239). Epidemiyolojik alan çalışmasında bizim çalışmamıza göre daha düşük başvuru oranının saptanması beklenen bir durumdur. Bizim çalışmamız 3.basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanelerine başvuran olgulardan oluşmaktadır. Ülkemizde de aileler ve çocuklar sıklıkla 3.basamak sağlık kurumundan önce 1. ve 2. basamak sağlık hizmeti veren merkezlere başvurumaktadırlar. Bu nedenle olguların bizim değerlendirmemizden önce dış merkezde değerlendirilmiş olmaları beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda OKS (obsesif kompulsif semptomlar) başlangıcı ile hekime başvuru arasında geçen süre değerlendirildiğinde; sürenin ortalama 2.55 ± 2.35 (1-10) yıl olduğu tespit edilmiştir. Bir araştırmada da bizim çalışmamızla uyumlu olarak belirtilerin ortaya çıkışı ve hekim başvurusu arasında ortalama 2.5 yıl olduğu bildirilmiştir (21). Erişkin OKB olguları ile yapılan bir başka çalışmada da OKB belirtilerinin ortaya çıkışı ile hekim başvurusu arasında ortalama 18.1 yıl olduğu bildirilmiştir (249). Çoğunlukla çocukların içgörülerinin az olmasından dolayı eylemlerinden rahatsızlık duymamaları (107), OKB tanılı çocuk ve ergenlerin ailelerinin sıklıkla olguların törensel davranışlarına katılmaları ve bu şekilde belirtilerin ortadan kalkabileceğini düşünmelerinin tanı ve tedavinin gecikmesine neden olduğu belirtilmektedir (109).

Çalışmamızda olguların %94.6'sında, kızların %94.4'ünde, erkeklerin %94.9'unda obsesyon belirlenmiştir. Çocukların %83.9'unda kirlenme obsesyonu, %75.3'ünde saldırganlık obsesyonu, %61.3 şüphe/kuşku obsesyonu, %58.1'inde dini obsesyon, %51.6'sında diğer obsesyonlar, %47.3'ünde somatik obsesyon, %33.3'ünde büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları, %21.5'inde biriktirme/saklama obsesyonu, %15.1'inde cinsel obsesyonların bulunduğu, kızların %85.2'sinde kirlenme obsesyonu, %77.8'inde saldırganlık obsesyonu, %68.5'inde şüphe/kuşku obsesyonu, %57.4'ünde dini obsesyon, %53.7'sinde somatik obsesyon, %50'sinde diğer obsesyonlar, %38.9'unda büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları, %24.1'inde biriktirme/saklama obsesyonu, %14.8'inde cinsel obsesyonların bulunduğu, erkeklerin %82.1'inde kirlenme obsesyonu, %78.1'inde saldırganlık obsesyonu, %59'unda dini obsesyon, %51.3'ünde şüphe/kuşku obsesyonu, %53.8'inde diğer obsesyonlar, %38.5'unda somatik obsesyon,

%25.6'sında büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları, %17.9'unda biriktirme/saklama obsesyonu, %15.4'ünde cinsel obsesyonların bulunduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan çocukların %97.8'inde, kızların %98.1'inde, erkeklerin %97.4'ünde kompulsiyon belirlenmiştir. Çocukların %86.0'sında kontrol etme kompulsiyonu, %80.6'sında yıkama/temizleme kompulsiyonu, %77.4'ünde diğer insanları içeren törensel davranışlar, %68.8'inde tekrarlayıcı törensel davranışlar, %63.4'ünde sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %58.1'inde aşırı büyüsel düşünceler/batıl inanışlar, %57'sinde diğer kompulsiyonlar, %32.3 biriktirme/toplama kompulsiyonu, %19.4'ünde sayma kompulsiyonu bulunduğu, kızların %90.7'sinde kontrol etme kompulsiyonu, %85.2'sinde yıkama/temizleme kompulsiyonu, %81.5'inde diğer insanları içeren törensel davranışlar, %70.4'ünde sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %68.5'inde tekrarlayıcı törensel davranışlar, %59.3'ünde diğer kompulsiyonlar, %51.9'unda aşırı büyüsel düşünceler/batıl inanışlar, %29.6'sında biriktirme/toplama kompulsiyonu, %20.4'ünde sayma kompulsiyonu bulunduğu, erkeklerin %79.5'inde kontrol etme kompulsiyonu, %74.4'ünde yıkama/temizleme kompulsiyonu, %71.8'inde diğer insanları içeren törensel davranışlar, %69.2'sinde tekrarlayıcı törensel davranışlar, %66.7'sinde aşırı büyüsel düşünceler/batıl inanışlar, %53.8'inde sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %53.8'inde diğer kompulsiyonlar, %35.9'unda biriktirme/toplama kompulsiyonu, %17.9'unda sayma kompulsiyonu bulunduğu belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda en sık görülen obsesyonun kirlenme obsesyonu, ikinci olarak saldırganlık obsesyonu, üçüncü olarak şüphe/kuşku obsesyonu olduğu, en sık görülen kompulsiyonun kontrol kompulsiyonu, ikinci olarak yıkama/temizleme kompulsiyonu olduğu, üçüncü olarak da diğer insanları içeren törensel davranışların olduğu belirlenmiştir. Literatürde terminolojide farklılıklar bulunmaktadır, bizim çalışmamızda CY-BOCS'da (ÇY-BOKÖ) kullanılan terminoloji kullanılmıştır. Kız ve erkek olgular ayrı ayrı değerlendirildiği zaman benzer şekilde her iki cinsiyette de en sık görülen obsesyonun kirlenme obsesyonu, ikinci sırada saldırganlık obsesyonu olduğu, en sık görülen kompulsiyonun kontrol kompulsiyonu, ikinci sırada yıkama/temizleme kompulsiyonu olduğu belirlenmiştir. Yüzdelere arasında küçük farklılıklar vardır. Yapılan diğer çalışmalarda çocuk ve ergende en sık görülen

obsesyonların kirlenme obsesyonu ve şüphe/kuşku obsesyonu olduğu, en sık görülen kompulsiyonların yıkama/temizleme kompulsiyonu ve simetri/düzenleme kompulsiyonu olduğu bildirilmiştir (15,22,23). Diler ve Avcı (2002) yaptıkları çalışmada en sık görülen obsesyonun kirlenme obsesyonu (%48.9), en sık görülen kompulsiyonun yıkama/temizleme kompulsiyonu (%68.1) olduğunu saptamışlardır (24). Çocuk ve ergenlerin katıldığı bazı çalışmalarda da bizim bulgularımızla uyumlu olarak bu yaş grubunda en sık görülen obsesyonların kirlenme obsesyonu ve saldırganlık obsesyonu olduğu, kompulsiyonların ise yıkama/temizleme kompulsiyonu ve kontrol kompulsiyonlarından oluştuğu bildirilmiştir (7,250,251). Literatüre bakıldığında en sık görülen obsesyonların kirlenme, saldırganlık ve şüphe/kuşku obsesyonları olduğu, en sık görülen kompulsiyonların ise yıkama/temizleme ve kontrol kompulsiyonları olduğu gözlenmektedir. Çalışmalarda birinci ve ikinci sırada yer alan obsesyon ve kompulsiyonlar yer değiştirebilmektedir, bizim çalışmamızda da yüzdeler arasında küçük farklılıklar mevcuttur.

Bu alanda yapılan diğer çalışmalarda, erişkinlerde sık görülen obsesyon ve kompulsiyonların çocuk ve ergenlerde de sık olarak görüldüğü belirtilmiş ancak sayma kompulsiyonunun çocuk ve ergenlerde erişkinlere göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir (252,253). Bizim çalışmamızda da çocukların %19.4'ünde sayma kompulsiyonu bulunduğu tespit edilmiştir. Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda sayma kompulsiyonu %14-42 oranında saptanmıştır (15,23,26,30,236,246,254,255). Bizim çalışmamızdaki bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalardaki sonuçlara benzerlik göstermektedir. Türkiye'de erişkinlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %7.5'inde sayma kompulsiyonu bulunduğu (243), yine Türkiye'de Elazığ'da erişkinlerle yapılan bir çalışmada da kadınların %13.6'sında, erkeklerin %12.5'inde sayma kompulsiyonu bulunduğu saptanmıştır (256). Bu sonuçlar literatürde bulunan çocuk ve ergenlerde sayma kompulsiyonunun erişkinlere göre daha sık görüldüğü bilgisiyle uyumludur.

Brezilyada yapılan epidemiyolojik bir çalışmada D-YBOCS (Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Boyutsal Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği) kullanılarak semptom boyutları incelenmiş, OKB ergenlerde en sık diğer obsesyon ve kompulsiyonların (bilme veya hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme korkusu, tam doğru şeyi söyleyememe korkusu, istenmeyen (şiddet içermeyen), zihni

meşgul eden görüntüler ve sesler, kelimeler, sayılar veya müzik duymak, eşyalarını kaybetmekten korkma, uğurlu-uğursuz sayılar ve diğer obsesyonlar; zihinsel törenler (toplama ve sayma dışında), söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi, kendine, başkalarına zarar gelmemesi için veya kötü durumlara karşı önlem alma (kontrol etme dışında), tören haline gelmiş yemek yeme davranışları, aşırı uzun liste hazırlama, dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi, "tam yerinde" olduğunu hissedene dek dokunma veya eşyaları düzenleme ihtiyacı, göz kırpmaya veya gözünü bir noktaya dikmeyi içeren törensel davranışlar ve diğer kompulsiyonlar) oluşturduğu diğer semptom boyutunun, ikinci sıklıkta ise simetri semptom boyutunun görüldüğü bildirilmiştir (230). Rosario-Campos ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışma sonuçları da benzer şekildedir, diğer obsesyon ve kompulsiyonların oluşturduğu diğer semptom boyutunun %85 sıklıkta gözlemlendiği, simetri semptom boyutunun ise %86 oranı ile ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir (257). Bizim çalışmamızda sıralama/düzenleme kompulsiyonu %63.4 oranında, diğer kompulsiyonlar ise %57 oranında, diğer obsesyonlar %51.6 oranında saptanmıştır. Her iki çalışmada da DY-BOCS (Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Boyutsal Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği) kullanılmış olması, semptom boyutlarının incelenmiş olması, bizim çalışmamızda ise CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) uygulanması bu farklılığa neden olmuş olabilir. Yapılan diğer çalışmalarda sıralama/düzenleme kompulsiyonunun %17-62, diğer kompulsiyonların %26-53, diğer obsesyonların %10-55 oranlarında görüldüğü bildirilmiştir (15,23,26,30,236,246,254,255). Bizim bulgularımız da literatür ile uyumludur.

Bizim çalışmamızda dini obsesyonların %58.1 sıklığında görüldüğü belirlenmiştir. Geller ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada, ergenlerde cinsel ve dinsel obsesyonların erişkinlerden daha sık görüldüğü bildirilmiştir (258). Bazı çalışmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu olarak dini obsesyonların %50-%60 oranında görüldüğü bildirilmiştir (259,260). Toplumlar arasında dini obsesyonların sıklığı farklılık göstermektedir. İngiliz ve Hindu olgularda dinsel obsesyonların daha düşük oranlarda saptandığı bildirilmiştir (259). Dini obsesyonlarda görülen yüksek oranlar, toplumlar arasında dinin temizliğe verdiği önem ve dini duyguların yaygınlığı ile ilişkilendirilmiştir (259,260). Yapılan bir çalışmada da dini obsesyon sıklığının sosyokültürel farklılıklardan etkilenebileceği bildirilmiştir (243). Erişkinlerle yapılan

bir çalışmada dini obsesyonların en sık görülen obsesyonlar arasında 4. sırada olduğu (243), bir diğer çalışmada ise 2.sırada yer aldığı bildirilmiştir (256). Her iki çalışmada Türkiye’de erişkinlerle yapılmıştır. Bizim olgularımızda da literatürle uyumlu olarak dini obsesyonlarda yüksek oranlar saptanmıştır.

Mataix-Cols ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada cinsel obsesyonun erkeklerde, biriktirme obsesyonunun ise kızlarda daha sık görüldüğü, Brezilya’da yapılan epidemiyolojik çalışmada da sonuçların benzer şekilde bulunduğu bildirilmiştir (230, 250). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak biriktirme obsesyonunun kızlarda, cinsel obsesyonun ise erkeklerde daha sık görüldüğü belirlenmiştir.

Torresan ve arkadaşları (2009) cinsel, dinsel obsesyonlar ve zihinsel ritüellerin erkeklerde daha sık olduğunu bildirmişlerdir (261). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde cinsel, dinsel obsesyonlar ve zihinsel ritüellerin erkeklerde daha sık görüldüğü belirlenmiştir.

Masi ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada, düzenleme ve simetrisinin erkeklerde, kirlenme ve temizlemenin ise kızlarda sık olduğunu bildirmişlerdir (262). Bizim çalışmamızda ise düzenleme ve simetri, kirlenme ve temizlemenin kızlarda erkeklere göre küçük bir farkla daha sık gözlemlendiği saptanmıştır. Sonuçlardaki bu farklılık örneklem seçiminden ve örneklem büyüklüğünden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda olgularda biriktirme/saklama obsesyonu %21.5, biriktirme/toplama kompulsiyonu ise %32.3 oranında saptanmış, biriktirme/saklama obsesyonunun tersine, biriktirme/toplama kompulsiyonu erkeklerde kızlara göre daha yüksek oranda saptanmıştır. Bir başka çalışmada da çocukların %36’sında biriktirme/saklama obsesyonu, %42’sinde biriktirme/toplama kompulsiyonunun görüldüğü bildirilmiştir (30). Bir çalışmada ise biriktirme/saklama obsesyonunun ve biriktirme/toplama kompulsiyonunun hiç saptanmadığı (110), başka bir çalışmada ise biriktirme/saklama obsesyonunun taranmadığı, biriktirme/toplama kompulsiyonunun ise çok düşük oranlarda (%0.4) saptandığı bildirilmiştir (228). Bu çalışmaların ikincisi metodolojik olarak farklılık göstermektedir. Sonuçlar çalışmaların metodolojik farklılıklarından, örneklem seçiminden ve örneklem büyüklüğünden etkilenmiş olabilir. Çocukların obsesyon ve kompulsiyonlarına yönelik içgörülerinin

az olması, obsesyon ve kompulsiyonları olağan davranışlar olarak algılamaları, kendilerini sözel olarak ifade etmekte zorlanmaları veya bu semptomlardan utanmaları nedeni ile gizleme eğiliminde olmaları da oranlardaki farklılığın nedenlerinden biri olabilir (21,228).

Bizim çalışmamızda çocukların %33.3'ünde büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları saptanmıştır. Hanna (1995) yaptığı çalışmada büyüsel düşünce/batıl inanç obsesyonlarını %26 oranında saptamıştır (30). Riddle ve arkadaşları (1990) yaptıkları çalışmada, olguların yaklaşık 1/4'ünde belirli kelime, sayı ve renkler ile ilgili büyüsel düşüncelerin bulunduğunu bildirilmişlerdir (15). Riddle ve arkadaşlarının (1990) çalışmasında saptanan oranın, bizim çalışmamıza göre daha düşük olması beklenen bir durumdur çünkü Riddle ve arkadaşlarının (1990) çalışmasındaki oran sadece belirli kelime, sayı ve renkler ile ilgili olan verilerdir. Bizim çalışmamızda ise büyüsel düşünce ve batıl inanç obsesyonları daha geniş kapsamda değerlendirilmiştir. Bu durum çalışmamızdaki oranların neden daha yüksek bulunduğunu açıklayabilir. Literatür ile bizim çalışmamızda saptanan oran arasında önemli farklılık gözlenmemiştir. Sonuçlar örneklem büyüklüğü ve seçiminden etkilenmiş olabilir.

Çalışmamızda hem çocuklara CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) uygulanmış hem de ailelerden çocukların obsesyon ve kompulsiyonları ile ilgili detaylı anamnez alınmıştır. CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) ölçeğindeki her madde ailelere de sorulmuştur. Bu şekilde gözden kaçan ya da atlanan obsesyon ve kompulsiyonların mümkün olduğu kadar azaltılması amaçlanmıştır. Bu nedenle sadece çocukla değerlendirme yapılmış olan diğer çalışmalara göre obsesyon ve kompulsiyon oranlarımız daha yüksek saptanmış olabilir. Çocukların obsesyon ve kompulsiyonlarına yönelik içgörülerinin az olması, obsesyon ve kompulsiyonları olağan davranışlar olarak algılamaları, kendilerini sözel olarak ifade etmekte zorlanmaları veya bu semptomlardan utanmaları nedeni ile gizleme eğiliminde olmaları (21,228) nedeni ile CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) ayrı ayrı hem çocuğa hem de çocuğun rahatsızlığı ile ilgili olarak ebeveynlerine uygulanmıştır. Ayrıca çalışmalardaki sonuçlar metodolojik farklılıklardan, örneklem seçiminden, kullanılan tarama aracından ve hasta yaşından etkilenmiş olabilir.

Çalışmamıza katılan çocukların obsesyon puanları değerlendirildiğinde ortalama puan 14.35 ± 2.94 (6-19), kompulsiyon puanları değerlendirildiğinde ortalama puan 14.05 ± 2.23 (4-18), toplam puan değerlendirildiğinde ortalama puan 28.54 ± 4.41 (17-35) olarak hesaplanmıştır. Olguların CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) puanları değerlendirildiğinde; obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlar açısından kızlar ile erkekler arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hanna (1995) yaptığı çalışmada CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) toplam puanını 24.4 ± 6.4 (13-36) olarak bildirmiştir (30). Brezilya’da 75 OKB ergen ile yapılan epidemiyolojik bir çalışmada da YBOCS toplam puanı 21.1 ± 4.1 , obsesyon puanı 10.1 ± 2.4 , kompulsiyon puanı 10.9 ± 2.8 olarak bildirilmiş, bizim çalışmamızla uyumlu olarak kızlar ve erkekler arasında obsesyon ve kompulsiyon puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (230). Bizim çalışmamızda saptanan CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) puanlarının daha yüksek olmasının nedeni ciddi olguların üniversite hastanesine başvurması ve/veya ailelerin çocuklarında ciddi, ağır semptomlar gördüğünde hekime başvurmaları olabilir. Ayrıca çalışmalar arasındaki farklılıklar örneklem seçiminden, metodolojik farklılıklardan ve hasta yaş grubundan etkilenmiş olabilir.

Çocukların %78.5’inde OKB tanısına eşlik eden ruhsal bozukluk saptanmıştır. Kızların %74.1’inde, erkeklerin %84.6’sında eş tanı saptanmıştır. Çocuklarda OKB tanısına sıklıkla başka bir psikiyatrik eksen-1 tanısı eşlik etmektedir (23). Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, OKB tanısına eşlik eden ruhsal bozuklukların oranı %44.5-%85 olarak tespit edilmiştir (7,23,24,110,230,251,263). Bizim çalışmamız literatür ile uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) puanlarının yüksek saptanması, ciddi OKB olgularının çalışmamızda yer aldığını göstermektedir. Bu durum olgularımızda daha yüksek oranda bir başka ruhsal bozukluğun eşlik ediyor olmasının bir nedeni olabilir. Çalışmamızın prospektif-tanımlayıcı desenli bir çalışma olması da eş tanı sıklığının daha yüksek saptanmasının bir başka nedeni olabilir.

Çocukların eş tanıları incelendiğinde; %61.3’ünde anksiyete bozukluğu (%46.2’sinde özgül fobi, %33.3’ünde ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %23.7’sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %21.5’inde performans anksiyetesi, %10.8’inde sosyal fobi, %1.1’inde panik bozukluk, %1.1’inde akut stres bozukluğu), %31.2’sinde

dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %30.1'inde tik bozukluğu, %17.2'sinde alışkanlık bozukluğu, %15.1'inde beden dismorfik bozukluğu, %10.8'inde depresif bozukluk, %9.7'sinde enürezis, %8.6'sında karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %6.5'inde özgül öğrenme bozukluğu, %5.4'ünde davranım bozukluğu, %5.4'ünde fonolojik bozukluk, %3.2'sinde yeme bozukluğu, %2.2'sinde yaygın gelişimsel bozukluk, %1.1'inde bipolar bozukluk, %1.1'inde enkoprezis, %1.1'inde konversiyon bozukluğu, %1.1'inde kekemelik bulunduğu tespit edilmiştir.

Kızların eş tanıları incelendiğinde; %64.8'inde anksiyete bozukluğu (%61.1'inde özgül fobi, %35.2'sinde ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %25.9'unda yaygın anksiyete bozukluğu, %24.1'inde (n=13) performans anksiyetesi, %1.9'unda sosyal fobi, %1.9'unda panik bozukluk), %22.2'sinde beden dismorfik bozukluğu, %20.4'ünde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %20.4'ünde tik bozukluğu, %20.4'ünde alışkanlık bozukluğu, %13'ünde depresif bozukluk, %7.4'ünde karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %5.6'sında enürezis, %3.7'sinde davranım bozukluğu, %3.7'sinde yeme bozukluğu, %1.9'unda fonolojik bozukluk, %1.9'unda özgül öğrenme bozukluğu, %1.9'unda yaygın gelişimsel bozukluk, %1.9'unda bipolar bozukluk, %1.9'unda (n=1) kekemelik bulunduğu tespit edilmiştir.

Erkeklerin eş tanıları incelendiğinde; %56.4'ünde anksiyete bozukluğu (%30.8'inde ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %25.6'sında özgül fobi, %23.1'inde sosyal fobi, %20.5'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %17.9'unda performans anksiyetesi, %2.6'sında akut stres bozukluğu), %46.2'sinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %43.6'sında tik bozukluğu, %15.4'ünde enürezis, %12.8'inde alışkanlık bozukluğu, %12.8'inde özgül öğrenme bozukluğu, %10.3'ünde karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %10.3'ünde fonolojik bozukluk, %7.7'sinde depresif bozukluk, %7.7'sinde davranım bozukluğu, %5.1'inde beden dismorfik bozukluğu, %2.6'sında yeme bozukluğu, %2.6'sında yaygın gelişimsel bozukluk, %2.6'sında enkoprezis, %2.6'sında konversiyon bozukluğu bulunduğu tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda olgularda OKB tanısına en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun özgül fobi tanısı (%46.2) olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda özgül fobi tanısının olgularda ilk sırada yer almasının nedeni çalışmamızda eş

tanıların detaylı sorgulanmış olması olabilir. Çoğu çalışmada özgül fobi tanısı toplumda sık görülen bir bozukluk olduğu için önemsenmiyor, hasta şikayetini dile getirmedikçe sorgulanmıyor ve tanı atlanıyor olabilir. Özgül fobi prevalansının yaş ile azaldığı bildirilmiştir (1). Çalışmamızda olgularımızın yaş ortalaması 11.5 ± 3.97 (3-17) yıl olduğu için özgül fobi tanısı diğer yaş grupları ile yapılan çalışmalara göre daha yüksek oranda saptanmış olabilir.

Çalışmamızda olgularda en sık gözlenen ikinci ruhsal bozukluğun ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%33.3) olduğu saptanmıştır. Valleni-Basile (1994) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada OKB tanısına eşlik eden ayrılık anksiyetesi bozukluğunun %34 oranında olduğu bildirilmiş, en sık eşlik eden ikinci ruhsal bozukluk olduğu belirtilmiştir (6). Türkbay ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da çocuk ve ergenlerde OKB tanısına en sık eşlik eden ikinci ruhsal bozukluğun ayrılık anksiyetesi bozukluğu olduğu bildirilmiştir (110). Boileau (2011) yazdığı derlemesinde, eşlik eden anksiyete bozukluklarının çocuklarda ve ergenlerde yaygın olarak görüldüğünü, çocuk OKB olgularında %56, ergen OKB olgularında %35 oranında ayrılık anksiyetesi bozukluğunun OKB tanısına eşlik etmekte olduğunu bildirmiştir. Aynı derlemeye diğer anksiyete bozukluklarının da OKB tanısına eşlik etme sıklığının %31 oranında olduğu belirtilmiştir (40). Ayrılık anksiyetesi bozukluğuna sıklıkla başka bir anksiyete bozukluğu tanısı eşlik etmektedir (2). Çocuklarda ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısına en sık yaygın anksiyete bozukluğu ve özgül fobi tanıları eşlik etmektedir (2). Bizim çalışmamızda her 3 hastanın 1'inde ayrılık anksiyetesi bozukluğu saptanmış olup, çoğu hastada diğer anksiyete bozuklukları da ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısına eşlik etmektedir. Çalışmamızda olgularda en sık eşlik eden üçüncü ruhsal bozukluğun DEHB (%31.2) olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, erişkin OKB olgularında yıkıcı davranış bozukluklarının çok fazla raporlanmadığı ancak çocukların %51'i ve ergenlerin %36'sında eşlik eden DEHB görüldüğü, KOKGB için bu oranın çocuklarda %51 ve ergenlerde %47 olarak bulunduğu bildirilmiştir (40). Storch ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmanın sonuçları; OKB tanısı ile yıkıcı davranış bozukluğu birlikteliğinin, kötü aile şartları, ailenin sosyokültürel seviyesinde düşüklük, hastalık ile baş etmede yetersizlik ile ilişkili olduğunu, OKB semptomlarının daha ciddi ve içe yönelim sorunlarının daha sık olduğunu, bu

hastalara 3.6 kat daha fazla atipik antipsikotik reçete edildiğini göstermiştir (111). Çalışmamızda da OKB tanısına yüksek oranda DEHB tanısının eşlik ettiği saptanmıştır.

Çalışmamızda en sık görülen dördüncü ruhsal bozukluğun tik bozukluğu (%30.1) olduğu saptanmıştır. Boileau (2011) yazdığı derlemesinde, Tourette bozukluğunun OKB olan çocukların %25'inde, ergenlerin ise %9'unda görüldüğünü bildirmiştir (40). Bu derlemede bizim çalışmamıza göre oranın düşük saptanmasının nedeni sadece Tourette bozukluğunun araştırılması, diğer tik bozukluğu oranlarına bakılmamış olması olabilir. Bir başka çalışmada da OKB tanılı çocukların 2/3'ünde tik bozukluğu eş tanısının bulunduğu bildirilmiştir (224). Çalışmalarda; çocukluk çağında görülen OKB'ye, erişkin dönemde görülen OKB'ye göre daha yüksek oranda tik benzeri kompulsiyonların, tik bozukluklarının ve DEHB tanısının eşlik ettiği belirtilmiştir (23, 117). Swedo ve Kalra (2009) OKB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun tik bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (31). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak çocuk ve ergenlerde OKB tanısına yüksek oranda tik bozukluklarının eşlik ettiği saptanmıştır.

Cinsiyetlere göre eş tanılara bakıldığında kızlarda en sık özgül fobi (%61.1), erkeklerde en sık DEHB (%46.2) görüldüğü, kızlarda ikinci sırada ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%35.2), erkeklerde ise ikinci sırada tik bozukluklarının (%43.6) görüldüğü saptanmıştır.

Çalışmamızda özgül fobi kızların %61.1'inde, erkeklerin ise %25.6'sında görülmekte, özgül fobi istatistiksel olarak anlamlı şekilde kızlarda daha yüksek oranda görülmektedir. Kadın cinsiyette özgül fobi yaklaşık 2 kat daha sık gözlenmektedir. Özellikle hayvan, doğal afetler, durumsal özgül fobiler kadınlarda daha sık gözlenmekte iken kan-enjeksiyon-yaralanma fobileri her iki cinsiyette hemen hemen eşit oranda gözlenmektedir (2). Torresan ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamızla uyumlu olarak özgül fobi görülme sıklığı kızlarda daha yüksek oranlarda bildirilmiştir (261). Mersin'de yapılmış olan retrospektif bir çalışmada kızlarda en sık yaygın anksiyete bozukluğu (%21.8) görüldüğü belirlenmiştir (228). Yaygın anksiyete bozukluğu bizim çalışmamızda sıklık sıralamasında kızlarda üçüncü sırada yer almaktadır. Bizim çalışmamızda

birinci sırada yer alan özgül fobinin sorgulanmadan ifade edilmemesi ve olguların bu şikayet ile hekime başvurmamaları da bu farklılığın nedeni olabilir. Bu durum özgül fobi tanı ve tedavisini engellemekte, olguların ihmal edilmesine neden olmaktadır.

Çalışmamızda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu erkeklerin %46.2'sinde, kızların ise %20.4'ünde görülmekte, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerde daha yüksek oranda görülmektedir. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak bir başka çalışmada da DEHB eş tanısının erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (264). Mersin'de yapılmış olan retrospektif bir çalışmada da bizim çalışmamızla uyumlu olarak erkeklerde en sık DEHB (%37.3) eş tanısının görüldüğü belirlenmiştir (228).

Çalışmamızda tik bozukluğu erkeklerin %43.6'sında, kızların ise %20.4'ünde görülmekte, tik bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerde daha yüksek oranda görülmektedir. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak birçok çalışmada da tik bozukluğunun erkek OKB olgularına daha sık eşlik ettiği bildirilmiştir (230,261,262,264). DEHB ve Tik bozuklukları nörogelişimsel bozukluklar çerçevesinde değerlendirilmekte ve OKB tanısına eşlik etmeseler de her iki bozuklukta erkek cinsiyette daha yüksek oranda gözlenmektedir (2).

Çalışmamızda depresif bozukluk sıklığı %10.8 olarak belirlenmiş, kızların %13'ünde, erkeklerin %7.7'sinde depresif bozukluk saptanmıştır. Bazı çalışmalarda OKB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun depresif bozukluk olduğu belirtilmektedir (6,7,15,24,30). Epidemiyolojik bir alan çalışmasında da ergen yaş grubunda OKB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun depresif bozukluk (%17.3) olduğu bildirilmiştir (230). Kaplan ve Sadock (1995) OKB olgularının 1/3'ünde depresif bozukluk geliştiğini bildirmişlerdir (37). Lise öğrencileri ve erişkinlerle yapılan çalışmalarda depresif bozukluğun OKB tanısına eşlik eden en sık ruhsal bozukluk olması beklenen bir durumdur, literatür incelendiğinde çocukluk çağında görülen OKB'ye tik bozukluklarının, tik benzeri kompulsyonların ve DEHB tanısının daha sık eşlik ettiği (23,117), yaş ilerledikçe depresif bozukluk eş tanısının arttığı bilinmektedir (117). Bizim çalışmamızda depresif bozukluk OKB tanısına en sık eşlik eden ruhsal bozukluklardan biri değildir, bu durumun nedeni örneklemdeki yaş seçimleri, yaş aralıkları, örneklem büyüklüğü, metodolojik

farklılıklar ve tarama yöntemlerindeki farklılıklar olabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda ÇDŞG-ŞY (K-SADS-PL) uygulaması ile çoğu çalışmada atlanmış olabilecek tüm ruhsal bozuklukların detaylı olarak hem ebeveynle hem de çocukla ayrı ayrı değerlendirilmesi sonucu diğer ruhsal bozuklukların da saptanmış olması, depresif bozukluk eş tanısının daha alt sıralarda yer almasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda beden dismorfik bozukluk kızların %22.2'sinde, erkeklerin %5.1'inde görülmekte, beden dismorfik bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı şekilde kızlarda daha yüksek oranda görülmektedir. Literatür incelendiğinde de bizim çalışmamızla uyumlu olarak ergenlik döneminde kızların erkeklere göre daha fazla beden imgesi ile ilgili memnuniyetsizlik yaşadığı bildirilmiştir (265). Kız ve erkek cinsiyetler arasında farklılıklar saptanmıştır. Kızların daha çok kilo ve vücut kılları ile ilgili kaygılar taşımakta olduğu, erkeklerin ise kas yapısı ve vücut şekli ile ilgili kaygılandığı bildirilmiştir (266). Bu literatürlere göre beden dismorfik bozukluğun kız cinsiyette daha yüksek oranda görülmesi beklenen bir durumdur.

Sosyal fobi erkeklerde %23.1, kızlarda %1.9 oranında görülmekte, sosyal fobi istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerde daha yüksek oranda görülmektedir. Literatür incelendiğinde, erişkinlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalar ve toplum tabanlı çalışmalarda sosyal fobinin kadın cinsiyette daha sık görüldüğü belirtilirken, çoğu klinik örneklem ve çalışmalarda, sosyal fobinin kadın ve erkek cinsiyette eşit sıklıkta ya da erkek cinsiyette daha sık görüldüğü bildirilmektedir (1). Ergenlerde ve genç erişkinlerde cinsiyetler arasında farklılık daha belirgindir, sosyal fobi erkek cinsiyette daha yüksek oranda gözlenmektedir (2). Bu durumda cinsel rollerin ve toplumsal beklentilerin rol oynadığı, bu nedenle erkek hastalarda artan bir yardım arayışı olabileceği belirtilmektedir (2). Bizim çalışmamız, çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışma olduğu için sosyal fobi tanısının erkek cinsiyette daha yüksek oranda bulunması literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda alışkanlık bozukluğu %17.2 oranında görülmektedir, alışkanlık bozukluğunun kızlarda erkeklere göre daha sıklıkla görüldüğü saptanmıştır. Çalışmamızda alışkanlık bozuklukları içerisinde tırnak yeme, deri yolma, burun karıştırma gibi davranışlar sınıflandırılmıştır. Torresan ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde deri yolma kızlarda daha

yüksek oranlarda bildirilmiştir (261). Literatür incelendiğinde deri yolma davranışının OKB tanısına sıklıkla eşlik eden ruhsal bozukluklardan biri olduğu (%9.3-12.8) belirtilmiştir (120,230). Bizim çalışmamızda deri yolma davranışı alışkanlık bozukluğu başlığı altında diğer bozukluklarla birlikte gruplandırıldığı için deri yolma davranışının çalışmamızdaki net yüzdesi bilinmemektedir. Ancak çalışmamızda alışkanlık bozukluğunun %17.2 oranında görülmesinden yola çıkarak deri yolma davranışının çok düşük yüzdelerde olmayacağını yordayabiliriz.

Bizim çalışmamızda OKB'ye eşlik eden yeme bozukluğu tanısı, kız olguların %3.7'sinde, erkek olguların %2.6'sında tespit edilmiştir. Fireman ve arkadaşlarının (2001) yılında yaptıkları yaklaşık 1.7 milyon bireyin (yaş $\geq$ 6) tarandığı OKB prevalans çalışmasında, erişkin olgularda OKB'ye eşlik eden ruhsal bozukluklar incelendiğinde yeme bozuklukları eş tanısı dışında cinsiyetler arasında eşlik eden ruhsal bozukluklar açısından önemli farklılık tespit edilmemiştir (267). Bu çalışmada yeme bozukluğu eş tanısı erişkin kadınlarda %5, çocuk ve ergen kız olgularda yaklaşık %11 olarak saptanmıştır (267). Mersinde çocuk ve ergenler ile yapılan retrospektif bir çalışmada da yeme bozukluğu kız olguların %1.06'sında, erkek olguların %0.4'ünde tespit edilmiştir (228). Sonuçlardaki farklılıkların nedeni örneklemlerdeki yaş seçimleri, yaş aralıkları, örneklem büyüklüğü, metodolojik farklılıklar ve tarama yöntemlerindeki farklılıklar olabilir.

Çalışmamızda konuşma bozuklukları (%6.5) grubunda fonolojik bozukluk %5.4, kekemelik ise %1.1 olarak belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde OKB tanısına eşlik eden ruhsal bozukluklarda konuşma bozukluklarına sık rastlanmamaktadır. Küçük yaş gruplarında gelişimsel süreçte kekemelik ve fonolojik bozukluklar daha sıklıkla görülmektedir (268). Bizim çalışmamızdaki sonuçların yaş grupları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan olgular başlangıç yaşlarına göre değerlendirildiğinde, olguların %72.1'inin erken başlangıçlı ($\leq$ 10 yaş), %27.9'unun geç başlangıçlı ($>$ 10 yaş) olduğu belirlenmiştir. Erken başlangıç OKB ($\leq$ 10 yaş) ile geç başlangıç OKB ($>$ 10 yaş) açısından kızlar ile erkekler arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak Rosario-Campos ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada da erken başlangıçlı OKB ve geç

başlangıçlı OKB olgularında cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır (269). Literatür incelendiğinde eski çalışmalarda, erken başlangıçlı OKB’de erkek cinsiyet üstünlüğünden söz edilmektedir (9,229,270,271) ancak erken başlangıçlı OKB ve geç başlangıçlı OKB’nin klinik özelliklerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada da erkek cinsiyet üstünlüğü gösterilememiştir (272). Bizim çalışmamızda da son çalışmalarla uyumlu olarak erken başlangıçlı OKB tanısı alan olgularda erkek cinsiyet üstünlüğü gösterilememiştir.

Erken başlangıçlı OKB’de belirlenen obsesyonlar incelendiğinde; %85.1’inde kirlenme obsesyonu, %71.6’sında saldırganlık obsesyonu, %56.7’sinde şüphe/kuşku obsesyonu, %55.2’sinde dini obsesyon, %49.3’ünde somatik obsesyon, %46.3’ünde diğer obsesyonlar, %29.9’unda büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları, %22.4’ünde biriktirme/saklama obsesyonu, %11.9’unda cinsel obsesyonlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Erken başlangıçlı OKB’de belirlenen kompulsiyonlar incelendiğinde; %82.1’inde kontrol etme kompulsiyonu, %80.6’sında diğer insanları içeren törensel davranışlar, %79.1’inde yıkama/temizleme kompulsiyonu, %68.7’sinde tekrarlayıcı törensel davranışlar, %65.7’sinde sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %59.7’sinde diğer kompulsiyonlar, %55.2’sinde aşırı büyüsel düşünceler/batıl inanışlar, %38.8’inde biriktirme/toplama kompulsiyonu, %17.9’unda sayma kompulsiyonlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Geç başlangıçlı OKB’de belirlenen obsesyonlar incelendiğinde; %84.6’sında saldırganlık obsesyonu, %80.8’inde kirlenme obsesyonu, %73.1’inde şüphe/kuşku obsesyonu, %65.4’ünde dini obsesyon, %65.4’ünde diğer obsesyonlar, %42.3’ünde büyüsel düşünceler/batıl inanç obsesyonları, %42.3’ünde somatik obsesyon, %23.1’inde cinsel obsesyon, %19.2’sinde biriktirme/saklama obsesyonlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Geç başlangıçlı OKB’de belirlenen kompulsiyonlar incelendiğinde; %96.2’sinde kontrol etme kompulsiyonu, %84.6’sında yıkama/temizleme kompulsiyonu, %69.2’sinde tekrarlayıcı törensel davranışlar, %69.2’sinde diğer insanları içeren törensel davranışlar, %65.4’ünde aşırı büyüsel düşünceler/batıl inanışlar, %55.7’sinde sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %50’sinde diğer

kompulsiyonlar, %23.1’inde sayma kompulsiyonu, %15.4’ünde biriktirme/toplama kompulsiyonlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Erken başlangıçlı OKB’de en sık görülen obsesyon kirlenme obsesyonu (%85.1) iken ikinci sırada saldırganlık obsesyonu (%71.6), üçüncü sırada şüphe/kuşku obsesyonu (%56.7) yer almıştır, geç başlangıçlı OKB’de ise en sık görülen obsesyon saldırganlık obsesyonu (%84.6) iken ikinci sırada kirlenme obsesyonu (%80.8), üçüncü sırada şüphe/kuşku obsesyonu (%73.1) bulunmaktadır. Hem erken hem de geç başlangıçlı OKB’de en sık görülen kompulsiyon kontrol etme kompulsiyonudur (sırasıyla %82.1, %96.2). Erken başlangıçlı OKB’de ikinci sırada diğer insanları içeren törensel davranışlar bulunurken (%80.6), üçüncü sırada yıkama/temizleme (%79.1) kompulsiyonu yer alır. Geç başlangıçlı OKB’de ikinci sırada yıkama/temizleme (%84.6) kompulsiyonu, üçüncü sırada tekrarlayıcı törensel davranışlar (%69.2) ve diğer insanları içeren törensel davranışlar (%69.2) bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde bir çalışmada erken başlangıçlı OKB’de daha yüksek oranda törensel davranışların bulunduğu, daha sık biriktirme/saklama obsesyonu ve biriktirme/toplama kompulsiyonunun görüldüğü bildirilmiş, biriktirme/saklama obsesyonu, biriktirme/toplama kompulsiyonu ve törensel davranışların dışındaki obsesyon ve kompulsiyonlar arasında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (269). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak erken başlangıçlı OKB’de törensel davranışlar, biriktirme/saklama obsesyonu ve biriktirme/toplama kompulsiyonu geç başlangıçlı OKB’ye daha yüksek oranda saptanmıştır.

Erken başlangıçlı OKB’de belirlenen eş tanımlar incelendiğinde; % 49.3’ünde özgül fobi, %37.3’ünde ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %31.3’ünde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %29.9’ unda tik bozukluğu, %23.9’unda yaygın anksiyete bozukluğu, %19.4’ ünde performans anksiyetesi, %16.4’ünde alışkanlık bozukluğu, %13.4’ünde enürezis, %11.9’unda sosyal fobi, %11.9’unda depresif bozukluk, %10.4’ünde beden dismorfik bozukluğu, %9’unda özgül öğrenme bozukluğu, %7.5’inde karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %6’sında fonolojik bozukluk, %4.5’inde davranım bozukluğu, %4.5’inde yeme bozukluğu, %3’ünde yaygın gelişimsel bozukluk, %1.5’inde bipolar bozukluk, %1.5’inde enkoprezis,

%1.5'inde konversiyon bozukluğu, %1.5'inde kekemelik, %1.5'inde akut stres bozukluğu bulunduğu tespit edilmiştir.

Geç başlangıçlı OKB'de belirlenen eş tanımlar incelendiğinde; % 38.5'inde özgül fobi, %30.8'inde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %30.8'inde tik bozukluğu, %26.9'unda performans anksiyetesi, %23.1'inde ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %23.1'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %19.2'sinde alışkanlık bozukluğu, %26.9'unda beden dismorfik bozukluğu, %11.5'inde karşı olma-karşı gelme bozukluğu, %7.7'sinde depresif bozukluk, %7.7'sinde davranım bozukluğu, %7.7'sinde sosyal fobi, %3.8'inde fonolojik bozukluk, %3.8'inde panik bozukluk bulunduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda erken başlangıçlı OKB ve geç başlangıçlı OKB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun özgül fobi olduğu belirlenmiştir (sırasıyla %49.3,%38.5). Erken başlangıçlı OKB'de en sık eşlik eden ikinci ruhsal bozukluğun ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%37.3), üçüncü sırada DEHB (%31.3), dördüncü sırada tik bozukluğu (%29.9) olduğu, geç başlangıçlı OKB'de ise DEHB (%30.8) ve tik bozukluğunun (%30.8) ikinci sırada yer aldığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde erken başlangıçlı OKB'de daha yüksek oranda tik bozukluğu, yıkıcı davranış bozuklukları ve Tourette bozukluğu görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (23,255,273). Erken ve geç başlangıçlı OKB tanısına eşlik eden ruhsal bozuklukların değerlendirildiği bir çalışmada; iki grup arasında, tik ve Tourette bozukluğu dışında OKB tanısına eşlik eden bozukluklar açısından anlamlı farklılığın saptanmadığı, erken başlangıçlı OKB olgularında tik ve Tourette bozukluğunun anlamlı olarak daha sık gözlemlendiği bildirilmiştir. Ancak bu çalışmada olguların sadece değerlendirildikleri zamandaki eş tanımları değil hayat boyu DSM-IV tanı kriterlerine göre eşlik eden başka bir eksen-1 tanısını karşılayıp karşılamadığı incelenmiştir (269). Bizim çalışmamızda ise olguların şu anda mevcut olan eş tanımları değerlendirilmiş, geçmiş eş tanımları verilere girilmemiştir. Olgular geçmişte tik bozuklukları tanı kriterlerini karşılamış hatta tedavi bile almış olabilirler ancak bu bilgiler değerlendirmeye alınmamıştır. Bu durum sonuçlardaki farklılığa neden olmuş olabilir. Yaş grubu olarak değerlendirildiğinde erken başlangıçlı OKB'de ayrılık anksiyetesi bozukluğunun ve özgül fobinin daha yüksek oranda saptanması beklenen bir durumdur. Yapılan çalışmalarda ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile özgül

fobinin çok erken başlangıçlı ruhsal bozukluklar olduğu, ortalama başlangıç yaşlarının 7 yaş olduğu bildirilmiştir (274,275).

Çalışmamızda erken başlangıçlı OKB tanısına eşlik eden DEHB eş tanısı (%31.3) üçüncü sırada yer almasına rağmen, geç başlangıçlı OKB tanısına eşlik eden en sık ikinci ruhsal bozukluk olan DEHB (%30.8) eş tanısından oran olarak daha yüksek sıklıktadır. Erken başlangıçlı OKB tanısına eşlik eden tik bozukluğu eş tanısı %29.9, geç başlangıçlı OKB tanısına eşlik eden tik bozukluğu eş tanısı ise %30.8 oranında görülmekte, arada küçük bir yüzdesel fark bulunmaktadır. Çalışmaya katılan olguların %72.1'inin erken başlangıçlı OKB tanısının, %27.9'unun geç başlangıçlı OKB tanısının olması, örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması iki grup arasında değerlendirme yapmayı zorlaştıran faktörlerden biridir. Bu duruma ek olarak, hastalarımıza mevcut olan eş tanılar göz önüne alınarak değerlendirme yapılmıştır. Olgular eş tanıları için daha öncesinde tedavi almış ve değerlendirmeyi yaptığımız zaman tanı kriterlerini karşılamamış olabilir. Bu durumlar nedeni ile erken ve geç başlangıçlı OKB tanısı olan olguların eşlik eden ruhsal bozukluklarını kıyaslama konusunda güçlük yaşanmıştır. Ayrıca erken başlangıçlı OKB'nin klinik özellikleri, seyri ve ilaç tedavi yanıtları ile ilgili elimizde kesinlik kazanmış bilgi bulunmamaktadır (269).

Çalışmamızdaki olguların ilaç tedavi durumları değerlendirildiğinde %34.2'sinin bu değerlendirmeyi yaptığımızda herhangi bir ruhsal bozukluk için hiçbir zaman ilaç tedavisi almadığı, %31.1'inin sadece antidepresan tedavi aldığı, %15.1'inin antidepresan ve antipsikotik tedaviyi birlikte aldığı, %5.4'ünün metilfenidat veya atomoksetin tedavisi aldığı, %5.4'ünün antidepresan ve metilfenidat tedavisini birlikte aldığı, %2.2'sinin sadece antipsikotik tedavi aldığı, geriye kalan %6.6'sının çeşitli kombinasyon tedavileri (duygudurum düzenleyiciler, antipsikotikler, antidepresan, metilfenidat ve/veya atomoksetin) aldığı belirlenmiştir.

Çalışmamıza Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 1 Haziran 2013 – 31 Mayıs 2014 tarihleri arasında başvuran OKB tanısı alan çocuk ve ergenler alınmıştır. Değerlendirmeye alınan olguların bir kısmı merkezimizin takipli hastaları iken bir kısmı da merkezimize ilk kez başvuran hastalardan oluşmaktadır. Merkezimizde takipli olan

ve OKB tanısı olan çoğu olgunun tedavisi düzenlenmiştir ancak başka tanıları nedeni ile takip edilirken OKB tanısını henüz almış olan olguların sadece diğer hastalık ve/veya hastalıklar için tedavileri bulunmaktadır. İlk defa merkezimize OKB semptomları ile başvurmuş olan olguların eğer daha önce bir dış merkezde herhangi bir ruhsal bozukluk için aldığı tedavi bulunmakta ise verilere kaydedilmiştir. Çalışmamıza aldığımız çocukların %34.2'si bu değerlendirmeyi yaptığımızda herhangi bir ruhsal bozukluk için hiçbir zaman ilaç tedavisi almamıştı. Bu durum beklediğimiz bir durumu çünkü olgularımızın sadece %15.1'i bizim merkezimize başvurmadan önce başka bir merkeze obsesif kompulsif semptomları nedeni ile başvurmuştu. Çocukların %65.8'i ise bizim değerlendirmemiz sırasında ilaç tedavisi almaktaydı. Bu veri de merkezimizde çocukların bir kısmının tedavisinin düzenlendiğini, bir kısmının OKB dışında eş tanıları nedeni ile de tedavi aldığını, bir kısmının OKB tanısını henüz aldığı için tedavisinin başlanmadığını göstermektedir.

Çalışmamızda olguların %31.1'inin herhangi bir antidepresan tedavi aldığı, %15.1'inin ise herhangi bir antidepresan ve antipsikotik tedaviyi beraber aldığı saptanmıştır. Bulgular literatür ile uyumludur. OKB olgularında tedavide ilk tercih antidepresan grubundan olan SGAİ'lerdir (137). Çalışmalarda SGAİ'lerin antidepresan etkisinden bağımsız olarak antiobsesyonel etkilerinin daha uzun sürede ve daha yüksek dozlarda görüldüğü, antiobsesyonel etkilerinin ilaç kullanımından haftalar sonra postsinaptik reseptörlerde geri çekilme ve desensitivizasyon sonrasında gözlemlendiği bildirilmiştir (137,138). Çocukluk çağındaki OKB hastalarının yaklaşık yarısında tedaviye direnç gözlenmektedir (74). Bu nedenle SGAİ tedavisinin en az 10-12 hafta etkin dozda uygulanması, tedaviden faydalanım görülmezse başka bir SGAİ tedavisine geçilmesi, eğer 2. SGAİ'den de fayda alınamazsa güçlendirme tedavilerine geçilmesi önerilmektedir (74,164). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak antidepresan ve antipsikotik tedavinin (%15.1) beraber kullanıldığı olgular mevcuttur.

Olguların %5.4'ünün metilfenidat veya atomoksetin tedavisi aldığı, %5.4'ünün antidepresan ve metilfenidat tedavisini birlikte aldığı belirlenmiştir. Metilfenidat ve/veya atomoksetin tedavisi DEHB eş tanısı nedeni ile verilmektedir. Sadece metilfenidat ve/veya atomoksetin tedavisi alan %5.4'lük grupta OKB tanısı henüz konulmuştur. Bu nedenle OKB için önerilen ek tedaviler verilere girilmemiştir.

SONUÇLAR

Bu çalışmada, OKB tanılı çocuk ve ergenlerde; OKB'nin başlangıç yaşını, ailelerin sosyoekonomik düzeyini ve ailede OKB görülme sıklığını, obsesyon ve kompulsiyonların tipini, obsesyon ve kompulsiyonlarda cinsiyet farkının ve başlangıç yaşının öneminin olup olmadığını, eşlik eden diğer ruhsal bozuklukların varlığını, hangi eş hastalıkların ne sıklıkta hangi yaş grubunda ve cinsiyette daha sık görüldüğünü araştırmak amaçlanmıştır. Bu çalışmada;

- 0-18 yaş arası, ÇDŞG-ŞY ile OKB tanısını karşılayan 93 çocuk ve ergen çalışmaya katılmıştır.
- Olgularımızın %58.1'i (n=54) kız ve %41.9'u (n=39) erkek, yaş ortalamaları 11.50 ± 3.97 (3-17) yıldır.
- Olguların belirtilerinin ortaya çıktığı yaş ortalaması 7.79 ± 3.78 (2-15) yıldır.
- Erken başlangıç OKB ile geç başlangıç OKB açısından kızlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.
- Olguların ailelerinin %34.4'ünün (n=32) sosyoekonomik düzeyinin iyi, %61.3'ünün (n=57) sosyoekonomik düzeyinin orta, %4.3'ünün (n=4) sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur.
- Olgularımızın ebeveynlerinin %55.9'unda (n=52) OKB bulunduğu, geniş ailelerinde saptanan en sık ruhsal bozukluğun OKB olduğu tespit edilmiştir.
- Erken başlangıçlı OKB ile geç başlangıçlı OKB arasında çekirdek ailelerinde ve geniş ailelerinde OKB varlığı açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.
- Olgularımızda en sık kirlenme obsesyonu ve kontrol kompulsiyonu bulunduğu tespit edilmiştir. Kızlar ve erkeklerde belirlenen obsesyon ve kompulsiyon tipleri açısından kızlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.
- Erken başlangıçlı OKB'de en sık kirlenme obsesyonu ve kontrol etme kompulsiyonu, geç başlangıçlı OKB'de en sık saldırganlık obsesyonu ve kontrol etme kompulsiyonu bulunduğu tespit edilmiştir.

- Olguların CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) puanları değerlendirildiğinde; obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlar açısından kızlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.
- Erken başlangıçlı OKB ile geç başlangıçlı OKB arasında CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) puanları açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.
- Olgulardaki en sık eş tanımlar; özgöl fobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, tik bozuklukları olarak bulunmuştur.
- Kızların eş tanımları incelendiğinde en sık özgöl fobi eş tanısının bulunduğu, erkeklerde ise en sık dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu eş tanısının bulunduğu tespit edilmiştir.
- Erken ve geç başlangıçlı OKB'ye en sık özgöl fobi eş tanısının eşlik ettiği bulunmuştur.
- Özgöl fobi ve beden dismorfik bozukluğu eş tanımlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde kızlarda daha sık görüldüğu bulunmuştur.(p=0.001, p=0.023)
- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, tik bozukluğu, sosyal fobi eş tanımlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerde daha sık görüldüğu bulunmuştur.(p=0.008, p=0.016, p=0.001)
- Olgularda OKB'ye eş tanı eşlik etmesi ve eş tanı eşlik etmemesi arasında CY-BOCS (ÇY-BOKÖ) puanları açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Eş tanı varlığının OKB şiddeti ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000;456-63.
2. Obsessive-Compulsive Disorder. In: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013; 237-43.
3. World Health Organization(WHO). The ICD – 10 classification of mental and behavioral disorder: clinical descriptions and diagnosis guidelines. Geneva:World Health Organization(WHO) 1993;117-8
4. Leckman JF, Bloch MH, King RA. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. Dialogues Clin Neurosci 2009;11(1):21-33.
5. Flament M, Whitaker A, Rapoport J, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988;27:764-71.
6. Valleni-Basile L, Garrison C, Jackson K, Waller J, McKeown R, Addy C, et al. Frequency of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;33:782-91.

7. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee R, Silva P. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1424-31.
8. Flament M. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Encephale* 1990;16:311-16.
9. Zohar AH. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1999;8:445-60.
10. March JS, Leonard HL. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1265-73.
11. de Mathis MA, Diniz JB, Hounie AG, Shavitt RG, Fossaluza V, Ferrão Y, et al. Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *European Neuropsychopharmacology* 2013;23(7):594-601.
12. Walitza S, Wendland JR, Gruenblatt E, Warnke A, Sontag TA, Tucha O, et al. Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2010;19 (3):227–35.
13. Rapoport JL, Elkins R, Langer DH, Sceery W, Buchsbaum MS, Gillin JC, et al. Childhood obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1981;138:1545-54.

14. Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rapoport JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1050-56.
15. Riddle MA, Scahill L, King R, Hardin MT, Towbin KE, Ort SI, et al. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:766-72.
16. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:76-84.
17. Beşiroğlu L, Ağargün M. Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:213-22.
18. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;32:343-53.
19. Öztürk O, Uluşahin A. Saplantı Zorlantı Bozukluğu. In: Öztürk O, Uluşahin A, eds. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 1.cilt. 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi 2008: 480-511.
20. Eichstedt JA, Arnold SL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD? *Clin Psychol Rev* 2001;21:137-57.

21. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiat Clin N Am* 2006;29:353-70.
22. Aslan H, Ünal M. Obsesif Kompulsif Bozukluk (Saplantı Zorlantı Bozukluğu). *Anksiyete Monografıları Serisi* 1995; 3:101-42.
23. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch. Gen. Psychiatry* 1989;46(4):335-41.
24. Diler RS, Avci A. Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Croat Med J* 2002;43(3):324-29.
25. Avci A, Aslan H. Obsessive compulsive disorder in children and conversion disorder: a comparative clinical study. *Turkish Journal of Psychiatry* 1995;6:49-53.
26. Honjo S, Hirano C, Murase S, Kaneko T, Sugiyama T, Ohtaka K, et al. Obsessive-compulsive symptoms in childhood and adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80(1):83-91.
27. Rapoport JL. Childhood obsessive compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1986;27:289-95.

28. Rapoport JL, Swedo S, Leonard H. Obsessive-compulsive disorder. In: Rutter M, Taylor E, Hersow L, eds. Child and adolescent psychiatry—modern approaches. 2nd Ed. London: Blackwell Science 1994: 441-54.
29. Towbin KE, Riddle MA. Obsessive-compulsive disorder. In: Lewis M, ed. Child and adolescent psychiatry. Baltimore (MD): Williams and Wilkins 1996:684-91.
30. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34(1):19-27.
31. Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"? J Clin Invest 2009; 119:737-46.
32. Khalifa N, von Knorring AL. Prevalence of the tic disorders and Tourette syndrome in a Swedish school population. Dev Med Child Neurol 2003;45:315-19.
33. Stewart SE, Jenike MA, Keuthen NJ. Severe obsessive-compulsive disorder with and without comorbid hair pulling: comparisons and clinical implications. J Clin Psychiatry 2005;66(7):864-69.
34. Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS. Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:685-95.

35. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı dördüncü baskı yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR).Köroğlu E, çev. ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007.
36. Thomsen PH. Obsessive-compulsive disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 2013; 22(1):23-28.
37. Jenike MA. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th. Ed. Baltimore: Williams&Wilkins 1995:1218-1227.
38. Jenike MA. An update on obsessive-compulsive disorder. Bull Menninger Clin 2001;65(1):4-25.
39. Parkin R. Obsessive-compulsive disorder in adults. Int Rev Psychiatry 1997;9(1):73-82.
40. Boileau B. A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Dialogues in clinical neuroscience 2011;13(4):401-11.
41. Işık U, Şener Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluk. In: Soykan Aysev A, Işık Taner Y, eds. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. İstanbul: Golden Print 2007:507-19.
42. Samuels J, Nestadt G. Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. International Review of Psychiatry 1997;9(1):61-72.

43. Jenike MA. Obsessive-compulsive and related disorders: a hidden epidemic. N Engl J Med 1989;321:539-41.
44. Odağ C. Nevrozlar 2. cilt. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları 2008:47-80.
45. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H,Bozkurt A,Çev.Ed, 8.baskı,Ankara: Güneş Kitabevi 2007:1768-1780.
46. Horwath E, Weissman MM. Anxiety Disorders: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th. Ed. Philadelphia: Williams&Wilkins 2000:1444-1450.
47. Avcı A, Tahiroğlu AY. Obsesif Kompulsif Bozukluk. In: Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay B, Uslu R, Ünal F (eds).Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 1.baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2008:337-50.
48. Köroğlu E. Klinik Psikiyatri. Ankara: HYB Basım Yayın 2012:285-301.
49. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychol. Med 1998;28:109-26.

50. Robins L, Helzer J, Crougham J, Ratcliffe K. The NIMH Epidemiological Catchment Area study. *Arch. Gen. Psychiatry* 1981;38:381-89.
51. Karno M, Golding J. Obsessive-compulsive disorder. In: Robins LN, Regier DA, eds. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press 1990:204-19.
52. Delorme R, Golmard JL, Chabane N, Millet B, Krebs MO, Mouren-Simeoni MC, et al. Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 2005;35(2):237-43.
53. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a metaanalysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr. Scand* 2004;110:4-13.
54. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55(3):5-10.
55. Rasmussen SA, Genetic studies of obsessive compulsive disorder. In: Hollander E, Zohar J, Marazziti D, eds. *Current Insight in Obsessive Compulsive Disorder* England: Wiley 1994:93-114.
56. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive- compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet* 2005;8:450-58.

57. Iervolino A, Perroud N, Fullana M, Guipponi M, Cherkas L, Collier D, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *American Journal of Psychiatry* 2009;166(10):1156-61.
58. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu JO, Liang KY, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(4):358-63.
59. Lenane MC, Swedo SE, Leonard HL, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:407-12.
60. Van Grootheest DS, Bartels M, van Beijsterveldt CE, Cath DC, Beekman AT, Hudziak JJ, et al. Genetic and environmental contributions to self-report obsessive-compulsive symptoms in Dutch adolescents at ages 12, 14 and 16. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47 (10):1182-88.
61. Van Grootheest DS, Bartels M, Cath DC, Beekman AT, Hudziak JJ, Boosma DI. Genetic and environmental contributions underlying stability in childhood obsessive-compulsive behavior. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):308-15.
62. Hudziak JJ, van Beijsterveldt CEM, Althoff RR, Stanger C, Rettew DC, Nelson EC, et al. Genetic and environmental contributions to the child behavior checklist obsessive-compulsive scale: a cross-cultural twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(6):608-16.

63. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, et al. Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry* 2006;163(11):1986-92.
64. Samuels J, Shugart YY, Grados MA, Willour VL, Bienvenu OJ, Greenberg BD, et al. Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Am J Psychiatry* 2007;164(3):493-9.
65. Comings DE, Wu S, Chiu C, Ring RH, Gade R, Ahn C, et al Polygenic inheritance of Tourette syndrome, stuttering, attention deficit hyperactivity, conduct, and oppositional defiant disorder: The additive and subtractive effect of the three dopaminergic genes-DRD2, DBH and DAT1. *Am J Med Genet* 1996;67(3):264-88.
66. Blum K, Sheridan PJ, Wood RC, Braverman ER, Chen TJ, Comings DE. Dopamine D2 receptor gene variants: association and linkage studies in impulsive-addictive-compulsive behaviour. *Pharmacogenetics and Genomics* 1995;5(3):121–141.
67. Mataix-Cols D. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):228-38.
68. Jenike MA. Clinical practise: obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med* 2004;350(3):259-65.

69. Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2008;148C:133-9.
70. Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, Baxter LR . Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173(35):26-38.
71. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* 2005;30(9):1735-40.
72. MacMaster FP. Translational neuroimaging research in pediatric obsessive compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12:165-174.
73. Grant P, Lougee L, Hirschtritt M, Swedo SE. An open-label trial of riluzole, a glutamate antagonist, in children with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol* 2007;17:761-67.
74. Karaman D, Durukan İ, Erdem M. Childhood-Onset Obsessive Compulsive Disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(2):278-295.
75. Henin A, Kendall PC. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. In: Ollendick TH, Prinz RJ, eds. *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press 1997;19:75-131.

76. Gross-Isseroff R, Cohen R, Sasson Y, Voet H, Zohar J. Serotonergic dissection of obsessive compulsive symptoms: a challenge study with m-chlorophenylpiperazine and sumatriptan. *Neuropsychobiology* 2004;50:200-5.
77. Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1995;56:368-373.
78. Di Bella D, Cavallini MC, Bellodi L. No association between obsessive-compulsive disorder and the 5-HT1D (beta) receptor gene. *Am J Psychiatry* 2002;159(10):1783-1785.
79. Leckman JF, Peterson BS, Pauls DL, Cohen DJ. Tic disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:839–61.
80. Olver JS, O'Keefe G, Jones GR, Burrows GD, Tochon-Danguy HJ, Ackermann U, et al. Dopamine D(1) receptor binding in the anterior cingulate cortex of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010;183:85-88.
81. Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Niehaus DJH, Moolman-Smook JC, Lochner C, Knowles JA et al. Investigating the role of dopaminergic and serotonergic candidate genes in obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003;13(2):93-8.

82. Moore GJ, MacMaster FP, Stewart C, Rosenberg DR. Case study: Caudate Glutamatergic Changes With Paroxetine Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(6):663-67.
83. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* 2005;30:1735-40.
84. Coric V, Taskiran S, Pittenger C, Wasylink S, Mathalon DH, Valentine G et al. Riluzole augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: an open label trial. *Biol Psychiatry* 2005; 58(5):424-28.
85. Brem S, Hauser TU, Iannaccone R, Brandeis D, Drechsler R, Walitza S. Neuroimaging of cognitive brain function in paediatric obsessive compulsive disorder: a review of literature and preliminary meta-analysis. *Journal of Neural Transmission* 2012;119(11):1425-48.
86. Huyser C, Veltman DJ, de Haan E, Boer F. Paediatric obsessive-compulsive disorder, a neurodevelopmental disorder?: Evidence from neuroimaging. *Neurosci Biobehav Rev* 2009;33(6):818-30.
87. MacMaster FP, O'Neill J, Rosenberg DR. Brain imaging in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(11):1262-72.

88. Lázaro L, Bargalló N, Castro-Fornieles J, Falcon C, Andres S, Calvo R, et al. Brain changes in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder before and after treatment: a voxel-based morphometric MRI study. *Psychiatry Res: Neuroimaging* 2009;172(2):140-146.
89. MacMaster F, Vora A, Easter P, Rix C, Rosenberg D. Orbital frontal cortex in treatment-naïve pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res: Neuroimage* 2010;181:97-100.
90. Behar D, Rapoport JL, Berg CJ, Denckla MB, Mann L, Cox C, et al. Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1984;141(3):363-9.
91. Luxenberg JS, Swedo SE, Flament MF, Friedland RP, Rapoport J, Rapoport SI. Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder detected with quantitative X-ray computed tomography. *Am J Psychiatry* 1988;145:1089-93.
92. Gohle D, Juckel G, Mavrogiorgou P, Pogarell O, Mulert C, Rujescu D, et al. Electrophysiological evidence for cortical abnormalities in obsessive-compulsive disorder-A replication study using auditory event-related P300 subcomponents. *J Psychiatr Res* 2008;42(4):297-303.
93. Sanematsu H, Nakao T, Yoshiura T, Nabeyama M, Togao O, Tomita M, et al. Predictors of treatment response to fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: an fMRI study. *J Psychiatr Res* 2010;44(4):193-200.

94. Rosenberg DR, Keshavan MS. A.E. Bennett Research Award. Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1998;43(9):623-40.
95. Fitzgerald KD, Moore GJ, Paulson LA, Stewart CM, Rosenberg DR. Proton spectroscopic imaging of the thalamus in treatment-naïve pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2000;47(3):174-82.
96. Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biol Psychiatry* 2000;47(4):296-304.
97. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen A, Perlmutter S, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry* 1998;155(2):264-71.
98. Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rettew DC. Trichotillomania: A profile of the disorder from infancy through adulthood. *Int Pediatrics* 1992;7:144-50.
99. Bernstein GA, Victor AM, Pipal AJ, Williams KY. Comparison of clinical characteristics of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections and childhood obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2010;20(4):333-40.

100. Leckman JF, King RA, Gilbert DL, Coffey BJ, Singer HS, Dure LS, et al. Streptococcal upper respiratory tract infections and exacerbations of tic and obsessive-compulsive symptoms: a prospective longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(2):108-18.
101. Öztürk O, Uluşahin A. Kişilik Gelişimi. In: Öztürk O, Uluşahin A, eds. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 1.cilt. 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi 2008: 94-116.
102. Odağ C. Nevrozlar 1. cilt. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları 2011:64-87.
103. Pişgin İ, Özen DŞ. Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2(1):117-131.
104. Riddle MA. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;173(35):91-6.
105. Demirok D, Unal F, Pehlivan Türk B. Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: Sosyodemografik ve klinik özellikler. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 2001;8:11-18.
106. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry* 1997;154(7):911-17.

107. Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, Marien WE, Geffken GR, Jacob ML, et al. Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry* 2008;49(1):35-42.
108. Storch EA, Milsom VA, Merlo LJ, Larson M, Geffken GR, Jacob ML, et al. Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: associations with clinical presentation. *Psychiatry Res* 2008;160(2):212-20.
109. Shafran R, Ralph J, Tallis F. Obsessive-compulsive symptoms and the family. *Bull Menninger Clin* 1995;59(4):472-9.
110. Türkbay T, Doruk A, Erman H, Söhmen T. Obsesif kompulsif bozukluğun belirti dağılımının ve komorbiditesinin çocuk ve ergenler ile erişkinler arasında karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2000;3:86-91.
111. Storch EA, Lewin AB, Geffken GR, Morgan JR, Murphy TK. The role of comorbid disruptive behavior in the clinical expression of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2010;48(12):1204-10.
112. Canavera KE, Ollendick TH, May JTE, Pincus DB. Clinical correlates of comorbid obsessive-compulsive disorder and depression in youth. *Child Psychiatry Hum Dev* 2010;41(6):583-94.
113. Janowitz D, Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, et al. Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depress Anxiety* 2009;26(11):1012-7

114. Joshi G, Wozniak J, Petty C, Vivas F, Yorks D, Biederman J, et al. Clinical characteristics of comorbid obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder in children and adolescents. *Bipolar Disord* 2010;12(2):185-95.
115. Peris TS, Bergman RL, Asarnow JR, Langley A, McCracken JT, Piacentini J. Clinical and cognitive correlates of depressive symptoms among youth with obsessive compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010;39(5):616-26.
116. Sheppard B, Chavira D, Azzam A, Grados MA, Umana P, Garrido H, et al. ADHD prevalence and association with hoarding behaviors in childhood-onset OCD. *Depress Anxiety* 2010;27(7):667-74.
117. Mancebo MC, Garcia AM, Pinto A, Freeman JB, Przeworski A, Stout R et al. Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118(2):149-59.
118. Hirani V, Serpell L, Willoughby K, Neiderman M, Lask B. Typology of obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents with anorexia nervosa. *Eating Weight Disord* 2010;15:86-9.
119. Lafleur DL, Petty C, Mancuso E, McCarthy K, Biederman J, Faro A, et al. Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: is there a link? *J Anxiety Disord* 2011;25(4):513-9.

120. Grant JE, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse-control disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010;175:109-13.

121. Toros F, Tot S, Avcı A. Çocuk ve ergenlerde Tourette bozukluğu: Sosyodemografik, klinik özellikler ve eştanılar. *Türk Psikiyatri Derg* 2002;13:187-96.

122. Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ. The effectiveness of treatment for pediatric obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Behav. Ther* 2006;36(1):55-63.

123. Natl. Inst. Health Clin. Excell. Obsessive compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. London: NICE; 2005.

124. Rosa-Alcazar AI, Sanchez-Meca J, Gomez-Conesa A, Marin-Martinez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev* 2008;28(8):1310-25.

125. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol. Bull* 1986;99(1):20-35.

126. Franklin ME, Foa EB. Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol* 2011;7:229-43.

127. Foa EB, Franklin ME, Moser J. Context in the clinic: How well do CBT and medications work in combination? *Biol. Psychiatry* 2002;51:989-97.
128. Hodgson RJ, Rachman S, Marks IM. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis: follow-up and further findings. *Behav. Res. Ther* 1972;10:181-89.
129. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies SO, Campeas RE, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry* 2005;162(1):151-61.
130. Franklin ME, Abramowitz JS, Kozak MJ, Levitt J, Foa EB. Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive compulsive disorder: randomized compared with non-randomized samples. *J. Consult. Clin. Psychol* 2000;68:594-602.
131. Abramowitz JS, Foa EB, Franklin ME. Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: effects of intensive versus twice-weekly sessions. *J. Consult. Clin. Psychol* 2003;71(2):394-99.
132. Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Mann G, Duke D, Munson M, et al. Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: comparison of intensive and weekly approaches. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007;46(4):469-78.

133. Warren R, Thomas JC. Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: an effectiveness study. *J. Anxiety Disord* 2001;15:277-85.

134. Barrett P, Farrell L, Dadds M, Boulter N. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(10):1005-14.

135. Mancuso E, Faro A, Joshi G, Geller DA. Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol* 2010;20(4):299-308.

136. Blanco C, Olfson M, Stein DJ, Simpson HB, Gameroff MJ, Narrow WH. Treatment of obsessive-compulsive disorder by U.S. psychiatrists. *J Clin Psychiatry* 2006;67(6):946-51.

137. Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N. Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23:230-37.

138. Türkbay T, Söhmen T. The Confusion Between Obsessive Compulsive Disorder and Psychosis: A Case Report. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2000;7(2):106-12.

139. Flament MF, Rapoport JL, Kilts CA. Controlled trial of clomipramine in childhood obsessive compulsive disorder. *Psychopharmacology Bulletin* 1985;21:150-2.

140. Riddle MA, Scahill L, King RA, Hardin MT, Anderson GM, Ort SI, et al. Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992;31(6):1062-9.

141. Geller DA, Hoog S, Heiligenstein J, Ricardi R, Tamura R, Kluszynski S, et al. Fluoxetine Pediatric OCD Study Team. Fluoxetine treatment for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a placebo-controlled clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(7):773-9.

142. Liebowitz M, Turner S, Piacentini J, Beidel D, Clarvit S, Davies SO, et al. Fluoxetine in children and adolescents with OCD: a placebo controlled-trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(2):1431-8.

143. Riddle MA, Reeve EA, Yaryura-Tobias JA, Yang HM, Claghorn JL, Gaffney G, et al. Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized, controlled, multicenter trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(2):222-9.

144. Como PG, Kurlan R. An open-label trial of fluoxetine for obsessive-compulsive disorder in Gilles de la Tourette's syndrome. *American Academy of Neurology* 1991;41(6):872-74.

145. Riddle MA, Hardin MT, King R, Scahill L, Woolston JL. Fluoxetine treatment of children and adolescents with Tourette's and obsessive compulsive disorders: preliminary clinical experience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990;29(1):45-8.

146. Kurlan R, Como P, Deeley C, McDermott M, McDermott MP. A pilot controlled study of fluoxetine for obsessive-compulsive symptoms in children with Tourette's syndrome. *Clinical Neuropharmacology* 1993;16(2):167-72.

147. Rosa-Alcázar AI, Iniesta-Sepúlveda M, Rosa-Alcázar A, Pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A qualitative review, *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(3):196-203.

148. Hammerness PG, Vivas FM, Geller DA. Selective serotonin reuptake inhibitors in pediatric psychopharmacology: a review of the evidence. *J Pediatr* 2006;148(2):158-65.

149. Geller D, Spencer T. Obsessive-compulsive disorder. In: Martin A, Scahill L, Charney DS, Leckman JF, eds. *Pediatric psychopharmacology: principles and practice*. Oxford, UK: Oxford University Press 2002;23:511-25.

150. Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Farrell C, Wagner KD, et al. Impact of comorbidity on treatment response to paroxetine in pediatric obsessive-compulsive disorder: is the use of exclusion criteria empirically supported in randomized clinical trials? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13:19-29.

151. Emslie G, Wagner K, Birmaher B, Geller D, Riddle M, Carpenter D. Safety and efficacy of paroxetine in the treatment of children and adolescents with OCD. In:153rd annual meeting of the American Psychiatric Association; 2000; Chicago, USA.

152. Geller D, Biederman J, Emslie G, Carpenter D, Gallagher D, Wagner K. Comorbid psychiatric illness and response to treatment in pediatric OCD. In:154th annual meeting of the American Psychiatric Association; 2001;New Orleans, USA.

153. Geller DA, Wagner KD, Emslie GJ, Murphy TK, Gallagher D, Gardiner C, et al. Efficacy of paroxetine in pediatric OCD: results of a multicenter study. In: 155th annual meeting of the American Psychiatric Association; 2002; Philadelphia, USA.

154. Alderman J, Wolkow R, Chung M, Johnston H. Sertraline treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder or depression: pharmacokinetics, tolerability, and efficacy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(4):386-94.

155. March JS, Biederman J, Wolkow R, Safferman A, Mardekian J, Cook EH, et al. Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a multicenter randomized control trial. *JAMA* 1998;280(20):1752-6.

156. Cook EH, Wagner K, March JS, Biederman J, Landau P, Wolkow R, et al. Long-term sertraline treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(10):1175-81.
157. March JS. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: a review and recommendations for treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(1):7-18.
158. Wagner KD, Cook EH, Chung H, Messig M. Remission status after long-term sertraline treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13:53-60.
159. Zohar J, Judge R. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. OCD Paroxetine Study Investigators. *Br. J. Psychiatry* 1996;169(4):468-74.
160. Greist JH, Choinard G, DuBoff E, Halaris A, Kim S, Koran L, et al. Double-blind parallel comparison of three dosages of sertraline and placebo in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995;52(4):289-95.
161. Tollefson GD, Rampey AH, Potvin JH, Jenike MA, Rush AJ, Dominguez RA, et al. A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994;51(7):559-67.

162. DeVeauugh-Geiss J, Moroz G, Biederman J, Cantwell D, Fontaine R, Greist JH, et al. Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder-a multicenter trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992;31(1):45-9.
163. Rosenberg DR, Stewart CM, Fitzgerald KD, Tawile V, Carroll E. Paroxetine open-label treatment of pediatric outpatients with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(9):1180-1185.
164. Alaghband-Rad J, Hakimshoostary M. A randomized controlled clinical trial of citalopram versus fluoxetine in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18(3):131-135.
165. Liebowitz MR, Hollander E, Fairbanks J, Campeas R. Fluoxetine for adolescents with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1990;147:370-1.
166. Geller DA, Biederman J, Reed ED, Spencer T, Wilens TE. Similarities in response to fluoxetine in the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;34(1):36-44.
167. Semerci ZB, Unal F. An open trial and discontinuation study of fluoxetine in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2001;43(4):323-8.

168. Vertucci P, Bove RM, Scuccimarra G. Fluoxetine for treatment of obsessive compulsive disorders in adolescents. Preliminary data of an open study. *European Neuropsychopharmacology* 1995;5(3):372-3.
169. Baysal ZB, Ünal F. Fluoxetine treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorders: an open label trial. *European Neuropsychopharmacology* 1996;6:S4-142.
170. Coskun M, Zoroglu S. Efficacy and safety of fluoxetine in preschool children with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2009;19(3):297-300.
171. Ercan ES, Kandulu R, Ardic UA. Preschool children with obsessive-compulsive disorder and fluoxetine treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2012;21(3):169-72.
172. Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, Wohlberg C, Yang R, Greenbaum MS, et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. *JAMA* 2003;290(8):1033-41.
173. Alderman J, Wolkow R, Fogel IM. Drug Concentration Monitoring with Tolerability and Efficacy Assessments during Open-Label, Long-Term Sertraline Treatment of Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2006;16(1-2):117-29.

174. Rodríguez-Ramos P, Mardomingo-Sanz MJ. Response to sertraline in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1998;26(1):17-21.

175. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The pediatric OCD treatment study (POTS) randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 2004;292(16):1969-76.

176. Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, Latorre MRDDO, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44(11):1128-36.

177. Diler RS, Avci A. Open-label trial of paroxetine in children with obsessive-compulsive disorder. *Current Therapeutic Research* 2000;61(10):706-19.

178. Geller DA, Wagner K, Emslie G, Murphy T, Carpenter DJ, Wetherhold E, et al. Paroxetine treatment children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(11):1387-96.

179. Apter A, Ratzoni G, King RA, Weizman A, Iancu I, Binder M, et al. Fluoxetine open-label treatment of adolescent inpatient with obsessive-compulsive disorder or depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(3):342-8.

180. Walkup J, Reeve E, Yaruyura-Tobias J, Wong L, Claghorn J, Gaffney G, et al. Fluvoxamine in childhood OCD: long-term treatment. *Journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 1999;9:307.
181. Mukaddes N, Abali O, Kaynak N. Citalopram treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A preliminary report. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2003;57(4):405-8.
182. Thomsen PH. Child and adolescent obsessive-compulsive disorder treated with citalopram: findings from an open trial of 23 cases. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 1997;7(3):157-66.
183. Thomsen PH, Ebbesen C, Persson C. Long-term experience with citalopram in the treatment of adolescent OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(8):895-902.
184. Toros F, Tataroglu C, Diler RS. The effectiveness and tolerability of citalopram in a Turkish sample of children with obsessive compulsive disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2002;12(3):134-41.
185. Bjorgvinsson T, Wetterneck CT, Powell DM, Chasson GS, Webb SA, Hart J, et al. Treatment outcome for adolescent obsessive-compulsive disorder in a specialized hospital setting. *Journal of Psychiatric Practice* 2008;14(3):137-45.
186. Lázaro L, Caldú X, Junqué C, Bargalló N, Andrés S, Morer A, et al. Cerebral activation in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder before and

after treatment: A functional MRI study. *Journal of Psychiatric Research* 2008;42(13):1051-9.

187. Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB, Khanna M, Compton S, Almirall D, et al. Cognitive Behavior Therapy Augmentation of Pharmacotherapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2011;306(11):1224-32.

188. Neziroglu F, Yaryura-Tobias JA, Walz J, Mckay D. The effect of fluvoxamine and behavior therapy on children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2000;10(4):295-306.

189. Wever C, Rey JM. Juvenile obsessive-compulsive disorder Australian and New Zealand *Journal of Psychiatry* 1997;31(1):105-13.

190. Williams TI, Allsopp M. Obsessional compulsive disorder in adolescent populations: Experiences of offering a combined Pharmacological-Psychological approach. *Child and Adolescent Mental Health* 1999;4(4):162-9.

191. Storch EA, Murphy TK, Goodman WK, Geffken GR, Lewin AB, Henin A, et al. A Preliminary Study of D-Cycloserine Augmentation of Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry* 2010;68(11):1073-76.

192. Figueroa Y, Rosenberg DR, Birmaher B, Keshavan MS. Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for

obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 1998;8(1):61-7.

193. Simeon JG, Thatte S, Wiggins D. Treatment of adolescent obsessive-compulsive disorder with a clomipramine-fluoxetine combination. *Psychopharmacology Bulletin* 1990;26(3):285-90.

194. Fitzgerald KD, Stewart CM, Tawile V, Rosenberg DR. Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitor treatment of pediatric obsessive compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 1999;9(2):115-23.

195. Thomsen PH. Risperidone Augmentation in the Treatment of Severe Adolescent OCD in SSRI-refractory Cases: A case-series. *Annals of Clinical Psychiatry* 2004;16(4):201-7.

196. Masi G, Pfanner C, Millepiedi S, Berloffia S. Aripiprazole augmentation in 39 adolescents with medication-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2010;30(6):688-93.

197. Thomsen PH, Mikkelsen HU. The addition of buspirone to SSRI in the treatment of adolescent obsessive-compulsive disorder. A study of six cases. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1999;8(2):143-8.

198. Yeghiyan M, Israelyan N, Tosalakyan M. Ziprasidone among adolescents with overlapping OCD and Tourette's syndrome (pilot study). *Annals of General Psychiatry* 2008;7(1):307.
199. Nicolson R, Swedo SE, Lenane M, Bedwell J, Wudarsky M, Gochman P, et al. An Open Trial of Plasma Exchange in Childhood-Onset Obsessive-Compulsive Disorder without Poststreptococcal Exacerbations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;39(10):1313-5.
200. Perlmutter SJ, Leitman SF, Garvey MA, Hamburger S, Feldman E, Leonard HL, et al. Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood. *The Lancet* 1999;354:1153-8.
201. Arias HF, Soto JA, García-Cantalapiedra MJ, Rodríguez CJ, Morales J, Salgado M. Effectiveness and tolerability of addition of risperidone in obsessive compulsive disorder with poor response to serotonin reuptake inhibitors *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34(3):147-52.
202. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2006;11(7):622-32.
203. McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Lee NC, Heninger GR, Price LH. Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study in patients with and without tics. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(4):302-8.

204. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K, et al. Obsessive compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry* 2002; 43(2):150-7.
205. Lombroso PJ, Scahill L, King RA, Lynch KA, Chappell PB, Peterson BS, et al. Risperidone treatment of children and adolescents with chronic tic disorders: a preliminary report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(9):1147-52.
206. Walker DL, Ressler KJ, Lu KT, Davis M. Facilitation of conditioned fear extinction by systemic administration or intra-amygdala infusions of D-cycloserine as assessed with fear-potentiated startle in rats. *J. Neurosci* 2002;22(6):2343-51.
207. Ledgerwood L, Richardson R, Cranney J. Effects of D-cycloserine on extinction of conditioned freezing. *Behav. Neurosci* 2003;117(2): 341-49.
208. Ressler KJ, Rothbaum BO, Tannenbaum L, Anderson P, Graap K, Zimand E, et al. Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Arch. Gen. Psychiatr* 2004;61(11):1136-44.
209. Hofmann SG, Pollack MH, Otto MW. Augmentation treatment of psychotherapy for anxiety disorders with D-cycloserine. *CNS Drug Rev* 2006;12(3-4):208-17.

210. Guastella AJ, Richardson R, Lovibond PF, Rapee RM, Gaston JE, Mitchell P, et al. A randomized controlled trial of D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. *Biol. Psychiatr* 2008;63(6):544-9.
211. Otto MW, Tolin DF, Simon NM, Pearlson GD, Basden S, Meunier SA, et al. Efficacy of d-cycloserine for enhancing response to cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Biol. Psychiatr* 2010;67(4):365-70.
212. Rapp A, Dodds A, Walkup JT, Rynn M. Treatment of pediatric anxiety disorders *Ann. N.Y. Acad. Sci* 2013;1304(1):52–61.
213. Coric V, Milanovic S, Wasylink S, Patel P, Malison R, Krystal JH. Beneficial effects of the antiglutamatergic agent riluzole in a patient diagnosed with obsessive-compulsive disorder and major depressive disorder. *Psychopharmacology* 2003;167(2):219-20.
214. Mathew SJ, Amiel JM, Coplan JD, Fitterling HA, Sackeim HA, Gorman JM. Open-label trial of riluzole in generalized anxiety disorder. *Am. J. Psychiatr* 2005;162(12):2379-81.
215. Grant P, Song JY, Swedo SE. Review of the use of the glutamate antagonist riluzole in psychiatric disorders and a description of recent use in childhood obsessive-compulsive disorder. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol* 2010;20(4):309-15.

216. Chipana C, Camarasa J, Pubill D, Escubedo E. Memantine prevents MDMA-induced neurotoxicity. *Neurotoxicology* 2008;29(1):179-83.
217. Stewart SE, Jenike EA, Hezel DM, Stack DE, Dodman NH, Shuster L, et al. A single-blinded case-control study of memantine in severe obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychopharmacol* 2010;30(1):34-39.
218. Pasquini M, Biondi, M. Memantine augmentation for refractory obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2006;30(6):1173-75.
219. Hezel DM, Beattie K, Stewart SE. Memantine as an augmenting agent for severe pediatric OCD. *Am. J. Psychiatr* 2009;166(2):237-237.
220. Thomsen PH, Mikkelsen HU. Development of personality disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A 6- to 22-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87(6):456-62.
221. Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C, et al. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder. *BJP* 2010;197(2):128-134.
222. Magliano L, Tosini P, Guarneri M, Marasco C, Catapano F. Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Eur Psychiatry* 1996;11(4):192-7.

223. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1999;89(3):229-38.

224. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapoport JL. Tics and Tourette's disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry* 1992;149(9):1244-1251.

225. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(7):980-8.

226. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004;11(3):109-16.

227. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(11):1012-16.

228. Kütük MÖ. Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özellikleri (Uzmanlık Tezi). Mersin: Mersin Üniversitesi; 2010.

229. Geller D, Biederman J, Jones J, Park J, Schwartz S, Shapiro S, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(4):420-7.
230. Vivan ADS, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT, Cordioli AV. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36(2):111-8.
231. Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66(4):428-35.
232. Reinherz HZ, Giaconia RM, Lefkowitz ES, Pakiz B, Frost AK. Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993;32(2):369-77.
233. Apter A, Fallon TJ Jr, King RA, Ratzoni G, Zohar AH, Binder M, et al. Obsessive-compulsive characteristics: from symptoms to syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(7):907-12.
234. Shams G, Foroughi E, Esmaili Y, Amini H, Ebrahimkhani N. Prevalence rates of obsessive-compulsive symptoms and psychiatric comorbidity among adolescents in Iran. *Acta Med Iran* 2011;49(10):680-7.
235. Geller DA, Biederman J, Jones J, Shapiro S, Schwartz S, Park KS. Obsessive compulsive-disorder in children and adolescents: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1998;5(5):260-73.

236. Allsopp M, Verduyn C. Adolescents with obsessive-compulsive disorder: a case note review of consecutive patients referred to a provincial regional adolescent psychiatry unit. *J Adolesc* 1990;13(2):157-69.

237. Piacentini J, Bergman RL, Keller M, McCracken J. Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13:61-9.

238. Vardar E. Obsesif kompulsif bozukluğun genetiği. *Bull Clin Psychopharmacol* 2000;10:153-59.

239. Pulular A. Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi (Uzmanlık Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2009.

240. Khanna S, Channabasavanna SM. Towards a classification of compulsions in obsessive compulsive neurosis. *Psychopathology* 1987;20(1):23-8.

241. Khanna S, Channabasavanna SM. Phenomenology of obsessions in obsessive-compulsive neurosis. *Psychopathology* 1988;21(1):12-18.

242. Khanna S, Rajendra PN, Karur BV, Channabasavanna SM. Inter-Rater Reliability of a Classification Of Obsessions and Compulsions. *Psychopathology* 1987;20(1):29-33.

243. Sayar K, Ugurad KI, Acar B. Obsessif-kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakol* 1999;9:142-7.

244. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Annals* 1989;19(2):67-73.

245. Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş, Kültür S. Phenomenology of Obsessions in a Turkish Series of OCD Patients. *Psychopathology* 1997;30(2):106-110.

246. Last CG, Strauss CC. Obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of Anxiety Disorders* 1989;3(4):295-302.

247. Gülseren L, Eğrilmez A, Gülseren Ş, Kültür S. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Konmuş Bir Grup Hastada Kompulsiyonların Biçim ve İçerikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995;6(1):35-40.

248. Flament MF, Rapoport JL, Berg CJ, Sceery W, Kilts C, Mellström B, et al. Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a double-blind controlled study. *Archives of General Psychiatry* 1985;42(10):977-83.

249. Miguel EC, Ferrao YA, Rosario MCD, Mathis MAD, Torres AR, Fontenelle LF, et al. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(3):185-96.

250. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(7):773-8.

251. Okasha A, Ragheb K, Attia AH, Seif EDA, Okasha T, Ismail R. Prevalence of obsessive compulsive symptoms (OCS) in a sample of Egyptian adolescents. *Encephale* 2001;27(1):8-14.
252. Rapoport JL. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. First Edition. USA: American Psychiatric Press 1989;13-33.
253. Shafran R. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Psychology Psychiatry Rev* 2001;6(2):50-8.
254. Toro J, Cervera M, Osejo E, Salamero M. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33(6):1025-37.
255. Geller DA, Biederman J, Griffin S, Jones J, Lefkowitz TR. Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(12):1637-46.
256. Tezcan AE, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye’de ve Fransa’da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1998;1:35-41.
257. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry* 2006;11(5):495-504.

258. Geller DA, Biederman J, Faraone S, Agranat A, Craddock K, Hagermoser L, et al. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents and adults. *J Nerv Ment Dis* 2001;189(7):471-7.
259. Okasha A, Saad A, Khalil AH, El Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder: A Transcultural Study. *Comprehensive Psychiatry* 1994; 35(3):191-7.
260. Maghoub OM, Abdel-Hafeiz HB. Pattern of Obsessive-Compulsive Disorder in Eastern Saudi Arabia *Br J Psychiatry* 1991;158:840-2.
261. Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, de Mathis MA, Diniz JB, Ferrao YA, Miguel EC, et al. Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Compr Psychiatry* 2009;50(1):63-9.
262. Masi G, Millepiedi S, Perugi G, Pfanner C, Berloffia S, Pari C, et al. A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2010;43(2):69-78.
263. Canals J, Hernandez-Martinez C, Cosi S, Voltas N. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *J Anxiety Disord* 2012;26(7):746-52.

264. Ivarsson T, Melin K, Wallin L. Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17(1):20-31.
265. Tiggeman M, Pennington B. The development of gender differences in body-size dissatisfaction. *Australian Psychologist* 1990;25(3):306-13.
266. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2006;47:77-87.
267. Fireman B, Koran LM, Leventhal JL, Jacobson A. The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. *Am J Psychiatry* 2001;158(11):1904-10.
268. Karacan E. Çocuklarda kekemelik ve diğer iletişim bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 2000;4(1):18-21.
269. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001;158(11):1899-1903.
270. Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G, Ronchi P, Smeraldi E. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 1992;42(2):111-20.

271. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1990;51(2):10-13.
272. Hemmings SM, Kinnear CJ, Lochner C, Niehaus DJ, Knowles JA, Moolman-Smook JC, et al. Early-versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry research* 2004;128(2):175-82.
273. Miguel EC, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Hounie AG, Mercadante MT. The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. *Advances in Neurology* 2001;85:43-55.
274. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry* 2005;62(6):593-602.
275. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, de Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6(3):168-176.

EKLER

Ek-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

AD-SOYAD:

DOĞUM TARİHİ:

CİNSİYET:K () E ()

ÖĞRENİM DURUMU: OKUL ÖNCESİ ()
İLKÖĞRETİM ()
LİSE ()

KARDEŞ SAYISI:

AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU:

ANNE YAŞI:

ANNE EĞİTİM DÜZEYİ /EĞİTİM ALDIĞI YIL:

İLKOKUL MEZUNU() ORTAOKUL MEZUNU() LİSE MEZUNU()
ÜNİVERSİTE MEZUNU () YÜKSEK LİSANS VE ÜSTÜ ()

ANNEDE FİZİKSEL HASTALIK ÖYKÜSÜ:

ANNEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ:

ANNENİN ÇALIŞMA DURUMU:

BABANIN YAŞI:

BABANIN EĞİTİM DÜZEYİ /EĞİTİM ALDIĞI YIL:

İLKOKUL MEZUNU() ORTAOKUL MEZUNU() LİSE MEZUNU()

ÜNİVERSİTE MEZUNU () YÜKSEK LİSANS VE ÜSTÜ ()

BABADA FİZİKSEL HASTALIK ÖYKÜSÜ:

BABADA RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ:

BABANIN ÇALIŞMA DURUMU:

GENİŞ AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ:

AİLEDE OKB VARSA ŞEKLİ:

OBSESYONLAR

KİRLENME OBSESYONLARI.....()

SALDIRGANLIK OBSESYONLARI.....()

CİNSEL OBSESYONLAR.....()

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI.....()

BÜYÜSEL DÜŞÜNCELER/ BATIL İNANÇ OBSESYONLARI....()

SOMATİK OBSESYONLAR.....()

DİNİ OBSESYONLAR.....()

DİĞER OBSESYONLAR.....()

KOMPULSİYONLAR

YIKAMA/ TEMİZLEME KOMPULSİYONLARI.....()

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI()

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR.....()

SAYMA KOMPULSİYONLARI.....()

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI()

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI.....()
AŞIRI BÜYÜSEL DÜŞÜNCELER/ BATIL DAVRANIŞLAR.....()
DİĞER İNSANLARI İÇEREN TÖRENSEL DAVRANIŞLAR.....()
DİĞER KOMPULSİYONLAR.....()

ANNE-BABANIN BİRLİKTELİK DURUMU:

EVLİ () BOŞANMIŞ () AKRABA İLE ()
ANNE VE/VEYA BABA ÖLMÜŞ() KURUM BAKIMINDA()

OKUL BAŞARISI:

AKRAN İLİŞKİLERİ:

AİLENİN SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ:İYİ() ORTA() DÜŞÜK()
YAŞAM YERİ : KÖY () KASABA() İLÇE () İL()

BELİRTİLERİN ORTAYA ÇIKTIĞI YAŞ:

OBSESYON-KOMPULSİYON ŞEKLİ-SEYRİ:

HEKİME BAŞVURANA KADAR GEÇEN SÜRE:

OKB TEDAVİSİ ALIMI VARSA KULLANDIĞI İLAÇ:

ÇOCUĞUN HASTALIK ÖYKÜSÜ:

KULLANDIĞI İLAÇ:

Ek-2

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

Adı, soyadı:

Tarih:

Doğum tarihi:

Tanı:

ÇY-BOKÖ KOMPULSİYON TARAMA LİSTESİ

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

YIKAMA/ TEMİZLEME KOMPULSİYONLARI

Şimdi Geçmişte

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

_____ **Uzun uzun, sık sık veya belli bir sırayla duş, banyo, diş fırçalama,**

kendine çeki düzen verme ve tuvalet temizliği alışkanlıkları. Örneğin tuvalette, banyoda saatler geçirmek, sırası bozulduğunda tüm işlemi baştan yapmak.

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

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

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

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

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

_____ **Başkalarına zarar verip vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme.**

Örneğin farkında olmadan birine zarar verip vermediğini kontrol etmek, emin olmak için başkalarına sormak.

_____ **Kendine zarar verip vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme.**

Örneğin keskin veya kırılabilir bir şey tuttuğu zaman bir yerinin kesilip kesilmediğini, kanayıp kanamadığını kontrol etmek. Kendine zarar vermediğinden emin olmak için başkalarına sormak.

_____ **Kötü veya korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etme.**

Örneğin televizyonda, radyoda veya gazetede kendisinin sebep olduğunu düşündüğü bir felaket haberini aramak. Emin olmak için diğer insanlara sormak.

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

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

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Şimdi Geçmişte

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

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

_____ **Diğer** (tanımlayın) _____

SAYMA KOMPULSİYONLARI

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

_____ **Diğer** (tanımlayın) _____

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

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

_____ **Diğer** (tanımlayın) _____

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

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

_____ **Diğer** (tanımlayın) _____

AŞIRI BÜYÜSEL DÜŞÜNCELER/ BATIL DAVRANIŞLAR

(Yaşa uygun tekrarlayıcı çocuk oyunlarından ayırt edilmesi gerekir.)

Örneğin yerdeki çizgilere basmadan yürümek, kötü şeylerin olmasını önlemek amacıyla bir oyun düzeninde, bir eşyaya veya kendine belirli bir sayıda dokunmak. Uğursuz olduğuna inandığı, örneğin 13 gibi, numaralı otobüse veya trene binmemek, ayın 13'ünde evden dışarı çıkmamak, tatsız olaylar yaşadığında giymiş olduğu kıyafetleri atmak.

_____ **Diğer** (tanımlayın)_____

DİĞER İNSANLARI İÇEREN TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Şimdi Geçmişte

_____ **Törensel davranışlarına diğer insanları, genellikle bir ebeveyni dahil etme**

ihtiyacı. Örneğin anne veya babasından aynı sorulara defalarca cevap vermesini, yemek sırasında annesinden, belirli eşyalarla (çatal, bıçak veya tabak gibi) törensel davranışları yerine getirmesini istemek.

Tanımlayın:_____

DİĞER KOMPULSİYONLAR

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

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

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

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

_____ **Aşırı uzun liste hazırlama*.**

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

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

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

_____ **Trikotillomani (saç koparma)***

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

_____ **Diğer** (tanımlayın)_____

KOMPULSİYONLAR İÇİN HEDEF BELİRTİ LİSTESİ

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

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

KOMPULSİYONLARLA İLGİLİ SORULAR (MADDE 1-5)

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

1.KOMPULSİF DAVRANIŞLARI YAPARKEN HARCANAN ZAMAN

Bunları yaparken ne kadar zaman harcıyorsun?

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

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

Bu alışkanlıkları hangi sıklıkla yapıyorsun?

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

0- HİÇ

1- HAFİF Günde 1 saatten az veya seyrek olarak

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

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

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

1B.KOMPULSİYONSUZ GEÇEN SÜRE

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

0- BELİRTİ YOK

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

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

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

4- İLERİ DERECEDE Günde bir saatten az süren belirtisiz dönem

2.KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Bu alışkanlıklar okul yaşantını, arkadaşlarıyla birlikte birşeyler yapmanı engelliyor mu? Bunlardan dolayı yapamadığın herhangi birşey var mı?

(Eğer şu anda okulda değilse, hastanın okulda olması durumunda performansını ne kadar etkilenebileceğini belirtiniz.)

0- HİÇ

1- HAFİF Sosyal ya da okul aktiviteleri hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok

2- ORTA Sosyal ya da okul aktiviteleri kesin olarak etkilenmekle birlikte hala başa çıkılabilir durumda.

3- AĞIR Sosyal ya da okul aktiviteleri belirgin düzeyde bozulmuş.

4- İLERİ DERECEDE Günlük faaliyetlerini/ilişkilerini sürdürememekte.

3. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA EŞLİK EDEN RAHATSIZLIK

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

(Güvence verilmeden, hastanın kompulsiyonlarının birdenbire kesilmesi durumunda, hastanın yaşayabileceği zorlanma/sıkıntı derecesini belirleyiniz. Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi huzursuzluğu azaltır.)

Alışkanlıklarını tam olduğuna ikna olana kadar yaparken ne kadar rahatsız oluyorsun?

0- HİÇ

1- HAFİF Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranış sırasında hafif düzeyde sıkıntı/engellenmişlik hissi.

2- ORTA Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranış sırasında sıkıntı/engellenmişlik hissi duyduğunu fakat bu durumun baş edilebilir düzeyde olduğunu belirtir.

3- AĞIR Belirgin ve çok rahatsız edici düzeyde sıkıntı/engellenmişlik hissi kompulsif davranışın tamamlanamaması durumunda ve/veya bu davranış sırasında artar.

4- İLERİ DERECEDE Başedilemeyen bir sıkıntı ve engellenmişlik hissi, kompulsif davranışları değiştirmeye yönelik girişimlerde ve/veya kompulsif davranış sırasında ortaya çıkar.

4.KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DİRENME

Alışkanlıklarına karşı direnmek için ne kadar çaba harcıyorsun?

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

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

5. KOMPULSİF DAVRANIŞLARI KONTROL ETME DERECE

Seni bu alışkanlıklarını yapmaya iten şey ne kadar güçlü? Onlara karşı durmaya çalıştığında ne olur?

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

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

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

Adı, soyadı:
Doğum tarihi:

Tarih:
Tanı:

ÇY-BOKÖ OBSESYON TARAMA LİSTESİ

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

KİRLENME OBSESYONLARI

Şimdi Geçmişte

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

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

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

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

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

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

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

_____ **Birine hastalık bulaştırmaktan korkmak.**

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

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

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

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

_____ **Kendine zarar geleceğinden korkmak.**

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

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

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

_____ **Şimdi Geçmişte**

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

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

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

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

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

CİNSEL OBSESYONLAR

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

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

_____ **Homoseksüellik ile ilgili ***

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

_____ **Diğer (tanımlayın)** _____

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

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

BÜYÜSEL DÜŞÜNCELER/ BATIL İNANÇ OBSESYONLARI

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

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

(tanımlayın) _____

SOMATİK OBSESYONLAR

Şimdi Geçmişte

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

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

DİNİ OBSESYONLAR

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

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

_____ Diğer (tanımlayın) _____

DİĞER OBSESYONLAR

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

OBSESYONLAR İÇİN HEDEF BELİRTİ LİSTESİ

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

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

OBSESYONLARLA İLGİLİ SORULAR (MADDE 6-10)

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

6. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇİRİLEN ZAMAN

Bu düşünceler ne kadar zamanını alıyor?

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

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

0- HİÇ

1- HAFİF Günde 1 saatten az veya seyrek olarak

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

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

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

6B. OBSESYONSUZ GEÇEN SÜRE (Toplam puanlamaya katılmaz)

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

0- BELİRTİ YOK

1- UZUN Aralıksız 8 saatten fazla süren belirtisiz dönem

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

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

4- ÇOK KISA Günde bir saatten az süren belirtisiz dönem

7. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Bu düşünceler okul yaşantını, arkadaşlarıyla birlikte birşeyler yapmanı ne kadar engelliyor? Bunlardan dolayı yapamadığın herhangi birşey var mı?

(Eğer şu anda okulda değilse, hastanın okulda olması durumunda performansını ne kadar etkilenebileceğini belirtiniz.)

0- HİÇ

1- HAFİF Sosyal ya da okul aktiviteleri hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok

2- ORTA Sosyal ya da okul aktiviteleri kesin olarak etkilenmekle birlikte hala başa çıkılabilir durumda.

3- AĞIR Sosyal ya da okul aktiviteleri belirgin düzeyde bozulmuş.

4- İLERİ DERECEDE Sosyal ya da okul aktivitelerini sürdüremeyecek durumda.

8. OBSESİF DÜŞÜNCELERE EŞLİK EDEN RAHATSIZLIK

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

0- HİÇ

1- HAFİF Nadir ve hafif

2- ORTA Sık sık ve rahatsız edici, fakat baş edilebilir düzeyde

3- AĞIR Çok sık ve çok rahatsız edici

4- İLERİ DERECEDE Neredeyse sürekli ve baş edilemeyen düzeyde

9. OBSESİF DÜŞÜNCELERE KARŞI DİRENME

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

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

10. OBSESİF DÜŞÜNCELERİ KONTROL ETME DERECESESİ

Bu düşüncelere karşı koymaya çalışırsan onları yenebilir misin? Onları ne kadar kontrol edebilirsin?

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

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

11. HASTANIN OBSESYONLARI VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA İÇGÖRÜSÜ

Düşüncelerinin veya davranışlarının mantıklı olduğunu düşünüyor musun? (Duraklayın)
Kompulsiyonlarını gerçekleştiremediğin takdirde ne olacağını düşünüyorsun?

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

0- MÜKEMMEL içgörü, tümüyle gerçeğe uygun.

1- İYİ bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığını ve aşırılığını kabul etmekle birlikte bunaltı dışında dikkate alınacak bir şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değil. (Uzun süren şüpheleri vardır.)

2- ORTA Orta derecede içgörü. İsteksizce de olsa, düşünce ve davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değişmeyen inançları yoktur.

3- ZAYIF içgörü. Düşünce ve davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığına inanmakla birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat karşı kanıtların geçerliliğini de kabul etmektedir. (Aşırı değer kazanmış fikirler)

4- YOK İçgörüsü kaybolmuş, sanrısız düşünce içeriği. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.

12. KAÇINMA

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

0- HİÇ

1- HAFİF En alt düzeyde kaçınma

2- ORTA Açıkça görülen, saptanabilen düzeyde kaçınma

3- AĞIR Çok fazla ve belirgin düzeyde kaçınma

4- İLERİ DERECEDE Aşırı boyutlarda kaçınma, belirtileri başlatabilecek

hemen herşeyi yapmaktan kaçınmaktadır.

13. KARARSIZLIK DERECEŚİ

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

0- HİÇ

1- HAFİF Bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü.

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

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

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

14. AŞIRI SORUMLULUK HİSSİ

Davranışlarından ve onların sonuçlarından gereğinden fazla sorumluluk duyar mısın? Kendi kontrolünde olmayan olaylardan dolayı kendini suçlar mısın?

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

0- HİÇ

1- HAFİF Sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı.

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

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

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

15. HAREKETLERDE YAYGIN YAVAŞLAMA/DURAĞANLIĞIN GETİRDİĞİ RAHATSIZLIK

İşlerine/ödevlerine başlamakta veya bitirmekte zorluk çeker misin?

Birçok günlük faaliyet olması gerekenden uzun sürüyor mu?

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

0- Hiç

1- HAFİF Faaliyetlere başlarken veya bitirirken zaman zaman gecikme

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

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

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

16. PATOLOJİK KUŞKU

Bir işi tamamladığın zaman onu doğru yaptığınızdan şüpheleniyor musun? O işi tam olarak yaptığına ilişkin şüphen var mı ?

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

0- Hiç

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

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

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

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

17. GLOBAL CİDDİYET

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

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

0- HASTALIK YOK

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

2- HAFİF İşlevsellikte bozulma az.

3- ORTA Çabayla işlevsel olabiliyor.

4- ORTA-CİDDİ İşlevsellik kısıtlanmış.

5- CİDDİ Büyük oranda yardımla işlevsel olabiliyor.

6- İLERİ DÜZEYDE CİDDİ Tamamen iş göremez durumda.

18. GLOBAL DÜZELME

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

0- Çok daha kötü.

1- Daha kötü.

2- Biraz daha kötü.

3- Değişiklik yok.

4- Bir miktar iyileşme var.

5- Daha iyi.

6- Çok daha iyi.

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

0- MÜKEMMEL Edinilen bilgilerden şüphelenmek için hiçbir neden yok.

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

2- ORTA Güvenirliği kesin olarak azaltan faktörler var.

3- ZAYIF Güvenirlik çok az.

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

Hastanın adı, soyadı:

Tarih:

Protokol no:

Klinisyen:

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

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

(Çalışma grubu için)

‘Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri ve Eşlik Eden Bozukluklar’ isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışmada Pamukkale Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. Poliklinik Hastalarında Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri ve Eşlik Eden Bozuklukları araştırmayı amaçladık. Araştırma Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Polikliniklerinde yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar vererseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir

değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Çalışmaya katılmasına onam verilen çocuklara ilk görüşmede, ebeveyn ve çocuklarla klinik görüşme ve Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması-ÇDŞG-ŞY (K-SADS-PL) isimli yarı yapılandırılmış klinik görüşme yapılacaktır. Bu görüşmede hasta çocuklara semptom dağılım ve şiddetini tespit edebilmek C_YBOCS (Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği) uygulanacaktır. Tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu, Zeka düzeyi değerlendirmesi gerek görülen hastalar için WISC-R(Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği) uygulanacaktır.(WISC-R 6-16 yaş arası çocuklara bireysel olarak uygulanır.6 yaş altı hastalarımız için AGTE 16 yaş üstü hastalarımız için WAİS uygulanacaktır.)

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Çalışmamız daha çok araştırma amaçlıdır. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar, hastalığın sıklığı ve önemini daha iyi anlamamıza yarayacak, dolayısıyla başka hastaların yararına kullanılabilecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmamız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmamız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilecektir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Merve AKTAŞ TERZİOĞLU

GÖREVİ : Arş.Gör.Dr.

TELEFON : 0258 4440728/5075

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

..... Anabilim Dalında / Kliniğinde, Dr. tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- a. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- b. Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*
- c. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

- d. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Katılımcının velisi

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adres:

Adres:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih:

Görüşme tanığı

Bilgilendiren Uzman Hekim*

Adı soyadı, unvanı:

Adı soyadı: Yrd.Doç. Dr. Gülşen ÜNLÜ

Adres:

Adres: PAÜ Çocuk ve Ergen RSH AD

Tel:

Tel: 02584440728/5014

İmza:

***Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğünün 28 Ocak 2010 tarih ve B.10.0.İEG.0.15.00.01/006441 sayılı yazısı gereği gönüllüyü bilgilendirmeye Araştırma konusuyla yakından ilgili uzman hekim.**