



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE İZLENEN ERGENLERİN
PANDEMİ SÜRECİNDE SEMPTOM ŞİDDETLERİNİN YENİDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE BU OLGULARIN DUYGU
DÜZENLEME, PSİKOLOJİK KONTROL VE DAYANIKLILIK
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Dr. Cemre İSTANBULLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2023



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİğİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE İZLENEN ERGENLERİN
PANDEMİ SÜRECİNDE SEMPTOM ŞİDDETLERİNİN YENİDEN
DEğERLENDİRİLMESİ VE BU OLGULARIN DUYGU
DÜZENLEME, PSİKOLOJİK KONTROL VE DAYANIKLILIK
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Dr. Cemre İSTANBULLU

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gül KARAÇETİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca sağladıkları çalışma ortamıyla eğitimime katkıda bulunan hastane yönetimi ve Başhekimine,

Asistanlığa başladığım ilk günden uzmanlık eğitimimi tamamladığım son güne kadar desteğini her daim hissettiren, fedakarlığı ve deontolojik yaklaşımı ile iyi bir hekim olma yolunda bana rol-model olan, öğrettikleri, aktardığı tecrübeleri ve donanımlı bir uzman olarak yetişmem için sunduğu tüm imkanlar ve tez sürecime sağladığı kıymetli katkıları için tez danışmanım ve klinik şefim sevgili Prof. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Asistanlık sürecimde her zaman yanımda olan, tezime katkı sağlayan Uzm. Dr. Bedriye ÖZKAN ALYANAK'a, verdiği süpervizyon ve desteği ile tezimin oluşmasındaki emekleri için Başasistan Uzm. Dr. Binay KAYAN OCAKOĞLU'na,

Eğitimim boyunca üzerimde büyük emeği olan tüm uzmanlarımıza, rotasyon eğitimlerim boyunca kliniklerinde çalışma fırsatı bulduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim Prof. Dr. Mehmet Cem İLNEM, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM ve Prof. Dr. İhsan KAFADAR'a,

Eğitim ve çalışma sürecimde beraber çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezimin yazım sürecinde istatistik konusunda değerli yardımlarda bulunan Uzm. Dr. Tuğba ŞAHBAZ PİŞKİN'e,

Poliklinik, acil ve servis şartlarında birlikte çalıştığımız tüm hemşirelerimiz, psikologlarımız, sekreterlerimiz, güvenlik görevlilerimiz ve personellerimize,

Bu günlere gelmemi sağlayan, her durumda koşulsuz sevgi ve destekleriyle arkamda duran, birime bin katan canım annem, canım babam ve canım kız kardeşlerime,

Son olarak bu zorlu hayat serüveninde her günüme anlam katan, iyi bir insan ve hekim olma yolunda el ele yürüdüğüm, tez sürecimde de sevgisi ve desteğiyle hep yanımda olan canım eşim Dr. Mustafa Beykan İSTANBULLU'ya

İçten teşekkür, sevgi ve saygılarımla...

Dr. Cemre İSTANBULLU

İSTANBUL, 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET	
ABSTRACT.....	vii
KISALTMALAR.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	5
2.1.4. Etiyoloji.....	6
2.1.4.1. Genetik faktörler.....	6
2.1.4.2. Nörokimyasal faktörler	7
2.1.4.3. Nöroanatomik faktörler	9
2.1.4.4. Nöroimmunolojik faktörler	10
2.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğa Açıklama Getiren Kuramlar	11
2.1.5.1. Psikanalitik kuram.....	11
2.1.5.2. Bilişsel davranışçı yaklaşım	13
2.1.6. Klinik Özellikler	13
2.1.7. Tanı ve Değerlendirme	15
2.1.8. Komorbidite.....	18
2.1.9. Ayırıcı Tanı	19
2.1.10. Seyir ve Prognoz	20
2.1.11. Tedavi	21
2.1.11.1. Bilişsel davranışçı terapi.....	21
2.1.11.2. Farmakolojik tedavi.....	22
Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri	22
Klomipramin	23
2.2. DUYGU DÜZENLEME.....	24
2.2.1. Tanım.....	24
2.2.2. Duygu Düzenleme Stratejileri.....	25
2.2.3. Duygu Düzenleme Stratejileri ile Psikopatoloji İlişkisi	26
2.2.4. Duygu Düzenleme ve Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	26
2.3. PSİKOLOJİK KONTROL.....	27
2.3.1. Tanım.....	27

2.3.2.	Ebeveynlerin Psikolojik Kontrol Davranışları	29
2.3.3.	Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol ile Psikopatoloji İlişkisi	31
2.3.4.	Algılanan Psikolojik Kontrol ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	32
2.4.	PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK (RESILIENCE)	33
2.4.1.	Tanım	33
2.4.2.	Psikolojik Dayanıklılık Belirleyicileri	34
2.4.3.	Psikolojik Dayanıklılık, Psikopatoloji ve OKB	34
2.5.	KORONA VİRÜS PANDEMİSİ DÖNEMİNDE RUH SAĞLIĞI ve OKB.....	35
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1.	YÖNTEM	37
3.1.1.	Çalışma Evreni	37
3.1.2.	Örnekleme Seçimi	37
3.1.3.	İşlem	39
3.2.	GEREÇLER	39
3.2.1.	Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu (EK-2)	39
3.2.2.	Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu (EK-3)	39
3.2.3.	Aile ile Okul Çağı Çocukları İçin Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli adlı yarı yapılandırılmış görüşme formu	40
3.2.4.	Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği	40
3.2.5.	Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EK-4)	41
3.2.6.	Psikolojik Kontrol Ölçeği (EK-5)	41
3.2.7.	Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (EK-6).....	42
3.3.	İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	43
3.4.	ETİK	43
4.	BULGULAR.....	44
4.1.	SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR	44
4.1.1.	Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bulgular.....	44
4.1.2.	Ailelere Ait Sosyodemografik Özellikler	47
4.1.3.	Çocuklara Ait Perinatal Dönem ve Tıbbi Hastalık Özellikleri	49
4.1.4.	Vaka Grubunun Klinik Özellikleri	50
4.2.	KLİNİK DEĞERLENDİRME İLE ELDE EDİLEN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	52
4.2.1.	Vaka ve Kontrol Grubunun Komorbidite Açısından Karşılaştırılması.....	52
4.2.2.	Vaka Grubunun Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği ile Değerlendirilmesi.....	57
4.3.	ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	64
4.3.1.	Vaka ve Kontrol Gruplarının Duygu Düzenleme Yöntemleri Açısından Karşılaştırılması	64
4.3.2.	Vaka Alt Gruplarının Duygu Düzenleme Yöntemleri Açısından Karşılaştırılması	65
4.3.3.	Vaka ve Kontrol Gruplarının Algıladıkları Psikolojik Kontrol Açısından Karşılaştırılması	67
4.3.4.	Vaka Alt Gruplarının Algıladıkları Psikolojik Kontrol Açısından Karşılaştırılması	68
4.3.5.	Vaka ve Kontrol Alt Gruplarının Psikolojik Dayanıklılık Açısından Karşılaştırılması	69
4.3.6.	Vaka Grubunda Komorbidite ile Duygu Düzenleme Yöntemleri ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişki	69
4.3.7.	Vaka Grubunda Komorbidite ile Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol Arasındaki İlişki.....	70

4.3.8.	Vaka Grubunda ÇY-BOKÖ Skorları ile Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol Arasındaki İlişki	71
4.3.9.	Vaka Grubunda ÇY-BOKÖ Skorları ile Duygu Düzenleme Yöntemleri Arasındaki İlişki	72
4.3.10.	Psikolojik Dayanıklılık ile Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol Arasındaki İlişki	73
4.3.11.	Vaka Grubunda İyileşme ve Kötüleşme Yordayıcı Adaylarının Regresyon Analizi ile İncelenmesi	74
5.	TARTIŞMA	75
5.1.	SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR	75
5.2.	KLİNİK DEĞERLENDİRME İLE ELDE EDİLEN BULGULAR	76
5.3.	ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR	81
5.4.	SINIRLILIKLAR	86
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	87
7.	KAYNAKLAR	89
8.	EKLER	112
8.1.	EK 1- TEZ ÇALIŞMASI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	
8.2.	EK 2- SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU	
8.3.	EK 3- ERGENLER İÇİN DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ	
8.4.	EK 4- PSİKOLOJİK KONTROL ÖLÇEĞİ	
8.5.	EK 5- ÇOCUK VE GENEÇ PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ	

ÖZET

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE İZLENEN ERGENLERİN PANDEMİ SÜRECİNDE SEMPTOM ŞİDDETLERİNİN YENİDEN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BU OLGULARIN DUYGU DÜZENLEME, PSİKOLOJİK KONTROL VE DAYANIKLILIK AÇISINDAN İNCELENMESİ

Dr. Cemre İSTANBULLU

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı ergenlerde COVID-19 pandemisinin birinci ve üçüncü yılındaki semptom şiddetinin karşılaştırılması ve semptom şiddet değişiminin ergenlerin duygu düzenleme (DD) stratejileri, psikolojik dayanıklılıkları ve ebeveynlerinden algıladıkları psikolojik kontrol ile olan ilişkisinin değerlendirilmesidir. Verilerin ayrıca sağlıklı kontrollerle kıyaslanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya pandeminin birinci yılında OKB tanısı almış 12-19 yaş arası 46 ergen dahil edildi. Kontrol grubuna, daha önce psikiyatri başvurusu olmayan 12-19 yaş arası 42 ergen alındı. Katılımcılara sosyodemografik ve klinik veri formu, Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması uygulandı. Katılımcılara Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ), Psikolojik Kontrol Ölçeği (PKÖ) ve Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12) özbildirim şeklinde doldurtuldu. OKB semptom şiddetleri Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (ÇY-BOKÖ) ile değerlendirildi. Vaka grubu, ÇY-BOKÖ skor değişimlerine göre kötüleşme görülenler ve kötüleşme görülmeyenler olarak iki alt gruba ayrıldı.

Bulgular: Pandeminin birinci ve üçüncü yılındaki ÇY-BOKÖ puanlarının değişimine bakıldığında; katılımcıların %10,86'sinin (n=5) tamamen iyileştiği, %65,21'inin (n=30) semptom şiddetinde azalma ve %23,91'inin (n=11) semptom şiddetinde artış olduğu bulundu. Semptomları kötüleşenler ile kötüleşmeyenler arasında obsesyon tipleri açısından farklılık saptanmadı. EİDDÖ puanları karşılaştırıldığında, vaka grubunda içsel DD ve işlevsel olmayan DD yöntemlerinin kontrol grubuna göre daha sık

kullanıldığı görüldü. OKB'si kötüleşenlerde, kötüleşmeyenlere kıyasla daha yüksek içsel işlevsel olmayan DD puanları saptandı. Pandemi döneminde semptomları kötüleşen OKB tanılı ergenlerin anne PK ve anne PKÖ toplam puanları, kötüleşmeyenlere kıyasla daha yüksek bulundu. OKB'li ergenlerin anne PK ve içsel işlevsel olmayan DD puanları ile obsesyon, kompulsiyon ve toplam ÇY-BOKÖ skorları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulundu. Katılımcıların tümü değerlendirildiğinde, ÇGPSÖ puanları ile PKÖ tüm alt puanlarının negatif yönde ilişkili olduğu saptandı. Yapılan hiyerarşik regresyon analizinde; vaka grubunda anne PK puanının kötüleşme, terapi öyküsünün ise iyileşme yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşıldı.

Sonuç: Ergenlerin duygu düzenleme stratejilerinin, ebeveynden algıladıkları psikolojik kontrolün, psikolojik dayanıklılığın ve terapi öyküsünün pandemi dönemi OKB şiddet değişimi ile ilişkili olduğu gösterildi.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Duygu Düzenleme Yöntemleri, Adölesan, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Psikolojik Kontrol, Psikolojik Sağlamlık

ABSTRACT

REASSESSMENT OF SEVERITY OF SYMPTOMS IN ADOLESCENTS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER DURING THE PANDEMIC AND EVALUATION OF THESE CASES IN TERMS OF EMOTION REGULATION, PSYCHOLOGICAL CONTROL AND RESILIENCE

Dr. Cemre İSTANBULLU

Aim: The aim is to compare the severity of symptoms in the first and third years of the COVID-19 pandemic in adolescents with obsessive compulsive disorder (OCD) and to evaluate the relationship between symptom severity change and emotion regulation (ER) strategies, perceived parental psychological control (PC) and psychological resilience.

Materials and Methods: 46 adolescents between the ages of 12-19 years who were diagnosed with OCD in the first year of the pandemic were included. The control group included sex and age matched 42 adolescents who had no previous psychiatric application. Sociodemographic and clinical data form, Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version were administered to the participants. The Regulation of Emotions Questionnaire (REQ), Psychological Control Scale-Youth Self Report (PCS-YSR), Child and Youth Resilience Measure (CYRM) were filled in as self-report. OCD symptom severity was evaluated with The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS).

Results: CY-BOCS score changes showed that 10,86% (n=5) of the OCD patients recovered completely, 65,21% (n=30) had a decrease and 23,91% (n=11) had an increase in symptom severity. There was no difference in obsession types between those who showed deterioration and those who did not. It was found that internal ER and dysfunctional ER were used more frequently in the OCD group than controls. Worsening group had higher internal dysfunctional ER scores compared to others. Adolescents with the exacerbation of OCD symptoms had higher maternal psychological control and maternal PCS-YSR total scores than those with no worsening. Maternal

psychological control and internal dysfunctional ER scores of the adolescents with OCD correlated positively with obsessions, compulsions and total CY-BOCS scores. There was a negative correlation between the CYRM scores and all sub-scores of PCS-YSR. The hierarchical regression analysis showed that maternal psychological control score was a predictor of worsening of OCD symptoms. Additionally, therapy history was found to be a significant predictor of symptom improvement.

Conclusion: ER, PC, resilience and therapy history were shown to be associated with OCD severity change in the adolescents during the pandemic.

Keywords: Adolescent, COVID-19, Emotion Regulation Strategies, Obsessive Compulsive Disorder, Psychological Control, Psychological Resilience

KISALTMALAR

AAB	: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASK	: Anterior Singulat Korteks
ATE	: Alıştırma Tepki Engelleme
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BT	: Bilişsel Terapi
COVID-19	: Corona Virus Disease of 2019 (Koronavirus Hastalığı)
ÇDŞG-ŞY-T	: Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması
ÇGPSÖ-12	: Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
ÇY-BOKÖ	: Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
DD	: Duygu Düzenleme
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EİDDÖ	: Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği
ES	: Ebeveyn Saymazlığı
FDA	: Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
GAS	: Grup A Streptokok
IOCDF-GC	: International Obsessive Compulsive Disorder Foundation Genetics Collaborative
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
KSTK	: Kortiko-striato-talamo-kortikal
MOKSL	: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OFK	: Orbitofrontal Korteks

OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
PANDAS	: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococci
PB	: Panik Bozukluk
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
PK	: Psikolojik Kontrol
PKÖ	: Psikolojik Kontrol Ölçeği
SARS-CoV-2	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SF	: Sosyal Fobi
SPECT	: Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi
SSGİ	: Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörü
TUEK	: Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete bozukluğu
5-HT	: 5-Hidroksitriptamin

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Değerlendirmeye Alınan ve Araştırmaya Katılmayan Vaka Gruplarının Cinsiyet ve Yaş Karşılaştırması

Tablo 2: Vaka ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 3: Vaka Grubu ve Kontrol Grubunun Aile Demografik Bilgilerinin Karşılaştırılması

Tablo 4: Vaka ve Kontrol Grubu Arasında Aile Bireylerinin Psikiyatrik Tanı ve Tedavi Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 5: Vaka ve Kontrol Grubuna Ait Perinatal Dönem Özelliklerinin ve Tıbbi Hastalık-Psikiyatrik Olmayan İlaç Kullanım Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 6: Vaka Grubunda Başvuru, İlaç Kullanımı ve İlaç Dışı Tedavi Özellikleri

Tablo 7: Vaka Grubu ve Kontrol Grubunun Şu Andaki ve Yaşam Boyunca Olan OKB Dışı Psikiyatrik Bozukluklarının Karşılaştırılması

Tablo 8: Vaka ve Kontrol Grubunun Komorbidite Açısından Karşılaştırılması

Tablo 9: Araştırmada Değerlendirilen Vaka ve Kontrol Grubu Arasında Yaşam Boyu Psikiyatrik Bozukluk Oranlarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Vakaların ÇY-BOKÖ'ye Göre Obsesyon Çeşitleri

Tablo 11: Vakaların ÇY-BOKÖ'ye Göre Kompulsiyon Çeşitleri

Tablo 12: Araştırmada Değerlendirilen Vaka Grubunun ÇY-BOKÖ Skor Dağılımları

Tablo 13: Vaka ve Kontrol Grubu Arasında COVID-19 Pandemisinden Etkilenim Durumu Karşılaştırılması

Tablo 14: Vaka Grubunun ÇY-BOKÖ Puan Değişimlerine Göre Sınıflandırılması

Tablo 15: Vaka Alt Gruplarının ÇY-BOKÖ'ye Göre Obsesyon Çeşitleri

Tablo 16: Vaka Alt Gruplarının ÇY-BOKÖ'ye Göre Kompulsiyon Çeşitleri

Tablo 17: Vaka ile Kontrol Grubu Arasında EİDDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 18: Vaka ile Kontrol Grubu Arasında Duygu Düzenleme Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 19: Vaka Alt Grupları Arasında EİDDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 20: Vaka Alt Grupları Arasında Duygu Düzenleme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Tablo 21: Vaka ve Kontrol Grubu Arasında Psikolojik Kontrol Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 22: Vaka Alt Grupları Arasında Psikolojik Kontrol Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 23: Vaka ve Kontrol Grupları Arasında ÇGPSÖ-12 Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 24: Vaka Grubunda Yaşam Boyu Ek Psikiyatrik Bozukluk Varlığının EİDDÖ ve Psikolojik Sağlamlık Puanları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 25: Vaka Grubunda Yaşam Boyu Ek Psikiyatrik Bozukluk Varlığının Psikolojik Kontrol Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 26: Vaka Grubunda Bulunan Bireylerin ÇY-BOKÖ skorlarının Psikolojik Kontrol Puanları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 27: Vaka Grubunda Bulunan Bireylerin ÇY-BOKÖ Skorları ile EİDDÖ Puanları Arasındaki Korelasyonların Karşılaştırılması

Tablo 28: Psikolojik Sağlamlık Puanları ile Psikolojik Kontrol Puanları Arasındaki Korelasyon Karşılaştırmaları

Tablo 29: Vaka Grubunda İyileşme veya Kötüleşme Yordayıcısı Olarak Anne PK Puanı, Terapi Öyküsü ve Yaşam Boyu DEHB Tanılarının Regresyon Analizi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: DSM-V'e Göre OKB Tanı Kriterleri

Şekil 2: Değerlendirmeye Alınan ve Araştırmaya Katılmayan Vakaları Gösteren Akış Şeması



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlarla seyreden, kişinin yaşam kalitesi üzerinde önemli olumsuz etki yaratan, kronik seyirli nöropsikiyatrik bir bozukluktur (1). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), 5th Edition Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Basım ile anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkartılan OKB, DSM-V ile birlikte “OKB ve İlişkili Bozukluklar” olarak ayrı bir tanı başlığı altında ele alınmıştır (2). Pediatrik OKB prevalansının yaklaşık %1 ile 3 arasında olduğu düşünülmektedir (3). Çocuk ve ergenlerdeki OKB ile ilgili yapılan araştırmalar, bu grubun daha zayıf içgörü, artmış komorbidite ve daha kalıcı bir gidişat gösterme eğiliminde olduğunu ortaya koymuştur (4).

Duygu düzenleme (DD); bir kişinin hedeflerini gerçekleştirmede özellikle onun için yoğun ve geçici özellikteki duygusal tepkilerini izleme, değerlendirme ve değiştirmede kullanılan içsel ve dışsal tepki süreçlerinden oluşur (5). Duygu düzenleme becerileri öncelikle aile ortamında kazanılmaya başlar. Duygu düzenleme kazanılmış bir gelişimsel süreç olduğundan, bu beceride zorluklar yaşanabilir. Zorluklar (düzenleyememe) süregelenleştğinde ise psikopatolojiler ortaya çıkabilir (6). Literatürde duygu düzenlemedeki başarısızlığın çok sayıda psikopatolojinin belirgin bir özelliği olduğu vurgulanmaktadır. Duygu ya da duygu düzenleme ile ilgili sorunlar, DSM-IV’teki psikopatoloji tanı ölçütlerinin %75’inden daha fazlasını tanımlamaktadır (7).

Psikolojik kontrol (PK), 1960’larda üç temel ebeveynlik boyutundan biri olarak tanımlanmış ve özerklik sağlamama olarak değerlendirilmiştir. Bu tanım; ergenlerin içsel (psikolojik ve duygusal) durumlarını kontrol etmek amacıyla suçluluk uyandırma, koşullu saygı, sevgiyi geri çekme ve küçümseme gibi örtülü stratejileri içerir. Kısaca PK; çocuğun psikolojik dünyasına zarar veren üstü kapalı, müdahaleci, manipülatif ve kısıtlayıcı ebeveyn tutumlarını ifade eder (8).

Ebeveynlerin PK uygulamaları; ergenin psikolojik özerkliğini engelleyerek değersizlik ve yetersizlik düşüncelerinin aktive olmasına, benlik farkındalığını ve özgüven gelişimini olumsuz etkileyerek kendi içine dönmesine ve sosyal etkileşimlerden

uzak durmasına neden olabilmektedir (9). Bu nedenle hem ergen hem de ebeveyn bildirimine dayalı PK'nın ergenlerde özellikle depresyon, kaygı ve yalnızlık gibi içe yönelim problemleri ile ilişkili olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (10). PK'nın pediatrik OKB üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar ise sınırlı sayıdadır.

Psikolojik dayanıklılık son dönemde araştırma ve yazın dünyasının birçok alanında yoğun ilgi görmeye başlamış olup özellikle koruyucu ve önleyici psikolojik danışma hizmetleri açısından önem kazanmıştır. Murphy'e göre psikolojik dayanıklılık; "bir çocuğun stresle nasıl başa çıktığını ve travmadan nasıl kurtulduğunu/iyileştğini" kapsayan genel bir kavramdır (11). Bu konudaki literatür çalışmaları, yüksek psikolojik dayanıklılık puanlarına sahip olan çocuk ve ergenlerin, psikopatoloji geliştirme açısından daha düşük riske sahip olduklarını bildirmektedir (12).

COVID-19, SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) isimli virüsün sebep olduğu bir hastalıktır. Çin Halk Cumhuriyeti, Wuhan'da gözlenen çoklu viral pnömoni vakaları sonrası, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından 31 Aralık 2019'da tanınmıştır. Takip eden süreçte tüm dünyayı etkisi altına alan bir pandemiye dönüşmüştür (13). Bu beklenmedik büyük çaplı sağlık sorunu, tüm yaş grubu kişiler üzerinde birçok olumsuz etki yaratmış olup etkilenimler halen devam etmektedir. Çalışmalar sağlıkla ilgili felaketlerin hem gençlerde hem de ebeveynlerde TSSB (travma sonrası stres bozukluğu), anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk gibi psikiyatrik tablolar yarattığı sonucuna varmaktadır (14). COVID-19 pandemisinin, çocukların ve gençlerin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde belirgin etki yarattığı güncel çalışmalarla da gösterilmiştir (15). Yapılan yazın incelemesinde pandemi döneminde hem yeni tanı OKB hastalığının arttığı hem de remisyonadaki OKB hastalarında relapsların tetiklendiği görülmüştür (16).

Pandeminin OKB belirtileri üzerine etkilerini inceleyen bir çalışmada katılımcıların %12,6'sında OKB belirti şiddetinde kötüleşme, %28,7'sinde semptom şiddetinde iyileşme gözlenmiştir. Ayrıca bu çalışma; duygu düzenleme sorunlarının belirtilerde kötüleşmeyi tetiklediğini, psikolojik sağlamlığın ise bu açıdan koruyucu olduğunu göstermiştir (17).

Yapılan literatür incelemesi ve yukarıdaki bilgiler ışığında; literatürde OKB tanılı çocuk ve ergenlerde korona virüs pandemisinin semptom şiddeti üzerine etkilerini inceleyen az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. OKB tanılı çocuk ve ergenlerin duygu düzenleme stratejilerini, ebeveynlerden algıladıkları psikolojik kontrolü ve psikolojik dayanıklılıklarını değerlendiren ve bu öğelerin COVID-19 dönemindeki hastalık gidişatı üzerine etkilerini ele alan bir çalışmanın ise olmadığı gözlenmiştir. Buradan hareketle, çalışmamızda obsesif kompulsif bozukluğu olan ergenlerin pandemi dönemindeki semptom şiddetlerinin yeniden değerlendirilmesi; bulguların duygu düzenleme, psikolojik kontrol ve dayanıklılık açısından ele alınması ve bu konuda literatüre katkı sağlanması planlanmaktadır.

Araştırma hipotezlerimiz şunlardır;

1. OKB tanılı ergenlerin semptom şiddetleri, COVID-19 pandemi sürecinde artmıştır.
2. OKB tanılı ergenlerde kirlenme/bulaş obsesyonu veya yıkama/temizleme kompulsiyonu olması, pandemi dönemindeki semptom kötüleşmesi üzerinde yordayıcı etkiye sahiptir.
3. OKB tanılı ergenlerde, duygu düzenleme stratejileri COVID-19 pandemisinin birinci ve üçüncü yılı arasında görülen OKB semptom şiddet değişimi üzerine etkilidir.
4. OKB tanılı ergenlerde, ebeveynlerden algılanan psikolojik kontrol arttıkça COVID-19 pandemisinin OKB semptomları üzerine olumsuz etkisi artmaktadır.
5. OKB tanılı ergenlerde, psikolojik sağlamlık azaldıkça COVID-19 pandemisinin OKB semptomları üzerine olumsuz etkisi artmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk; tekrarlayıcı obsesyon veya kompulsiyonlarla karakterize, kişide stres ve zaman kaybına sebep olarak işlevselliği etkileyen ruhsal bir bozukluktur. Obsesyonlar; kişi tarafından rahatsız edici bulunan tekrarlayıcı, süregelen ve girici tarzda düşünce, dürtü ve zihinsel imgelerdir. Genellikle kişide kaygı, gerginlik ve iğrenme duyguları oluşturmaktadır. Kompulsiyonlar; obsesyonların yarattığı anksiyeteyi nötralize etmek, engellemek veya azaltmak amacıyla yapılan tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (18,19).

2.1.2. Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonların tarihçesi çok eskilere dayanmakta olup, eski din kitaplarında obsesyon ve kompulsiyonları işaret eden davranış örnekleri bulunmaktadır. Büyüsel ve dinsel törenlerde obsesif-kompulsif nevrozda ki benzer savunma mekanizmalarının işlediği düşünülmektedir. Aynı şekilde bazı edebi başyapıtlarda OKB benzeri özellikler gösteren karakterlere rastlanmaktadır. Shakespeare'in Macbeth adlı eserinde obsesif kompulsif bozukluğun zihinsel uğraş ve zorlayıcı davranışlarını, Lady Macbeth'in etkilemesi ile kocasının kral Duncan'ı öldürmesi sonrasında Lady Macbeth'de açıkta görülmektedir (20). OKB üzerine tanımlayıcı ilk yaklaşım ise 1839 yılında Esquirol tarafından gerçekleştirilmiştir (21). Esquirol obsesyonları; istenmeyen, önlenemez dürtüsel aktiviteler olarak tanımlamıştır. Morel ise, bu bozukluğu 1860'larda farklı açıdan ele almıştır. Bozukluğun otonom sinir sisteminin karmaşık bir görünümü olduğunu belirtip, bu bozukluğu içgörünün bulunduğu "Delire Emotif" olarak adlandırmıştır (22). 1877'de Alman klinisyen Westphal kompulsif fikirleri kişinin bilincine giren, inançlarına ters gelen düşünceler olarak tanımlamış; aynı dönemde Kraepelin, OKB semptomlarının nevrasteniyeye ait olduğunu düşünmüştür (23). 1900'lü yılların başlarında ise Pierre Janet klinik tabloyu açıklarken saplantılı, takıntılı

düşünceler (obsesyon), tepkiler-ataklar (kompulsiyon) ve fobiler üçlüsünü tanımlamıştır. Bu üçlüyü ruhsal zayıflık çerçevesi içerisinde “pikasteni” olarak ele almıştır (24,25). Freud obsesif kompulsif nevroz ve fobik nevrozları ayrı şekilde değerlendirmiş; obsesyonların cinsel ve agresif dürtülerden kaynaklandığını ifade etmiştir. Bu dürtülerin yarattığı anksiyetenin regresyon ve reaksiyon formasyon savunma mekanizmaları ile giderilmeye çalışıldığını öne sürmüştür (26). 1980’lerde OKB’nin olası çocukluk dönemi başlangıcı olan, nörobiyolojik hastalık olduğu görüşü kabul edilmeye başlanmıştır. Erişkin OKB hastalarının büyük kısmının semptomlarının ergenlik döneminde başladığının epidemiyolojik çalışmalar ile gösterilmesi üzerine, pediatrik OKB’ye olan farkındalık artmış ve bu alan üzerindeki çalışmaların fazlalaştığı gözlenmiştir (18).

Obsesif kompulsif yaşantılardan resmi olarak ilk defa DSM-I’de bahsedilmiş olup; burada biçim ve içerik ayrımı yapılmamıştır. Güncel bakış açısına en yakın tanımlama ise, ilk kez DSM-III’te yer almış ve obsesif kompulsif semptomlar sanrı, ruminasyon gibi diğer zihinsel meşguliyetlerden ayrılmıştır (27). DSM-V’e kadar anksiyete bozuklukları içerisinde yer alan OKB’ye, DSM-V ile “OKB ve İlişkili Bozukluklar” olarak ayrı bir tanı başlığı altında yer verilmiştir. DSM-IV-Text Revision’da “iç görüşü az olan” belirleyicisi DSM-V’te “iç görüşü iyi ya da oldukça iyi, iç görüşü kötü, iç görüşü yok/sanrısız inanışlar” şeklinde kategorize edilmiş ve ayrıca eşlik eden tiklerin varlığı bir belirteç olarak eklenmiştir (28).

2.1.3. Epidemiyoloji

Obsesif kompulsif bozukluğun genel popülasyonda yaşam boyu görülme oranının %2-3 olduğu tahmin edilmektedir. En sık görülen psikiyatrik tablolar arasında majör depresif bozukluk, fobiler, alkol ve madde kullanım bozukluğundan sonra dördüncü sırada olduğu bildirilmiştir (29). Güncel bir derleme makalesinde, son on yılda yapılan epidemiyolojik çalışmalar incelenmiş olup; OKB prevalansının çocuk, ergen ve yetişkinler için %1-4 arasında değişken olduğu ve OKB’nin etkilenen kişilerin yaşamları üzerinde ciddi bir olumsuz etki yarattığı saptanmıştır (30). OKB’nin önceden pediatrik popülasyonda daha nadir görüldüğü düşünülmesine rağmen epidemiyolojik

alışmalar ile ocuk ve gençlerdeki prevelansının yaklaşık %0,25 ile %4 arasında olduğu gösterilmiştir (2,3,31,32).

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan çocukların %60-70'inin erkek olduğu ve hastalığın geç ergenliğe kadar erkeklerde daha fazla görülmeye devam ettiği bildirilmiştir. Erişkinlikte kadınlardaki sıklığın daha fazla olduğunu veya kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (33).

Obsesif kompulsif bozukluk görülme sıklığının iki pik yaptığı, bozukluğun bimodal yaş dağılımına sahip olduğu tespit edilmiştir (34). Birinci pik 7-12 yaşları arasında olup; bu grupta erkek cinsiyette görülme olasılığı daha fazladır. İkinci pik ise ortalama 21 yaşlarında, erken erişkinlik döneminde olup; hafif derecede kadın cinsiyet üstünlüğü görülmektedir (33). İsviçre'de yapılan 30 yıllık bir takip çalışmasında, herhangi bir semptom başlangıcının ortalama yaşının 9,7; subklinik obsesif kompulsif semptomların başlangıç yaşının ortalama 16 ve OKB başlangıç yaşının ortalama 19 olduğu saptanmıştır (35). Çok nadiren 3 veya 4 yaşlarında OKB tanısı alan çocukları bildiren vaka örnekleri de bulunmaktadır (36). Erkeklerde kadınlara kıyasla OKB belirtileri daha erken yaşta başlamakta olup bu bozukluğa sahip erkeklerin yaklaşık %25'inde semptomlar 10 yaş öncesinde görülmektedir. OKB semptomları genellikle kademeli bir şekilde başlasa da ani başlangıçlı vakalar da bildirilmiştir (28).

2.1.4. Etiyoloji

Obsesif kompulsif bozukluk hem altta yatan sebepler hem de klinik prezentasyon açısından heterojen bir rahatsızlıktır. Birçok farklı semptom alt grubu tanımlanmış olmakla birlikte hala bu alt gruplarda hangi etiyolojik faktörün nasıl bir rol oynadığı net olarak gösterilememiştir. Etiyolojik nedenler genetik, nöroanatomik, nörokimyasal ve psikolojik faktrlerin kesişimi ve birbiriyle etkileşiminden oluşmaktadır (37).

2.1.4.1.Genetik faktrler: Aile, ikiz çalışmaları ve moleküler araştırmalar OKB'deki genetik faktrlerin önemi hakkında giderek artan kanıtlar sağlamaktadır. Birçok çalışmada, sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında; OKB'li erişkin bireylerin birinci derece yakınlarında OKB görülme riskinin artmış olduğu saptanmıştır (38-41). Ayrıca

yapılan diğer çalışmalarla, genetik faktörlerin etkisinin pediatrik OKB’de erişkin OKB’ye göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (42). International Obsessive Compulsive Disorder Foundation Genetics Collaborative (IOCDF-GC) yakın zamanlı verileri OKB’nin kalıtılabilirliğinin tahmini %37; çocukluk çağında başlayan OKB’nin kalıtılabilirliğinin ise tahmini %43 olduğunu göstermiştir (43).

Obsesif kompulsif bozukluğun oluşumunda genetik faktörlerin etkisini araştıran çalışmalar, genomun OKB'ye yatkınlık barındıran çok sayıda bölgesi olduğunu saptamıştır. Bu araştırmalar OKB’nin farklı genlerin rol oynadığı poligenik bir bozukluk olduğu hipotezini desteklemektedir (31). Aday gen ilişki çalışmalarında OKB’nin patogenezinde özellikle serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik yollar dahil olmak üzere farklı yollarla genetik ilişki gösterilmektedir (44). Serotonerjik SLC6A4 geni en çok çalışılan genler arasındadır. Taylor ve arkadaşları yaptıkları metaanaliz çalışmasında, serotonin taşıyıcı geninin (SLC6A4) bir polimorfizmi olan 5-HTTLPR ve serotonin 2A reseptör geni (HTR2A) ile OKB'nin ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada katekolaminerjik düzenleyici katekol-O-metiltransferaz (COMT) ve monoamin oksidaz-A (MAO-A) polimorfizmleri sadece erkeklerdeki OKB ile ilişkili bulunmuştur (45). Dopaminerjik sistem genlerinden DRD4 geninin OKB ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (46). Ayrıca dopamin sistemi ile ilişkili [*DAT1 (solute carrier family 6 member 3, SLC6A3)* ve *DRD3 (dopamine receptor D3)*] ve glutamat sistemi ile ilişkili bir gende [*solute carrier family 1 member 1, SLC1A1*] istatistiksel olarak önemi olmayan polimorfizmler gösterilmiştir (47). OKB’de glutamaterjik sistemin rolü DLGAP3/SAPAP3 ve SLITRK5 gen delesyonlu hayvan modelleriyle araştırılmıştır. Her iki hayvan modelinde de glutamat sinyal oluşumu ve iletimindeki disfonksiyon ile ilişkili benzer kompulsif davranışlar ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır (48).

2.1.4.2. Nörokimyasal faktörler: OKB patofizyolojisinde öncelikli olarak serotonin öne çıksa da yapılan fonksiyonel görüntüleme ve PET (pozitron emisyon tomografisi) çalışmaları ile dopaminin önemi de gösterilmiştir. Ayrıca son zamanlarda

yapılan çalışmalarda glutamat ve GABA'nın da OKB ekspresyonunda rol oynadığına dair kanıtlar olduğu da vurgulanmıştır (44).

Serotonerjik sistem: OKB patogeneğinde serotoninin rolü uzun yıllardır araştırılmaktadır. Serotonerjik hipofonksiyonu ve tedavi sonrası 5-hidroksitriptamin (5-HT) sentez kapasitesindeki artışı gösteren güncel çalışmalar, OKB'de serotonerjik modeli desteklemektedir ((49,50). Serotonerjik sistemi etkileyen ajanların hepsinin OKB semptomlarını değiştirmediğinin tespit edilmesi neticesinde ise farklı reseptör alt tiplerinin önemi ortaya çıkmıştır. 5-HT1B bu konuda üzerinde en çok durulan serotonerjik reseptörlerden birisidir. 5-HT1B, serotonin salımının düzenlenmesinde yer alan presinaptik bir otoreseptördür. Yoğun olarak OKB ile ilgili beyin devrelerinin bir parçası olan prefrontal alanlar ve bazal kaudat bölgede bulunduğu bilinmektedir (51). 5-HT1B reseptörünün seçici olmayan (m-klorofenilpiperazin) ve seçici (sumatriptan) agonistleriyle yapılan çalışmalar, bu ajanların OKB belirtilerinde kötüleşmeye neden olduğunu göstermiş ve OKB'si olan bir kişinin beyinde bu reseptörün aşırı duyarlı olabileceğine dair sonuçlar elde etmiştir (51-53). Bir hayvan çalışmasında, intraorbitofrontal 5-HT1B agonist infüzyonunun obsesif kompulsif davranışlara neden olduğu; serotonin gerilim inhibitörlerinin ise orbitofrontal 5-HT1B reseptörlerini duyarsızlaştırarak OKB benzeri davranışları azalttığı sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada bir nöradrenalin geri alım inhibitörü olan desipramin verilen grupta ise OKB semptomlarında azalma saptanmamıştır. Bulgular neticesinde, OKB patofizyolojisi ve tedavisinde orbitofrontal 5-HT1B reseptörlerinin önemli bir rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır (54). Perani ve arkadaşlarının çalışmasında; frontal polar, dorsolateral ve medialfrontal, parietal ve temporal asosyatif kortekste 5-HT2A reseptörlerinde önemli bir azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca orbitofrontal ve dorsolateralfrontal kortekste 5-HT2A reseptör mevcudiyeti ile klinik şiddet arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir (55). Tüm bu sonuçlar OKB patogeneğinde serotoninin spesifik bir rol oynadığına işaret etmektedir.

Dopaminerjik sistem: Dopamin reseptör antagonistlerinin OKB tedavisinde Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörlerine (SSGİ) yardımcı olarak etkili olduğunun tespit edilmesi, OKB'de dopaminerjik sistemin rolüne ilişkin klinik kanıt sunmuştur

(56). Yapılan hayvan çalışmalarıyla çeşitli dopaminerjik ajanların yüksek dozlarının, stereotipik ve kompulsif davranışlara benzer tekrarlayan hareketler ortaya çıkarttığı gösterilmiştir (56). Bir nörogörüntüleme çalışmasında, striatumun özellikle ventral alanında endojen dopaminerjik hiperaktiviteyi yansıtan bulgular saptanmıştır (55). OKB'li hastalar ile yapılan SPECT (*Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi*) incelemelerinde sağ bazal ganglionda daha yüksek taşıyıcı bağlanma oranları tespit edilmiş olup; bu oranlarda SSGİ ile tedavi sonrasında bazal değerlere göre azalma olduğu sonucuna varılmıştır (57,58). Tüm bu bulgular OKB'de artmış dopaminerjik aktivite hipotezini desteklemektedir.

Glutamaterjik sistem: Son yıllarda, glutamat anormalliklerinin OKB'nin patogenezindeki yerine dair giderek artan kanıtlar bulunmaktadır (48, 59-61). Bir hayvan modeli çalışması artmış kortiko-striatal glutamat çıktısı olan farelerin yaygın davranışsal perseverasyon, kompulsif sıçrama, saç çekme, ısırma gibi OKB benzeri davranışlar ve eş zamanlı tik benzeri hareketler sergilediğini tespit etmiştir (62). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı bireylerin beyin omurilik sıvısında glutamat düzeylerini ölçen bir çalışmada; tedavi almamış OKB hastalarının beyin omurilik sıvısındaki glutamat konsantrasyonları normal kontrollere göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ve bu sonuç OKB'de glutamaterjik disfonksiyon için doğrudan kanıt oluşturmuştur (63). 8-13 yaş grubunda yapılan yakın zamanlı bir çalışmada ise, anterior singulat kortekste (ASK) glutamat seviyelerinin otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve OKB'si olan çocuklarda sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ASK'daki yüksek glutamat konsantrasyonu, kompulsif davranışın şiddeti ile ilişkilendirilmiştir (64).

2.1.4.3. Nöroanatomik faktörler: OKB tanılı kişiler ile yapılmış olan beyin görüntüleme çalışmalarında öncelikli olarak orbitofronto-subkortikal devreler ön plana çıkmaktayken; fonksiyonel ve yapısal nörogörüntüleme çalışmalarında orbitofrontal korteks, ASK, bazal gangliyonlar ve talamusta bazı değişiklikler saptanması ile OKB halkası [kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK)] modeli ortaya konmuştur (65). Bu modelde direkt ve indirekt yoldan bahsedilmektedir. Sağlıklı bireylerde uyarıcı direkt

yolağın, indirekt yolağın engelleyici işlevi tarafından modüle edildiği düşünülmektedir. İnsan ve hayvan deneyleri ile birlikte; sistemin aktivasyonu için gerekli eşğin düşmesinin, indirekt yolak üzerinden direkt yolakta aşırı bir aktiviteye neden olduğu sonucuna varılmıştır (44). OKB'deki obsesyonların orbitofrontal korteks hiperaktivasyonu sonucu oluştuğu belirtilmiştir (66).

Obsesif kompulsif bozukluktaki yapısal değişiklikleri ele alan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) verilerini inceleyen bir metaanaliz çalışmasında; sağlıklı kontrollere göre OKB hastalarında, sol ASK ve bilateral orbitofrontal korteks (OFK) hacminde azalma ve bilateral talamik hacimde artış saptanmıştır. Bu incelemede obsesif kompulsif semptomların belirti şiddeti, talamus hacmindeki artış ile ilişkilendirilmiştir (67). Subkortikal beyin hacimlerine odaklanan başka bir metaanaliz çalışmasında, erişkin hastalarda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde daha küçük hipokampal ve daha büyük pallidum hacimleri bulunurken; pediatrik hastalarda ise kontrollere kıyasla daha büyük talamik hacim ölçülmüştür. Pediatrik yaş grubundaki bu farklılık, OKB'nin gelişimsel doğası ve hastalığın seyri sırasında nöroplastik değişikliklerle açıklanmış, nörogelişimsel değişikliklerin potansiyel önemi vurgulanmıştır (68). Bununla birlikte frontoparietokortikal yapılar ve ASK gri madde hacminde azalma, bazal gangliyonlarda (putamen) ise gri madde hacminde artış olduğunu bildiren araştırmalar da mevcuttur (69-71). Ek olarak, OKB'nin patofizyolojisinde kaudat çekirdeğin de rol oynadığı, erişkin ve pediatrik grupta bilateral kaudat çekirdeğin baş kısmında hiperaktivite varlığı gösterilmiştir (72-75). OKB'li hastaların tedavi öncesi ve sonrası serebral kan akışı veya glikoz metabolizmasını inceleyen PET ve SPECT çalışmalarının dahil edildiği bir metaanaliz ile, etkili bir tedavinin kaudat nükleus ve OFK'daki aktiviteyi azalttığı sonucuna varılmıştır (76).

2.1.4.4. Nöroimmunolojik faktörler: Swedo ve arkadaşları doksanlı yıllarda, grup A streptokok (GAS) enfeksiyonunu takiben başlayan OKB semptomları gösteren bir grup çocuk olduğunu gözlemlemişlerdir. Yaptıkları bu gözlem neticesinde semptomları streptokok enfeksiyonları sonrası tetiklenen bu OKB alt grubuna “Streptokok ile ilişkili pediatrik otoimmünnöropsikiyatrik bozukluklar (paediatric

autoimmune neuro-psychiatric disorders associated with streptococci-PANDAS) ismini vermişlerdir (77). Bu tanımlama 2012 yılında Swedo ve arkadaşları tarafından PANS (çocukluk çağı akut başlangıçlı nöropsikiyatrik sendrom, ani başlangıçlı OKB veya ciddi şekilde kısıtlanmış gıda alımı ve anksiyete, emosyonel labilite gibi ek nöropsikiyatrik sendromların varlığı) olarak güncellenmiştir (78). PANDAS ve PANS'ın aynı fizyolojik mekanizma sonucu oluştuğu, bazal gangliyon nöronlarına karşı bir otoantikorun geliştiği spesifik bir OKB tipi olduğu düşünülmüştür (78).

2.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğa Açıklama Getiren Kuramlar

2.1.5.1. Psikanalitik kuram: 19. yüzyılın sonlarında OKB hakkında ilk bilimsel hipotezleri öne süren kişi Freud olmuştur. Freud yaptığı gözlemler neticesinde obsesif kompulsif nevrozu; ego ile süperegö arasında bir çatışma ve idden ortaya çıkan saldırgan ve cinsel dürtülerle karakterize, kendine özgü nevrotik bir bozukluk olarak tanımlanmış ve OKB'ye bilimsel bir bakış kazandırmıştır (79,80). Freud nevrozların tümünün yaşamın ilk yıllarındaki anne, baba ve çocuk arasında olan çatışmalardan kaynaklandığı görüşünü benimsemiştir. Çocuk, anne ve babasının sevgi ve bakımına muhtaçtır ve onların düşüncelerine de uymak durumundadır. Bu bağımlılığın ortaya çıkardığı çatışmalar çözümlenemezse, kişinin gelişiminde aksaklık meydana gelip nevroz oluşumuna sebep olur. Freud obsesif nevrozun sebebini, anal dönemde saplı kalma veya bu döneme gerileme olarak değerlendirmiştir (81). Gelişim sürecinde çocuğun 2 ile 4 yaşları arasında olan libido gelişiminin, oral ve fallik dönemi arasında kalan ikinci evresi anal evredir. Anal dönemde çocuğun dışkılamada tutma ve boşaltma becerileri gelişmekte olup bu dönemde tuvalet eğitiminde yaşanan güçlükler anal döneme saptanmaya sebep olabilmektedir. Çocuğun boşaltım işlev denetimi kazanıp tuvalet eğitimi aldığı ve egosu ile dürtüleri arasındaki ilişkinin geliştiği bu dönem, obsesif nevroz gelişiminde önemli bir evredir. Tuvalet eğitimi, çevredekilerin dikkate alınmasıyla çocuğun dürtü doyumunu geri bırakmayı ya da vazgeçmeyi öğrenme durumuyla ilk karşılaşmasıdır. Bu evre, anne ile çocuk arasında galibin bazen anne bazen çocuk olduğu bir süreç başlatarak; çocuğun dürtülerinin hemen tatmininin

engellenmesine kızgınlıkla karşı koyup dışkısını boşaltması ya da annesinin cezalandırma ihtimaline karşı korku ile boyun eğerek dışkısını boşaltmaktan kaçınması ile sonuçlanabilir. Annenin tutumunun suçlayıcı ve cezalandırıcı olması durumunda çocuk suçluluk duygusu/itaat etme ile öfke/karşı koyma isteği arasında kalabilir (82). Bu dönemdeki çatışmalar sonucunda düzenlilik, tutumluluk ve inatçılık gibi başlıca anal karakter özellikleri gelişmektedir (83).

Klasik analitik bakış, obsesif nevrozun ortaya çıkmasını ödipal dönem çatışmaları ile baş edemeyen libidonun bir önceki dönem olan anal döneme gerilemesi ile açıklamaktadır (84). OKB’de anal regresyon ile bir yandan ödipal dönem karmaşasından kaçınılırken diğer yandan anal dönem çatışmaları ile karşılaşılır (28). Ego, bir yandan libidinal ve saldırgan dürtülere, diğer yandan aşırı katı bir süperegoya karşı savaşmakta olup düşünce-eylem arasında ayırım yapmakta zorlanmaktadır (79,85).

Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerde anal döneme gerileme ve saplanmanın bir sonucu olarak kendilik sınırlarlarının tam gelişmediği düşünülmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada aşırı korumacı ebeveyn davranışlarının bireyin iç ve dış dünyaları arasında sınırların netleşmesini engelleyebileceği, bunun ise OKB'deki içerinin dışarıyı, dışarının ise içeriye etkileyebileceği şeklindeki büyüsel düşünme biçimine sebep olabileceği belirtilmiştir (86). Freud bu düşünce biçimini “omnipotans düşünceler” olarak kavramsallaştırmıştır. Daha sonraki zamanlarda bilişsel modeller bunu “düşünce-eylem füzyonu” olarak isimlendirmiştir (85,87).

Karşıt tepki oluşturma, yapma-bozma ve yalıtma; obsesyonel nevrozun tipik savunmalarındandır. Karşıt tepki oluşturma ile ego, idden gelen dürtülere karşı ters yönde tepkiler ortaya çıkartır ve nazik, çok titiz, vicdanlı kişilik özellikleri ile bilinçdışı düşmanca dürtülerin üstesinden gelmeye çalışılır. Bir diğer savunma OKB hastasının istenmeyen dürtüleri kontrol etmesini sağlayan, duyguların düşüncelerden kopukluğu ile karakterize olan yalıtma savunmasıdır. Yalıtma yoluyla OKB hastaları tipik şekilde duyguları görmezden gelir ve düşünceye daha çok odaklanır. Diğer savunmalara benzer şekilde yapma-bozma mekanizması da OKB hastasının kabul edilemez bir düşüncüyü veya eylemi etkisiz hale getirmek için devreye soktuğu bir savunma biçimidir (79,80).

2.1.5.2. Bilişsel davranışçı yaklaşım: Öğrenme kuramına göre obsesyonlar başlangıçta tarafsız iken sıkıntı, korku yaratan nitelikte uyaranlarla birlikte koşullu uyaran haline gelir. Obsesyonun neden olduğu anksiyeteyi azaltmak için kaçma-kaçınma ve/veya kompulsif davranışlar devreye sokulur. Sonuçta ortamda anksiyete düzeyinin azalmasının deneyimlenmesiyle bu davranışlar pekişir ve bir kısır döngü halini alır (35,88). Obsesif kompulsif bozukluğa yaklaşımda bilişsel önyargıların, işlevssel olmayan inançların ve hatalı düşünmenin öneminin fark edilmesiyle birlikte; davranışçı kuramın tek başına yeterli olmayacağı, OKB'nin bilişsel bileşeninin de bozukluğu anlama ve tedavi süreçlerinde yer alması gerektiği ifade edilmiştir (89).

Rachman ve arkadaşları, normal popülasyonda görülebilen zorlayıcı düşüncelerin klinik obsesyonlarla biçimsel/içerik olarak benzediğini, ancak kişinin bu istenmeyen müdahaleci düşüncelere katastrofik anlam atfetmesi durumunda işlev bozucu obsesif düşüncelere neden olacağını belirtmiştir (90,91). İntrüzyonların hatalı değerlendirilmesinin temelinde uyumsuz bilişsel-duyusal şemalar vardır. Bu temel şemalar erken yaşam deneyimleriyle oluşmakta, kendi ve diğerlerine ilişkin tipik çekirdek inançları yansıtmaktadır. OKB için önemli bir fenomen olan düşünce-eylem kaynaşması yine Rachman tarafından kavramsallaştırılmıştır (87).

Salkovskis'in oluşturduğu "abartılmış sorumluluk modeli"nde de benzer olarak, kişinin olası tehlikeyi, kendisini sorumlu tutacak şekilde yorumlaması halinde kaygı hissettiği ve bunun sonucunda obsesyonların geliştiği ifade edilmiştir (27).

Belirsizliğe tahammülsüzlük; obsesif kompulsif bozuklukta, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ile benzer şekilde önemli bilişsel semptomlar arasında yer almaktadır (92). Mükemmeliyetçilik, abartılı tehdit algısı, aşırı sorumluluk duygusu, düşünceleri kontrol etme gerekliliği duyma ve düşüncelere fazla önem verme OKB'li kişilerde bildirilen diğer temel işlevssel olmayan düşünce şekilleridir (93).

2.1.6. Klinik Özellikler

Obsesif kompulsif bozukluk, hastalar arasında semptom farklılıkları gösteren ayrıca bireysel semptomların da zaman içinde değişebildiği heterojen bir hastalıktır. OKB hastalarında sıklıkla görülen semptomlar; kontaminasyon (kirlenme obsesyonları,

temizleme kompulsiyonları), simetri (simetri/düzen obsesyonları, tekrarlama, sıralama, sayma kompulsiyonları), yasak veya tabu düşünceler (cinsel, dini, saldırganlık/şiddet içeren, uğurlu uğursuz sayı), zarar verme (kendisine veya başkasına) olarak kategorilendirilebilir (93). Ayrıca çocuk ve ergenlerde duyuşal intolerans, başka insanlara dönüşme korkusu veya başka bir kişiden istenmeyen bir karakter özelliğı edinme korkusu gibi atipik semptomlar da bildirilmektedir (94,95).

Yapılan bir araştırmada yetişkinlerdeki OKB'ye kıyasla çocuk ve ergenlerdeki OKB'nin daha sık saldırganlık/katastrofi obsesyonları, istifleme/biriktiricilik kompulsiyonları, çoklu obsesyon ve kompulsiyonlar ve daha zayıf içgörü ile ilişkili olduğı saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada cinsel ve dini obsesyonların ergenlerde, çocuk ve yetişkinlere göre daha yaygın olduğı görölmüştür (96).

Erişkin hastaların geçmişe yönelik sorgulandığı bir çalışmada; çoğı hastanın prodromal dönemde anksiyete veya kendine güven sorunları gibi belirtiler tariflediğı, ek olarak bazı hastalarda prodromal dönemde temizlik uğraşları, aşırı sorumluluk, düzen ve belli detaylara aşırı dikkat verme, kontrol etme ve kararsızlık gibi tipik belirtilerin olduğı ve bunların ileride OKB gelişimi için belirleyici olabileceğı vurgulanmıştır (97).

Hem yetişkinlerde hem de çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalardan elde edilen veriler, cinsiyet farklılıklarının OKB'nin klinik bulgu ve gidişatında önemli olduğunu ortaya koymuştur (98-100). OKB tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada, kızlara kıyasla erkeklerde cinsel obsesyonların daha fazla olduğı; istifçilik semptomlarının ise kızlarda daha sık göröldüğü ve ayrıca istifçilik semptomları olan hastaların daha yüksek düzeyde yeti yitimi yaşadığı saptanmıştır (99). Pediatrik grupla yapılan bir başka çalışmada ise, erkeklerde düzen/simetri; kızlarda ise kirlenme/temizlikle ilişkili obsesif kompulsif semptomların daha sık olduğı sonucuna ulaşılmıştır (100).

Çocukluk çağı OKB'si olan bireylerin erişkin OKB'li bireyler ile karşılaştırıldığı çalışmalarda çocukluk çağı OKB grubunda erkek cinsiyet üstünlüğü (101-104), ailevi OKB kümelenmesi ve yüksek oranda psikiyatrik komorbidite (yıkıcı davranış bozuklukları, anksiyete bozukluğu ve tik bozukluğu vb.) bildirilmektedir (33,105-107).

Obsesif kompulsif bozuklukta en sık bildirilen duygu anksiyetedir. Bunun yanı sıra huzursuzluk, utanç, tiksinti de diğer sık bildirilen duygulardır (93). Yapılan bir çalışmada, OKB'si olan bireylerin daha yüksek düzeyde düşmanca duygulara sahip olduğu saptanmış ve bu duygular ile OKB şiddeti arasında anlamlı bir pozitif ilişki ortaya konmuştur (108).

Obsesif kompulsif bozuklukta kaçınma belirtileri de sıklıkla görülmektedir ve bu belirtiler semptom şiddeti ve genel klinik şiddet ile ilişkilendirilmiştir (109). Kaçınma davranışıyla obsesyonların veya kompulsiyonların yarattığı rahatsızlık hissinden kısa vadede kurtulunmuş olsa da bu davranış uzun vadede negatif pekiştireç görevi görüp hastalığın devamlılığına sebep olmaktadır.

2.1.7. Tanı ve Değerlendirme

Obsesif kompulsif bozukluk, DSM-V ile Anksiyete Bozuklukları başlığı altından çıkarılarak “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında yer almaya başlamıştır. Bu başlıkta OKB'nin yanı sıra; beden dismorfik bozukluğu, deri yolma bozukluğu, saç yolma bozukluğu (trikotilomani), biriktiricilik bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluk tanımlanmaktadır (28). OKB anksiyete bozuklukları ile benzerlik göstermesine rağmen; anksiyete, OKB ve ilişkili bozuklukların temel özelliği değil bu bozukluklara ikincil gelişen bir semptomdur (109,110).

DSM-V'te obsesyonlar için ‘uygunsuz’ terimi yerine ‘istenmeyen’ terimi kullanılması, OKB için yapılan bir diğer değişikliktir. Bununla birlikte farklı kültürler açısından ego-distonik niteliğin daha iyi tanımlanması hedeflenmiştir (111). Diğer yapılan değişiklikler de şu şekilde özetlenebilir: A ölçütünde geçen ‘dürtü’ (impuls) yerine ‘iç zorlanma’ (urge) kelimesi kullanılmış, belirtilerin anksiyete ve stres yarattığını açıklayan kısma ‘sıklıkla’ terimi eklenmiştir. DSM-V'in getirdiği en önemli değişikliklerden biri de ‘içgörü’ kavramının sınıflama sisteminden çıkarılması olup, obsesyonlar sanrısız bir yoğunlukta olsa dahi OKB tanısının konabileceği ifade edilmiştir (28,72). Tik ile ilgili de ek bir tanımlayıcı daha getirilmiştir (28,109).

Şekil 1: DSM-V'e Göre OKB Tanı Kriterleri:

Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk)

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

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

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

(2) Kişi; bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle bunları yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

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

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

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

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

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. Günde 1 saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığına ya da gerçek olabileceğine ya da olmayabileceğine ayırmındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının gerçek olduğunu düşünmektedir.

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

Pediyatrik yaş grubunda OKB'nin değerlendirilmesinde, çocukların semptomları anlatmakta yetişkinlere göre daha çok zorlanmaları tanısal anlamda önemli bir zorluk yaratır. Yapılan bir çalışmada çocukların, saldırganlık obsesyonlarını ve zihinsel ritüellerini, ergen veya yetişkinlere göre daha düşük oranda bildirdikleri ortaya konmuştur (112).

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı, klinik görüşmede alınan ayrıntılı bir anamnez (aile öyküsü, gelişimsel öykü, işlevsellik düzeyi dahil) ve psikiyatrik değerlendirmeye konulur. Tanı ve takip sürecinde Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) gibi ölçeklerinin kullanılması da klinik bulgular ve belirti şiddeti gibi konularda daha detaylı bilgi sağlar (93).

Obsesif kompulsif bozuklukta intihar riski dikkatle ele alınması gereken önemli bir konudur. İsveç'te, obsesif kompulsif bozukluk tanılı yaklaşık 40.000 hasta ile yapılan

44 yıllık takip çalışmasında, OKB'si olan her on hastadan birinin yaşamı boyunca intihar girişiminde bulunduğu, yaklaşık yüzde birinin de tamamlanmış intihar ile hayatını kaybettiği sonucuna varılmıştır. Ek psikiyatrik komorbiditeler de göz alındığında Odds Ratio'nun (OR) azaldığı ancak intihar riskinin kontrol grubuna kıyasla hala yüksek kaldığı saptanmıştır (113). OKB'de intihar riskinin; daha çok saldırgan, cinsel/dini ve simetri/düzen gibi belirli boyutları ile ve ayrıca dürtü kontrol bozuklukları, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk gibi spesifik komorbiditeler ile ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (114).

Literatürde, ebeveynlik stiline ve ebeveyn davranışlarının çocuk ve ergenlerdeki obsesif kompulsif davranışlar üzerine etkisi olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (115). Ayrıca yapılan bir çalışma ile, OKB'li ergenlerin ebeveynlerinden algıladıkları psikolojik kontrolün, kontrol grubu ergenlere kıyasla yüksek olduğu gösterilmiştir (116). Bu bilgiler ışığında, özellikle çocuk ve ergen grubunda, OKB değerlendirmesi yapılırken görüşmeye aile değerlendirmesinin de dahil edilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

2.1.8. Komorbidite

Çocukluk çağı OKB'si olan bireylerde erişkin OKB'li bireylere göre daha fazla psikiyatrik komorbidite mevcuttur (117). Farrel ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, OKB'li çocukların %86'sının bir komorbid ruhsal bozukluğa; %74'unun ise iki komorbid ruhsal bozukluğa sahip olduğu tespit edilmiştir (118). Çocuk ve gençlerde en sık görülen ek psikiyatrik bozukluklar; YAB başta olmak üzere anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, tik bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları olarak belirlenmiştir (119). 2014 yılında yayınlanan bir çalışmadaki bulgular, OKB'de en sık görülen komorbid psikiyatrik hastalıkların %30,9 depresif bozukluk, %28,2 ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB), %27,3 özgül fobi, %26,4 sosyal fobi (SF) ve %22,7 YAB olduğunu; hastaların yaklaşık %20'sinde komorbid tik bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) görüldüğünü ortaya koymuştur (120). OKB'de komorbiditenin artmış davranış sorunları (121), daha yüksek doz farmakolojik tedavi ihtiyacı (119), daha düşük tedavi yanıtı (122) ve azalmış yaşam kalitesi (123) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Obsesif kompulsif bozukluk komorbiditesi ile cinsiyet ilişkisini değerlendiren çalışmalar erkeklerde dışsallaştırıcı bozuklukların, kadınlarda ise içselleştirici bozukluklarının daha sık olduğunu göstermektedir. Bu bulgularla uyumlu olarak; ergenlerle yapılan bir epidemiyolojik çalışma, OKB'li kız ergenlerde ağırlıklı olarak depresif bozukluk, erkek ergenlerde ise tik bozukluğu eş tanısı olduğunu saptamıştır (124). Peris ve arkadaşları da çocuk ve ergenlerle yaptıkları çalışmada, erkek cinsiyette dışsallaştırıcı bozukluk eş tanısına sahip olma olasılığının kızlara göre iki kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır (125).

2.1.9. Ayırıcı Tanı

Çocuklarda erken çocukluk döneminde başlayıp, genelde 8 yaşında sona eren normal gelişim dönemine uygun törensel davranışlar gözlenmekte olduğu için OKB tanısı konulurken semptomların normal gelişimsel özelliklerden ayırt edilmesine önem verilmelidir. Bu ikisinin ayrımında OKB'deki ritüellerin sıkıntı hissi yarattığı ve işlevselliği bozduğu akılda tutulmalıdır (93).

Tikler ve OKB, sıklıkla çift yönlü etkileşim halinde olan iki psikiyatrik bozukluktur. Özellikle karmaşık tiklerin, tik benzeri kompulsiyonlardan ayırt edilmesi klinik pratikte zorluk yaratabilir. Tikler büyük oranda istemsiz ve kompulsiyonlara kıyasla daha basit davranışlar; kompulsiyonlar obsesyonların ortaya çıkarttığı kaygıyı azalmak amacıyla, genellikle daha ayrıntılı ve bir kurala göre gerçekleştirilen davranışlardır (31).

Obsesif kompulsif bozukluğa sıklıkla komorbid anksiyete bozuklukları eşlik ettiği için ayırıcı tanısı önem arz etmektedir. Anksiyete bozukluklarında; tekrarlayıcı düşünceler, kaçınma davranışları ve güvence arama davranışlarına rastlanır. Ancak yaygın anksiyete bozukluğundaki tekrarlayan düşünceler yani endişeler genellikle gerçek yaşam olayları ile ilgiliyken, OKB'deki tekrarlayıcı düşünceler mantıksız ve tuhaf içerikte olup büyüsel bir doğaya sahiptir ve kompulsiyonlarla ilişkilidir. Sosyal anksiyete bozukluğunda korkulan şey veya durum sosyal ilişkilerken; özgül fobide de korkular bir nesne ya da duruma sınırlıdır ve ritüeller görülmemektir (28).

Otizm spektrum bozukluğunda görülebilen basmakalıp davranışlar kendi kendini uyarma ve haz arayışı ile ilişkili iken, kompulsiyonlar benlikle uyumsuzdur (egodistonik) ve hazla amacıyla yapılmaz (31,126).

Depresif bozuklukta görülen ruminasyonları obsesyonlardan ayırt etmek güç olabilmektedir. Ruminasyonlar duygudurumla daha uyumludur, her zaman intruzif ve sıkıntı verici olarak deneyimlenmemesi özelliği ile obsesyonlardan farklılaşmaktadır (28).

Beden dismorfik bozukluğunda fiziksel görünüş, yeme bozukluğunda yiyecekler ve kilo ile ilgili düşünceler obsesyonlarla karışabilmektedir. Trikotilomani obsesyon olmadan kompulsif saç yolma davranışı ile sınırlıdır. Hipokondriazisde ise kişi ciddi bir hastalığı olduğu inancı ile bunu keşfetmek için çabalamakta iken OKB'li kişi hasta olmaktan veya hastalık bulaştırmaktan endişe etmektedir (28).

Özellikle içgörüsü kötü olan veya atipik semptomlarla giden OKB kliniğini psikotik tablolarlardan ayırt etmek klinisyen için zorlayıcı olabilir. OKB'ye sıklıkla başka obsesif kompulsif semptomlar da eşlik etmekte ve diğer psikotik semptomlar görülmemektedir (31). Ayrıca OKB'de içgörü zayıf olsa da gerçeği değerlendirme yetisi global anlamda korunmuştur.

2.1.10. Seyir ve Prognoz

Obsesif kompulsif bozukluk, genellikle çocuklukta başlar ve yetişkinlik çağında da kalıcı olma eğilimindedir. Ortalama kalıcılık oranları; tam OKB belirtileri için %41, subklinik OKB belirtileri için %60 olarak gösterilmiştir (127). Pediatrik OKB'nin sonuçları üzerine yapılan yakın zamanlı bir meta-analiz çalışmasında, pediatrik OKB'nin karma remisyon oranı % 62 olarak saptanmış ve bu sonuç geçmişe göre daha iyiye işaret ettiği yönünde yorumlanmıştır (128).

Erken OKB başlangıç yaşının, uzamış hastalık süresinin ve yatarak tedavi görme öyküsünün hastalığın kalıcılığını öngördüğü ortaya konmuştur (114,127). Ayrıca komorbid psikiyatrik bozukluk ve zayıf tedavi başlangıç yanıtı diğer kötü prognostik faktörler arasındadır (127). OKB'nin erken tanınması ve OKB'ye erken müdahale iyi prognozda rol oynayan etmenlerdir. Pediatrik OKB'de tedavi sonucu belirleyicileri

üzerine yapılan çalışmalarda; daha düşük hastalık şiddeti, daha az tik bozukluğu ve dışsallaştırıcı bozukluk eş tanı varlığı, daha yüksek iç görü düzeyi ve daha iyi aile işlevselliği daha iyi tedavi yanıtı ile bağlantılı bulunmuştur (129,130). Ailede OKB öyküsü bulunmasının, tedavi etkinliğini azaltan bir faktör olduğu tespit edilmiştir (131).

2.1.11. Tedavi

Güncel tedavi kılavuzları bilişsel davranışçı terapiyi (BDT) ve psikofarmakolojik ajanları OKB’de temel tedavi yöntemleri olarak önermektedir. Bu yöntemler tek başına veya kombine olarak kullanılabilir. Pediatrik OKB tedavisi yetişkinlerdeki tedavi algoritmasıyla benzerdir ve hafif-orta şiddette ilk seçenek BDT, orta-şiddetli veya tek başına BDT’ye yanıt vermeyen vakalarda ise kombine tedavinin uygulanması şeklindedir (31,94).

Pediatrik OKB’de BDT, sertralin ve kombine tedavi etkinliğini karşılaştıran 5 yıllık bir çalışmada kombine tedavi, tek başına BDT ve tek başına sertralin için etki boyutları sırasıyla 1.4, 0.97 ve 0.67 olarak saptanmış ve kombine tedavinin diğerlerinden üstün olduğu sonucuna varılmıştır (132).

2.1.11.1. Bilişsel davranışçı terapi: 1990’lardan beri, pediatrik OKB tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmiş ve BDT’nin gençlerde OKB için tercih edilen bir monoterapi olduğu gösterilmiştir (133). Yakın zamanda yapılan bir metanalizde, pediatrik OKB için tüm BDT türlerinin (bilişsel veya davranışsal odaklı) ve formatlarının (birey, aile, grup) büyük etki boyutu gösterdiği ve karşılaştırmacılarından daha iyi performansa sahip olduğu belirlenmiştir (134).

Obsesif kompulsif bozukluk BDT’si; alıştırma-tepki engelleme (ATE), bilişsel terapi (BT) veya ikisinin kombinasyonundan oluşmaktadır (135). ATE ile hedeflenen; kaygı yaratan durumla kademeli şekilde yüzleşilmesi ve negatif pekiştireç olarak görev yapan davranışların engellenmesi, böylece OKB kısır döngüsünün kırılmasıdır (88). Alıştırma öncesi hastanın semptomlarında bir şiddet sıralaması yapılmalı ve giderek artan sıkıntı veren duruma doğru bir sıra izlenmelidir. Alıştırma, hayali (imajinasyon) veya gerçek yaşamda in vivo olarak uygulanabilir. Beklenen tehdit edici durumun

meydana gelmediği deneyimlendikçe kompulsiyonlarla ilgili hissedilen zorlancının zamanla azalması ve obsesyonların ortaya çıkarttığı kaygı düzeyinin giderek zayıflaması alıştırmanın ana hedefidir (27). Böylece ATE; nötralize edici davranışların rahatsızlığı sürdüren etmenler olduğunun farkına varılması, dolaylı yoldan hatalı bilişlerin keşfedilmesi ve değiştirilmesi ile sonuçlanır (136). Bilişsel terapi, OKB BDT'sinin diğer bir önemli parçasıdır ve bilişsel modele dayanmaktadır. Bilişsel yaklaşım; işlevsel olmayan düşünce tarzını fark etme, yeniden değerlendirme ve alternatif düşünceler üretmeyi amaçlamaktadır. Sokratik sorgulama, aşağı inen ok gibi BDT'ye özgü sorgulama teknikleri ile hatalı değerlendirmeler ve bunların dayandığı temel varsayımlara ulaşılır. BT; hastaların düşünce ve inançlarının davranış üzerindeki etkisini, obsesyonlar ve ritüeller arasındaki etkileşimi ve bu ilişkiyi etkisiz hale getirme stratejilerini anlamalarını sağlar ve böylece tedavi uyumu artar (137).

2.1.11.2. Farmakolojik tedavi: Günümüze kadar yapılan birçok çalışma ile Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörlerinin (SSGİ) ve klomipraminin, OKB semptomlarını önemli ölçüde azalttığı kanıtlanmıştır (138-141). Farmakolojik tedavi, OKB'de etkinliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemidir ve BDT'den sonra gelen ikinci tedavi seçeneğidir. Ancak klinik uygulamada tek başına farmakoterapi çok yaygın olarak tercih edilmektedir.

Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri

Çocuk ve ergen OKB tedavisinde SSGİ'lerin etkili olduğunu kanıtlayan çalışmalar oldukça fazladır ve ayrıca SSGİ'ler, klomipramine göre daha iyi tolere edilmektedir. OKB'nin uzun vadeli tedavisi için önemli avantajlar sunan SSGİ'ler, çocuk ve ergenlerde ilk seçenek ilaç tedavisi olarak öne çıkmaktadır (142).

Plasebo kontrollü çalışmalarla, OKB'si olan çocuklarda ve ergenlerde SSGİ'lerden fluoksetin, sertralin ve fluvoksaminin (tek başına veya BDT ile birlikte) etkin ve güvenli olduğu kanıtlanmıştır ve bu SSGİ'lerin çocuk ve ergenlerde kullanımı Food and Drug Administration-Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır (142). SSGİ'ler arasında bir SSGİ'nin diğerinden üstün olduğuna dair bir

bulgu saptanmamıştır (31). Hangi ajanın seçileceğine, etkililikten çok yan etki profillerine ve bireysel farmakokinetik özelliklere göre karar verilmelidir (140).

Bulantı, baş ağrısı, uyku sorunları tedavinin başlangıcında görülebilen yan etkilerdir. Ancak bu yan etkiler çoğunlukla kısa sürelidir ve sebat etmez. Bunlar dışında özellikle küçük yaş grubunda SSGİ ile davranışsal disinhibisyon görülebilir (143). Özellikle OKB'ye eşlik eden DEHB veya tik bozukluğu olan genç vakalarda davranışsal disinhibisyon riskine dikkat etmek gerekmektedir (142). Maniye kayma nadir ancak klinik açıdan önemli bir yan etkidir. Tedavi süresince manik semptomlar açısından yakın takip önemlidir (143).

Pediyatrik vakalarda doz-yanıt ilişkisini destekleyecek verilerin yokluğu ve daha yüksek dozlarda daha fazla yan etki görülme riski sebebiyle; tedaviye önerilen en düşük dozla başlayıp, 2-4 haftalık aralıklarla tedavi yanıtı açısından değerlendirme yapılması ve ihtiyaç durumunda dozun tolere edilebilen maksimum doza kademeli olarak arttırılması tavsiye edilmektedir (144). Klinik faydanın oluşması birkaç ayı bulabilir. Bu sebeple terapötik fayda gözlemlemek için 8 ile 16 hafta beklemek gerekir.

Tedavi kesilmesi sonrası nüks sıktır. Bu nedenle tedaviye yanıt verenlerde ilaç kullanımının uzun süre devam etmesi gerektiği ortaya konmuştur (142). OKB'si olan çocuklar için semptomların gerilemesi ve stabilizeşmesinden sonra en az 6-12 ay tedaviye devam edilmesi ve ardından 1-2 ay içinde kademeli bir doz azaltma programı ile sonlandırımı önerilmektedir (145).

Klomipramin

Klomipramin; FDA tarafından pediyatrik OKB'de ilk onaylanan, serotonin geri alımını güçlü şekilde bloke eden trisiklik yapıda bir antidepresandır. Literatürde klomipraminin OKB tedavisinde etkinliğini ve SSGİ'lerden daha etkin olduğunu kanıtlayan çok sayıda çalışma bulunmaktadır (140,146-148). Klomipraminin bu üstünlüğü, etkinliğini hem serotonerjik hem de noradrenerjik sistem üzerinden göstermesi ve geniş etki yelpazesi ile açıklanmaktadır (140).

Klomipraminin olası yan etkileri kilo alımı, sedasyon, ağız kuruluğu ve kabızlık gibi antikolinergik yan etkiler, gastrointestinal yan etkiler, ortostatik hipotansiyon olarak

sayılabilir. Hepatotoksisite, kardiyak aritmi ve nöbet gibi hayati risk içeren yan etkileri de mevcuttur. Kardiyotoksitite riski açısından tedavi başlangıcında ve takibinde elektrokardiografi kontrolü yapılmalıdır (29,145). Klomipramin, bu yan etki profili nedeniyle özellikle de pediatrik vakalarda SSGİ'lerden sonra ikinci sırada ve tedaviye dirençli vakalarda önerilmektedir (140).

2.2.DUYGU DÜZENLEME

2.2.1. Tanım

Duygu düzenleme; bir kişi için duygusal tepkilerini izlemek, değerlendirmek ve değiştirmekten sorumlu dışsal ve içsel tepki süreçleri olarak ifade edilebilir. İçsel ve dışsal süreçleri içermesi ile bireyin kendi içsel duygularının yanı sıra, diğer insanların bireyde oluşturduğu duyguları ve bu duyguların düzenlenmesini de kapsar (149). Duygu düzenleme süreci hem olumsuz hem de olumlu duygular için işlemektedir. Birey bu duyguları arttırabilir, azaltabilir ya da aynı şekilde sürdürmeye devam edebilir. Duygusal tepkilerde oluşan bu değişimler, farklı duygu türleri için devreye girmektedir (150).

Duygu düzenleme becerileri bir dizi genetik, biyolojik ve çevresel faktörden etkilenmektedir. İkiz çalışmalarında, emosyon kontrolü açısından monozigotik ikizlerin dizigotik ikizlere göre birbirlerine daha fazla benzedikleri ifade edilmiştir. Nörobiyolojik açıdan ele alındığında, kişilerin duygusal dışavurum ve duygu düzenlenmesini etkileyen serotonin seviyelerinde bireysel farklılık olduğu gözlenmiştir. Prefrontal korteks, amigdala ve hipokampusun gelişimi; daha yüksek karar verme süreçleri, dikkat kontrolünün sürdürülmesi ve duygu düzenleme kapasitesinde artışla ilişkili bulunmuştur (151).

Çevresel faktörler özellikle bebeklik ve erken çocukluk döneminde duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde rol olmaktadır. 6 aya kadar bebeğin duygu düzenlenmesi bakım verenle etkileşimi aracılığıyla gerçekleşmektedir. Fakat çocuk büyüdükçe ebeveynin duygu düzenleme biçimi, ebeveynlerin çocuğun duygularını gösterme davranışlarına tepkileri, diğerlerinin sosyal ve duygusal ipuçlarını okuma anlamına gelen sosyal referans alma, akran etkisi gibi çeşitli faktörler devreye

girmektedir. Kültür de farklı bağlamlarda hangi davranışın uygun olduğu, kabul veya değer gördüğünü belirleyerek duygu düzenlemeyi bi imlendirebilmektedir (151).

Literatürde, duygu düzenlemedeki başarısızlığın hem erişkin hem de  ocuk ve ergen grubunda çok sayıdaki psikopatolojinin belirgin bir özelliği olduğu vurgulanmaktadır. Ancak  alışmalar daha çok duygu düzenleme güçlüğü üzerine yoğunlaşmış olup, farklı duygu düzenleme stratejileri ile olası psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sayısı sınırlıdır (152,153).

2.2.2. Duygu Düzenleme Stratejileri

Duygu düzenlemeyle ilgili çalışmalarda araştırmacılar, duygu düzenleme stratejilerini farklı şekillerde kategorize etmişlerdir. Eisenberg ve Spinrad bu stratejileri işsel ve dışsal duygu düzenleme olarak ikiye ayırmıştır. Dışsal duygu düzenleme; ebeveyn,  ğretmen ve akranlar gibi duygu düzenlemeyi etkileyen dış faktörler ile bağlantılıdır. Bu strateji stili, özellikle duygu düzenlemenin birincil formunun yetişkinlerden destek alma olduğu erken çocukluk döneminde  ne çıkmaktadır. İşsel düzenleme ise kişinin bireysel çabasıyla, duygusal cevabını düzenlemek için seçtiği çeşitli bilişsel ve davranışsal stratejileri içeren kendilik düzenlemesi anlamına gelmektedir (151,154).

Duygu düzenleme yöntemlerinin bir diğer sınıflandırması işlevselliğe göre yapılmıştır. Bu sınıflandırma duyguların önemli bir işlevinin durum hakkında yararlı bilgiler sağlamak ve bireyin bu durumlarla baş etme kapasitesini artırmak olduğunu savunur. Duyguyu tutmayı ve işlemeyi sağlayarak iyilik haline katkıda bulunan, amaca yönelik davranışları kolaylaştıran düzenleme stratejileri işlevsel veya adaptif olarak isimlendirilmektedir (155). Diğer yandan, duyguyu yararlı bir şekilde kullanmayan ve işlemeyen, duyguları engelleyen veya reddeden stratejiler işlevsiz olarak nitelendirilmektedir (156). Bu stratejiler duygulara karşı tolerans gelişimini engeller ve duygusal sıkıntının artmasına sebep olabilir (157).

İşsel işlevsel olmayan DD yöntemleri; kendine zarar verici davranış, ruminasyon, bastırma, olumsuz sosyal kıyaslama ve derealizasyon stratejilerini içerir. Olumlu yeniden değerlendirme, hedef değiştirme, planlama, perspektife uydurma ve odaklanma

ise içsel işlevsel DD yöntemlerindendir. Zorbalık, sözel saldırganlık, fiziksel saldırı, eşyalara zarar verme, başkalarını kötü hissettirme ise dışsal işlevsel olmayan DD yöntemlerine örnek olarak gösterilebilir. Duyguları dile dökme, yardım arama, fiziksel ilişki kurma ve egzersiz yapma dışsal işlevsel DD teknikleridir (158).

2.2.3. Duygu Düzenleme Stratejileri ile Psikopatoloji İlişkisi

Literatürde yapılan inceleme sonucu, psikopatolojiler ile duygu düzenleme arasındaki ilişkilerin ağırlıklı olarak “duygu düzenleme güçlüğü” açısından ele alındığı görülmektedir (159-163). Obsesif kompulsif bozuklukta duygu düzenleme üzerine yapılan çalışmalar da yine duygu düzenleme güçlüğü/duygu düzenleyememe üzerine yoğunlaşmaktadır (164-166). Son dönem yapılan yeni araştırmalarla, kişinin duygu düzenleme stratejilerindeki tercihlerinin bazı psikopatolojileri predikte edebileceği, böylelikle duygu düzenleme stratejilerinin klinikte yeni bir müdahale alanı olarak kullanabileceği gösterilmiştir. Ergenlerin dahil edildiği bu çalışmada içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin psikosomatik semptomlar üzerine yordayıcı olduğu tespit edilmiştir (167). Goodwin ve arkadaşları, 1630 ergenle yaptıkları çalışmada kompulsif şekilde egzersiz yapmanın duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada erkek cinsiyette kompulsif egzersizin; içsel işlevsel, içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel duygu düzenleme ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kızlarda ise içsel işlevsel ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin kompulsif egzersiz yapmayı predikte ettiği sonucuna ulaşılmıştır (168). Dışsal işlevsel duygu düzenleme, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin internet bağımlılığı ile pozitif ilişkili ve içsel işlevsel duygu düzenlemenin internet bağımlılığı ile negatif ilişkili olduğu sonucuna ulaşan bir ergen çalışması da mevcuttur (169).

2.2.4. Duygu Düzenleme ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel modeline göre; olumsuz duygudurum, hatalı bilişlerin artmasına ve obsesyonel düşüncelerin daha olumsuz değerlendirilmesine sebep olmaktadır (170). Olumsuz duyguların OKB semptomlarını kötüleştirilmesi,

kişinin duygu düzenlemede daha fazla zorlanmasına sebep olmaktadır. Bu durum da OKB'nin şiddeti ve süreğenliğinde artış ile sonuçlanmaktadır (164). OKB'de duygu düzenleme ile ilgili güçlüklerin varlığı giderek artan kanıtlarla desteklenmektedir. OKB'li grupta; duygu tanıma ve tanımlama zorluğu olarak tarif edilen aleksitimi, anksiyeteye aşırı hassasiyet ve duygu düzenleme ile yakın ilişkisi olan stres intoleransının daha yüksek olduğu saptanmıştır (171). Aynı zamanda duygu düzenleme güçlüğü ölçek puanlarının, OKB semptom düzeyi ve şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ortaya koyan araştırmalar mevcuttur (165,166). Ancak literatürde OKB'de duygu düzenleme stratejilerini kategorik olarak inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır.

2.3. PSİKOLOJİK KONTROL

2.3.1. Tanım

Psikolojik kontrol; ebeveyn çocuk arasındaki ilişkinin işlevsel olmayan yollarla sürdürüldüğü, çocuğun psikolojik ve duygusal gelişimine müdahale eden (172), ebeveynlerin kendi taleplerini daha ön planda tutarak çocuğun duygu ve düşüncelerini özgür bir biçimde ifade etmesini, özerk gelişimini ve bağımsızlığını engelleyen ebeveynlik davranışları olarak tanımlanmaktadır (173). Psikolojik kontrol uygulayan ebeveynler çocuğun psikolojik ihtiyaç ve değerlerini göz ardı etmekte, kendi standartlarına ve gereksinimlerine uymaları için çocukları üzerine baskı uygulamaktadırlar (174). Bu alanda ilk çalışmaların sahibi olan Barber psikolojik kontrolü, çocukları içsel olarak kontrol etme ve manipülatif yollarla ebeveyn amaçlarına ve normlarına uygun davranmaya ve düşünmeye zorlayan ebeveyn tutumları olarak açıklamıştır (172).

Ergenin düşünce akışlarına, kendini ifade etmesine, duygularına ve ebeveynlerine olan bağlılığına müdahale eden her türlü anne baba tutumu, psikolojik kontrol olarak değerlendirilmektedir (175). Ebeveynlerin çocuklarına karşı hassas olmamaları, çocuğun özgürlüğünü kısıtlamaları ve müdahaleci tutum sergilemeleri olarak da tanımlanmaktadır. Çocuğun duygu ve düşüncelerini ifade etmesini engelleme, aile içindeki sorunlardan dolayı çocuğu suçlama, çocuğa koşullu sevgi sunma, çocuğu

utandırma gibi ebeveyn davranışları psikolojik kontrole örnek olarak gösterilebilir (176). Aunola ve arkadaşlarına göre psikolojik kontrol, ebeveynlerin çocuklarının davranışlarını ve duygularını suçluluk gibi psikolojik yollarla kontrol etmesidir (175). Çocuklarına psikolojik kontrol uygulayan ebeveynler; aşırı korumacı, sahiplenici, yönlendirici olup çocuklarını suçluluk duygusu üzerinden kontrol etmeye çalışmaktadırlar. Anne babaların psikolojik kontrol davranışları; çocuk üzerindeki hakimiyetlerini korumaya odaklanmakta, kendi istek ve ihtiyaçlarını çocuğun psikolojik ihtiyaçlarının önünde tutmakta, çocuğun duygu ve düşüncelerini ifade etmesine baskıcı bir biçimde engel olmaktadır (172).

Son zamanlarda psikolojik kontrol "ergenin bireyselliğine saygı göstermemek" olarak kavramsallaştırılmaktadır (177). Bu yeni konseptte gizlilik ihlali, utandırma, ergenlerin gözünde haksız karşılaştırmalar yer almaktadır. Ayrıca suç yükleme ve ergenin duygularını ve düşüncelerini geçersiz kılma, bu grup davranışlara dahildir. Psikolojik kontrolün bir çok farklı kavramsallaştırması ve çeşidi olmasına rağmen, çocuğun psikolojik gelişimi üzerinde zararlı bir etkisi olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (178).

Genel olarak psikolojik kontrolün; çocuğun kişiliğini hedef alan, özerkliğini engelleyen ve psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarına hassasiyet göstermeyen ebeveynlik stilleri olduğu söylenebilir. Bu durum ebeveyn kontrolünün yıkıcı bir şeklidir ve çocuk ya da ergende negatif içselleştirilmiş (örn. kaygı) ve/veya dışsallaştırılmış (örneğin saldırganlık) belirtiler yaratabilir (173).

Ebeveyn kontrolünü etkileyen faktörler üzerine yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular ebeveynler arası çatışmaların (179), ebeveynlerin uzun mesai saatlerine sahip olmasının, evin dışında daha çok çalışmalarının, dışadönük ve nevrotik bir yapıya sahip olmalarının (180) daha kontrolcü tutumla ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca katı disiplinin, çocuğun geçmişinde davranım problemleri olmasının, çocuğun cinsiyetinin (kız çocuk) ve yüksek sosyoekonomik statünün özellikle annenin kontrol davranışlarını etkilediği saptanmıştır (181).

Barber ve Harmon, ebeveyn psikolojik kontrolünü manipüle eden ve kısıtlayan olmak üzere iki ana kategoriye ayırmışlardır. Manipüle eden kontrol; suçluluk yaratma,

sevgi esirgeme ve kaygı aşılama gibi stratejilerle çocuğun davranışlarını şekillendirme olarak tanımlanır. Kısıtlayan kontrol ise; çocuğun sözel davranışlarını baskılayan ve çocuğun kendini keşfetmesini, ifade etmesini engelleyen girişimleri kapsar (173). Ayrıca kişisel saldırının, yüksek aile beklentisinin ve tutarsız duygusal davranışların da psikolojik kontrol etkeni olduğu düşünülmüştür.

Psikolojik olarak kontrol edilme, birçok nedenden ötürü çocuğun kendiyle ilgili sağlıklı farkındalık ve algılama gelişimine zarar verebilmektedir. Her şeyden önce psikolojik kontrol uygulayan ebeveynler, çocuklarını örtük bir şekilde aşağılamakta ve çocuğun kişisel yeterlilik hissini geliştirmesi için yeterli ortam ve fırsatı yaratmamaktadır (172). Bu bağlamda ebeveynin uyguladığı psikolojik kontrolün çocuğun özgüven duygusunun zedelediği ve kaygı yaşamasına sebep olduğu düşünülebilir.

2.3.2. Ebeveynlerin Psikolojik Kontrol Davranışları

Barber ebeveynlerin uyguladığı psikolojik kontrol davranışlarının alt boyutlarının suçluluk duygusu yaratma, koşullu sevgi sunma, kaygı oluşturma ve çocuğun bakış açısını hükümsüz kılma olduğunu ifade etmiştir (173).

A. Suçluluk duygusu yaratma (guilt-induction); çocuğu ebeveynlerinin istediği şekilde davranmaya iten, çocuğu kendi davranış ve düşüncelerinden dolayı suçlu hissettiren davranışların sergilenmesi anlamına gelmektedir (173). Suçluluk duygusu yaratmanın çocuğun gelişimi üzerinde olumlu ve olumsuz etki yarattığına dair iki farklı görüş mevcuttur. Olumlu etki yarattığı düşüncesini destekleyen görüş suçluluk duygusu yaratmanın çocuğun ahlaki açıdan uygun davranışlarda bulunması için motive edici olduğunu; olumsuz etki yarattığı düşüncesini destekleyen görüş ise suçluluk duygusu yaratmanın çocukta kin duygusunun oluşmasını tetikleyeceğini ve aile üyeleriyle iletişimin olumsuz etkileneceğini savunmaktadır (173).

B. Koşullu sevgi sunma (contingent love or love withdrawal); ebeveynlerin çocuklarının uymalarını istedikleri standartlar oluşturup bu standartlara uyulduğu zaman ilgi, sevgi ve dikkatlerini çocuğa sunduğu boyut olarak tanımlanmıştır. Çocuklarda utanç, kaygı, suçluluk ve kişiliği ile ilgili takıntı duygularının ortaya çıkmasına neden

olmaktadır (182). Ebeveynlerin desteklerini, ilgilerini, bakımlarını, sevgilerini koşul olarak kullandığı, çocuklardan sevgilerini esirgediği ya da belirli koşullar altında çocuğa sevildiğini hissettirdiği ebeveyn tutumudur (172). Ebeveynler çocuğu ebeveyninden ayrılma tehdidi ile kontrol altında tutmaya çalışmaktadırlar. Çocuk, ebeveynlerinin beklentilerini karşılayamazsa ebeveyn ilgisini veya sevgisini kaybedeceği mesajını almaktadır (183). Sevginin esirgenmesi, ebeveynlerin sevgi ve bağlılığının koşullu olması bakımından manipülatif olarak değerlendirilmektedir.

C. Kaygı Aşılama (instilling anxiety); ebeveynlerin ergenler üzerinde endişe duygusu oluşturarak kendi isteklerini yaptırımları olarak açıklanmıştır. Ebeveynler yapılmasını istedikleri bir davranışın veya düşüncenin adölesan tarafından uygulanması için kaygı oluşturacak şekilde davranmaktadırlar. Çocuğun bu istekleri karşılamaması durumunda ebeveynlerinin gözünde kötü, işe yaramaz bir evlat olacağı düşüncesi çocuğa aşılanmaktadır. Böylece yapılması istenilen davranışın çocukta kaygı ortamı oluşturularak elde edilmesi sağlanmaktadır (184).

D. Çocuğun Bakış Açısının Geçersizleştirilmesi (invalidation of the child's perspective); çocuğun kendini ifade etmesinin anne babası tarafından engellenmesi olarak açıklanır. Aile içinde alınan kararlarda veya fikir alışverişlerinde çocuğa söz hakkı tanınmaması bu duruma örnek olarak verilebilir. Duygu ve düşüncelerini ebeveynlerine açmak isteyen birey, ailesi tarafından dikkate alınmaz veya onun düşüncesine zıt yönde olan cevaplar ile karşılaşır (184).

Psikolojik kontrolün kuramsal temelde geliştirilmiş boyutu dışında kültürler arası etkilerini de kapsayan yeni bir alt boyut ile bu konsept zenginleştirilmiştir. Bu boyutlar "Psikolojik Kontrol" ve "Ebeveyn Saymazlığı" olarak adlandırılmıştır. Barber ve arkadaşlarının bulgularına paralel olarak psikolojik kontrolün bu iki boyutu birbiriyle ilişkili ancak ayrı yapılar olarak görünmektedir (185). "Psikolojik Kontrol" boyutu suçluluk yaratma, koşullu sevgi sunma ve duyguları geçersizleştirme gibi manipülatif ebeveyn davranışlarını ağırlıklı olarak içerirken; "Ebeveyn Saymazlık" boyutu çocuğun duygusal ve psikolojik gereksinimlerine duyarsız, kendilik sistemini bozucu ve çocuğun bireyselliğine saygı duymayan bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır (186).

Psikolojik kontrol boyutları ve diğer ebeveyn davranışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Ergenin nerde, kimlerle ve ne yapıyor olduğu bilgisine sahip olma ve ergeni uzaktan gözetim ve denetim altında tutma gibi olumlu kontrol stratejilerinin anne ve babası tarafından daha sık kullanıldığını düşünen ergenin algıladığı psikolojik kontrol daha düşüktür. Benzer şekilde ebeveynlerden algılanan destek arttıkça ergen daha düşük düzeylerde psikolojik kontrol hissetmektedir. Kuramsal olarak otoriter ebeveynlik stilinin kontrol içermesi, demokratik ebeveynlik stilinin ise özerkliği destekleyici olması psikolojik kontrol boyutlarıyla otoriter ebeveynlik arasındaki pozitif yönde ve demokratik ebeveynlikle negatif yönde gözlenen ilişkileri anlamlı kılmaktadır (186).

2.3.3. Ebeveynlerden Algılanan Psikolojik Kontrol ile Psikopatoloji İlişkisi

Ebeveyn psikolojik kontrolü ergenin kendini ifadesini kısıtlayan, özerkliğine engel olan ve benliğini hedef alan uygulamalar olduğu için (187), arkadaşlık ilişkilerinin ve özerklik gereksiniminin önem kazandığı ergenlik döneminde sağlıklı olmayan bir ebeveynlik uygulaması olarak değerlendirilmektedir (188). Bu durumla tutarlı olarak, psikolojik kontrol ile problem davranışlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar çoğunlukla ergen örnekleminde yapılmaktadır (173).

Ebeveynin psikolojik kontrol girişimleri, çocuk ve ergenlerin bireysellikleri üzerindeki yıkıcı etkisiyle birlikte uyum, içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları ile ilişkilendirilmektedir (173,189,190). Ayrıca, yapılan çalışmalar psikolojik kontrol uygulamalarının etkilerinin beliren yetişkinlik döneminde de devam ettiğini ortaya koymuştur (191). Ebeveyn psikolojik kontrolünün teorik alt yapısının değerlendirildiği bir çalışmada, psikolojik kontrolün çocuklar ve ergenlerin uyum ve iyi oluşları ile birlikte sosyallikleri, akademik yeterlikleri üzerine olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır (184).

Özerklikle ilgili ihtiyaçların arttığı ergenlik döneminde, ergenin psikolojisini kontrol etmeye yönelik ebeveyn müdahaleleri ergenler üzerinde yetersizlik hissi, kişisel sıkıntı ve düşük özgüven gibi sonuçlar doğurabilir (192). Psikolojik kontrol üzerine yapılan çalışmalarda, ebeveynler tarafından uygulanan yoğun psikolojik kontrolün ergenlerde saldırganlık, suç işleme, karşı gelme ve riskli davranışlar gibi olumsuz

çıkıtlar oluşturduğu saptanmıştır (193). Utanç, suçluluk, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik saygısı, güvensizlik, yalnızlık duyguları psikolojik kontrolün ergen üzerinde yarattığı diğer olumsuz sonuçlardır (175).

Wei ve Kendall tarafından 2014 yılında yürütölmüş bir araştırmada, çocukların ebeveynlerinden algıladıkları psikolojik kontrol düzeyi ile sahip oldukları depresyon ve anksiyete belirtileri arasında pozitif bir korelasyon olduğu ortaya konmuştur (194). Algılanan psikolojik kontrolün yüksek olması ergenlerde hatalı davranışlarda artış, uyum sorunları ve daha kaygılı bir yapı ile ilişkilendirilmiştir (195).

Boylamsal bir çalışmada, kız ve erkek ergenlerin içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerinde, özellikle babanın psikolojik kontrolünün güçlü bir yordayıcı olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün, kız ve erkek ergenlerde içselleştirme ve dışsallaştırma davranışlarındaki artışı yordadığı bulunmuştur (196).

2.3.4. Algılanan Psikolojik Kontrol ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluğun gelişiminde erken dönem anne-baba tutum ve davranışlarının etkisinin farklı kuramcılar tarafından sıkça yorumlanmasına karşın bu konuda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. OKB'nin gelişimsel boyutuna odaklanan klinik örneklem çalışmaları incelendiğinde; genel olarak OKB hastalarının ebeveynlerini aşırı koruyucu, kontrol edici ve eleştirel algıladıkları saptanmıştır (197). Kontrol edici ebeveyn tutumları açısından değerlendirildiğinde, algılanan psikolojik kontrol uygulamaları ile obsesif kompulsif belirtilerin oluşmasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Bu ilişkinin, OKB'de yaygın olarak görölen hatalı yorumlama türlerinden biri olan "Mükemmeliyetçilik" kavramı üzerinden açıklanabileceği söylenebilir. Çeşitli araştırmalar mükemmeliyetçi kişilik özelliklerinin subklinik OKB belirtileriyle yüksek düzeyde ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (198). Alan yazında ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün, ergende uyumsuz mükemmeliyetçiliğe sebep olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (199).

Yukarıda bahsedilen ikili ilişkiler sonucunda ebeveynlerden algılanan psikolojik kontrolün ergende uyumsuz mükemmeliyetçilik yaratarak OKB belirtilerine sebep

olabileceği düşünülebilir. Ancak ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün ergendeki OKB belirtileri üzerine direkt etkisini inceleyen çalışmalar yetersizdir. Ülkemizde bu konuda 2012 yılında yapılmış olan bir çalışmada, babadan algılanan psikolojik kontrolün kızlarda obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olan gelişimsel bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır. Bu ilişkinin uyumsuz mükemmeliyetçilik üzerinden doğduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, erkeklerde uyumsuz mükemmeliyetçiliği baba saymazlığının pozitif yönde yordadığı ve bunun obsesif yorumlama hataları yapma ve obsesif belirti gösterme olasılığını arttırdığı bulunmuştur (200).

Psikolojik kontrol OKB ile yakından ilişkili gözükse de konuyla ilgili yeterli araştırmaya rastlanamamıştır. Bu durum psikolojik kontrol kavramının klinik psikolojinin gündemine girişinin görece yeni olmasıyla açıklanabilir görünmektedir.

2.4. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK (RESILIENCE)

2.4.1. Tanım

İngilizce “resilience” kavramı, Latince “resilire” kökünden türemiştir ve resilient; esnek, elastik olma, kırılmadan bükülme anlamı taşımaktadır (201). Araştırmacılar uzun yıllardır konuyla ilgili temel soru olan bazı kişilerin stresli durumlar karşısında nasıl daha fazla dayanıklılık gösterdiğini anlamaya çalışmış ve farklı birçok tanımlama öne sürülmüştür. Temel olarak psikolojik dayanıklılık; kişilerin olumsuz/stresli yaşam olaylarına olumlu uyum gösterme, ruhsal sağlığını koruma veya yeniden kazanma, günlük yaşama geri dönme becerisi olarak tanımlanmaktadır (202). Dayanıklılığı stresli durumlara direnç gösterebilen, değişimlere kolay adapte olabilen bir kişilik özelliği olarak değerlendirenler olduğu gibi edinilebilir gelişimsel bir özellik olduğu da söylenmektedir (203,204).

“Psikolojik sağlamlık” terimi de psikolojik dayanıklılık kavramıyla aynı anlamda kullanılan bir diğer adlandırmadır. Psikolojik sağlamlık, strese karşı hızlı ve etkili bir biçimde yanıt verebilmeyi gerektirir. Dopamin, Serotonin, Noradrenalin nörotransmitterleri ve özellikle hipotalamik-pitüiter-adrenal aksın rol aldığı bu biyolojik sistem, kendi içinde çeşitli psikolojik faktörlerin de etkisi ile birlikte birçok yönden etki

oluşturur (205). Psikolojik sağlamlık düzeyi, içsel (bireysel) ve dışsal (aile ve diğler çevre) etkenlerin etkileşiminden doğan bir takım koruyucu faktörler ve risk faktörleri tarafından belirlenir (202). Yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin; kolay mizaçlı, kişilerarası iletişim ve etkileşimi olumlu, sosyal zekası iyi, empati becerisi gelişmiş, kişisel değlerlilik duygusuna sahip, olaylar üzerinde kontrol sahibi olduğunun farkında olan, öz yeterliliğine inanan, girişken, yardım isteyebilen, beklentiler ve ihtiyaçlarının bilincinde olan, yeteneklerini kişisel avantajları doğrultusunda yönlendirebilen, iç kontrol odaklı, problem çözme ve karar verme yeteneği iyi olan, esnek, gelecek odaklı ve umutlu, duygu düzenleme becerisi iyi, mizahi bakışa sahip kişiler olduğü söylenebilir (202, 206).

2.4.2. Psikolojik Dayanıklılık Belirleyicileri

Psikolojik sağlamlıkta biyolojik ve genetik faktörlerle ilgili yapılan araştırmalar, zorlu erken dönem olaylarının gelişen beyin yapısını, işlevini ve nörobiyolojik sistemleri etkileyebileceğini belirtmektedir. Bu değışikliklerin ise, gelecekteki psikopatolojiye karşı savunmasızlığı ve olumsuzluklara karşı dayanıklılık üzerine belirleyici olduğü gösterilmiş (207). Çevresel düzeyde; anneye güvenli bağlanma, aile istikrarı, ebeveynle güvenli ilişki, olumlu ebeveyn tutumları (destekleyici, duyarlı) ve annede depresif bozukluk veya madde bağımlılığının olmaması, olumlu akran ilişkileri, destekleyici öğretmenler gibi yakın çevre psikolojik sağlamlığı olumlu yönde etkilemektedir İyi okullarda eğitim imkanı, spor ve sanatsal fırsatlara ulaşabilirlik, kültürel faktörler, şiddete veya ayrımcılığa maruz kalmama gibi toplumsal faktörler de psikolojik sağlamlık gelişimine katkı sağlamaktadır (202).

2.4.3. Psikolojik Dayanıklılık, Psikopatoloji ve OKB

Psikopatolojinin ortaya çıkmasındaki risk faktörlerini ve kırılganlığı inceleyen klinik çalışmalar, stresli olayların şiddeti ve sayısındaki artışın ruhsal bozuklukların gelişmesi olasılığını arttırdığını gözler önüne sermektedir (208,209). Yüksek psikolojik sağlamlığın ise koruyucu bir faktör olarak stresörlerin etkilerini hafifletebileceği ve

bireyin önemli stres faktörlerine maruz kalmasına rağmen psikopatoloji gelişimini önlediği gösterilmiştir (210).

Çocuk ve ergen popülasyonunda psikiyatrik bozukluklar ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmalar bulunmaktadır. 2010'da Norveç'te yapılan bir araştırmada 307 lise öğrencisi psikolojik dayanıklılık ve psikopatolojiler açısından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada yüksek psikolojik sağlamlık puanlarının düşük anksiyete, depresif belirtiler, stres ve obsesif kompulsif semptom puanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (211).

Avusturalya'da sığınmacı olarak yaşayan ergenlerle yapılan bir çalışmada, yüksek psikolojik sağlamlık puanlarının daha az depresif semptom, duygusal/davranışsal problemler, hiperaktivite ve akran sorunları ile ilişkili sonucuna ulaşılmıştır (212).

2.5. KORONA VİRÜS PANDEMİSİ DÖNEMİNDE RUH SAĞLIĞI ve OKB

COVID-19, SARS-CoV-2 isimli virüsün sebep olduğu viral solunum yolu enfeksiyonudur. Çin Halk Cumhuriyeti, Wuhan'da gözlenen çoklu viral pnömoni vakaları sonrası, DSÖ tarafından 31 Aralık 2019'da tanınmıştır. Birçok farklı ülkede bildirilen vakaların ardından dünyayı etkisi altına alan bir pandemiye dönüşmüştür. Bu beklenmedik büyük çaplı sağlık sorunu, tüm yaş grubu kişiler üzerinde birçok olumsuz etki yaratmış olup kişilerin günlük hayatlarında belirgin değişikliklere sebep olmuştur.

2013 yılında yapılan bir çalışmada, sağlıkla ilgili felaketlerin hem gençlerde hem de ebeveynlerde TSSB, anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk gibi psikiyatrik tablolar yarattığı gösterilmiştir (14). COVID-19 pandemisinin çocukların ve gençlerin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerine etkilerini inceleyen bir araştırmada; pandemi sebepli uygulanan karantina döneminde katılımcıların %58.9'u kilo artışı, %64.6'sı fiziksel aktivitede azalma, %86.9'u artmış ekran süresi ve %54.7'si uyku sorunu bildirmiştir (15). İspanya'da yapılan benzer bir çalışmada pandemi döneminde ergenlerde artmış irritabilite, kaygı, yalnız hissetme ve öfke gibi hem içselleştirme hem dışsallaştırma sorunları saptanmıştır (213). Başka bir çalışmada karantinanın çocuk ve ebeveynler üzerindeki etkisi ele alınmıştır. Bu çalışmada, karantina süreci yaşamış ergen ve

ailelerinin karantinaya girmemiş gruba göre daha yüksek psikolojik stres deneyimlediği ve karantina döneminde en baksın duyguların endişe, korku ve çaresizlik hissi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (214).

Pandeminin kişilerin hem fiziksel hem ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığı yukarıda belirtilmiştir. Halihazırda psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin pandemiden etkilenim miktarları ise birçok araştırmanın konusu olmuştur. Bu alanda OKB tanılı hastaların COVID-19'un ruh sağlığı üzerindeki etkilerine karşı daha açık olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar mevcuttur. Pandemi sürecince bazı OKB hastaları bulgularda bozulma tariflerken bir kısmı da toplumsal kısıtlamalar ve pandemi önlemleri sebebiyle kısa süreli düzelmeler bildirmiştir (215). Salgın sonrası hem yeni tanı OKB hastalığının arttığı hem de remisyondaki OKB hastalarında relapsların tetiklendiği görülmüştür (16). Özellikle bulaş-yıkama tipi OKB belirtilerinin salgın döneminde çok yoğunlaştığı, diğer tip belirtilerde de kötüye gidiş olduğu saptanmıştır (216).

Pandeminin OKB belirtileri üzerine etkilerini inceleyen ABD (Amerika Birleşik Devletleri) merkezli 101 katılımcıyla yapılan 7,5 aylık bir takip çalışmasında; katılımcıların %12,6'sında OKB belirti şiddetinde kötüleşme, %28,7'sinde semptom şiddetinde iyileşme gözlenmiştir. Ayrıca bu çalışma duygu-düzenleme sorunlarının ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün belirtilerde kötüleşmeyi tetiklediğini, psikolojik sağlamlığın ise bu açıdan koruyucu olduğunu göstermiştir (17).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. YÖNTEM

3.1.1. Çalışma Evreni

Vaka grubuna İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'nde daha önce Dr. Kübra İlcepinar'ın 451 protokol numaralı tez çalışmasına alınmış, çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerimizi karşılayan 12-19 yaş arasındaki ergenler alınmıştır.

Kontrol grubu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği dışı genel tıbbi bir branş polikliniğine (Dahiliye, Pediatri vs.) başvuran, kontrol grubu için belirlenmiş kriterlere uyan, çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve yazılı izinleri alınmış 12-19 yaş arasındaki gönüllü ergenlerden oluşmaktadır.

3.1.2. Örneklem Seçimi

Haziran 2020 ve Aralık 2020 tarihleri arasında İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvurmuş ve klinik değerlendirme sonucunda Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış olan ergenler tespit edilip aranmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışmaya dahil edilme kriterlerimizi karşılayan 12-19 yaş arasındaki ergenler Mayıs 2022 ve Aralık 2022 tarihleri arasında ardışık olarak çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

Vaka Grubu İçin:

- 12-19 yaş arasında olmak
- Klinik değerlendirme sonucunda; DSM-5 tanı kriterlerine göre kliniğimizde 2 yıl önce OKB tanısı almış olması

- Çocuklara ve ailelere araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmayı gönüllülük esasınca kabul etmiş ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmaları

Kontrol grubu için:

- 12-19 yaş arasında olmak
- Klinik değerlendirme sonucunda; DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı almamış olması

- Çocuklara ve ailelere araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmayı gönüllülük esasınca kabul etmiş ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmaları

Çalışmadan Dışlama Kriterleri:

Vaka Grubu İçin:

- Klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede çocukta ve/veya ebeveynde zihinsel yetersizlik öyküsünün olması

- Klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede çocukta ve/veya ebeveynde akut psikoz, atak döneminde bipolar bozukluk, otizm spektrum bozukluğu gibi ruhsal bozukluğun olması

- Bilinen kronik fiziksel ve tıbbi bir hastalığının olması (serebral palsy, diyabet, epilepsi, otoimmün hastalıklar)

Kontrol grubu için:

- Klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede çocukta ve/veya ebeveynde zihinsel yetersizlik öyküsünün olması

- DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanı kriterlerini karşılıyor olmak

- Klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede çocukta ve/veya ebeveynde akut psikoz, atak döneminde bipolar bozukluk, otizm spektrum bozukluğu gibi ruhsal bozukluğun olması

- Bilinen kronik fiziksel ve tıbbi bir hastalığının olması (serebral palsy, diyabet, epilepsi, otoimmün hastalıklar)

3.1.3. İşlem

Mayıs 2022 ve Aralık 2022 tarihleri arasında, araştırmaya dahil edilen vaka ve kontrol grubundaki tüm hastalara ve ailelerine araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra gönüllü onam belgesi alınmıştır. Genel bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik ve klinik veri formuyla hastadan ve ailesinden edinilmiştir. Çalışmaya alınan tüm katılımcıların psikiyatrik muayenesi çalışmaya katılan çocuk psikiyatristi tarafından yapılmış olup, Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) adlı yarı yapılandırılmış görüşmenin tüm modülleri yapılmış; şimdiki ve geçmişe dönük DEHB, KOKGB (karşıt olma karşı gelme bozukluğu), davranım bozukluğu, psikotik bozukluklar, bipolar affektif bozukluk, panik bozukluk, depresif bozukluk, enüresis, enkopresis, OSB, özgül fobi, SF, YAB, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervosa, bulimia nervosa tanıları DSM-V'e göre değerlendirilmiştir. Vaka grubunda yer alan hastalara görüşmeci tarafından Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ) uygulanmıştır. Görüşme hem katılımcı hem ebeveyn ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden vaka ve kontrol grubundaki tüm katılımcılara Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ), Psikolojik Kontrol Ölçeği ve Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12) öz bildirim şeklinde doldurtulmuştur.

3.2. GEREÇLER

3.2.1. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu (EK-2)

3.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu (EK-3)

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, hastaların sosyodemografik özelliklerini ve klinik birtakım bilgilerini değerlendirmek için kullanılan bir form olup görüşmeci tarafından bireyle ve ailesiyle görüşülerek doldurulmuştur. Çocuk ve ergenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, okul başarısı, kardeş sayısı, perinatal dönem özellikleri, aile tipi; anne ve babanın yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, birlikte yaşayıp yaşamadığı,

psikiyatrik rahatsızlıkları, kullandıkları ilaçlar sorgulanmıştır. Ayrıca katılımcıların COVID-19 pandemi süreci ile ilgili birtakım değişkenleri çeşitli soru tipleriyle sorgulanmıştır. Vaka grubunda ek olarak OKB belirtilerinin ne zaman başladığı, tanının ne zaman konulduğu, şimdiye kadar hangi tedavilerin uygulandığı, tedavilerden ne kadar fayda gördüğü, varsa olası yan etkileri sorgulanmıştır.

3.2.3. Aile ile Okul Çağı Çocukları İçin Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli adlı yarı yapılandırılmış görüşme formu

Kaufman ve arkadaşları tarafından (1997) geliştirilen bu yarı yapılandırılmış görüşme formu, çocuk ve ergenlerin DSM-V tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamayı sağlayan bir değerlendirme formudur (217). Ölçeğin Türk örneklemini için geçerlik ve güvenirlik çalışması mevcut olup, OKB'nin tanısı değerlendirilmesinde Aile ile Okul Çağı Çocukları İçin Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli adlı yarı yapılandırılmış görüşme formu (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) uygulanabilmektedir (218).

3.2.4. Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği

Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek, klinik görüşmeye dayanan yarı yapılandırılmış değerlendirme aracıdır. Çocuk ve ergen yaş grubunda kullanılan biçimi olan Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ), çocuk ve ebeveynin verdiği bilgileri temel alarak görüşmecinin klinik değerlendirmesine göre yapılır (219). Sonuçta obsesyon şiddeti puanı, kompulsiyon şiddeti puanı ve her ikisinin toplamından oluşan toplam şiddet puanı elde edilir. Ölçeğin Türkçe güvenirlik çalışması Yücelen ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (220). Ölçek yarı yapılandırılmış bir görüşme ile klinisyen tarafından uygulanır. Öncelikle var olan obsesyon ve kompulsiyon türleri belirlenmekte, takiben bu belirtilerin neden olduğu işlev kaybı, belirtiler nedeniyle harcanan zaman, belirtileri erteleyebilme/engelleyebilme becerisi, belirtilerin engellenmesi durumunda yaşanan sıkıntı derecesi gibi alt puanların belirtildiği bölümler bulunur ve bu bölümler puanlanır. Testin sonucunda obsesyon

şiddeti puanı, kompulsiyon şiddeti puanı ve her ikisinin toplamından oluşan toplam şiddet puanına ulaşılır. Bu ölçek 0-40 puan arasında derecelendirilmekte olup; 0-7 puan subklinik, 8-15 puan hafif, 16-23 puan orta, 24 puan ve üstü ise ağır şiddette OKB belirtileri olduğunu göstermektedir.

3.2.5. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EK-4)

Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ, The Regulation of Emotions Questionnaire- REQ), Phillips ve Power (2007) tarafından, ergenlerin duygu düzenleme yöntemlerini belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçek, ergenlerin duygu düzenlemelerini; içsel işlevsel duygu düzenleme, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme, dışsal işlevsel duygu düzenleme ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme şeklinde sınıflayan bir kendini değerlendirme aracıdır (221).

Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği ergenlerin sadece duygu düzenleme güçlüklerini ve bilişsel duygu düzenlemelerini değil; ergenlerin duygu düzenleme durumlarının bilişsel, duygusal ve davranışsal yönden işlevsel olup olmadığını hem içsel hem dışsal kaynaklı etmenler üzerinden ele almaktadır (222).

Ölçek, “Hiçbir zaman (1), Nadiren (2), Bazen (3), Çoğu zaman (4) ve Her zaman (5)” şeklinde likert tipi beşli derecelendirmeye sahiptir. Toplam 18 maddeden oluşmaktadır. 4 madde içsel işlevsel duygu düzenleme, 5 madde içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme, 4 madde dışsal işlevsel duygu düzenleme, 4 madde dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme boyutunu temsil etmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutunda yer alan maddelere verilen yanıtların toplanmasıyla dört ayrı puan elde edilmektedir. Buna göre en yüksek puan elde edilen alt boyut, ergenin en sık başvurduğu duygu düzenleme yöntemi olmaktadır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışmaları kapsamında geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 2014 yılında Baki Duy ve Mehmet Ali Yıldız tarafından yapılmıştır (222).

3.2.6. Psikolojik Kontrol Ölçeği (EK-5)

Ergenlerin anne ve babalarından algıladıkları psikolojik kontrolü ölçmek amacıyla Barber (1996) tarafından oluşturulan ve daha sonra Barber ve arkadaşları

tarafından kültürlerarası maddeler eklenerek geliştirilen ölçektir. İlk geliştirilen klasik maddelerin oluşturduğu boyut “psikolojik kontrol (PK)” olarak, kültürlerarası olarak geliştirilen maddelerin oluşturduğu boyut ise “ebeveyn saymazlığı (ES)” olarak adlandırılmıştır (172,185).

Ölçekte dördümlük likert tipinde (1=hiç benzemiyor, 4=çok benziyor) 16 madde bulunmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçekte her ifade hem anne hem de baba için yanıtlanmaktadır. Ölçek ebeveyn psikolojik kontrolünün anne saymazlık, anne psikolojik kontrol, baba saymazlık ve baba psikolojik kontrol boyutlarını ölçmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan algılanan ebeveyn psikolojik kontrol düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Sayıl ve Kındap (2010) tarafından yapılmıştır (186).

3.2.7. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (EK-6)

Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12); çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılığı hakkında bilgi toplanmasına imkân sağlamaktadır. Bu ölçek on bir farklı ülkeden toplanan veriler doğrultusunda geliştirilmiştir. Ölçeğin 28 maddelik orijinal formu, üç alt ölçek ve sekiz alt boyutu kapsamaktadır.

Ölçeğin kısa form çalışması Liebenberg, Ungar ve LeBlanc (2013) tarafından yapılmış olup iki farklı çalışma sonucunda 12 maddelik bir yapı elde edilmiştir. Beşli likert yapıda olan ölçme aracı ““Beni hiç tanımlamıyor (1)” ile “Beni tamamen tanımlıyor (5)” arasında derecelendirilmektedir. Yüksek puan, yüksek sağlamlık düzeyini göstermektedir (223).

Ölçeğin 12 maddeden oluşan kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Arslan tarafından 2015’te yayınlanmıştır. Yapılan bu çalışmada, geçerlik çalışması kapsamında faktör yapısına bakılmıştır. Analiz sonuçları ölçeğin 12 maddesinin tek faktör altında toplandığını ortaya koymuştur. Ölçüt geçerliliği olumlu olumsuz duygular ve öz yeterlik ile yapılmıştır. Güvenirlik çalışması kapsamında iç tutarlılık düzeyi incelenmiştir. Bu çalışma kapsamında elde edilen bulgular, ölçeğin ülkemizde de çocuk ve ergenler için güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olarak kullanılabileceğini kanıtlamaktadır (224).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-smirnov testi ile belirlenmiştir. Çalışmada veriler yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma (SD), minimum, median ve maximum değerleri kullanılarak verilmiştir. Üç grup arası karşılaştırmalarda, normal dağılım gösteren parametrik veriler için One way ANOVA ve non-parametrik veriler için Kruskal-wallis test kullanılmıştır. Korelasyon değerlendirmeleri için Pearson ve Spearman testleri yapılmıştır. İki grup arası karşılaştırmalarda, normal dağılım gösteren parametrik veriler için Independent t test ve non-parametrik veriler için Mann Whitney U test kullanılmıştır. İki grup arasında Backward yöntemi ile lojistik regresyon uygulanmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.4. ETİK

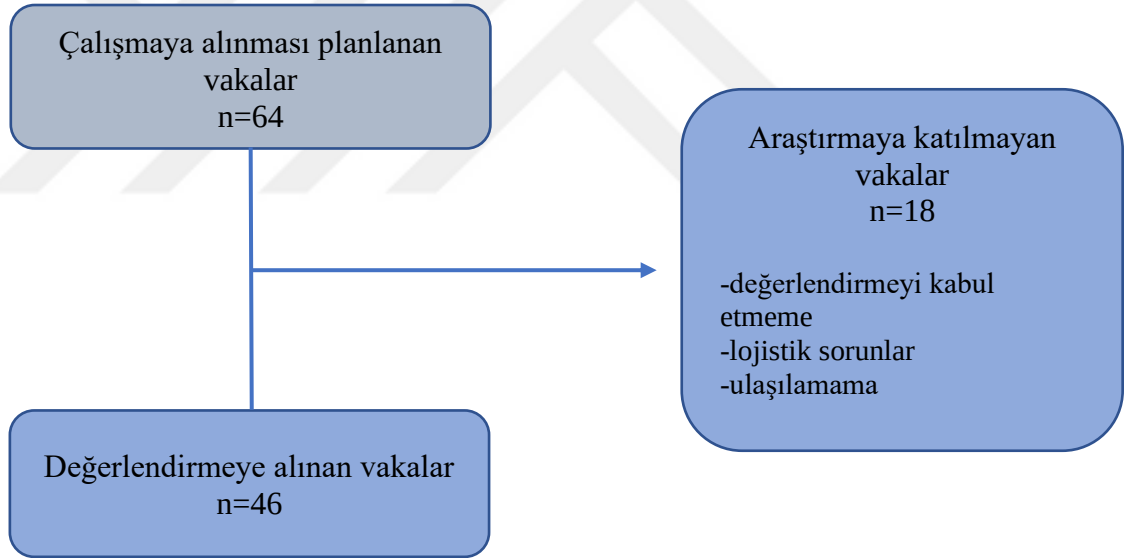
Çalışmanın TUEK (Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu) onayı T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 17.05.2022 tarihinde 619 protokol numarası ile alınmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.05.2022 tarihinde 178 protokol numarası ile alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

4.1.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bulgular

Çalışmamıza daha önceden OKB tanısı almış ve değerlendirmeleri yapılmış 12-19 yaş arası 64 vaka ve 42 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 64 vakadan 18'i yeniden değerlendirmeyi kabul etmediği, lojistik sorunlar ya da ulaşılama sebebiyle değerlendirmeye alınamamış olup 46 vaka verileri ile analiz yapılmıştır.



Şekil 2: Değerlendirmeye Alınan ve Araştırmaya Katılmayan Vakaları Gösteren Akış Şeması

Araştırmaya katılmayan vakalar ile değerlendirmeye alınan vaka grubu kıyaslandığında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Değerlendirmeye Alınan ve Araştırmaya Katılmayan Vaka Gruplarının Cinsiyet ve Yaş Karşılaştırması

	Vaka grubu n (%)	Araştırmaya katılmayan grup n (%)	p değeri
Cinsiyet			0,078
<i>Kız</i>	24 (52,2)	13 (72,2)	
<i>Erkek</i>	22 (47,8)	5 (27,8)	
Yaş			0,229
<i>Ort.±SS.</i>	16,47+1,45	16,06+1,57	
<i>Min./Med./Maks.</i>	13,16/16,62/18,75	13,08/16,33/18,66	

n=Sayı, %=Yüzde, Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların cinsiyet dağılımları vaka grubunda %52,2 kız, %47,8 erkek; kontrol grubunda %59,5 kız, %40,5 erkek şeklindedir. Yaş ortalaması vaka grubumuzda 16,47+1,45 yıl iken kontrol grubundaki katılımcıları yaş ortalaması 15,88+1,57 yıl olup iki grup arasında yaş ortalaması dağılımlarının istatistiksel açıdan benzer olduğu ($p=0,067$) bulunmuştur (Tablo 2).

İki grup karşılaştırıldığında; örgün eğitimde hangi sınıfta oldukları ($p=0,220$), sınıf tekrarı ($p=0,618$), aile yapısı ($p=0,534$) ve kardeş sırası ($p=0,159$) sonuçlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 2).

İki grup arasında ders başarısı ortalaması ve kardeş sayısında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 2). Vaka grubundaki çocuk ve ergenlerin ders başarı puan ortalaması 70,39+16,54 iken, kontrol grubunda 82,74+13,66 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p<0,001$) mevcuttur (Tablo 2). Vaka ve kontrol grubu kardeş sayıları açısından karşılaştırıldığında, vaka grubunun kardeş sayısı istatistiksel olarak daha az bulunmuştur (Tablo 2).

Vakaların ve kontrol grubunun demografik verileri Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2: Vaka ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Vaka grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Cinsiyet			0,488
<i>Kız</i>	24 (52,2)	25 (59,5)	
<i>Erkek</i>	22 (47,8)	17(40,5)	
Yaş			0,067
<i>Ort.±SS.</i>	16,47+1,45	15,88+1,57	
<i>Min./Med./Maks.</i>	13,16/16,62/18,75	12,08/15,79/18,58	
Eğitim			<0,001
<i>Örgün</i>	30 (65,2)	35 (83,3)	
<i>Açık Lise</i>	3 (6,5)	2 (4,8)	
<i>Lise mezunu</i>	10 (21,7)	1 (2,4)	
<i>Üniversite</i>	3 (6,5)	4 (9,5)	
Örgün eğitim sınıf			0,220
<i>Ort.±SS.</i>	10,40+1,28	9,89+1,52	
<i>Min./Med./Maks.</i>	8,00/10,00/12,00	6,00/10,00/12,00	
Sınıf tekrarı			0,618
<i>Yok</i>	43 (93,5)	41 (97,6)	
<i>Var</i>	3 (6,5)	1 (2,4)	
Ders başarısı ortalaması			<0,001
<i>Ort.±SS.</i>	70,39+16,54	82,74+13,66	
<i>Min./Med./Maks.</i>	38,00/70,00/98,00	40,00/86,00/98,00	
Aile yapısı			0,534
<i>Çekirdek</i>	40 (87,0)	35 (83,3)	
<i>Geniş</i>	3 (6,5)	5 (11,9)	
<i>Boşanmış</i>	1 (2,2)	2 (4,8)	
<i>Eşlerden biri vefat</i>	2 (4,3)	-	
Kardeş sayısı			0,020
<i>Ort.±SS.</i>	2,57+1,13	3,07+1,28	
<i>Min./Med./Maks.</i>	1,00/2,00/7,00	1,00/3,00/6,00	
Kardeş sırası			0,159
<i>Ort.±SS.</i>	1,93+1,20	2,31+1,37	
<i>Min./Med./Maks.</i>	1,00/2,00/6,00	1,00/2,00/6,00	

n=Sayı, %: Yüzde, *Ort.*: Ortalama, *SS.*: standart sapma, *Min.*: Minimum, *Med.*: Median, *Maks.*: Maksimum

4.1.2. Ailelere Ait Sosyodemografik Özellikler

İki grup arasındaki bireylerin anne ve baba yaşları kıyaslandığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aile bilgileri incelendiğinde her iki grupta da annelerin hepsi sağ iken, kontrol grubunda 2 kişinin babasının vefat ettiği görülmüştür. Bu durum için gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Annenin eğitim durumu ve çalıştığı işler sorgulandığında, vaka grubunda anne eğitiminde %60,9 oranla en çok ilkokul mezuniyeti var iken kontrol grubunda %45,2 lise mezuniyeti olduğu görülmüştür. Anne eğitimi açısından iki grup arasından istatistiksel anlamlı fark ($p= <0,001$) mevcuttur. Buna benzer şekilde, annenin mesleki durumunda iki grup arasında istatistiksel fark görülmüştür ($p=0,034$). İki grup arasında babanın eğitim durumu ve mesleki durumu karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Vaka Grubu ve Kontrol Grubunun Aile Demografik Bilgilerinin Karşılaştırılması

	Vaka grubu	Kontrol grubu	p değeri
Anne yaş			0,251
<i>Ort.±SS.</i>	43,48±5,53	42,19±4,85	
<i>Min./Med./Maks.</i>	35,00/43,00/56,00	33,00/42,00/54,00	
Anne durum (%)			
<i>Sağ</i>	46 (100)	42 (100)	
<i>Vefat</i>	-	-	
Anne eğitim (%)			<0,001
<i>Okuryazar değil</i>	-	2 (4,8)	
<i>Okur-yazar</i>	3 (6,5)	-	
<i>İlkokul</i>	28 (60,9)	4 (9,5)	
<i>Ortaokul</i>	7 (15,2)	7 (16,7)	
<i>Lise</i>	5 (10,9)	19 (45,2)	
<i>Üniversite</i>	3 (6,5)	10 (23,8)	
Anne iş (%)			0,034
<i>Ev hanımı</i>	26 (56,5)	29 (69,0)	
<i>Memur</i>	2 (4,3)	6 (14,3)	
<i>İşçi</i>	8 (17,4)	3 (7,1)	

<i>Özel sektör (işçi dışı)</i>	9 (19,6)	2 (4,8)	
<i>Serbest</i>	-	2 (4,8)	
<i>Emekli</i>	1(2,2)	-	
Baba yaş			0,241
<i>Ort.±SS.</i>	47,77±5,75	46,52±7,35	
<i>Min./Med./Maks.</i>	38,00/47,00/63,00	33,00/46,50/75,00	
Baba durum (%)			0,495
<i>Sağ</i>	44 (95,7)	42 (100)	
<i>Vefat</i>	2 (4,3)	-	
Baba eğitim (%)			0,330
<i>Okur-yazar değil</i>	-	1 (2,4)	
<i>Okur-yazar</i>	2 (4,4)	1 (2,4)	
<i>İlkokul</i>	14 (31,1)	7 (16,7)	
<i>Ortaokul</i>	11 (24,4)	8 (19,0)	
<i>Lise</i>	12 (26,7)	13 (31,0)	
<i>Üniversite</i>	6 (13,3)	12 (28,6)	
Baba iş (%)			0,693
<i>İşsiz</i>	-	2 (4,8)	
<i>Memur</i>	3 (6,7)	2 (4,8)	
<i>İşçi</i>	15 (33,3)	12 (28,6)	
<i>Özel sektör (işçi dışı)</i>	9 (20,0)	9 (21,4)	
<i>Serbest</i>	16 (35,6)	17 (40,5)	
<i>Emekli</i>	2 (4,4)	-	

%. Yüzde, Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

Vaka ve kontrol grubu katılımcıların çevresinde ruhsal hastalığı olan kişilerin durumu incelenmiştir. Vaka grubu annelerinin %39,10'unda (n=18), kontrol grubu annelerinin %4,80'inde (n=2) en az bir psikiyatrik tanı olduğu görülmüştür. İstatiksel açıdan, vaka grubu annelerinde psikiyatrik tanı bulunma durumu kontrol grubu annelerine göre anlamlı yüksek (p<0,001) bulunmuştur. Vaka grubu babalarının %15,60'ında (n=7) ve diğer aile bireylerinin %34,80'inde (n=16); kontrol grubu babalarının %2,40'ında (n=1) ve diğer aile bireylerinin %14,20'unda (n=6) en az bir psikiyatrik tanı mevcuttur. Bu sonuçlar vaka grubundaki baba ve diğer aile

bireylerindeki psikiyatrik tanı oranlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğunu göstermektedir. Katılımcıların çevresinde psikiyatrik tedavi görenler incelendiğinde ise annede psikiyatrik tedavi oranı vaka grubunda %41,30 (n=19) olup, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4).

Tablo 4: Vaka ve Kontrol Grubu Arasında Aile Bireylerinin Psikiyatrik Tanı ve Tedavi Durumunun Karşılaştırılması

	Vaka grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Annede psikiyatrik tanı			<0,001
Yok	28 (60,90)	40 (95,20)	
Var	18 (39,10)	2 (4,80)	
Annede psikiyatrik tedavi			<0,001
Yok	27 (58,70)	40 (95,20)	
Var	19 (41,30)	2 (4,80)	
Babada psikiyatrik tanı			0,034
Yok	38 (84,40)	41 (97,60)	
Var	7 (15,60)	1 (2,40)	
Babada psikiyatrik tedavi			0,061
Yok	39 (86,70)	41 (97,60)	
Var	6 (13,30)	1 (2,40)	
Diğer aile bireylerinde tanı			0,027
Yok	30 (65,20)	36 (85,70)	
Var	16 (34,80)	6 (14,30)	

n: Sayı, %: Yüzde

4.1.3. Çocuklara Ait Perinatal Dönem ve Tıbbi Hastalık Özellikleri

Vaka ve kontrol grubuna ait perinatal dönem özellikleri karşılaştırıldığında gebelik istemi, gebelikte sigara ve alkol kullanımı, erken doğum, doğum sırasında görülen problem varlığı, tıbbi hastalık durumu ve tıbbi ilaç kullanımları açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Vaka ve Kontrol Grubuna Ait Perinatal Dönem Özelliklerinin ve Tıbbi Hastalık-Psikiyatrik Olmayan İlaç Kullanım Durumunun Karşılaştırılması

	Vaka grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Gebelik			0,128
<i>Planlı-istemli</i>	33 (71,70)	36 (85,70)	
<i>Plan-istemsiz</i>	13 (28,30)	6 (14,30)	
Gebelikte sigara kullanımı			0,147
<i>Yok</i>	38 (82,60)	39 (92,90)	
<i>Var</i>	8 (17,40)	3 (7,10)	
Gebelikte alkol kullanımı			0,477
<i>Yok</i>	46 (100)	41 (97,60)	
<i>Var</i>	-	1 (2,40)	
Doğum sırasında problem			0,331
<i>Yok</i>	33 (71,70)	34 (81,00)	
<i>Var</i>	13 (28,30)	8 (19,00)	
Erken doğum			0,429
<i>Yok</i>	41 (89,1)	35 (83,30)	
<i>Var</i>	5 (10,9)	7 (16,70)	
Tıbbi hastalık			0,092
<i>Yok</i>	34 (73,9)	37 (88,1)	
<i>Var</i>	12 (26,1)	5 (11,9)	
Psikiyatri dışı ilaç kullanımı			0,420
<i>Yok</i>	39 (84,8)	38 (90,5)	
<i>Var</i>	7 (15,2)	4 (9,5)	

n: Sayı, %: Yüzde

4.1.4. Vaka Grubunun Klinik Özellikleri

Vaka grubunda başvuru, ilaç kullanımı ve ilaç dışı tedavi özellikleri Tablo 6’da özetlenmiştir. 46 kişiden 19’unun (%41,3) OKB’ye yönelik terapi aldığı, 21’inde (%45,7) ise SSGİ kullanım öyküsü olduğu bulunmuştur. Vakalarda ilaç kullanımı sorgulaması detaylandırıldığında tipik antipsikotik, duygu durum düzenleyici, benzodiazepin ve SSGİ dışı antidepresan grubu ilaç kullanımı olmadığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Vaka Grubunda Başvuru, İlaç Kullanımı ve İlaç Dışı Tedavi Özellikleri

	Vaka grubu n (%)
OKB şikayetlerinin üzerinden geçen süre(ay)	
<i>Ort.±SS.</i>	56,22+31,84
<i>Min./Med./Maks.</i>	24/48/156
OKB tanısı konulması üzerinden geçen süre(ay)	38,7+18,90
<i>Ort.±SS.</i>	18/30/100
<i>Min./Med./Maks.</i>	
Geçmişte Psikiyatrik ilaç Kullanımı	
<i>Yok</i>	44 (95,7)
<i>Var</i>	2 (4,3)
İlaç kullanımı (ay)	
<i>Ort.±SS.</i>	29,60+25,86
<i>Min/Med/Maks</i>	0/24/120
Düzenli ilaç Kullanımı	
<i>Yok</i>	4 (18,2)
<i>Var</i>	18 (81,8)
Kullandığı ilaç Fayda Düzeyi	
<i>Fayda yok</i>	1 (4,5)
<i>Az</i>	2 (9,1)
<i>Orta</i>	9 (40,9)
<i>İyi</i>	6 (27,3)
<i>Çok iyi</i>	4 (18,2)
İlaç tedavisi ile alakalı yan etki	
<i>Yok</i>	29 (93,5)
<i>Var</i>	2 (6,5)
Atipik antipsikotik kullanımı	
<i>Yok</i>	34 (73,9)
<i>Var</i>	12 (26,1)
SSGİ kullanımı	
<i>Yok</i>	25 (54,3)
<i>Var</i>	21 (45,7)
Diğer gruplardan ilaç kullanımı	
<i>Yok</i>	43 (93,5)
<i>Var</i>	3 (6,5)

Terapi öyküsü	
<i>Yok</i>	27 (58,7)
<i>Var</i>	19 (41,3)
Terapiden fayda düzeyi	
<i>Fayda yok</i>	4 (21,1)
<i>Az</i>	2 (10,5)
<i>Orta</i>	3 (15,8)
<i>İyi</i>	9 (47,4)
<i>Çok iyi</i>	1 (5,3)

n: Sayı, %: Yüzde, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum, SSGİ: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

4.2. KLİNİK DEĞERLENDİRME İLE ELDE EDİLEN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.2.1. Vaka ve Kontrol Grubunun Komorbidite Açısından Karşılaştırılması

Çalışmadaki vaka grubu ve kontrol grubunun şu anda ve yaşam boyunca olan ek psikiyatrik bozuklukları sorgulanmıştır. Vaka grubunun 39'unda (%84,5) şu anda ek bir psikiyatrik komorbidite bulunurken, kontrol grubunun 11'inde (%26,2) psikiyatrik tanı saptanmıştır. Yaşam boyu psikiyatrik tanıları incelendiğinde ise vaka grubunda bulunan 46 kişiden 41'inde (%89,1) yaşam boyu en az bir OKB dışı psikiyatrik ek tanı mevcudiyeti; kontrol grubunda bulunan 40 kişiden ise 17'sinde (%40,5) yaşam boyu OKB dışı en az bir psikiyatrik tanı varlığı görülmüştür. Bu değerlendirmelere göre, vaka grubunda kontrol grubuna göre hem şu anda hem de yaşam boyunca OKB dışı bir psikopatoloji görülme riski istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 7).

Tablo 7: Vaka Grubu ve Kontrol Grubunun Şu Andaki ve Yaşam Boyunca Olan OKB Dışı Psikiyatrik Bozukluklarının Karşılaştırılması

	Vaka grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Şu anki psikopatoloji			<0,001
<i>Yok</i>	7 (15,2)	31 (73,8)	
<i>Var</i>	39 (84,8)	11 (26,2)	
Yaşam boyu psikopatoloji			<0,001
<i>Yok</i>	5 (10,9)	25 (59,5)	
<i>Var</i>	41 (89,1)	17 (40,5)	

n: Sayı, %: Yüzde

Vaka ve kontrol gruplarının komorbiditeleri detaylandırıldığında;

- Vaka grubunda %32,6 (n=15) özgül fobi, %10,9 (n=5) tik bozukluğu, %8,7 (n=4) YAB, %8,7 (n=4) SF, %8,7 (n=4) DEHB, %6,5 (n=3) depresif bozukluk, %6,5 (n=3) yeme bozukluğu, %4,3 (n=2) panik bozukluk, %2,2 (n=1) agorafobi ve %2,2 (n=1) ayrılık anksiyetesi bozukluğu saptanmıştır.
- Kontrol grubunda %11,9 (n=5) özgül fobi, %9,5 (n=4) DEHB, %2,4 (n=1) YAB, %2,4 (n=1) panik bozukluk, %2,4 (n=1) depresif bozukluk, %2,4 (n=1) KOKGB ve %2,4 (n=1) yeme bozukluğu saptanmıştır.
- Vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla özgül fobi (p=0,021) tanısının istatistiksel olarak daha sık eşlik ettiği görülmüştür (Tablo 9).

Vakaların değerlendirme anındaki ek psikiyatrik bozuklukları karşılaştırıldığında depresif bozukluk, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete bozukluğu, DEHB, KOKGB, tik bozukluğu ve yeme bozukluklarında iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. İki grupta da yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, mani, psikoz, TSSB, davranım bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, alkol, madde kullanımı bozukluğu, enürezis ve enkoprezis tanıları değerlendirme anında görülmemektedir (Tablo 8).

Tablo 8: Vaka ve Kontrol Grubunun Komorbidite Açısından Karşılaştırılması

	Vaka grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Depresif bozukluk			0,619
Yok	43 (93,5)	40(97,6)	
Var	3 (6,5)	1 (2,4)	
Panik bozukluk			1,00
Yok	44 (95,7)	41 (97,6)	
Var	2 (4,3)	1 (2,4)	
Agorafobi			1,00
Yok	45 (97,8)	42 (100)	
Var	1 (2,2)	-	
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu			1,00
Yok	45 (97,8)	42 (100)	
Var	1 (2,2)	-	
Sosyal anksiyete bozukluğu			0,118
Yok	42 (91,3)	42 (100)	
Var	4 (8,7)	-	
Özgül fobi			0,021
Yok	31 (67,5)	37 (88,1)	
Var	15 (32,6)	5 (11,9)	
Yaygın anksiyete bozukluğu			0,363
Yok	42 (91,3)	41 (97,6)	
Var	4 (8,7)	1 (2,4)	
OKB			<0,001
Yok	12 (26,1)	42 (100)	
Var	34(73,9)	-	
DEHB			1,00
Yok	42 (91,3)	38 (90,5)	
Var	4 (8,7)	4 (9,5)	
KOKGB			0,477
Yok	46 (100)	41 (97,6)	
Var	-	1 (2,4)	
Tik bozukluğu			0,057
Yok	41 (89,1)	42 (100)	
Var	5 (10,9)	-	
Yeme bozukluğu			0,618
Yok	43 (93,5)	41 (97,6)	
Var	3 (6,5)	1 (2,4)	

n: Sayı, %: Yüzde, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

Vaka ve kontrol grupları yaşam boyu psikiyatrik bozukluklar açısından karşılaştırıldığında;

- Vaka grubunda %50 (n=23) özgül fobi, %45,7 (n=21) depresif bozukluk, %39,1 (n=18) YAB, %30,4 (n=14) SF, %19,6 (n=9) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %19,6 (n=9) DEHB, %17,4 (n=8) tik bozukluğu, %13 (n=6) panik bozukluk, %13 (n=6) enürezis, %6,5 (n=3) yeme bozukluğu, %2,2 (n=1) agorafobi, %2,2 (n=1) KOKGB, %2,2 (n=1) enkoprezis saptanmıştır.

- Kontrol grubunda %14,3 (n=6) DEHB, %11,9 (n=5) özgül fobi, %9,5 (n=4) SF, %7,1 (n=3) ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %4,8 (n=2) depresif bozukluk, %4,8 (n=2) KOKGB, %2,4 (n=1) panik bozukluk, %2,4 (n=1) YAB, %2,4 (n=1) TSSB, %2,4 (n=1) davranım bozukluğu, %2,4 (n=1) yeme bozukluğu ve %2,4 (n=1) enürezis saptanmıştır.

- Vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla depresif bozukluk ($p<0,001$), SF ($p=0,015$), özgül fobi ($p<0,001$), YAB ($p<0,001$) ve tik bozukluğu ($p=0,006$) tanılarının istatistiksel olarak daha sık eşlik ettiği görülmüştür (Tablo 9).

Yaşam boyu psikiyatrik bozukluklar iki grup arasında karşılaştırıldığında panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete, davranım bozukluğu, DEHB, KOKGB, yeme bozuklukları, enürezis ve enkoprezis tanıları açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grupta da yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, mani, psikoz, TSSB, otizm spektrum bozukluğu alkol ve madde kullanımı bozukluğu görülmemektedir (Tablo 9).

Tablo 9: Araştırmada Değerlendirilen Vaka ve Kontrol Grubu Arasında Yaşam Boyu Psikiyatrik Bozukluk Oranlarının Karşılaştırılması

	Vaka grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Depresif bozukluk			<0,001
Yok	25 (54,3)	40 (95,2)	
Var	21(45,7)	2 (4,8)	
Panik bozukluk			0,113
Yok	40 (87,0)	41 (97,6)	
Var	6 (13,0)	1 (2,4)	
Agorafobi			1,00
Yok	45 (97,8)	42 (100)	
Var	1 (2,2)	-	
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu			0,090
Yok	37 (80,4)	39 (92,9)	
Var	9 (19,6)	3 (7,1)	
Sosyal anksiyete bozukluğu			0,015
Yok	32 (69,6)	38 (90,5)	
Var	14 (30,4)	4 (9,5)	
Özgül fobi			<0,001
Yok	23 (50,0)	37 (88,1)	
Var	23 (50,0)	5 (11,9)	
Yaygın anksiyete bozukluğu			<0,001
Yok	28(60,9)	41 (97,6)	
Var	18 (39,1)	1 (2,4)	
TSSB			1,00
Yok	44 (95,7)	41 (97,6)	
Var	2 (4,3)	1 (2,4)	
DEHB			0,511
Yok	37 (80,4)	36 (85,7)	
Var	9 (19,6)	6 (14,3)	
KOKGB			0,604
Yok	45 (97,8)	40 (95,2)	
Var	1 (2,2)	2 (4,8)	
Davranım bozukluğu			0,477
Yok	46 (100)	41 (97,6)	
Var	-	1 (2,4)	
Tik bozukluğu			0,006
Yok	38 (82,6)	42 (100)	
Var	8 (17,4)	-	
Yeme bozukluğu			0,618
Yok	43 (93,5)	41 (97,6)	
Var	3 (6,5)	1 (2,4)	
Enurezis			0,113
Yok	40 (87,0)	41 (97,6)	
Var	6 (13,0)	1 (2,4)	

Enkoprezis			1,00
Yok	45 (97,8)	42 (100)	
Var	1 (2,2)	-	

n: Sayı, %: Yüzde, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, KOKGB: Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu

4.2.2. Vaka Grubunun Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği ile Değerlendirilmesi

Vaka grubunda bulunan 46 ergenin obsesyon ve kompulsiyon çeşitleri Tablo 10 ve 11’de özetlenmiştir. En çok görülen obsesyon tipi emin olamama (%73,9) olarak saptanmış olup, ardından kirlenme (%69,6) ve sonrasında da dini obsesyonlar (%58,7) gelmektedir. İstenmeyen girici ses/kelime/sayı obsesyonu hiçbir katılımcıda bulunmamaktadır (Tablo 11). Kompulsiyon tipleri incelendiğinde vakaların %84,8’inde olan kontrol etme, %69,6’sında olan yıkama-temizleme ve %67,4’ünde görülen tekrarlayıcı törensel davranışlar en sık görülen kompulsiyonlar olarak tespit edilmiştir. Vakaların hiçbirinde tören haline gelmiş yeme, aşırı uzun liste yapma ve göz kırpmaya kompulsiyonları belirlenmemiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Vakaların ÇY-BOKÖ’ye Göre Obsesyon Çeşitleri

	Vaka grubu n (%)
Kirlenme	
Yok	14 (30,4)
Var	32 (69,6)
Saldırganlık	
Yok	21 (45,7)
Var	25 (54,3)
Cinsel	
Yok	25 (54,3)
Var	21 (45,7)
Biriktirme/saklama	
Yok	38 (82,6)
Var	8 (17,4)
Büyüsel düş/batıl inanç	
Yok	30 (65,2)
Var	16 (34,8)
Somatik obsesyonlar	
Yok	37 (80,4)

<i>Var</i>	9 (19,6)
Dini	
<i>Yok</i>	19 (41,3)
<i>Var</i>	27 (58,7)
Simetri/kesinlik	
<i>Yok</i>	38 (82,6)
<i>Var</i>	8 (17,4)
Emin olamama	
<i>Yok</i>	12 (26,1)
<i>Var</i>	34 (73,9)
Belirli şeyleri söyleme korkusu	
<i>Yok</i>	40 (87,0)
<i>Var</i>	6 (13,0)
Tam doğru şeyi söyleyememe korkusu	
<i>Yok</i>	35 (76,1)
<i>Var</i>	11 (23,9)

Tablo 11: Vakaların ÇY-BOKÖ'ye Göre Kompulsiyon Çeşitleri

	Vaka grubu n (%)
Yıkama temizleme	
<i>Yok</i>	14 (30,4)
<i>Var</i>	32 (69,6)
Kontrol etme	
<i>Yok</i>	7 (15,2)
<i>Var</i>	39 (84,8)
Tekrarlayıcı törensel davranışlar	
<i>Yok</i>	15 (32,6)
<i>Var</i>	31 (67,4)
Sayma kompulsiyonları	
<i>Yok</i>	21 (45,7)
<i>Var</i>	25 (54,3)
Sıralama/düzenleme	
<i>Yok</i>	25 (54,3)
<i>Var</i>	21 (45,7)
Biriktirme/toplama	
<i>Yok</i>	37 (82,2)
<i>Var</i>	8 (17,8)
Aşırı büyüsel düş/batıl inançlar	
<i>Yok</i>	27 (58,7)
<i>Var</i>	19 (41,3)

Diğer insanları içeren törensel dav.	
<i>Yok</i>	23 (50)
<i>Var</i>	23 (50)
Zihinsel tören	
<i>Yok</i>	27 (58,7)
<i>Var</i>	19 (41,3)
Söyleme-sorma-itiraf etme	
<i>Yok</i>	25 (54,3)
<i>Var</i>	21 (45,7)
Önlem alma	
<i>Yok</i>	42 (91,3)
<i>Var</i>	4 (8,7)
Dokunma vurma ovalama	
<i>Yok</i>	40 (87,0)
<i>Var</i>	6 (13,0)
Tam yerinde hissedene dek dokunma	
<i>Yok</i>	43 (93,5)
<i>Var</i>	3 (6,5)
Trikotilomani	
<i>Yok</i>	44 (95,7)
<i>Var</i>	2 (4,3)
Kendine zarar verme	
<i>Yok</i>	43 (93,5)
<i>Var</i>	3 (6,5)

ÇY-BOKÖ: Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği, n: Sayı, %: Yüzde

Araştırmada değerlendirilen OKB grubunun ÇY-BOKÖ skor dağılımları incelendiğinde vaka grubunda kompulsiyon skorları ortalaması 6,35+4,48, obsesyon skorları ortalaması 7,46+4,21 toplam skor ortalaması 13,74+8,68 olarak saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12: Araştırmada Değerlendirilen Vaka Grubunun ÇY-BOKÖ Skor Dağılımları

	ÇY-BOKÖ kompulsiyon	ÇY-BOKÖ obsesyon	ÇY-BOKÖ toplam
Vaka grubu			
Ort.±SS.	6,35+4,48	7,46+4,21	13,74+8,68
Min./Med./Maks.	0,00/6,50/15,00	0,00/7,00/15,00	0,00/14,00/28,00

ÇY-BOKÖ: Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği, Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

COVID-19 pandemisinden etkilenim durumları incelendiğinde, obsesif kompulsif bozukluk tanı grubundaki vakaların %65,2'si pandemi döneminin OKB belirtilerinde kötüleşmeye sebep olduğunu bildirmiştir. Ebeveynlerin ise %52,2'si çocukta OKB semptomlarında artış olduğunu ifade etmiştir (Tablo 13).

Vaka ve kontrol grubu arasında COVID-19 pandemisinden etkilenme durumu karşılaştırıldığında, vaka grubunda annenin COVID-19 tanı alma ve çocuğun zorunlu izolasyon yüzdesi kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 34).

Tablo 13: Vaka ve Kontrol Grubu Arasında COVID-19 Pandemisinden Etkilenim Durumu Karşılaştırılması

	Vaka grubu n (%)		
Pandemi ile çocuğun OKB belirtilerinde kötüleşme (kendi ifadesi)			
<i>Yok</i>		16 (34,8)	
<i>Var</i>		30 (65,2)	
Pandemi ile çocuğun OKB belirtilerinde kötüleşme (ailenin ifadesi)			
<i>Yok</i>		22 (47,8)	
<i>Var</i>		24 (52,2)	
	Vaka grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Çocukta Covid tanısı			0,063
<i>Yok</i>	29 (63,00)	34 (81,00)	
<i>Var</i>	17 (37,00)	8 (19,00)	
Ailede Covid tanısı			0,747
<i>Yok</i>	16 (34,8)	16 (38,1)	
<i>Var</i>	30 (65,2)	26 (61,9)	
Annede Covid tanısı			0,047*
<i>Yok</i>	21 (45,7)	28 (66,7)	
<i>Var</i>	25 (54,3)	14 (33,3)	
Babada Covid tanısı			0,716
<i>Yok</i>	26 (60,5)	27 (64,3)	
<i>Var</i>	17 (39,5)	15 (35,7)	

Kardeşte Covid tanısı			0,196
<i>Yok</i>	31 (68,9)	34 (81,00)	
<i>Var</i>	14 (31,1)	8 (19,00)	
Diğer aile bireylerinde			0,457
Covid tanısı	34 (73,9)	28 (66,7)	
<i>Yok</i>	12 (26,1)	14 (33,3)	
<i>Var</i>			
Zorunlu izolasyon			0,047*
<i>Yok</i>	21 (45,7)	28 (66,7)	
<i>Var</i>	25 (54,3)	14 (33,3)	
İzolasyon kiminle			0,528
<i>Aile</i>	23 (92,0)	14 (100)	
<i>Tek</i>	2 (8,0)	-	
Çevrede Covid nedenli vefat			0,691
<i>Yok</i>	38 (82,60)	36 (85,70)	
<i>Var</i>	8 (17,40)	6 (14,30)	
Çevrede Covid risk grubu			0,776
<i>Yok</i>	26 (56,59)	25 (59,5)	
<i>Var</i>	20 (43,5)	17(40,5)	

n: Sayı, %: Yüzde, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Pandeminin birinci yılındaki ve üçüncü yılındaki ÇY-BOKÖ puanları kıyaslandığında 5 vakanın tamamen iyileştiği, 30 vakada skorların azaldığı ve 11 vakada skorların arttığı tespit edilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14: Vaka Grubunun ÇY-BOKÖ Puan Değişimlerine Göre Sınıflandırılması

	İyileşen (n=5)	Azalan (n=30)	Kötüleşen (n=11)
ÇY-BOKÖ toplam			
Öncesi- sonrası fark			
Or.t±SS.	-20,20+4,09	-10,57+6,03	3,45+2,07
Min./Med./Maks.	-25,00/-21,00/- 16,00	-29,00/-10,00/- 2,00	1,00/3,00/7,00

ÇY-BOKÖ: Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği, n=Sayı, Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

Vaka grubu; OKB'si iyileşen ve skorları azalanlar bir alt grup, skorları kötüleşenler ayrı bir alt grup olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu iki alt grubun kompulsiyon çeşitleri ve obsesyon çeşitleri karşılaştırıldı. Obsesyon tipleri karşılaştırıldığında iki alt grup arasında anlamlı fark saptanmaz iken kompulsiyon tiplerinde sadece söyleme-sorma-itiraf etme kompulsiyonu kötüleşen alt grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,036$) (Tablo 15-16).

Tablo 15: Vaka Alt Gruplarının ÇY-BOKÖ'ye Göre Obsesyon Çeşitleri

	İyileşen/Azalan	Kötüleşen	p değeri
Kirlenme			0,311
<i>Yok</i>	12 (34,3)	2 (18,2)	
<i>Var</i>	23 (65,7)	9 (81,8)	
Saldırganlık			0,039
<i>Yok</i>	13 (37,1)	8 (72,7)	
<i>Var</i>	22 (62,9)	3 (27,3)	
Cinsel			0,478
<i>Yok</i>	18 (51,4)	7 (63,6)	
<i>Var</i>	17 (48,6)	4 (36,4)	
Biriktirme/saklama			0,405
<i>Yok</i>	28 (80,0)	10 (90,9)	
<i>Var</i>	7 (20,0)	1 (9,1)	
Büyüsel düş/batıl inanç			0,549
<i>Yok</i>	22 (62,9)	8 (72,7)	
<i>Var</i>	13 (37,1)	3 (27,3)	
Somatik obsesyonlar			0,315
<i>Yok</i>	27 (77,1)	10 (90,9)	
<i>Var</i>	8 (22,9)	1 (9,1)	
Dini			0,307
<i>Yok</i>	13 (37,1)	6 (54,5)	
<i>Var</i>	22 (62,9)	5 (45,5)	
Simetri/kesinlik			0,322
<i>Yok</i>	30 (85,7)	8 (72,7)	
<i>Var</i>	5 (14,3)	3 (27,3)	
Emin olamama			0,374
<i>Yok</i>	8 (22,9)	4 (36,4)	
<i>Var</i>	27 (77,1)	7 (63,6)	
Belirli şeyleri söyleme korkusu			0,311
<i>Yok</i>	29 (82,9)	11 (100)	
<i>Var</i>	6 (17,1)	-	

Tam doğru şeyi söyleyememe korkusu			0,609
<i>Yok</i>	26 (74,3)	9 (81,8)	
<i>Var</i>	9 (25,7)	2 (18,2)	
İstenmeyen görüntü			1,00
<i>Yok</i>	33 (94,3)	11(100)	
<i>Var</i>	2 (5,7)	-	

ÇY-BOKÖ: Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği, n=Sayı, Ort.: Ortalama

Tablo 16: Vaka Alt Gruplarının ÇY-BOKÖ'ye Göre Kompulsiyon Çeşitleri

	İyileşen/Azalan	Kötüleşen	p değeri
Yıkama temizleme			0,311
<i>Yok</i>	12 (34,3)	2 (18,2)	
<i>Var</i>	23(65,7)	9 (81,8)	
Kontrol etme			0,202
<i>Yok</i>	4 (11,4)	3 (27,3)	
<i>Var</i>	31 (88,6)	8 (72,7)	
Tekrarlayıcı törensel davranışlar			0,665
<i>Yok</i>	12 (34,3)	3 (27,3)	
<i>Var</i>	23(65,7)	8 (72,7)	
Sayma kompulsiyonları			0,497
<i>Yok</i>	15 (42,9)	6 (54,5)	
<i>Var</i>	20 (57,1)	5 (45,5)	
Sıralama/düzenleme			0,170
<i>Yok</i>	21 (60,0)	4 (36,4)	
<i>Var</i>	14 (40,0)	7 (63,6)	
Biriktirme/toplama			0,386
<i>Yok</i>	27 (79,4)	10 (90,9)	
<i>Var</i>	7 (20,6)	1 (9,1)	
Aşırı büyüsel düş/batıl inançlar			0,279
<i>Yok</i>	19 (54,3)	8 (72,7)	
<i>Var</i>	16 (45,7)	3 (27,3)	
Diğer insanları içeren törensel dav.			0,730
<i>Yok</i>	18 (51,4)	5 (45,5)	
<i>Var</i>	17 (48,6)	6 (54,5)	
Zihinsel tören			0,279
<i>Yok</i>	19 (54,3)	8 (72,7)	
<i>Var</i>	16 (45,7)	3 (27,3)	
Söyleme-sorma-itiraf etme			0,036*
<i>Yok</i>	16 (45,7)	9 (81,8)	
<i>Var</i>	19 (54,3)	2 (18,2)	

Önlem alma			0,957
<i>Yok</i>	32 (91,4)	10 (90,9)	
<i>Var</i>	3 (8,6)	1 (9,1)	
Dokunma vurma ovalama			0,619
<i>Yok</i>	31 (88,6)	9 (81,8)	
<i>Var</i>	4 (11,4)	2 (18,2)	
Tam yerinde hissedene dek dokunma			0,569
<i>Yok</i>	32 (91,4)	11 (100)	
<i>Var</i>	3 (8,6)	-	
Trikotilomani			0,425
<i>Yok</i>	44 (97,1)	10 (90,9)	
<i>Var</i>	1 (2,9)	1 (9,1)	
Kendine zarar verme			0,692
<i>Yok</i>	33 (94,3)	10 (90,9)	
<i>Var</i>	2 (5,7)	1 (9,1)	

ÇY-BOKÖ: Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği, n=Sayı, Ort.: Ortalama

4.3. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.3.1. Vaka ve Kontrol Gruplarının Duygu Düzenleme Yöntemleri Açısından Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen bireylerin kullandığı duygu düzenleme yöntemleri vaka ile kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında “dışsal işlevsel duygu düzenleme” ve “içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme” yöntemleri kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Toplam skorlarda “içsel duygu düzenleme” ve “işlevsel olmayan duygu düzenleme” yöntemleri kullanma durumu vaka grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 17-18).

Tablo 17: Vaka ile Kontrol Grubu Arasında EİDDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Vaka grubu	Kontrol grubu	p değeri
İçsel işlevsel DD			0,969
<i>Ort.±SS.</i>	15,22+3,25	15,19+3,15	
<i>Min./Med./Maks.</i>	10,00/16,0/20,00	9,00/15,50/21,00	

Dışsal işlevsel DD			0,006*
Ort.±SS.	11,35+3,24	13,45+3,72	
Min./Med./Maks.	6,00/11,00/20,00	5,00/13,50/20,00	
İçsel işlevsel olmayan DD			0,007*
Ort.±SS.	14,76+3,88	12,36+4,20	
Min./Med./Maks.	7,00/15,00/23,00	6,00/12,00/24,00	
Dışsal işlevsel olmayan DD			0,728
Ort.±SS.	10,04+3,52	9,79+3,38	
Min./Med./Maks.	5,00/10,0/19,00	5,00/9,00/20,00	

EİDDÖ: Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği, DD: Duygu Düzenleme Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

Tablo 18: Vaka ile Kontrol Grubu Arasında Duygu Düzenleme Toplam Puanlarının Karşılaştırması

	Vaka grubu	Kontrol grubu	P değeri
İçsel DD			0,023
Ort.±SS.	29,98 +4,95	27,55+4,89	
Min./Med./Maks.	20,00/30,00/39,00	17,00/28,00/41,00	
Dışsal DD			0,100
Ort.±SS.	21,39+5,73	23,24+4,55	
Min./Med./Maks.	13,00/21,00/38,00	13,00/23,00/37,00	
İşlevsel DD			0,068
Ort.±SS.	26,56+4,31	28,64+6,00	
Min./Med./Maks.	16,00/26,50/37,00	14,00/29,00/40,00	
İşlevsel olmayan DD			0,049*
Ort.±SS.	24,80+6,27	22,14+6,23	
Min./Med./Maks.	15,00/25,00/42,00	11,00/21,50/41,00	

DD: Duygu Düzenleme Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

4.3.2. Vaka Alt Gruplarının Duygu Düzenleme Yöntemleri Açısından Karşılaştırılması

Çalışma ile pandemi dönemindeki takipte iyileşen/azalan ve kötüleşen olarak ayrılan alt gruplar arasında duygu düzenleme yöntemleri karşılaştırıldığında, “içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme” yöntemleri kötüleşen grupta istatistiksel olarak

anlamli yüksek saptanirken, diğ er duygu düzenleme yöntemleri için iki grup arasında istatistiksel anlamli farklılık gösterilememiştir (Tablo 19-20).

Tablo 19: Vaka Alt Grupları Arasında EİDDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	İyileş en/Azalan	Kötüleş en	p değ eri
İçsel işlevsel DD			0,504
<i>Ort.±SS.</i>	15,40+3,08	14,64+3,88	
<i>Min./Med./Maks.</i>	10,00/16,00/20,00	10,00/15,00/20,00	
Dışsal işlevsel DD			0,612
<i>Ort.±SS.</i>	11,49+3,36	10,91+2,95	
<i>Min./Med./Maks.</i>	6,00/12,00/20,00	6,00/10,00/16,00	
İçsel işlevsel olmayan DD			0,033*
<i>Ort.±SS.</i>	14,09+3,71	16,91+3,75	
<i>Min./Med./Maks.</i>	7,00/13,00/22,00	12,00/16,00/23,00	
Dışsal işlevsel olmayan DD			0,662
<i>Ort.±SS.</i>	9,91+3,36	10,45+4,13	
<i>Min./Med./Maks.</i>	5,00/10,00/18,00	5,00/10,00/19,00	

DD: Duygu Düzenleme Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

Tablo 20: Vaka Alt Grupları Arasında Duygu Düzenleme Yöntemlerinin Karşılaştırması

	İyileş en/Azalan	Kötüleş en	p değ eri
İçsel DD			0,232
<i>Ort.±SS.</i>	29,49+4,95	31,55+4,82	
<i>Min./Med./Maks.</i>	20,00/29,00/39,00	24,00/32,00/39,00	
Dışsal DD			0,986
<i>Ort.±SS.</i>	21,40+5,61	21,36+6,36	
<i>Min./Med./Maks.</i>	13,00/21,00/38,00	14,00/21,00/35,00	
İşlevsel DD			0,375
<i>Ort.±SS.</i>	26,89+4,25	25,55+4,55	
<i>Min./Med./Maks.</i>	19,00/27,00/37,00	16,00/26,00/31,00	
İşlevsel olmayan DD			0,122
<i>Ort.±SS.</i>	24,00+5,82	27,36+7,21	
<i>Min./Med./Maks.</i>	15,00/25,00/35,00	19,00/26,00/42,00	

DD: Duygu Düzenleme Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

4.3.3. Vaka ve Kontrol Gruplarının Algıladıkları Psikolojik Kontrol Açısından Karşılaştırılması

Vaka ve kontrol grubu arasında anneden algılanan psikolojik kontrol, annenin ebeveyn saymazlığı, babadan algılanan psikolojik kontrol, baba ebeveyn saymazlığı, anne ve baba toplam puanları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır (Tablo 21).

Tablo 21: Vaka ve Kontrol Grubu Arasında Psikolojik Kontrol  leği Puanlarının Karşılaştırılması

	Vaka grubu	Kontrol grubu	p değeri
Anne PK puanı			0,630
<i>Ort.±SS.</i>	14,87+5,21	15,21+4,67	
<i>Min./Med./Maks.</i>	8,00/15,00/29,00	8,00/15,00/29,00	
Anne ES puanı			0,433
<i>Ort.±SS.</i>	14,74+5,45	15,17+4,39	
<i>Min./Med./Maks.</i>	8,00/13,00/30,00	8,00/14,00/26,00	
Anne toplam			0,514
<i>Ort.±SS.</i>	29,61+10,23	30,38+8,42	
<i>Min./Med./Maks.</i>	16,00/28,00/55,00	16,00/29,00/52,00	
Baba PK puanı			0,329
<i>Ort.±SS.</i>	14,86+5,85	13,45+4,72	
<i>Min./Med./Maks.</i>	8,00/13,00/29,00	8,00/11,50/24,00	
Baba ES puanı			0,603
<i>Ort.±SS.</i>	14,18+5,40	14,45+5,02	
<i>Min./Med./Maks.</i>	8,00/13,00/29,00	8,00/13,00/32,00	
Baba toplam			0,832
<i>Ort.±SS.</i>	29,05+10,92	27,90+9,25	
<i>Min./Med./Maks.</i>	16,00/26,00/58,00	16,00/26,00/56,00	

PK: Psikolojik Kontrol, ES: Ebeveyn Saymazlığı, Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

4.3.4. Vaka Alt Gruplarının Algıladıkları Psikolojik Kontrol Açısından Karşılaştırılması

Çalışma ile pandemi dönemindeki takipte iyileşen/azalan ve kötüleşen olarak ayrılan alt gruplar arasında anneden algılanan psikolojik kontrol, annenin ebeveyn saymazlığı, babadan algılanan psikolojik kontrol, baba ebeveyn saymazlığı, anne ve baba PKÖ toplam puanları karşılaştırılmıştır. Annenin psikolojik kontrol ve anne PKÖ toplam puanları, kötüleşen grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 22: Vaka Alt Grupları Arasında Psikolojik Kontrol Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	İyileşen/Azalan	Kötüleşen	p değeri
Anne PK puanı			0,002*
<i>Ort.±SS.</i>	13,60+4,22	18,91+6,17	
<i>Min./Med./Maks.</i>	8,00/14,00/25,00	12,00/17,00/29,00	
Anne ES puanı			0,149
<i>Ort.±SS.</i>	14,09+5,12	16,82+6,19	
<i>Min./Med./Maks.</i>	8,00/13,00/30,00	10,00/15,00/27,00	
Baba PK puanı			0,792
<i>Ort.±SS.</i>	14,73+6,28	15,27+4,56	
<i>Min./Med./Maks.</i>	8,00/13,00/29,00	10,00/14,00/25,00	
Baba ES puanı			0,446
<i>Ort.±SS.</i>	13,82+5,39	15,27+5,53	
<i>Min./Med./Maks.</i>	8,00/12,00/29,00	8,00/14,00/28,00	
Anne toplam			0,021*
<i>Ort.±SS.</i>	27,69+8,93	35,73+12,08	
<i>Min./Med./Maks.</i>	16,00/28,00/52,00	22,00/32,00/55,00	
Baba toplam			0,605
<i>Ort.±SS.</i>	28,55+11,38	30,55+9,76	
<i>Min./Med./Maks.</i>	16,00/24,00/58,00	20,00/28,00/53,00	

PK: Psikolojik Kontrol, ES: Ebeveyn Saymazlığı, Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

4.3.5. Vaka ve Kontrol Alt Gruplarının Psikolojik Dayanıklılık Açısından Karşılaştırılması

Vaka grubunun ve sağlıklı kontrollerin psikolojik sağlamlık puanları değerlendirilmiştir. Kontrol grubu, iyileşen/azalan grup ve kötüleşen grup puanları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda kötüleşen grubun psikolojik sağlamlık puanları kontrol grubu puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p=0,019$) (Tablo 23).

Tablo 23: Vaka ve Kontrol Grupları Arasında ÇGPSÖ-12 Puanlarının Karşılaştırılması

	İyileşen/Azalan ^a	Kötüleşen ^b	Kontrol ^c	p değeri
Psikolojik sağlamlık puanı				=0,023
Ort.±SS.	45,40+8,02	39,73+6,42	46,57+9,12	=0,019 ^{b-c}
Min./Med./Maks.	23,00/45,00/60,00	34,00/38,00/56,00	21,00/48,00/60,00	

ÇGPSÖ-12: Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

4.3.6. Vaka Grubunda Komorbidite ile Duygu Düzenleme Yöntemleri ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişki

Vaka grubu yaşam boyu ek bir psikiyatrik tanı olup olmasına göre iki gruba ayrılmıştır. Duygu düzenleme yöntemleri ve psikolojik sağlamlık açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 24).

Tablo 24: Vaka Grubunda Yaşam Boyu Ek Psikiyatrik Bozukluk Varlığının EİDDÖ ve Psikolojik Sağlamlık Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Yok (n=5)	Var (n=41)	p değeri
İçsel işlevsel DD			0,389
Ort.±SS.	16,40+3,36	15,07+3,26	
Min./Med./Maks.	11,00/17,00/20,00	10,00/15,00/20,00	

İçsel işlevsel olmayan DD			0,077
Ort.±SS.	12,20+3,27	15,07+3,86	
Min./Med./Maks.	10,00/11,00/18,00	7,00/15,00/23,00	
Dışsal işlevsel DD			0,408
Ort.±SS.	12,60+4,45	11,20+3,10	
Min./Med./Maks.	6,00/15,00/16,00	6,00/11,00/20,00	
Dışsal işlevsel olmayan DD			0,811
Ort.±SS.	10,20+2,86	10,02+3,62	
Min./Med./Maks.	7,00/10,00/14,00	5,00/10,00/19,00	
Psikolojik sağlamlık			0,449
Ort.±SS.	47,20+9,15	43,66+7,87	
Min./Med./Maks.	36,00/52,00/57,00	23,00/44,00/60,00	
<i>EİDDÖ: Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği, n= Sayı, DD: Duygu Düzenleme, Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum</i>			

4.3.7. Vaka Grubunda Komorbidite ile Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol Arasındaki İlişki

Vaka gurubu yaşam boyu ek bir psikiyatrik tanı olup olmamasına göre iki gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında anneden algılanan psikolojik kontrol, annenin ebeveyn saymazlığı, babadan algılanan psikolojik kontrol, baba ebeveyn saymazlığı, anne ve baba PKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 25).

Tablo 25: Vaka Grubunda Yaşam Boyu Ek Psikiyatrik Bozukluk Varlığının Psikolojik Kontrol Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Yok (n=5)	Var (n=41)	p değeri
Anne PK puanı			0,514
Ort.±SS.	14,60+8,23	14,90+4,87	
Min./Med./Maks.	8,00/13,00/28,00	8,00/15,00/29,00	
Anne ES puanı			0,470
Ort.±SS.	14,00+7,84	14,83+5,22	
Min./Med./Maks.	8,00/12,00/27,00	8,00/13,00/30,00	
Baba PK puanı			0,329
Ort.±SS.	13,20+7,33	15,08+5,71	

Min./Med./Maks.	8,00/11,00/26,00	8,00/14,00/29,00	
Baba ES puanı			0,114
Ort.±SS.	12,20+7,82	14,44+5,10	
Min./Med./Maks.	8,00/8,00/26,00	8,00/14,00/29,00	
Anne toplam			0,449
Ort.±SS.	28,60+16,07	29,73+9,58	
Min./Med./Maks.	16,00/25,00/55,00	16,00/28,00/53,00	
Baba toplam			0,154
Ort.±SS.	25,40+15,06	29,51+10,45	
Min./Med./Maks.	16,00/20,00/52,00	16,00/27,00/58,00	

n= Sayı, PK: Psikolojik Kontrol ES: Ebeveyn Saymazlığı, Ort.: Ortalama, SS.: standart sapma, Min.: Minimum, Med.: Median, Maks.: Maksimum

4.3.8. Vaka Grubunda ÇY-BOKÖ Skorları ile Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol Arasındaki İlişki

Vaka grubunda bulunan bireylerin ÇY-BOKÖ skorları ile anneden algılanan psikolojik kontrol, annenin ebeveyn saymazlığı, babadan algılanan psikolojik kontrol, baba ebeveyn saymazlığı, anne ve baba PKÖ toplam puanları arasında ilişki incelenmiştir. Anneden algılanan psikolojik kontrol puanı ile obsesyon, kompulsiyon ve toplam ÇY-BOKÖ skorları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ayrıca ÇY-BOKÖ kompulsiyon skorları ile anne toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26: Vaka Grubunda Bulunan Bireylerin ÇY-BOKÖ skorlarının Psikolojik Kontrol Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Anne PK puanı	Anne ES puanı	Baba PK puanı	Baba ES puanı	Anne toplam	Baba toplam
ÇY-BOKÖ Kompulsiyon						
r	,369*	0,202	0,001	-0,024	,296*	-0,012
p değeri	0,012	0,178	0,997	0,875	0,046	0,940
ÇY-BOKÖ Obsesyon						
r	,332*	0,179	0,115	0,088	0,264	0,105

p değeri	0,024	0,235	0,457	0,569	0,076	0,497
ÇY-BOKÖ						
Toplam puan						
r	,353*	0,190	0,045	0,015	0,281	0,032
p değeri	0,016	0,207	0,770	0,922	0,059	0,837
<i>ÇY-BOKÖ: Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği, PK: Psikolojik Kontrol, ES: Ebeveyn Saymazlığı</i>						

4.3.9. Vaka Grubunda ÇY-BOKÖ Skorları ile Duygu Düzenleme Yöntemleri Arasındaki İlişki

Vaka grubunda bulunan bireylerin ÇY-BOKÖ skorları ile duygu düzenleme arasında ilişki incelenmiştir. “İçsel işlevsel olmayan” yöntem puanları ile ÇY-BOKÖ kompulsiyon, obsesyon ve toplam skorları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 27: Vaka Grubunda Bulunan Bireylerin ÇY-BOKÖ Skorları ile EİDDÖ Puanları Arasındaki Korelasyonların Karşılaştırılması

	İçsel işlevsel	İçsel işlevsel olmayan	Dışsal işlevsel	Dışsal işlevsel olmayan
ÇY-BOKÖ Kompulsiyon				
r	-0,008	,363*	-0,165	0,116
p değeri	0,956	0,013	0,274	0,443
ÇY-BOKÖ Obsesyon				
r	0,061	,326*	-0,176	0,081
p değeri	0,689	0,027	0,241	0,592
ÇY-BOKÖ toplam puan				
r	0,015	,346*	-0,122	0,121
p değeri	0,919	0,018	0,418	0,423

ÇY-BOKÖ: Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği

4.3.10. Psikolojik Dayanıklılık ile Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol Arasındaki İlişki

Psikolojik sağlamlık puanları ile anneden algılanan psikolojik kontrol, annenin ebeveyn saymazlığı, babadan algılanan psikolojik kontrol, baba ebeveyn saymazlığı, anne ve baba PKÖ toplam puanları arasında ilişki incelenmiştir. Sağlıklı kontroller ve vaka grubu beraber değerlendirildiğinde, psikolojik sağlamlık puanları ile anneden algılanan psikolojik kontrol, annenin ebeveyn saymazlığı, babadan algılanan psikolojik kontrol, baba ebeveyn saymazlığı, anne ve baba PKÖ toplam puanları arasında tüm değerlendirmelerde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Benzer şekilde sadece sağlıklı kontrollerin dahil edildiği incelemede, tüm değerlendirmeler ile psikolojik sağlamlık toplam puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Vaka grubu tek başına değerlendirildiğinde ise, baba ebeveyn saymazlığı puanı dışında geri kalan tüm psikolojik kontrol skorları ile psikolojik sağlamlık puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon elde edilmiştir (Tablo 28).

Tablo 28: Psikolojik Sağlamlık Puanları ile Psikolojik Kontrol Puanları Arasındaki Korelasyon Karşılaştırmaları

Psikolojik sağlamlık puanı	Anne PK puanı	Anne ES puanı	Baba PK puanı	Baba ES puanı	Anne toplam	Baba toplam
Tüm katılımcılar						
r	-,497**	-,458**	-,377**	-,347**	-,504**	-,378**
p değeri	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Vaka (n=46)						
r	-,525**	-,427**	-,374*	-0,290	-,495**	-,344*
p değeri	0,000	0,003	0,012	0,056	0,000	0,022
Kontrol (n=42)						
r	-,499**	-,536**	-,365*	-,424**	-,556**	-,416**
p değeri	0,001	0,000	0,018	0,005	0,000	0,006

PK: Psikolojik Kontrol, ES: Ebeveyn Saymazlığı, n: Sayı

4.3.11. Vaka Grubunda İyileşme ve Kötüleşme Yordayıcı Adaylarının Regresyon Analizi ile İncelenmesi

İyileşen ve kötüleşen vakalar arasında durumu etkileyen nedenler araştırıldığında Anne PK puanı, içsel işlevsel olmayan DD puanı, çevrede Covid-19 risk grubu, terapi öyküsü, yaşam boyu DEHB ve enurezis lojistik regresyon modeline alınmıştır. Backward yöntemi ile lojistik regresyon uygulanan vakalarda annenin PK puanı (OR: 0,766, %95 CI [0,613-0,958]) kötüleşme yordayıcısı olarak; terapi öyküsü ise (OR=5,40, %95 CI [1,379-21,161]) iyileşme yordayıcısı olarak istatistiksel anlamlı saptanmıştır (Tablo 29).

Tablo 29: Vaka Grubunda İyileşme veya Kötüleşme Yordayıcısı Olarak Anne PK Puanı, Terapi Öyküsü ve Yaşam Boyu DEHB Tanılarının Regresyon Analizi

		B	S.E.	p değeri	Odds ratio	95% C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
Step 4 ^a	Anne PK puanı	-,266	,114	,019	,766	,613	,958
	Terapi öyküsü	1,687	,697	,015	5,402	1,379	21,161
	Yaşam boyu DEHB	-1,161	,658	,078	,313	,086	1,138

PK: Psikolojik Kontrol

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda OKB tanısı olan 12-19 yaş ergenlerin pandeminin birinci ve üçüncü yılındaki semptom şiddetlerinin kıyaslanması, duygu düzenleme stratejilerinin, ebeveynden algıladıkları psikolojik kontrolün, psikolojik dayanıklılıklarının incelenmesi ve kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmamızda elde ettiğimiz en önemli sonuçlar; OKB tanılı ergenlerin pandemi dönemindeki semptom değişimlerinin duygu düzenleme stratejileri, anneden algılanan psikolojik kontrol ve ergenin psikolojik sağlamlığı ile ilişkili bulunmasıdır. Bu bölümde çalışmamızda elde edilen bulgular literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Çalışmamıza OKB tanısı olan 12-19 yaş aralığında 46 vaka ve aynı yaş aralığında 42 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Vaka grubunun yaş ortalaması $16,47 \pm 1,45$ yıl iken kontrol grubunun yaş ortalaması $15,88 \pm 1,57$ yıl bulunmuş olup iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Örgün eğitimde hangi sınıfta oldukları, sınıf tekrarı, aile yapısı ve kardeş sırası verileri de benzer bulunmuştur.

Vaka ve kontrol grubu okul başarıları açısından kıyaslandığında, vaka grubunun ders ortalaması 70,39 bulunurken sağlıklı kontrol grubunun ders ortalaması 82,74 olarak tespit edilmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. OKB'nin akademik başarı üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar OKB'li bireylerin sağlıklı öğrencilere kıyasla daha düşük akademik başarı sergilediklerini göstermektedir (225). Bizim çalışmamızda elde edilen akademik performans verileri literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda annenin eğitim durumu sorgulandığında vaka grubundaki annelerin %60,9 oranla en çok ilköğretim, kontrol grubundakilerin ise %45,2 ile en çok lise mezunu oldukları görülmüştür. Anne eğitimi açısından vaka ve kontrol grubu arasından istatistiksel anlamlı fark mevcuttur. İki grup arasında babanın eğitim durumu karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemektedir. Literatür incelediğinde ebeveyn eğitim durumunun çocuk ve ergendeki obsesif kompulsif semptomlar ile korelasyonunu değerlendiren çalışmalar, düşük ebeveyn eğitim

seviyelerinin çocukta OKB gelişimi üzerine etkili olabileceğini göstermiştir (226,227). Çalışmamızda anne ve babanın eğitim seviyeleri ayrı ayrı değerlendirmeye alınmıştır. Sonuçlarımız ergenlerdeki OKB ile korelasyon gösteren ebeveyn eğitim durumu etkenin anne olduğuna işaret etmektedir.

Vaka ve kontrol grubu çevresinde ruhsal hastalığı olan kişilerin durumu açısından incelendiğinde; vaka grubu annelerinin %39,10'unda, kontrol grubu annelerinin %4,80'inde, vaka grubu babalarının %15,60'ında, kontrol grubu babalarının %2,40'ında en az bir psikiyatrik tanı olduğu saptanmıştır. İki grup karşılaştırıldığında OKB tanılı ergenlerin anne ve babalarında, sağlıklı kontrollerin anne ve babalarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek ruhsal hastalık varlığı mevcuttur. Anne baba dışındaki diğer aile bireylerinde psikiyatrik bozukluk oranları kıyaslandığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmış olup vaka grubunda %34,80, kontrol grubunda ise %14,20 oranı bulunmuştur. Yapılmış aile çalışmaları, OKB tanılı çocuk ve ergenlerin ailelerinde hem obsesif kompulsif, kaçınan, şizoid gibi kişilik bozukluklarının hem de OKB dahil psikiyatrik bozuklukların genel popülasyona kıyasla daha sık görüldüğünü göstermektedir (39, 228). Liakopoulou ve arkadaşları 2010 yılında yaptıkları çalışmada, OKB'li çocukların hem anne hem de babalarında depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının kontrol grubu anne babalarına göre daha sık görüldüğü sonucuna varmışlardır. Aynı çalışmada annelerden farklı olarak babalarda OKB'nin görülme sıklığında da artış olduğu gösterilmiştir (229). Çalışmamız ile elde edilen bulgular, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü açısından literatür ile uyumludur.

5.2. KLİNİK DEĞERLENDİRME İLE ELDE EDİLEN BULGULAR

Epidemiyolojik çalışmalar OKB'ye sıklıkla bir veya daha fazla ruhsal hastalığın eşlik ettiğini göstermektedir. Vaka ve kontrol grubu OKB dışı ruhsal bozukluğa sahip olma verileri incelendiğinde, vaka grubunun %84,5'inde şu anda ek bir psikiyatrik komorbid bozukluk bulunurken, kontrol grubunda bulunanların %26,2'sinde psikiyatrik tanı saptanmıştır. Yaşam boyu psikiyatrik tanılar incelendiğinde ise vaka grubunun yaklaşık %89'unda yaşam boyu en az bir OKB dışı psikiyatrik ek tanı mevcudiyeti, kontrol grubunun yaklaşık %40'ında yaşam boyu OKB dışı en az bir psikiyatrik tanı

varlığı görülmüştür. Literatürde çocuk ve ergen OKB hastalarındaki komorbidite oranlarında %56-80 arasında değişkenlik gösteren veriler mevcuttur (230, 231). Çalışmamız ile elde edilen sonuçlar literatürle benzerdir.

Yaşam boyu komorbid psikiyatrik bozukluk verileri ayrıntılı incelendiğinde, vaka grubunda özgül fobi (%50), depresif bozukluk (%45,7), YAB (%39,1), SF (%30,4), ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%19,6), DEHB (%19,6), tik bozukluğu (%17,4), panik bozukluk (%13), enurezis (%13), yeme bozukluğu (%6,5), agorafobi (%2,2), KOKGB (%2,2) ve enkoprezis (%2,2) tanıları saptanmıştır. 5-18 yaş arası OKB tanılı çocuk ve ergenlerle yapılmış bir çalışmada OKB'ye en sık eşlik eden ek psikiyatrik bozukluğun hem çocuk hem de ergen grupta özgül fobi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada OKB ile en sık birliktelik gösteren diğer tanıların özgül fobinin ardından, 12 yaş altı çocuklarda tik bozukluğu ve DEHB; 12 yaş üstü ergenlerde depresif bozukluk ve SF olduğu bulunmuştur (232). Çalışmamızda OKB'ye en sık eşlik eden komorbid bozuklukların başta özgül fobi olmak üzere depresif bozukluk, YAB ve SF olduğu saptanmış olup; sonuçlarımız bu çalışmanın ergen grup bulguları ile benzerdir. Bu benzerlik bizim vaka grubumuzun da 12-19 yaş ergenlerden oluşması ile açıklanabilir. Çocuk ve ergen OKB komorbiditesinde hastalığın başlangıç yaşının önemine vurgu yapan diğer çalışmalar da puberte sonrası başlayan olgularda anksiyete ve depresif bozukluk ek tanıların daha sık olduğunu vurgulamışlardır (119, 120). Ülkemizde OKB tanılı 9-15 yaş çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada, komorbid anksiyete bozuklukluları %39 oranında saptanmış olup sırasıyla SF, YAB, panik bozukluk en sık görülen anksiyete bozuklukları olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada her bir tanı ayrı ayrı ele alındığında depresif bozukluğun %30 oranla en sık görülen psikiyatrik komorbid hastalık olduğu gösterilmiştir (233). Çalışmamızda da yüksek oranda anksiyete bozukluğu komorbiditesi saptanmış olup sıklık sırayla; özgül fobi, YAB, SF, AAB ve panik bozukluk şeklindedir. Panik bozukluk (PB) ele alınacak olursa; 6-18 yaş çocuk ve ergenlerle yapılmış, bizim araştırma sonuçlarımıza göre daha düşük oranda eşlik bildiren bir çalışma(120) olduğu gibi benzer yüzdeler saptamış çalışmalar da mevcuttur (100). Panik bozukluğun diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla daha ileri ortalama başlangıç yaşına sahip olması ve vaka grubumuzun diğer çalışmalara kıyasla

daha ileri yaş grubu ile yapılmış olması (12-19 yaş) alışmamızda saptanan yüksek oranları açıklar görünmektedir.

Vaka grubunda obsesyon ve kompulsiyon çeşitliliği Y-BOKÖ ile incelendiğinde, en sık görülen obsesyonlar emin olamama, kirlenme/bulaş, dini obsesyonlar olarak bulunurken en sık rastlanan kompulsiyonlar kontrol etme, yıkama/temizleme, tekrarlayıcı törensel davranışlar ve zihinsel törenler olarak görülmüştür. 5-17 yaş OKB tanılı katılımcılarla yapılan bir araştırmada en sık görülen obsesyonların kirlenme ve saldırganlık olduğu, en sık görülen kompulsiyonların yıkama/temizleme, kontrol etme ve tekrarlayıcı törensel davranışlar olduğu bildirilmiştir (234). ocuk ve ergenlerin dahil edildiği başka bir çalışmada emin olamama obsesyonu en fazla görülen obsesyon iken yıkama/temizleme ve kontrol etme en sık rastlanan kompulsiyonlar olmuştur (235). Çalışmamızın yüksek bulaş riski taşıyan bir viral enfeksiyon pandemisi döneminde yürütüldüğü düşünüldüğünde, kirlenme/bulaş obsesyonunun en sık görülen obsesyon olarak saptanmaması şaşırtıcıdır. Bu tip obsesif düşüncelerde artış gözlenmemesi; pandemi önlemleri ile genel popülasyonun hijyen kurallarına daha çok dikkat etmeye başlaması, sosyal mesafe kuralları, kişiler arası etkileşimde azalma olması ile OKB’li bireylerin kirlenme/bulaş kaygılarında gerileme görülmesi ile açıklanabilir görünmektedir. Nissen ve arkadaşlarının 7-21 yaş OKB tanılı ocuk, ergen ve gençlerle pandeminin ilk dönemlerinde yaptıkları çalışmada en sık görülen obsesyonlar sırasıyla saldırganlık/cinsel, simetri ve bulaş olarak bulunmuştur (236). Bu çalışmada yaşlıların COVID bulaşı açısından artmış riske sahip olması sebebiyle, ergenlerde COVID sonucu yakın bir büyük kaybına dair düşüncelerin tetiklenmiş olabileceği ve bu düşüncelerin obsesyona dönüşebileceği düşünülmüştür. Bu durumun saldırganlık obsesyonunda görülen artışı açıklayabileceği ne sürülmüştür.

Birinci hipotezimiz değerlendirildiğinde; çalışmamıza katılan OKB tanılı vakaların öznel bildirim sonuçları %65,2’sinin COVID-19 pandemisi döneminde OKB belirtilerinde kötüleşme yaşadığını göstermektedir. Y-BOKÖ skorlarındaki değişim ise vaka grubumuzda yer alan 46 kişiden 5’inde devam eden OKB belirtileri olmadığı, 30’unda skorların azaldığı ve 11’inde skorlarda artış olduğunu göstermektedir. Semptom şiddet değişimindeki öznel bildirimler ile daha objektif olan ölçek puan değişimleri

arasındaki fark göz önüne alındığında, ergenlerin öznel bildirimde semptom şiddet seviyelerini daha yüksek bildirme eğiliminde oldukları görülmektedir. Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların bildirimleriyle benzer şekilde, pandemi öncesi ile pandemi dönemi OKB semptom şiddeti değişimini DOCS-The Dimensional Obsessive-Compulsive Scale öz bildirim yöntemiyle değerlendiren bir çalışmada katılımcılar pandemide obsesif kompulsif semptomlarında artış bildirmişlerdir (237). Liao ve arkadaşlarının pandeminin OKB'li bireyler üzerine etkilerini incelemek adına yaptıkları bir yıllık takip çalışmasında hastaların Ocak 2020, Mart 2020 ve Mart 2021 döneminde OKB semptom şiddetleri incelenmiştir. Takip sürecinde OKB semptom şiddetlerinin arttığı ve bu artışın bir yılın sonunda da devam ettiği görülmüştür (238). Farklı araştırmalarda pandemi döneminde genel popülasyonda obsesif kompulsif şikayetlerin arttığı (239), daha önceden OKB tanılı kişilerde semptom şiddetinde kötüleşme, relaps ve yeni obsesyon/kompulsiyonlar görüldüğü ortaya konmuştur (240). OKB tanılı çocuk ve ergenleri içeren çalışmalar da benzer şekilde semptomlarda kötüleşme yaşandığını göstermektedir (241). Pandemi döneminde yapılmış bir başka takip çalışmasında 61 çocuk ve ergen hasta değerlendirilmiştir. Katılımcıların %54'ünde semptomlarda kötüleşme, %11'inde ise düzelme saptanmıştır. Semptomlarında değişim görülmeyenlerin oranı ise yaklaşık %34 olarak bulunmuştur (242). Pandemi öncesi dönemde yapılmış prognostik çalışmalarda ise daha yüksek iyileşme oranları görülmektedir. Micali ve arkadaşları tarafından OKB'li ergenlerle yapılmış 5 yıllık bir doğal izlem çalışmasında, takip sürecinde katılımcıların yaklaşık %60'inin iyileştiği, hastalığın devam etme oranının ise %41 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların üçte ikisi OKB semptomlarında iyiye gidiş tariflemiştir (243). Melin ve arkadaşlarının OKB tanılı 109 çocuk ve ergenle yaptıkları takip çalışmasında, üçüncü yıldaki remisyon oranı %66,1 olarak bulunmuştur (244). Çalışmamızda kötüleşme oranının yaklaşık %24 olması, hastaların %65'inin semptomlarında iyileşme görülmesi ve yaklaşık %11'inde devam eden OKB semptomunun olmaması, pandemi dışı takip çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Pandemi dönemi yapılmış çalışmalarla bizim çalışmamız sonuçları arasındaki farklılığın; çalışmamızın pandeminin birinci ve üçüncü yıllarındaki semptomları değerlendirmesi ve ikinci değerlendirme periyodunun

mevcut pandemi zorluklarının ve COVID-19 vaka sayılarının azaldığı bir dönemi içermesi ve vakalarımızın çoğunun OKB'ye yönelik tedavi almış/almakta olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak pandeminin OKB tanılı ergenlerdeki olumsuz etkilerinin üçüncü yıl ile azalmaya başladığı söylenebilir.

İkinci hipotezimiz değerlendirildiğinde; çalışmamızda pandemi birinci ve üçüncü yıl karşılaştırmasında OKB'si tamamen iyileşenler/semptom şiddeti azalanlar ve semptom şiddeti artanlar kompulsiyon ve obsesyon çeşitleri açısından karşılaştırılmıştır. Kötüleşenler ve kötüleşmeyenler arasında obsesyon tipleri açısından anlamlı farklılık saptanmaz iken kompulsiyon tiplerinde sadece söyleme-sorma-itiraf etme kompulsiyonu kötüleşen grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu kompulsiyonun ana kompulsiyon kategori tiplerinin dışında kaldığı, ana kategorilerden herhangi birine dahil edilme çalışmalarının sonuç ise tutarlı sonuçlar vermediği görülmektedir (245). Çocuk ve ergenlerle ilgili yapılmış bir çalışmada daha önceden temizlik obsesyonu ve yıkama kompulsiyonu olan OKB tanılı hastalarda semptom şiddetleri Nisan 2020'de telefon üzerinden tekrar değerlendirilmiştir. Bu hastalarda pandemi öncesi döneme göre semptomlarda kötüleşme olduğu gösterilmiştir (242). Pandemi öncesi bulaş obsesyonu ve yıkama kompulsiyonu olan OKB'li hastaları pandeminin ikinci ayında değerlendiren bir araştırma; COVID bulaş önlemlerinden biri olan el yıkama protokollerinin hastaların büyük çoğunluğunun semptomlarında kötüleşmeye sebep olmadığını, hastaların sadece %6'nın şikayetlerinde artış olduğunu bulmuştur (246). Kadın cinsiyetin, COVID'e bağlı stresli yaşam deneyimlerinin ve pandemi öncesi mevcut olan saldırganlık ve simetri obsesyonlarının pandemi dönemindeki kötüleşmeyi yordadığı sonucuna ulaşan başka bir çalışma (247) ise ilgi çekicidir. Bu çalışmada semptom şiddeti online görüşme ile değerlendirilmiş olup ikinci değerlendirmenin pandeminin hangi döneminde yapıldığı belirtilmemiştir. 7-21 yaş arası katılımcıların dahil edildiği bir çalışmada OKB tanılı katılımcıların pandemi öncesi semptom şiddetleri Nisan 2020'deki semptom şiddeti ile kıyaslanmıştır. Semptom şiddet belirleyicisi olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, öz bildirim şeklinde doldurtulan bir anket kullanılmıştır. Bu çalışmada yıkama/temizleme obsesyonu varlığının pandemi döneminde görülen semptom şiddet kötüleşmesi ile ilişkisi gösterilememiş olup saldırganlık obsesyonunun ve OKB başlangıç yaşının erken

olmasının semptom kötüleşmesini yordadığı sonucuna ulaşmıştır (236). Literatürdeki çalışmalarda ikinci değerlendirmenin, önlemlerin maksimum seviyede devam ettiği dönemde yapılmış olduğu görülmektedir. Aksine bizim çalışmamızdaki ikinci değerlendirme dönemi COVID önlemlerinin ve vaka sayılarının azaldığı, dolayısıyla bulaş riskinin düştüğü döneme denk gelmektedir. Bu durumun temizlik obsesyonu şiddetinde değişkenlik yaratabileceği düşünülmektedir. Ayrıca literatürdeki çalışmaların her birinin farklı iki zaman arasındaki verileri kıyasladığı ve OKB semptom şiddetini değerlendirirken farklı yöntemler kullandığı görülmektedir. Temizlik obsesyonun pandemi döneminde görülen semptom değişimi üzerine etkisinin, bizim çalışmamızda ve diğer çalışmalarda farklı bulunmasının tüm bu faktörlerle açıklanabileceği düşünülmektedir.

5.3. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR

Vaka ve kontrol grubunun duygu düzenleme yöntemlerini değerlendirmek için EİDDÖ kullanılmış olup, vaka grubunun kontrol grubuna kıyasla “işsel işlevsel olmayan duygu düzenleme” yöntemlerini daha sık kullandıkları görülmüştür. Ayrıca toplam skorlarda OKB tanılı grubun “işlevsel olmayan duygu düzenleme” ve “işsel duygu düzenleme” yöntemlerini sağlıklı kontrollere kıyasla daha sık kullandığı bulunmuştur. Erişkinlerle yapılan çalışmalar OKB’li bireylerin normal popülasyona göre duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşadığını göstermektedir (248, 249). Literatürde OKB’li grupta sağlıklı kontrollere kıyasla işsel işlevsel olan “yeniden değerlendirme” strateji puanlarının daha düşük olduğu sonucuna varan çalışma mevcuttur (250). Benzer bir yazında “ifade baskılama” gibi işlevsel olmayan duygu düzenleme yöntemlerinin, obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerde daha sık kullanıldığı gösterilmiştir (165). 2019 yılında Shameli ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada; OKB tanılı hastalar iki gruba ayrılmış, bir gruba duyguları tanıma/adaptif duygu yaratma üzerine etkili olan (251) Duygu Odaklı Terapi (Emotion Focused Therapy-EFT) uygulanmıştır. Takipte iki grup arasındaki OKB semptom şiddetleri ölçülmüştür. Araştırma verileri Duygu Odaklı Terapi grubunda semptom şiddetlerinin düştüğünü göstermiştir (252). Yazında her ne kadar OKB’li bireylerdeki duygu düzenleme zorluklarına ve sık kullanılan bazı DD

yöntemlerine atfı yapılmış olsa da bu popülasyonda DD stratejilerini İçsel İşlevsel DD/ Dışsal İşlevsel DD/ İçsel İşlevsel Olmayan DD/ Dışsal İşlevsel Olmayan DD şeklinde kategorik olarak ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın, OKB tanılı ergenlerde bu alanda yapılmış ilk çalışma olduğu düşünülmektedir. Tüm bu bilgiler doğrultusunda OKB tanılı hastalarda, duygu düzenlemenin bir tedavi hedefi olabileceği ve bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Üçüncü hipotezimiz değerlendirildiğinde; bulgularımız pandemi dönemindeki takipte OKB belirtileri kötüleşen ergenlerin, “içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme” yöntemlerini kötüleşme yaşamayan gruba kıyasla daha fazla kullandıklarını göstermiştir. İçsel işlevsel olmayan stratejilerin sık kullanılması kendine zarar verici davranış, ruminasyon, bastırma, olumsuz sosyal kıyaslama ve derealizasyonun arttığı anlamına gelmektedir. Bu duygu düzenleme tercihlerinin, pandemi sürecindeki OKB semptom kötüleşme durumunu yordadığı düşünülmektedir. Literatürde bu alanda çocuk ve ergenlerle yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Berman ve arkadaşlarının yakın tarihte yayınladıkları, 17-21 yaş aralığında 841 gencin dahil edildiği çalışmada pandeminin OKB semptomları üzerine etkisi incelenmiştir. Bulgular pandemi döneminde semptomlarda kötüleşme yaşandığını göstermiş olup bu kötüleşmenin duygu düzenleme ve tanıma sorunlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (253). Benzer bir çalışmada erişkinlerde pandeminin obsesif kompulsif semptomlar üzerine olumsuz etkisinin sağlık anksiyetesi kaynaklı olduğu, bu ilişkiye duygu düzenleme zorluklarının aracılık ettiği gösterilmiştir (254). Vaka grubumuzun ÇY-BOKÖ skorları ile duygu düzenleme puanları değerlendirildiğinde, “içsel işlevsel olmayan” DD stratejilerini daha sık kullanan katılımcıların daha yüksek obsesyon, kompulsiyon ve toplam skorlara sahip oldukları görülmüştür. Alan yazındaki bir çalışma; düşük OKB semptom şiddetini, “içsel işlevsel olmayan DD” yöntemlerinden olan ruminasyonun düşük seviyede olması ile ilişkili bulmuştur. Aynı zamanda, “içsel işlevsel DD” yöntemlerinden olan olumlu yeniden değerlendirmeyi sık kullanan kişilerde OKB belirti seviyesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (255). Literatürdeki bu bulgular ile çalışmamızın sonuçları benzer görünmektedir. Çalışmamızda COVID-19 pandemisinin obsesif kompulsif belirtiler üzerine olumsuz etkisi duygu düzenleme stratejileri açısından ayrıntılı bir şekilde ele

alınmıştır. Araştırmamız hem devam eden pandemi sürecinin hem de diğer stresli yaşam olaylarının OKB tanılı ergenler üzerine olumsuz etkilerini öngörme ve önlemede, duygu düzenleme stratejilerinin önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir. Ek olarak, OKB tanılı çocuk ve ergenlerde, duygu düzenleme stratejilerinin psikiyatrik değerlendirmenin bir parçası olması gerektiği anlaşılmaktadır.

Ebeveynlerden algılanan psikolojik kontrol verilerimiz; PKÖ'nün hiçbir alt boyutunda (annenin çocuğu saymazlığı, annenin çocuk üzerindeki psikolojik kontrolü, babanın çocuğu saymazlığı, babanın çocuk üzerindeki psikolojik kontrolü) OKB tanılı grup ve sağlıklı kontroller arasında farklılık bulunmadığını göstermiştir. Yazında 17-26 yaş grubu ile yapılan bir çalışmada; kızlarda babadan algılanan psikolojik kontrolün, erkeklerde babanın çocuğu saymazlığının obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında gelişimsel bir faktör olduğunu gösteren bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada annenin psikolojik kontrolünün obsesif kompulsif belirtilerin oluşumu ile ilişkisi gösterilememiştir (200). Ancak literatürde ebeveynlerden algılanan psikolojik kontrolün ergendeki obsesif kompulsif belirti şiddeti üzerine etkisini inceleyen vaka-kontrol çalışması bulunmamaktadır.

Dördüncü hipotezimiz değerlendirildiğinde; pandemi dönemindeki takipte iyileşen/azalan ve kötüleşen alt grupların PKÖ puanları incelendiğinde, obsesif kompulsif semptomları kötüleşen vakalar anneden algıladıkları psikolojik kontrolü daha yüksek bildirmişlerdir. Aynı grupta anne toplam puanının (PK+ES) da daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatür taramasında ebeveynlerden algılanan psikolojik kontrolün OKB tanılı ergendeki semptom şiddeti üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte OKB ve ebeveynlerden algılanan psikolojik kontrolün ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Berman ve arkadaşlarının 8-18 yaş grubu OKB tanılı hastalar ve ebeveynleriyle yaptıkları çalışmada, annenin psikolojik kontrolünün çocuktaki obsesif düşünceler ve OKB şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (256). Bu literatür ve çalışma sonuçlarımız; OKB belirtilerinin özellikle anneden algılanan psikolojik kontrol ile ilişkisini göstermesi açısından paralellik göstermektedir. OKB semptom şiddetinin ebeveyn davranış biçimleriyle olan ilişkisini inceleyen başka bir çalışmada, 7-17 yaş arası çocuk ve ergenler incelemeye alınmıştır ve

ebeveynlik stilleri Eigna Minnen Beträfande Uppfostran Child ('My Memories of Upbringing' EMBU-C) ölçeği ile değerdendirilmiştir. 7-12 yař grubunda reddedici ebeveynliğin, 13-17 yař grubunda ise aşırı koruyucu ebeveynliğin OKB semptom şiddetindeki yůkseklilik ile ilişkili olduğu saptanmıştır (257). Sonuç olarak ebeveyn davranış ve yaklaşımlarının, ocuk ve ergenlerin obsesif kompulsif belirtileri ۆzerinde belirleyici bir faktۆr olduğu ifade edilebilir.

Beřinci hipotezimiz değerdendirildiğinde; katılımcıların psikolojik dayanıklılık puanları GPSÖ-12 ile ۆlۆlmüştür. Sonuçlarımız pandemi ile OKB belirtileri kۆtۆleşen grubun psikolojik dayanıklılık dۆzeylerinin daha dۆřük olduğunu gۆstermektedir. Yazında, yůksek psikolojik dayanıklılığın dۆřük anksiyete, depresyon, stres ve obsesif kompulsif semptom puanları ile ilişkili olduğunu bildiren bir çalışma mevcuttur (211). Bizim çalışmamıza benzer bir tasarıma sahip olan 2020 tarihli bir araştırmada, 110 OKB tanılı erişkin, semptom şiddetleri açısından değerdendirilmiş ve pandemi ile OKB, depresyon ve anksiyete semptomlarının kۆtۆleştiđi sonucuna varılmıştır. Kadın cinsiyet, COVID-19 endişesi ve başlangıçtaki OKB şiddetinin bu kۆtۆleşmedeki risk faktۆrleri olduğu gۆsterilmiřtir. Aynı alışma ile yůksek psikolojik dayanıklılık skorlarının pandeminin OKB ۆzerine negatif etkisinden koruyucu olduğu ortaya konmuştur (258). Literatürde COVID'in OKB semptomları ۆzerine etkisini psikolojik dayanıklılık açısından inceleyen ocuk ve ergenlerle yapılmış bir çalışmaya rastlanmamakla beraber çalışmamız sonuçları erişkin literatürü ile uyumlu olup, yůksek psikolojik dayanıklılığın OKB'li ergenlerin pandemiden etkilenim miktarını azalttığı gۆrۆlmektedir.

OKB tanılı katılımcıların Y-BOKÖ skorları ile ebeveynnden algılanan psikolojik kontrol arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Anneden algılanan psikolojik kontrol puanlarının, obsesyon, kompulsiyon ve toplam Y-BOKÖ skorları ile pozitif yۆnde bağlantılı olduğu saptanmıştır. Literatürde ocuk ve ergenlerle ile yapılmış, ebeveynnden algılanan psikolojik kontrolün OKB semptom şiddeti ۆzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların psikolojik dayanıklılıkları ile ebeveynnden algılanan psikolojik kontrol arasındaki ilişki değerdendirilmiştir. Annenin ocuk ۆzerindeki psikolojik kontrolü, annenin çocuğu saymazlığı, babanın ocuk ۆzerindeki

psikolojik kontrolü, babanın çocuğu saymazlığı, anne ve baba toplam puanları arttıkça katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının azaldığı görülmüştür. Petrowski ve arkadaşlarının yaklaşık 4700 katılımcıyla yaptıkları çalışma, ebeveynin reddedici ve cezalandırıcı tutumunun bireydeki düşük psikolojik sağlamlık puanları ile korele olduğunu ortaya koymuştur (259). Depresif bozukluk tanılı annelerin çocuklarını ele alan bir çalışmada, Ebeveyn Davranışı Çocuk Bildirimi Ölçeği'nin (Children's Report of Parental Behavior Inventory-CRPBI) psikolojik kontrol alt puanı ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (260). Çalışmamız, psikolojik dayanıklılığın olumsuz ebeveyn tutum ve davranışları ile doğrudan ilintili olduğunu göstermesi açısından literatür ile uyumludur.

Vaka grubumuzda iyileşme ve kötüleşme durumunu etkileyen nedenler regresyon analizi yöntemi ile araştırılmıştır. Anne psikolojik kontrol puanı, içsel işlevsel olmayan DD puanı, çevrede COVID-19 risk grubunda birey varlığı, terapi öyküsü, yaşam boyu DEHB ve enürezis tanı varlığı lojistik regresyon modeline dahil edildiğinde; yüksek anne PK puanının kötüleşme için, terapi öyküsünün ise iyileşme için yordayıcı olduğu tespit edilmiştir. Avustralya'da 77 çocuk ve ergen ile yapılan çalışmada, OKB tanılı hastalardan BDT alanların semptom şiddetinde düşüş olduğu saptanırken bu etkinin tedavi bitim sonrası altıncı ayda da devam ettiği gösterilmiştir (261). Bir başka çalışmada, pediatrik OKB hastaları BDT uygulananlar ve terapi almayanlar olarak karşılaştırılmıştır. Terapi grubundaki hastaların semptomlarında düzelme olduğu ve 12 seanslık terapi ile 5 seanslık terapi arasında etki farkı olmadığı gösterilmiş (262). Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team'in yaptığı bir çalışmada, klinik remisyon oranları BDT+sertralin grubunda %53,6, yalnızca BDT grubunda %39,3, yalnızca sertralin grubunda %21,4 ve plasebo grubunda %3,6 olarak bulunmuştur(132). Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde terapi OKB tedavisinin önemli bir parçası olarak öne çıkmaktadır. Bunun yanı sıra uzun vadede stresör durumların varlığında da koruyucu bir etkiye sahip gibi görünmektedir. Çalışma sonuçlarımız bu alanda literatür ile uyumludur.

5.4. SINIRLILIKLAR

Çalışmamızın tek merkezli olması, takipte ikinci değerlendirmeye alınması planlanan vakalardan bir kısmına ulaşılamamış olması sebebiyle kayıp verilerin bulunması başlıca kısıtlılıklardandır.

Vaka grubu ile kontrol grubu arasında annelerin eğitim ve çalışma durumu arasında farklılık olması bir diğer sınırlılıktır. Çocuklara ait perinatal dönem özellikleri ve diğer hastalık özellikleri açısından vaka ve kontrol grubumuz arasında farklılık bulunmamış olsa da bu bilgiler tıbbi kayıtlar değil; ailenin beyanı esas alınarak değerlendirilmiştir. Bu durum çalışmamız için kısıtlılık yaratmış olabilir.

Katılımcılar; OKB tanısı almaları üzerinden geçen süre, tedavi süreleri, tedavisiz kaldıkları süre, psikiyatrik ilaç kullanımları ve psikiyatrik tedavi görme süreleri bakımından detaylı değerlendirilmemiştir. Tedavi aşamaları açısından vakalar arasında heterojenite bulunması çalışmamızın kısıtlılıklarından sayılabilir.

Çalışmamıza klinik açıdan zihinsel yetersizlik varlığı düşünülmeyen vakalar alınmıştır ancak vakalara ayrıca zekâ testi uygulanmamıştır.

Vaka grubumuz OKB semptom şiddeti değişimine göre; OKB'si iyileşen, semptom şiddeti azalan ve artan olarak 3 grup olarak ayrılmıştır. Tamamen iyileşen katılımcı sayısı düşük olup; iyileşen ve şiddeti azalan katılımcılar aynı grupta değerlendirmeye alınmıştır. Örneklem sayımızın az olması, grupların kötüleşen ve kötüleşmeyen olarak düzenlenmesi çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda 12-19 yaş OKB tanılı çocuk ve ergenlerde pandeminin birinci ve üçüncü yılındaki semptom şiddetleri kıyaslanmış olup; katılımcıların duygu düzenleme stratejileri, ebeveynlerden algıladıkları psikolojik kontrol ve psikolojik dayanıklılıkları incelenmiştir. Veriler ayrıca sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda OKB grubu ve kontrol grubunda ek psikiyatrik bozukluk tanı oranlarının karşılaştırılmasında, OKB tanılı çocuk ve ergenlerde hem şu an hem de yaşam boyu psikopatoloji görülme oranı anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur. OKB grubumuzda depresif bozukluk, SF, özgül fobi, YAB ve tik bozukluğunun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza dahil edilen OKB tanılı vakalar değerlendirildiğinde; kirlenme/bulaş obsesyonu ve yıkama/temizleme kompulsiyonu varlığının, pandemi dönemindeki OKB semptom şiddetlenmesi ile ilişkisi gösterilememiştir.

Çalışmamızın en önemli bulguların birisi; pandemide OKB belirtileri kötüleşen ergenlerin, “içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme” yöntemlerini kötüleşme yaşamayan gruba kıyasla daha fazla kullanıyor olmasıdır. Çalışma sonuçlarımız, OKB tanılı hastalarda duygu düzenleme stratejilerinin psikiyatrik değerlendirmenin bir parçası olması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Pediatrik OKB grubunda, DD yöntemlerinin tedavide nasıl hedefleneceği konusunda ise daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamız ile anneden algılanan psikolojik kontrolün yüksek olmasının, obsesif kompulsif semptomların ciddiyeti ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Babanın psikolojik kontrol davranışları ile OKB belirti düzeyleri arasında ise herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ek olarak, pandemi ile OKB belirtileri kötüleşen hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgumuz psikolojik kontrolün, OKB tanılı ergenlerde tedavi ve psikoeğitim aşamasında bir müdahale noktası olması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda yapılan istatistiksel analizler neticesinde; diğer klinik değişkenlerden bağımsız olarak terapi öyküsünün OKB semptomlarında iyileşme

üzerine, ergenin anneden algıladığı psikolojik kontrolün yüksek olmasının ise kötüleşme üzerine anlamlı bir yordayıcılığa sahip olduğu tespit edilmiştir.

Özetle hem devam eden pandemi sürecinin hem de diğer stresli yaşam olaylarının OKB tanılı ergenler üzerine olumsuz etkilerini öngörme ve önlemede; duygu düzenleme stratejilerinin, ebeveynden algılanan psikolojik kontrolün, psikolojik dayanıklılığın ve terapinin önemli bir yere sahip olduğu gösterilmiştir.



7. KAYNAKLAR

1. Walitza S, Melfsen S, Jans T, Zellmann H, Wewetzer C, Warnke A. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2011;108(11):173.
2. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;179(4):324-9.
3. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988;27(6):764-71.
4. Geller D, Biederman J, Faraone SV, Frazier J, Coffey BJ, Kim G, et al. Clinical correlates of obsessive compulsive disorder in children and adolescents referred to specialized and non-specialized clinical settings. *Depression and Anxiety*. 2000;11(4):163-8.
5. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*. 1994:25-52.
6. Garber J, Dodge KA. The development of emotion regulation and dysregulation: Cambridge University Press; 1991.
7. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(9):544-54.
8. Rogers AA, Padilla-Walker LM, McLean RD, Hurst JL. Trajectories of perceived parental psychological control across adolescence and implications for the development of depressive and anxiety symptoms. *Journal of youth and adolescence*. 2020;49(1):136-49.
9. Barber BK, Olsen JE, Shagle SC. Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child development*. 1994;65(4):1120-36.
10. Barber BK, Stolz HE, Olsen JA, Collins WA, Burchinal M. Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs of the society for research in child development*. 2005:i-147.

11. Murphy LB. Further reflections on resilience. *The invulnerable child*. 1987;101.
12. Askeland KG, Hysing M, Aarø LE, Tell GS, Sivertsen B. Mental health problems and resilience in international adoptees: Results from a population-based study of Norwegian adolescents aged 16–19 years. *Journal of adolescence*. 2015;44:48-56.
13. Peteet JR. COVID-19 anxiety. *Journal of religion and health*. 2020;59(5):2203-4.
14. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2013;7(1):105-10.
15. Mekkawy LH. Psychological, nutritional and behavioral impact of COVID-19 lockdown: a cross sectional study on egyptian children. *Psychiatry Investigation*. 2022;19(2):110.
16. Sulaimani MF, Bagadood NH. Implication of coronavirus pandemic on obsessive-compulsive-disorder symptoms. *Reviews on environmental health*. 2021;36(1):1-8.
17. Fang A, Berman NC, Hoepfner SS, Wolfe EC, Wilhelm S. State and Trait Risk and Resilience Factors Associated with COVID-19 Impact and Obsessive–Compulsive Symptom Trajectories. *International journal of cognitive therapy*. 2022;15(2):168-90.
18. Sadock BJ. Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry (2 Volume Set). Lippincott Williams and Wilkins; 2017.
19. Abramowitz JS, Reuman L. Obsessive compulsive disorder. *Encyclopedia of personality and individual differences*. 2020:3304-6.
20. Zhong C-B, Liljenquist K. Washing away your sins: Threatened morality and physical cleansing. *Science*. 2006;313(5792):1451-2.
21. Bürgy M. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A methodologically structured overview. *Psychopathology*. 2019;52(3):174-83.
22. O. Ö. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10 2005.
23. Berrios G. Our knowledge of anancasm (psychic compulsive states). *History of Psychiatry*. 2003;14(1):113-28.
24. N A. Obsesyonel Nevroz, Saplantı-Zorlantı Bozukluğu. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi 1989.

25. 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.
26. Freud S. Ketvurmalar, Belirtiler ve Anksiyete. İkinci Basım)(H Atalay, Çev) Psikopatoloji içinde. 2013:213-306.
27. Tükel R DM. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete, Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar Çalışma Birimi. 2017;1:246.
28. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;21(21):591-643.
29. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Pataki CS, Sussman N. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica 2015.
30. Nazeer A, Latif F, Mondal A, Azeem MW, Greydanus DE. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Translational pediatrics*. 2020;9(Suppl 1):S76.
31. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*. 2015;100(5):495-9.
32. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee R, Silva P. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(11):1424-31.
33. Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(4):420-7.
34. Taylor S. Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical psychology review*. 2011;31(7):1083-100.
35. Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum CE, Gale TM, Gamma A, Ajdacic-Gross V, et al. A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2013;17(3):170-8.
36. Waite P, Williams T. Obsessive compulsive disorder: Cognitive behaviour therapy with children and young people: Routledge; 2009.

37. Markarian Y, Larson MJ, Aldea MA, Baldwin SA, Good D, Berkeljon A, et al. Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*. 2010;30(1):78-88.
38. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995.
39. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang K-Y, Cullen BA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological psychiatry*. 2000;48(4):287-93.
40. 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. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(11):1986-92.
41. Fyer AJ, Lipsitz JD, Mannuzza S, Aronowitz B, Chapman TF. A direct interview family study of obsessive-compulsive disorder. I. *Psychological medicine*. 2005;35(11):1611-21.
42. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*. 2005;8(5):450-8.
43. Arnold PD, Askland KD, Barlassina C, Bellodi L, Bienvenu O, Black D, et al. Revealing the complex genetic architecture of obsessive-compulsive disorder using meta-analysis. *Molecular psychiatry*. 2018;23(5):1181-.
44. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*. 2014;15(6):410-24.
45. Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Molecular psychiatry*. 2013;18(7):799-805.
46. Millet B, Chabane N, Delorme R, Leboyer M, Leroy S, Poirier MF, et al. Association between the dopamine receptor D4 (DRD4) gene and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2003;116(1):55-9.
47. Mathews CA, Badner JA, Andresen JM, Sheppard B, Himle JA, Grant JE, et al. Genome-wide linkage analysis of obsessive-compulsive disorder implicates chromosome 1p36. *Biological psychiatry*. 2012;72(8):629-36.

48. Wu K, Hanna GL, Rosenberg DR, Arnold PD. The role of glutamate signaling in the pathogenesis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2012;100(4):726-35.
49. Winter C, Greene DM, Mavrogiorgou P, Schaper H, Sohr R, Bult-Ito A, et al. Altered serotonergic and GABAergic neurotransmission in a mice model of obsessive-compulsive disorder. *Behavioural Brain Research*. 2018;337:240-5.
50. Lissemore JJ, Sookman D, Gravel P, Berney A, Barsoum A, Diksic M, et al. Brain serotonin synthesis capacity in obsessive-compulsive disorder: effects of cognitive behavioral therapy and sertraline. *Translational psychiatry*. 2018;8(1):1-10.
51. Zohar J, Greenberg B, Denys D. *Obsessive-compulsive disorder*: Elsevier Science Publishers BV; 2012.
52. Zohar J, Kindler S. Serotonergic probes in obsessive compulsive disorder. *International clinical psychopharmacology*. 1992.
53. Koran LM, Pallanti S, Quercioli L. Sumatriptan, 5-HT_{1D} receptors and obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2001;11(2):169-72.
54. Shanahan NA, Velez LP, Masten VL, Dulawa SC. Essential role for orbitofrontal serotonin 1B receptors in obsessive-compulsive disorder-like behavior and serotonin reuptake inhibitor response in mice. *Biological psychiatry*. 2011;70(11):1039-48.
55. Perani D, Garibotto V, Gorini A, Moresco RM, Henin M, Panzacchi A, et al. In vivo PET study of 5HT_{2A} serotonin and D₂ dopamine dysfunction in drug-naïve obsessive-compulsive disorder. *Neuroimage*. 2008;42(1):306-14.
56. Denys D, Zohar J, Westenberg H. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(Suppl 14):11-7.
57. Kim C-H, Koo M-S, Cheon K-A, Ryu Y-H, Lee J-D, Lee H-S. Dopamine transporter density of basal ganglia assessed with [¹²³I] IPT SPET in obsessive-compulsive disorder. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*. 2003;30(12):1637-43.
58. Koo M, Kim C, Cheon K. Dopamine transporter density of basal ganglia in obsessive-compulsive disorder, measured with SPECT before and after treatment with serotonin reuptake inhibitors. *European Psychiatry*. 2007;22(S1):S218-S.

59. Pittenger C, Bloch MH, Williams K. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacology & therapeutics*. 2011;132(3):314-32.
60. Kariuki-Nyuthe C, Gomez-Mancilla B, Stein DJ. Obsessive compulsive disorder and the glutamatergic system. *Current opinion in psychiatry*. 2014;27(1):32-7.
61. Naaijen J, Lythgoe DJ, Amiri H, Buitelaar JK, Glennon JC. Fronto-striatal glutamatergic compounds in compulsive and impulsive syndromes: a review of magnetic resonance spectroscopy studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015;52:74-88.
62. Nordstrom E, Burton F. A transgenic model of comorbid Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder circuitry. *Molecular psychiatry*. 2002;7(6):617-25.
63. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*. 2005;30(9):1735-40.
64. Naaijen J, Zwiers MP, Amiri H, Williams SC, Durston S, Oranje B, et al. Fronto-striatal glutamate in autism spectrum disorder and obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2017;42(12):2456-65.
65. TANER H SB. Obsesif Kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar*. 2019;1:6-13.
66. Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000;23(3):563-86.
67. Rotge J-Y, Guehl D, Dilharreguy B, Tignol J, Bioulac B, Allard M, et al. Meta-analysis of brain volume changes in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*. 2009;65(1):75-83.
68. Boedhoe PS, Schmaal L, Abe Y, Ameis SH, Arnold PD, Batistuzzo MC, et al. Distinct subcortical volume alterations in pediatric and adult OCD: a worldwide meta-and mega-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2017;174(1):60-9.
69. Rotge J-Y, Langbour N, Guehl D, Bioulac B, Jaafari N, Allard M, et al. Gray matter alterations in obsessive-compulsive disorder: an anatomic likelihood estimation meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(3):686-91.
70. Radua J, Mataix-Cols D. Voxel-wise meta-analysis of grey matter changes in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;195(5):393-402.

71. De Wit SJ, Alonso P, Schweren L, Mataix-Cols D, Lochner C, Menchón JM, et al. Multicenter voxel-based morphometry mega-analysis of structural brain scans in obsessive-compulsive disorder. *American journal of psychiatry*. 2014;171(3):340-9.
72. Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, Thelen SM, Sahakian BJ, Bullmore ET. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2008;32(3):525-49.
73. Baxter LR, Schwartz JM, Mazziotta JC, Phelps ME, Pahl JJ, Guze BH, et al. Cerebral glucose metabolic rates in nondepressed patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1988.
74. Whiteside SP, Port JD, Abramowitz JS. A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2004;132(1):69-79.
75. Abramovitch A, Mittelman A, Henin A, Geller D. Neuroimaging and neuropsychological findings in pediatric obsessive-compulsive disorder: a review and developmental considerations. *Neuropsychiatry*. 2012;2(4):313.
76. Van der Straten A, Denys D, Van Wingen G. Impact of treatment on resting cerebral blood flow and metabolism in obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Scientific reports*. 2017;7(1):1-8.
77. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(2):264-71.
78. Swedo SE, Leckman JF, Rose NR. From research subgroup to clinical syndrome: modifying the PANDAS criteria to describe PANS (pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome). *Pediatr Therapeut*. 2012;2(2):113.
79. Kempke S. Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2007;71(4):291.
80. Topçuoğlu V. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. *Klinik Psikiyatri*. 2003;6(1):46-50.
81. Gençtan E. Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar. 2003:185-.
82. Odağ C. Nevrozlar-2. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları. 2001:54.

83. Sigmund Freud BSCüctüüdf, bekaret tabusu, kadın cinselliği ve diğer çalışmalar. Öteki Yayınevi; 1997. Cinsellik üzerine: cinsellik teorisi üzerine üç deneme; fetişizm, bekaret tabusu, kadın cinselliği ve diğer çalışmalar. 1997.
84. Zetzel ER. 1965: additional notes upon a case of obsessional neurosis: Freud 1909. Int J Psychoanal. 1966;47(2):123-9.
85. Leichsenring F, Steinert C. Short-term psychodynamic therapy for obsessive-compulsive disorder: A manual-guided approach to treating the" inhibited rebel". Bulletin of the Menninger Clinic. 2017;81(4):341.
86. Meares R. A specific developmental deficit in obsessive-compulsive disorder: The example of the Wolf Man. Psychoanalytic Inquiry. 2001;21(2):289-319.
87. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. Behaviour research and therapy. 1993;31(2):149-54.
88. ŞENORMANCI Ö, Konkan R, Güçlü OG, Sungur MZ. Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(3):335-49.
89. Clark DA. Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: A commentary. Cognitive and Behavioral Practice. 1999;6(4):408-15.
90. Newth S, Rachman S. The concealment of obsessions. Behaviour research and therapy. 2001;39(4):457-64.
91. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. Behaviour research and therapy. 1978;16(4):233-48.
92. Gillett CB, Bilek EL, Hanna GL, Fitzgerald KD. Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. Clinical psychology review. 2018;60:100-8.
93. Büyüктаşkın Dicle GE. Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: Epidemiyoloji, tanı, klinik özellikler. Türkiye Klinikleri. 2019;1(1):1-5.
94. Geller DA, March J. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2012;51(1):98-113.
95. Porth R, Geller D. Atypical symptom presentations in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry. 2018;86:25-30.

96. Geller DA, Biederman J, Faraone S, Agranat A, Cradock K, Hagermoser L, et al. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of nervous and mental disease*. 2001;189(7):471-7.
97. Juckel G, Siebers F, Kienast T, Mavrogiorgou P. Early recognition of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2014;202(12):889-91.
98. Torresan RC, Ramos-Cerqueira ATA, Shavitt RG, do Rosário MC, de Mathis MA, Miguel EC, et al. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2013;209(2):186-95.
99. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008;47(7):773-8.
100. Masi G, Millepiedi S, Perugi G, Pfanner C, Berloff 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.
101. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*. 1989;46(4):335-41.
102. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(1):19-27.
103. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Milantoni L, Arcangeli F. A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005;44(7):673-81.
104. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Pfanner C, Arcangeli F. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*. 2006;47(1):42-7.
105. do Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M, Quatrano S, Katsovitch L, Miguel EC, et al. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2005;136(1):92-7.

- 106.Chabane N, Delorme R, Millet B, Mouren MC, Leboyer M, Pauls D. Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(8):881-7.
- 107.Bipeta R, Yerramilli SS, Pingali S, Karredla AR, Ali MO. A cross-sectional study of insight and family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2013;7(1):1-11.
- 108.Tellawi G, Williams MT, Chasson GS. Interpersonal hostility and suspicious thinking in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2016;243:295-302.
- 109.Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, et al. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and anxiety*. 2010;27(6):507-27.
- 110.Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W. DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and anxiety*. 2014;31(6):487-93.
- 111.Şar V. DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış:“Batı cephesinde yeni bir şey yok” mu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2010;13:196-20.
- 112.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 Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(2):149-59.
- 113.Fernández de la Cruz L, Rydell M, Runeson B, D'Onofrio BM, Brander G, Rück C, et al. Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *Molecular psychiatry*. 2017;22(11):1626-32.
- 114.Dell'Osso B, Benatti B, Buoli M, Altamura AC, Marazziti D, Hollander E, et al. The influence of age at onset and duration of illness on long-term outcome in patients with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *European Neuropsychopharmacology*. 2013;23(8):865-71.
- 115.Barrett P, Shortt A, Healy L. Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002;43(5):597-607.
- 116.Haciomeroglu B, Karanci AN. Perceived parental rearing behaviours, responsibility attitudes and life events as predictors of obsessive compulsive symptomatology: Test of a cognitive model. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2014;42(6):641-52.

117. McGuire JF, Lewin AB, Horng B, Murphy TK, Storch EA. The nature, assessment, and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Postgraduate medicine*. 2012;124(1):152-65.
118. Farrell L, Waters A, Milliner E, Ollendick T. Comorbidity and treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder: a pilot study of group cognitive-behavioral treatment. *Psychiatry research*. 2012;199(2):115-23.
119. Ortiz A, Morer A, Moreno E, Plana M, Cordovilla C, Lázaro L. Clinical significance of psychiatric comorbidity in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: subtyping a complex disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2016;266(3):199-208.
120. Tanidir C, Adaletli H, Gunes H, Kilicoglu AG, Mutlu C, Bahali MK, et al. Impact of gender, age at onset, and lifetime tic disorders on the clinical presentation and comorbidity pattern of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2015;25(5):425-31.
121. Saad LO, do Rosario MC, Cesar RC, Batistuzzo MC, Hoexter MQ, Manfro GG, et al. The Child Behavior Checklist—Obsessive-Compulsive Subscale detects severe psychopathology and behavioral problems among school-aged children. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2017;27(4):342-8.
122. 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? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2003;13(2, Supplement 1):19-29.
123. Skapinakis P, Politis S, Karampas A, Petrikis P, Mavreas V. Prevalence, comorbidity, quality of life and use of services of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive symptoms in the general adult population of Greece. *International journal of psychiatry in Clinical Practice*. 2019;23(3):215-24.
124. 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. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2013;36:111-8.
125. Peris TS, Rozenman M, Bergman RL, Chang S, O'Neill J, Piacentini J. Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*. 2017;93:72-8.
126. Boileau B. A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.

127. Stewart S, Geller D, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(1):4-13.
128. Liu J, Cui Y, Yu L, Wen F, Wang F, Yan J, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2021;31(2):95-101.
129. Garcia AM, Sapyta JJ, Moore PS, Freeman JB, Franklin ME, March JS, et al. Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(10):1024-33.
130. Ginsburg GS, Kingery JN, Drake KL, Grados MA. Predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008;47(8):868-78.
131. Turner C, O'Gorman B, Nair A, O'Kearney R. Moderators and predictors of response to cognitive behaviour therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*. 2018;261:50-60.
132. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Jama*. 2004;292(16):1969-76.
133. Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2006;51(7):407-16.
134. Freeman J, Benito K, Herren J, Kemp J, Sung J, Georgiadis C, et al. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Evaluating, Improving, and Transporting What Works. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018;47(5):669-98.
135. Öst L-G, Riise EN, Wergeland GJ, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016;43:58-69.
136. Crino RD. Psychological treatment of obsessive compulsive disorder: an update. *Australas Psychiatry*. 2015;23(4):347-9.
137. Kircanski K, Peris TS, Piacentini JC. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011;20(2):239-54.

- 138.Cox BJ, Swinson RP, Morrison B, Lee PS. Clomipramine, fluoxetine, and behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1993;24(2):149-53.
- 139.Ackerman DL, Greenland S. Multivariate Meta-Analysis of Controlled Drug Studies for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2002;22(3):309-17.
- 140.Daniel A. Geller, M.B.B.S, F.R.A.C.P. , Joseph Biederman, M.D. , S. Evelyn Stewart, M.D. , Benjamin Mullin, B.A. , Andrés Martin, M.D., M.P.H. , Thomas Spencer, M.D. , and, et al. Which SSRI? A Meta-Analysis of Pharmacotherapy Trials in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(11):1919-28.
- 141.Skapinakis P, Caldwell D, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg N, Salkovskis P, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technol Assess*. 2016;20(43):1-392.
- 142.Fineberg NA, Reghunandanan S, Brown A, Pampaloni I. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: evidence-based treatment and beyond. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47(2):121-41.
- 143.Murphy TK, Segarra A, Storch EA, Goodman WK. SSRI adverse events: how to monitor and manage. *Int Rev Psychiatry*. 2008;20(2):203-8.
- 144.Bloch MH, Storch EA. Assessment and management of treatment-refractory obsessive-compulsive disorder in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(4):251-62.
- 145.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.
- 146.Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Iniesta-Sepúlveda M, Rosa-Alcázar A. Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2014;28(1):31-44.
- 147.Stein DJ, Spadaccini E, Hollander E. Meta-analysis of pharmacotherapy trials for obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995;10(1):11-8.
- 148.Varigonda AL, Jakubovski E, Bloch MH. Systematic Review and Meta-Analysis: Early Treatment Responses of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and

- Clomipramine in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(10):851-9.e2.
149. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2-3):25-52.
 150. Gross JJ. Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*. 1999;13(5):551-73.
 151. LeBlanc S, Essau CA, Ollendick TH. Emotion regulation: An introduction. *Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents: Oxford University Press*; 2017. p. 3-17.
 152. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:379-405.
 153. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*. 2014;2:387-401.
 154. Eisenberg N, Spinrad TL. Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Dev*. 2004;75(2):334-9.
 155. Power M, Dalgleish T. *Cognition and emotion: From order to disorder*, 2nd ed. New York, NY, US: Psychology Press; 2008. xii, 439-xii, p.
 156. Chapman AL, Specht MW, Cellucci T. Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(4):388-99.
 157. Phillips KJV, Power MJ. A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2007;14(2):145-56.
 158. Yıldız MA. Multiple Mediation of Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Loneliness and Positivity in Adolescents. *Education & Science/Eğitim ve Bilim*. 2016;41(186).
 159. Neumann A, van Lier PA, Gratz KL, Koot HM. Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment*. 2010;17(1):138-49.
 160. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and Emotion Regulation Difficulties in Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Evidence for Independent and Overlapping Contributions. *Behavior Therapy*. 2009;40(2):142-54.

- 161.Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2017;57:141-63.
- 162.Helbig-Lang S, Rusch S, Lincoln TM. Emotion regulation difficulties in social anxiety disorder and their specific contributions to anxious responding. *Journal of clinical psychology.* 2015;71(3):241-9.
- 163.Steinberg EA, Drabick DA. A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development.* 2015;46(6):951-66.
- 164.Yap K, Mogan C, Moriarty A, Dowling N, Blair-West S, Gelgec C, et al. Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychology.* 2018;74(4):695-709.
- 165.Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2014;3(3):243-8.
- 166.Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2014;3(2):109-14.
- 167.Yıldız MA, Duy B. The Predictive Role of Emotion Regulation Strategies on Depressive and Psychosomatic Symptoms in Adolescents. *Current Psychology.* 2019;38(2):387-96.
- 168.Goodwin H, Haycraft E, Meyer C. The relationship between compulsive exercise and emotion regulation in adolescents. *British Journal of health psychology.* 2012;17(4):699-710.
- 169.Ercengiz M, Şar AH. Ergenlerde internet bağımlılığının yordayıcı olarak duygu düzenlemedeki rolü. *Sakarya University Journal of Education.* 2017;7(1):183-94.
- 170.Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical psychology.* 1988;44(3):392-7.
- 171.Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review.* 2014;34(3):256-71.
- 172.Barber BK. Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child development.* 1996;67(6):3296-319.

- 173.Barber BK, Harmon EL. Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. 2002.
- 174.Luyckx K, Soenens B, Vansteenkiste M, Goossens L, Berzonsky MD. Parental psychological control and dimensions of identity formation in emerging adulthood. *Journal of Family Psychology*. 2007;21(3):546.
- 175.Aunola K, Tolvanen A, Viljaranta J, Nurmi J-E. Psychological control in daily parent-child interactions increases children's negative emotions. *Journal of Family Psychology*. 2013;27(3):453.
- 176.Selçuk Ş. Psikolojik ve davranışsal kontrolün ergenin davranış problemleri ile ilişkisi: Ergenin ebeveyn kontrolüne ilişkin değerlendirmelerinin aracı rolü. 2019.
- 177.Barber BK, Xia M, Olsen JA, McNeely CA, Bose K. Feeling disrespected by parents: Refining the measurement and understanding of psychological control. *Journal of Adolescence*. 2012;35(2):273-87.
- 178.Barber BK, Xia M. The centrality of control to parenting and its effects. 2013.
- 179.Stone G, Buehler C, Barber BK. Interparental conflict, parental psychological control, and youth problem behavior: American Psychological Association; 2002.
- 180.Smith CL. Multiple determinants of parenting: Predicting individual differences in maternal parenting behavior with toddlers. *Parenting: Science and Practice*. 2010;10(1):1-17.
- 181.Pettit GS, Laird RD. Psychological control and monitoring in early adolescence: The role of parental involvement and earlier child adjustment. 2002.
- 182.Harma M. The impact of parental control and marital conflict on adolescents' self-regulation and adjustment: Middle East Technical University; 2008.
- 183.Grolnick WS, Pomerantz EM. Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Development Perspectives*. 2009;3(3):165-70.
- 184.Soenens B, Vansteenkiste M. A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*. 2010;30(1):74-99.
- 185.Barber B, Olsen J, Xia M, McNeely C, Bose K, Kritiyapichatkul C, et al. Examining the essence of parental psychological control: Exploring parental disrespect. *European Association of Research on Adolescence*. 2008.

- 186.Sayıl M, Kindap Y. Ergenin anne-babadan algıladığı psikolojik kontrol: Psikolojik kontrol ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2010;13(25):62-71.
- 187.Smetana JG, Daddis C. Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: The role of parenting beliefs and practices. *Child development*. 2002;73(2):563-80.
- 188.KINDAP TEPE Y, DELİSER B, KUZAN G, İSLAMOĞLU R. İLKÖĞRETİMİN İKİNCİ KADEME ÖĞRENCİLERİNİN ANA-BABADAN ALGILADIĞI PSİKOLOJİK KONTROLÜN KENDİNİ BELİRLEME DÜZEYİ VE SOSYAL GİRİŞKENLİKLE İLİŞKİSİ. *Asia Minor Studies*. 2018;6.
- 189.Soenens B, Vansteenkiste M, Luyten P, Duriez B, Goossens L. Maladaptive perfectionistic self-representations: The mediational link between psychological control and adjustment. *Personality and individual differences*. 2005;38(2):487-98.
- 190.KINDAP TEPE Y, Sayıl M. Ebeveyn Kontrolü ve Ergenin Sosyal İlevselligi Arasındaki Bağlantıda İlişkisel Saldırganlığın Aracı Rolü. *TURK PSIKOLOJİ DERGISİ*. 2012;27(70).
- 191.Arnett JJ. A longer road to adulthood. *Emerging adulthood*. 2004;3:25.
- 192.Steinberg L. Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. 1990.
- 193.Nelson DA, Yang C, Coyne SM, Olsen JA, Hart CH. Parental psychological control dimensions: Connections with Russian preschoolers' physical and relational aggression. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2013;34(1):1-8.
- 194.Wei C, Kendall PC. Parental involvement: Contribution to childhood anxiety and its treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2014;17(4):319-39.
- 195.Pettit GS, Laird RD, Dodge KA, Bates JE, Criss MM. Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child development*. 2001;72(2):583-98.
- 196.Lansford JE, Laird RD, Pettit GS, Bates JE, Dodge KA. Mothers' and fathers' autonomy-relevant parenting: Longitudinal links with adolescents' externalizing and internalizing behavior. *Journal of youth and adolescence*. 2014;43(11):1877-89.
- 197.Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D, Pifarré J, Urretavizcaya M, Crespo JM, et al. Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry research*. 2004;127(3):267-78.

- 198.Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. Behaviour research and therapy. 1997;35(4):291-6.
- 199.Soenens B, Elliot AJ, Goossens L, Vansteenkiste M, Luyten P, Duriez B. The intergenerational transmission of perfectionism: parents' psychological control as an intervening variable. Journal of family psychology. 2005;19(3):358.
- 200.Ayoğlu Z. OKB'ye ilişkin gelişimsel bir model: Yetişkin bağlanma biçimleri, ebeveynlerden algılanan psikolojik kontrol düzeyi ve mükemmeliyetçilik eğilimlerinin obsesif yorumlar ve belirtilerle bağlantısının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2012.
- 201.Hunter AJ, Chandler GE. Adolescent resilience. Image: The Journal of Nursing Scholarship. 1999;31(3):243-7.
- 202.Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience? The Canadian Journal of Psychiatry. 2011;56(5):258-65.
- 203.Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. World psychiatry. 2010;9(3):145.
- 204.Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. Journal of personality and social psychology. 1979;37(1):1.
- 205.Gillespie CF, Phifer J, Bradley B, Ressler KJ. Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. Depression and anxiety. 2009;26(11):984-92.
- 206.Earvolino-Ramirez M, editor Resilience: A concept analysis. Nursing forum; 2007: Wiley Online Library.
- 207.Cicchetti D. Developmental Psychopathology. The Handbook of Life-Span Development 2010.
- 208.Egeland B, Carlson E, Sroufe LA. Resilience as process. Development and psychopathology. 1993;5(4):517-28.
- 209.Luthar SS, Zelazo LB. Research on resilience: An integrative review. Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. 2003;2:510-49.
- 210.Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child development. 2000;71(3):543-62.

- 211.Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2011;18(4):314-21.
- 212.Ziaian T, de Anstiss H, Antoniou G, Baghurst P, Sawyer M. Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problems, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in South Australia. *International Journal of Population Research*. 2012;2012.
- 213.Idoiaga Mondragon N, Berasategi Sancho N, Dosil Santamaria M, Eiguren Munitis A. Struggling to breathe: a qualitative study of children’s wellbeing during lockdown in Spain. *Psychology & Health*. 2021;36(2):179-94.
- 214.Saurabh K, Ranjan S. Compliance and psychological impact of quarantine in children and adolescents due to Covid-19 pandemic. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2020;87(7):532-6.
- 215.Jassi A, Shahriyarmolki K, Taylor T, Peile L, Challacombe F, Clark B, et al. OCD and COVID-19: a new frontier. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2020;13.
- 216.Guzick AG, Candelari A, Wiese AD, Schneider SC, Goodman WK, Storch EA. Obsessive–compulsive disorder during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Current psychiatry reports*. 2021;23(11):1-10.
- 217.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. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
- 218.ÜNAL F, ÖKTEM F, ÇETİN ÇUHADAROĞLU F, ÇENGEL KÜLTÜR SE, AKDEMİR D, FOTO ÖZDEMİR D, et al. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(1).
- 219.Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, et al. Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(6):844-52.
- 220.Yucelen AG, Rodopman-Arman A, Topcuoglu V, Yazgan MY, Fisek G. Interrater reliability and clinical efficacy of Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in an outpatient setting. *Comprehensive Psychiatry*. 2006;47(1):48-53.

221. Phillips K, Power M. A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2007;14(2):145-56.
222. Baki D, YILDIZ MA. Ergenler için duygu düzenleme ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2014;5(41):23-35.
223. Liebenberg L, Ungar M, LeBlanc JC. The CYRM-12: a brief measure of resilience. *Canadian Journal of Public Health*. 2013;104(2):e131-e5.
224. Arslan G. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin (ÇGPSÖ) psikometrik özellikleri: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*. 2015;16(1):1-12.
225. Mrdjenovich AJ, Bischof GH. Obsessive-compulsive complaints and academic performance in college students. *College Student Journal*. 2003;37:145+.
226. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Waller JL, Addy CL, McKeown RE, Jackson KL, et al. Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(7):898-906.
227. Yilmaz Z, Larsen JT, Nissen JB, Crowley JJ, Mattheisen M, Bulik CM, et al. The role of early-life family composition and parental socio-economic status as risk factors for obsessive-compulsive disorder in a Danish national cohort. *J Psychiatr Res*. 2022;149:18-27.
228. Calvo R, Lázaro L, Castro J, Morer A, Toro J. Parental psychopathology in child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007;42(8):647-55.
229. Liakopoulou M, Korlou S, Sakellariou K, Kondyli V, Kapsimali E, Sarafidou J, et al. The psychopathology of parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 2010;43(4):209-15.
230. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics*. 2006;29(2):353-70.
231. Selles RR, Storch EA, Lewin AB. Variations in symptom prevalence and clinical correlates in younger versus older youth with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development*. 2014;45(6):666-74.
232. Chowdhury M, Rahman H, Mullick MS, Arafat S. Clinical profile and comorbidity of obsessive-compulsive disorder among children and adolescents: a cross-sectional observation in Bangladesh. *Psychiatry journal*. 2016;2016.

- 233.Diler RS, Avci A. Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Croatian medical journal*. 2002;43(3):324-9.
- 234.Sharma E, Tripathi A, Grover S, Avasthi A, Dan A, Srivastava C, et al. Clinical profile of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A multicentric study from India. *Indian Journal of Psychiatry*. 2019;61(6):564.
- 235.Deepthi K, Kommu JVS, Smitha M, Reddy YJ. Clinical profile and outcome in a large sample of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A chart review from a tertiary care center in India. *Indian Journal of Psychiatry*. 2018;60(2):205.
- 236.Nissen JB, Højgaard D, Thomsen PH. The immediate effect of COVID-19 pandemic on children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):1-10.
- 237.Khosravani V, Aardema F, Ardestani SMS, Bastan FS. The impact of the coronavirus pandemic on specific symptom dimensions and severity in OCD: A comparison before and during COVID-19 in the context of stress responses. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2021;29:100626.
- 238.Liao J, Liu L, Fu X, Feng Y, Liu W, Yue W, et al. The immediate and long-term impacts of the COVID-19 pandemic on patients with obsessive-compulsive disorder: A one-year follow-up study. *Psychiatry Res*. 2021;306:114268.
- 239.Abba-Aji A, Li D, Hrabok M, Shalaby R, Gusnowski A, Vuong W, et al. COVID-19 pandemic and mental health: prevalence and correlates of new-onset obsessive-compulsive symptoms in a Canadian province. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(19):6986.
- 240.Benatti B, Albert U, Maina G, Fiorillo A, Celebre L, Girone N, et al. What happened to patients with obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic? A multicentre report from tertiary clinics in northern Italy. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11:720.
- 241.Cost KT, Crosbie J, Anagnostou E, Birken CS, Charach A, Monga S, et al. Mostly worse, occasionally better: impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*. 2022;31(4):671-84.
- 242.Tanir Y, Karayagmurlu A, Kaya İ, Kaynar TB, Türkmen G, Dambasan BN, et al. Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2020;293:113363.

- 243.Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C, et al. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;197(2):128-34.
- 244.Melin K, Skarphedinsson G, Skärsäter I, Haugland BSM, Ivarsson T. A solid majority remit following evidence-based OCD treatments: a 3-year naturalistic outcome study in pediatric OCD. *European child & adolescent psychiatry*. 2018;27(10):1373-81.
- 245.Storch EA, Lack C, Merlo LJ, Marien WE, Geffken GR, Grabill K, et al. Associations between miscellaneous symptoms and symptom dimensions: An examination of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(11):2593-603.
- 246.Chakraborty A, Karmakar S. Impact of COVID-19 on Obsessive Compulsive Disorder (OCD). *Iran J Psychiatry*. 2020;15(3):256-9.
- 247.Fontenelle LF, Albertella L, Brierley ME, Thompson EM, Destrée L, Chamberlain SR, et al. Correlates of obsessive-compulsive and related disorders symptom severity during the COVID-19 pandemic. *J Psychiatr Res*. 2021;143:471-80.
- 248.Yap K, Mogan C, Moriarty A, Dowling N, Blair-West S, Gelgec C, et al. Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*. 2018;74(4):695-709.
- 249.Khosravani V, Samimi Ardestani SM, Sharifi Bastan F, Malayeri S. Difficulties in emotion regulation and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Current psychology*. 2020;39(5):1578-88.
- 250.Ferreira S, Couto B, Sousa M, Vieira R, Sousa N, Picó-Pérez M, et al. Stress influences the effect of obsessive-compulsive symptoms on emotion regulation. *Frontiers in psychiatry*. 2021;11:594541.
- 251.Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: American Psychological Association*; 2011.
- 252.Shameli L, Mehrabizadeh Honarmand M, Naa'mi A, Davodi I. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation Styles and Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019;24(4):356-69.
- 253.Berman NC, Fang A, Hoepfner SS, Reese H, Siev J, Timpano KR, et al. COVID-19 and obsessive-compulsive symptoms in a large multi-site college sample. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2022:100727.

- 254.Hong D, Zhu Y, Yu M. How health anxiety affected obsessive-compulsive symptoms during the COVID-19 pandemic in China: The mediation of difficulties in emotion regulation and the moderation of pathological personality traits. *Personality and Individual Differences*. 2022;185:111254.
- 255.Wei MA, Van Kirk N, Reid AM, Garner LE, Krompinger JW, Crosby JM, et al. Emotion regulation strategy use and symptom change during intensive treatment of transitional age youth patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. 2020;30(2):95-102.
- 256.Berman NC, Jacoby RJ, Sullivan AD, Hoepfner S, Micco JA, Wilhelm S. Parent-level risk factors for children's obsessive beliefs, interpretation biases, and obsessive-compulsive symptoms: A cross-sectional examination. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2018;18:8-17.
- 257.Mathieu SL, Conlon EG, Waters AM, McKenzie ML, Farrell LJ. Inflated Responsibility Beliefs in Paediatric OCD: Exploring the Role of Parental Rearing and Child Age. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2020;51(4):552-62.
- 258.Liao J, Liu L, Fu X, Feng Y, Liu W, Yue W, et al. The immediate and long-term impacts of the COVID-19 pandemic on patients with obsessive-compulsive disorder: A one-year follow-up study. *Psychiatry research*. 2021;306:114268.
- 259.Petrowski K, Brähler E, Zenger M. The relationship of parental rearing behavior and resilience as well as psychological symptoms in a representative sample. *Health and quality of life outcomes*. 2014;12(1):1-9.
- 260.Pargas RCM, Brennan PA, Hammen C, Le Brocque R. Resilience to maternal depression in young adulthood. *Developmental psychology*. 2010;46(4):805.
- 261.Barrett P, Healy-Farrell L, March JS. Cognitive-Behavioral Family Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: A Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(1):46-62.
- 262.Bolton D, Williams T, Perrin S, Atkinson L, Gallop C, Waite P, et al. Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(12):1269-78.

8. EKLER

8.1. EK 1- TEZ ÇALIŞMASI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EBEVEYNLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı ile izlenen ergenlerin pandemi sürecinde semptom şiddetlerinin yeniden değerlendirilmesi ve bu olguların duygu düzenleme, psikolojik kontrol ve dayanıklılık açısından incelenmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş onam formu verilecektir. Katılmaya karar vererseniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlarla karakterize, genelde kronik bir seyir gösteren, kimi olgularda dönemsel alevlenmelerle giden, bireylerin yaşamları üzerinde ciddi olumsuz etki ve belirgin bozulma oluşturan nöropsikiyatrik bir bozukluktur.

Covid-19 pandemisinin 1. yılının ikinci yarısında (HAZİRAN 2020-ARALIK 2020) OKB semptomları ile başvuran ve OKB tanısı alan hastaların o dönemki okb

şiddetlerinin pandeminin 3. yılının ilk yarısında yeniden değerlendirilmesi ve bu hastalardaki okb belirtilerinin hastaların duygu düzenleme, ebeveynlerinden algıladıkları psikolojik kontrol ve dayanıklılıkları açısından değerlendirilerek bu alanda literatüre bir katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Çalışmamıza hasta grubu olarak obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan bireyler, kontrol grubu olarak ise obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan bireyler dahil edilecektir. Bu nedenle karşılaştırılmanın doğru yapılabilmesi için öncelikle çocuğunuzun ruhsal sağlığını değerlendirmek için klinik görüşmeler yapılacak ve bazı ölçekler doldurması istenecektir. Daha doğru bir değerlendirme yapabilmek için sosyodemografik bilgiler istenecek ve psikiyatrik hastalığı ve genel sağlık durumu ile ilgili detaylı sorular sorulacaktır. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir. Çocuğunuzda herhangi bir tıbbi veya hayati deneysel girişim uygulanmayacaktır. Çalışmada herhangi bir hayati risk bulunmamaktadır. Çalışmada elde edilen veriler, çalışma sürecinde gerek görüldüğü takdirde araştırma kapsamında farklı istatistiksel karşılaştırmalar için kullanılabilir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında sizin ya da çocuğunuzun ismi kullanılmayacaktır ve verilerin izlenerek size ulaşılması mümkün olmayacaktır.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretinizde, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki veya riski yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmak; pandeminin Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan ergenlerdeki belirti şiddetine etkisini, duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik kontrol ve dayanıklılık

arasındaki ilişkisini değerlendirilmesine imkân verip bu alanda literatüre bir katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır. Yapılacak değerlendirmeler sizden ya da sigortanızdan karşılanmayacaktır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede çocuk-ergen veya ebeveynde bilinen ruhsal ve fiziksel hastalık olması, katılımcıda bilinen kronik fiziksel bir hastalığının olması (epilepsi, diyabet, serebral palsi vb.) halinde çalışmadan ayrılmak gerekmektedir.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir. Katılımınız öncelikle çocuğunuzun tıbbi riskleri ve durumu hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla çocuğunuzla aynı durumda olan diğer bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanı sıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Asistan Dr. Cemre İSTANBULLU tarafından Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi kliniğine tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi

durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; Dr. Cemre İSTANBULLU'ya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ocuk ve Ergen Psikiyatrisi kliniğine telefonla ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı.

ONAM KUTULARI

Katılımcının

Veli/Vasisi

adı/soyadı

Tarih/İmza

Araştırmacının

adı/soyadı

Tarih/İmza

Tanıklık

Eden

Kişi

adı/soyadı

Tarih/İmza

ÇOCUK VE ERGEN OLGULAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı ile izlenen ergenlerin pandemi sürecinde semptom şiddetlerinin yeniden değerlendirilmesi ve bu olguların duygu düzenleme, psikolojik kontrol ve dayanıklılık açısından incelenmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş onam formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlarla karakterize, genelde kronik bir seyir gösteren, kimi olgularda dönemsel alevlenmelerle giden, bireylerin yaşamları üzerinde ciddi olumsuz etki ve belirgin bozulma oluşturan nöropsikiyatrik bir bozukluktur.

Pandeminin 1. yılının ikinci yarısında (HAZİRAN 2020-ARALIK 2020) OKB semptomları ile başvuran ve okb tanısı alan hastaların o dönemki OKB şiddetlerinin pandeminin 3. yılının ilk yarısında yeniden değerlendirilmesi ve bu hastalardaki OKB belirtilerinin hastaların duygu düzenleme, ebeveynlerinden algıladıkları psikolojik kontrol ve dayanıklılıkları açısından değerlendirilerek bu alanda literatüre bir katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Çalışmamıza hasta grubu olarak obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan bireyler, kontrol grubu olarak ise obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan bireyler dahil edilecektir. Bu nedenle karşılaştırılmanın doğru yapılabilmesi için öncelikle ruhsal sağlığınıza değerlendirmek için klinik görüşmeler yapılacak ve bazı ölçekler doldurması istenecektir. Daha doğru bir değerlendirme yapabilmek için sosyodemografik bilgiler istenecek ve psikiyatrik hastalığı ve genel sağlık durumu ile ilgili detaylı sorular sorulacaktır. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

Çalışmada herhangi bir tıbbi veya hayati deneysel girişim uygulanmayacaktır. Çalışmada herhangi bir hayati risk bulunmamaktadır. Çalışmada elde edilen veriler, çalışma sürecinde gerek görüldüğü takdirde araştırma kapsamında farklı istatistiksel karşılaştırmalar için kullanılabilir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır ve verilerin izlenerek size ulaşılması mümkün olmayacaktır.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretinizde, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki veya riski yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmak; pandeminin Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan ergenlerdeki belirti şiddetine etkisini, duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik kontrol ve dayanıklılık arasındaki ilişkisini değerlendirerek bu alanda literatüre katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır. Yapılacak değerlendirmeler sizden ya da sigortanızdan karşılanmayacaktır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede çocuk-ergen veya ebeveynde bilinen ruhsal ve fiziksel hastalık olması, katılımcıda bilinen kronik fiziksel bir hastalığının olması (epilepsi, diyabet, serebral palsi vb.) halinde çalışmadan ayrılmak gerekmektedir

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir. Katılımınız öncelikle çocuğunuzun tıbbi riskleri ve durumu hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla aynı durumda olan diğer bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanı sıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Asistan Dr. Cemre İSTANBULLU tarafından Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi kliniğine tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana

gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; Dr. Cemre İSTANBULLU'ya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğine telefonla ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilenimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı.

ONAM KUTULARI

Katılımcının adı/soyadı

Tarih/İmza

Katılımcı veli/vasisisin adı/soyadı

Tarih/İmza

Araştırmacının adı/soyadı

Tarih/İmza

Tanıklık Eden Kişi adı/soyadı

Tarih/İmza

8.2. EK 2- SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

Çocuğun Adı-Soyadı:

- Tarih: Telefon No:
- Doğum Tarihi:
- Yaşı:
- Cinsiyeti: ☐Erkek ☐Kız
- Boy(cm): Kilo(kg):
- Kaçınıcı Sınıf:
- Sınıf Tekrarı: ☐Yok ☐Var
- Ders Ortalaması:
- Kardeş Sayısı:
- Kaçınıcı Çocuk:
- Aile Tipi: çekirdek / geniş / boşanmış / ayrılmış / eşlerden biri vefat
- Ailenizin ortalama aylık geliri: TL/ay
- Annenin Yaşı: Sağ/Ölü
- Annenin Eğitim Durumu:
☐ okur-yazar değil ☐ okur-yazar ☐ ilkokul ☐ ortaokul ☐ lise ☐ üniversite
- Annenin İşi:
☐ ev hanımı ☐ memur ☐ işçi ☐ özel sektörde işçi dışı çalışma ☐ serbest
☐ emekli
- Annede Psikiyatrik Tanı: ☐Yok ☐Var VARSA
BELİRTİNİZ.....
- Annede Psikiyatrik Tedavi Öyküsü: ☐Yok ☐Var VARSA
BELİRTİNİZ.....
- Babanın Yaşı: Sağ/ Ölü
- Babanın Eğitim Durumu:

- ☐ okur-yazar değil ☐ okur-yazar ☐ ilkokul ☐ ortaokul ☐ lise ☐ üniversite
- Babanın İşi:
☐ işsiz ☐ memur ☐ işçi ☐ özel sektörde işçi dışı çalışma ☐ serbest ☐ emekli
 - Babada Psikiyatrik Tanı: ☐Yok ☐Var VARSA
BELİRTİNİZ.....
 - Babada Psikiyatrik Tedavi Öyküsü: ☐Yok ☐Var VARSA
BELİRTİNİZ.....
 - Diğer aile bireylerinde psikiyatrik bir hastalık var mı? ☐Yok ☐Var VARSA
BELİRTİNİZ.....
 - Gebeliğiniz: ☐Planlı-istemli ☐Planlı değil-istemsiz
 - Gebelik süresince sigara kullanımı: ☐Yok ☐Var
 - Gebelik süresince alkol kullanımı: ☐Yok ☐Var
 - Gebelik sırasında, doğum sırasında ve yeni doğan döneminde problem: ☐Yok
☐Var
VARSA BELİRTİNİZ.....
 - Erken doğum öyküsü var mı? ☐Yok ☐Var
 - Doğum Kilosu? gr
 - Çocukta bilinen sürekli tıbbi hastalık: ☐Yok ☐Var
 - Sürekli tıbbi ilaç kullanımı: ☐Yok ☐Var VARSA
BELİRTİNİZ.....
 - OKB ile ilgili ilk şikayetler ne zaman başladı? (Ay/yıl)
 - Tanı ne zaman kondu? (Ay/yıl)
 - Ek bir psikiyatrik hastalığı var mı? ☐Yok ☐Var VARSA
BELİRTİNİZ.....
 - İlaç kullanıyorsa; ne kadar süredir ilaç kullanıyor? (Örneğin; 6 aydır, 1 yıldır vs)
 - Kullandığı ilaçlar: (geçmişte ve günümüzde)
Antipsikotik () Tipik Atipik süre:

Antidepresan () SSRI Diğer süre:

Duygudurum düzenleyici () Benzodiazepin () Diğer süre:

- Verilen ilaçları düzenli kullanıyor mu? Evet () Hayır ()
- Günümüzde kullandığı ilaçla alakalı fayda düzeyi: 0. Fayda yok 5. Çok fayda var
- Obsesif Kompulsif Bozukluk için terapi aldı mı? Evet () Hayır ()
- Terapi aldı ise fayda düzeyi: 0. Fayda yok 5. Çok fayda var
- Covid pandemisi sonrası OKB belirtilerinde kötüleşme fark ettiniz mi?
Çocuk: Evet () Hayır () Aile: Evet () Hayır ()
- Covid-19 tanısı aldınız mı? Evet () Hayır ()
- Ailenizden herhangi biri Covid-19 tanısı aldı mı? Evet () Hayır ()
- Cevabınız evet ise kim?
- Zorunlu sosyal izolasyona girdiniz mi? Evet () Hayır ()
- Cevabınız evet ise kiminle girdiniz? Ailem () Arkadaşlarım () Tek ()
- Covid sebebi ile bir yakınınızı kaybettiniz mi? Evet () Hayır ()
- Çevrenizde Covid-19 sürecinde risk grubunda olan (Sürekli ve düzenli tedavi gerektiren bir hastalığı olan ya da 65 yaş üstü) bireyler var mı? Evet () Hayır ()

8.3. EK 3- ERGENLER İÇİN DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ

Yaşamda zaman zaman insanların başlarına olumsuz, hoş olmayan olaylar gelir ve bu olaylara bazı tepkiler verilir. Bu tepkilerin bazıları düşüncelerle ilgili iken bazıları ise davranışlarla ilgilidir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, sıkıntı verici, olumsuz bir olay yaşadığınızda cümlede verilen durum veya davranışı ne sıklıkla yaptığınızı size en uygun olan seçeneğe çarpı işareti (X) koyunuz. Lütfen her ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız.		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Duruma ilişkin düşüncelerimi yeniden gözden geçiririm.	()	()	()	()	()
4	Bir dahaki sefere neyi daha iyi yapabileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
6	Öfkemi/üzüntümü fiziksel olarak (örn. kavga etmek, vurmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
8	Başkalarına zorbalık yaparım (örn. alay etmek, itmek, dedi kodu yapmak gibi).	()	()	()	()	()
9	Öfkemi/üzüntümü etrafımdaki eşyalardan çıkarırım.	()	()	()	()	()
12	Başkalarının benden iyi durumda olduğunu düşünerek kendimi daha kötü hissederim.	()	()	()	()	()
15	Bu olaya ilişkin neler hissettiğimi birisiyle konuşurum.	()	()	()	()	()
18	Başkalarından tavsiye isterim.	()	()	()	()	()

8.4. EK 4- PSİKOLOJİK KONTROL ÖLÇEĞİ

Aşağıda annenizin sizinle ilişkisinde söz konusu olabilecek bazı davranışları yer almaktadır. Lütfen bu davranışların annenizin için ne oranda geçerli olduğunu size uyan sayıyı daire içine alarak belirtiniz.	Annemin Özelliklerine Hiç Benzemiyor	Annemin Özelliklerine Biraz Benziyor	Annemin Özelliklerine Benziyor	Annemin Özelliklerine Çok Benziyor
1. Eğer onu utandıracak bir şey yaparsam, beni görmezden gelmeye çalıştığı olur.	1	2	3	4
2. Eğer bazı şeyleri onun gibi düşünmezsem bana soğuk davrandığı olur.	1	2	3	4
3. Yapmamam gerektiğini düşündüğü bir şeyi yaptığımda bana kendimi suçlu hissettirdiği olur.	1	2	3	4
4. Beni başkalarının (arkadaşlarımın) önünde utandırdığı olur.	1	2	3	4
5. Ailedeki problemler yüzünden beni suçladığı olur.	1	2	3	4
6. Eğer onu kıracak bir şey yaparsam, gönlünü alıncaya kadar benimle konuşmadığı olur.	1	2	3	4
7. Beni aşağılayıp, küçük düşürdüğü olur (aptal, işe yaramaz vb. olduğunu söylediği zamanlar).	1	2	3	4
8. Beni bir başkasıyla haksız yere karşılaştırdığı olur (kardeşimle ya da kendi çocukluğuyla).	1	2	3	4
9. Beni eleştirirken geçmişte yaptığım hataları dile getirdiği olur.	1	2	3	4
10. Bir birey olarak ben saygı <u>duymadığı</u> olur (konuşmama izin vermediği, diğerlerini bana tercih ettiği zamanlar).	1	2	3	4
11. Ben konuşurken sözümü kestiği olur.	1	2	3	4
12. Bazen odama izinsiz girip, çantamı ve eşyalarımı karıştırdığı olur.	1	2	3	4
13. Benden çok fazla şey beklediği olur (okulda başarılı olma, iyi insan olma vb.).	1	2	3	4
14. Ne zaman bir şey anlatmaya çalışsam konuyu değiştirdiği olur.	1	2	3	4
15. Beni yok saydığı olur (beni bırakıp yürüyüp gittiği, beni dikkate almadığı zamanlar).	1	2	3	4
16. Herhangi bir şey hakkındaki hislerimi ve düşüncelerimi değiştirmeye çalıştığı olur.	1	2	3	4

Aşağıda babanızın sizinle ilişkisinde söz konusu olabilecek bazı davranışları yer almaktadır. Lütfen bu davranışların annenizin için ne oranda geçerli olduğunu size uyan sayıyı daire içine alarak belirtiniz.	Babamın Özelliklerine Hiç Benzemiyor	Babamın Özelliklerine Biraz Benziyor	Babamın Özelliklerine Benziyor	Babamın Özelliklerine Çok Benziyor
1. Eğer onu utandıracak bir şey yaparsam, beni görmezden gelmeye çalıştığı olur.	1	2	3	4
2. Eğer bazı şeyleri onun gibi düşünmezsem bana soğuk davrandığı olur.	1	2	3	4
3. Yapmamam gerektiğini düşündüğü bir şeyi yaptığımda bana kendimi suçlu hissettirdiği olur.	1	2	3	4
4. Beni başkalarının (arkadaşlarımın) önünde utandırdığı olur.	1	2	3	4
5. Ailedeki problemler yüzünden beni suçladığı olur.	1	2	3	4
6. Eğer onu kıracak bir şey yaparsam, gönlünü alıncaya kadar benimle konuşmadığı olur.	1	2	3	4
7. Beni aşağılayıp, küçük düşürdüğü olur (aptal, işe yaramaz vb. olduğunu söylediği zamanlar).	1	2	3	4
8. Beni bir başkasıyla haksız yere karşılaştırdığı olur (kardeşimle ya da kendi çocukluğuyla).	1	2	3	4
9. Beni eleştirirken geçmişte yaptığım hataları dile getirdiği olur.	1	2	3	4
10. Bir birey olarak ben saygı duymadığı olur (konuşmama izin vermediği, diğerlerini bana tercih ettiği zamanlar).	1	2	3	4
11. Ben konuşurken sözümü kestiği olur.	1	2	3	4
12. Bazen odama izinsiz girip, çantamı ve eşyalarımı karıştırdığı olur.	1	2	3	4
13. Benden çok fazla şey beklediği olur (okulda başarılı olma, iyi insan olma vb.).	1	2	3	4
14. Ne zaman bir şey anlatmaya çalışsam konuyu değiştirdiği olur.	1	2	3	4
15. Beni yok saydığı olur (beni bırakıp yürüyüp gittiği, beni dikkate almadığı zamanlar).	1	2	3	4
16. Herhangi bir şey hakkındaki hislerimi ve düşüncelerimi değiştirmeye çalıştığı olur.	1	2	3	4

8.5. EK 5- ÇOCUK VE GENEÇ PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

	Aşağıda doğru ya da yanlış cevabı bulunmayan bazı durumlar ifade edilmektedir. Lütfen bunları dikkatlice okuyun ve hangi ifade size en doğru geliyorsa (X) işareti koyun.	Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni Çok Az Tanımlıyor	Beni Biraz Tanımlıyor	Beni Oldukça Tanımlıyor	Beni Tamamen Tanımlıyor
1.	Hayatımda saygı duyabileceğim insanlar var.	1	2	3	4	5
2.	Eğitim almak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
3.	Ailem benim hakkımda birçok şeyi bilir (Örneğin, arkadaşlarımdan kim olduğunu, nelerden hoşlandığımı) .	1	2	3	4	5
4.	Başladığım faaliyetleri/işleri bitirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5.	Bir şeyler istediğim şekilde gitmediğinde, diğer insanlara ve kendime zarar vermeden bu durumu çözebilirim. (Örneğin, şiddete başvurmadan veya kötü şeyler söylemeden)	1	2	3	4	5
6.	Yardıma ihtiyacım olursa, nereden yardım alabileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5
7.	Kendimi okuluma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
8.	Ailem zor zamanlarımda yanımdadır. (Örneğin hasta olduğumda veya başım sıkıştığında).	1	2	3	4	5
9.	Arkadaşlarım zor zamanlarımda yanımdadır.	1	2	3	4	5
10.	Yaşadığım toplumda bana adil bir şekilde davranılır.	1	2	3	4	5
11.	Hayatımda gelecekte kullanacağım yeteneklerimi geliştireceğim fırsatlara sahibim (mesleki beceriler gibi)	1	2	3	4	5
12.	Ailemin aile geleneklerini ve kültürünü seviyorum.	1	2	3	4	5