



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA  
ADAY ENDOFENOTİP TANIMLAMA, FENOMENOLOJİ VE NÖROBİLİŞ  
ÇALIŞMASI

Dr. Güzde CESUR ÇELEBİ

UZMANLIK TEZİ

Bursa - 2023



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA  
ADAY ENDOFENOTİP TANIMLAMA, FENOMENOLOJİ VE NÖROBİLİŞ  
ÇALIŞMASI

Dr. Güzde CESUR ÇELEBİ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Serkan TURAN

Bursa – 2023

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	viii
İNGİLİZCE ÖZET .....	ix
1.GİRİŞ .....	1
1.1.Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	2
1.1.1.Tanım.....	2
1.1.2.Tarihçe .....	3
1.1.3.Epidemiyoloji.....	4
1.1.4.Etiyoloji.....	4
1.1.5.Klinik Görünüm .....	5
1.1.6.Tanı Kriterleri .....	5
1.2.Trikotillomani.....	6
1.2.1.Tanım ve Tarihçe .....	6
1.2.2.Epidemiyoloji.....	7
1.2.3.Etiyoloji.....	7
1.2.4.Klinik Görünüm .....	8
1.2.5.Tanı Kriterleri .....	8
1.3.Deri Yolma Bozukluğu.....	9
1.3.1.Tanım ve Tarihçe .....	9
1.3.2.Epidemiyoloji.....	9
1.3.3.Etiyoloji.....	10
1.3.4.Klinik Görünüm .....	10
1.3.5.Tanı Kriterleri .....	10
1.4.Biriktiricilik Bozukluğu.....	11
1.4.1.Tanım ve Tarihçe .....	11
1.4.2.Epidemiyoloji.....	11
1.4.3.Etiyoloji.....	11
1.4.4.Klinik Görünüm .....	11
1.4.5.Tanı Kriterleri .....	12

1.5.Beden Algısı Bozukluğu .....	12
1.5.1.Tanım ve Tarihçe .....	12
1.5.2.Epidemiyoloji.....	13
1.5.3.Etiyoloji.....	13
1.5.4.Klinik Görünüm .....	13
1.5.5.Tanı Kriterleri .....	14
1.6.Endofenotip Kavramı.....	14
1.6.1.Psikiyatride Endofenotip Kavramı .....	15
1.6.2.Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklarda Endofenotip .....	16
1.7.Bilişsel İşlevler .....	17
1.7.1.Dikkat.....	17
1.7.2.Bellek .....	18
1.7.3.Yürütücü İşlevler .....	19
1.7.4.Sosyal Biliş.....	19
1.7.5.Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklarda Nörobiliş .....	19
1.8.Çalışmanın Amacı.....	20
1.9.Hipotez.....	20
2.GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
2.1.Araştırmanın Türü .....	22
2.2.Araştırmanın Etik Kurul Onayı.....	22
2.3.Araştırmanın Örneklemi .....	22
2.4.Örneklemenin Seçimi .....	22
2.4.1.Gönüllülerin Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri:.....	22
2.4.2.Gönüllülerin Çalışmaya Dâhil Edilmeme Ölçütleri:.....	22
2.5.Klinik Veri Toplama Araçları .....	23
2.5.1.Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu .....	23
2.5.2.Sosyodemografik Veri Formu.....	23
2.5.3.Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş - (ÇADÖ-Y) Ebeveyn ve Çocuk Formu.....	23



2.5.4.Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) [K-SADS] .....	24
2.5.5.Güçler Güçlükler Anketi (GGA)- Ergen Formu .....	24
2.5.6.Güçler Güçlükler Anketi (GGA)- Ebeveyn Formu.....	25
2.5.7.Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (ÇYBOKÖ) .....	25
2.5.8.Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET ).....	25
2.5.9.Conners Sürekli Performans Testi (CPT).....	26
2.5.10.Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi.....	26
2.5.11.Görsel Kopyalama Testi.....	26
2.5.12.Sayı Sembolleri Yer Değiştirme Testi .....	27
2.5.13.Kategori Akıcılık Testi .....	27
2.5.14.Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) .....	27
2.5.15.Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD).....	28
2.5.16.Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu (OBQ-CV) .....	28
2.5.17.Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI).....	28
2.5.18.Çocuk Biriktirme Ölçeği (CSI) .....	29
2.5.19.Otomatik Düşünceler Ölçeği(ODÖ).....	29
2.5.20.Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) .....	29
2.5.21.Deri Yolma Ölçeği - Yenilenmiş Form (SPS-R).....	30
2.5.22. Çocuklar için Trikotillomani Ölçeği (TSC).....	30
2.6.İstatistiksel analiz .....	31
3.BULGULAR.....	32
3.1.Sosyal ve Demografik Değişkenler .....	32
3.2.Psikiyatrik İlaç Kullanma Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması .....	35
3.3.Eş Tanı, Febril Konvülsiyon, Ek Hastalık ve Aile Öyküsünün Gruplara Göre Karşılaştırılması .....	35
3.4.Nöropsikiyatrik Test Sonuçlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması .....	37
3.5.Ölçeklerin Gruplar Arası Karşılaştırmaları .....	42

4.TARTIŞMA.....	55
KAYNAKLAR .....	64
EKLER .....	74
TEŞEKKÜR.....	102
ÖZGEÇMİŞ.....	104

## TABLO LİSTESİ

- Tablo-1.** Hastaların demografik özellikleri ve baskın elinin gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-2:** Hastaların kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, nörogelişimsel özellikleri ve okul ile ilgili özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-3:** Hastaların ebeveynleri ile ilgili özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-4:** Hastaların psikiyatrik ilaç kullanma özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-5.** Komorbidite, febril konvülziyon, ek hastalık ve aile öyküsünün gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-6:** Nöropsikiyatrik test sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-7:** Conners Performans Test sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması (1)
- Tablo-8.** Conners Performans Test sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması (2)
- Tablo-9:** Conners Performans Test sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması (3)
- Tablo-10:** Wisconsin Kart Eşleme Testi sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-11:** Ebeveyn Çocuk Anksiyete Depresyon Ölçeğinin gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-12:** Çocuk Çocuk Anksiyete Depresyon Ölçeğinin gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-13:** Çocuk Biriktirme Ölçeği gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-14:** Ebeveyn Güçler Güçlükler Anketi puanlarının gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-15:** Çocuk Güçler Güçlükler Anketi puanlarının gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-16:** Obsesif İnanışlar Ölçeği puanlarının gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo-17:** Barrat Dürtüsellik Ölçeğinin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

karşılaştırılması

**Tablo-18:** Deri Yolma Ölçeğinin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

**Tablo-19:** Çocuklar için Trikotillomani Ölçeğinin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

**Tablo-20:** Klinik Global İzlem Ölçeğinin gruplara göre karşılaştırılması

**Tablo-21:** Hastaların Otomatik Düşünceler Ölçeğinin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

**Tablo-22:** Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

**Tablo-23:** Yale Brown puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

**Tablo-24:** Hastaların obsesyonlarının gruplara göre karşılaştırılması

**Tablo-25:** Hastaların kompulsiyonlarının gruplara göre karşılaştırılması

## KISALTMALAR

- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk  
**OKİB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar  
**BB:** Biriktiricilik Bozukluğu  
**BAB:** Beden Dismorfik Bozukluğu  
**TTM:** Trikotillomani  
**DYB:** Deri Yolma Bozukluğu  
**DDB:** Dürtü Denetim Bozuklukları  
**MDB:** Major Depresif Bozukluk  
**YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu  
**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu  
**TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu  
**CPT:** Conners Sürekli Performans Testi  
**WKET:** Wisconsin Kart Eşleme Testi  
**GZOT:** Gözlerden Zihin Okuma Testi  
**MR:** Manyetik Rezonans  
**KGİ:** Klinik Global İzlem Ölçeği  
**GGA:** Güçler Güçlükler Anketi  
**ÇADÖ:** Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği  
**ODÖ:** Otomatik Düşünceler Ölçeği  
**OİÖ-ÇF:** Obsesif İnanışlar Ölçeği Çocuk Formu  
**CSI:** Çocuk Biriktirme Ölçeği  
**BIS:** Barrat Dürtüsellik Ölçeği  
**CY-BOCS:** Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği  
**ÖÖG:** Özgül Öğrenme Güçlüğü  
**SS:** Standart Sapma  
**Ort:** Ortalama  
**K-SADS-PL :** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

## ÖZET

Çalışmamızda çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğine başvuran Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), beden algısı bozukluğu (BAB), trikotilomani (TTM), ayrıca biriktiricilik bozukluğu (BB) ve deri yolma bozukluğu (DYB) tanılı hastaların nörobilişsel işleyişini incelemek ve obsesif kompulsif bozuklukla obsesif kompulsif ilişkili bozuklukların ortak olarak bozulan nörobilişsel alanlarını saptayıp, aday endofenotip tanımlanması planlanmıştır.

Çalışmamıza Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine OKB, BAB, TTM, BB ve DYB tanısıyla veya belirtileri ile başvurmuş nörolojik hastalığı ve işlevselliğini etkileyen psikiyatrik ek hastalığı olmayan 10-18 yaş arası 102 çocuk ve ergen dâhil edilmiştir. Bu 102 hastanın 26'sını OKB, 20'sini DYB, 19'unu TTM, 19'unu BAB ve 18'ini BB oluşturmuştur. Hastalara OKB, BAB, TTM, BB ve DYB tanısı; hasta ve aile ile yapılan görüşmelerde psikiyatrik muayene ve Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) DSM-V yarı yapılandırılmış görüşmesi ve sosyodemografik veri formu değerlendirilerek konulmuştur. Beş gruba ayırdığımız katılımcıların yürütücü işlevlerini değerlendirmek amacıyla katılımcılara Rey, Şifre, Görsel Kopyalama ve Kategorik Akıcılık gibi yürütücü işlev becerilerini değerlendiren testler uygulanmıştır. Yine katılımcıların yürütücü işlevlerini değerlendirmek amacıyla katılımcılara bilgisayar tabanlı Conners Sürekli Performans Testi (CPT) ve Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) uygulanmıştır. Katılımcıların sosyal biliş düzeyleri değerlendirmek için ise Gözlerden Zihin Okuma testi kullanılmıştır.

OKB ve OKİB'leri nörobilişsel alanda oldukça fazla ortak noktalarının olduğu ve birbirlerine çok sık eşlik ettikleri görüldü. Çalışmamızda dürtüsellik ve dikkat alanları gibi bazı alanlarda farklılaşan OKB ve OKİB'ler yazına bu anlamda yazına katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif Kompulsif İlişkili Bozukluk, Nörobiliş, Aday Endofenotip

## **SUMMARY**

### **Candidate Endophenotype Definition, Phenomenology And Neurocognition in Obsessive Compulsive Disorder and Related Disorders**

In our study, we aimed to examine the neurocognitive functioning of patients diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD), body dysmorphic disorder (BDD), trichotillomania (TTM), hoarding disorder (HD) and skin picking disorder (SPD) who applied to the child psychiatry outpatient clinic, and to examine the diagnosis of obsessive compulsive disorder and obsessive-compulsive-related disorders. It is planned to identify the jointly impaired neurocognitive areas and define the candidate endophenotype.

Our study included 102 children and adolescents aged 10-18 years who applied to Uludağ University Faculty of Medicine Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic with the diagnosis or symptoms of OCD, BDD, TTM, HD and SPD, without neurological disease and psychiatric comorbidity affecting their functionality. Of these 102 patients, 26 were OCD, 20 were SPD, 19 were TTM, 19 were BDD, and 18 were HD. The patients were diagnosed with OCD, BDD, TTM, HD and SPD; Psychiatric examination and Interview Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Now and Lifetime Pattern (CSDS-PL) DSM-V semi-structured interview and sociodemographic data form were evaluated in interviews with patients and families. In order to evaluate the executive functions of the participants, which we divided into five groups, tests evaluating executive function skills such as Rey, Digit Symbol, Visual Copying and Categorical Fluency tests were applied to the participants. Again, in order to evaluate the executive functions of the participants, the computer-based Conners Continuous Performance Test (CPT) and the Wisconsin Card Sorting Test (WCST) were applied to the participants. In order to evaluate the social cognition levels of the participants, Mind Reading from the Eyes test was used.

It was observed that OCD and OCRD have a lot in common in the neurocognitive field and they often accompany each other. In our study, it is thought that OCD and OCRD, which differ in some areas such as impulsivity and attention, will contribute to the literature in this sense.

**Keywords:** Obsessive Compulsive Disorder, Obsessive Compulsive Related Disorder, Neurocognition, Candidate Endophenotype



## 1.GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk(OKB), tekrarlayıcı ve direngen düşünceler ve/veya bireyin yapmak zorunda hissettiği mantıksız ya da aşırıya kaçan yineleyici, bir bakıma basmakalıp davranışlarla karakterize psikiyatrik bir hastalıktır (1). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı Metin Revizyonu (DSM-V TR)'ndaki obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar (OKİB'ler) bölümünü, obsesif kompulsif bozukluk, beden algısı bozukluğu (BAB), trikotillomani (TTM), ayrıca biriktiricilik bozukluğu (BB) ve deri yolma bozukluğu(DYB) oluşturmaktadır. OKB'ye benzer şekilde, OKİB'ler de genellikle yaygındır, yineleyen ve istenmeyen düşünce veya davranışlarla karakterize edilir ancak yeterince tanınmayan durumlardır. Bazı OKİB'ler, zihinsel meşguliyet ve kompulsif davranışlar içerir (Örn. BAB), ancak diğerleri ağırlıklı olarak motor veya davranışsal belirtilere sahiptir (Örn. TTM) (2).

Hem genetik hem de fenotipik olarak ayrışık bir hastalık olan OKB'nin nedeni hala tartışılmakta ve araştırılmaktadır (3). Araştırmalarda, kortiko-striato-talamo-kortikal beyin devrelerinin fonksiyon bozukluğu nörobiyolojik modelin temelini oluştursa da, sinirsel devrelerde saptanan anormalliklerinin sınırları hala belirsizdir ve altta yatan genetik mekanizmaların çok azı anlaşılmuştur (4). Davranışsal ve klinik fenotiplerle ilgili araştırmalar, OKB'nin patogenezinde rol oynayan genlerin belirlenmesinde yeterli olmayıp, son yıllarda devam eden çalışmalar nesnel ve ölçülebilir değişkenler (endofenotip) aramaya odaklanmıştır (5). Endofenotipler, poligenik bozukluklar için genetik riski, davranışsal ve klinik fenotiplerden biyolojik olarak daha izlenebilir seviyelerde yansıttığı düşünülen, objektif, kalıtsal ve niceliksel değişkenlerdir (5). Bu değişkenlerin, genlerle klinik belirtiler arasındaki nedensel zincirdeki boşluğu doldurabileceği (6), hastalığa sahip olma riski olan insanları belirleme ve yeni tedavi algoritmaları geliştirmede önemli olabileceği ileri sürülmektedir(7). Ayrıca OKB gibi komplike ruhsal hastalıkların hem tanısal sınıflandırmasını hem de nedenini netleştirmeye yardımcı olacağı düşünülmektedir (5). Çeşitli ruhsal hastalıklarda, nöropsikolojik bozuklukların potansiyel birer endofenotipik belirteç olduğu düşünülmektedir(8).

OKB olgularında nörobilişsel defisitlerle alakalı araştırmalar, psikomotor hız, seçici ve bölünmüş dikkat, sözel ve sözel olmayan bellek (kodlama ve geri getirme) ve görsel-uzaysal yeteneklerde güçlükler olduğu bildirilmektedir (9).

Yazını incelediğimizde çocuk hastalarda OKB için önerilen nörobilişsel endofenotipler: bilişsel esneklik, tepki ketleme, hafıza, planlama, karar verme, eylem izleme ve tersine öğrenme olarak saptanmıştır (10). Pediyatrik hastaların belirsizlik altında karar verme, planlama ve görsel çalışma belleği ile ilişkili beyin hatasına bağlı olumsuzluklarda ciddi artışlar sergilediği bulunmuştur, ancak diğer bilişsel alanlarda eksiklikler için kanıt daha azdır. Nörobilişsel işlevsellik ve daha yakın zamanda da fonksiyonel olmayan inançlar, OKB'de aday endofenotipler olarak öne sürülmüştür.

Pediyatrik grupta OKİB'lerin nörobilişsel alanlarını inceleyen bildiğimiz kadarıyla literatürde yapılmış bir çalışma yoktur. Çalışmamız OKB ve OKİB'lerin nörobilişsel alanlarını inceleyip, aday endofenotip tanımlamayı amaçlayan ilk çalışma olması bakımından özgünlük taşımaktadır.

Bu tezin amacı, bozuklukla ilişkili genel ve özel faktörleri aydınlatmak için OKB ve OKİB'ler genelinde nörobilişsel işleyişi incelemek ve obsesif kompulsif bozuklukla ortak olarak bozulan nörobilişsel alanları saptayıp, aday endofenotip tanımlanması amaçlanmaktadır. Bu tez çoklu ölçekler kullanılarak ve psikometrik testler yapılarak OKB ve OKİB'lerin birkaç boyutlu yapısını da incelemeyi amaçlamaktadır.

## **1.1.Obsesif Kompulsif Bozukluk**

### **1.1.1.Tanım**

OKB; yineleyici takıntı (obsesyon) ve zorlantıların (kompulsiyon) görüldüğü, kişinin işlevselliğinde belirgin bir bozulmaya sebep olan, genellikle süreğen, kimi zaman alevlenmelerin olduğu psikiyatrik bir hastalıktır (11). Takıntı; tekrarlayıcı, istem dışı gelen, mantıksız kabul edilen girici düşünce ya da dürtüler, zorlantı ise takıntılara karşı tepki olarak meydana gelen, endişeyi azaltmayı sağlayan, kişinin yapmaya mecbur hissettiği, yineleyici davranış ya

da zihinsel eylemler olarak açıklanmaktadır (11). Kişide, takıntılar ve zorlantılar tek başına olabileceği gibi, bir arada da bulunabilmektedir (12).

### **1.1.2.Tarihçe**

Din kitaplarında takıntı ve zorlantılara benzeyen düşünce ve davranış örnekleri bulunmaktadır. Dini ve büyüsel ritüellerin kaynağında yüksek oranda OKB'dekine benzer savunma mekanizmaları bulunmaktadır. Takıntı ve zorlantı ile ilgili ilk bilgilerin Orta Çağ'a dayandığı bildirilmektedir. Kutsal kitaplarda 11. Yüzyılın ilk yarısında İsrail Kralı Saul'u şeytandan gelen zararlı düşüncelerin(takıntı) ele geçirdiği, damadı David'in ise arp çalarak zararlı düşüncelerden onu kurtardığı bildirilmiştir. 16. Yüzyılda Shakespeare'ın eserinde Lady Machbet karakteri ile suçluluk duygusundan kaynaklanan kirlenme takıntısının ve temizlik zorlantısının özgün örneği verilmiştir (11). OKB'nin bilim alanına girmesi ise ilk olarak Fransız Psikiyatrist Jean Dominique Esquirel'in 1838'de OKB'ye çok benzeyen bir tıbbi bozukluğu 'monomania' yani bir tür kısmi sanrı olarak nitelendirmesi ile olmuştur. 19.yüzyılın sonlarında nörasteni olarak sınıflandırılmıştır. 20.yüzyılın başlarında Pierre Janet obsesif hastaları psikasteni adı altında aşırı anksiyöz ve kuşkucu özellikleri olan anormal mizaçlı kişiler olarak nitelendirmiş, beş yaşında girici ve tekrarlayıcı düşünceleri olan psikastenik bir çocuk rapor etmiştir. Bu olgu pediatrik OKB'nin ilk klinik tanısı olarak kabul görmektedir.

Günümüzde OKB, American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ve International Classification of Diseases (ICD) tanı sistemleri ile sınıflandırılmaktadır. OKB, 1968 yılında yayımlanan DSM-II ile ilk defa çocukluk dönemi psikiyatrik hastalıkları arasında yer almıştır. DSM-III'te OKB tanımında, takıntılarının hastalığın başlangıç döneminde bile olsa egodistonik olması gerektiği açıklanmıştır (13). DSM IV'te ise OKB kaygı bozukluğu alt grubu olarak belirtilmiştir (14). ICD-10'da ise nevrotik-stresle ilişkili somatoform bozukluklar grubunda tanımlanmıştır (15). DSM IV ile birlikte hastanın takıntı ve/veya zorlantılarını fazla ya da mantıksız olarak değerlendirmedeği durumda "İçgörüsü az" alt tip kodlaması ile bir tanımlama getirilmiş olup, çocuk hastalarda 'kişi takıntı ve zorlantılarının aşırı anlamsız olduğunu bilir' tanı ölçütünün

karşılanmayabileceği açıklanmıştır (14). 2013 yılında yayımlanan DSM-V tanı ve sınıflandırma sisteminde ise OKİB başlığı tanımlanmıştır (16). Daha önce Dürtü Denetim Bozuklukları (DDB) başlığında yer alan TTM, Somatoform Bozukluk kategorisinde yer alan BAB, OKB ile birlikte OKİB başlığında yer almıştır. OKİB başlığında yer alan diğer hastalıklar DSM-V ile birlikte ayrı tanılar olarak ele alınmış olan DYB ve BB'dir. Özetle OKB, DSM-V'te BB, TTM, BAB ve DYB ile aynı alt başlıkta yer almaktadır (16).

### **1.1.3.Epidemiyoloji**

OKB'nin yaşam boyu prevalansı %1-3 arasında olup, klinikte en sık görülen ruhsal hastalıklardan biridir (17). Önceleri çocuk ve ergenlerde nadir görüldüğü düşünülse de gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalarda çocuk ve ergenler arasındaki prevalansının %0.25-%4 arasında olduğu bulunmuştur (18). OKB tanısı alan kişilerin yaklaşık yarısında, belirtilerin ergenlikten önce başladığı düşünülmektedir (19).

Çocukluk çağı OKB çalışmalarının çoğu, erkek/kadın oranını 2/1 ile 3/2 olarak bulmaktadır (20). Yapılan çalışmalar OKB'nin çocukluk döneminde erkeklerde daha sık olduğunu bildirirken ergenlik döneminde cinsiyetler arasındaki sıklık farkının kaybolduğu görülmüştür(21). Bir başka araştırmaya göre erkekler daha çok çocukluk döneminde etkilenirken, erişkinlik döneminde kadınlar erkeklere göre daha çok etkilenmektedir (16).

### **1.1.4.Etiyoloji**

#### **1.1.4.1.Genetik**

Çocuk çağı OKB'nin nedeni, bugüne kadar yapılan çokça önemli çalışmalara rağmen, çok iyi anlaşılammıştır (18). İkiz çalışmaları ve aile araştırmalarından elde edilen veriler, genetik yatkınlığı kuvvetli bir şekilde desteklemektedir (22). İkiz çalışmaları, genetik etmenlerin çocuklarda OKB'nin varyansının %45-65'ini açıkladığını göstermiştir (23). Bu çalışmalar ayrıca OKB'nin, gençlerdeki anksiyete bozukluğuna ve depresyona göre daha yüksek bir kalıtım derecesi olduğunu belirtmektedir (24). İlginç bir şekilde, OKB'nin kalıtsallığı pediatrik grupta yetişkin kohortlarına kıyasla daha yüksek görünmektedir (23). Genom çapında ilişkilendirme araştırmalarının verileri ve aday gen araştırmalarının meta-analizleri, OKB üzerindeki genetik faktörün

çok genli olduğunu ve fenotip üzerinde nispeten küçük bir etki sergileyen birçok genin dâhil olduğunu ileri sürmektedir (25–27). Özellikle serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik sistemdeki genlerin OKB'yi etkilediği görülmektedir (28).

#### **1.1.4.2.Yapısal, Nörogörüntüleme**

OKB'nin nöropsikolojik modelleri, OKB'nin frontostriatal devrelerdeki değişikliklerden kaynaklandığını ileri sürmektedir (18). Orbitofrontal korteksin hiperaktivasyonunun, tehdit ve zararlarla ilgili kalıcı düşüncelere (yani obsesyonlara) aracılık ettiği ve bunun da algılanan tehdidi etkisiz hale getirme girişimlerine (yani kompulsiyonlara) yol açtığı öne sürülmüştür. OKB'si olan çocuklarda ve de yetişkinlerde medial ve lateral orbitofrontal kortekste artmış aktivasyona dair fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarından sağlam kanıtlar vardır (28). İlginç bir şekilde, genetik olarak OKB riski taşıyan OKB hastalarının etkilenmemiş akrabalarında da orbitofrontal beyin disfonksiyonu bulunmuştur (29).

#### **1.1.4.3.Çevresel, Psikososyal**

Genetik faktörler OKB'yi açıkça etkilerken, çevresel faktörler de önemli bir rol oynamaktadır, ancak bu etkiler hakkında çok az şey bilinmektedir. Bu konu ile ilgili birkaç prospektif çalışma yapılmıştır ancak sonuçlar tutarsızdır. Örneğin, boylamsal bir çalışmada, sosyal izolasyon, fiziksel istismar ve olumsuz duyarlılığın, yetişkin bir OKB teşhisinin spesifik belirleyicileri olduğunu bulmuştur (30).

Son 10-15 yılda, streptokok enfeksiyonundan sonra ani başlangıçlı OKB ve/veya tikler yaşayan bir grup çocukla ilgili klinik kanıtlar ortaya çıkmıştır. Bu grup çocuklara orijinal olarak PANDAS (streptokokla ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar) kısaltması verilmiştir (31).

#### **1.1.5.Klinik Görünüm**

OKB olan çocuk ve ergenlerde en sık görülen takıntı; yetişkinlere benzer şekilde kirlenme ve bulaş korkusudur (32). Kendine ve sevdiğilerine zarar geleceği korkusu, simetri ve düzenle ilgili takıntılar, saldırganlık, cinsellik ve dinle ilgili takıntılar diğer sık görülen takıntılardır.

#### **1.1.6.Tanı Kriterleri**

OKB'nin DSM-V tanı kriterleri Şekil-1'de gösterilmiştir.

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

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

1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

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

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

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

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

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

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

D. Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; beden algısı bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilininin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığını farkındadır.

İç görüşü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sarımsal inanışlar: Kişi inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

**Şekil-1: Obsesif Kompulsif Bozukluk DSM-V Tanı Kriterleri (16)**

## 1.2.Trikotillomani

### 1.2.1.Tanım ve Tarihçe

TTM terimi; thrix (saç), tillein (çekme), mani (delilik) sözcüklerinin birleşiminden oluşur. Trikotillomani, ilk kez 1899 yılında Fransız dermatoloji hekimi Hallapeau tarafından; kişinin kendi saç, kirpik ve sakallarını çekmek için

karşı konulamayan bir dürtü şeklinde belirtmiştir. Zamanla “trichotilohabitus”, “trikotilosis” ve “trikotilotik” terimleri de seçenek olarak tanımlanmıştır.

Tıbbi yazında ilk kez DSM-III-R'yle birlikte; ayrı bir teşhis olarak belirtilmiştir. TTM, DSM IV'te dürtü denetim bozuklukları başlığı altında yer almıştır (14). ICD10'da ise; psikolojik bozukluk ve fiziksel faktörlerle ilişkili davranışsal sendromlar başlığı altında belirtilmiştir (15). OKB ile ilişkisi uzun yıllardır tartışılan ve araştırılan TTM; DSM-V ile birlikte OKİB başlığına eklenmiş olup DSM-IV-TR'de bahsedilen yolma davranışı öncesi gerginlik duyumunun her hastada olmaması, tanı kriterlerinden çıkarılmıştır (16). DSM-V ve DSM-V TR'de OKİB başlığında yer alsa da; nedeni ve nörobiyolojisine ilişkin yetersiz veriler olması sebebiyle hangi başlık altında sınıflandırılması gerektiği halen tartışmalı bir konudur.

### **1.2.2.Epidemiyoloji**

Epidemiyolojik çalışmalar eksik olsa da, tahmini yaygınlık verileri, genel popülasyonun %0.5-2'sinin bu hastalıktan muzdarip olduğunu göstermektedir (33). Bununla birlikte, TTM'den muzdarip olan bazı kişiler durumlarından utandıkları ve yardım almadıkları için gerçek prevalans elde ettiğimiz verilerden daha yüksek olabilir (34).

Pediyatrik popülasyondaki epidemiyolojik veriler nispeten azdır, ancak yaşam boyu yaygınlığın %1-3 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Yaygın olarak kafa derisi, kaşlar, kirpikler ve kasık bölgesindeki kılların koparıldığı bilinmektedir (35). Ekstremitte kılları, koltuk altları ve göğüs kılları da koparılan bölgelerden biridir (33).

### **1.2.3.Etiyoloji**

#### **1.2.3.1.Genetik, Yapısal, Nörogörüntüleme**

Bir ikiz çalışması, monozigotik ikizlerin dizigotik ikizlerden daha yüksek konkordansa sahip olduğunu göstermektedir (36). Yapılan ilk genetik çalışmalar, özellikle serotonerjik genlerdeki varyantların TTM gelişiminde yer aldığını göstermektedir (37). Bu alandaki nöroyapısal ve nörokimyasal çalışma sayısındaki kısıtlılıklar nedeniyle spesifik bir nörotransmitter kesin olarak gösterilememiştir, bu sebeple TTM'nin klinik tedavisi ile ilgili olarak henüz bir kılavuz olarak kullanılamazlar.

### **1.2.3.2.Çevresel, Psikososyal**

Amerika'da TTM'li küçük çocuklarla yapılan bir çalışmada, hepsinin ebeveynlerinde boşanma, evsizlik, işsizlik veya akıl hastalığı gibi ailesel stres faktörlerine sahip olduğunu bulmuştur (38). Daha büyük çocuklarda ve gençlerde bu konuda sistematik bir araştırma yapılmamıştır.

### **1.2.4.Klinik Görünüm**

TTM en sık kişinin kafa derisinden saç yolmasıyla kendini gösterir, ancak TTM'li kişilerde kaş, kirpik ve kasık kıllarını yolma da görülür. TTM'li kişiler genellikle başparmak ve işaret parmaklarını kullanırlar, ancak bazıları saç yolmak için cımbız kullanır. Saç tellerinin ne kadar süreyle, ne kadar süreyle alındığı ve vücutta bir veya birden fazla yerden alınıp alınmadığı TTM'li her bireyde farklılık gösterir (39).

Saç toplamının, otomatik ve odaklanmış olmak üzere 2 farklı yolu vardır (40). Otomatik toplama, davranışa dikkat edilmeden yapılır. Bu genellikle bireyler rahatlatıcı bir aktiviteyle meşgulken olur ve bireyler sonuçları görene kadar (örneğin, yerdeki saçlar) saç yolduklarının farkına varmazlar. Odaklanmış toplama ise amaçlı bir süreçtir ve amaç çoğunlukla zevk almak, stresi azaltmak veya rahatsızlık veren tüyleri almaktır. Bu yolma stiline sahip kişiler, genellikle tüylerin belirli özelliklerine (uzunluk, renk, doku, konum) göre hangi tüylerin alınacağını seçerler ve bu tüyler alındığında, TTM'li kişi bir tatmin duygusu yaşar. Yolma işleminden önce genellikle fırçalama, tek tek tüyleri hissetme, çekme, kafa derisini ve saç çizgisini görsel olarak inceleme gibi ritüeller ve rutinler gelir.

### **1.2.5.Tanı Kriterleri**

TTM'nin DSM-V tanı kriterleri Şekil-2'de gösterilmiştir.



A. Sa yitimi ile sonuçlanacak biçimde kişinin yineleyici olarak saçını yolması.

B. Yineleyici olarak sa yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri.

C. Sa yolma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, iřle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte dūřmeye neden olur.

D. Sa yolma ya da sa yitimi başka bir sağlık durumuna (rn. dermatolojiyle ilgili bir durum) bağlanamaz.

E. Sa yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (rn. beden algısı bozukluğunda dış görünümle ilgili algılanan kusur ya da zr düzeltme girişimleri).

**şekil-2:** Trikotillomani DSM-V Tanı Kriterleri (16)

### **1.3.Deri Yolma Bozukluğu**

#### **1.3.1.Tanım ve Tarihçe**

Psikojen deri yolma; altta yatan bir cilt problemi olmadan, cilt dokusunda tahribata sebep olan ve derinin aşırı, yineleyici şekilde yolma davranışı olarak tariflenmektedir. Değişik kaynaklarda kompulsif deri yolma, nevrotik ekskoriasyon, dermatillomani, psikojenik ekskoriasyon şeklinde tanımlanabilmektedir (41).

Patolojik deri yolma ilk olarak 1898 yılında Fransız bir dermatoloji hekimi tarafından adolesan kızlarda tekrarlayıcı ve kontrolsüz bir şekilde akne yolma şeklinde tariflenmiştir (42). Psikojenik deri yolma, ICD-10 ve DSM-IV-TR'de "Başka Türlü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu" başlığı altında yer almaktadır (14,15). DSM-V'te; OKB ile komorbidite oranının ykseklėi ve OKB'deki zorlantı ile psikojenik deri yolmadaki yolma davranışının kontrol edilemeyen doğası sebebiyle OKB ile benzerliği konusunda fikir birliğine varılmış olup ilk defa ayrı bir teşhis olarak OKİB başlığı altında tanımlanmıştır(16,43).

#### **1.3.2.Epidemiyoloji**

Psikojenik deri yolmanın sıklığı hakkında özellikle çocukluk çağına ilişkin veriler yetersizdir. Tahmini yaşam boyu yaygınlığı %1,4 veya daha yüksektir (44). ocuk-ergen kliniğinde yatan hastalar üzerinde yapılan bir

araştırmada, hastaların %11,8'inde DYB tespit edilmiştir (45). Yapılan çalışmalarda; OKB, TTM ve BAB ile komorbidite oranının fazla olduğu belirtilmekle birlikte bu yüzdeler birçok çalışmada farklılık göstermiştir.

### 1.3.3.Etiyoloji

DYB etiyolojisi hakkında bilgiler sınırlıdır. İkiizlerle yapılan bir araştırmada; ikiizlerin %1,2'sinin deri yolma bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı; dizigotik ikiizler ile kıyaslama yapıldığında, monozigotik ikiizlerde bu oranın daha fazla oranda olduğu gösterilmiştir (46). Ayrıyeten OKB ve TTM'li hastalarının ailelerinde fazla oranda DYB tespit edilmesi de hastalığın genetik özelliğini doğrulamaktadır (47).

DYB'nin nörobiyolojisi hakkındaki bilgiler de kısıtlı olmakla birlikte; dopaminerjik agonistlerin deri yolma belirtilerini artırdığı birçok kaynakta gösterilmiştir. Madde kötüye kullanımı olan, özellikle metamfetamin ve kokain başta olmak üzere, hastalarda kontrolsüz yolma paternine bağlı deri lezyonlarının meydana geldiği belirtilmiştir (48).

### 1.3.4.Klinik Görünüm

Deri yolma davranışı toplumda yaygın olarak görülür ve sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte ortaya çıktığını gösteren çalışmalar mevcuttur (44). Başlangıçta oluşumu odaklanmış ve bilinçlidir, belli bir süre sonra otomatik ve bilinçsiz hale gelmektedir (49). Bu ilerleme trikotillomaninin özelliklerine benzemektedir (50).

### 1.3.5.Tanı Kriterleri

DYB'nin DSM-V tanı kriterleri Şekil-3'te gösterilmiştir.

- A. Deride berelenme (lezyon) ile sonuçlanan yineleyici deri yolma.
- B. Yineleyici olarak deri yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri.
- C. Deri yolma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- D. Deri yolma, bir maddenin (örn. kokain) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. uyuz hastalığı) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- E. Deri yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. psikozla giden bir bozuklukta sanrılar ya da dokunsal varsanılar, beden algısı bozukluğunda dış görünümle ilgili algılanan kusur ya da özü düzeltme girişimleri, basmakalıp davranış bozukluğunda basmakalıp davranışlar ya da intihar amaçlı olmayan kendi kendini yaralamada kendine zarar verme amacı).

**Şekil-3:** Deri Yolma Bozukluğu DSM-V TR Tanı Kriterleri (16)

## **1.4.Biriktiricilik Bozukluğu**

### **1.4.1.Tanım ve Tarihçe**

Biriktiricilik ya da istifçilik klinik anlamda; işlevsiz ya da kısıtlı değere sahip olan çok sayıda eşya edinme ve atmada başarısızlık, günlük hayatı etkileyebilecek seviyede nesne kalabalıklığı, biriktirme davranışının sonucunda açık bir şekilde sıkıntı ya da işlevsellikte bozulma şeklinde tanımlanmaktadır (51). Önceleri biriktirme semptomu, obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) bir alt tipi veya obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun kısmi bir belirtisi olarak kabul edilmekteydi (52). BB ise, DSM-V'teki OKİB kategorisinde yeni listelenen bir hastalıktır.

### **1.4.2.Epidemiyoloji**

Yakın tarihli bir popülasyon temelli çalışma, BB'nin genel prevalansının yaklaşık %2 olduğunu bulmuştur (53). Kültürel yönlerle ilgili olarak, Doğu ve Batı ülkelerinde kültürler arası bir çalışma, Birleşik Krallık, İspanya, Japonya ve Brezilya da dahil olmak üzere incelenen ülkelerde var olduğunu ve benzer fenomenoloji ile ortaya çıktığını göstermiştir (54).

BB'nin çocuk ve adölesanlarda görülme sıklığına dair bilgiler yetersizdir ancak yetişkin prevalansına benzer olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Biriktirme sorunlarının en sık yaşlı bireylerde görüldüğü bilinmekle beraber yapılan retrospektif araştırmalar biriktirme semptomlarının % 70'inin 20 yaştan önce başladığını göstermektedir (55). Akıncı ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmaya göre 10-14 yaş arası çocuk ve ergenlerde tahmini BB prevalansı %0,98 olarak bulunmuştur (56).

### **1.4.3.Etiyoloji**

İkiz çalışmaları, biriktirme davranışlarındaki varyansın %50'ye varan kısmının genetik olarak bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir (57). Veriler, genlerin ve çevrenin etkisini tam olarak ayırtıramasa da, BB'nin etiyolojisinde güçlü bir ailesel bağlantı olduğunu düşündürmektedir (58).

### **1.4.4.Klinik Görünüm**

BB olan hastalar, değerli olsun ya da olmasın sahip oldukları şeyleri elden çıkarmakta ve bunları organize etmekte zorlanırlar. Sonuç olarak eşyalar yaşam alanından taşmakta ve yaşam fonksiyonlarını engellemektedir.

Biriktirme semptomu, bugüne kadar OKB'nin alt türü olarak kabul edilmiş olmakla birlikte, son araştırmalar, biriktirme ve diğer alt tipler arasında başlangıç, seyir, içgörü derecesi ve tedavi yanıtları dâhil olmak üzere klinik özelliklerde birçok farklılık olduğunu ortaya koymuştur (52).

#### 1.4.5.Tanı Kriterleri

BB'nin DSM-V tanı kriterleri Şekil-4'te gösterilmiştir.

A. Gerçek değeri ne olursa olsun, sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte sürekli olarak bir güçlük çekme.

B. Bu güçlük, söz konusu nesneleri saklamanın gerekliliği algısından ve onları elden çıkartmanın yarattığı sıkıntıdan kaynaklanır.

C. Sahip olduklarını elden çıkarma güçlüğü, bu nesnelerin birikmesi ile sonuçlanır, dolayısıyla bunlar yaşam alanlarını kaplar, ortalığa yığılır ve büyük ölçüde kullanım amaçlarından uzaklaşır. Yaşam alanlarında bir yığıntı yoksa, bu ancak üçüncü kişilerin (örn. aile bireyleri, temizlikçiler, yetkili kişiler) girişimleriyle sağlanmıştır.

D. Biriktiricilik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında (kendisi ve başkaları için güvenli bir çevreyi sürdürmeyi de kapsar) işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Biriktiricilik, başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (örn. beyin yaralanması, serebrovasküler hastalık, Prader-Willi sendromu).

F. Biriktiricilik, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. takıntı-zorlantı bozukluğundaki takıntılar, majör depresyon bozukluğunda içsel gücün azalması, şizofreni ya da psikozla giden diğer bozukluklarda sanrılar, majör nörobilişsel bozuklukta bilişsel eksiklikler, otizm açılımı kapsamında bozuklukta kısıtlı ilgi alanları).

Varsa belirtiniz:

- İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, biriktiricilikle ilgili inanışlarının ve davranışlarının (nesneleri elden çıkartmakta güçlük çekme, yığma ya da aşırı edinmeyle ilgili olarak) sorunlu olduğunun ayırımındadır.

- İçgörüsü kötü: Ters kanıtlar olmasına karşın, genelde kişi, biriktiricilikle ilgili inanışlarının ve davranışlarının (nesneleri elden çıkarmakta güçlük çekme, yığma ya da aşırı edinmeyle ilgili olarak) sorunlu olmadığına inanır.

- İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Ters kanıtlar olmasına karşın, kişi, biriktiricilikle ilgili inanışlarının ve davranışlarının (nesneleri elden çıkarmakta güçlük çekme, yığma ya da aşırı edinmeyle ilgili olarak) sorunlu olmadığına tam olarak inanır.

**Şekil-4:** Biriktiricilik Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri (16)

### 1.5.Beden Algısı Bozukluğu

#### 1.5.1.Tanım ve Tarihçe

Beden algısı bozukluğu, bireyin gözle görülmeyen veya diğerlerine göre hafif gözükken, dış görünüşüyle alakalı olarak algılanan kusurlarla aşırı meşgul olma ile karakterize olan ciddi bir ruhsal bozukluktur.

Yıllardır "dismorfofobi" adı ile bilinen BAB, tanı kılavuzlarına ilk kez dismorfofobi adı ile DSM-III'te girmiştir. DSM-III'te dismorfofobi, "Atipik somatoform bozukluk" olarak tanımlanmış fakat tanı kriterleri yer almamıştır.

DSM-III-R'de ise; fobik kaçınmaya neden olmadığından dismorfofobi terimi kabul görmeyip ilk kez beden dismorfik bozukluğu olarak adlandırılmış (59). DSM-IV'te somatoform bozukluklar başlığında yer almış ve sanrısız düzeyde zihinsel uğraş cümlesi tanımlama kriterlerinden çıkarılmıştır (14). ICD-10' da ise hipokondriazisin bir çeşidi olarak belirtilmiştir (15). OKB ile klinik, fenomenolojik ve etiyolojik olarak benzeşen yönleri sebebiyle DSM V ile birlikte OKİB kategorisinde yer almıştır (16). Fakat sınıflandırılma konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir.

### **1.5.2.Epidemiyoloji**

Bir topluluk örneğinde BAB'nin ağırlıklı prevalansı %2 civarındadır, ancak klinik ortamlarda ve kozmetik ve dermatolojik ortamlarda bu oran daha yüksektir. Genel popülasyondaki çocuklar ve ergenlerdeki yaygınlığını inceleyen bir çalışmada yaygınlık %2,2 bulunmuştur (60).

Bozukluk ortalama olarak 16-17 yaşlarında ortaya çıkıyor gibi görünse de çocuklarda ve ergenlerde çok az çalışılmıştır (61). Bireylerin semptomlarını doktorlarına veya psikoloğa bildirmemeleri yaygındır, çünkü bu bireyler büyük bir utanç ve olumsuz tepki korkusu yaşarlar. Bu sebeple yaygınlığın bilinenden çok daha fazla olduğu düşünülmektedir (60).

### **1.5.3.Etiyoloji**

BAB'nin etiyolojisinin biyolojik, kültürel, psikososyal ve nöropsikolojik faktörlerden geliştiği görülmektedir (62). Bir araştırmada, çocukluk döneminde ebeveyn ihmali veya duygusal, fiziksel veya cinsel istismar öyküsünün BAB ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Aynı araştırmada, BAB'si olan bireylerin sağlıklı kontrollere kıyasla erken çocukluk döneminde daha fazla travmatik olay yaşadıklarını bildirmektedir (63). BAB'nin genetik bir bileşeni olabileceği iddia edilmektedir, çünkü çalışmalar birinci derece akrabalarında bu durumla olan bireylerin genel popülasyondan üç ila sekiz kat daha fazla BAB yaşadıklarını göstermiştir(62).

### **1.5.4.Klinik Görünüm**

BAB genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde başlamaktadır. Algılanan görünüm kusuruyla meşgul olma tipik olarak günde birkaç saat sürer ve bunu sıklıkla tekrarlayan davranışlar izler (örneğin ayna kontrolü ve deri

yolma gibi). BAB, işte veya okulda önemli sıkıntı ve/veya bozulmaya yol açar ve MDB, alkol veya madde kullanım bozukluğu, sosyal fobi ve OKB ile yüksek oranda komorbidite göstermektedir (60). Genellikle yüksek düzeyde işlev bozukluğu, düşük yaşam kalitesi, depresyon ve yüksek intihar riski gibi ciddi sonuçları vardır (63).

### 1.5.5.Tanı Kriterleri

BAB'nin DSM-V tanı kriterleri Şekil-5'te gösterilmiştir.

A. Dış görünümünde, başkalarınca gözlenebilir olmayan ya da başkalarınca önemsenmeyecek, bir ya da birden çok kusur ya da özür algılama düşünceleri ile uğraşır durma.

B. Kişi, bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman, dış görünümüyle ilgili kaygılarından ötürü yinelemeli davranışlarda (örn. aynaya bakıp durma, aşırı boyanma, derisini yolma, güvence arayışı) ya da zihinsel eylemlerde (örn. dış görünümünü başkalarıyla karşılaştırma) bulunur.

C. Bu düşünsel uğraşlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Dış görünümle ilgili bu düşünsel uğraşlar, bir yeme bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri olan bir kişide, vücut yağı ya da ağırlığı ile ilgili kaygılarla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Kas algısı bozukluğu ile giden: Kişi, vücut yapısının çok küçük ya da yeterince kaslı olmadığı düşüncesi ile uğraşır durmaktadır. Kişinin, çoğu zaman olduğu gibi, diğer vücut bölgeleriyle ilgili düşünsel uğraşları da olsa bu belirleyici kullanılır.

Varsa belirtiniz:

Beden algısı bozukluğu inanışlarıyla ilgili içgörü derecesini belirtin (örn. "Çirkin görünüyorum" ya da "Biçimsiz görünüyorum").

• İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığına ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımıdır.

• İçgörüsü kötü: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

• İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

**Şekil-5:** Beden Algısı Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri (16)

### 1.6.Endofenotip Kavramı

Endofenotipler, çok genli bozukluklar için genetik riski, davranışsal ve klinik fenotiplerden biyolojik olarak daha izlenebilir seviyelerde yansıttığı düşünülen, nesnel, kalıtsal ve niceliksel değişkenlerdir (5). Bu değişkenlerin, genler ve klinik belirtiler arasındaki nedensel zincirdeki boşluğu doldurabileceği, hastalıktan muzdarip olma riski olan insanları belirleme ve yeni tedavi algoritmaları oluşturmada değerli olabileceği düşünülmektedir (6,7). Ayrıca karmaşık mental hastalıkların hem tanısal sınıflandırmasını hem de etiyolojisini netleştirmeye yardımcı olacağı düşünülmektedir (5). Çeşitli

ruhsal hastalıklarda nöropsikolojik defisitlerin potansiyel birer endofenotipik belirteç olduğu bildirilmiştir (8). Endofenotiplerin, hastalığın oluşmasına zemin hazırlayan genlerin belirlenmesinde ve hastalıkla ilişkili kalıtsal riskin değerlendirilmesinde mühim olduğu bilinmektedir.

### **1.6.1.Psikiyatride Endofenotip Kavramı**

Şizofrenide genetik teorileri özetleyen bir araştırmada endofenotipler, biyokimyasal tetkik veya mikroskopik incelemeyle keşfedilebilen dahili fenotipler şeklinde tanımlanmaktadır (64,65). Endofenotipler, psikiyatride teşhis, sınıflandırma ve hayvan modellerinin geliştirilmesi dâhil olmak üzere ek kullanımlara sahip olabilir. Psikiyatrideki mevcut sınıflandırma şeması, klinik tanımlama ve iletişim ihtiyacını ele almak için gözlemlenebilir klinik temellerden türetilmiştir (66). Endofenotipler, psikiyatrik bozuklukların altında yatan genetik veya biyolojik patofizyolojinin ölçülerine dayanmamaktadırlar (67). Gottesman ve Gould tarafından yapılan bir çalışmada multifaktöriyel ve poligenetik kalıtım paterni gösteren ruhsal hastalıkların etiyolojik modellerinin oluşturulmasında, genotip ile fenotip arasında direkt olarak neden-sonuç ilişkisi kurmanın her zaman muhtemel olmadığı belirtilmiş, hastalığın klinik semptomlarıyla genler arasındaki eksik halkaların tamamlanabilmesi için internal ara fenotipler (endofenotip) tanımlamanın gerekli olduğunu belirtmişlerdir (8). Endofenotiplerin, üst-düzey fenotip ile etiyolojiyle daha yakından alakalı olan belirteçlerin ayrıştırılmasında anahtar rol oynadıkları belirtilmektedir (7).

Psikiyatrik genetikte belirteçlerin tanımlanması için faydalı kriterler önerilmiş (68) ve Gottesman ve arkadaşlarının bir çalışmasında endofenotiplere uygulanmak üzere uyarlanmıştı:

- 1.Endofenotip, popülasyondaki hastalık ile ilişkilidir.
- 2.Endofenotip kalıtsaldır.
- 3.Endofenotip öncelikle durumdan bağımsızdır (hastalık aktif olmaksızın bir kişide kendini gösterir).
- 4.Aileler içinde, endofenotip ve hastalık birlikte ayrışmaktadır.

Daha sonra karmaşık kalıtım örüntüleri sergileyen hastalıkların endofenotiplerinin belirlenmesinde yararlı olabilecek "Etkilenen aile üyelerinde

bulunan endofenotip, etkilenmeyen aile üyelerinde genel popülasyona göre daha yüksek oranda bulunur.” şeklinde bir kriter daha eklenmiştir (69).

### **1.6.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklarda Endofenotip**

OKB'nin nörobilişsel endofenotiplerinin tanımlanmasının, tanının en uygun şekilde açıklanması, mevcut ve yeni tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi, hastalık şiddetinin saptanabilmesi ve hastalığın genetik paterninin izole edilmesi konusunda yararlı olacağı düşünülmektedir (70). Herhangi bir biyolojik değişkenin endofenotip olarak belirtilebilmesi için, hastalıkla ilişkili, genetik oranının yüksek, tıbbi durumdan bağımsız ve toplumla kıyaslandığında hasta olmayan aile bireylerinde dahi kusurlu olduğunun gösterilmesi gerekmektedir (71). Hastalığa özgü nörofizyolojik bozukluklar, birçok ruhsal bozuklukta potansiyel endofenotipler olarak kabul edilmektedir (72). Daha önce yapılmış araştırmalar, OKB'de özellikle planlama, bilişsel esneklik, tepki-inhibisyon ve karar verme gibi yürütücü işlevlerde bozulmalar olduğunu göstermekte olup OKB'nin patofizyolojisinde frontal korteks defisiti olduğu hipotezini desteklemektedir (73). OKB'li olgularla birinci derece aile bireylerinin kıyaslandığı nöropsikolojik araştırmalarda, yanıt-inhibisyonu, bilişsel esneklik, planlama, karar verme ve belleğin de dâhil olduğu bir grup yürütücü işlev bozukluğu OKB için endofenotip olarak önerilmiştir (74). Çocuk hastalarda OKB için önerilen nörobilişsel endofenotipler: bilişsel esneklik, tepki engelleme, hafıza, planlama, karar verme, eylem izleme ve tersine öğrenme olarak saptanmıştır (10). Pediyatrik hastaların belirsizlik altında karar verme, planlama ve görsel çalışma belleği ile ilişkili beyin hatasına bağlı olumsuzluklarda güçlü artışlar sergilediği bulunmuştur, ancak diğer bilişsel alanlarda eksiklikler konusunda kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Nörobilişsel işlevsellik ve daha yakın zamanda da işlevsiz inançlar, OKB'de aday endofenotipler olarak öne sürülmüştür. Duyusal aşırı tepki de, Moreno-Amador ve arkadaşları tarafından bu yıl yapılan bir çalışmada OKB'de ve OKB spektrumunda potansiyel bir endofenotip olduğu ifade edilmiştir (75).

Odlaug ve arkadaşlarının bir çalışmasında TTM'de ve onların sağlıklı birinci derece akrabalarında, bozulmuş tepki inhibisyonu ve sağ orta/alt frontal



girusta aşırı kortikal kalınlık olduğu tespit edilmiş olup, bu bulguların TTM için aday endofenotipleri temsil ettiği belirtilmiştir (76). Bu bulgular OKB için tanımlanmış olanlarla sınırlı bir ölçüde örtüşmektedir.

DYB'de yapılmış bir aday endofenotip çalışması olmamakla birlikte bu hastaların yürütücü işlevlerini araştıran çalışmalar gözden geçirildiğinde yürütücü işlevlerde eksiklik, dürtüsellik, bilişsel katılık ve tepki ketleme gibi frontal işlevlerde bozulmalar olduğuna işaret etmektedir (77,78). BAB hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada BAB'lerin set değıştirme defisiti olduğu öne sürülmekte olup potansiyel endofenotip belirteçleri olarak nörobilişsel eksiklikler vurgulanmaktadır (79). OKB ve BAB olan hastaların yürütücü işlevlerinin kıyaslandığı bir diğer çalışmada iki hasta grubu arasında anlamlı farklılık bulunamamış olup benzer aday endofenotiplere sahip olabileceklerini düşündürmektedir (80). BB ile kararsızlık birbiriyle ilişkili olup biriktirme sorunu olan kişilerin akrabalarında yüksek düzeyde kararsızlık bulunmaktadır (81). Karar vermeyi iyileştirmeyi amaçlayan bilişsel-davranışçı tedaviler, BB tedavisinde etkili bulunmuştur (82). Kararsızlık ve istifçiliğin ortak bir genetik mi yoksa çevresel etiyolojik temele mi sahip olduğu açık olmamakla birlikte kararsızlığın BB için aday endofenotip olabileceğini düşündürmektedir.

## **1.7.Bilişsel İşlevler**

Duyum ve algılardan gelen bilgiler üstünde plan ve stratejiler uygulanarak elde edilen dil, problem çözüme ve düşünme gibi oldukça karmaşık süreçlere biliş adı verilmektedir (83). Bilişsel işlevler; dikkat, bellek, yürütücü işlevler ve sosyal biliş gibi çeşitli zihinsel süreçleri kapsamaktadır (84).

### **1.7.1.Dikkat**

Dikkat, alakalı uyarıcıları seçebilme ve onlara yoğunlaşabilme kabiliyeti şeklinde tanımlanmaktadır. Dikkat tüm bilişsel işlevlerin yerine getirilmesinde şarttır ve bilişsel süreçte merkezi bir önem arz etmektedir. Dikkatin; seçici dikkat, sürekli dikkat ve bölünmüş dikkat olmak üzere 3 çeşidi vardır (85). Seçici dikkat, seçilmiş sınırlı uyarana dikkatin odaklanması şeklinde belirtilmektedir. Sürekli dikkat, dikkatin belirli bir görevde uzun bir süre

boyunca odaklanmayı sürdürmesi olarak tanımlanmaktadır. Birden fazla uyarıya aynı anda dikkat edebilme becerisine ise bölünmüş dikkat denmektedir.

### **1.7.2.Bellek**

Bilgiyi kaydetme, depolama ve geri çağırabilme yetisine bellek adı verilmektedir. Bilgi işleme prosesinde ilk olarak bir uyarı ya da veri duyu organları yoluyla beyne ulaşmaktadır. Daha sonra bu veri beyinde kodlanmaktadır. Kodlanan bu veri sonraki evrelerde de kullanılmak gayesiyle depolanmaktadır. Bu kodlama ve depolama prosesi bellek işlevleri şeklinde tanımlanabilmektedir. Bellek; süreye, zamana ve veri çeşidine göre sınıflandırılmakta olup, süre yönünden duyuşsal bellek, kısa süreli bellek ve uzun süreli bellek şeklinde üçe ayrılmaktadır (86). Bir uyarının ilk algılandığı anda beyne kaydedilmesiyle duyuşsal bellek oluşmaktadır. Kısa süreli bellek, duyuşsal bellek aracılığıyla gelen verinin bir süre zihinde tutulmasını sağlamaktadır. Bellekteki verilerin tekrarlamayla öğrenilerek uzun belleğe kaydedildiği düşünölmektedir. Uzun süreli bellek bildirimsel ve işlemsel bellek çeşitlerini kapsamaktadır. Bildirimsel bellek, bilgiyi bilinçli kaydetmekte ve bilinçli şekilde geri çağırılmakta olup anlama dayalı (semantik) ve olaya dayalı (epizodik) bellek olarak iki alt kategoriye ayrışmaktadır. Anlama dayalı (semantik) bellek gerçeklere dayalı iken; olaya dayalı bellek yer ve zaman gibi parametrelere bağılı verileri bireyin hayatındaki ayrıntılarla beraber kodlamaktadır.

Çalışma belleğı, akıl çalışırken harekete geçen kısa süreli bellek şeklinde tanımlanmaktadır. Çoğunlukla karışık bilişsel görevleri gerçekleştirebilmek için gelen verilerin geçici olarak depolanması ve düzenlenmesi olarak tanımlanmaktadır (87).

Sözel bellek için, yeni verileri kodlamak, bu verileri zaman içinde saklamak ve geri almak gibi bellek işlevleri gerekmektedir. Görsel bellek ise görsel olarak algılanan veri ile kodlanması, depolanması ve geri çağırılması arasındaki alaka şeklinde tanımlanmaktadır (88). Sözel bellek, görsel bellek ve çalışma belleğı, nörokognitif ölçömlerde ayrı ayrı test edilmektedir.

### **1.7.3.Yürütücü İşlevler**

Bu işlevler verilerin düzenlenmesi, öğrenilmiş verinin kullanıma hazır hale getirilmesi, hazırlanmış bir davranışın durdurulması, aynı anda iki ya da daha fazla zihinsel işlevin devam ettirilebilmesi, yürütülen işlevlerin amaca uygun olup olmadığının kontrol edilmesi gibi işlemleri kapsamaktadır. Genellikle bu işlevlerin başarılı olarak devam ettirilebilmesi, işlem hızını, zamansal ve mekânsal boyutta sıralamayı, plan yapabilmeyi ve alternatif üretmeye yarayan bilişsel esnekliği de gerektirmektedir (11). Yürütücü işlevler arasında kavramsallaştırma, perseverasyon, kurulumu sürdürmede başarısızlık ve öğrenme gibi, soyutlama yeteneğine ilişkin alt yetenek alanları ayrıca akıl yürütme, problem çözme, bilişsel esneklik, yaratıcılık, karar verme, planlama, bozucu etkiye karşı koyabilme ve tepki ketleme (response inhibition) bulunmaktadır (89). Klinik çalışmalar ve temel nörobilimsel çalışmalar bu işlevlerin frontal ve prefrontal korteks yapılarının fonksiyonu olduğunu belirtmektedir (90).

### **1.7.4.Sosyal Biliş**

Sosyal ilişki kurmada ve bu ilişkiyi sürdürmede gereken veriyi işleme, kodlama, depolama ve hatırlama gibi doğuştan var olup kademeli olarak yapılandırılmış bilişsel süreçlere sosyal biliş adı verilmektedir. Sosyal biliş hakkındaki çalışmalar dört temel alandan bahsetmektedir (91):

(1) Duygu işleme; duygu algısı ve duygu bilgisinin kullanılması anlamına gelmektedir.

(2) Zihin kuramı; diğerlerinin fikirleri, inanışları ve maksatları hakkında çıkarım yapma kabiliyeti şeklinde belirtilmektedir.

(3) Sosyal algı; diğerlerinin sosyal rolleri, kuralları, ilişkileri, bağlamı veya özellikleri hakkında yargıda bulunmak için sosyal ipuçlarını belirleyip kullanma şeklinde tanımlanmaktadır (92).

(4) Atıf, bireyin ya da diğer bireylerin yaşadığı olay ve hareketlerin nedenleri ile ilgili tanımlamalardır (93).

### **1.7.5.Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklarda Nörobiliş**

Yapılan alışmalar OKB hastalarında yürütme işlevi, işlem hızı, sürdürülen dikkat ve sözel olmayan bellek gibi alanlarda bozulma olduğunu göstermektedir (94–98). Yürütme işlevinin eksiklikler gösteren alt alanları arasında tepki ketleme, planlama, karar verme yer alır. Bu bulgular, yaş, cinsiyet ve eğitimin etkileri kontrol edildikten sonra bile anlamlı olmaya devam etmiştir (99).

Hem klinik gözlemlere hem de epidemiyolojik çalışmalara dayanarak, OKB klasik olarak bozulmuş bilişsel esneklikle de ilişkilendirilmiştir (100). Bu bozuklukların, kısmen, sabit ve katı düşünceler ve değişime dirençli davranış kalıpları olarak obsesyon ve kompulsiyonların klinik perspektifinden dolayı, OKB patolojisinin merkezinde olduğu dşnlmektedir.

Birkaç çalışmada premorbid fazda ve iyileşen OKB hastalarında önemli nöropsikolojik eksikliklerin varlığını bildirmiştir, bu da semptom şiddeti ile nöropsikolojik performans arasında bir ilişki olmadığını desteklemektedir (101,102). Bununla birlikte, bazı nöropsikolojik eksiklikler hastalık boyunca sabit kalabileceği gibi bazıları (rn. bileşik performans, görsel bellek ve sözel bellek) semptom şiddetine göre dalgalanma gösterebilmektedir (103,104).

### **1.8.Çalışmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı, bozuklukla ilişkili genel ve özel faktörleri aydınlatmak için OKB ve OKİB'ler genelinde nörobilişsel işleyişi incelemek ve obsesif kompulsif bozuklukla ortak olarak bozulan nörobilişsel alanları saptayıp, kuşaklar arası aktarıma yönelik aday endofenotip tanımlanması amaçlanmaktadır. Bu tez çoklu ölçekler kullanılarak ve psikometrik testler yapılarak OKB ve OKİB'lerin birkaç boyutlu yapısını da incelemeyi amaçlamaktadır.

### **1.9.Hipotez**

1.OKB ve OKİB'ler klinik görünümlerin yanı sıra nörobilişsel beceriler açısından da ayrışmaktadır.

2.OKİB'ler grup içi değerlendirmede klinik semptomatolojiye paralel olarak nörobilişsel değerlendirmede ayırışmakta ve ortak kümelenme tanımlanabilmektedir.

3.Güncel tanı kılavuzlarına ek olarak fenomonelojik tanımlamalar için nörobiliş performanslarında farklılıklar olabilmektedir.

## **2.GEREÇ ve YÖNTEM**

### **2.1.Araştırmanın Türü**

Çalışmamız, 10-18 yaş aralığında, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu ve Beden Algısı Bozukluğu tanılı olguların bilişsel işlevlerini ve nöropsikolojik test sonuçlarını kıyaslayan bir olgu-kontrol çalışmasıdır.

### **2.2.Araştırmanın Etik Kurul Onayı**

Bu çalışma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi(UÜTF) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 30.03.2022 tarih ve 2022-7/17 karar numarası ile onaylanmış bulunmaktadır.

### **2.3.Araştırmanın Örnekleme**

Çalışmada toplam beş olgu grubu bulunmakta olup çalışma örneklemini, UÜTF Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş olan 10-18 yaş aralığındaki Obsesif Kompulsif Bozukluk, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu ve Beden Algısı Bozukluğu tanısı almış hastalar oluşturmaktadır.

### **2.4.Örneklemin Seçimi**

#### **2.4.1.Gönüllülerin Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri:**

1.10-18 yaşlar arasında olma

2.UÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozuklukların belirtileri nedeniyle ayaktan başvurup DSM-V kriterlerine göre tanı almış olması

3.Hasta ve ebeveynlerinin/yasal vasilerinin çalışmaya katılmak için ayrı ayrı yazılı gönüllü onam vermesi,

4.Çalışmanın yönergesini izleyecek yetide olmak,

5.Olgunun mental kapasitesinin klinik olarak normal entellektüel işlevsellik düzeyinde olması.

#### **2.4.2.Gönüllülerin Çalışmaya Dâhil Edilmeme Ölçütleri:**

- 1.10 yaştan küçük, 18 yaştan büyük olması
- 2.Nörolojik ve/veya kronik bir hastalığının olması
- 3.Ölçek psikometrik özelliklerinin doğru bir biçimde puanlanabilmesinin gerekliliği göz önünde tutularak ölçeklerde herhangi bir soruyu boş bırakmış olması
- 4.Çalışmaya katılmak için yazılı gönüllü onam vermemesi
- 5.Ergenlerin ve ebeveynlerinin/yasal vasilerinin çalışmada uygulanacak ölçekleri doldurmasını, psikometrik testlerin uygulanmasını veya görüşmelere katılımını önleyecek kadar şiddetli ruhsal veya bedensel sorunlarının olması
- 6.Olguların görme ve/veya işitme engeli olması

## **2.5.Klinik Veri Toplama Araçları**

### **2.5.1.Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu**

Aydınlatılmış onam formu, çocuklara ve ebeveynlere araştırma kapsamında yapılacak görüşmeler ve nöropsikolojik testler hakkında kapsamlı bilgi verilmesidir. Araştırma hakkında bilgiler anlatıldıktan sonra araştırmaya katılmak için gönüllü olunması halinde doldurulan ve imzalarının alındığı bölümlerden oluşmaktadır.

### **2.5.2.Sosyodemografik Veri Formu**

OKB ve OKİB'ler için araştırmacıların oluşturduğu doğum tarihi, cinsiyet, eğitim düzeyi, demografik bilgiler, nörogelişimsel özellikler, özgeçmiş, soy geçmiş, kullanılan ilaç tedavileri, ek hastalıkların sorulduğu bir bilgi formudur.

### **2.5.3.Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş - (ÇADÖ-Y) Ebeveyn ve Çocuk Formu**

ÇADÖ-Y ebeveyn ve çocuk formu, çocuk ve ergenlerdeki DSM-IV tanı kriterlerine göre depresyon ve kaygı bozukluklarını değerlendirmek için düzenlenmiş 47 maddelik anketten oluşan bir ölçüm aracıdır. Cevap seçenekleri, dörtlü likert tipi ölçeklere dayanmaktadır (0=asla, 1=bazen, 2=sık sık ve 3=her zaman). Her iki versiyonu da altı alt ölçek (ayrılma kaygısı bozukluğu, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, yaygın

anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk) ve ayrıca total anksiyete skoru (beş anksiyete alt ölçeğinin toplamı) ve total anksiyete ve depresyon skoru (altı alt ölçeğin tamamının toplamı) vermektedir. ÇADÖ-Y'nin ebeveyn ve çocuk formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Görmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (105).

#### **2.5.4.Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) [K- SADS]**

Çocuk ve ergenlerin DSM-V tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini değerlendirmek amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Yirmi üç farklı tanı alanında değerlendirme yapabilen, bu formun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (106).

#### **2.5.5.Güçler Güçlükler Anketi (GGA)- Ergen Formu**

Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukların taramasında kullanılması için 1997 yılında Robert Goodman tarafından Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) geliştirilmiştir. Bu ölçeğin, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Ölçeğin hem elle işaretlenen hem de bilgisayarda doldurulabilen türleri mevcuttur. GGA bazıları pozitif bazıları negatif davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde 5 alt kategoride toplanmıştır. Bu kategoriler davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlardır. Her kategori kendi içinde puanlandırılır ayrıca ilk dört başlığın toplamı toplam güçlük puanını vermektedir. Sosyal davranıştaki yüksek puanlar bireyin sosyal alandaki güçlü yönlerini gösterirken; diğer dört alandaki (davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal belirtiler, akran sorunları) yüksek puanlar sorun alanlarının şiddetli olduğunu göstermektedir. Bunun yanında bireyin psikiyatrik güçlüklerle ilgili etkilenme seviyesini belirleyen etkilenme puanları da ölçekten hesaplanabilmektedir. Etkilenme puanlarının yüksek olması psikiyatrik güçlüklerin bireyi daha fazla etkilediğini bildirmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve ark. tarafından 2008 yılında yapılmıştır (107).



### **2.5.6.Güçler Güçlükler Anketi (GGA)- Ebeveyn Formu**

Bu ölçeğin, 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve de öğretmen formu bulunmaktadır. GGA bazıları pozitif bazıları negatif davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde 5 alt kategoride toplanmıştır. Bu kategoriler davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal belirtiler, akran sorunları ve sosyal davranışlardır. Her başlık kendi içinde puanlandırılır ayrıca ilk dört başlığın toplamı toplam güçlük puanını vermektedir. Etkilenme puanlarının yüksek olması ruhsal güçlüklerin bireyi daha fazla etkilediğini bildirmektedir. Türkçeye uyarlanan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve ark. tarafından 2008 yılında yapılmıştır (107).

### **2.5.7.Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (ÇYBOKÖ)**

Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçektir(108). Bu anket klinik görüşmeye dayanmakta olup takıntı ve zorlantı çeşitleri saptanmaktadır. Sorular hasta ile yapılan görüşme sonrasında görüşmeci tarafından değerlendirilip obsesyon ve kompulsyonların şiddeti puanlanır. Ölçeğin Türk örnekleme üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yücelen ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır (109).

### **2.5.8.Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET )**

Yürütücü işlevleri ölçmek için en sık kullanılan nörobilişsel araçlardan biridir. Amaç, frontal lob işlevlerinden soyutlama becerisini değerlendirmek ve alınan geri bildirimlere göre davranışlarda değişiklik yapmayı test etmektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karakaş ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (110). Testin elle işaretlenen ve bilgisayarda olmak üzere iki çeşidi vardır. Araştırmamızda, bu testin bilgisayar çeşidi kullanıldı. Testte, bilgisayar ekranında dört sembol kart yer alır (tek kırmızı üçgen, iki yeşil yıldız, üç sarı artı, dört mavi daire). Testi yapan bireyden, ekranda beliren yanıt kartını bu sembol kartlardan biriyle doğru olarak eşleştirmesi istenir. Her eşlemeden sonra ekranda beliren “doğru” ya da “yanlış” sözcükleriyle geri bildirim verilir. Art arda doğru eşleştirilen 10 karttan sonra bilgisayar yöntem değiştirir ve ayrıca, art arda doğru eşleştirilen her 10 kart tamamlanmış bir kategori sayılır. Testte toplam 128 kart vardır ve zaman kısıtlaması yoktur. Altı

kategori ya da 128 kart tamamlanınca test sona erer. Değerlendirmede, tamamlanan kategori sayısı, toplam doğru kart sayısı, toplam yanlış kart sayısı, perseveratif hatanın oranı dikkate alınmaktadır. Bu test, Berg ve Grant tarafından geliştirilmiş olup Heaton tarafından testin uygulaması, değerlendirmesi ve puanlaması tekrar gözden geçirilip standartlaştırılmıştır (102).

#### **2.5.9. Conners Sürekli Performans Testi (CPT)**

8 yaş ve üstündeki bireylerde test sırasındaki dikkat ve impulsivite seviyesini ölçmek kullanılan bir bilgisayar testidir. Testte bilgisayar monitöründe çeşitli harfler çıkar ve olgudan X dışında bir harf çıktığında boşluk tuşuna basması, X harfinde ise kendini tutup basmaması istenir. Test 14 dakika sürmektedir. İncelenen sonuç ölçütleri, ihmal hataları (bir hedefe yanıt verememe), görevlendirme hataları (hedef olmayan bir şeye yanıt verme, yani X) ve tepki süresidir. CPT testi Conners C.K. tarafından geliştirilmiştir (111).

#### **2.5.10. Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi**

Bu testte amaç, sözel öğrenmeyi ve belleği değerlendirmektir. Beş kez tekrarlanan ilk kelime listesi ile verilen ikinci listeden sonra, bireyin ne kadar oranda sözcüğü hatırlayabildiği; teste 20 dakika ara verdikten sonra ilk listeden ne kadarını hala hatırlayabildiği ölçülür. Daha sonra, bireye ilk listede olmayan yeni kelimelerin olduğu ayrı bir liste okunur. Okunan yeni kelime listesinden daha önce beş kez tekrarlanmış olan ilk kelime listesindeki aklında kalan kelimeleri tekrarlaması istenir. Değerlendirmede, beş denemede hatırlanan toplam kelime sayısı, 20 dakika sonra doğru hatırlanan kelime sayısı, toplam doğru ve yanlış tanınan kelime sayısı dikkate alınmıştır. Testin orijinal formu 1958 yılında Rey tarafından geliştirilmiştir (112). Türkçe'de standartlaştırma çalışması Öktem ve arkadaşları tarafından yapılmış ve yayınlanmıştır (113).

#### **2.5.11. Görsel Kopyalama Testi**

Görsel belleği değerlendirmede kullanılan bir testtir. Testte, üzerinde tek şekil olan üç kağıt ve iki şekil olan bir kağıttan oluşan toplam dört kağıt kullanılır. Tek şekil bulunan her kağıt ortalama 10 saniye kadar gösterilir, iki şekilli kart ise 12 saniye gösterilir. Kartlar bireye gösterilip kaldırıldıktan hemen sonra ve de 30 dakika sonra bireyden gördüklerini hatırlayıp şekilleri kağıda

çizmesi istenir. Rehber kullanılarak şekiller puanlanır. Alınabilecek en yüksek puan 41'dir. Wechsler Bellek Ölçeği'nin alt kategorilerinden biridir. Wechsler tarafından geliştirilmiş olup daha sonra yeniden düzenlenmiştir (114).

#### **2.5.12.Sayı Sembolleri Yer Değiştirme Testi**

Bu test WAIS-R(Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised)'ın bir alt testidir. Dikkati değerlendiren bir testtir. Bir ve dokuz arası rastgele rakamlar bulunan boş karelerden oluşur. Üst sırada her rakamın eşleştirildiği bir sembol bulunmaktadır. Teste katılan kişiden altmış saniye içinde, kutucuklardaki rakamlara sırayla uygun sembolleri doldurması ve sırayla ilerlemesi istenir. Altmış saniyede doğru olarak eşleştirilen sembol sayısı dikkate alınmıştır. Doğru eşleşen sayı sembol sayısı ne kadar yüksekse o kadar dikkat konusunda o kadar başarılı olduğunu gösterir.

#### **2.5.13.Kategori Akıcılık Testi**

Kategori akıcılık, belirlenmiş şartlar altında spontan kelime üretiminin(sözel akıcılığın) değerlendirildiği bir testtir. Sözel akıcılık testleri kişinin düşüncelerini bir araya getirip getiremediğini ya da ne derecede getirebildiğini değerlendirmek için iyi bir metottur. Aynı zamanda dil becerilerini değerlendirir. Bireyden belirli bir kategoriye giren kelimelerin üretilmesi istenir. Çalışmamızda kullanılan kategori hayvandır; bundan başka sebze, meyve, yiyecek ve içecek kategorileri de sık kullanılan kategorilerdir. Uygulama esnasında katılımcıdan bir dakika içerisinde aklına gelen her çeşit farklı hayvan adı söylemesi beklenir. Değerlendirmede, söylenen farklı hayvan ismi toplam sayısı ve perseverasyon sayısı dikkate alınır. Türkçe standardizasyon çalışması yapılmıştır (115).

#### **2.5.14.Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)**

Bu test duygu tanıma, görsel alan ve dil ile ilişkili becerileri kapsayan karmaşık zihinsel süreçlere dayanır. Özgün test her sayfada bir resim ve dört seçenek olacak şekilde 36 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıya 36 soruyu içeren test bataryası, 93 sözcüğü içeren sözlük ve doğru olduğunu düşündükleri yanıtları kaydetmeleri için yanıt çizelgesi verilir. Zaman kısıtlaması olmadan her sorudaki resme bakıp 4 seçenekten kendilerine en doğru geleni yanıt çizelgesinde işaretlemeleri söylenir. Testin Türkçe uyarlamasında 5., 19., 21.,

ve 34. soru güvenilirlik çalışmasında yeterli güvenilirlik göstermemesi nedeni ile testten çıkarılmıştır. Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından otizm olan çocuklardaki sosyal bilişsel işlevleri değerlendirilmek üzere geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (116).

#### **2.5.15.Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD)**

Yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Düşünce süreci bozuklukları belirtilerine hakim bir klinisyen tarafından değerlendirmenin yapıldığı bir görüşmeye ek dokuz subjektif belirti sorgulanarak TALD değerlendirmesi yapılabilir. TALD rehberindeki semptom örnekleri ve örnek sorular puanlama için yeterli olmakta ve ek bir test materyaline gerek bulunmamaktadır. Otuz alt maddeden oluşan bu test her bir alt madde için 0 (belirti yok), 4 (şiddetli) olmak üzere 5 puana kadar derecelendirilir. Testten en yüksek alınabilen puan 120'dir. Kircher ve arkadaşları tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme ile düşünce ve dil bozukluklarını saptamak için tasarlanmıştır (117). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dr. Emre Mutlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (118). Çocuk ve ergenlerdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tunçtürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (119).

#### **2.5.16.Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu (OBQ-CV)**

Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu OKB'nin merkezindeki işlevsel olmayan bilişsel inanışların saptanması için tasarlanmış 44 sorudan oluşan ve 5'li likert tarzında öz bildirim dayalı bir ölçektir. 21 soru sorumluluk/zarar beklentisi, 15 soru kesinlik/düşünce kontrolü ve 8 soru da mükemmeliyetçilik ile ilgili işlevsiz inançları saptamaktadır. Coles ve arkadaşları tarafından erişkin formundan uyarlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları M. Boysan ve arkadaşları tarafından yapılmış olup 11-17 yaş arası çocuk ve ergenlerde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir (120).

#### **2.5.17.Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGİ)**

Guy ve arkadaşları tarafından herhangi bir hastalığın şiddetinin, hastalık belirtilerindeki düzelmelerin ve ilaç tedavisi alan hastalarda yan etki şiddetinin değerlendirilmesi için tasarlanmış bir ölçüm aracıdır (121). Ruhsal

hastalığı olan bireyler hem hastalık şiddeti hem de düzelme bakımından ayrı olarak 1 ile 7 puan arasında puanlandırılmaktadırlar. Yan etki şiddeti ise 1 ile 4 puan arasında puanlanmaktadır (121).

#### **2.5.18.Çocuk Biriktirme Ölçeği (CSI)**

CSI, yerleşik psikometrik özelliklere sahip, yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Bir yetişkin öz-bildirim ölçeği olan Saving Inventory-Revised (SI-R)'ye dayanmaktadır. SI-R'deki maddeler, içeriğin ebeveynler tarafından uygulanabilir olması ve doldurulması için uygun şekilde revize edilmiş ve geliştirilmiştir. 23 maddelik anket, istifleme belirtilerinin sıklığı ve şiddeti bakımından 0'dan(hiçbir zaman) 4'e(neredeyse her zaman/çok sık) puanlanır, toplam puan 0-92 arasındadır. Puanın artması istifleme belirtilerinin arttığını gösterir. Kanıtlanmış geçerliliği ve güvenilirliği ile 8-17 yaş arası OKB olguları ve ebeveynleri üzerinde kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı  $r=0.84-0.96$  olarak bulunmuştur. Kesme puanı yoktur; ancak, yüksek puanlar daha fazla istifleme davranışını gösterir. Çocukları ve ebeveynleri ikinci bir görüşmeye davet etmede belirleyici olarak bu ölçek için eşik puan 40 olarak alınmıştır. Bu puan genellikle SI-R için belirlenen kesme puanı ile tutarlıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Mehmet Akif Akıncı tarafından 8-17 yaşları arasında 52 OKB hastası (Cronbach's alpha=0.911) ile yapılmıştır (122).

#### **2.5.19.Otomatik Düşünceler Ölçeği(ODÖ)**

Bu ölçek, Hollon ve Kendall tarafından kişinin kendine yönelik negatif otomatik fikirlerin oluşma sıklığını değerlendirmek için tasarlanmıştır (123). 30 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçüm aracıdır. Orijinalinde puanlama 30-150 arasında değişmektedir. Ölçekte elde edilen toplam puanların düzeyi, otomatik düşüncelerin oluşma sıklığını göstermektedir. ODÖ, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Şahin tarafından yapılmış olup, Cronbach  $\alpha$  iç tutarlılık katsayısı 0.93; her bir ölçek maddesinin madde toplam korelasyonunun 0,35 ile 0,69 arasında değiştiği görülmüştür (124).

#### **2.5.20.Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11)**

Otuz sorudan oluşmaktadır ve kendi içinde 5, 6, 9, 11, 20, 24, 26, 28 no.lu sorular ile değerlendirilen “dikkatsel dürtüsellik” (konsantrasyon ve dikkat

ile ilgili problemler, yarışan düşünceler, dikkatin hızlı yön değiştirmesi ve bilişsel düzensizlik), 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 30 no.lu sorular ile değerlendirilen “motor dürtüsellik” (hızlı tepkiler, acelecilik, huzursuzluk, sabırsızlık) ve 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15,18, 27, 29 no.lu sorular ile değerlendirilen “plansızlık dürtüsellığı”(gelecek yöneliminin eksikliği, kontrolünü sağlayamama, bilişsel karmaşıklığa tahammül edememe) olmak üzere üç alt kategorisi vardır. Ölçek puanlanırken toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik puanları olmak üzere dört farklı puan elde edilir. Toplam BIS-11 puanı arttıkça kişinin impulsivite şiddeti de artar. Dikkat kategorisi puanının artması kişinin daha dikkatsiz davranışlar sergilediğini; Motor alt kategorisinin puanının artması motor hareketlilikteki artışı; Plansızlık kategorisinin puanının artması, yaşamı planlamadaki istikrarsızlık ve plan yapamamayı belirtmektedir. Bütün sorular likert tipidir ve 4 kademe üzerinden değerlendirilir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Güleç ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (125).

#### **2.5.21.Deri Yolma Ölçeği - Yenilenmiş Form (SPS-R)**

Nancy J. Keuthen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (126). Deri yolma şiddetini ölçmektedir. 8 sorudan oluşur. Her soru 0-4 arası puanlanır. Toplam ölçek puanı 0-32 arasında olmaktadır. Türkçe geçerlik güvenilirliği tarafımızca yapılacak olup bilimsel kongrede sunulacaktır.

#### **2.5.22. Çocuklar için Trikotillomani Ölçeği (TSC)**

David F. Tolin ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (127). Saç çekme davranışının şiddetini ve gerginlik/işlevsellikte kaybı değerlendirmektedir. Toplamda 12 maddeden oluşmaktadır. Sorular 0-2 arası puanlanır. İlk 5 madde şiddeti ölçmektedir. (Sadece klinik kullanım için toplam 1-5 maddenin toplamı bölü 5 şeklinde hesaplanır) Diğer 7 madde gerginlik ve işlevsellikteki kaybı ölçmektedir.( Sadece klinik kullanım için toplam 6-12 maddenin toplamı bölü 5 şeklinde hesaplanır) Türkçe geçerlik güvenilirliği tarafımızca yapılacak olup bilimsel kongrede sunulacaktır.

## 2.6.İstatistiksel analiz

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc. Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiş olup araştırmamızda tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) değerleri ile belirtilmiştir. Gruplar arası kategorik parametrelerin kıyaslanmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare), kullanılmıştır. Anlamlılık bulunması halinde çoklu kıyaslama testlerinden biri olan Bonferroni testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli parametrelerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İki den fazla parametrelerin kıyaslanmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### 3.BULGULAR

#### 3.1.Sosyal ve Demografik Değişkenler

Çalışmaya 26 (%25,5) OKB, 20 (%19,6) DYB, 19 (%18,6) TTM, 19 (%18,6) BAB ve 18 (%17,6) BB tanısı olan toplam 102 hasta dahil edilmiştir. OKB grubunun %53,8'i, DYB grubunun %50'si, TTM grubunun %73,7'si, BAB grubunun %68,4'ü ve BB grubunun ise %77,8'i kız olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,261). OKB grubunun yaş ortalaması 15,0±2,0, DYB grubunun 14,2±2,4, TTM grubunun 14,3±2,0, BAB grubunun 14,5±1,9 ve BB grubunun ise 14,8±2,5 olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,560). OKB grubunun %80,8'inin, DYB grubunun %90'ının, TTM grubunun %84,2'sinin, BAB grubunun %94,7'sinin ve BB grubunun ise %83,3'ünün baskın eli sağ olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,440)(Tablo-1).

**Tablo-1:** Hastaların demografik özellikleri ve baskın elinin gruplara göre karşılaştırılması

		OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kız	14 (53,8)	10 (50,0)	14 (73,7)	13 (68,4)	14 (77,8)	0,261
	Erkek	12 (46,2)	10 (50,0)	5 (26,3)	6 (31,6)	4 (22,2)	
Yaş, Ort±SS		15,0±2,0	14,2±2,4	14,3±2,0	14,5±1,9	14,8±2,5	0,560**
Baskın el	Sağ	21 (80,8)	18 (90,0)	16 (84,2)	18 (94,7)	15 (83,3)	0,440
	Sol	2 (7,7)	2 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (5,6)	
	Her ikisi de	3 (11,5)	0 (0,0)	3 (15,8)	0 (0,0)	2 (11,1)	

\*Kikare analizi, \*\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır.

(ort: ortalama, SS: standart sapma, n: olgu sayısı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında yürüme yaşı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,004). Bu farklılık DYB grubu ile OKB, BAB ve BB grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve DYB grubunun yürüme yaşı daha yüksektir. Gruplar arasında kardeş sayısı (p=0,985), kaçınıcı çocuk olduğu (p=0,075), konuşma



yaşı (p=0,426), tuvalet eğitim yaşı (p=0,176), özel eğitim desteği (p=0,176), anaokul eğitimi (p=0,766), anaokul başlama yaşı (p=0,628), anaokul süresi (p=0,239), okula başlama yaşı (p=0,542), kaçınıcı sınıfta okumayı öğrendiği (p=0,490) ve eğitim öğretim düzeyi (p=0,695) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo-2).

**Tablo-2:** Hastaların kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, nörogelişimsel özellikleri ve okul ile ilgili özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması

		OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Kardeş sayısı, Ort±SS</b>		2,5±1,2	2,5±1,1	2,3±,7	2,5±1,3	2,5±1,5	0,985
<b>Kaçınıcı çocuk, Ort±SS</b>		1,6±,6	1,6±,8	1,3±,6	1,2±,4	1,3±,7	0,075
<b>Konuşma yaşı (ay) , Ort±SS</b>		15,1±6,3	17,5±8,0	13,0±3,7	15,6±8,6	15,7±9,1	0,426
<b>Yürüme yaşı (ay) , Ort±SS</b>		12,8±3,4 <sup>a</sup>	16,7±4,5 <sup>b</sup>	14,4±4,4 <sup>a,b</sup>	13,2±5,9 <sup>a</sup>	12,7±2,4 <sup>a</sup>	<b>0,004</b>
<b>Tuvalet eğitim yaşı (ay) , Ort±SS</b>		24,1±5,0	29,1±10,7	26,4±5,8	28,6±8,2	23,7±6,9	0,176
<b>Özel eğitim</b>	Var	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	0,176**
	Yok	26 (100,0)	20 (100,0)	19 (100,0)	19 (100,0)	17 (94,4)	
<b>Anaokul eğitimi</b>	Var	18 (69,2)	17 (85,0)	15 (78,9)	15 (78,9)	15 (83,3)	0,766**
	Yok	8 (30,8)	3 (15,0)	4 (21,1)	4 (21,1)	3 (16,7)	
<b>Anaokul başlama yaşı, Ort±SS</b>		58,7±8,9	59,3±7,6	59,1±10,3	55,6±11,0	53,6±14,8	0,628
<b>Anaokul süresi, Ort±SS</b>		14,3±5,5	14,7±5,3	16,0±8,4	18,4±8,0	21,2±12,6	0,239
<b>Okula başlama yaşı, Ort±SS</b>		75,5±5,5	70,7±14,6	75,4±5,4	75,2±7,3	77,3±7,7	0,542
<b>Kaçınıcı sınıfta okumayı öğrendi</b>	1. sınıf	25 (96,2)	20 (100,0)	19 (100,0)	17 (89,5)	17 (94,4)	0,490**
	2. sınıf	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	1 (5,6)	
<b>Eğitim öğretim düzeyi</b>	İlköğretim	6 (23,1)	4 (20,0)	6 (31,6)	3 (15,8)	6 (33,3)	0,695**
	Lise	20 (76,9)	16 (80,0)	13 (68,4)	16 (84,2)	12 (66,7)	

\* Kruskal Wallis analizi, \*\*Kikare analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup (ort: ortalama, SS: standart sapma, n: olgu sayısı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Hasta grupları arasında baba yaşı (p=0,897), babanın işi (p=0,647), babanın eğitim durumu (p=0,833), anne yaşı (p=0,472), annenin işi (p=0,109), annenin eğitim durumu (p=0,256), anne-baba birlikteliği (p=0,193), gebelikte sigara kullanımı (p=0,568), anne-baba akrabalığı (p=0,211) ve doğum zorluğu (p=0,708) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo-3).

**Tablo-3:** Hastaların ebeveynleri ile ilgili özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması

		OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Baba yaş, Ort±SS</b>		46,2±3,9	46,2±5,6	45,7±6,3	45,2±5,2	45,9±5,7	0,897**
<b>Babanın işi</b>	İşçi	12 (46,2)	8 (40,0)	9 (47,4)	4 (21,1)	5 (27,8)	0,647
	Memur	5 (19,2)	3 (15,0)	3 (15,8)	3 (15,8)	4 (22,2)	
	Serbest	8 (30,8)	8 (40,0)	4 (21,1)	9 (47,4)	7 (38,9)	
	Emekli	1 (3,8)	1 (5,0)	3 (15,8)	1 (5,3)	2 (11,1)	
	Çalışmıyor	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	0 (0,0)	
<b>Baba eğitim durumu</b>	İlköğretim	5 (19,2)	4 (20,0)	5 (26,3)	3 (15,8)	3 (16,7)	0,833
	Ortaöğretim	5 (19,2)	2 (10,0)	1 (5,3)	3 (15,8)	0 (0,0)	
	Lise	11 (42,3)	10 (50,0)	7 (36,8)	8 (42,1)	8 (44,4)	
	Üniversite	5 (19,2)	4 (20,0)	6 (31,6)	5 (26,3)	7 (38,9)	
<b>Anne yaş, Ort±SS</b>		43,1±3,8	42,7±5,8	41,1±6,2	40,8±6,0	43,7±7,1	0,472**
<b>Annenin işi</b>	İşçi	2 (7,7)	2 (10,0)	4 (21,1)	1 (5,3)	6 (33,3)	0,109
	Memur	2 (7,7)	4 (20,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	3 (16,7)	
	Serbest	3 (11,5)	4 (20,0)	1 (5,3)	6 (31,6)	1 (5,6)	
	Emekli	2 (7,7)	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	
	Ev hanımı	17 (65,4)	9 (45,0)	13 (68,4)	11 (57,9)	8 (44,4)	
<b>Anne eğitim durumu</b>	İlköğretim	13 (50,0)	7 (35,0)	11 (57,9)	6 (31,6)	6 (33,3)	0,256
	Ortaöğretim	4 (15,4)	1 (5,0)	3 (15,8)	2 (10,5)	1 (5,6)	
	Lise	7 (26,9)	9 (45,0)	1 (5,3)	7 (36,8)	6 (33,3)	
	Üniversite	2 (7,7)	3 (15,0)	4 (21,1)	4 (21,1)	5 (27,8)	
<b>Anne-baba birlikteliği</b>	Birlikte	19 (73,1)	17 (85,0)	16 (84,2)	11 (57,9)	11 (61,1)	0,193
	Birlikte değil	7 (26,9)	3 (15,0)	3 (15,8)	8 (42,1)	7 (38,9)	
<b>Gebelikte sigara kullanımı</b>	Var	1 (3,8)	0 (0,0)	2 (10,5)	2 (10,5)	1 (5,6)	0,568
	Yok	25 (96,2)	20 (100,0)	17 (89,5)	17 (89,5)	17 (94,4)	
<b>Akrabalık</b>	Var	2 (7,7)	0 (0,0)	3 (15,8)	0 (0,0)	1 (5,6)	0,211
	Yok	24 (92,3)	20 (100,0)	16 (84,2)	19 (100,0)	17 (94,4)	
<b>Doğum zorluğu</b>	Kolay	21 (80,8)	16 (80,0)	14 (73,7)	12 (63,2)	13 (72,2)	0,708
	Zor	5 (19,2)	4 (20,0)	5 (26,3)	7 (36,8)	5 (27,8)	

\*Kikare analizi, \*\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır.

(ort: ortalama, SS: standart sapma, n: olgu sayısı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

### 3.2.Psikiyatrik İlaç Kullanma Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Gruplar arasında uyarıcı ( $p=0,737$ ), antipsikotik ( $p=0,093$ ), antidepresan ( $p=0,444$ ) ve benzodiazepin ( $p=0,469$ ) kullanma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo-4).

**Tablo-4:** Hastaların psikiyatrik ilaç kullanma özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Uyarıcı	3 (11,5)	4 (20,0)	1 (5,3)	3 (15,8)	2 (11,1)	0,737
Antipsikotik	9 (34,6)	2 (10,0)	7 (36,8)	7 (36,8)	2 (11,1)	0,093
Antidepresan	16 (61,5)	9 (45,0)	10 (52,6)	14 (73,7)	11 (61,1)	0,444
Benzodiazepin	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (5,3)	0 (0,0)	0,469

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

(n: olgu sayısı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

### 3.3.Eş Tanı, Febril Konvülsiyon, Ek Hastalık ve Aile Öyküsünün Gruplara Göre Karşılaştırılması

OKB grubunun %34,6'sında, DYB grubunun %95'inde, TTM grubunun %84,2'sinde BAB grubunun %94,7'sinde ve BB grubunun ise %100'ünde eş tanı görülmüş olup gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Bu farklılık OKB grubu ile diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklanmıştır. OKB grubunda eş tanı olarak OKB görülmemiş iken DYB grubunun %60'ında, TTM grubunun %68,4'ünde, BAB grubunun %68,4'ünde ve BB grubunun ise %77,8'inde eş tanı olarak OKB görülmüş olup gruplar arasında OKB görülme açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Bu farklılık OKB grubu ile diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklanmıştır. OKB grubunun %23,1'inde, DYB grubunun %45'inde, TTM grubunun %57,9'unda, BAB grubunun %73,7'sinde ve BB grubunun ise %66,7'sinde eş tanı olarak OKB görülmüş olup gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p=0,006$ ). Bu farklılık OKB grubu ile BAB ve BB grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır. OKB grubunun %7,7'si ve BAB grubunun %21,1'i febril konvülsiyon geçirmiş iken

DYB grubunda, TTM grubunda ve BB grubunda febril konvüziyon görülmemiş olup gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,021). Bu farklılık BAB grubu ile DYB, TTM ve BB arasındaki farktan kaynaklanmıştır. Eş tanı grupları arasında MDB (p=0,288), YAB (p=1,000), DEHB (p=0,133), TSSB (p=0,549), tıbbi ek hastalık varlığı (p=0,078) ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı (p=0,799) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo-5).

**Tablo-5.** Eş tanı, febril konvüziyon, ek hastalık ve aile öyküsünün gruplara göre karşılaştırılması

		OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Eş tanı</b>	Var	9 (34,6) <sup>a</sup>	19 (95,0) <sup>b</sup>	16 (84,2) <sup>b</sup>	18 (94,7) <sup>b</sup>	18 (100,0) <sup>b</sup>	<b>&lt;0,001</b>
	Yok	17 (65,4)	1 (5,0)	3 (15,8)	1 (5,3)	0 (,0)	
<b>Eş tanılar</b>	MDB	0 (0,0)	2 (10,0)	3 (15,8)	2 (10,5)	2 (11,1)	0,288
	YAB	1 (3,8)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
	OKB	0 (0,0) <sup>a</sup>	12 (60,0) <sup>b</sup>	13 (68,4) <sup>b</sup>	13 (68,4) <sup>b</sup>	14 (77,8) <sup>b</sup>	<b>&lt;0,001</b>
	OKİB	6 (23,1) <sup>a</sup>	9 (45,0) <sup>a,b</sup>	11 (57,9) <sup>a,b</sup>	14 (73,7) <sup>b</sup>	12 (66,7) <sup>b</sup>	<b>0,006</b>
	DEHB	4 (15,4)	9 (45,0)	3 (15,8)	3 (15,8)	3 (16,7)	0,133
	TSSB	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	0,549
<b>Febril Konvüziyon</b>	Geçirdi	2 (7,7) <sup>a,b</sup>	0 (0,0) <sup>a</sup>	0 (0,0) <sup>a</sup>	4 (21,1) <sup>b</sup>	0 (0,0) <sup>a</sup>	<b>0,021</b>
	Geçirmedi	24 (92,3)	20 (100,0)	19 (100,0)	15 (78,9)	18 (100,0)	
<b>Tıbbi ek hastalık</b>	Var	5 (19,2)	1 (5,0)	5 (26,3)	8 (42,1)	5 (27,8)	0,078
	Yok	21 (80,8)	19 (95,0)	14 (73,7)	11 (57,9)	13 (72,2)	
<b>Ailede psikiyatrik hastalık</b>	Var	3 (11,5)	2 (10,0)	1 (5,3)	3 (15,8)	3 (16,7)	0,799
	Yok	23 (88,5)	18 (90,0)	18 (94,7)	16 (84,2)	15 (83,3)	

\*Kikare analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup

(n: olgu sayısı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu MDB: Major Depresif Bozukluk, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu)

### 3.4.Nöropsikiyatrik Test Sonuçlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Gruplar arasında REY sonuçları, görsel kopyalama 1, görsel kopyalama 2, GZOT ve kategori akıcılık testi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo-6).

**Tablo-6:** Nöropsikiyatrik test sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Rey1	5,8±1,8	5,7±1,2	5,9±1,6	5,6±1,8	6,1±1,5	0,791
Rey2	8,0±2,6	8,0±1,9	8,2±2,6	8,1±2,4	9,2±2,1	0,448
Rey3	9,2±3,0	8,8±2,6	9,3±1,5	9,4±2,4	9,9±2,8	0,869
Rey4	10,7±3,5	10,1±2,2	11,3±1,6	10,2±2,4	11,3±2,5	0,235
Rey5	11,0±2,4	10,1±3,2	11,9±1,8	10,5±3,0	11,6±2,6	0,257
ReyToplam	44,7±11,6	42,8±9,2	46,6±6,5	43,7±10,6	48,1±10,2	0,459
Reyb	5,2±1,7	5,2±1,9	5,3±1,3	4,9±1,7	5,3±1,8	0,919
Rey6	9,4±3,0	10,2±2,5	9,9±2,1	9,1±3,0	10,3±2,5	0,547
Rey7	9,3±3,4	10,0±3,0	9,7±2,4	9,5±2,6	10,4±3,2	0,509
Şifre	31,9±6,8	31,5±9,0	33,1±8,5	30,0±5,4	33,4±8,7	0,655
Görsel Kopyalama 1	35,3±5,5	34,3±4,4	35,5±3,3	33,4±6,2	34,9±5,3	0,697
Görsel Kopyalama 2	30,8±8,4	32,4±5,4	33,7±3,5	28,6±8,9	30,5±9,0	0,655
Kategori Akıcılık Testi	15,2±3,2	14,3±3,4	14,8±3,0	14,8±3,5	15,4±3,5	0,937
GZOT	21,7±3,3	19,7±4,4	19,6±2,9	19,8±3,3	20,9±3,4	0,104

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır.

(ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu, GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi)

Hasta grupları arasında Correct Targets4 sonucu açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,027$ ). Bu farklılık sadece OKB grubu ile BAB arasındaki farktan kaynaklanmış olup OKB grubunun Correct Targets4 daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında diğer CPT test sonuçları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo-7).

**Tablo-7:** Conners Performans Test sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması (1)

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Correct Trials1</b>	109,9±6,9	109,5±5,6	111,1±4,8	105,8±10,7	108,2±10,1	0,595
<b>Correct Trials2</b>	111,7±5,4	110,3±5,4	109,9±5,4	106,6±9,9	108,8±9,0	0,238
<b>Correct Trials4</b>	112,7±4,8	110,3±5,9	110,5±5,4	108,2±6,6	111,4±5,3	0,135
<b>Correct Trials Pooled</b>	334,2±14,7	330,1±14,9	331,4±14,1	320,6±25,4	328,4±21,4	0,372
<b>Correct Targets1</b>	103,0±5,3	103,5±4,1	104,1±3,4	100,0±9,8	101,3±9,4	0,747
<b>Correct Targets2</b>	105,6±3,5	104,6±3,6	104,5±3,8	101,4±10,0	103,1±8,9	0,307
<b>Correct Targets4</b>	106,1±3,1 <sup>a</sup>	104,5±3,1 <sup>a,b</sup>	104,6±4,9 <sup>a,b</sup>	102,7±6,2 <sup>b</sup>	105,2±3,6 <sup>a,b</sup>	<b>0,027</b>
<b>Correct Targets Pooled</b>	314,7±10,0	312,6±9,1	313,2±10,6	303,9±24,4	309,5±19,7	0,276
<b>Correct Foils1</b>	6,8±2,7	6,1±2,4	6,8±2,6	5,8±2,6	6,9±2,1	0,458
<b>Correct Foils2</b>	6,1±3,0	5,6±3,0	5,4±2,5	5,2±1,9	5,7±2,6	0,877
<b>Correct Foils4</b>	6,5±3,3	5,8±3,9	5,9±2,5	5,5±3,4	6,3±2,6	0,884
<b>Correct Foils Pooled</b>	19,5±8,0	17,5±8,0	18,2±6,6	16,5±6,6	18,9±6,4	0,657

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup (ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Hasta grupları arasında Target Acc Rate4 (p=0,027) ve Omission Error4 (p=0,025) sonucu açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Bu farklılık sadece OKB grubu ile BAB arasındaki farktan kaynaklanmış olup OKB grubunun Target Acc Rate4 değeri daha yüksek; Omission Error4 değeri ise daha düşüktür. Gruplar arasında diğer CPT test sonuçları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05)(Tablo-8).

**Tablo-8:** Conners Performans Test sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması (2)

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Target Acc Rate1</b>	1,0±,0	1,0±,0	1,0±,0	0,9±,1	0,9±,1	0,747
<b>Target Acc Rate2</b>	1,0±,0	1,0±,0	1,0±,0	0,9±,1	1,0±,1	0,311
<b>Target Acc Rate4</b>	,98±,03 <sup>a</sup>	,97±,03 <sup>a,b</sup>	,97±,05 <sup>a,b</sup>	,95±,06 <sup>b</sup>	,97±,03 <sup>a,b</sup>	<b>0,027</b>
<b>Target Acc Rate Pooled</b>	1,0±,0	1,0±,0	0,9±,1	0,9±,1	1,0±,1	0,308
<b>Foil Acc Rate1</b>	0,6±,2	0,5±,2	0,6±,2	0,5±,2	0,6±,2	0,417
<b>Foil Acc Rate2</b>	0,5±,3	0,5±,2	0,4±,2	0,4±,2	0,5±,2	0,877
<b>Foil Acc Rate4</b>	0,5±,3	0,5±,3	0,5±,2	0,5±,3	0,5±,2	0,799
<b>Foil Acc Rate Pooled</b>	0,9±1,7	0,5±,2	0,5±,2	0,5±,2	0,5±,2	0,632
<b>Comission Error1</b>	5,2±2,7	5,9±2,4	5,1±2,5	6,2±2,6	5,1±2,1	0,417
<b>Comission Error2</b>	5,9±3,0	6,4±3,0	6,6±2,5	6,8±1,9	6,3±2,6	0,877
<b>Comission Error4</b>	5,5±3,2	6,2±3,9	6,1±2,5	6,5±3,4	5,7±2,6	0,854
<b>Comission Error Pooled</b>	16,5±8,0	18,5±8,0	17,8±6,6	19,5±6,6	17,1±6,4	0,657
<b>Omission Error1</b>	5,0±5,3	4,5±4,1	3,9±3,4	8,0±9,8	6,7±9,4	0,747
<b>Omission Error2</b>	2,4±3,5	3,3±3,5	3,5±3,8	6,6±10,0	4,9±8,9	0,311
<b>Omission Error4</b>	1,9±3,1 <sup>a</sup>	3,5±3,1 <sup>a,b</sup>	3,4±4,9 <sup>a,b</sup>	5,3±6,2 <sup>b</sup>	2,7±3,5 <sup>a,b</sup>	<b>0,025</b>
<b>Omission Error Pooled</b>	9,3±10,0	11,4±9,1	10,8±10,6	19,8±24,5	14,4±19,7	0,303

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup (ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Hasta grupları arasında BIAS4 açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,02). Bu farklılık OKB ile DYB ve BAB arasındaki farktan ve BB ile DYB ve BAB grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır. Gruplar arasında diğer CPT test sonuçları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05)(Tablo-9).

**Tablo-9:** Conners Performans Test sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması (3)

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Correct RTSD1	104,4±33,5	119,6±47,0	117,4±40,6	135,4±63,5	118,5±42,8	0,485
Correct RTSD2	129,6±96,0	140,5±66,3	133,3±76,3	180,5±114,2	142,9±110,4	0,388
Correct RTSD4	138,0±76,5	188,6±152,7	175,4±137,4	229,2±172,3	199,3±207,7	0,293
Correct RTSD Pooled	133,9±70,6	164,5±97,9	152,1±89,3	201,2±132,3	173,3±145,4	0,308
Correct RTMean1	376,2±66,3	383,2±66,4	380,0±40,2	374,5±40,6	372,6±54,9	0,877
Correct RTMean2	420,1±65,8	427,6±83,5	409,6±58,5	429,1±63,9	430,3±113,7	0,928
Correct RTMean4	447,9±78,0	487,3±112,2	454,0±74,8	485,0±109,6	488,4±136,0	0,734
Correct RTMean Pooled	418,0±63,4	432,8±79,0	425,0±62,4	430,4±67,6	432,5±101,6	0,982
Error RTMean1	306,3±57,9	343,5±98,3	326,6±100,6	327,7±71,7	311,0±60,1	0,355
Error RTMean2	471,1±538,5	356,5±120,1	371,8±101,1	393,0±97,9	376,5±77,0	0,816
Error RTMean4	369,4±92,2	405,2±129,7	450,8±186,2	461,1±188,4	534,0±317,1	0,122
Error RTMean Pooled	350,5±40,3	378,7±74,2	388,9±67,8	400,4±72,4	405,4±114,0	0,086
Error RTSD1	47,7±49,3	103,9±80,6	82,9±78,1	98,7±82,7	52,2±37,7	0,062
Error RTSD2	70,3±122,6	71,9±72,1	99,0±122,8	125,7±155,0	106,0±118,2	0,613
Error RTSD4	56,3±83,4	146,0±232,5	199,3±351,3	210,1±306,5	242,6±431,3	0,058
Error RTSD Pooled	81,5±79,4	150,1±146,3	171,3±207,8	188,0±203,4	199,0±280,8	0,144
Sensitivity1	2,1±1,1	2,0±1,0	2,3±1,1	1,7±1,1	2,1±1,0	0,533
Sensitivity2	2,4±1,1	2,0±1,4	1,9±1,0	1,8±,9	2,1±1,1	0,313
Sensitivity4	2,6±1,5	1,7±1,6	2,0±1,1	1,7±1,2	2,4±1,0	0,075
Sensitivity Pooled	2,2±1,0	1,9±1,0	2,0±,8	1,7±,9	2,1±,9	0,361
BIAS1	0,3±,3	0,2±,2	0,6±1,7	0,4±,4	0,3±,4	0,699
BIAS2	0,2±,2	2,3±6,9	0,2±,2	0,3±,3	0,2±,3	0,535
BIAS4	1,4±6,5 <sup>a</sup>	4,7±14,2 <sup>b</sup>	0,9±3,1 <sup>a,b</sup>	2,6±8,6 <sup>b</sup>	0,2±,3 <sup>a</sup>	<b>0,020</b>
BIAS Pooled	0,2±,3	0,2±,2	0,2±,2	0,3±,3	0,2±,3	0,454

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup

(ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Hasta grupları arasında WKET sonuçları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05)(Tablo-10).



**Tablo-10:** Wisconsin Kart Eşleme Testi sonuçlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Correct Responses Total</b>	89,5±19,0	98,7±6,6	97,3±8,1	94,9±14,8	90,7±17,7	0,647
<b>Correct Responses Percent</b>	71,3±15,8	78,3±6,1	78,6±7,6	74,7±12,1	72,5±15,0	0,691
<b>Correct Responses Mean</b>	14,8±4,9	14,9±4,3	12,9±2,5	15,9±5,2	16,0±8,2	0,160
<b>Total Error Total</b>	36,5±20,5	27,5±8,1	26,8±10,3	32,2±15,6	34,9±19,5	0,693
<b>Total Error Percent</b>	28,7±15,8	21,7±6,1	21,4±7,6	25,3±12,1	27,5±15,0	0,691
<b>Total Error Mean</b>	9,3±12,3	4,5±2,8	3,9±2,5	6,4±5,5	10,3±18,7	0,575
<b>Perseverative Responses Total</b>	49,3±20,0	43,2±6,1	41,6±8,9	43,9±10,8	38,1±13,8	0,703
<b>Perseverative Responses Percent</b>	40,9±20,0	34,2±4,6	33,9±6,4	34,5±8,3	30,3±10,6	0,680
<b>Perseverative Responses Mean</b>	17,0±28,0	8,1±3,8	6,8±3,5	10,5±8,1	7,5±5,4	0,345
<b>Perseverative Errors Total</b>	23,9±18,2	17,8±5,7	16,6±7,2	20,2±10,6	17,5±8,3	0,584
<b>Perseverative Errors Percent</b>	18,9±14,1	14,1±4,3	13,3±5,5	15,8±8,3	13,9±6,4	0,638
<b>Perseverative Errors Mean</b>	10,8±21,3	3,6±2,4	2,8±2,2	5,3±5,6	3,8±3,8	0,454
<b>NonPerseverative Errors Total</b>	12,5±8,7	9,7±4,5	10,3±6,3	12,0±7,9	17,4±19,6	0,864
<b>NonPerseverative Errors Percent</b>	9,9±6,7	7,6±3,4	8,2±4,9	9,4±6,1	13,7±15,2	0,864
<b>NonPerseverative Errors Mean</b>	2,8±4,1	1,7±1,2	1,5±1,2	2,4±2,2	7,2±18,9	0,771
<b>Unique Errors Total</b>	0,9±1,4	0,8±1,1	0,4±0,9	1,6±3,5	1,2±3,5	0,635
<b>Unique Errors Percent</b>	0,7±1,1	0,6±0,9	0,3±0,7	1,3±2,8	1,0±2,7	0,618
<b>Unique Errors Mean</b>	0,2±0,4	0,1±0,2	0,1±0,2	0,4±0,9	0,4±1,0	0,662
<b>Trials Complete 1stCat</b>	17,8±13,5	15,4±4,4	14,8±8,0	17,0±7,6	20,5±19,0	0,412
<b>Failure Maintain Set</b>	1,3±1,2	2,3±1,8	1,5±1,3	2,5±1,8	1,5±1,3	0,082
<b>Learning to learn</b>	0,1±4,7	1,5±4,7	0,5±3,5	3,7±9,2	2,0±7,9	0,937
<b>Conceptual Level Responses</b>	77,5±26,4	88,5±10,2	89,2±10,7	84,5±20,0	78,8±24,6	0,760
<b>Percent CLR</b>	61,9±21,6	63,3±21,0	72,1±10,1	66,6±16,2	63,1±20,4	0,605
<b>Perseverative Runs MIN</b>	0,8±1,0	1,0±0,7	0,7±0,5	0,9±0,9	0,8±0,4	0,685
<b>Perseverative Runs MAX</b>	3,7±1,8	4,4±2,7	3,5±1,4	4,1±2,2	3,6±1,9	0,910
<b>Perseverative Runs MEAN</b>	1,9±1,0	2,3±1,3	1,6±0,5	2,1±1,3	1,8±0,8	0,456
<b>Perseverative Runs Total</b>	10,8±5,7	12,8±5,0	10,8±3,4	10,2±4,5	10,9±6,3	0,631

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup

(ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu, WKET: Wisconsin Kart Eşleme Testi)

### 3.5.Ölçeklerin Gruplar Arası Karşılaştırmaları

Gruplar arasında depresyon varlığı ( $p=0,028$ ), ÇADÖ ebeveyn anksiyete puanı( $p=0,039$ ), ÇADÖ ebeveyn anksiyete ve depresyon total puanı ( $p=0,014$ ), ebeveyn ÇADÖ anksiyete total puanı ( $p=0,038$ ) ve ÇADÖ ebeveyn anksiyete ve depresyon total puanı T skoru ( $p=0,01$ ) açısından anlamlı farklılık görülmüştür ve bu farklılık sadece OKB grubu ile BAB arasındaki farktan kaynaklanmış olup OKB'de en düşük BAB'de ise en yüksektir. Gruplar arasında ebeveyn ÇADÖ sosyal fobi T skoru açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,013$ ). Bu farklılık BAB ile OKB ve biriktiricilik arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve BAB grubunun değeri daha yüksektir. Gruplar arasında ebeveyn ÇADÖ depresyon Tskoru açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p=0,003$ ). Bu farklılık BAB ile OKB, DYB ve BB arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve BAB grubunun değeri daha yüksektir. Gruplar arasında diğer ebeveyn ÇADÖ puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo-11).

**Tablo-11:** Ebeveyn Çocuk Anksiyete Depresyon Ölçeğinin gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Ayrılık anksiyetesi (var)</b>	5 (19,2)	7 (35,0)	4 (21,1)	7 (36,8)	3 (16,7)	0,471
<b>Yaygın anksiyete (var)</b>	4 (15,4)	7 (35,0)	5 (26,3)	5 (26,3)	3 (16,7)	0,562
<b>Panik bozukluk (var)</b>	5 (19,2)	9 (45,0)	5 (26,3)	11 (57,9)	6 (33,3)	0,069
<b>Sosyal fobi (var)</b>	2 (7,7)	5 (25,0)	4 (21,1)	6 (31,6)	4 (22,2)	0,321
<b>OKB (var)</b>	6 (23,1)	8 (40,0)	8 (42,1)	7 (36,8)	6 (33,3)	0,678
<b>Depresyon (var)</b>	8 (30,8) <sup>a</sup>	10 (50,0) <sup>a,b</sup>	8 (42,1) <sup>a,b</sup>	14 (73,7) <sup>b</sup>	5 (27,8) <sup>a,b</sup>	<b>0,028**</b>
	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	
<b>Anksiyete total puanı</b>	25,4±14,7 <sup>a</sup>	36,1±25,8 <sup>a,b</sup>	33,2±25,6 <sup>a,b</sup>	43,3±17,2 <sup>b</sup>	28,8±19,4 <sup>a,b</sup>	<b>0,039**</b>
<b>Anksiyete ve Depresyon total puanı</b>	33,8±18,2 <sup>a</sup>	46,9±32,8 <sup>a,b</sup>	44,6±31,9 <sup>a,b</sup>	58,7±20,4 <sup>b</sup>	38,2±23,6 <sup>a,b</sup>	<b>0,014**</b>
<b>Seperasyon Anksiyetesi T skoru</b>	57,3±12,2	58,2±15,2	57,9±13,7	64,8±11,8	58,2±11,6	0,350**
<b>Yaygın Anksiyete Bozukluğu T skoru</b>	56,0±11,9	60,7±14,4	58,9±15,6	63,8±9,6	57,3±11,7	0,288**
<b>Panik Bozukluk T skoru</b>	57,2±12,0	62,0±16,5	60,1±15,4	68,5±14,9	62,2±13,8	0,105**
<b>Sosyal Fobi T skoru</b>	49,4±12,2 <sup>a</sup>	57,9±16,5 <sup>a,b</sup>	53,3±14,9 <sup>a,b</sup>	63,1±13,2 <sup>b</sup>	50,9±16,9 <sup>a</sup>	<b>0,013**</b>
<b>OKB T skoru</b>	59,4±12,8	63,4±14,9	65,5±14,6	67,1±12,2	62,3±14,3	0,352**
<b>Depresyon T skoru</b>	60,5±12,8 <sup>a</sup>	64,0±14,3 <sup>a</sup>	65,2±13,8 <sup>a,b</sup>	75,0±7,5 <sup>b</sup>	63,4±10,9 <sup>a</sup>	<b>0,003**</b>
<b>Anksiyete total puanı T skoru</b>	56,3±11,5 <sup>a</sup>	62,3±16,9 <sup>a,b</sup>	59,9±14,4 <sup>a,b</sup>	68,9±10,2 <sup>b</sup>	58,3±13,6 <sup>a,b</sup>	<b>0,038**</b>
<b>Anksiyete ve Depresyon total puanı T skoru</b>	57,9±11,9 <sup>a</sup>	62,8±16,4 <sup>a,b</sup>	61,8±13,4 <sup>a,b</sup>	72,2±8,5 <sup>b</sup>	59,9±12,8 <sup>a,b</sup>	<b>0,010**</b>

\*Kikare analizi, \*\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup (ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu, ÇADÖ: Çocuk Anksiyete Depresyon Ölçeği)

Gruplar arasında depresyon varlığı ( $p=0,022$ ), panik bozukluk T skoru ( $p=0,033$ ), depresyon T skoru ( $p=0,029$ ) ve anksiyete ve depresyon total puanı T skoru ( $p=0,029$ ) açısından anlamlı farklılık görülmüştür ve bu farklılık sadece OKB grubu ile BAB arasındaki farktan kaynaklanmış olup OKB en düşük BAB ise en yüksektir. Gruplar arasında diğer çocuk ÇADÖ puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo-12).

**Tablo-12:** Çocuk Çocuk Anksiyete Depresyon Ölçeğinin gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ayrılık anksiyetesi (var)	5 (19,2)	6 (30,0)	4 (21,1)	8 (42,1)	3 (16,7)	0,388
Yaygın anksiyete (var)	3 (11,5)	3 (15,0)	2 (10,5)	3 (15,8)	3 (16,7)	0,965
Panik bozukluk (var)	7 (26,9)	8 (40,0)	5 (26,3)	11 (57,9)	4 (22,2)	0,120
Sosyal fobi( var)	2 (7,7)	4 (20,0)	5 (26,3)	7 (36,8)	3 (16,7)	0,171
OKB (var)	6 (23,1)	5 (25,0)	4 (21,1)	9 (47,4)	4 (22,2)	0,316
Depresyon (var)	7 (26,9) <sup>a</sup>	6 (30,0) <sup>a,b</sup>	11 (57,9) <sup>a,b</sup>	13 (68,4) <sup>b</sup>	10 (55,6) <sup>a,b</sup>	<b>0,022**</b>
	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	
Anksiyete total puanı	36,8±23,1	44,6±23,4	42,6±31,5	55,5±22,0	43,9±19,2	0,162**
Anksiyete ve Depresyon total puanı	47,8±29,2	57,9±28,9	57,1±39,6	74,4±26,7	59,4±22,7	0,086**
Seperasyon Anksiyetesi T skoru	53,7±13,5	58,0±15,0	54,5±14,1	64,4±13,5	57,1±12,1	0,085**
Yaygın Anksiyete Bozukluğu T skoru	51,6±12,8	55,9±11,8	53,7±16,5	56,3±12,2	54,3±11,5	0,737**
Panik Bozukluk T skoru	54,2±15,4 <sup>a</sup>	61,0±16,6 <sup>a,b</sup>	57,1±16,7 <sup>a,b</sup>	67,6±15,6 <sup>b</sup>	56,1±11,2 <sup>a,b</sup>	<b>0,033**</b>
Sosyal Fobi T skoru	47,5±14,4	54,3±14,4	52,3±18,3	60,8±13,1	54,1±15,4	0,087**
OKB T skoru	56,4±14,2	56,6±14,4	55,7±16,8	66,6±12,5	59,9±11,3	0,105**
Depresyon T skoru	56,7±17,5 <sup>a</sup>	62,4±14,0 <sup>a,b</sup>	63,7±19,2 <sup>a,b</sup>	72,3±11,2 <sup>b</sup>	67,9±11,1 <sup>a,b</sup>	<b>0,029**</b>
Anksiyete total puanı T skoru	53,1±15,5	59,8±16,3	55,3±19,0	66,9±13,5	58,3±13,1	0,078**
Anksiyete ve Depresyon total puanı T skoru	54,3±16,1 <sup>a</sup>	61,2±16,1 <sup>a,b</sup>	57,2±19,0 <sup>a,b</sup>	69,6±12,8 <sup>b</sup>	61,7±12,8 <sup>a,b</sup>	<b>0,029**</b>

\*Kikare analizi, \*\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup (ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında CSI toplam puan açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p=0,085$ )(Tablo-13).

**Tablo-13:** Çocuk Biriktirme Ölçeği gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>CSI</b>	28,8±9,8	26,8±13,1	25,9±12,6	32,9±17,2	37,5±15,2	0,085

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır.

(ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu, CSI: Çocuk Biriktirme Ölçeği)

Hasta grupları arasında ebeveyn duygusal sorunlar alt puan açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,032$ ). Bu farklılık sadece OKB grubu ile BAB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup OKB grubunun puanı daha düşüktür. Gruplar arasında diğer ebeveyn GGA puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo-14).

**Tablo-14:** Ebeveyn Güçler Güçlükler Anketi puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Dikkat eksikliği ve hareketlilik</b>	4,3±2,2	5,5±2,5	4,6±2,9	5,9±2,5	4,7±3,1	0,278
<b>Davranışsal sorunlar</b>	3,2±1,8	3,2±2,1	4,2±3,0	5,1±2,4	3,4±2,4	0,093
<b>Duygusal sorunlar</b>	3,5±2,3 <sup>a</sup>	4,6±2,3 <sup>a,b</sup>	4,3±3,2 <sup>a,b</sup>	6,2±2,3 <sup>b</sup>	4,2±3,5 <sup>a,b</sup>	<b>0,032</b>
<b>Akran sorunları</b>	3,7±1,6	3,6±1,5	3,3±2,3	3,8±2,1	3,6±1,3	0,853
<b>Sosyal davranışlar</b>	7,5±2,1	7,7±1,8	6,8±2,5	6,8±2,3	7,0±2,2	0,658
<b>Toplam</b>	14,8±5,4	16,7±5,9	16,3±9,9	20,9±6,5	15,8±7,0	0,068

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup

(ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Hasta grupları arasında çocuk davranışsal sorunlar alt puan açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,023$ ). Bu farklılık sadece OKB grubu ile BAB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup OKB grubunun puanı daha düşüktür. Gruplar arasında çocuk akran sorunları alt puanı açısından anlamlı

farklılık görülmüştür ( $p=0,019$ ). Bu farklılık sadece DYB grubu ile BAB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup DYB grubunun puanı daha düşüktür. Gruplar arasında çocuk GGA toplam puan açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,003$ ). Bu farklılık BAB grubu ile OKB ve DYB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup BAB grubunun puanı daha yüksektir. Gruplar arasında diğer çocuk GGA puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo-15).

**Tablo-15:** Çocuk Güçler Güçlükler Anketi puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Dikkat eksikliği ve hareketlilik</b>	4,2±2,3	4,6±2,1	4,8±2,3	5,8±1,7	5,6±2,9	0,091
<b>Davranışsal sorunlar</b>	2,2±1,6 <sup>a</sup>	3,0±1,5 <sup>a,b</sup>	3,6±2,6 <sup>a,b</sup>	4,1±2,4 <sup>b</sup>	3,2±2,1 <sup>a,b</sup>	<b>0,023</b>
<b>Duygusal sorunlar</b>	3,6±2,4	4,0±2,9	4,5±3,5	5,7±2,6	4,2±2,2	0,198
<b>Akran sorunları</b>	3,0±1,5 <sup>a,b</sup>	2,6±1,4 <sup>a</sup>	4,0±2,5 <sup>a,b</sup>	4,5±2,3 <sup>b</sup>	3,8±1,6 <sup>a,b</sup>	<b>0,019</b>
<b>Sosyal davranışlar</b>	7,5±1,8	7,4±2,4	6,6±2,7	6,6±2,7	7,1±2,6	0,737
<b>Toplam</b>	13,0±5,5 <sup>a</sup>	14,3±5,3 <sup>a</sup>	16,9±8,8 <sup>a,b</sup>	20,1±5,3 <sup>b</sup>	16,7±4,6 <sup>a,b</sup>	<b>0,003</b>

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup (ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında OİÖ puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo-16).

**Tablo-16:** Obsesif İnanışlar Ölçeği puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Sorumluluk/zarar Beklentisi</b>	64,4±16,4	62,0±15,9	61,2±23,3	71,2±14,5	70,0±18,5	0,275
<b>Kesinlik/Düşünce Kontrolü</b>	31,9±13,8	31,6±11,5	36,8±19,4	41,9±16,3	38,3±14,7	0,207
<b>Mükemmelliyetçilik</b>	24,0±7,2	23,5±7,3	25,9±10,9	27,5±8,8	26,4±8,4	0,487
<b>Toplam</b>	120,3±33,7	117,1±30,0	123,9±50,1	140,6±36,0	134,7±38,1	0,241

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. (ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında BIS dikkatsel dürtüsellik açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,002$ ). Bu farklılık OKB grubu ile BAB grubu ve BB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup OKB grubunun puanı daha düşüktür. Gruplar arasında BIS motor dürtüsellik açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,008$ ). Bu farklılık BAB grubu ile OKB grubu ve TTM grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup BAB grubunun puanı daha yüksektir (Tablo-17).

**Tablo-17:** Barrat Dürtüsellik Ölçeğinin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Dikkatsel dürtüsellik</b>	8,3±3,5 <sup>a</sup>	9,2±2,3 <sup>a,b</sup>	8,7±4,2 <sup>a,b</sup>	11,4±3,3 <sup>b</sup>	12,0±3,3 <sup>b</sup>	<b>0,002</b>
<b>Motor dürtüsellik</b>	9,8±4,2 <sup>a</sup>	11,3±5,4 <sup>a,b</sup>	10,0±5,3 <sup>a</sup>	14,4±3,4 <sup>b</sup>	12,9±5,0 <sup>a,b</sup>	<b>0,008</b>
<b>Plansızlık dürtüselligi</b>	15,9±4,5	14,2±3,4	14,2±6,6	12,3±3,6	14,0±3,9	0,074
<b>Toplam</b>	34,0±7,2	34,6±6,8	32,8±10,7	38,1±5,7	38,9±7,8	0,147

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup (ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında Deri Yolma Ölçeği toplam puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Bu farklılık DYB ile OKB ve BB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup DYB grubunun puanı daha yüksektir (Tablo-18).

**Tablo-18:** Deri Yolma Ölçeğinin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Toplam</b>	2,6±4,5 <sup>a</sup>	11,9±6,4 <sup>b</sup>	5,8±7,2 <sup>a,b</sup>	7,9±8,3 <sup>a,b</sup>	4,7±6,1 <sup>a</sup>	<b>&lt;0,001</b>

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup (ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında Çocuklar için Trikotillomani Ölçeğinin şiddet ( $p<0,001$ ), gerginlik ( $p=0,002$ ) ve toplam puan ( $p<0,001$ ) açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Bu farklılık TTM grubu ile OKB ve DYB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup TTM grubunun puanı daha yüksektir (Tablo-19).



**Tablo-19:** Çocuklar için Trikotillomani Ölçeğinin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Şiddet</b>	0,1±,3 <sup>a</sup>	0,3±,6 <sup>a</sup>	0,9±,7 <sup>b</sup>	0,4±,6 <sup>a,b</sup>	0,5±,5 <sup>a,b</sup>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Gerginlik ve İşlevsellikteki Kayıp</b>	0,1±,4 <sup>a</sup>	0,1±,2 <sup>a</sup>	0,7±,6 <sup>b</sup>	0,3±,5 <sup>a,b</sup>	0,3±,5 <sup>a,b</sup>	<b>0,002</b>
<b>Toplam</b>	0,2±,7 <sup>a</sup>	0,4±,8 <sup>a</sup>	1,6±1,3 <sup>b</sup>	0,7±1,1 <sup>a,b</sup>	0,8±1,0 <sup>a,b</sup>	<b>&lt;0,001</b>

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup (ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

OKB grubundaki hastalarının çoğunluğu (%38,5) orta düzeyde hastalık şiddetine, DYB grubundakilerin çoğunluğu (%50) hafif düzeyde hastalık şiddetine, TTM grubundaki hastaların çoğunluğu (%42,1) belirgin düzeyde hastalık şiddetine, BAB grubundaki hastaların çoğunluğu (%31,6) hafif, orta ve belirgin düzeyde hastalık şiddetine sahipken BB grubunun çoğu (%50) belirgin düzeyde hastalık şiddetine sahip olup gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,115)(Tablo-20).

**Tablo-20:** Klinik Global İzlem Ölçeğinin gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Normal</b>	2 (7,7)	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)	0,115
<b>Sınırdaki hastalık</b>	1 (3,8)	0 (,0)	0 (,0)	1 (5,3)	1 (5,6)	
<b>Hafif düzeyde hastalık</b>	6 (23,1)	10 (50,0)	4 (21,1)	6 (31,6)	1 (5,6)	
<b>Orta düzeyde hastalık</b>	10 (38,5)	8 (40,0)	7 (36,8)	6 (31,6)	7 (38,9)	
<b>Belirgin düzeyde hastalık</b>	7 (26,9)	2 (10,0)	8 (42,1)	6 (31,6)	9 (50,0)	
<b>Ağır düzeyde hastalık</b>	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)	
<b>Çok ağır düzeyde hastalık</b>	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

(n: olgu sayısı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında Otomatik Düşünceler Ölçeğinin kendine yönelik negatif düşünce ( $p=0,009$ ), kişisel uyumsuzluk ( $p=0,005$ ), ümitsizlik ( $p=0,001$ ) ve yalnızlık alt puanları ( $p=0,012$ ) ile toplam ( $p=0,006$ ) puan açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Bu farklılık BAB grubu ile OKB grubu ve DYB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup BAB grubunun puanı daha yüksektir (Tablo-21).

**Tablo-21:** Hastaların Otomatik Düşünceler Ölçeğinin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Kendine yönelik negatif düşünce	14,4±12,4 <sup>a</sup>	16,3±12,8 <sup>a</sup>	23,8±19,6 <sup>a,b</sup>	30,4±13,1 <sup>b</sup>	20,8±13,7 <sup>a,b</sup>	<b>0,009</b>
Şaşkınlık kaçma fantezileri	9,3±8,3	8,3±6,1	11,7±9,0	14,8±5,3	11,7±6,4	0,051
Kişisel uyumsuzluk-değişim istekleri	5,2±3,8 <sup>a</sup>	4,7±3,4 <sup>a</sup>	6,3±4,3 <sup>a,b</sup>	8,6±2,9 <sup>b</sup>	7,5±3,1 <sup>a,b</sup>	<b>0,005</b>
Ümitsizlik	5,2±5,1 <sup>a</sup>	3,4±3,3 <sup>a</sup>	8,0±6,5 <sup>a,b</sup>	10,1±4,6 <sup>b</sup>	7,8±4,8 <sup>a,b</sup>	<b>0,001</b>
Yalnızlık/izolasyon	5,6±4,1 <sup>a</sup>	5,2±3,9 <sup>a</sup>	7,9±6,2 <sup>a,b</sup>	9,7±3,7 <sup>b</sup>	8,5±4,3 <sup>a,b</sup>	<b>0,012</b>
<b>Toplam</b>	<b>39,7±31,9<sup>a</sup></b>	<b>38,0±27,4<sup>a</sup></b>	<b>57,7±43,9<sup>a,b</sup></b>	<b>73,5±26,3<sup>b</sup></b>	<b>56,3±28,2<sup>a,b</sup></b>	<b>0,006</b>

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup (ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo-22).

**Tablo-22:** Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Objektif pozitif	0,1±,6	0,0±,0	0,0±,0	0,1±,5	0,2±,9	0,730
Objektif negatif	0,1±,4	0,0±,0	0,0±,0	0,0±,0	0,1±,2	0,591
Subjektif pozitif	0,0±,2	0,0±,0	0,0±,0	0,0±,0	0,2±,7	0,197
Subjektif negatif	0,0±,0	0,0±,0	0,0±,0	0,0±,0	0,0±,0	1,000
<b>Total</b>	<b>0,2±1,2</b>	<b>0,0±,0</b>	<b>0,0±,0</b>	<b>0,1±,5</b>	<b>0,8±3,1</b>	<b>0,124</b>

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır.

(ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında Yale Brown puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo-23).

**Tablo-23:** Yale Brown puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Kompulsiyon</b>	9,2±5,7	10,1±4,3	12,1±3,8	10,2±5,2	12,6±3,9	0,184
<b>Obsesyon</b>	9,6±5,5	8,2±4,6	11,4±7,3	11,7±4,0	12,1±4,0	0,102
<b>Toplam</b>	18,8±10,6	18,3±7,1	23,5±9,9	21,9±8,6	24,6±7,3	0,113

\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır.

(ort: ortalama, SS: standart sapma, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında saldırganlık obsesyonu görülme oranı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,021$ ). Bu farklılık DYB grubu ile BAB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup BAB grubunda daha sık görülmektedir. Gruplar arasında biriktirme-saklama obsesyonu görülme oranı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Bu farklılık BB grubu ile diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklanmış olup BB grubunda daha sık görülmektedir. Gruplar arasında Büyüsel Düşünce Batıl obsesyonu görülme oranı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,015$ ). Bu farklılık DYB ile TTM grubu ve BB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup DYB grubunda daha az görülmektedir. Gruplar arasında somatik obsesyonu görülme oranı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ). Bu farklılık BAB grubu ile diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklanmış olup BAB grubunda daha sık görülmektedir. Gruplar arasında Belirli şeyleri söyleme korkusu obsesyonu görülme oranı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,011$ ). Bu farklılık DYB grubu ile BAB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup DYB grubunda daha az görülmektedir.

OKB grubunda en sık görülen obsesyon kirlenme (%65,4) iken en az görülen obsesyon ise belirli şeyleri söyleme korkusu (%15,4) şeklindedir. DYB grubunda en sık görülen obsesyon kirlenme (%55) iken en az görülen

obsesyon ise belirli şeyleri söyleme korkusu (%0) şeklindedir. TTM grubunda en sık görülen obsesyon kirlenme (%73,7) iken en az görülen obsesyon ise belirli şeyleri söyleme korkusu (%21,1) şeklindedir. BAB grubunda en sık görülen obsesyon somatik (%100) iken en az görülen obsesyon ise biriktirme saklama (%26,3) ve dini (%26,3) şeklindedir. BB grubunda en sık görülen obsesyon biriktirme saklama (%100) iken en az görülen obsesyon ise cinsel (%22,2) şeklindedir (Tablo-24).

**Tablo-24:** Hastaların obsesyonlarının gruplara göre karşılaştırılması

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Kirlenme	17 (65,4)	11 (55,0)	14 (73,7)	11 (57,9)	12 (66,7)	0,763
Saldırganlık	14 (53,8) <sup>a,b</sup>	10 (50,0) <sup>a</sup>	11 (57,9) <sup>a,b</sup>	17 (89,5) <sup>b</sup>	15 (83,3) <sup>a,b</sup>	<b>0,021</b>
Cinsel	5 (19,2)	3 (15,0)	5 (26,3)	6 (31,6)	4 (22,2)	0,774
Biriktirme/Saklama	6 (23,1) <sup>a</sup>	4 (20,0) <sup>a</sup>	6 (31,6) <sup>a</sup>	5 (26,3) <sup>a</sup>	18 (100,0) <sup>b</sup>	<b>&lt;0,001</b>
Büyüsel Düşünce Batıl İnanç	9 (34,6) <sup>a,b</sup>	1 (5,0) <sup>a</sup>	10 (52,6) <sup>b</sup>	7 (36,8) <sup>a,b</sup>	9 (50,0) <sup>b</sup>	<b>0,015</b>
Somatik	11 (42,3) <sup>a</sup>	8 (40,0) <sup>a</sup>	10 (52,6) <sup>a</sup>	19 (100,0) <sup>b</sup>	10 (55,6) <sup>a</sup>	<b>0,001</b>
Dini	6 (23,1)	4 (20,0)	6 (31,6)	5 (26,3)	8 (44,4)	0,483
Bilme Hatırlama İhtiyacı	12 (46,2)	7 (35,0)	9 (47,4)	11 (57,9)	14 (77,8)	0,096
Belirli şeyleri söyleme korkusu	4 (15,4) <sup>a,b</sup>	0 (0,0) <sup>a</sup>	4 (21,1) <sup>a,b</sup>	8 (42,1) <sup>b</sup>	5 (27,8) <sup>a,b</sup>	<b>0,011</b>
Tam Doğru Şeyi Söyleyememe Korkusu	11 (42,3)	8 (40,0)	11 (57,9)	11 (57,9)	10 (55,6)	0,629
İstenmeyen Zihni Meşgul Eden Görüntüler	9 (34,6)	6 (30,0)	10 (52,6)	7 (36,8)	9 (50,0)	0,520
Zihni Meşgul Eden Girci Tarzda Sesler/Kelimeler/Sayılar/Müzik	6 (23,1)	3 (15,0)	6 (31,6)	7 (36,8)	6 (33,3)	0,537

\*Kikare analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup

(n: olgu sayısı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

Gruplar arasında biriktirme/toplama kompulsiyonu görülme oranı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Bu farklılık BB grubu ile diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklanmış olup BB grubunda daha sık görülmektedir. Gruplar arasında zihinsel törenler (toplama sayma dışında)

kompulsiyonu görülme oranı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,035$ ). Bu farklılık OKB grubu ile DYB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup OKB grubunda daha sık görülmektedir. Gruplar arasında trikotillomani kompulsiyonu görülme oranı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Bu farklılık TTM grubu ile OKB ve DYB grubu arasındaki farktan kaynaklanmış olup TTM grubunda daha sık görülmektedir. Gruplar arasında diğer kendini yaralayıcı davranış kompulsiyonu görülme oranı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Bu farklılık OKB grubu ile DYB grubu ve TTM grubu; DYB ile BAB arasındaki farktan kaynaklanmış ve DYB grubunda en yüksek görülmüştür.

OKB grubunda en sık görülen kompulsiyon yıkama/temizleme (%65,4) ve kontrol (%65,4) şeklindedir. DYB grubunda en sık görülen kompulsiyon diğer kendini yaralayıcı davranış (%100) kompulsiyonudur. TTM grubunda en sık görülen kompulsiyon trikotillomani (%73,7) şeklindedir. BAB grubunda en sık görülen kompulsiyon kontrol etme (%73,7) kompulsiyonudur. BB grubunda en sık görülen kompulsiyon biriktirme/toplama (%88,9) şeklindedir (Tablo-25).

**Tablo-25: Hastaların kompulsiyonlarının gruplara göre karşılaştırılması**

	OKB	DYB	TTM	BAB	BB	p <sup>*</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Yıkama/Temizleme	17 (65,4)	8 (40,0)	11 (57,9)	9 (47,4)	6 (33,3)	0,216
Kontrol Etme	17 (65,4)	13 (65,0)	11 (57,9)	14 (73,7)	14 (77,8)	0,715
Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar	13 (50,0)	8 (40,0)	13 (68,4)	11 (57,9)	12 (66,7)	0,342
Sayma	6 (23,1)	3 (15,0)	6 (31,6)	6 (31,6)	6 (33,3)	0,653
Sıralama/Düzen	8 (30,8)	10 (50,0)	8 (42,1)	8 (42,1)	7 (38,9)	0,767
Biriktirme/Toplama	6 (23,1) <sup>a</sup>	4 (20,0) <sup>a</sup>	5 (26,3) <sup>a</sup>	5 (26,3) <sup>a</sup>	16 (88,9) <sup>b</sup>	<b>&lt;0,001</b>
Büyüsel Düşünceler/Batıl Davranışlar	7 (26,9)	2 (10,0)	7 (36,8)	4 (21,1)	9 (50,0)	0,07
Diğer İnsanları İçeren Törenselle Davranışlar	5 (19,2)	4 (20,0)	3 (15,8)	5 (26,3)	3 (16,7)	0,948
Zihinsel Törenler (Toplama Sayma Dışında)	13 (50,0) <sup>a</sup>	2 (10,0) <sup>b</sup>	6 (31,6) <sup>a,b</sup>	9 (47,4) <sup>a,b</sup>	9 (50,0) <sup>a,b</sup>	<b>0,035</b>
Söyleme Sorma veya İtiraf Etme Gereksinimi	9 (34,6)	5 (25,0)	8 (42,1)	9 (47,4)	8 (44,4)	0,607
Kötü Durumlara Karşı Önlem Alma	6 (23,1)	4 (20,0)	6 (31,6)	8 (42,1)	5 (27,8)	0,573
Tören Haline Gelmiş Yemek Yeme Davranışı	0 (0,0)	1 (5,0)	4 (21,1)	4 (21,1)	2 (11,1)	0,051
Aşırı Uzun Liste Hazırlama	5 (19,2)	3 (15,0)	5 (26,3)	2 (10,5)	2 (11,1)	0,721
Dokunma Vurma veya Ovalama Gereksinimi	8 (30,8)	2 (10,0)	4 (21,1)	7 (36,8)	7 (38,9)	0,230
Tam Yerinde Olduğunu Hissedene dek Dokunma ve Eşyaları Düzenleme İhtiyacı	6 (23,1)	4 (20,0)	8 (42,1)	8 (42,1)	10 (55,6)	0,101
Göz Kırpma Gibi Törenselle Davranışlar	4 (15,4)	2 (10,0)	6 (31,6)	5 (26,3)	6 (33,3)	0,301
Trikotillomani(saç koparma)	2 (7,7) <sup>a</sup>	3 (15,0) <sup>a</sup>	14 (73,7) <sup>b</sup>	7 (36,8) <sup>a,b</sup>	6 (33,3) <sup>a,b</sup>	<b>&lt;0,001</b>
Diğer Kendini Yaralayıcı Davranış(deri yolma gibi)	8 (30,8) <sup>a</sup>	20 (100,0) <sup>b</sup>	13 (68,4) <sup>a,b,c</sup>	13 (63,2) <sup>a,c</sup>	14 (77,8) <sup>b,c</sup>	<b>&lt;0,001</b>
Diğer	0 (0,0)	1 (5,0)	2 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,223

\*Kikare analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup

(n: olgu sayısı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, TTM: Trikotillomani, BAB: Beden Algısı Bozukluğu, BB: Biriktiricilik Bozukluğu)

#### 4.TARTIŞMA

Bu çalışmada, bozuklukla ilişkili genel ve özel faktörleri aydınlatmak için OKB ve OKİB'ler genelinde nörobilişsel işleyişi incelemek ve OKB ile ortak olarak bozulan nörobilişsel alanları saptayıp, kuşaklar arası aktarıma yönelik aday endofenotip tanımlanması amaçlanmıştır. OKB yelpazesi ile ilişkilendirilen ruhsal sınıflandırmalar son yirmi yıldır tartışılmakta olup DSM-V ile birlikte; belirti benzerliği, yüksek eş tanı, başlangıç yaşı, genetik/çevresel risk faktörleri, nörobiyolojik faktörler ve tedavi cevabı gibi parametrelere göre DYB, BB, TTM ve BAB'yi içeren OKİB kategorisi oluşturulmuştur (16). Son dönemde yapılmış çalışmalara baktığımızda OKB ve OKİB'lerde nörobilişsel alanların bozulduğuna dair bilgiler mevcuttur. Çalışmamızın sonucunda nöropsikolojik testlerde (CPT'nin tepki ketleme, karar verme ve ihmal hatası ölçümlerinde) ve ölçeklerde ( ebeveyn ÇADÖ, çocuk ÇADÖ, ebeveyn GGA, çocuk GGA, BIS, SPS, TSC, ODÖ ve YBOCS) anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çalışmamız bu bulgular ışığında OKB ve OKİB'lerin nörobilişsel alanlarını karşılaştıran ve aday endofenotip tanımlanmasını inceleyen ender araştırmalardan biri olmaya adaydır.

Araştırmamızda; yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, anne-baba birlikteliği, baba eğitim durumu, anne eğitim durumu gibi sosyodemografik veriler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Yazında sosyodemografik değişkenler ve yaşam tarzıyla ilişkili tüm değişkenlerin bilişsel performans üzerine etkisi olabileceğini vurgulayan çalışmalar bulunduğundan mevcut gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmamasının çalışma sonuçlarının güvenilirliğine katkı sağlayabileceği düşünülmüştür (128).

DYB'lerin yürüme yaşı diğer OKİB'lere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Literatüre baktığımızda yürüme yaşıyla ilgili bir veriye ulaşamamış olup bu durumun DYB'lerin serebellumunun motor koordinasyon ile ilgili alt bölgelerindeki yapısal ve işlevsel anormalliklerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür (129).

Çalışmamızda hasta grupları arasında uyarıcı, antidepresan, antipsikotik ve benzodiazepin kullanımı açısından anlamlı bir fark bulunmadı. Bu bulgu çalışmamızın güvenilirliğini artırır niteliktedir. Aynı zamanda çalışmamızda OKB ve OKİB'lerin belirtilerine yönelik uygulanan tedaviler arasında benzerlik bulunduğunu göstermektedir. OKB ve OKİB'lerin patofizyolojisini açıklayan güncel araştırmalar, benzer beyin bölgelerinin ve nörotransmitterlerin tutulumunu göstermektedir (130). Bu da OKB ve OKİB'lerin benzer farmakolojik tedavileri olabileceğini düşündürmekle birlikte mevcut yazında DYB, TTM ve BB için kanıtlanmış herhangi bir farmakolojik tedavi bulunmamaktadır (130,131). Tedavi şeması oluşturabilmek için OKİB'lerin nedeni, patofizyolojisi, ve özellikle hastalıklı nörotransmitter sistemleri hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmamızda OKB grubunda görülen en sık eş tanı OKİB olup, bunu DEHB sonra YAB takip etmektedir. Brakoulias ve arkadaşlarının bir çalışmasında ise OKB'de yaşam boyu en sık eş tanının MDB ve anksiyete bozuklukları olduğu bulunmuştur (132). Yapılan bir çalışmada DYB'ye özellikle yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyonun daha sık eşlik ettiği görülmüştür (133). Araştırmamızda ise DYB grubunda en sık eş tanı OKB olup, bunu OKİB ve DEHB takip etmektedir. TTM grubunda da en sık eş tanı OKB olup, bunu OKİB, MDB ve DEHB takip etmektedir. Stein ve arkadaşlarına göre, TTM'li kişilerin %70'i deri yolma ve tırnak yeme gibi diğer beden odaklı tekrarlayan davranışlardan muzdariptir (134). Yazında BAB'de majör depresyonun en yaygın komorbidite olduğu, bunu alkol-madde kullanım bozukluğu, sosyal fobi ve OKB'nin takip ettiği görülmektedir (60,135,136). Çalışmamızda ise BAB grubunda en sık eş tanı OKİB olup bunu OKB ve DEHB takip etmektedir. Frost ve arkadaşlarının bir çalışmasında BB olan bireylerde MDB eşlik eden en yaygın tanı olarak bulunmakta, bunu OKB ve anksiyete bozuklukları takip etmektedir (137). Araştırmamızda ise BB grubunda en sık eş tanı OKB olup bunu OKİB ve DEHB takip etmektedir. Yazını daha kapsamlı incelediğimizde OKİB'lerin sıklıkla OKB ile birlikte görüldüğü aynı zamanda BAB, DYB, BB, TTM ve OKB'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla da yüksek oranda komorbidite ile ilişkili olduğu gözlenmektedir (34,52,138–140).



Çalışmamızda mevcut eş tanılar ve yüksek eş tanı oranları yazınla uyumlu olmakla birlikte OKİB'lerin OKB'ye ve birbirlerine çok sık eşlik ettikleri gözlemlendi. Bu durum hastalıkların benzer görünümünün etkisi sonucu oluşabileceği ile ilişkilendirilmiş olup farklı dönemlerde farklı eş tanılarının hastalığın belirtilerinin yansımalarını değiştirebileceği düşünülmektedir. Bulgularımızın bu alanda yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda BAB grubunda febril konvülsiyon oranı diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Devinsky O. ve arkadaşlarının bir vaka raporunda, sağ temporal lob epilepsisine sekonder BAB geliştiği bulunmuş olup çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir. (141)

Ketleme (inhibition), kişinin duygu ve dürtülerinin, davranışlarının, bilişsel süreçlerinin (örn. kaygı nedeniyle) kısıtlanması anlamına gelmektedir. Chamberlain ve arkadaşlarına göre de DYB ve TTM'deki beden odaklı tekrarlayıcı davranışlar, BAB'deki dış görünümle aşırı uğraş, BB'deki patolojik biriktirme davranışı fenomenolojik olarak OKB'deki kompulsif davranışlara benzemektedir olup bu davranışların, bilişsel ve davranışsal ketleme süreçlerindeki eksiklikten kaynaklandığı düşünülmektedir (142). Çalışmamızda CPT'nin bir verisi olan Correct Targets4 bu ketlemenin kontrolü hakkında bize bilgi vermekte olup BAB'de diğer gruplara göre anlamlı olarak daha düşük olarak bulunmuştur. Bu bulgu BAB grubunun ketleme kontrolünün en kötü performansa sahip olduğunu göstermektedir. BAB'de bu alanda daha önce bir çalışma yapılmamış olup araştırmamızın yazına ışık tutacağı düşünülmektedir.

Anatomik olarak, karar vermenin sinirsel süreçleri için gerekli olan beyin bölgesi prefrontal kortekstir (143). Bu prefrontal kortikal beyin bölgelerindeki anormal derecede artan aktivite OKB'de patolojik olarak kararsızlığa neden olmaktadır (144). CPT'nin Target Acc Rate4 verisi bize zamanlama ve karar verme hakkında bilgi vermekte olup en yüksek OKB'de en düşük BAB'de bulundu ve aralarında anlamlı farklılık mevcuttu. Bu bulgu OKB grubunda zamanlamanın ve karar vermenin daha uzun sürdüğünü, BAB'de ise daha kısa sürdüğünü göstermektedir. Jefferies-Sewell ve arkadaşlarının bir çalışmasında BAB hastalarının daha hızlı karar verdikleri,

beklemeye karşı isteksiz oldukları ve sabırsız oldukları sonucu elde edilmiştir (145). Yapılan araştırmalarda BAB'li olgularda yüksek oranda belirsizliğe tahammülsüzlük olduğu, olguların belirsiz durumları tehdit edici olarak yorumladığı gösterilmiştir (146). Luhmann ve arkadaşları belirsizliğe tahammülsüzlüğü olan olguların belirsiz durumda beklemektense doğru ya da yanlış herhangi bir karar vermeyi tercih ettiklerini vurgulamıştır (147). Çalışmamızda BAB olgularının kısa karar verme sürelerinin, belirsizliğe tahammülsüzlük sebebiyle olabileceği düşünölmüştür.

Omission hatalarının (yani, hedefe yanıt verilmemesi) dikkatsizlik belirtilerini yansıttığı, comission hatalarının (yani, yanıt gerekmediğinde yanıt verme) dürtüselliiği yansıttığı varsayılır. Çalışmamızda Omission Error4 değeri OKB'de anlamlı olarak daha düşük, BAB'de daha yüksek bulundu, bu da OKB grubunda dikkatin diğer gruplara göre daha iyi, BAB'nin ise daha kötü olduğunu göstermektedir. Yazında en çok çalışılmış dikkat çeşidi, odaklanmış dikkat olup OKB ile sağlıklı kontrol grupları arasında farklılık bulunmayan birçok çalışma bulunmaktadır, çalışmamız bu alanda yazına katkı sağlamakta olup, bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (148–150). Bununla birlikte BAB'de tek çalışılan dikkat çeşidi seçici dikkat olup, yazında odaklanmış dikkatin araştırıldığı bir çalışma bulunmamıştır. Araştırmamızın bu alanda yazına ışık tutacağı düşünölmektedir.

Çalışmamızda gruplar arasında işitsel hafıza hakkında bilgi veren REY sonuçları, dikkati değerlendiren şifre testi, görsel hafızayı değerlendiren görsel kopyalama 1 ve görsel kopyalama 2 testi, zihin okuma, sosyal biliş, emosyon tanıma alanları hakkında fikir veren GZOT, spontan kelime üretme yetisini değerlendiren kategori akıcılık testi, dikkati ve bilişsel esnekliği ölçen WKET açısından anlamlı farklılık görölmemesi, OKB ve OKİB'lerin nörobilişsel alanlarda benzer olduğunu desteklemekte ve hipotezimize ters düşmektedir. Ancak yazında bu alanda yapılmış bir çalışma bulunmamakta olup çalışmamız bu alanda yazına katkı sağlayacaktır.

BAB'li çocuk ve ergenlerin BAB'si olmayanlara göre majör depresyon, sosyal fobi ve OKB semptomları yaşama olasılığı daha yüksek bulunmuş (138,139) olup BAB'de en sık eş tanı majör depresyondur (60). BAB olan

hastalar görünüşlerindeki algılanan kusurlarından utandıkları için sıklıkla sosyal faaliyetlerden kaçınmayı tercih ederler bu da hem sosyal fobi hem de depresyon gelişmesine zemin hazırlamaktadır (151). Çalışmamızda gruplar arasında ebeveyn ÇADÖ'nün alt başlıkları olan depresyon varlığı, depresyon T skoru, anksiyete T skoru, sosyal fobi T skoru ve anksiyete depresyon total puan T skoru BAB grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunması ve aynı zamanda çocuk ÇADÖ'nün alt başlıkları olan depresyon varlığı, panik bozukluğu T skoru, depresyon T skoru ve total anksiyete ve depresyon T skoru yine BAB grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunması literatürü destekler niteliktedir (152,153). BAB hastaları ile yüz yüze yapılan görüşmeleri ve kendisinin/ebeveyninin doldurması için verilen ölçek puanlarını kıyasladığımızda; özellikle depresif belirtileri gizledikleri görülmüştür. BAB hastalarında eşlik eden psikopatolojiler açısından daha dikkatli olunması gerektiği düşünülmektedir.

GGA, ergenler arasında psikososyal sorunları taramak için yaygın olarak kullanılan bir ankettir. Varsayılan duygusal belirtiler ve akran sorunları alt ölçekleri içselleştirme güçlüklerini, varsayılan olumlu sosyal davranışlar, davranışsal sorunlar ve hiperaktivite alt ölçekleri dışsallaştırma gücünü ve güçlüklerini oluşturur (154). BAB'li bireyler ciddi sıkıntı ve psikososyal işlevsellikte önemli bozulma yaşamaktadırlar (155). Çalışmamızda hasta grupları arasında ebeveyn GGA'nın duygusal belirtiler alt başlığının puanı BAB'de anlamlı olarak daha yüksektir. Bu durum ebeveyne göre çocuğunun mutsuzluk, gerginlik, kaygı, somatik belirtiler gibi içselleştirme güçlüklerini daha fazla yaşadığını göstermektedir. Sıklıkla depresyonun ve sosyal fobinin eşlik ediyor olması, düşük benlik saygılarının olması, bedenlerinden utanç duyuyor olmaları ve kendilerini toplumdan izole etmeye çabalamaları içselleştirme güçlüklerine sebep olabileceğini düşündürmüştür.

Çocuk GGA'nın alt başlığı olan davranışsal sorunlar puanı ve çocuk GGA toplam puan açısından gruplar arası anlamlı farklılık görülmüştür olup BAB grubunda daha yüksektir. Bu bulgu, çocuğun kendi algıladığı sinirlilik, yalan söyleme, hırsızlık yapma gibi dışsallaştırma güçlüklerinin BAB'de daha fazla görüldüğünü göstermektedir. BAB'ye sıklıkla majör depresyonun eşlik

etmesi sinirlilik belirtisini açıklayabilir. Yalan söyleme ve hırsızlık yapma gibi davranışlar BAB'de dürtüsellik yüksek olması ile ilişkilendirilebilir ancak bu alanda yazında yapılmış bir çalışma bulunmamakta olup çalışmamızın bu alanda yazına ışık tutacağı düşünülmektedir.

BAB'deki ilk nörobilişsel değerlendirmeler, kontrollere kıyasla önemli ölçüde daha yüksek dürtüsellik seviyeleri bulmuştur (145). BAB'nin karakteristik davranışsal semptomlarının çoğu, örneğin kozmetik uygulama dürtüsüne karşı koyamamak veya algılanan kusurları düzeltmek için ameliyat olmak zayıf dürtü kontrolü olarak yorumlanabilir. Hollander ve Wong, kumar oynama bozukluğu ve bunun BAB ile ilişkisini araştırdıklarında, BAB'si olan bireylerin kumar oynama eğiliminin arttığını bulmuşlardır (156). Aynı zamanda BAB'ye alkol ve madde kullanım bozukluğunun sıklıkla eşlik etmesi (60) de dürtüsellik yüksek olduğunu destekler niteliktedir. BIS'in konsantrasyon ve dikkat ile ilgili problemlerini ölçen dikkatsel dürtüsellik alt puanı ile aceleciliği, sabırsızlığı değerlendiren motor dürtüsellik alt puanı BAB grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş olup çalışmamız bu alanda yazınla uyumludur. Yüksek dürtüsellik aynı zamanda BAB'lerde nispeten yüksek olan intihar oranlarını da kısmen açıklayabilmekte olup BAB olgularında bu konuda diğer OKİB'lere göre daha dikkatli olunması gerektiğini düşündürmektedir.

Gruplar arasında SPS toplam puanının DYB'de, TSC toplam puanının TTM'de anlamlı olarak yüksek bulunması çalışmamızın güvenilirliğine katkı sağlamış olup bu iki ölçeğin Türkçe'sinin geçerli ve güvenilir olabileceğini destekler niteliktedir.

Nora Kuck ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanalizde BAB'nin düşük benlik saygısıyla ilişkili olduğu ve bu düşük benlik saygısının, depresif semptomların etkisinin ötesinde, BAB'nin önemli bir özelliği olduğu vurgulanmıştır (157). Çoğu insan tarafından anormal olarak kabul edilmeyecek veya fark edilmeyecek kadar küçük bir fiziksel bir kusuru, gözle görülür şekilde çok çirkin bir kusur olarak algılamaktadırlar (158). Toplum içinde bu kusurları göstermekten korkarlar bu da sosyal kaçınma ve izolasyona yol açar (159,160). Çalışmamızda BAB grubunda, ODÖ puanları arasında kendine yönelik negatif düşünce, kişisel uyumsuzluk, ümitsizlik, yalnızlık/izolasyon alt

puanları ve toplam puan anlamlı olarak diğer gruplara göre yüksek bulunması mevcut yazını destekler niteliktedir. Bu düşüncelere BAB'nin mi yoksa ona eşlik eden depresyonun mu neden olduğunu ayırt etmek zordur. Ancak çalışmamızdaki BAB olgularında eş tanı olarak depresyonun nispeten az olması, kendine yönelik negatif düşüncelere BAB'nin neden olduğunu düşündürmektedir.

CY-BOCS alt başlığı olan kendine veya başkasına zarar vermekten korkma gibi saldırganlık obsesyonunun görülme oranı ve görünümle ilgili aşırı kaygı duymak ve hastalıklardan aşırı kaygı duymak gibi somatik obsesyonun görülme oranında anlamlı farklılık görülmüştür ve bu obsesyonlar BAB'de daha sık görülmektedir. BAB'nin doğası gereği somatik obsesyonların daha fazla görülmesi yazınla uyumludur. Danylo Hawaleshka'nın bir makalesinde BAB'si olan bir hastanın burnundan memnun olmayıp jilet alıp, burnunu kesmesi, bir diğeri zımbayla yüz germeye çalıştığı, dişlerini düzeltmek için çekiçle vurmak gibi kendine zarar verici davranışlarda bulunduğu bahsetmiştir (161). Bu kişilerin görünümelerini değiştirme amaçlı kendine zarar verme düşüncelerinin fazla olması diğer gruplara nazaran kendine zarar vermekten daha çok kaygı duymalarına sebep olacağı şeklinde yorumlanabilir. Aynı zamanda kendine zarar vermesi sonucu görünümünün kötü anlamda etkilenebileceği düşüncesi de saldırganlık obsesyonunun oluşmasına sebep olabileceğini düşünebiliriz.

Araştırmamızda OKB grubunda en sık görülen obsesyon kirlenme, en sık kompulsiyonun yıkama-temizleme olması literatürle uyumludur (32). DYB grubunda en sık görülen obsesyon kirlenme, en sık kompulsiyon kendini yaralayıcı davranış, TTM grubunda en sık görülen obsesyon kirlenme, en sık kompulsiyon trikotillomani, BAB grubunda en sık görülen obsesyon somatik, en sık kompulsiyon kontrol, BB grubunda en sık görülen obsesyon biriktirme saklama obsesyonu, en sık kompulsiyon biriktirme-toplama kompulsiyonudur. Bu konuda yazında yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamış olup araştırmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **Kısıtlılıklar**

Çalışmanın kesitsel nitelikte olması, küçük örneklem grubu ile yürütülmesi ve sağlıklı kontrol grubunun olmaması çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Çalışmamız tek merkezli bir çalışma olarak yürütüldüğünden, örneklemimiz tüm evreni temsil etmekte yetersiz kalabilir. Bulgularımızı doğrulayabilmek için daha büyük bir örneklem büyüklüğüne sahip, çok merkezli ve prospektif izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışma örneklemimize dâhil ettiğimiz bireylerin aldıkları eğitim süresi ve niteliklerinin eşit olmaması nörobilişi ve yürütücü işlevleri değerlendiren testlerin sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Ayrıca hastalarda DEHB, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi farklı eş tanıların bulunması yürütücü işlev becerilerini etkilemesi sebebiyle sağlıklı bir karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. Bu ek hastalıkların çalışmaya alınan olguların işlevselliğini bozmayacak düzeyde olması şartının aranması ile bu sorun aşılmaaya çalışılmıştır.

Hasta grubumuzu oluşturan OKB, DYB, BAB, TTM ve BB hastalarının önemli bir kısmı çalışmaya katıldıkları sırada ilaç kullanımları mevcuttu. Başta dikkat olmak üzere bazı kognitif işlevlere etkisi olabilen antipsikotik, duygudurum düzenleyici ve antidepresanlar hastaların testteki performansını etkilemiş olabilir. Testler yapılırken mümkün olduğu kadar olguların ilaç almaması sağlanmaya çalışıldı.

## **Güçlü Yönler**

Mevcut çalışma OKB ve OKİB'lerin yürütücü işlevlerini ve nörobilişsel özelliklerini değerlendirerek hastalıkla ilgili aday endofenotip tanımlama fırsatı sağlamaktadır.

Cinsiyet, yaş, sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik veriler açısından gruplar arasında anlamlı fark olmaması, katılımcıların düşünce ve dil bozukluğunun, obsesyon ve kompulsyonlarının klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirilmesi, yürütücü işlevlerinin ve nörobilişsel özelliklerinin ise bilgisayarlı test bataryası ile objektif olarak değerlendirilmesi çalışmamızın güçlü yönlerindedir.

## 5.SONUÇ

1. OKB ve OKİB'ler birbirlerine çok sık eşlik eden hastalıklardır.
2. REY, şifre, görsel kopyalama, GZOT, kategori akıcılık testi ve WKET gibi bazı bilişsel alanları değerlendiren testlerde gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.
3. Yapılan CPT testinin sonucuna göre BAB olguları; dikkat, tepki kitleme, karar verme gibi nörobilişsel alanlarda diğerlerinden ayrılmakta ve hipotezimizi desteklemektedir.
4. BAB'de; ÇADÖ-Y, BIS, GGA, ODÖ ölçeklerinde de diğer gruplara göre anlamlı olarak farklılık bulunmuştur.

## KAYNAKLAR

1. Goodman WK, McDougle CJ, Price LH, Riddle MA, Pauls DL LJ. Beyond the serotonin hypothesis: a role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder?. *J Clin Psychiatry*; 1990.
2. Moulding R, Hughes ME, Byrne L, Do M, Nedeljkovic M. Obsessive compulsive disorder. *Dev Disord Brain Second Ed.* 2016;5(1):173–90.
3. Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biol Psychiatry* 2000;47(4):296–304.
4. Hou JM, Zhao M, Zhang W, et al. Resting-state functional connectivity abnormalities in patients with obsessive-compulsive disorder and their healthy first-degree relatives. *J Psychiatry Neurosci* 2014;39(5):304–11.
5. Menzies L, Achard S, Chamberlain SR, et al. Neurocognitive endophenotypes of obsessive-compulsive disorder. *Brain* 2007;130(12):3223–36.
6. Viswanath B, Janardhan Reddy YC, Kumar KJ, Kandavel T, Chandrashekar CR. Cognitive endophenotypes in OCD: A study of unaffected siblings of probands with familial OCD. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* 2009;33(4):610–5.
7. Chamberlain SR, Menzies L, Hampshire A, et al. Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected relatives. *Science* 2008; 321(5887):421-2.
8. Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry* 2003 Apr;160(4):636-45.
9. Okasha A, Rafaat M, Mahallawy N et al. Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:281–5.
10. Marzuki AA, Pereira de Souza AMFL, Sahakian BJ, Robbins TW. Are candidate neurocognitive endophenotypes of OCD present in paediatric patients? A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2020;108(December 2019):617–45.
11. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2018.
12. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, Coffey BJ. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2014;37(3):257–67.
13. Thomsen PH, Mikkelsen HU. Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the demographic and diagnostic characteristics of 61 Danish patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1991;83(4):262–6.
14. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV TR). çev.ed Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000.
15. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, çev



- Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
17. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ, et al. Should ocd be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety* 2010;27(6):495-506.
  18. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child* 2015;100(5):495–9.
  19. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.
  20. L. Friedlander, M. Desrocher. Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clin. Psychol. Rev* 2006;26(1) 32–49.
  21. Walitza S, Melfsen S, Jans T, et al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108(11):173-9.
  22. Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2008;148C:133–9.
  23. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, et al. Twin studies on obsessive–compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet* 2005;8:450–58.
  24. Eley TC, Bolton D, O'Connor TG, et al. A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44:945–60.
  25. Stewart SE, Yu D, Scharf JM, et al. Genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2013;18:788–98.
  26. Mattheisen M, Samuels JF, Wang Y, et al. Genome-wide association study in obsessive-compulsive disorder: results from the OCGAS. *Mol Psychiatry* 2014;21:513-27
  27. Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Mol Psychiatry* 2013;18:799–805.
  28. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, et al. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci* 2014;15:410–24.
  29. Chamberlain SR, Menzies L, Hampshire A, et al. Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected relatives. *Science* 2008;321:421–2.
  30. Grisham JR, Fullana MA, Mataix-Cols D, et al. Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 2011;41:2495–506.
  31. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL. The pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) subgroup: separating fact from fiction. *Pediatrics* 2004;113(4):907-11
  32. Jans T, Wewetzer C, Klampfl K, et al. Kindern ve Jugendlichen'den Phänomenologie and Komorbidität der Zwangsstörung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2007;35:41–50.
  33. França K, Kumar A, Castillo D, et al. Trichotillomania (hair-pulling disorder): clinical characteristics, psychosocial aspects, treatment approaches, and ethical considerations. *Dermatol Ther*

- 2019;32(4):e12622.
34. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. *Am J Psychiatry* 2016;173(9):868–74.
  35. Henkel ED, Jaquez SD, Diaz LZ. Pediatric trichotillomania: review of management. *Pediatr Dermatol* 2019;36(6):803–7.
  36. Novak CE, Keuthen NJ, Stewart SE, et al. A twin concordance study of trichotillomania. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2009;150G(7):944-9.
  37. Boardman L, van der Merwe L, Lochner C et al. Investigating SAPAP3 variants in the etiology of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania in the South African white population. *Compr Psychiatry* 2011;52(2):181-7.
  38. Wright HH, Holmes GR. Trichotillomania (hair pulling) in toddlers. *Psychol Rep* 2003;92(1):228-30.
  39. Chamberlain SR. Phenomenology and epidemiology of trichotillomania. In: Grant JE, Potenza MN, red. *The Oxford handbook of impulse control disorders*. Oxford University Press; 2012. 117-25.
  40. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry* 1991;148(3):365-70.
  41. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. *CNS drugs* 2001;15:351-9.
  42. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, et al. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *The Journal of clinical psychiatry* 1999;60:454-9.
  43. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA et al. The relationship of obsessive–compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological psychiatry* 2000;48:287-93.
  44. Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, et al. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Comprehensive psychiatry* 2010;51:183–6.
  45. Grant JE, Williams KA, Potenza MN. Impulse-control disorders in adolescent psychiatric inpatients: co-occurring disorders and sex differences. *The Journal of clinical psychiatry* 2007;68:1584-92.
  46. Monzani B, Rijdsdijk F, Cherkas L, et al. Prevalence and heritability of skin picking in an adult community sample: a twin study. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 2012;159:605-10.
  47. Odlaug BL, Grant JE. Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry* 2008;20:57-63.
  48. Bergstrom KG. Cutaneous clues to drug addiction. *Journal of drugs in dermatology: JDD* 2008;7:303-5.
  49. Torales J, Díaz NR, Barrios I, et al. Psychodermatology of skin picking (excoriation disorder): a comprehensive review. *Dermatol Ther* 2020;33(4):136-61.
  50. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania and skin-picking disorder: different kinds of OCD. *Focus* 2015;13(2):184–89
  51. Frost RO, Krause MS, Steketee G. Hoarding and obsessive-compulsive

- symptoms. *Behavior Modification* 1996;20:116-32.
52. Nakao T, Kanba S. Pathophysiology and treatment of hoarding disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci* 2019;73:370-5.
  53. Cath DC, Nizar K, Boomsma D, Mathews CA. Age-specific prevalence of hoarding and obsessive compulsive disorder: A population-based study. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2017;25:245–55.
  54. Nordsletten AE, Fernández de la Cruz L, Aluco E et al. A transcultural study of hoarding disorder: Insights from the United Kingdom, Spain, Japan, and Brazil. *Transcult. Psychiatry* 2018;55:261–85.
  55. Samuels J, Bienvenu III OJ, Riddle M, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behaviour research and therapy* 2002;40:517-28.
  56. Akıncı MA, Turan B, Esin İS, et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior and hoarding disorder in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022;31:1623–34
  57. Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *Am J Psychiatry* 2009;166:1156-61.
  58. Dozier ME, Ayers CR. The Etiology of Hoarding Disorder: A Review. *Psychopathology*. 2017;50(5):291-6.
  59. Aslan SH. Beden Dismorfik Bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam* 2000;13:33-41.
  60. Hardardottir H, Hauksdottir A, Bjornsson AS. Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment. *Laeknabladid* 2019;105(3):125-31.
  61. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005;46:317-25.
  62. Feusner JD, Neziroglu F, Wilhelm S, Mancusi L, Bohon C. What Causes BDD: Research Findings and a Proposed Model. *Psychiatr Ann* 2010;40(7):349-55.
  63. Buhlmann U, Marques LM, Wilhelm S. Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2012;200(1):95-8.
  64. Gottesman II, Shields J. Genetic theorizing and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1973; 122:15-30.
  65. Gottesman II, Shields J. *Schizophrenia and Genetics: A Twin Study Vantage Point*. New York: Academic Press; 1972.
  66. Andreasen NC: Schizophrenia: the fundamental questions. *Brain Res Brain Res Rev* 2000;31:106-11.
  67. Gottesman II, Gould TD. The Endophenotype Concept in Psychiatry: Etymology and Strategic Intentions. *Am J Psychiatry* 2003;160(4):636-45
  68. Gershon ES, Goldin LR: Clinical methods in psychiatric genetics, I: robustness of genetic marker investigative strategies. *Acta Psychiatr Scand* 1986;74:113-8.
  69. Leboyer M, Bellivier F, Nosten-Bertrand M, et al. Psychiatric genetics:

- search for phenotypes. *Trends Neurosci* 1998;21:102-5.
70. Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev* 2005;29(3):399-419
  71. Viswanath B, Reddy YJ, Kumar KJ, Kandavel T, Chandrashekar CR. Cognitive endophenotypes in OCD: a study of unaffected siblings of probands with familial OCD. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33(4):610-5.
  72. Rao NP, Reddy YJ, Kumar KJ, Kandavel T, Chandrashekar CR. Are neuropsychological deficits trait markers in OCD? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32(6):1574-9.
  73. Cavadini P, Zorzi C, Piccinni M, Cavallini MC, Bellodi L. Executive dysfunctions in obsessive-compulsive patients and unaffected relatives: searching for a new intermediate phenotype. *Biol Psychiatry* 2010;67(12):1178-84.
  74. Zhang L, Dong Y, Ji Y, et al. Dissociation of decision making under ambiguity and decision making under risk: A neurocognitive endophenotype candidate for obsessive–compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2015;57:60-8.
  75. Moreno-Amador B, Cervin M, Martínez-González AE, Piqueras JA, OCD-Spectrum Spain Research Group. Sensory Overresponsivity and Symptoms Across the Obsessive-Compulsive Spectrum: Web-Based Longitudinal Observational Study. *J Med Internet Res* 2023;25:e37847
  76. Odlaug BL, Chamberlain SR, Derbyshire KL, Leppink EW, Grant JE. Impaired response inhibition and excess cortical thickness as candidate endophenotypes for trichotillomania. *J Psychiatr Res* 2014;59:167-73.
  77. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania. *Journal of Psychiatric Research* 2011;45(12):1634–8.
  78. Kamberoğlu Turan I, Turan S. Emotion regulation and executive functions in adolescents with skin picking disorder. *Appl Neuropsychol Child* 2022;29:1-6.
  79. Greenberg JL, Weingarden H, Reuman L, et al. Set shifting and visuospatial organization deficits in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res* 2018;260:182-6.
  80. Chen LL, Flygare O, Wallert J, et al. Executive functioning in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2023;28(1):33-40.
  81. Frost RO, Tolin DF, Steketee G, et al. Indecisiveness and hoarding *International Journal of Cognitive Therapy* 2011;4(3):253-62.
  82. Frost RO. Treatment of hoarding. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2010;10:251-61.
  83. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th Edition. Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. 512-3.
  84. Nouchi R, Kawashima R. Improving Cognitive Function from Children to

- Old Age: A Systematic Review of Recent Smart Ageing Intervention Studies. *Adv Neurosci*. 2014;2014(2):1–15.
85. Perry RJ, Hodges JR. Attention and executive deficits in Alzheimer's disease. A critical review. *Brain* 1999;122(Pt3):383-404.
  86. Atkinson RC, Shiffrin RM. Human memory: A proposed system and its control processes. *Psychology of learning and motivation* 1968;2:89-195.
  87. Baddeley AD, Hitch G. Working memory. *Psychol Learn Motiv - Adv Res Theory* 1974;8(C):47–89.
  88. Kaneko K. Negative Symptoms and Cognitive Impairments in Schizophrenia: Two Key Symptoms Negatively Influencing Social Functioning. *Yonago Acta Med* 2018;61(2):91-102.
  89. Karakaş S, İrkeç C, Yüksel N. Beyin ve Nöropsikoloji Temel ve Klinik Bilimler. Ankara: Çizgi; 2003. 30-48.
  90. Goldberg E, Bilder RM. The frontal lobes and hierarchical organization of cognitive control. In E. Perecman (Ed). *The Frontal Lobes Revisited*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1987. 159-187.
  91. Pinkham AE, Penn DL, Green MF, et al. The social cognition psychometric evaluation study: Results of the expert survey and RAND Panel. *Schizophr Bull* 2014;40(4):813–23.
  92. McCleery A, Horan WP, Green MF. Social Cognition during the Early Phase of Schizophrenia. In: *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia: Psychopathology and Treatment Approaches*. Academic Press; 2014. 49–67.
  93. Corrigan PW, Wallace CJ, Green MF. Deficits in social schemata in schizophrenia. *Schizophrenia research* 1992;8(2):129-35.
  94. Abramovitch A, Abramowitz JS, Mittelman A. The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013;33:1163-71.
  95. Cox CS. Neuropsychological abnormalities in obsessive-compulsive disorder and their assessments. *Int Rev Psychiatry* 1997;9:45–60.
  96. Tallis F. The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: A review and consideration of clinical implications. *Br J Clin Psychol*. 1997;36(Pt1):3–20.
  97. Olley A, Malhi G, Sachdev P. Memory and executive functioning in obsessive-compulsive disorder: A selective review. *J Affect Disord* 2007;104:15–23.
  98. Mataix-Cols D, Alonso P, Hernández R, et al. Relation of neurological soft signs to nonverbal memory performance in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Exp Neuropsychol* 2003;25:842–51.
  99. Kashyap H, Kumar JK, Kandavel T, Reddy YC. Neuropsychological functioning in obsessive-compulsive disorder: Are executive functions the key deficit? *Compr Psychiatry* 2013;54:533–40.
  100. Ahmari SE, Rauch SL. The prefrontal cortex and OCD. *Neuropsychopharmacology*. 2022;47(1):211-24.
  101. Bannon S, Gonsalvez CJ, Croft RJ, Boyce PM. Executive functions in obsessive-compulsive disorder: State or trait deficits? *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:1031–8.

102. Grisham JR, Anderson TM, Poulton R, Moffitt TE, Andrews G. Childhood neuropsychological deficits associated with adult obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 2009;195:138–41.
103. Kim MS, Park SJ, Shin MS, Kwon JS. Neuropsychological profile in patients with obsessive-compulsive disorder over a period of 4-month treatment. *J Psychiatr Res* 2002;36:257–65.
104. Van der Wee NJ, Ramsey NF, Van Megen HJ, et al. Spatial working memory in obsessive-compulsive disorder improves with clinical response: A functional MRI study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007;17:16–23.
105. Gormez V, Kılınçaslan A, Orençul AC, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale – Child Version in a clinical sample. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* 2017;27(1):84–92.
106. Ünal F, et al. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turk Psikiyatri Derg* 2019;30(1):42-5.
107. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, et al. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg* 2008;15(2):65–74.
108. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(11):1012-6.
109. 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.
110. Karakas S Turk kulturu icin standardizasyonu yapilmis noropsikolojik testler toplulugu. 32 Ulusal noroloji Kongre Kitabi (Turkish) Istanbul: 1996.
111. Conners CK. Continuous Performance Test (CPT-2) computer program for windows, technical guide, and software manual. Toronto: Multi Health Systems Inc.; 2000.
112. Van Der Elst W, Van Boxtel J, Van Breukelen P, Jolles J. Rey's verbal learning test: Normative data for 1855 healthy participants aged 24–81 years and the influence of age, sex, education, and mode of presentation. *J Int Neuropsychol Soc* 2005 ;11(3):290–302.
113. Öktem Ö, Topraksever Y, Göregenli M. Yeni bir sözel bellek testi. VIII Ulus Psikol Kongresi Bilim Çalışmaları. 1996;45–7.
114. Tulskey DS, Chelune GJ, Price LR. Development of a new Delayed Memory Index for the WMS-III. *J Clin Exp Neuropsychol* 2004;26(4):563-76.
115. Bingöl A EG, Haktanır I. Türk toplumunda sözel akıcılık becerisi; bir standardizasyon çalışması. Adana: 15.Ulusal Nöroloji Kongresi; 1994.
116. Yıldırım EA, Kasar M, Guduk M, et al. Investigating reliability of Reading Mind in the Eyes Test in a Turkish population. *Turkish J Psychiatry* 2011;22(3):177-186.

117. Kircher T, Krug A, Stratmann M, et al. A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophr Res* 2014;160(1-3):216-21.
118. Mutlu E, Yazici MK, Bariskin E, Ertugrul A, Gurel SC, Gurkan S, Goka E, Yagcioglu AEA. Examination of formal thought disorder and its clinical correlates with the Turkish Version of the Thought and Language Disorder Scale (TALD-TR) in schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 2019;93:7-13.
119. Tunçtürk M, Turan S, Can M, et al. Evaluating formal thought disorders within children and adolescent inpatients using thought and language disorder scale: a preliminary report. Conference: 12th International Congress on Psychopharmacology & 8th International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology, Antalya: 2021;123-124.
120. Boysan M, Kadak MT, Tarakcioglu MC, Sertdurak ZS, Demirel OF. Psychometric properties of Turkish versions of the leyton obsessional 68 inventory-child version (LOI-CV) and obsessive beliefs questionnaire-child version (OBQ-CV). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2016;12-22.
121. Guy W. Clinical Global Impressions: In ECDEU Assessment Manual of Pscyopharmacology 1976;218-22.
122. Akıncı MA, et al. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Children's Saving Inventory in a Clinical Sample. 13th International Congress on Psychopharmacology & International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology, Antalya: 2022.
123. Hollon S, Kendall P. Cognitive self-statement in depression: clinical validation of an automatic thoughts questionnaire. *Cognit Ther Res* 1980;4(4):383–95.
124. Şahin NH, Şahin N. Reliability and validity of the Turkish version of the automatic thoughts questionnaire. *J Clin Psychol* 1992;48(3):334–40.
125. Güleç H, Tamam L, Güleç MY et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18(4):251-8.
126. Snorrason I, Ólafsson RP, Keuthen NJ, et al. The Skin Picking Scale-Revised: Factor structure and psychometric properties, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2012;2(1):133-7.
127. Tolin DF, Diefenbach GJ, Flessner C, et al. The trichotillomania scale for children: Development and validation. *Child Psychiatry Hum Dev* 2008;39(3):331–49.
128. Chino B, Zegarra-Valdivia J, de Frutos-Lucas J, Paredes-Manrique C, Custodio N. Impact of Sociodemographic Features and Lifestyle on Cognitive Performance of Peruvian Adults. *J Alzheimers Dis* 2022;90(2):599-608.
129. Wabnegger A, Schienle A. The Role of the Cerebellum in Skin-Picking Disorder. *Cerebellum* 2019;18(1):91-8.
130. Kim D, Ryba NL, Kalabalik J, Westrich L. Critical Review of the Use of Second-Generation Antipsychotics in Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Drugs R D* 2018;18(3):167-89.
131. Krzyszkowiak W, Kuleta-Krzyszkowiak M, Krzanowska E. Treatment of

- obsessive-compulsive disorders (OCD) and obsessive-compulsive-related disorders (OCRD). *Psychiatr Pol* 2019;53(4):825-43.
132. Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Compr Psychiatry* 2017;76:79-86.
  133. Grant JE, Chamberlain SR. Prevalence of skin picking (excoriation) disorder. *J Psychiatr Res* 2020;130:57–60.
  134. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME et al. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety* 2010;27(6):611-26.
  135. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:309-16
  136. Gunstad J, Phillips KA. Axis I. Comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003;44:270-6.
  137. Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Comorbidity in hoarding disorder. *Depress Anxiety* 2011;28(10):876-84.
  138. Hong K, Nezgovorova V, Uzunova G, Schlussek D, Hollander E. Pharmacological Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Curr Neuropharmacol* 2019;17(8):697-702.
  139. Mathes BM, Morabito DM, Schmidt NB. Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21(5):36.
  140. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5(1):52.
  141. Devinsky O, Khan S, Alper K. Olfactory reference syndrome in a patient with partial epilepsy. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology* 1998;11:103–5.
  142. Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, et al. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev* 2005;29(3):399–419.
  143. Harlow JM. Passage of an iron bar through the head. *Boston Medicine and Surgery Journal* 1848;39:389–93.
  144. Sachdev PS, Malhi GS. Obsessive-compulsive behaviour: a disorder of decision-making. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(9):757-63.
  145. Jefferies-Sewell K, Chamberlain SR, Fineberg NA, Laws KR. Cognitive dysfunction in body dysmorphic disorder: new implications for nosological systems and neurobiological models. *CNS Spectr* 2017;22(1):51-60.
  146. Summers BJ, Matheny NL, Sarawgi S, Cogle JR. Intolerance of uncertainty in body dysmorphic disorder. *Body Image* 2016;16:45-53.
  147. Luhmann CC, Ishida K, Hajcak G. Intolerance of uncertainty and decisions about delayed, probabilistic rewards. *Behavior Therapy* 2011;42(3):378-86.
  148. Li B, Sun JH, Li T, Yang YC. Neuropsychological study of patients with obsessive-compulsive disorder and their parents in China: searching for potential endophenotypes. *Neurosci Bull* 2012;28:475–82.
  149. Spalletta G, Piras F, Fagioli S, Caltagirone C, Piras F. Brain



- microstructural changes and cognitive correlates in patients with pure obsessive compulsive disorder. *Brain Behav* 2014;4:261–77.
150. Zhang J, Yang X, Yang Q. Neuropsychological dysfunction in adults with early-onset obsessive-compulsive disorder: the search for a cognitive endophenotype. *Braz J Psychiatry* 2015;37(2):126-32.
  151. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993;150:302–8.
  152. Chorpita BF, Moffitt CE, Gray J. Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behav Res Ther* 2005;43(3):309-22.
  153. Bilsky SA, Olson EK, Luber MJ, Petell JA, Friedman HP. An initial examination of the associations between appearance-related safety behaviors, socioemotional, and body dysmorphia symptoms during adolescence. *J Adolesc* 2022;94(7):939-54.
  154. Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB. When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire: data from British parents, teachers and children. *J Abnorm Child Psychol* 2010;38(8):1179-91.
  155. Kollei I, Horndasch S, Erim Y, Martin A. Visual selective attention in body dysmorphic disorder, bulimia nervosa and healthy controls. *J Psychosom Res* 2017;92:26-33.
  156. Hollander E, Wong CM. Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *J Clin Psychiatry* 1995;56(4):7-12.
  157. Kuck N, Cafitz L, Bürkner PC, et al. Body dysmorphic disorder and self-esteem: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2021;21(1):310.
  158. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17(4):205–10.
  159. Rosen JC. The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice* 1995;2(1):143–66.
  160. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006–11.
  161. Hawaleshka D. Body Dysmorphic Disorder Can Lead to Self-Mutilation. *The Canadian Encyclo* 2013;16(8):41.

## EKLER

**EK-1:** Sosyodemografik Veri Formu

**EK-2:** Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş - (ÇADÖ-Y)  
Ebeveyn Formu

**EK-3:** Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş - (ÇADÖ-Y)  
Çocuk Formu

**EK-4:** Güçler Güçlükler Anketi (GGA) - Ergen Formu

**EK-5:** Güçler Güçlükler Anketi (GGA)- Ebeveyn Formu

**EK-6:** Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği

**EK-7:** Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi

**EK-8:** Kategori Akıcılık

**EK-9:** Sayı Sembolleri Yer Değiştirme Testi

**EK-10:** Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD)

**EK-11:** Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu (OIÖ-ÇF)

**EK-12:** Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGİ)

**EK-13:** Çocuk Biriktirme Ölçeği (CSI)

**EK-14:** Otomatik Düşünceler Ölçeği(ODÖ)

**EK-15:** Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11):

**EK-16:** Deri Yolma Ölçeği

**EK-17:** Çocuklar için Trikotillomani Ölçeği

**EK-18:** Etik Kurul Karar Formları

## EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

### Veri Kayıt Formu

İsim:

cinsiyeti: kız ( ) erkek ( )

BABANIN İŞİ:.....

EĞİTİMİ:..... YAŞI:.....

ANNENİN İŞİ:.....

EĞİTİMİ:..... YAŞI:.....

Çocuğunuzun doğum tarihi: ...../...../..... (gün, ay, yıl olarak belirtiniz)

Hamilelikte alkol kullanımı: Sigara kullanımı: Diğer kimyasalların kullanımı:

Eşinizle akrabalığınız: VAR/YOK Varsa derecesi.....

Doğum süresi: Doğum; kolay ( ) – zor ( ) doğumdu.

Okul öncesi dönem;

Konuşma (1-2 heceli anlamlı kelimeleri söylediği) yaş:

Yürüme yaşı:

Tuvalet eğitimi yaşı:

Çocuğunuzun Doğum Yeri: .....

Çocuğunuz yaşamının ilk 8 yılını ağırlıklı olarak nerede geçirdiniz?

Köy ya da kasaba ( ) küçük şehir ( ) büyük şehir ( )

Çocuğunuzun ilk öğrendiği dil.....

Çocuğunuzun gittiği okul: .....

Sınıfı:.....

özel Eğitim Merkezinden Eğitim aldı mı? Evet ( ) Hayır ( )

Ne kadar süre devam ettiği: 1 yıldan az ( ) 1-2 yıl ( ) 2-3 yıl ( ) 3 yıldan fazla ( )

Baskın el ; sağ el ( ) sol el ( ) her ikisi de kullanılıyor ( )

Kardeş sayısı?.....

Anketi bilgilerinizi doldurduğunuz kaçınıcı çocuk?.....

Anaokulu eğitimi Var ( ) Yok ( ) Kaç yaşında başladığı:

Ne kadar süre gittiği:

Okula kaç aylık başladığı: Okumayı öğrenme yaşı:

Kaçınıcı sınıfta öğrendiği:

Özel alt sınıf ( ) Kaynaştırma Öğrencisi ( )

Ailede tanı almış olan birey var mı: VAR/YOK Varsa kim olduğu: Tanısı:

Anne: sağ/vefat Baba: sağ/vefat

Anne-baba: evli/ayrı

Çocuğunuzun kullandığı ilaç var mı? Varsa yazınız.....

Çocuğunuz havale geçirdi mi? Evet ( ) Hayır ( )

Çocuğunuz ateşli bir hastalık geçirdi mi? Evet ( ) Hayır ( ) Evet ise ne olduğunu belirtiniz.....

Çocuğunuzun bir hastalığı var mı? Evet ( ) Hayır ( )

Varsa ne olduğunu belirtiniz.....

Bilgi veren: Anne ( ) Baba ( ) Diğer ( )

**EK-2: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş - (ÇADÖ-Y)**  
Ebeveyn Formu

**ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ**  
**YENİLENMİŞ (ÇADÖ-Y)**

Adı ve Soyadı: Yaş: Cinsiyet: Eğitimi ( sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Çocuğum bir işte başarısız olduğunu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir/kaygılanır	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Çocuğumun uyku sorunu var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder (lambaların kapatıldığından, kapının kilittendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Çocuğum kötü ve saçma düşünceleri kafasından atamıyor	(0)	(1)	(2)	(3)

**ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ  
YENİLENMİŞ (ÇADÖ-Y)**

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
24.	Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Çocuğum kendisini değersiz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri(sayılar, kelimeler gibi) aklından geçirir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Çocuğum gelecek hakkında endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Çocuğum ölüm hakkında düşünür	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (ellerini yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi )	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	Çocuğum İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Çocuğum geceleri yatağa gittiğinde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Çocuğum kendisini huzursuz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)

## EK-3: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş - (ÇADÖ-Y) Çocuk Formu

### ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

#### Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Adı ve Soyadı: Yaş: Cinsiyet: Eğitimi ( sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).


		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüldüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)



### ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)


35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissedirim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)

## EK-4: Güçler Güçlükler Anketi (GGA) - Ergen Formu

	BUÜ-SUAM ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur) - ÖĞRENCİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-430-63	İlk Yay.Tarihi : 22 Ocak 2021	Sayfa 1 / 1
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		
Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.			
Adınız: .....	Kız / Erkek		
Doğum Tarihi: .....			
	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum. (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi vs.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle kendi başıyım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyorsa ona yardım ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşlılarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşlılarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim ividir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarih : .....	YARDIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.		



## EK-5: Güçler Güçlükler Anketi (GGA)- Ebeveyn Formu

	BUÜ-SUAM ÇOCUK ERGEN ve RUH SAĞLIĞI AD GÜÇLER ve GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)		
	Dok. Kodu: FR-HAD-03-430-65	İlk Yay.Tarihi: 22 Ocak 2021	Sayfa
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	1/1	
Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğun son 6 ay içindeki veya bu sene okuldaki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.			
Çocuğunuzun Adı: .....		Kız / Erkek	
Doğum Tarihi: .....			
	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
<hr/>			
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz ve aşırı hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncasını, kalemını vs.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklere iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yetişkinlerle tartışır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar ya da onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce durup düşünebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kin tutabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ebeveyn / Oyun grubu öğretmeni / Kreş öğretmeni / Diğer (lütfen belirtiniz):			

## EK-6: Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği

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

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

Hastanın adı, soyadı:  
Protokol no:

Tarih:  
Klinisyen:

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

## EK-7: Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi

A listesi	I	II	III	IV	V	Toplam I-V	B listesi	B		VI	VII
1. masa							1. ev	(masa)			
2. anne							2. parmak	(anne)			
3. okul							3. havlu	(okul)			
4. burun							4. anahtar	(burun)			
5. zil							5. kuş	(zil)			
6. kitap							6. altın	(kitap)			
7. köpek							7. fırın	(köpek)			
8. çiçek							8. ayakkabı	(çiçek)			
9. düğme							9. <del>Kalem</del>	(düğme)			
10. elma							10. bahçe	(elma)			
11. bulut							11. gözlük	(bulut)			
12. renk							12. tuz	(renk)			
13. balık							13. kahve	(balık)			
14. halı							14. perde	(halı)			
15. ay							15. dağ	(ay)			
Toplam geri çağırma											
Tekrar											

## EK-8: Kategori Akıcılık

Hasta Ad-Soyad

Hasta ID#:

Hayvan İsimlendirme

Bir dakika içinde ne kadar çok sayıda farklı hayvan ismini hatırlayabildiğinizi görmek istiyorum. Herhangi bir hayvan olabilir, çiftlik, orman, okyanus, ya da ev hayvanları gibi. Örneğin, köpeklerle başlayabilirsiniz.

1	11	21
2	12	22
3	13	23
4	14	24
5	15	25
6	16	26
7	17	27
8	18	28
9	19	29
10	20	30

Toplam Hayvan Sayısı

Perseverasyon

**EK-9: Sayı Sembolleri Yer Değiştirme Testi**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
.	)	+	-	∩	∪	(	·	-

ÖRNEK

2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3	1	2	5	1	

3	1	5	4	2	7	4	6	9	2	5	8	4	7	6	1	8	7	5	4	8	6	9	4	3	

1	8	2	9	7	6	2	5	4	7	3	6	8	5	9	4	1	6	8	9	3	7	5	1	4	

9	1	5	8	7	6	9	7	8	2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3	



## EK-10: Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD)

Gönüllü kodu:		Tarih:
Değerlendirici:		

Objektif pozitif	0	1	2	3	4
Çevresellik					
Raydan çıkma					
Teğetsellik					
Düşünce çözülmesi (Enkoherans)					
Yandan cevap					
Konuya takılarak tekrarlama (Perseverasyon)					
Basıncılı konuşma					
Çok konuşma (Logore)					
Yapmacık (Manyeristik) konuşma					
Sözcük uydurma (Neolojizm)					
Uyaklı çağırışım					
Düşünce kısıtlanması					

Subjektif negatif	0	1	2	3	4
Blok (Düşünce durması)					
Geviş getirme (Ruminasyon)					
Düşünce fakirleşmesi					
Düşünmenin engellenmesi					
Konuşmayı kavrama bozukluğu					
Konuşmayı ifade etme bozukluğu					
Düşüncenin başlatılması ve yönlendirilmesinden bozukluk					

Objektif negatif	0	1	2	3	4
Düşünce yavaşlaması					
Konuşmanın fakirleşmesi					
Somut düşünme					
Düşünce kopması					
Konuşma içeriğinin fakirleşmesi					

Toplam puana dahil edilecek maddeler	0	1	2	3	4
Anlamsal (Semantik) parafazi					
Sesbirimsel (Fonemik) parafazi					
Sözcük tekrarı (Verbijerasyon)					
Yankılama (Ekolali)					

Subjektif pozitif	0	1	2	3	4
Düşüncelerin birbirine karışması					
Basıncılı/hızlı düşünme					

## EK-11: Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu (OİÖ-ÇF)

### Obsesif İnanışlar Ölçeği-Çocuk Formu (OBQ-CV)

İnsanlar pek çok farklı düşünceye sahiptir. Burada insanların sahip olabilecekleri farklı düşünceler ve inanışlar sıralanmıştır. Her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okuduktan sonra ne ölçüde katılıp katılmadığınıza karar veriniz. Her bir ifade için sizi en iyi anlatan puanı seçiniz. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Çoğu zaman ne düşündüğünüzü veya genelde neye inandığınızı aklınızda tutarak cevaplayınız.

Cevaplarken aşağıdaki ölçeği kullanınız:


(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kesinlikle katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Çok Fazla katılıyorum
1.	Çevremdeki şeylerin güvenli olmadığını düşünürüm.			1 2 3 4 5
2.	Bir şeylerden tam olarak emin değilsem, büyük olasılıkla hata yaparım.			1 2 3 4 5
3.	Bir şeylerin her zaman mükemmel olmasını isterim.			1 2 3 4 5
4.	İyi bir insan olabilmem için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım.			1 2 3 4 5
5.	Kötü şeylerin olmasını her zaman engellemek zorundayım.			1 2 3 4 5
6.	Ne olursa olsun zarara yol açabilecek şeyleri engellemeye çalışmam gerekir.			1 2 3 4 5
7.	Kötü bir şey yapmayı düşünmüşsem, bu onu gerçekten yapmak kadar kötüdür.			1 2 3 4 5
8.	Tehlikeyi görmüş ve bir şeyler yapmamışsam bu benim hatamdır.			1 2 3 4 5
9.	Bir şeyleri mükemmel bir şekilde yapamamışsam, o şeyi hiçbir şekilde yapmamalıyım.			1 2 3 4 5
10.	Her zaman yapabileceğim en iyisini yapmak zorundayım.			1 2 3 4 5
11.	Bir şeyler yaptığımda, yanlış gidebilecek her şeyi düşünürüm.			1 2 3 4 5
12.	Bir işin çok küçük hataları bile olsa, o iş yapılmamış demektir.			1 2 3 4 5
13.	Ailemdeki insanlara zarar vermeyle ilişkili düşünceler aklıma gelecek olursa, bu onlara gerçekten zarar vermek istediğim anlamına gelir.			1 2 3 4 5
14.	Tümüyle emin olmadığım sürece, bir tercihte bulunamam.			1 2 3 4 5
15.	Zarara yol açacak bir şeyi durdurmamak, ona neden olmak kadar kötüdür.			1 2 3 4 5
16.	Kötü şeyler (kazalar veya hastalıklar gibi) olmayacağından emin olabilmek için her zaman çok çaba sarf etmem gerekir.			1 2 3 4 5
17.	Bana göre bir zarara engel olmamak, ona neden olmak kadar kötüdür.			1 2 3 4 5
18.	Bir hata yaparsam bunun için üzüntü duymam gerekir.			1 2 3 4 5
19.	Yaptığım şeylerden dolayı başkalarının ciddi bir sorunla karşılaşmadığından emin olmak zorundayım.			1 2 3 4 5
20.	Eğer bir şeyler mükemmel değilse, doğru değildir diye düşünürüm.			1 2 3 4 5
21.	Müstehcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir.			1 2 3 4 5
22.	Çok dikkatli olmazsam, ciddi bir kaza geçirebilirim veya ciddi bir kazaya neden olabilirim.			1 2 3 4 5
23.	Kendimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye hazırlıklı olmam gerekir.			1 2 3 4 5
24.	Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalıdır.			1 2 3 4 5



25. Küçük bir hata yapsam bile, bu tümüyle hatalı olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5
26. Her şeyi mükemmel bir şekilde anlamak zorundayım – önemsiz sıradan bir şey olsa bile.	1	2	3	4	5
27. Dinle ilişkili olumsuz bir şey düşünmek, onu gerçekten yapmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5
28. Hoşuma gitmeyen düşünceleri kafamdan uzaklaştırmayı başarmak zorundayım.	1	2	3	4	5
29. Başka insanlara yanlışlıkla zarar verebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
30. Kötü düşüncelere sahip olmak, benim tuhaf biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5
31. Yapmayı sevdiğim her şeyde en iyi olmak zorundayım.	1	2	3	4	5
32. Kötü bir düşünceye sahip olmam, onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5
33. Küçük bir soruna bile neden olsam, bu korkunç bir şeydir ve benim hatamdır.	1	2	3	4	5
34. Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılırım.	1	2	3	4	5
35. Kötü düşüncelerimin olması, kontrolden çıktığım anlamına gelir.	1	2	3	4	5
36. Çok dikkatli olmazsam, kötü şeyler olur.	1	2	3	4	5
37. Bir şeyler tam olarak doğru yapılanaya kadar üzerinde çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5
38. Saldırganca düşüncelere sahip olmak, kontrolü kaybedeceğim ve saldırganlaşacağım anlamına gelir.	1	2	3	4	5
39. Gerçekten kötü bir şeyin olmasını engellemezsem, bu benim hatamdır.	1	2	3	4	5
40. Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam, insanlar benden hoşlanmaz.	1	2	3	4	5
41. Her şey tehlikelidir.	1	2	3	4	5
42. Kötü bir düşünceye sahip olmak, düşündüğün şeyi yapmakla aynı şeydir.	1	2	3	4	5
43. Ne yaparsam yapayım, yeterince iyi olmayacak.	1	2	3	4	5
44. Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım.	1	2	3	4	5



## EK-12: Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGİ)

	<b>BUÜ-SUAM ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGİ)</b>		
	<b>Çoklu Kodu</b> : FR-HAD-03-430-43	<b>İlk Yayın Tarihi</b> : 01 Ağustos 2017	<b>Sayfa</b>
	<b>Bers. No</b> : 00	<b>Bers. Tarihi</b> :	1 / 1

Hasta Adı/Soyadı: .....

Doğum Tarihi(gün/ay/yıl): ...../...../.....

Protokol No: .....

### HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinizde dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

### DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

### YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en çok ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

## EK-13: Çocuk Biriktirme Ölçeği (CSI)

Çocuğun adı soyadı:  
Çocuğun okulu: Tarih:

Aşağıda bazı çocuk ve gençlerde görülebilecek özellikler bulunmaktadır. Lütfen çocuğunuz **geçen haftaki** durumuna uyan sayıyı işaretleyin. Lütfen bir başka aile üyesinin değil sadece ÇOCUĞUNUZUN davranışlarını belirtiniz. (Puanlama 0 ile 4 puan arasındadır. Aşağıdaki her soru için uygun puanı veriniz. )

0	1	2	3	4	
Hiç	Çok az/Minimal	Bazen/Orta derecede	Çok/Çok fazla	Neredeyse her zaman/Tamamen	
1. Çocuğunuzun odası (uyuduğu, oynadığı oda) ona ait şeylerle tika basa doldurulmuş, bunlar biriktirilmiş bir halde midir?	0	1	2	3	4
2. Çocuğunuzun ihtiyacı olmayan şeyleri elde etme konusunda arzularını ne kadar kontrol edebilir?	0	1	2	3	4
3. Çocuğunuza ait şeylerle ne kadar vakit harcıyorsunuz? (örneğin onları toplamak, çöpe atmak, düzenlemek vb için)	0	1	2	3	4
4. Çocuğunuz artık ihtiyacı olmayan şeylerini yinede saklama konusundaki arzusunu kontrol edebilir mi?	0	1	2	3	4
5. Çocuğunuzun biriktirdikleri nedeniyle evinizde yürümek zor mudur?	0	1	2	3	4

---

Her soru için çocuğunuz **geçen haftaki** durumuna uyan sayıyı işaretleyin

0	1	2	3	4	
Hiç	Çok az/Minimal	Bazen/Orta derecede	Çok/Çok fazla	Neredeyse her zaman/Tamamen	
6. Çocuğunuz artık ihtiyacı olmayan şeyleri atmak konusunda güçlük çeker mi?	0	1	2	3	4
7. Bir şeyleri çöpe atma işi çocuğunuzun ne kadar gerer?	0	1	2	3	4
8. Başka insanların ona ait şeylere dokunması veya yerlerini değiştirmesi çocuğunuzun ne kadar üzer veya kızdırır?	0	1	2	3	4
9. Sizin (veya bir başka yetişkinin) artık ihtiyacı olmadığını düşündüğünüz şeylerini kaldırmanız veya atmanız çocuğunuzun ne kadar tepki gösterir?	0	1	2	3	4
10. Çocuğunuz istediği ancak ihtiyacı olmayan birşeyi elde edemezse ne kadar üzülür ve gerilir ?	0	1	2	3	4
11. Bazı eşyalarına aşırı derecede bağlı olması çocuğunuzun okulunu, arkadaş ilişkilerini evdeki durumunu ne ölçüde etkiler?	0	1	2	3	4
12. Kısa vadede (hemen) kullanmayacağı şeyleri satın almak ya da bedava veriliyorsa almak konusunda isteği ne kadar fazla olur?	0	1	2	3	4

Arka sayfadaki sorulara devam ediniz →

**GEÇEN HAFTA BOYUNCA:**

0	1	2	3	4	
Hiç	Hafif	Orta	Belirgin/Şiddetli	Çok ileri	
13. Hiç kullanmayacağını bildiğiniz birşeyi yine de saklamak konusundaki isteği ne kadar fazladır?	0	1	2	3	4
14. Bazı nesnelere aşırı bağlı olması aile üyeleri veya diğer çocuklarla ilişkilerini ne kadar etkiler?	0	1	2	3	4

Her soru için çocuğunuz **geçen haftaki** durumuna uyan sayıyı işaretleyin

0	1	2	3	4	
Asla	Nadiren	Bazen/ara sıra	Sıklıkla	Çok sık	
15. Çocuğunuz ne sıklıkta kendisine ait şeyleri atmaya katlanmadığı veya bunları atmak çok zaman alacağı için atmaktan kaçınır?	0	1	2	3	4
16. Çocuğunuz ne sıklıkta gördüğü birşeyi mutlaka edinmesi gerektiği hissine kapılır. Örneğin alışverişte veya bedava verilen birşey konusunda.	0	1	2	3	4
17. Çocuğunuz ne sıklıkta koyacak yeri olmamasına ve ihtiyacı olmamasına rağmen birşeyleri saklamaya karar verir?	0	1	2	3	4
18. Ne sıklıkta çocuğunuzun biriktirdiği şeyler evinize misafir davet etmenizi engeller?	0	1	2	3	4
19. Çocuğunuz acil ihtiyacı olmayan, hemen kullanmayacağı şeyleri ne sıklıkta satın alır? (ya da sizi satın almaya zorlar, bedava veriliyorsa almanız için ısrar eder)	0	1	2	3	4
20. Ne sıklıkta çocuğunuz bu alma ısrarı sorunları nedeniyle alışverişe götürmekten kaçınırsınız?	0	1	2	3	4
21. Çocuğunuzun odası, oyun alanı vb ne ölçüde eşyaları ile tika basa doldurulmuş, eşyalar biriktirilmiş haldedir?	0	1	2	3	4
22. Çocuğunuzun bu biriktirme huyu nedeniyle diğer aile üyelerinin evin bir bölümünü tam olarak kullanmasını engellediği oluyor mu? (Örneğin yatağında uyumasını, lavaboyu kullanmasını, masasını kullanmasını)	0	1	2	3	4
23. Çocuğunuz ne sıklıkta atmasını ya da ondan kurtulmasını istediğiniz bir şeyini atamaz?	0	1	2	3	4

Arka sayfadaki sorulara devam ediniz →



## EK-14: Otomatik Düşünceler Ölçeği(ODÖ)

### OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ(ODÖ)

Sayın Katılımcı;

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncenin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiz. Eğer maddede yazılan durum hiç aklınıza gelmemiş ise “**HİÇ**”, nadiren aklınıza geliyor ise “**ENDER**”, ara sıra yaşadığınız bir durumsa “**ARA SIRA**” sık sık aklınızdan geçiyorsa “**SIK SIK**”, ve her zaman düşündüğünüz bir durumsa “**HER ZAMAN**” yazan bölümlerden sadece birini seçerek işaretlemeniz işaretleyiniz.

Vereceğiniz cevaplar, bilimsel bir araştırmada kullanılacağı için, sorulara **dürüst** cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve araştırmacıdan başka kimse göremeyecektir. Teşekkürler.

MADDELER	Ne kadar aklınızdan geçti?				
	Hiç	Ender	Ara Sıra	Sık Sık	Her Zaman
1.	Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.				
2.	Hiçbir işe yaramıyorum.				
3.	Neden hiç başarılı olamıyorum.				
4.	Beni hiç kimse anlamıyor.				
5.	Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu.				
6.	Devam edebileceğimi sanmıyorum.				
7.	Keşke daha iyi bir insan olsaydım.				
8.	Öyle güçsüzüm ki...				
9.	Hayatım istediğim gibi gitmiyor.				
10.	Kendimi düş kırıklığına uğrattım.				
11.	Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı.				
12.	Artık dayanamayacağım.				
13.	Bir türlü harekete geçemiyorum.				
14.	Neyim var benim?				
15.	Keşke başka bir yerde olsaydım.				
16.	Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum.				
17.	Kendimden nefret ediyorum.				
18.	Değersiz bir insanım.				
19.	Keşke birden yok olabilseydim.				
20.	Ne zorum var benim?				
21.	Hayatta hep kaybetmeye mahkumum.				

22.	Hayatım karmakarışık.					
23.	Başarısızım.					
24.	Hiçbir zaman başaramayacağım.					
25.	Kendimi çok çaresiz hissediyorum.					
26.	Bir şeylerin değişmesi gerek.					
27.	Bende mutlaka bir bozukluk olmalı.					
28.	Geleceğim kasvetli.					
29.	Hiçbir şey için uğraşmaya değmez.					
30.	Hiçbir şeyi bitiremiyorum.					



**EK-15: Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11)**

**BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11**

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve altında, size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

**1. İşlerimi dikkatle planlarım**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**2. Düşünmeden iş yaparım**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**3. Hızlı karar veririm**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**4. Hiçbir şeyi dert etmem**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**5. Dikkat etmem**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**6. Uçuşan düşüncelerim var**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**8. Kendimi kontrol edebilirim**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**9. Kolayca konsantre olabilirim**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**10. Düzenli para biriktiririm**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**12. Dikkatli düşünen birisiyim**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**13. İş güvenliğine dikkat ederim**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**14. Düşünmeden bir şeyler söylerim**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

**15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim**

Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman



16. Sık sık iş değiştiririm  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
17. Düşünmeden hareket ederim  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
20. Düşünerek hareket ederim  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
21. Sıklıkla evimi değiştiririm  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
22. Düşünmeden alışveriş yaparım  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
24. Hobilerimi değiştiririm  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
26. Düşünürken kafamda sıklıkla konuyla ilgisiz düşünceler olur  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
29. Yap-boz/ puzzle çözmeyi severim  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman
30. Geleceğini düşünen birisiyim  
 Nadiren/Hiçbir zaman  Bazen  Sıklıkla  Hemen her zaman/her zaman

## EK-16: Deri Yolma Ölçeği

### Deri Yolma Ölçeği – Yenilenmiş Form (SPS-R)

(Copyright 2012 Nancy J. Keuthen)

Yönerge: Her madde için geçen haftayı en iyi tanımlayan cevabı seçmelisiniz. Kararsız kaldığınız durumlarda, geçen haftanın ortalamasını tahmin etmeye çalışmalısınız. Lütfen seçiminizi yapmadan önce her gruptaki tüm cevapları okuduğunuzdan emin olun.

**1) Deri yolma dürtünüzü ne sıklıkta hissediyorsunuz?**

- 0 Hiç
- 1 Hafif, ara sıra olan deri yolma dürtüsü, günde 1 saatten daha az
- 2 Orta sıklıkta, genellikle olan deri yolma dürtüsü, günde 1-3 saat arasında
- 3 Sıklıkla, çok sık olan deri yolma dürtüsü, günde 3-8 saat arasında.
- 4 Aşırı, sürekli veya neredeyse her zaman deri yolma dürtüsü

**2) Deri yolma dürtünüzü, ne kadar yoğun veya “şiddetli” olarak tanımlarsınız?**

- 0 Çok az ya da hiç
- 1 Hafif
- 2 Orta
- 3 Şiddetli
- 4 Çok şiddetli

**3) Deri yolma davranışınız için günde ne kadar zaman harcıyorsunuz?**

- 0 Hiç
- 1 Az, derimi yolmak için günde 1 saatten az zaman harcarım veya ara sıra olan deri yolma davranışı.
- 2 Orta, derimi yolmak için günde 1-3 saat arasında zaman harcarım veya sık deri yolma davranışı.
- 3 Sıklıkla, derimi yolmak için günde 3-8 saat arasında zaman harcarım veya çok sık deri yolma davranışı.
- 4 Aşırı, derimi yolmak için günde 8 saat süreden fazla zaman harcarım veya her zaman deri yolma davranışı.

**4) Deri yolma davranışınız üzerinde ne düzeyde kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz? Kendinizi deri yolduktan ne düzeyde alıkoyabilirsiniz?**

- 0 Tam kontrol. Her zaman kendimi deri yolduktan alıkoyabilirim.
- 1 Sıklıkla kontrol. Genelde kendimi deri yolduktan alıkoyabiliyorum.
- 2 Bazen kontrol. Bazen kendimi deri yolduktan alıkoyabiliyorum.
- 3 Nadiren kontrol. Nadiren kendimi deri yolduktan alıkoyabiliyorum.
- 4 Kontrol yok. Kendimi deri yolduktan asla alıkoyamıyorum.



5) **Deri yolma davranışından ne düzeyde duygusal sıkıntı (endişe/kaygı, öfkelenme, depresyon, umutsuzluk ya da düşük özgüven) yaşıyorsunuz?**

- 0 Deri yolma davranışından dolayı duygusal sıkıntı yaşamıyorum.
- 1 Hafif, Deri yolma davranışından dolayı sadece hafif düzeyde duygusal sıkıntı. Deri yolma davranışında ara sıra duygusal sıkıntı hissediyorum, ancak düşük bir düzeyde.
- 2 Orta, Deri yolma davranışından dolayı makul düzeyde duygusal sıkıntı. Deri yolma davranışında sık sık duygusal sıkıntı hissediyorum.
- 3 Şiddetli, aşırı düzeyde duygusal sıkıntı. Deri yolma davranışında, neredeyse her zaman duygusal sıkıntı hissedirim.
- 4 Çok şiddetli, sürekli düzeyde duygusal sıkıntı. Sürekli duygusal sıkıntı hissediyorum ve bu durumun değişeceğine dair bir umut görmüyorum.

6) **Deri yolma davranışınız; sosyal, iş hayatınızı (veya işlevselliğinizi) ne düzeyde etkiliyor? (Şu anda çalışmıyorsanız, çalışıyor olsaydınız performansınızın ne kadar etkileneceğini belirtiniz.)**

- 0 Hiç
- 1 Hafif düzeyde, sosyal veya mesleki işlevsellikte hafif düzeyde bozulma tanımlanmasına rağmen, genel işlevsellik etkilenmemiştir
- 2 Orta düzeyde, sosyal veya mesleki işlevsellikte bozulma tanımlanmasına rağmen, yönetilebilir düzeyde.
- 3 Şiddetli, sosyal veya mesleki işlevsellikte önemli bir düzeyde bozulma.
- 4 Aşırı, işlevselliği tamamen bozulmuş

7) **Deri yolma davranışından dolayı herhangi bir şey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya kimseyle zaman geçirmekten kaçındığınız oldu mu? Evet ise, ne düzeyde kaçınıyorsunuz??**

- 0 Hiç
- 1 Hafif, Sosyal veya iş ortamlarında ara sıra kaçınma.
- 2 Orta şiddette, Sosyal veya iş ortamlarında sık kaçınma.
- 3 Şiddetli, Sosyal veya iş ortamlarında çok sık kaçınma.
- 4 Aşırı şiddetli, Deri yolma davranışı sonucu tüm sosyal ve iş ortamlarından kaçınma.

8) **Deri yolma davranışından dolayı şu anda ne düzeyde deri yaralarınız var? Sadece deri yolma davranışının neden olduğu yaraları dikkate alın..**

- 0 Hiç (deri yolma nedeniyle herhangi bir yara yok)
- 1 Hafif (Küçük kabuklar, yaralar, sıyrıklar vb. şeklinde hafif hasar. Hasar çok küçük bir alanı kapsar ve hasarı kapatmak veya tedavi etmek için hiçbir girişimde bulunulmaz).
- 2 Orta (Göze çarpan yara izleri, kabuklanmalar veya küçük açık yaralar (<1 cm çapında). Deri yolma, bir doktorun yardımını gerektirmeyen evde kullanılan ilaçlarla (örneğin bandajlar, kremler, merhemler) hasarı kapatma veya tedavi etme girişimleriyle sonuçlanır).
- 3 Şiddetli (Büyük yara izleri, kabuklanmalar veya açık yaralar (>1 cm çapında), enfekte alanlar ve/veya belirgin şekilde şekil bozukluğu olan cilt yapısı. Deri yolma hasarını gidermek için kapsamlı girişimlerle gerekebilmekte ve bir tıp uzmanı tarafından periyodik tedavi gerektirebilir (örneğin, reçeteli antibiyotikler, dermabrazyon vb.))

## EK-17: Çocuklar için Trikotillomani Ölçeği

Adı Soyadı \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

**ÇOCUKLAR İÇİN TRIKOTILLOMANİ ÖLÇEĞİ**

Bu sorular saç çekme davranışınızla ilgilidir. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Her madde üç yanıtın oluşmaktadır. Geçen hafta boyunca, sizin için açıklamaya en yakın cümleyi seçmeniz gerekmektedir. En iyi tanımlayıcı yanıt seçtiğinizde, yanındaki kutuyu onaylamanız gerekmektedir. Hangi açıklamanın en iyi tanımlandığına karar vermekte zorlandığınızda, birden fazla kontrol etmekte sakınca bulunmamaktadır. Pratik yapmak için şimdi deneyerek başlayalım:

**Ödev yapmayı ne kadar seversin?**  
(0) Ödev yapmayı hiç sevmiyorum.  
(1) Ödev yapmayı biraz seviyorum.  
(2) Ödev yapmayı çok seviyorum.

Şimdi sorular saç çekme davranışınız ile ilgili olacak. Saç çekme davranışınızın, sadece baş bölgesinde olması gerekmemekte; kaş, kırpık veya vücudunuzun herhangi bir yerini de kapsayabilmektedir. Unutmayın, göreviniz **geçen hafta** boyunca saç koparma davranışınızı en iyi tanımlayan ifadeyi seçmektir.

**Şiddeti**

**1. Geçen haftanın çoğu gününde, ne sıklıkla saçınızı çekmek istediniz?**  
(0) Saçımı çekmek hiç içimden gelmedi.  
(1) Arada bir saçımı kopartıyormuşum gibi hissettim.  
(2) Saçımı çok sık kopartıyormuş gibi hissettim.

**2. Geçen haftanın çoğu gününde saçınızı gerçekte ne sıklıkta çektiniz? Bu soru, kaç defa saç çektiğiniz anlamına gelmektedir - kaç tane saç çektiğiniz ile ilgili değildir.**  
(0) Saçımı hiç çekmedim.  
(1) Saçımı günde 1 ile 5 defa arasında çektim.  
(2) Saçımı günde 5 defadan fazla çekiyorum.

**3. Geçen haftanın çoğu gününde, her bir saç çekme atağı ne kadar sürdü?**  
(0) Saçımı hiç çekmedim.  
(1) Saç çekme atağı 1 saniye ile 5 dakika arasında sürdü.  
(2) Saç çekme atağı 5 dakikadan fazla sürdü.

**4. Geçen haftanın çoğu gününde kaç adet saç çektiniz?**  
(0) Saçımı hiç çekmedim.  
(1) Günlerin çoğunda 1 ile 10 adet arasında saç teli çektim.  
(2) Günlerin çoğunda 10 adetten fazla saç teli çektim.

**5. Geçen haftanın çoğu gününde, saçınızı çekme dürtüsünü ne düzeyde kontrol edebildiniz? (İsterseniz birden fazla seçeneği kontrol edebilirsiniz).**  
(0) Saçımı çekmek hiç içimden gelmedi.  
(0) Çekiyormuşum gibi hissettim ama aslında hiç saçımı çekmedim.  
(1) Bazen kendimi çekmekten alıkoymadım.  
(2) Gerçekten durmak istediğimde bile kendimi saç çekmekten alıkoymadım.  
(1) Bazı zamanlar kendimi çekmekten alıkoymak istemedim.  
(2) Kendimi çekmekten hiç alıkoymak istemedim.

Not: En yüksek puana göre maddeye puan verin

**Sadece klinik kullanımı için: Toplam (madde 1-5) + 6 = Şiddet puanı**

**Gerginlik/işlevsellikte Kayıp**

**6. Geçen hafta boyunca, çekilen bölgeleri saklamak zorunda olduğunuz için okula hazırlanmanız veya dışarı çıkmaya hazırlanmanız ne kadar uzun sürdü?**  
(0) Herhangi bir çekilen bölgeyi gizlemek zorunda kalmadım.  
(1) Hazırlanmam diğer çocuklara göre biraz daha uzun sürdü, çünkü saçımı nasıl şekillendirdiğime veya makyajımı nasıl yaptığımı konusunda dikkatli olmam gerekiyordu.  
(2) Hazırlanmam diğer çocuklara göre çok daha uzun sürdü çünkü saçımı nasıl şekillendirdiğime veya makyajımı nasıl yaptığımı konusunda dikkatli olmam gerekiyordu.  
(2) Bu hafta bir yere gitmemeye karar verdim çünkü saçımı şekillendirmek ya da makyaj yapmak için çok çaba sarf etmem gerekti.

**7. Saç çekme veya kafanızdaki boşluk alanlarınızdan utanmışınız için aşağıda listelenen aktivitelerden ne düzeyde kaçınırsınız? (İsterseniz birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).**  
(0) Saç çekme veya kafamdaki boşluk alanları nedeniyle aktivitelerin hiçbirinden kaçınmam.  
(1) Kafamdaki boşluk alanları nedeniyle utanacağım için yüzme gitmeyebilirim.  
(2) Kafamdaki boşluk alanları nedeniyle utanacağım için yüzme kesinlikle gitmem.  
(1) Rüzgarlı bir günde dışarı çıkmayabilirim çünkü insanlar kafamdaki boşluk alanlarımı görebilir.  
(2) Rüzgarlı bir günde kesinlikle dışarı çıkmam çünkü insanlar kafamdaki boşluk alanlarımı görebilir.  
(1) Güneşli bir günde dışarı çıkmayabilirim çünkü insanlar kafamdaki boşluk alanlarımı görebilir.  
(2) Güneşli bir günde kesinlikle dışarı çıkmam çünkü insanlar kafamdaki boşluk alanlarımı görebilir.  
(1) Bir okul dans etkinliğine veya partiye gitmeyebilirim çünkü insanlar kafamdaki boşluk alanlarımı görebilir.  
(2) Bir okul dans etkinliğine veya partiye kesinlikle gitmem çünkü insanlar kafamdaki boşluk alanlarımı görebilir.  
(1) İnsanlar kafamdaki boşluk alanlarımı görebileceği için gezi turuna katılmayabilirim.  
(2) İnsanlar kafamdaki boşluk alanlarımı görebileceği için kesinlikle gezi turuna katılmam.  
(1) Arkadaşlarım veya sınıf arkadaşlarımla takılmayabilirim çünkü onlar benim kafamdaki boşluk alanlarımı görebilir.  
(2) Arkadaşlarım veya sınıf arkadaşlarımla kesinlikle takılmam çünkü onlar benim kafamdaki boşluk alanlarımı görebilir.

Not: En yüksek puana göre maddeye puan verin

**8. Geçen hafta boyunca saç çekme davranışının görünüşünüzü nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?**  
(0) Saç çekme davranışı görünüşümü etkilemedi.  
(1) Saçımı çekmeseydim şimdiki kadar iyi görünmezdim.  
(2) Saç çekme davranışı beni çok çirkin göstermekte.



9. Geçen hafta boyunca saç çekme davranışından dolayı ne kadar suçlu hissettiniz?  
 (0) Saç çekme davranışı nedeniyle suçluluk hissetmedim.  
 (1) Saç çekme davranışı nedeniyle biraz suçluluk hissettim.  
 (2) Saç çekme davranışı nedeniyle aşırı suçluluk hissettim.
10. Geçen hafta boyunca saç çekme davranışından veya kafanızdaki boşluk alanlarından dolayı ne kadar utanıyorsunuz?  
 (0) Saç çekme davranışı veya kafamdaki boşluk alanları nedeniyle hiç utanmadım.  
 (1) Saç çekme davranışı veya kafamdaki boşluk alanları nedeniyle biraz utanıyorum.  
 (2) Saç çekme davranışı veya kafamdaki boşluk alanları nedeniyle aşırı utanıyorum.
11. Geçen hafta boyunca saç çekme davranışından veya kafanızdaki boşluk alanlarından dolayı ne kadar sinirli hissettiniz?  
 (0) Saç çekme davranışı veya kafamdaki boşluk alanları nedeniyle hiç kızmadım.  
 (1) Saç çekme davranışı veya kafamdaki boşluk alanları nedeniyle biraz kızdım.  
 (2) Saç çekme davranışı veya kafamdaki boşluk alanları nedeniyle aşırı kızdım.
12. Geçen hafta boyunca saç çekme davranışından veya kafanızdaki boşluk alanlarından dolayı ne kadar üzgün yada depresif hissettiniz?  
 (0) Saç çekme davranışı veya kafamdaki boşluk alanları nedeniyle hiç üzülmedim veya depresif hissettim.  
 (1) Saç çekme davranışı veya kafamdaki boşluk alanları nedeniyle biraz üzüldüm veya depresif hissettim.  
 (2) Saç çekme davranışı veya kafamdaki boşluk alanları nedeniyle aşırı üzüldüm veya depresif hissettim.

Sadece klinik kullanımı için: Toplam (madde 6-12) \_\_\_\_\_ + 7 = \_Şiddet puanı

## EK-18: Etik Kurul Karar Formları

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>		<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklarda Aday Endofenotip Tanımlama, Fenomenoloji ve Nörobiliş Çalışması</b>		
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	<b>ETİK KURULUN ADI</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26		
	<b>AÇIK ADRESİ</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa		
	<b>TELEFON</b>	0.224. 295 00 20		
	<b>FAKS</b>	0.224. 295 00 29		
	<b>E-POSTA</b>	uukaek@uludag.edu.tr		
<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Dr.Öğr.Üyesi Serkan Turan		
	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
	<b>YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Araş.Gör.Dr.Gözde Cesur		
	<b>YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
	<b>DESTEKLEYİCİ</b>	-		
	<b>ARAŞTIRMANIN TÜRÜ</b>	Prospektif araştırma		
	<b>ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI</b>	Uzmanlık tez çalışması		
	<b>ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ</b>	20.03.2022 / 10 ay		
	<b>GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI</b>	200		
<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	<b>TEK MERKEZ</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>ÇOK MERKEZLİ</b> <input type="checkbox"/>	<b>ULUŞAL</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>ULUSLARARASI</b> <input type="checkbox"/>
<b>DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>		<b>Tarihi</b>	<b>Dili</b>
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU		28.02.2022	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (10-18 yaş çocuk için)		28.02.2022	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (10-18 yaş çocuk ebeveyn için)		28.02.2022	Türkçe
Sosyo-Demografik Veri Formu, Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11), Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (CY-BOKO), Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODO), Obsesif İnanışlar Ölçeği-Çocuk Formu (OBQ-CV), Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-Tur), ÇADO-Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-Tur)-Öğrenci, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADO-Y), Klinik Global İzlem Ölçeği (CGI)		-	Türkçe	
<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>		<b>Açıklama</b>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih:28.02.2022	
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih:28.02.2022	
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input type="checkbox"/>		
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih:28.02.2022	
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>		
<b>DİĞER:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Araştırma ilk başvuru (revizyon) ön yazısı (Tarih:01.03.2022), veri kayıt formu, sorumlu araştırmacı özgeçmiş, tüm araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür		



**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

**ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI** Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklarda Aday Endofenoti Tanımlama, Fenomenoloji ve Nörobiliş Çalışması

**Karar No:** 2022-7/17

**Tarih:** 30 Mart 2022

**KARAR BİLGİLERİ**

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak tekrar incelendi.  
 1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna,  
 2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,  
 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,  
 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**ÇALIŞMA ESASI** İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu  
**BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI** Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

**ÜYELER**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Kathım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıkları Endokr.ve Metab.	BUÜ.Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDILEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Biyofizik AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER Kafa Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi. Tıp Tarihi ve Etik AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ.Rektörlüğü Hukuk Bürosu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tolga MUHTAR Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*.Toplantıda Bulunma

## TEŞEKKÜR

Birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım, her konuda desteğini hissettiğim hem mesleki hem özel yaşamımda bana yol gösteren, bilgisini ve birikimini paylaşmaktan asla çekinmeyen, zorlu tez sürecimin her aşamasında yanımda olan, kendisini tanıdığım için çok şanslı hissettiğim değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Serkan TURAN'a,

Bilgi ve tecrübelerini her koşulda paylaşan, her zaman desteklerini arkamda hissettiğim, her düştüğümüzde elimizden tutan, bizlere moral ve motivasyon desteği sağlamak için uğraşan değerli hocalarım Doç. Dr. Caner MUTLU'ya ve Doç. Dr. Şafak ERAY ÇAML'I'ya,

Uzmanlık eğitimimin ilk yıllarında bana çok şey katan sayın hocam Prof. Dr. Ayşe Pınar VURAL'a,

Rotasyonlarda eğitim hayatıma büyük katkı sağlayan, tecrübelerinden çokça faydalandığım sayın hocalarım Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya, Prof. Dr. Aslı SARANDÖL'e, Prof. Dr. Cengiz AKKAYA'ya, Prof. Dr. Saygın EKER'e, Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU'na, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Erdem UZUN'a, Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN'a,

Tezimin istatistiksel veri analizine kıymetli katkılar sunan Biyoistatistik hocası Prof. Dr. Güven ÖZKAYA'ya,

Asistanlık sürecimin ilk gününden itibaren her zaman yanımda olan, bu zorlu süreci keyifli hale getiren, tanıdığım için kendimi şanslı hissettiğim canım arkadaşlarım Dr. Ayça KARACA ve Dr. Aylın BANDIRMA'ya, birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım, her birinden çok şey öğrendiğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Berber çalışmaktan keyif aldığım Uzm. Psk. Özge GÜDER ATASOY'a, ve Psk. Mücella SEYLAN'a, her zaman desteklerini hissettiğim tüm Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ailesine,

Bugünlere gelmeme vesile olan canım annem ve babama, hiçbir zaman desteklerini benden esirgemeyen, her zaman her koşulda yanımda olan, her düştüğümde elimden tutan biricik abim Alp Çağrı CESUR'a ve biricik ablam Özge CESUR'a,

Ve her zaman olduğu gibi bu süreçte de sevgisiyle beni motive eden, en büyük destekçim olan, biricik eşim Melih ÇELEBİ'ye teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

1994 yılında Bursa'nın Yenişehir ilçesinde doğdum. İlköğretim ve ortaöğretimi Koç İlköğretim Okulu'nda okudum. Lise öğrenimimi Yalova Fen Lisesi'nde tamamladım. 2012 yılında İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni tam burslu olarak kazandım. 6 yıllık tıp eğitimim sonrasında 2018'de mezun oldum. Pratisyen hekim olarak atandığım İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları yoğun bakım servisinde 2 aylık mecburi hizmet deneyimim oldu. 3 Aralık 2018 tarihinde Tıpta Uzmanlık Sınavı ile Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım.